

ARZNEIVERSORGUNGSVERTRAG

(Stand 1. Mai 2024)

zwischen

den nachfolgend benannten Ersatzkassen

Techniker Krankenkasse
BARMER
DAK – Gesundheit
Kaufmännische Krankenkasse (KKH)
Handelskrankenkasse (hkk)
HEK – Hanseatische Krankenkasse

- gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Askanischer Platz 1, 10963 Berlin
vertreten durch die Vorsitzende des Vorstandes
(nachfolgend „vdek“ genannt)

und

dem Deutschen Apothekerverband e. V., Berlin

(nachfolgend „DAV“ genannt) handelnd für:

Landesapothekerverband Baden-Württemberg e. V.
Bayerischer Apothekerverband e. V.
Berliner Apotheker-Verein, Apotheker-Verband Berlin (BAV) e. V.
Apothekerverband Brandenburg e. V.
Bremer Apothekerverband e. V.
Hamburger Apothekerverein e. V.
Hessischer Apothekerverband e. V.
Apothekerverband Mecklenburg-Vorpommern e. V.
Landesapothekerverband Niedersachsen e. V.
Apothekerverband Nordrhein e. V.
Apothekerverband Rheinland-Pfalz e. V. – LAV
Saarländischer Apothekerverein e. V.
Landesapothekerverband Sachsen-Anhalt e. V.
Sächsischer Apothekerverband e. V.
Apothekerverband Schleswig-Holstein e. V.
Thüringer Apothekerverband e. V.
Apothekerverband Westfalen-Lippe e. V.

Inhaltsverzeichnis

§ 1 Gegenstand des Vertrages	4
§ 2 Geltungsbereich des Vertrages	4
§ 3 Ärztliche Verordnung.....	5
§ 4 Ordnungsgemäße Verordnung.....	5
§ 4a Ordnungsgemäße elektronische Verordnung	6
§ 4b Ordnungsgemäße papiergebundene Verordnung	6
§ 5 Abgabebestimmungen	7
§ 6 Entlassmanagement	10
§ 7 Allgemeine Bestimmungen zur Preisberechnung	10
§ 8 Zahlungen der Versicherten	11
§ 9 Allgemeine Bestimmungen zur Abrechnung	12
§ 10 Datenschutz und Schweigepflicht	12
§ 11 Rechnungslegung	13
§ 12 Rechnungsbegleichung.....	13
§ 13 Beanstandungen.....	13
§ 14 Weiterleitung von Verordnungsblättern	14
§ 15 Kostenregelungen von Verordnungsblättern	14
§ 16 Zusatzvereinbarung über die zentrale Rezeptabrechnung in Verbindung mit der Datenaufbereitung und -übermittlung.....	15
§ 17 Datenübermittlung.....	15
§ 18 Allgemeine Zusammenarbeit.....	15
§ 19 Meinungsverschiedenheiten	15
§ 20 Vertragsmaßnahmen	16
§ 21 Inkrafttreten und Kündigung	16

Anlage 1 - Pharmazeutische Leistungen.....	18
Teil 1 - Gebühr für die Herstellung von Lösungen zur Befüllung von Schmerzpumpen außerhalb der Ladenöffnungszeiten	18
Teil 2 - Rekonstitution Risdiplam (Evrysdi®)	19
Anlage 2	20
Teil 1 - Preisberechnung bei Arzneimitteln, die nicht der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) unterliegen	20
Teil 2 - Preisberechnung bei Krankenkost/Lebensmitteln und Bedarfsgegenständen	21
Teil 3 - Preisberechnung bei Produkten nach dem Medizinproduktegesetz.....	22
Anlage 3 - Preisberechnung bei Sprechstundenbedarf	23
Anlage 4 - Preisregelungen für Teststreifen	25
Anhang I - Teststreifen nach A.II.1	30
Anhang II - Teststreifen nach A.II.2	33
Anlage 5	34
Anlage 6 - Zentrale Rezeptabrechnung in Verbindung mit der Datenaufbereitung und - übermittlung nach § 16	35

§ 1 Gegenstand des Vertrages

- (1) Dieser Vertrag regelt ergänzend zum Rahmenvertrag nach § 129 Absatz 2 SGB V (im Folgenden „Rahmenvertrag“ genannt)
1. die Sicherstellung der Versorgung der Versicherten der Ersatzkassen (im Folgenden Versicherte¹ genannt) mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln,
 2. die Versorgung der Versicherten mit
 - a) Arzneimitteln, die von Ziffer 1 nicht erfasst sind,
 - b) Verbandmitteln nach Anlage 2 Teil 3 sowie
 - c) Medizinprodukten und sonstigen apothekenüblichen Waren (§ 1a Absatz 10 Apothekenbetriebsordnung) nach Anlage 2 dieses Vertrages mit Ausnahme von Hilfsmitteln,
 3. die Lieferung des Sprechstundenbedarfs
- aufgrund vertragsärztlicher, vertragszahnärztlicher oder krankenhausesärztlicher Verordnung².
- (2) ¹Zusätzliche pharmazeutische Leistungen sind in den Anlagen geregelt. ²Ergänzende Vereinbarungen, auch über pharmazeutische Leistungen, können zwischen einzelnen Ersatzkassen und dem Deutschen Apothekerverband e. V. vereinbart werden. ³Im Falle des Abschlusses von Vereinbarungen nach Satz 2 haben diese Vorrang vor diesem Vertrag.

§ 2 Geltungsbereich des Vertrages

- (1) Der Vertrag hat Rechtswirkung für die Mitgliedskassen des vdek (Ersatzkassen).
- (2) Der Vertrag hat Rechtswirkung für öffentliche Apotheken, deren Leiter einem Mitgliedsverband des DAV angehören.
- (3) ¹Öffentliche Apotheken, deren Leiter nicht einem Mitgliedsverband des DAV angehören, sind an der Versorgung nur dann beteiligt, wenn sie diesem Vertrag mit seinen Anlagen sowie dem Rahmenvertrag beitreten. ²Der Beitritt ist schriftlich gegenüber dem zuständigen Mitgliedsverband des DAV oder der zuständigen Landesvertretung des vdek zu erklären. ³Der Erklärung ist eine Bestätigung über die durchgeführte Meldung zum Apothekenverzeichnis nach § 293 Absatz 5 Satz 1 SGB V beizufügen. ⁴Der Mitgliedsverband ist verpflichtet, die zuständige Landesvertretung des vdek umgehend über die erfolgten Beitritte zu informieren. ⁵Er ist berechtigt, den öffentlichen Apotheken, deren Leiter nicht zu seinen Mitgliedern gehören, den Vertragstext und dessen Änderungen sowie Informationen über den Vertrag entgeltlich anzubieten.
- (4) Öffentliche Apotheken, deren Leiter weder einem Mitgliedsverband des DAV angehören noch dem Vertrag beigetreten sind, sind von der Versorgung ausgeschlossen.

¹ Sämtliche Personenbezeichnungen in diesem Vertrag gelten für alle Geschlechter.

² Eine ärztliche Verordnung umfasst die vertragsärztliche, vertragszahnärztliche oder krankenhausesärztliche Verordnung. Verordnende Ärzte gemäß diesem Vertrag sind Vertragsärzte, Vertragszahnärzte und Krankenhausärzte.

- (5) ¹Filialapotheken gelten als Unternehmensteil einer Apotheke. ²Über Übernahmen, Eröffnungen und Schließungen von Filialapotheken ist die für den Sitz der Hauptapotheke zuständige Landesvertretung des vdek durch den Leiter der Hauptapotheke oder den zuständigen Mitgliedsverband des DAV unter Angabe der Adressdaten der Filialapotheke schriftlich zu informieren. ³Diese Verpflichtung entfällt, soweit diese Angaben im Apothekenverzeichnis nach § 293 Absatz 5 Satz 1 SGB V enthalten sind.

§ 3 Ärztliche Verordnung

- (1) Dieser Vertrag enthält Regelungen zu elektronischen und papiergebundenen Verordnungen.
- (2) Bei elektronischen Verordnungen nach § 86 SGB V finden die Regelungen im Technischen Handbuch der Anlage 2b des Bundesmantelvertrages Ärzte (BMV-Ä) sowie die Technische Anlage zur elektronischen Arzneimittelverordnung (KBV_ITA_VGEX_TECHNISCHE_ANLAGE_ERP) in der jeweils gültige Fassung Anwendung.
- (3) ¹Bei papiergebundenen Verordnungen finden die
- zwischen den Partnern des Bundesmantelvertrages nach § 87 SGB V vereinbarten oder
 - die zwischen den Rahmenvertragspartnern nach § 39 Absatz 1a SGB V vereinbarten sowie
 - die amtlichen Verordnungsblätter

in der jeweils gültigen Fassung Anwendung.

²Die Codierleiste bei Verordnungsblättern ist freizuhalten; sie dient ausschließlich dem Zweck der EDV-technischen Bearbeitung der Verordnungsblätter.

³Vor Änderung der Verordnungsblätter wird der DAV rechtzeitig konsultiert.

§ 4 Ordnungsgemäße Verordnung

- (1) ¹Die Abgabe erfolgt aufgrund einer ordnungsgemäßen ärztlichen Verordnung zu Lasten der angegebenen Ersatzkasse.
- (2) Ordnungsgemäß ist eine Verordnung, wenn sie folgende Angaben enthält:
- a) Erforderliche Angaben bzw. Kennzeichnungen gemäß §§ 2 bzw. 3a der Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV)
 - oder
 - b) Erforderliche Angaben bzw. Kennzeichnungen gemäß § 9 der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV)

und darüber hinaus die Anforderungen der §§ 4a bzw. 4b erfüllt.

- (3) Die Apotheke ist zur Nachprüfung der Zugehörigkeit des Versicherten zu der in der Verordnung angegebenen Ersatzkasse nicht verpflichtet; die angegebene Ersatzkasse, ist zur Zahlung verpflichtet, maßgeblich ist das in der Verordnung angegebene Institutionskennzeichen der Ersatzkasse.

