

01.04.2012

Arznei-Liefervertrag

zwischen

dem Bremer Apothekerverein e. V.

- nachfolgend BremerAV -

und

der AOK Bremen / Bremerhaven

dem BKK-Landesverband Mitte,

Siebstrasse 4

30171 Hannover

zugleich für die Knappschaft – Regionaldirektion Hamburg

der IKK gesund plus

handelnd als Landesverband für das Land Bremen, zugleich für die Krankenkasse für den Gartenbau, handelnd als Landesverband für die landwirtschaftliche Krankenversicherung in Bremen

- nachfolgend Verbände -

wird gemäß § 129 Absatz 5 SGB V folgender ergänzender Vertrag,
zum Rahmenvertrag nach § 129 SGB V geschlossen:

Präambel

Die vertragsschließenden Parteien wirken bei der Umsetzung dieses Vertrages vertrauensvoll und in partnerschaftlichem Geist zusammen. Die Vertragsparteien halten an der flächendeckenden Versorgung der Anspruchsberechtigten durch die öffentlichen Apotheken Bremen fest¹⁾ und schließen den nachfolgenden Vertrag.

§ 1

Gegenstand des Vertrages

Dieser Vertrag regelt

1. die Belieferung der Versorgungsberechtigten (im folgenden Versicherte genannt) der Krankenkassen mit

- a) apothekenpflichtigen Arzneimitteln,
- b) Verbandstoffen, Pflastern sowie Medizinprodukten mit Verbandstoffcharakter
- c) Medizinprodukten (soweit sie in der Anlage V der Arzneimittelrichtlinien nach §92 Abs. 1 S.2 Nr.6 SGB V aufgeführt sind),
- d) Fluoridierungsmitteln, resorbierbaren Gelatineschwämmchen (Zahnheilkunde)
- e) Teststreifen und Schnelltests
- f) salinische Lösungen nur für Kinder innerhalb von Rezepturen
- g) Impfstoffe

und

2. die Lieferung des Sprechstundenbedarfs

durch Apotheken. Die Belieferung durch Dritte bei Abrechnung über die Apotheke (sog. Streckengeschäft bzw. Kettenhandel) ist nicht Gegenstand des Vertrages.

§ 2

Teilnahme am Vertrag

(1) Der Vertrag hat Rechtswirkung für die den Verbänden angeschlossenen Krankenkassen (nachfolgend Krankenkassen).

(2) Der Vertrag hat Rechtswirkung für öffentliche Apotheken, deren Leiter dem BremerAV angehören. Der BremerAV teilt den Verbänden mit, welche Apothekenleiter zu seinen Mitgliedern zählen. Veränderungen in seinem Mitgliederbestand teilt der BremerAV den Verbänden vierteljährlich in Dateiform (Excel) mit.

1) Mögliche Ausschreibungen sind hierdurch nicht ausgeschlossen

(3) Öffentliche Apotheken, deren Leiter nicht dem BremerAV angehören, sind an der Lieferung nur dann beteiligt, wenn sie diesen Vertrag einschließlich seiner Anlagen, Nachträgen und Protokollnotizen in der jeweils geltenden Fassung gegen sich gelten lassen. Dies teilen die Leiter den Verbänden schriftlich mit.

(4) Filialapotheken gelten als Unternehmensteil einer Apotheke. Insofern gelten die Bestimmungen dieses Vertrages auch für Filialapotheken, bei denen der Hauptsitz in Bremen liegt und die diesem Vertrag beigetreten sind.

§ 3

Abgabebestimmungen

(1) Die Abgabebestimmungen ergeben sich aus den gesetzlichen Vorschriften, dem Rahmenvertrag nach § 129 SGB V und den weiteren Bestimmungen dieses Vertrages. Die Abgabe erfolgt aufgrund einer ordnungsgemäß ausgestellten vertragsärztlichen oder vertragszahnärztlichen Verordnung. Ordnungsgemäß ausgestellt ist eine Verordnung, wenn sie neben Mittel und Menge mindestens folgende Angaben nach der Vereinbarung gemäß § 300 SGB V enthält:

- a) Bezeichnung der Krankenkasse bzw. anderer Kostenträger
- b) Kassen-Nummer (IK)
- c) Name, Vorname, Geburtsdatum und Anschrift des Versicherten,
- d) Versichertennummer,
- e) Betriebsstättennummer und lebenslange Arztnummer
- f) Gültigkeit der Versichertenkarte,
- g) Ausstellungsdatum
- h) Kennzeichnung des Status des Versicherten
- i) Kennzeichnung der Statusgruppen 6, 7, 8 bzw. 9 sowie des Feldes Begründungspflicht, soweit zutreffend,
- j) Kennzeichnung für Unfall, soweit zutreffend,
- k) Kennzeichnung für Arbeitsunfall soweit zutreffend,
- l) Gebührenpflicht oder Gebührenbefreiung soweit zutreffend,
- m) Kennzeichnung im Noctu-Feld, soweit zutreffend
- n) Unterschrift des Vertragsarztes
- o) Vertragsarztstempel (Eindruck oder Stempel)
- p) Codiernummer