§ 4a Ordnungsgemäße elektronische Verordnung

- (1) ¹Es sind ausschließlich elektronische Verordnungen abrechnungsfähig, die über den E-Rezept Fachdienst der Telematik-Infrastruktur (TI) heruntergeladen und für die über den Dienst der TI elektronisch signierte Quittungen bereitgestellt wurden. ²Die Vertragspartner gehen davon aus, dass die Angaben der elektronischen Verordnung nach § 86 SGB V technisch vollständig und technisch fehlerfrei bereitgestellt werden und die QES zum Zeitpunkt der Aktivierung des Tasks (E-Rezept) gültig ist.
- (2) Der Papierausdruck des sog. Token als Data-Matrix-Code (2D-Code) ist keine Verordnung.

§ 4b Ordnungsgemäße papiergebundene Verordnung

- (1) Ordnungsgemäß ist eine Verordnung, wenn sie auf dem jeweils vorgeschriebenen Verordnungsblatt erfolgt ist und zusätzlich zu § 4 Abs. 2 folgende Angaben enthält:
- a) Bezeichnung der Krankenkasse
 - b) Kassen-Nummer
 - c) Versicherten-Nummer
 - d) Lebenslange Arztnummer oder Krankenhausarztnummer bzw. Pseudoarztnummer
 - e) Betriebsstättennummer / Standortkennzeichen
 - f) Status des Versicherten (einschließlich der Kennzeichnung nach § 267 Absatz 5 Satz 1 SGB V)
 - g) Kennzeichnung der Statusgruppen 6, 7, 8 und 9 sowie des Feldes Begründungspflicht, soweit zutreffend
 - h) Kennzeichnung für Unfall, soweit zutreffend
 - i) Kennzeichnung für Arbeitsunfall, soweit zutreffend
 - j) Kennzeichnung der Gebührenpflicht oder der Gebührenbefreiung,
 - k) Kennzeichnung im noctu-Feld, soweit zutreffend
- (2) ¹Die Angaben gemäß Absatz 1 werden vom Arzt auf das Verordnungsblatt übertragen. ²Ergänzend zu § 6 Absatz 1 Satz 2 Buchstabe b) Rahmenvertrag berechtigt ein Fehlen einzelner Angaben nach Buchstaben a) oder b) und d) bis k) nicht zur Zurückweisung des Verordnungsblattes bei der Abrechnung. ³Sofern die Versichertennummer nach Absatz 1

Buchstabe c) fehlt, ist die Angabe von Name, Vorname und Geburtsdatum nach § 4 Absatz 2 Buchstabe a) bzw. b) zwingend erforderlich.³ ⁴Fehlende oder fehlerhafte Angaben nach den in Satz 2 genannten Buchstaben können im Einzelfall vom Apotheker korrigiert und/oder ergänzt werden⁴ und sind in diesem Fall von ihm abzuzeichnen.

- (3) Bei Verordnungsblättern, auf denen Arzneimittel gemeinsam mit Hilfsmitteln verordnet wurden, können nur die Arzneimittel abgerechnet werden.
- (4) ¹Verordnungen von Rezepturen, die wegen der Menge oder der Art der in ihnen enthaltenen Bestandteile auch bei kleiner Schrift nicht vollständig ins ärztliche Verordnungsfeld auf dem Verordnungsblatt eingetragen werden können, dürfen beliefert werden, wenn bei der Verordnung sinnvolle Abkürzungen oder Auslassungen verwendet wurden, die einer rechnerischen Überprüfung der Verordnung nicht entgegenstehen. ²In diesem Fall kann auf die Angabe der Einzelbeträge des Apothekenabgabepreises auf dem Verordnungsblatt durch die Apotheke verzichtet werden.
- (5) Ist weder das Feld „Gebühr frei“ noch das Feld „Gebühr pflichtig“ auf dem Verordnungsblatt angekreuzt oder sind beide Felder angekreuzt, gilt der Versicherte als nicht von der Zuzahlung befreit, es sei denn, es wird ein gültiger Befreiungsbescheid der Ersatzkasse vorgelegt.

§ 5 Abgabebestimmungen

- (1) ¹Verordnungen von
 1. Fertigarzneimitteln, die nach § 34 Absatz 3 SGB V von der Versorgung nach § 31 SGB V ausgeschlossen sind,
 2. Fertigarzneimitteln, deren Packungsgröße die größte der in der Anlage der Verordnung nach § 31 Absatz 4 SGB V vorgegebenen Messzahl übersteigt und die nicht als Sprechstundenbedarf verordnet werden,
 3. nicht verschreibungspflichtigen Fertigarzneimitteln, die nicht von der Richtlinie nach § 34 Absatz 1 Satz 2 SGB V erfasst sind, für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und die nicht als Sprechstundenbedarf verordnet werden,
 4. Rezepturen, die als abgabefähiges Endprodukt nicht der Verschreibungspflicht unterliegen und die nicht von der Richtlinie nach § 34 Absatz 1 Satz 2 SGB V (OTC-Übersicht) als Ausnahme erfasst sind, für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und die nicht als Sprechstundenbedarf verordnet werden,
 5. Fertigarzneimitteln nach § 34 Absatz 1 Satz 7 SGB V, die in Anlage II der Arzneimittelrichtlinien namentlich genannt sind,
 6. Produkten und Produktgruppen der in § 1 Absatz 1 Ziffer 2 genannten Mittel, die nicht in den Anlagen zu diesem Vertrag ausdrücklich aufgeführt sind, auch wenn diese Mittel als Sprechstundenbedarf verordnet werden,

³ Bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln darf auf die Angabe von Name und Vorname des Versicherten nicht verzichtet werden.

⁴ Bei Betäubungsmitteln sind die Einschränkungen der betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften zu beachten.

dürfen nicht zu Lasten der Ersatzkassen beliefert werden, es sei denn, sie sind bei bestimmten Indikationsstellungen verordnungs- und erstattungsfähig.

²Satz 1 gilt nur, wenn das verordnete Produkt zum Zeitpunkt der Belieferung der Verordnung im Preis- und Produktverzeichnis nach § 131 Absatz 4 SGB V als ein nach den Ziffern 1 bis 6 nicht abgabefähiges Produkt gekennzeichnet ist.⁵

³Produkte gemäß § 73 Absatz 3 Arzneimittelgesetz (AMG) sind nur dann zu Lasten der jeweiligen Ersatzkasse abrechnungsfähig, wenn der Versicherte der Apotheke eine entsprechende Genehmigung der Ersatzkasse vorlegt. ⁴Dies gilt auch bei Vorliegen einer Verordnung über ein Präparat, welches auf dem deutschen Markt nicht mehr verfügbar ist, aber gemäß § 73 Absatz 1 AMG aus einem anderen EU-Mitgliedsstaat beschafft werden kann.

⁵Im Übrigen ist die Apotheke nicht zur Überprüfung der Verordnungsfähigkeit des verordneten Mittels verpflichtet.

⁶Gefälschte Verordnungen oder Verordnungen auf missbräuchlich benutzten Verordnungsblättern oder missbräuchlich genutzte Verordnungsdatensätze dürfen nicht beliefert werden, wenn die Apotheke die Fälschung oder den Missbrauch erkennt oder hätte erkennen müssen.

⁷ Absatz 1 Satz 1 Ziffer 6 findet keine Anwendung, falls ein Kostenvoranschlag durch die zuständige Ersatzkasse genehmigt wurde.

- (2) Die Mittel dürfen nur abgegeben werden, wenn die Verordnung innerhalb der in den Arzneimittel-Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V bestimmten Gültigkeitsfrist nach Ausstellung der Verordnung in der Apotheke vorgelegt wird.⁶
- (3) Fehlt bei Arzneimitteln in abgabefertigen Packungen die Angabe der Menge des verschriebenen Arzneimittels, so gilt die kleinste Packung als verschrieben und abrechnungsfähig.
- (4) ¹Kann aufgrund von Nichtverfügbarkeit kein preisgünstiges Arzneimittel nach § 12 Rahmenvertrag oder kein Import nach § 13 Rahmenvertrag abgegeben werden, so ist die Apotheke berechtigt ohne Rücksprache mit dem Arzt das nächstpreisgünstige verfügbare Arzneimittel abzugeben, auch wenn dabei der Preis des verordneten Arzneimittels überschritten wird. ²Die Abweichung von der Abgabefolge muss auf dem Verordnungsblatt bzw. im Abgabedatensatz dokumentiert werden. ³Die Nichtverfügbarkeit ist auf Nachfrage gemäß § 129 Absatz 2a SGB V nachzuweisen.

⁵ Der vdek teilt dem DAV Eintragungen im Preis- und Produktverzeichnis nach § 131 Absatz 4 SGB V, die er für fehlerhaft hält, mit. Der DAV prüft dies umgehend. Ist die Eintragung nach übereinstimmender Ansicht fehlerhaft, wirken vdek und DAV auf eine schnelle Korrektur des Eintrages hin.

⁶

Ärztliche Verordnungen	28 Tage
BtM-Rezepte nach § 12 BtMVV	7 Tage
T-Rezepte nach § 3a Absatz 4 AMVV Retinoid-Rezepte nach § 3b AMVV	6 Tage
Entlassverordnungen nach § 39 Absatz 1a SGB V	3 Werktage inkl. Ausstellungsdatum

⁴Kann aufgrund pharmazeutischer Bedenken kein preisgünstiges Arzneimittel nach § 12 Rahmenvertrag oder kein Import nach § 13 Rahmenvertrag abgegeben werden, so ist die Apotheke berechtigt, ohne Rücksprache mit dem Arzt das nächstpreisgünstige Arzneimittel abzugeben gegen das keine pharmazeutischen Bedenken bestehen, auch wenn dabei der Preis des verordneten Arzneimittels überschritten wird. ⁵Die pharmazeutischen Bedenken müssen auf dem Verordnungsblatt bzw. im Abgabedatensatz dokumentiert werden.

⁶Kann aufgrund eines dringenden Falles gemäß § 14 Absatz 2 Rahmenvertrag kein preisgünstiges Arzneimittel nach § 12 Rahmenvertrag oder kein Import nach § 13 i. V. m. § 14 Absatz 4 Rahmenvertrag abgegeben werden, so ist die Apotheke berechtigt, ohne Rücksprache mit dem Arzt das nächstpreisgünstige vorrätige Arzneimittel abzugeben, auch wenn dabei der Preis des verordneten Arzneimittels überschritten wird. ⁷Das Vorliegen eines dringenden Falles muss auf dem Verordnungsblatt bzw. im Abgabedatensatz dokumentiert werden.

- (5) Wenn für die vom Arzt verwendete N-Bezeichnung zu dem verordneten Fertigarzneimittel in den Anlagen der Packungsgrößenverordnung (PackungsV) die Größe der Packungen nicht bestimmt ist, so ist ein Fertigarzneimittel des nächst kleineren definierten N-Bereiches oder das Fertigarzneimittel mit der kleinsten Packungsgröße abzugeben.
- (6) ¹Ist eine Verordnung von Fertigarzneimitteln hinsichtlich der Darreichungsform (Tropfen, Dragees usw.) und/oder der Wirkstärke unvollständig oder ungenau und ist der Vertragsarzt nicht zu erreichen und macht ein dringender Fall die unverzügliche Abgabe eines Fertigarzneimittels erforderlich, so ist der Apotheker berechtigt, diejenige Arzneiform und/oder Wirkstärke abzugeben, die er nach pflichtgemäßem Ermessen für die richtige hält. ²Das Verordnungsblatt bzw. der Abgabedatensatz ist vom Apotheker entsprechend zu ergänzen und abzuzeichnen bzw. qualifiziert elektronisch zu signieren. ³Fehlen entsprechende Ergänzungen, so ist nur die preiswerteste Arzneiform und/oder die schwächste Wirkstärke abrechnungsfähig.
- (7) ¹Hat der Vertragsarzt ein Fertigarzneimittel unter seinem Produktnamen und / oder seiner Pharmazentralnummer unter Verwendung des Aut-idem-Kennzeichens verordnet, ist dies im Verhältnis von importiertem und Bezugsarzneimittel mangels arzneimittelrechtlicher Substitution unbeachtlich. ²Dies gilt nicht, wenn der Arzt zusätzlich zum Aut-idem-Kennzeichen auf dem Verordnungsblatt bzw. zur Aut-Idem-Angabe im Verordnungsdatensatz vermerkt hat, dass aus medizinisch-therapeutischen Gründen die Abgabe des verordneten Arzneimittels erfolgen soll.
- (8) Reine Wirkstoffverordnungen von biotechnologisch hergestellten Arzneimitteln oder Arzneimitteln der Substitutionsausschlussliste gelten gemäß § 7 Absatz 3 Rahmenvertrag als nicht eindeutig bestimmt.

§ 6 Entlassmanagement

- (1) ¹In Ergänzung zu Anlage 8 des Rahmenvertrages verständigen sich die Vertragspartner auf nachfolgende Regelungen:
- a) ²Sind nur Packungen im Handel, deren Größe das kleinste definierte Packungsgrößenkennzeichen überschreitet, so stellt die Abgabe der kleinsten verfügbaren Packung einen unbedeutenden Fehler nach § 6 Rahmenvertrag dar, der nicht zur Zurückweisung der Verordnung führt. ³Die Apotheke hat in diesen Fällen einen Vermerk und das vereinbarte Sonderkennzeichen 06460731 auf dem Verordnungsblatt aufzutragen bzw. im Abgabedatensatz zu übermitteln.⁷
 - b) ⁴Bei Rezepturen ist die ärztlich verordnete Menge maßgebend.
 - c) ⁵Bei sonstigen in die Arzneimittelversorgung nach § 31 SGB V einbezogenen Produkten soll eine Reichdauer von sieben Tagen nicht überschritten werden. ⁶Ist darüber hinaus verordnet worden, kann die Apotheke ohne Rücksprache mit dem Arzt eine Menge bis zu einer Reichdauer von sieben Tagen oder die kleinste im Handel befindliche Packung abgeben. ⁷Dies ist durch die Apotheke auf dem Verordnungsblatt zu vermerken und abzuzeichnen bzw. im Abgabedatensatz zu erfassen und qualifiziert elektronisch zu signieren. ⁸Die Beschränkung der Reichdauer gemäß Satz 5 gilt nur, wenn diese für die Apotheke offensichtlich erkennbar ist.
- (2) ¹Ist im Personalienfeld einer Entlassverordnung ein Aufkleber aufgebracht, berechtigt dies nicht zur Zurückweisung des Verordnungsblattes bei der Abrechnung, wenn die zur Abrechnung des Verordnungsblattes benötigten Daten nach § 300 SGB V vollständig übermittelt worden sind. ²Satz 1 gilt nicht für Verordnungen von Betäubungsmitteln und T-Rezepten.

§ 7 Allgemeine Bestimmungen zur Preisberechnung

- (1) Für den zu berechnenden Preis ist der Tag der Abgabe des Mittels maßgeblich.
- (2) Soweit im Preis- und Produktverzeichnis nach § 131 Absatz 4 SGB V kein Preis aufgeführt ist, sind der Herstellerabgabepreis und der Name der Lieferfirma (Hersteller) auf der Vorderseite des Verordnungsblattes bzw. im Abgabedatensatz zu vermerken.
- (3) Stoffe und Zubereitungen von Stoffen (Rezepturen), die nicht verschreibungspflichtig sind und die zu Lasten der Ersatzkasse abgegeben werden dürfen, sind entsprechend §§ 4 und 5 Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) zu berechnen.

⁷ Beispielhafte und nicht abschließende Auflistung von möglichen Konstellationen:

Konstellation	Definition DIMDI	Packungen im Handel	Mögliche Abgabe
1	N1 = 20 / N2 = 50 / N3 = 100	N1, N2 und N3 und kleiner N1	N1 und kleiner
2	N1 = 20 / N2 = 50 / N3 = 100	N2 und N3 und kleiner N1	kleiner N 1
3	N1 = 20 / N2 = 50 / N3 = 100	N2 und N3	Abgabe nach Absatz 1 a)
4	N1 = nicht definiert / N2 = 50 / N3 = 100	N2 und N3 und kleiner N2	N2 und kleiner

- (4) ¹Die Preisberechnung weiterer Mittel richtet sich nach den Anlagen dieses Vertrages. ²Die dort festgelegten Zuschläge sind auf den Apothekeneinkaufspreis gemäß Preis- und Produktverzeichnis nach § 131 Absatz 4 SGB V anzuwenden, soweit für die Mittel nicht gesonderte Preise vereinbart sind. ³Weitere als die dort vorgesehenen Abschläge sind nicht zu gewähren.
- (5) Bei der Preisberechnung der auf Sprechstundenbedarfsverordnung gelieferten Arzneimittel, die der Apotheker hergestellt bzw. zur Abgabe hergerichtet hat, sind die Gefäße zu Lasten der Ersatzkassen grundsätzlich nicht berechnungsfähig.
- (6) Ist die verordnete Menge geringer als der Inhalt der kleinsten Packung, so ist der Apotheker berechtigt, die kleinste im Handel befindliche Packung zu berechnen.
- (7) ¹Unvermeidbare Telegrammgebühren, Fernsprechgebühren, Porti, Zölle und andere Kosten der Beschaffung von Arzneimitteln, die üblicherweise weder in Apotheken noch im Großhandel vorrätig gehalten werden, können die Apotheken gesondert berechnen. ²Übersteigen die Beschaffungskosten 9,00 Euro (inklusive MwSt.), so ist vorab die Zustimmung der Ersatzkasse einzuholen.
- (8) Bei Inanspruchnahme der Apotheke zu folgenden Zeiten kann ein Entgelt nach § 6 AMPreisV berechnet werden, wenn der Vertragsarzt auf dem Verordnungsblatt „noctu“ angekreuzt bzw. „noctu“ im Verordnungsdatensatz angegeben oder den Vermerk „noctu“, „cito“ oder einen entsprechenden Hinweis auf dem Verordnungsblatt angebracht hat und die Apotheke in Zeiten ihres Notdienstes in Anspruch genommen wird, insbesondere in der Zeit:
1. montags bis samstags zwischen 20.00 Uhr und 6.00 Uhr
 2. an Sonn- und Feiertagen sowie
 3. am 24. Dezember (wenn dieser auf einen Werktag fällt) bis 6.00 Uhr und ab 14.00 Uhr.
- (9) Allen Preisen und Entgelten nach diesem Vertrag ist die Mehrwertsteuer hinzuzufügen, soweit sich aus den Vorschriften zur Preisberechnung nichts anderes ergibt oder nichts anderes vereinbart ist.

§ 8 Zahlungen der Versicherten

Außer der gesetzlichen Zuzahlung und anderen gesetzlich vorgesehenen Selbstbeteiligungsbeträgen, der Noctugebühr und Mehrkosten im Sinne des § 31 Absatz 2 SGB V dürfen keine weiteren Zahlungen vom Versicherten für die Abgabe von Mitteln nach diesem Vertrag gefordert werden.

§ 9 Allgemeine Bestimmungen zur Abrechnung

- (1) ¹Für die Abrechnung und Datenübermittlung gelten die Bestimmungen der Vereinbarung zwischen dem Spitzenverband der Krankenkassen und dem DAV über die Übermittlung von Daten im Rahmen der Arzneimittelabrechnungsvereinbarung gemäß § 300 Absatz 3 SGB V inkl. den Technischen Anlagen 1 bis 4 sowie 6 und 7 (nachstehend „Vereinbarung nach § 300 SGB V“ genannt). ²Ergänzend zu dieser Vereinbarung gelten die Bestimmungen dieses Abschnittes.
- (2) Die Abrechnung erfolgt aufgrund ordnungsgemäß ausgestellter Verordnungen gemäß §§ 4ff.
- (3) ¹Die Abrechnung der Apotheke kann auch durch Rechenzentren oder sonstige Abrechnungsstellen erfolgen. ²Die Abrechnungsstelle teilt der vom vdek genannten Stelle Beginn und Ende der Abrechnung durch die Abrechnungsstelle mit.
- (4) ¹Sofern die Abrechnung einer Abrechnungsstelle übertragen werden soll, ist der Auftragnehmer unter besonderer Berücksichtigung der Eignung der von ihm getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen (Artikel 28 Absatz 1 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)) durch die Apotheke auszuwählen. ²Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung bei dem Auftragnehmer ist der vom vdek benannten Stelle auf Verlangen vorzulegen.

§ 10 Datenschutz und Schweigepflicht

- (1) Die Apotheke ist verpflichtet, die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-DSGVO, SGB X, Landesdatenschutzgesetz, BDSG) - soweit anwendbar - einzuhalten.
- (2) ¹Die Vertragspartner verpflichten sich, die Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten nach den jeweils geltenden Bestimmungen zu beachten. ²Sie treffen die für den Datenschutz notwendigen technischen und organisatorischen Maßnahmen zu dessen Durchsetzung. ³Sie stellen sicher, dass diese Bestimmungen ihrem Personal bekannt gegeben und deren Einhaltung in geeigneter Weise überwacht werden. ⁴Dies gilt auch für die vertragliche und sonstige Einbindung von weiteren Beteiligten.
- (3) ¹Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten ist nach Maßgabe der gesetzlichen Regelungen nur zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben gestattet. ²Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Vertragsärzten, dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen und der Ersatzkasse, soweit diese zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Ersatzkasse erforderlich sind.

§ 11 Rechnungslegung

- (1) ¹Die Rechnungslegung der Apotheke erfolgt monatlich bis spätestens einen Monat nach Ablauf des Kalendermonats, in dem die Lieferung erfolgte, an die von den Ersatzkassen benannten Stellen. ²Eine Überschreitung der Frist nach Satz 1 befreit die Ersatzkasse nicht von der Zahlungsverpflichtung. ³Werden einzelne Verordnungen mehr als einen Monat nach Ablauf dieser Frist abgerechnet, sind die Ersatzkassen berechtigt, den Gesamtbruttobetrag dieser Verordnungen um fünf Euro je Verordnungszeile bei papiergebundenen Verordnungen bzw. je elektronischer Verordnung, bei nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln und den anderen Mitteln nach § 1 Absatz 1 Ziffer 2 um zehn Prozent des Apothekenabgabepreises, zu kürzen, insgesamt jedoch je Abrechnungsmonat und Ersatzkasse höchstens um 50 Euro, es sei denn, die Apotheke und die Abrechnungsstelle haben die Fristüberschreitung nicht zu vertreten; weitergehende Vertragsmaßnahmen nach § 27 Absatz 1 Ziffer 2 des Rahmenvertrages sind ausgeschlossen.
- (2) Die Rechnungsinhalte bestimmen sich nach § 25 des Rahmenvertrages und den weiteren Bestimmungen dieses Vertrages mit der Maßgabe, dass die Ersatzkassen auf die Beifügung der der Rechnung zugrunde liegenden Verordnungen und deren Images sowie der Auflistung der abgegebenen Pharmazentralnummern verzichten.

§ 12 Rechnungsbegleichung

- (1) ¹Die Rechnungen der Apotheken oder der von diesen beauftragten externen Abrechnungsstellen werden innerhalb von zehn Tagen nach Eingang der Rechnung nach § 11 bei den von den Ersatzkassen benannten Stellen beglichen. ²Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wurde. ³Die Zahlung erfolgt vorbehaltlich auch später festgestellter Beanstandungen.
- (2) ¹Zahlungen an von der Apotheke beauftragte Abrechnungsstellen erfolgen mit schuldbefreiender Wirkung für die Ersatzkasse. ²Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch dann ein, wenn die Rechtsbeziehung zwischen der Abrechnungsstelle und dem Apotheker mit einem Rechtsmangel behaftet ist.

§ 13 Beanstandungen

- (1) ¹Die bei der Rechnungsprüfung festgestellten rechnerisch und sachlich unrichtig angesetzten Beträge werden von den Ersatzkassen innerhalb von zwölf Monaten nach Ende des Kalendermonats berichtigt, in dem die Lieferung erfolgte. ²Hierzu gehören neben den rechnerischen und sonstigen offenbaren Unrichtigkeiten auch Taxdifferenzen und die Summe zurückgegebener Rezepte, auch von Fremdkassen (Irrläufer). ³Die Prüfung hat sowohl Differenzen zugunsten als auch zuungunsten der Apotheke bzw. der Ersatzkassen zu berücksichtigen.
- (2) Eine Regelung zum Beanstandungsverfahren bei elektronischen Verordnungen befindet sich derzeit noch in Abstimmung zwischen den Vertragsparteien.

- (3) ¹Bei Verordnungsblättern hat die Beanstandung schriftlich unter Beifügung von Kopien der beanstandeten Verordnungsblätter bzw. deren Print-Images und unter Angabe der Belegnummer nach der Technischen Anlage 3 zum Rahmenvertrag zu § 300 SGB V oder einer anderen eindeutigen Kennzeichnung zu erfolgen und ist mit einer Begründung zu versehen. ²Die Kennzeichnung ist bei jedem Schreiben der Ersatzkasse oder der von ihr beauftragten Stelle sowie bei jedem Schreiben der Apotheke oder des für sie tätigen Mitgliedsverbandes des DAV, das im Zusammenhang mit der Beanstandung steht, insbesondere bei Berichtigungsmittellungen und bei der Auszahlung von Gutschriften sowie bei der Absetzung von Beträgen, anzugeben. ³Bei Absetzung der Gesamtsumme der Verordnung ist das Verordnungsblatt im Original beizufügen.
- (4) ¹Einsprüche gegen Taxdifferenzen können vom Apotheker innerhalb von drei Monaten nach Eingang beim Apotheker geltend gemacht werden. ²Sie können auch über den zuständigen Mitgliedsverband des DAV erfolgen.
- (5) ¹Die Prüfung von Einsprüchen gegen eine ausgesprochene Beanstandung hat innerhalb einer Frist von drei Monaten nach Eingang des Einspruchs bei der Ersatzkasse zu erfolgen. ²Das Ergebnis der Prüfung ist der Apotheke, im Falle des Absatzes 2 Satz 2 dem Mitgliedsverband des DAV, mitzuteilen.
- (6) ¹Werden die Fristen nach den Absätzen 2 und 3 überschritten, gelten die Taxdifferenzen bzw. die Einsprüche als anerkannt. ²Rechnungskorrekturen können erst erfolgen, wenn die Taxbeanstandungen anerkannt sind, als anerkannt gelten oder der Einspruch durch die Ersatzkasse zurückgewiesen wurde.

§ 14 Weiterleitung von Verordnungsblättern

Die Verordnungsblätter müssen bis spätestens sechs Wochen nach Ablauf des Kalendermonats, in dem die Rechnung bezahlt wurde, im Original und in der in der Vereinbarung nach § 300 SGB V beschriebenen Sortierfolge nach Belegnummer aufsteigend sortiert, apothekenunabhängig und unter Angabe der ersten und der letzten Belegnummer und mit Angabe des Abrechnungsmonats und des Namens des Rechenzentrums je Packungseinheit bei den Ersatzkassen oder bei den von diesen benannten Stellen eingehen.

§ 15 Kostenregelungen von Verordnungsblättern

- (1) ¹Die Ersatzkassen leisten für die Digitalisierung und Bereithaltung der Verordnungsblätter eine Kostenpauschale in Höhe von 0,0187 Euro zuzüglich Mehrwertsteuer je digitalisiertem Verordnungsblatt (Anlage 2 § 4 Absatz 2 der Vereinbarung nach § 300 SGB V). ²Die Kostenpauschale wird mit der Rechnungslegung nach § 11 Absatz 1 geltend gemacht und ist im Zeitpunkt der Rechnungsbegleichung nach § 12 zu zahlen.
- (2) ¹Für die Berechnung des Mehraufwandes, der bei der Datenaufbereitung durch mangelhafte Qualität der Beschriftung des Verordnungsblattes im Arztfeld entsteht (Anlage 2 § 3 Absatz 7 der Vereinbarung nach § 300 SGB V), gelten die Regelungen der Anlage 2 § 3

Absatz 7 der Vereinbarung nach § 300 SGB V, soweit die Vertragspartner nicht eine gesonderte Vereinbarung über die Berechnung des Mehraufwandes treffen. ²Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

§ 16 Zusatzvereinbarung über die zentrale Rezeptabrechnung in Verbindung mit der Datenaufbereitung und -übermittlung

¹Rechenzentren, die die zentrale Rezeptabrechnung durchführen und die Anforderungen nach Anlage 6 erfüllen, rechnen nach den Bestimmungen dieser Anlage ab. ²Die Bestimmungen dieses Vertrages gelten nicht, soweit Anlage 6 abweichende Bestimmungen enthält.

§ 17 Datenübermittlung

- (1) Die Übermittlung der Daten erfolgt nach Anlage 1 oder 2 der Vereinbarung nach § 300 SGB V.
- (2) ¹Die Verordnungsblätter sind in digitalisierter Form (Images) mit den Daten nach Absatz 1 zu übersenden. ²Nach vollständiger Übergabe der digitalisierten Verordnungsblätter an die Krankenkasse sind die zwischengespeicherten Images höchstens weitere sechs Wochen aufzubewahren.

§ 18 Allgemeine Zusammenarbeit

- (1) ¹Die Versicherten oder Vertragsärzte dürfen weder von den Apotheken zu Lasten der Ersatzkassen noch von den Ersatzkassen zugunsten bestimmter Apotheken/Lieferanten beeinflusst werden. ²Dies bezieht sich auch auf die Zuweisung von Verordnungen an einzelne Apotheken/Lieferanten.
- (2) Eine Verordnung darf von der Ersatzkasse weder selbst beliefert noch zur Belieferung an einen Dritten weitergeleitet werden, sofern die Apotheke zu den Preisen dieses Vertrages lieferbereit ist.
- (3) Absätze 1 und 2 gelten auch für Verordnungen über Sprechstundenbedarf.

§ 19 Meinungsverschiedenheiten

Meinungsverschiedenheiten über die Anwendung des Arzneiversorgungsvertrages einschließlich der Zusatzvereinbarungen, Nachträge, Protokollnotizen usw. sowie über die Anwendung gesetzlicher oder gesetzesgleicher Vorschriften werden zur Vermeidung gerichtlicher Verfahren zwischen dem vdek und dem DAV möglichst in gegenseitigem Einvernehmen geregelt.

§ 20 Vertragsmaßnahmen

Bei Verhängung von Vertragsstrafen nach § 27 des Rahmenvertrages haben die Verbände der Ersatzkassen im Benehmen mit dem zuständigen Mitgliedsverband des DAV eine gemeinnützige Einrichtung zu bestimmen, an die die Vertragsstrafe zu entrichten ist.

§ 21 Inkrafttreten und Kündigung

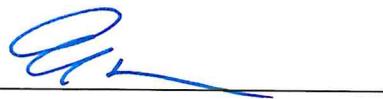
- (1) ¹Dieser Vertrag einschließlich der Anlagen tritt am 01.05.2024 in Kraft und an die Stelle der vorherigen Fassungen und Ergänzungsvereinbarungen des Arzneiversorgungsvertrages zwischen vdek und DAV. ²Er wird auf unbestimmte Zeit geschlossen und kann von den Vertragspartnern unter Einhaltung einer Frist von sechs Monaten zum Quartalsende schriftlich gekündigt werden.
- (2) Die vereinbarten Preislisten (Anlagen) können gesondert entsprechend den dort genannten Fristen gekündigt werden.
- (3) Soweit nicht auf den Rahmenvertrag verwiesen wird, gelten die Regelungen dieses Vertrages auch dann weiter, wenn der Rahmenvertrag unwirksam ist.
- (4) ¹Sollte eine der Bestimmungen dieses Vertrages ganz oder teilweise rechtsunwirksam sein oder werden, so wird die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen dadurch nicht berührt. ²Für diesen Fall verpflichten sich die Vertragspartner, eine neue Regelung zu vereinbaren, die dem ursprünglich beabsichtigten Zweck am nächsten kommt.

Berlin, den 30. APR. 2024

Berlin, den 30.04.2024

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

Deutscher Apothekerverband e.V. (DAV)



Unterschrift(en)



Unterschrift(en)

Anlage 1 - Pharmazeutische Leistungen

Teil 1 - Gebühr für die Herstellung von Lösungen zur Befüllung von Schmerzpumpen außerhalb der Ladenöffnungszeiten

Die Ersatzkassen zahlen für den zusätzlichen Aufwand bei der Herstellung von Lösungen zur Befüllung von Schmerzpumpen außerhalb der Ladenöffnungszeiten zusätzlich eine Gebühr von 22,00 Euro. Die Verordnung muss entsprechend gekennzeichnet sein.

Ansonsten gelten für die Herstellung von Lösungen zur Befüllung von Schmerzpumpen die Bestimmungen der Hilfstaxe.

Diese Anlage kann mit einer Frist von sechs Monaten zum Quartalsende gekündigt werden.

Teil 2 - Rekonstitution Risdiplam (Evrysdi®)

Präambel

Die Fachinformation von Risdiplam (Evrysdi®) schreibt die Rekonstitution des Fertigarzneimittels durch einen Angehörigen der Gesundheitsberufe vor der Abgabe an den Anwendenden vor. Der vdek und der DAV legen mit dieser Vereinbarung fest, zu welchen Bedingungen die Abrechnung dieser pharmazeutischen Leistung durch die Apotheke zulasten der Ersatzkassen erfolgen kann, wenn ein ordnungsgemäßes Arzneiverordnungsblatt oder eine vereinbarungsgemäße elektronische Verordnung über die TI vorliegt.

§ 1 Definition der Leistung

- (1) Die Apotheke stellt eine anwendungsfertige Lösung aus dem Fertigarzneimittel Evrysdi® unter Berücksichtigung der Fachinformation her.
- (2) Die anwendungsfertige Lösung wird bedarfsgerecht unter Berücksichtigung der begrenzten Haltbarkeit des nach Absatz 1 gemäß Zulassung rekonstituierten Fertigarzneimittels für den Anwendenden zur Verfügung gestellt. Das betrifft insbesondere die Verordnung größerer Mengen (z.B. Quartalsbedarf), bei denen die Apotheke durch geeignete Maßnahmen sicherstellt, dass die verordnete Menge Arzneimittel gemäß Dosierungsvorgaben der verordnenden Person innerhalb der Haltbarkeit vollständig eingenommen werden kann.
- (3) Die dazu benötigten Materialien und das erforderliche Lösungsmittel sind mit der Vergütung nach § 2 abgegolten.
- (4) Das abgabefertige Produkt muss mit einem Haltbarkeitsdatum gekennzeichnet werden.
- (5) Die Apotheke informiert Anwendende und ggf. Angehörige über den Umgang mit der anwendungsfertigen Lösung inkl. Hinweisen zur Lagerung.

§ 2 Abrechnung und Vergütung

Die Apotheke rechnet die Rekonstitution unter der Sonder-PZN 17716518 ab. Die Vergütung beträgt 22,00 Euro netto pro Flasche. Die Abrechnungsbestimmungen für das Fertigarzneimittel bleiben davon unberührt. Bei bedarfsgerechten Teillieferungen kann die Gesamtmenge bereits mit der ersten Versorgung abgerechnet werden.

§ 3 Kündigung

Teil 2 der Anlage 1 kann mit einer Frist von 6 Wochen zum Quartalsende gekündigt werden.

Anlage 2

Teil 1 - Preisberechnung bei Arzneimitteln, die nicht der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) unterliegen

Arzneimittel zur Anwendung bei der Dialyse	Für verschreibungspflichtige Arzneimittel: Apothekeneinkaufspreis + 3 Prozent + 6,38 Euro pro Packung Für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel: Entsprechende Anwendung der AMPreisV in der am 31.12.2003 gültigen Fassung abzüglich 5 Prozent Abschlag
Fluoridmittel	Entsprechende Anwendung der AMPreisV in der am 31.12.2003 gültigen Fassung pro Packung abzüglich 5 Prozent Abschlag

Dieser Teil der Anlage kann mit einer Frist von sechs Monaten gekündigt werden. Im Falle einer Kündigung gelten die zuletzt vereinbarten Preise sechs Monate fort, maximal aber bis zur Beendigung des Arzneiversorgungsvertrages. Kündigt eine der Vertragsparteien diesen Teil der Anlage, ist die andere Vertragspartei berechtigt, die anderen Teile der Anlage 2 innerhalb von vier Wochen nach Eingang der Kündigung zu dem Zeitpunkt zu kündigen, zu dem die Kündigung des zuerst gekündigten Teils der Anlage 2 wirksam wird.

Teil 2 - Preisberechnung bei Krankenkost/Lebensmitteln und Bedarfsgegenständen

Elementardiäten/Sondennahrung	Apothekeneinkaufspreis + 3 Prozent + 6,38 Euro
-------------------------------	---

Dieser Teil der Anlage kann mit einer Frist von sechs Monaten gekündigt werden. Im Falle einer Kündigung gelten die zuletzt vereinbarten Preise sechs Monate fort, maximal aber bis zur Beendigung des Arzneiversorgungsvertrages. Kündigt eine der Vertragsparteien diesen Teil der Anlage, ist die andere Vertragspartei berechtigt, die anderen Teile der Anlage 2 innerhalb von vier Wochen nach Eingang der Kündigung zu dem Zeitpunkt zu kündigen, zu dem die Kündigung des zuerst gekündigten Teils der Anlage 2 wirksam wird.

Teil 3 - Preisberechnung bei Produkten nach dem Medizinproduktegesetz

<p>Verbandstoffe, Pflaster, Nahtmaterial</p>	<p>Apothekeneinkaufspreis + 3 Prozent + 6 Euro pro Packung</p> <p>Entspricht die verordnete Gesamtstückzahl einer im Handel befindlichen Packungsgröße, so ist diese Packung abzugeben und zu berechnen. Sofern keine der Verordnung entsprechende Packungsgröße im Handel ist, muss eine Stückelung mit so wenigen Packungen wie möglich bis zum Erreichen der verordneten Stückzahl erfolgen.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Erstattungsfähige Medizinprodukte nach Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie - Intrauterin pessare 	<p>Entsprechende Anwendung der AMPPreisV in der am 31.12.2003 gültigen Fassung pro Packung, jedoch nicht mehr als 10,79 Euro Zuschlag ab einem Apothekeneinkaufspreis von 35,95 Euro.</p>

Dieser Teil der Anlage kann mit einer Frist von sechs Monaten gekündigt werden. Im Falle einer Kündigung gelten die zuletzt vereinbarten Preise sechs Monate fort, maximal aber bis zur Beendigung des Arzneiversorgungsvertrages. Kündigt eine der Vertragsparteien diesen Teil der Anlage, ist die andere Vertragspartei berechtigt, die anderen Teile der Anlage 2 innerhalb von vier Wochen nach Eingang der Kündigung zu dem Zeitpunkt zu kündigen, zu dem die Kündigung des zuerst gekündigten Teils der Anlage 2 wirksam wird.

Anlage 3 - Preisberechnung bei Sprechstundenbedarf

1. Bis zum 31.03.2005 gelten die Preise und Zuschläge der Anlage 4 des Arzneilieferungsvertrages vom 1. Juli 1995, in der Fassung der Zweiten Ergänzungsvereinbarung (gültig ab 01.10.2000), fort. Eine Faktorisierung nach § 14 Absatz 5 des alten Vertrages erfolgt nicht.
2. Im Übrigen gelten folgende Regelungen:
 - a) Für die von den Anlagen 2.1 bis 2.3 erfassten Mittel gelten die Preise der Anlagen 2.1 bis 2.3 entsprechend.
 - b) Für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die im Falle der Einzelverordnung der Arzneimittelpreisverordnung in der am 31.12.2003 gültigen Fassung unterliegen, ist die Arzneimittelpreisverordnung in der am 31.12.2003 gültigen Fassung pro Packung und § 130 SGB V entsprechend anzuwenden.
 - c) Für
 - Arzneimittel, die aufgrund einer ärztlichen Verordnung nur in Apotheken abgegeben werden dürfen (§§ 43 Absatz 3, 44 und 45 Absatz 1 Ziffer 1 AMG),
 - aus menschlichem Blut gewonnene Blutzubereitungen oder gentechnologisch hergestellte Blutbestandteile (§ 47 Absatz 1 Ziffer 2 Buchstabe a. AMG),
 - Infusionslösungen in Behältnissen mit mindestens 500 ml, die zum Ersatz oder zur Korrektur von Körperflüssigkeiten bestimmt sind, sowie Lösungen zur Hämodialyse und Peritonealdialyse (§ 47 Absatz 1 Ziffer 2 Buchstabe c. AMG),
 - Röntgenkontrastmittel und andere Zubereitungen, die ausschließlich dazu bestimmt sind, die Beschaffenheit, den Zustand oder die Funktion des Körpers oder seelische Zustände erkennen zu lassen sowie radioaktive Arzneimittel (§ 47 Absatz 1 Ziffer 2 Buchstabe d. und e. AMG),
 - Impfstoffe für Schutzimpfungen nach § 47 Absatz 1 Ziffer 3 AMG oder § 1 Absatz 3 Ziffer 3a AMPPreisV und
 - Medizinprodukte, die keine Hilfsmittel im Sinne des SGB V sind,gelten, soweit sie nicht von den Buchstaben a. oder b. erfasst sind, folgende Bestimmungen:
 - Für nicht verschreibungspflichtige Mittel:
Entsprechende Anwendung der Arzneimittelpreisverordnung in der am 31.12.2003 gültigen Fassung pro Packung abzüglich 5 Prozent Abschlag.
 - Für verschreibungspflichtige Mittel:
Apothekeneinkaufspreis + 3 Prozent + 6,38 Euro je Packung.
3. Für im Sprechstundenbedarf verordnete Hilfsmittel gelten die im Hilfsmittellieferungsvertrag vereinbarten Preise und Zuschläge für die Einzelverordnung.
4. Die vorstehenden Regelungen gelten nur, soweit auf Landesebene zwischen den Landesverbänden der Ersatzkassen und dem jeweiligen Landesapothekerverband des DAV keine abweichenden Vereinbarungen getroffen worden sind.

5. Diese Anlage kann mit einer Frist von sechs Monaten gekündigt werden. Im Falle einer Kündigung gelten die zuletzt vereinbarten Preise sechs Monate fort, maximal aber bis zur Beendigung des Arzneiversorgungsvertrages.

Anlage 4 - Preisregelungen für Teststreifen

A. Preisregelungen für Blutzuckerteststreifen

I. Allgemeines

1. Für die Abgabe von Blutzuckerteststreifen durch die Apotheken zulasten der Ersatzkassen gelten ab 1. Juli 2020 die in dieser Anlage angegebenen Preise. Die Anlage löst die bisherige Vereinbarung zwischen dem DAV und der TK, DAK, KKH, hkk und HEK ab. Die Anlage löst ebenfalls die bisherige Vereinbarung zwischen dem DAV und der BARMER ab.
2. Die nachstehenden Preise und Gebühren sind jeweils als Nettopreise angegeben, soweit nichts anderes vermerkt ist. „Nettopreis“ ist der von der Krankenkasse an die Apotheke zu zahlende Betrag ohne Mehrwertsteuer. Die Mehrwertsteuer ist zusätzlich zu zahlen; ein Abschlag ist auf den Nettopreis nicht vorzunehmen.⁸
3. Diese Vereinbarung kann mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Quartals gekündigt werden, erstmals zum 30.06.2021. Bis zu einer neuen Vereinbarung gilt nach Ablauf der Kündigungsfrist bis zur Vereinbarung neuer Preise, längstens aber für drei Monate, für die Produkte dieser Anlage der zuletzt vereinbarte Preis fort.

II. Preisregelung

Die nachfolgende Einstufung der Blutzuckerteststreifen in die aufgeführten Preisgruppen wird nach Nachweis geänderter Einkaufskonditionen für die Apotheken auf Antrag des DAV im Einvernehmen mit dem vdek geändert.

1. Preisgruppe 1 (Spezialpreise)

Für Teststreifen, die in Anhang I aufgeführt sind sowie für generische Verordnungen, die ohne Nennung des Herstellers und der Pharmazentralnummer erfolgen (z. B. „Blutzuckerteststreifen“), gelten folgende Abrechnungspreise

Staffel	Nettopreis (Euro je 50 Stück)
bis 102	21,45
ab 103	18,95
ab 300	18,10

Die in Satz 1 genannten Abrechnungspreise gelten auch für solche Blutzuckerteststreifen, deren Apothekeneinkaufspreis weniger als 15,00 Euro netto laut ABDA-Artikelstamm beträgt. Die Abrechnungspreise gelten im Fall von Satz 2 ab Veröffentlichung im ABDA-Artikelstamm.

⁸ Für Blutzuckerteststreifen haben die Versicherten nach § 31 SGB V keine Zuzahlung zu leisten. Ferner dürfen die Apotheken aufgrund dieser Vereinbarung über die Abrechnung der Vertragspreise hinaus von den Versicherten keine zusätzlichen Zahlungen - („Aufzahlungen“) fordern.

2. Preisgruppe 2

Für Teststreifen, die in Anhang II aufgeführt sind, gelten folgende Abrechnungspreise:

Staffel	Nettopreis (Euro je 50 Stück)
bis 102	23,45
ab 103	20,95
ab 300	20,10

Die in Satz 1 genannten Abrechnungspreise gelten auch für solche Blutzuckerteststreifen, deren Apothekeneinkaufspreis weniger als 17,00 Euro netto laut ABDA-Artikelstamm beträgt. Die Abrechnungspreise gelten im Fall von Satz 2 ab Veröffentlichung im ABDA-Artikelstamm.

3. Preisgruppe 3

Für Teststreifen, die nicht von den Ziffern 1 oder 2 erfasst sind, beträgt der Abrechnungspreis

Staffel	Nettopreis (Euro je 50 Stück)
bis 102	26,00
ab 103	24,30
ab 300	22,95

4. Soweit ein Hersteller von Teststreifen gemäß den Ziffern 1 bis 3 zu einem Zeitpunkt nach Inkrafttreten dieses Vertrages
- die Bezugsmöglichkeiten der Apotheken nachweislich zu deren Nachteil ändert und
 - der jeweils aktuelle Einkaufspreis laut ABDA-Artikelstamm den Wert von 19,90 Euro netto übersteigt, erfolgt die Preisberechnung nach folgender Regelung:

Staffel	Aufschlag in Euro je 50 Stück
bis 102	6,10
ab 103	4,40
ab 300	3,05

Der DAV informiert den vdek unverzüglich über die Blutzuckerteststreifen, für die der Aufschlag nach Satz 1 anfällt. Die Vertragspartner informieren die betroffenen Hersteller über die erfolgte Umgruppierung.

5. Für Teststreifen, deren Packungsinhalt von 50 Stück abweicht, wird zur Ermittlung des Vertragspreises der Nettopreis je 50 Stück in der jeweiligen Preisgruppe und Staffel durch 50 dividiert und mit der Anzahl der in der jeweiligen Packung enthaltenen Teststreifen multipliziert (maßgeblicher Vertragspreis / 50 x Packungsinhalt).

III. Auswahl der Teststreifen

1. Die Apotheken sind berechtigt, namentlich verordnete Blutzuckerteststreifen gegen andere Blutzuckerteststreifen auszutauschen, sofern der verordnende Arzt nicht durch Ankreuzen des Aut-idem-Feldes oder einen anderen ausdrücklichen Hinweis den Austausch verbietet. Wenn ein Ausschluss durch den Arzt nach Satz 1 vorliegt, wird dies von der Apotheke mit dem Sonderkennzeichen 02567573 dokumentiert. Über diese Regelung wird der vdek die Ärzte nach Abstimmung mit dem DAV über die Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder und die Kassenärztliche Bundesvereinigung informieren.
2. a) Die Apotheken sind verpflichtet, in der Zeit vom 1. Januar 2022 bis zum 30. Juni 2022 30 Prozent der verordneten Packungen á 50 Stück mit Ausnahme von Verordnungen:
 - bei denen der Arzt den Austausch ausgeschlossen hat und
 - die mit dem Sonderkennzeichen nach A.III.1 gekennzeichnet sind und
 - die nicht zu den Teststreifen nach Anhang I gehörenmit Teststreifen, die in Anhang 1 (Spezial-Preisgruppe) aufgeführt sind, zu beliefern.

- b) Die Apotheken sind verpflichtet, in der Zeit vom 1. Januar 2022 bis zum 30. Juni 2022 40 Prozent der verordneten Packungen á 50 Stück mit Ausnahme von Verordnungen:
- bei denen der Arzt den Austausch ausgeschlossen hat und
 - die mit dem Sonderkennzeichen nach A.III.1 gekennzeichnet sind und
 - die nicht zu den Teststreifen nach Anhang I oder II gehören
- mit Teststreifen, die in Anhang II aufgeführt sind, zu beliefern.
- c) Bei der Berechnung der Quoten wird der ganzzahlige Wert berücksichtigt, der sich aus der Division der Anzahl der Teststreifen pro Verordnungsblatt durch 50 ergibt.
3. a) Erreicht die Apotheke in der Zeit vom 1. Januar 2022 bis zum 30. Juni 2022 und danach jeweils alle sechs Monate die Quote nach A.III.2 a) nicht, wird die entstandene Preisdifferenz in Höhe von 2,00 Euro je Packung á 50/51 Stück der Kasse mit der Abrechnung erstmals zum 30. Juni 2022, im Folgenden alle sechs Monate erstattet. Ziffer III.2 c) gilt entsprechend.
- b) Erreicht die Apotheke in der Zeit vom 1. Januar 2022 bis zum 30. Juni 2022 und danach jeweils alle sechs Monate die Quote nach A.III.2 b) nicht, wird die entstandene Preisdifferenz in Höhe von 2,95 Euro je Packung á 50/51 Stück der Kasse mit der Abrechnung erstmals zum 30. Juni 2022, im Folgenden alle sechs Monate erstattet. Ziffer III.2 c) gilt entsprechend.
- c) Die Quoten nach A.III.2 gelten als erreicht, wenn die Apotheke 70 Prozent der verordneten Packungen mit Teststreifen beliefert hat, die in Anhang I oder II aufgeführt sind und der Anteil von Teststreifen, die im Anhang I aufgeführt sind, mindestens 30 Prozent der verordneten Packungen á 50 Stück beträgt. Die Ausnahmen nach Ziffer III.2 a) und b) gelten entsprechend.
- d) Im Falle der Schließung der Apotheke oder des Inhaberwechsels erfolgt die Berechnung zum nächsten Monatsende. Nach Eröffnung einer Apotheke oder nach einem Inhaberwechsel wird die Quote erstmalig zu dem Stichtag im Sinne von A.III.2 a) und b) berechnet, der mindestens sechs Monate nach dem Datum der Eröffnung oder des Inhaberwechsels liegt. Die erzielten Quoten werden monatlich in der Rechnung ausgewiesen. Weitere Beanstandungen oder Vertragsmaßnahmen wegen Nichterreichen der Quoten erfolgen nicht.
- e) Die nach A.III.2 festgelegten Quoten werden einvernehmlich an Veränderungen der Marktlage angepasst.

IV. Umstellungsgebühr

1. Wenn der Versicherte zuletzt mit Produkten, die nicht in Anhang I aufgeführt sind, versorgt wurde und die Apotheke ein Produkt, das in Anhang I aufgeführt ist, abgibt, kann die Apotheke für die mit der Umstellung verbundene Beratung und den Geräteaus-tausch einen Pauschalbetrag in Höhe von insgesamt 20,00 Euro abrechnen. Hierfür ist das Sonderkennzeichen 02567596 zu verwenden. Die Gebühr kann pro Versichertem maximal einmal innerhalb von zwei Jahren abgerechnet werden. Die Vertragspartner gehen davon aus, dass die Apotheken für die hinreichende Qualität der Umstellungsberatung Sorge tragen und hierbei, soweit erforderlich, von den Landesapothekerverbänden unterstützt werden.
2. Die Regelung nach A.IV.1 kann abweichend von A.I.3 mit einer Frist von sechs Wochen zum Monatsende gekündigt werden, wenn nachgewiesen wird, dass die mit der Umstellung bezweckte Versorgung in wirtschaftlicher Hinsicht nicht nachhaltig erreicht wird. An dieses Sonderkündigungsrecht schließt sich das Recht zur Kündigung der Regelungen zur Quote in A.III.2 und 3 mit einer Frist von vier Wochen zum Monatsende an.

B. Preisregelungen für weitere Teststreifen

I. Blutgerinnungsteststreifen

Der Abgabepreis für alle Blutgerinnungsteststreifen berechnet sich aus dem aktuellen Apothekeneinkaufspreis (AEK) mit einem Zuschlag von 5 Prozent zuzüglich der Mehrwertsteuer.

Diese Regelung umfasst auch alle Reimporte.

II. Sonstige Blut- und Harnteststreifen (mit Ausnahme von Blutzuckerteststreifen)

Zuschlag von 15 Prozent auf den Apothekeneinkaufspreis zuzüglich der Mehrwertsteuer

Anhang I - Teststreifen nach A.II.1

Die Angabe der Hersteller/Vertreiber ist nur beispielhaft. Der Nettopreis gilt für alle Produkte, die unter der angegebenen Bezeichnung vertrieben werden.

Bezeichnung der Teststreifen	Hersteller
ACCU CHEK Guide Teststreifen	Roche Diabetes Care
ACCU CHEK Instant Teststreifen	Roche Diabetes Care
ADIA Blutzuckerteststreifen	diabetikerbedarf db GmbH
ADVANCE Monometer Blutzucker Teststr.GDH	CARDIMAC GmbH
ADVANCE Monometer Blutzucker Teststr.GDH single	CARDIMAC GmbH
ALPHACHECK professional Blutzuckerteststreifen	Berger Med GmbH
BALANCE Blutzucker Teststreifen GDH	SanTecTrade GmbH
BALANCE Blutzucker Teststreifen GDH single	SanTecTrade GmbH
BETACHEK Visual Diabetes Kontroll Test	MedVec International
BEURER GL32/GL34/BGL60 Blutzucker-Teststreifen	Beurer GmbH
BEURER GL40 Blutzuckerteststreifen	Beurer GmbH
BEURER GL 42/ GL 43 Blutzuckerteststreifen	Beurer GmbH
BEURER GL44/GL50 Blutzucker-Teststreifen	Beurer GmbH
BEURER GL44/GL50 Blutzucker-Teststreifen Folie	Beurer GmbH
BEURER GL48/49 Blutzucker-Teststreifen	Beurer GmbH
BIONANO Blutzucker Teststreifen	Imaco GmbH
BIONIME GS101 AOK Blutzucker-Teststr.75 Rightest	Ypsomed GmbH
CARESENS N Blutzuckerteststreifen auto.co-dierend	A.F.S.-Biotechnik GmbH
CONTOUR care Sensoren	Ascensia Diabetes Care Deutschland GmbH
DIAMET optima Blutzucker Teststreifen 2in1	SanTecTrade GmbH
DIAMET optima single Blutzucker Teststreifen	SanTecTrade GmbH
DIAVUE Prudential Blutzuckerteststreifen	Human Nutrition GmbH

EASY CHEK 4207 Blutzucker Teststreifen	Easy Check GmbH & Co. KG
EASY CHEK Kolibri Teststreifen	Easy Check GmbH & Co. KG
EASYPHARM GL Blutzuckerteststreifen	Eu medical GmbH
ELEGANCE CT X11 Blutzucker Teststreifen	Convergent Technologies GmbH & Co. KG
ELEGANCE CT X12 Blutzuckerteststreifen	Convergent Technologies GmbH & Co. KG
EU AGAMATRIX Presto Teststreifen	AgaMatrix Inc.
EU WAVES Sense Presto Teststreifen	AgaMatrix Inc.
FORA D40/V30/G30/G31/G71 Blutzucker Teststreifen	Foracare Suisse AG
GLUCEOFINE Blutzucker-Teststreifen	METRADO GmbH
GLUCEOFINE PRO Blutzucker-Teststreifen	METRADO GmbH
GLUCO CHECK Excellent Teststreifen	Aktivmed GmbH
GLUCO CHECK XL Blutzuckerteststreifen	Aktivmed GmbH
GLUCO CHECK GOLD Blutzuckerteststreifen	Aktivmed GmbH
GLUCO TEST Blutzuckerteststreifen	Aristo Pharma GmbH
GLUCO TEST DUO Teststreifen	Aristo Pharma GmbH
GLUCO TEST Plus Blutzuckerteststreifen	Aristo Pharma GmbH
GLUCOFLEX R Glucose Teststreifen	h & h DiabetesCare GmbH
GLUCOMEN areo Sensor Teststreifen	Berlin-Chemie AG
GLUCOMEN GM Sensor Teststreifen	Berlin-Chemie AG
GLUCOSMART salsa Blutzucker Teststreifen	MSP bodmann GmbH
GLUCOSMART Swing Blutzucker Teststreifen	MedicSprint e.K.
IDIA IME-DC Blutzuckerteststreifen	IME-DC GmbH
MEDISIGN Blut Glukose Teststreifen	Wörner Medizinprodukte und Logistik GmbH
MEDISMART RUBY Teststreifen	Lobeck Medical AG
MEDITOUCH Teststreifen International	promed GmbH
MEDPRO Maxi & Mini Blutzucker Teststreif.einzeln	Medpro GmbH
MEDPRO Maxi & Mini Blutzucker Teststreif .single	Medpro GmbH
MEDSTAR Blutzuckerteststreifen	Koczyba GmbH
MICRODOT plus Teststreifen/Sensoren	mtb GmbH
MONOMETER Blutzucker-Teststreifen einzeln verpackt	CARDIMAC GmbH

MONOMETER Blutzucker-Teststreifen P plasma-äquiv.	CARDIMAC GmbH
MONOMETER Teststreifen	CARDIMAC GmbH
MYLIFE Aveo Blutzucker Teststreifen	Ypsomed GmbH
MYLIFE GM300 Bionime Teststreifen	Ypsomed GmbH
MYLIFE Pura Blutzucker Teststreifen	Ypsomed GmbH
MYLIFE Unio Blutzucker Teststreifen	Ypsomed GmbH
OMNITEST 3 Blutzucker Sensoren Teststreifen	B. Braun Melsungen AG
OMNITEST Plus Teststreifen	B. Braun Melsungen AG
ONETOUCH SelectPlus Blutzucker Teststreifen	LifeScan (Johnson & Johnson Medical GmbH)
ONETOUCH ULTRA PLUS Blutzucker Teststreifen	LifeScan (Johnson & Johnson Medical GmbH)
ONETOUCH Vita Teststreifen	LifeScan (Johnson & Johnson Medical GmbH)
SANITAS SGL 25 Blutzuckerteststreifen Set	proVita
SD GlucoNavii GDH Blutzucker-Teststreifen	Imaco GmbH
SENIORLINE PRO Blutzucker-Teststreifen Cignus	CIGNUS GmbH
SENSOCARD Sensoren Blutzuckermess Teststreifen	mtb GmbH
SOMA Blutzuckerteststreifen	Dräger Medical Devices GmbH
SOMA Blutzuckerteststreifen einzeln verpackt	Dräger Medical Devices GmbH
STADA Gluco Result Teststreifen	STADAPharm GmbH
TERUMO Medisafe Fit Blutzuckertestspitzen	MeDiTa-Diabetes GmbH
TESTSTREIFEN Sapphire MediSmart	Lobeck Medical AG
TRUEYOU Blutzucker Teststreifen	Nipro Diagnostics GmbH
WELLION CALLA Blutzuckerteststreifen	Med Trust GmbH
WELLION GALILEO Blutzuckerteststreifen	Med Trust GmbH
WELLION LUNA Blutzuckerteststreifen	Med Trust GmbH

Anhang II - Teststreifen nach A.II.2

Die Angabe der Hersteller/Vertreiber ist nur beispielhaft. Der Nettopreis gilt für alle Produkte, die unter der angegebenen Bezeichnung vertrieben werden.

Bezeichnung der Teststreifen	Hersteller
ACCU CHEK Aviva	Roche Diabetes Care
ACCUTREND Glucose	Roche Diabetes Care
AURUM Blutzucker-Teststreifen	Pharmadoc GmbH
BGStar Teststreifen	Sanofi-Aventis
CONTOUR next Sensoren	Ascensia Diabetes Care Deutschland GmbH
CUSTO GLUCO hct	Customed
EASYGLUCO Blutzucker Teststreifen	Dytrex
GLUCO TALK Teststreifen	Alere
IME DC Blutzuckerteststreifen	IME-DC
IME DC Fidelity Blutzuckerteststreifen	IME-DC
SMARTLAB nG Blutzuckerteststreifen	HMM GmbH
WELLION Linus Blutzucker Teststreifen	Medtrust
ZUCKERCHECKER Blutzucker Teststreifen	bosshammer

Anlage 5

Aktuell nicht belegt

Anlage 6 - Zentrale Rezeptabrechnung in Verbindung mit der Datenaufbereitung und -übermittlung nach § 16

§ 1 Rechnungslegung und Beanstandungen

- (1) Die Rechenzentren, die die zentrale Rezeptabrechnung durchführen, erstellen eine einheitliche Rechnung für die über sie abrechnenden Apotheken. Sollten Rechenzentren eigene Berechnungen durchführen, die von den Angaben im Artikelstamm Plus V abweichen, dann sind die abweichenden Berechnungen darzulegen sowie die davon betroffene Gruppe von Apotheken in der Rechnung mitzuteilen.
- (2) Die papiergebundene Rechnung (sowie die daraus erstellte PDF-Datei) enthält neben Name, Anschrift und Institutionskennzeichen des Rechenzentrums sowie dem Rechnungsdatum die in der Technischen Anlage 3 zur Vereinbarung nach § 300 SGB V beschriebenen Informationen und entspricht dem dort genannten Aufbau.
- (3) Die Übermittlung der Rechnung erfolgt per Datenfernübertragung nach Maßgabe der Technischen Anlage 3 zur Vereinbarung nach § 300 SGB V⁹. Die ordnungsgemäße Übermittlung der Rechnungsdaten wird von der annehmenden Stelle unverzüglich quittiert oder die Fehlerhaftigkeit der Datenübermittlung wird spätestens einen Werktag nach Eingang der Daten mitgeteilt.
- (4) Beanstandungen werden gegenüber der Apotheke geltend gemacht, soweit in dieser Anlage nichts Abweichendes vereinbart ist.

§ 2 Datenaufbereitung und -übermittlung

- (1) Die Rechenzentren erfassen die Daten der von den Apotheken zur Abrechnung weitergeleiteten Ordnungsblätter auf maschinell verwertbaren elektronischen Datenträgern nach Maßgabe der Bestimmungen der Vereinbarung gemäß § 300 SGB V und leiten diese zusammen mit den Images (§ 17 Arzneiversorgungsvertrag) an die Mitgliedskassen oder die von diesen benannten Stellen weiter. Die Übermittlung erfolgt innerhalb der durch § 17 Absatz 1 bestimmten Frist.
- (2) Die Kostenpauschale nach § 15 Absatz 1 sowie der Mehraufwand, der bei der Datenaufbereitung durch mangelhafte Qualität der Beschriftung des Ordnungsblattes im Arztfeld entsteht (Anlage 2 § 3 Absatz 7 der Vereinbarung nach § 300 SGB V), werden in Zusammenhang mit der Rechnungslegung nach § 1 dieser Anlage geltend gemacht und sind im Zeitpunkt der Restzahlung nach § 4 Satz 2 zu begleichen.
- (3) Für die Berechnung des Mehraufwandes, der bei der Datenaufbereitung durch mangelhafte Qualität der Beschriftung des Ordnungsblattes im Arztfeld entsteht (Anlage 2 § 3 Absatz 7 der Vereinbarung nach § 300 SGB V), gelten die Regelungen des Anlage 2

⁹ Datensegmente UNA, UNB, UNH, REC, RES, RFP, GEP, UNT und UNZ

§ 3 Absatz 7 der Vereinbarung nach § 300 SGB V, soweit die Vertragspartner nicht eine gesonderte Vereinbarung über die Berechnung des Mehraufwandes treffen¹⁰.

- (4) Falls die Informationen in den Segmenten RECP nicht mit den entsprechenden Summen der Rechnung nach § 1 Absatz 2 übereinstimmen, ist eine korrigierte Rechnung zu übersenden.
- (5) Im Falle einer verspäteten Datenlieferung nach § 2 Absatz 1 kann die Krankenkasse in den folgenden Fällen die nächstmögliche Abschlagszahlung nach § 4 kürzen:
 - a) Bei Eingang der Datenlieferung innerhalb des Kalendermonats, in dem die Datenlieferung erfolgen sollte, kann die Abschlagszahlung um 2 Prozentpunkte gekürzt werden. Dies gilt nur, sofern es sich um mehr als zwei derartige Verspätungen innerhalb von zwölf Monaten handelt.
 - b) Bei Eingang der Datenlieferung innerhalb 14 Tagen nach Ablauf des Kalendermonats, in dem die Datenlieferung erfolgen sollte, kann die Abschlagszahlung um fünf Prozentpunkte gekürzt werden. Buchstabe a. ist daneben nicht anzuwenden.

Die Kürzungen sind mit der nächsten Restzahlung nach Eingang der Datenlieferung auszugleichen.

§ 3 Serviceleistungen

- (1) Die Rechenzentren müssen folgende Leistungen erbringen können:
 1. Image-Archivierung
 - a) Bereithaltung der Images bis zu vier Wochen nach Ablauf des Abrechnungsmonates gemäß Anlage 2 § 4 Absatz 1 der Vereinbarung nach § 300 SGB V
 - b) Archivierung bis zu 24 Monaten
 - c) Batch-Abfrage aus dem Archiv
 - d) Erstellen von Printimages
 - e) Archivierung von Images von Apotheken, die über Dritte abrechnen
 2. Verordnungsblätter
 - a) Sortierung nach Ärzten oder Apotheken
 - b) Einlagerung Originalbelege für eine Dauer von bis zu sechs Monaten bzw. bis zu neun Monaten
 - c) Ziehen von einzelnen Originalbelegen nach Arzt oder Apotheke auf Anforderung
- (2) Weitere Serviceleistungen können vereinbart werden.
- (3) Die Rechenzentren sind verpflichtet, bei der Erbringung der Serviceleistungen die sich aus der DSGVO ergebenden Anforderungen zu beachten.

¹⁰ Protokollnotiz: Zwischen den Vertragspartnern besteht Einvernehmen, dass die Protokollnotiz zu § 2 Absatz 3 Satz 2 der Anlage 7 in der ab 1. April 1998 geltenden Fassung des Arznei- und Hilfsmittellieferungsvertrages vom 1. Juli 1995 fort gilt.

§ 4 Rechnungsbegleichung

- (1) Die Begleichung der Rechnung nach § 1 Absatz 2 gegenüber Rechenzentren, die die Anforderungen dieser Anlage erfüllen, erfolgt durch eine Abschlagszahlung mit Valutastellung zum 4. des Monats, der dem Kalendermonat der Lieferung folgt, in Höhe von 90 Prozent des Rechnungsbetrages der Rechnung aus dem vorangegangenen Monat.
- (2) Die Restzahlung erfolgt durch Valutastellung zum 10. Kalendertag nach Rechnungseingang. Übersteigt die Abschlagszahlung die Forderungssumme, zahlen die Rechenzentren die Differenz zum Rechnungsbetrag zum 19. des Monats (Valuta), in dem die Abschlagszahlung erfolgte, an die Krankenkassen zurück. Die Zahlungen an die Rechenzentren erfolgen mit schuldbefreiender Wirkung für die Ersatzkassen. Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch dann ein, wenn die Rechtsbeziehungen zwischen dem Rechenzentrum und dem Apotheker mit einem Rechtsmangel behaftet sind.

§ 5 Datenschutz

Die Rechenzentren sind verpflichtet, die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen, insbesondere § 7 der Vereinbarung nach § 300 SGB V, zu beachten.

§ 6 Erklärungen gegenüber Rechenzentren

- (1) Beanstandungen von Berechnungen, die das Rechenzentrum eigenständig durchgeführt hat, können dem Rechenzentrum mitgeteilt werden. Sie gelten als gegenüber der Apotheke abgegeben, wenn in der Beanstandung der auf die jeweils betroffenen Apotheken entfallende Beanstandungsbetrag aufgeführt wird.
- (2) Sofern das Rechenzentrum nicht innerhalb von sechs Wochen nach Eingang der Beanstandung Einspruch gegen die Beanstandung erhebt, kann die sich aus der Beanstandung ergebende Differenz mit der nächsten Rechnungszahlung verrechnet werden. Erhebt das Rechenzentrum Einspruch, gilt der Einspruch als für alle betroffenen Apotheken eingelegt. Das weitere Verfahren richtet sich nach § 13 Absätze 3 und 4. Die betroffenen Apotheken können den Einspruch durch das Rechenzentrum durch eigene Argumente ergänzen. Die Krankenkassen haben diese zu berücksichtigen.
- (3) Die Möglichkeit der Apotheke, Einspruch gemäß § 13 gegen die Beanstandung gegenüber dem Rechenzentrum zu erheben, bleibt unberührt. Ein Einspruch bleibt insbesondere zulässig, wenn das Rechenzentrum keinen Einspruch erhoben hat.

* * *