Die Angaben werden vom Arzt auf das Verordnungsblatt übertragen; ein Fehlen einer Angabe nach den Buchstaben entweder a oder b, entweder c oder d (bei Anwendung des

Ersatzverfahrens genügen Name, Vorname und Geburtsdatum des Versicherten als Angaben zu Buchstabe d; bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln darf auf die Angabe von Name, Vorname und Geburtsdatum des Versicherten nicht verzichtet werden), entweder e oder o und einer einzelnen Angabe nach den Buchstaben h – m berechtigt nicht zur Zurückweisung des Verordnungsblattes bei der Abrechnung. Fehlende oder fehlerhafte Angaben, nach denen in Satz 3 genannten Buchstaben können im Einzelfall vom Apotheker geheilt werden (bei Betäubungsmitteln sind die Einschränkungen der Betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften zu beachten) und sind in diesem Fall von ihm abzuzeichnen. Es finden die zwischen den Partnern des Bundesmantelvertrages Ärzte nach § 87 SGB V vereinbarten ärztlichen und die amtlichen Verordnungsblätter Anwendung. Über Verordnungsblätter, die nicht der jeweils gültigen Fassung entsprechen, wird der Arzt informiert. Die Verordnung muss zum Zeitpunkt der Belieferung vom Vertragsarzt unterschrieben sein. Die Angaben des Arztes (beispielsweise die Arztnummern) dürfen sich nicht widersprechen. Sind mehrere Ärzte in der Praxis tätig, so muss der Name des behandelnden Arztes ersichtlich sein. Zur Heilung kann der Apotheker entsprechende Auskünfte in der Praxis einholen und die zutreffenden Anpassungen auf dem Rezeptblatt vermerken.

(2) Legt der Versicherte ein Privatrezept mit dem Vermerk "mangels Krankenversichertenkarte" vor, so hat der Apotheker bei der Belieferung dieser Verordnung die Bestimmungen des Vertrages zu beachten. Er kann vom Versicherten Barzahlung verlangen. Er ist verpflichtet, innerhalb eines Monats den gezahlten Betrag zu erstatten, wenn der Versicherte das Privatrezept gegen eine ordnungsgemäß ausgestellte vertragsärztliche Verordnung tauscht. Die Privatverordnung ist von der Apotheke einzubehalten und zu vernichten bzw. zu entwerten. Die Lieferung ist von der durch den Vertragsarzt auf dem Verordnungsblatt angegebenen Krankenkasse zu bezahlen.

(3) Die Apotheken sind zur Nachprüfung der Zugehörigkeit des Versicherten zu der auf der Verordnung angegebenen Krankenkasse nicht verpflichtet. Allerdings gilt die Verordnung nur als ordnungsgemäß ausgefüllt, wenn das Feld „VK gültig bis“ gefüllt ist. Die Abgabe an den Versicherten muss innerhalb des Gültigkeitszeitraums „VK gültig bis“ sein, im Einzelfall kann die Abgabe auch bis zu 7 Tagen nach Ende des Gültigkeitszeitraumes erfolgen. Ist das Feld nicht gefüllt, so können die entsprechenden Angaben vom Apotheker nach Vorlage der Krankenversicherungskarte und des Ausweises nachgetragen werden. Sie sind mit dem Vermerk „geändert“ und dem Handzeichen des Apothekers zu kennzeichnen. Ist eine entsprechende Änderung nicht möglich oder ist das Rezept nach Ende der Kartengültigkeit ausgestellt worden, so ist wie unter § 3 Abs. 2 beschrieben zu verfahren.

(4) Verordnungen von:

(a) Arzneimitteln und Medizinprodukten, die nach § 34 Abs. 3 SGB V von der Versorgung nach § 31 SGB V ausgeschlossen sind,

(b) Arzneimitteln, die aufgrund der Zuzahlungsverordnung von der Verordnung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen sind (Ausnahme: Sprechstundenbedarfverordnungen),

(c) apothekenpflichtigen Fertigarzneimitteln und aus diesen gefertigten Rezepturen mit Wirkstoffen oder Wirkstoffgruppen, für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und die in den Arzneimittel-Richtlinien (AMR) für keine Indikation als Standardtherapeutikum genannt werden,

a) Ausnahme: apothekenpflichtige homöopathische und anthroposophische Arzneimittel, wenn der Arzt auf dem Rezept „Abgabe gemäß §12 Abs. 6 AMR indiziert“ vermerkt hat

b) Ausnahme: apothekenpflichtige Arzneimittel, die nicht unter Anlage 1 der Arzneimittel-Richtlinien erwähnt werden, wenn der Arzt „Abgabe gemäß §12 Abs. 7 AMR“ oder „Abgabe gemäß §12 Abs. 8 AMR“ auf dem Rezept vermerkt hat.

Nach Rücksprache mit dem Arzt ist eine handschriftliche Ergänzung durch den Apotheker zulässig, diese ist mit Datum und Handzeichen kenntlich zu machen. In der Regel sind diese Produkte in der Apothekensoftware mit einem entsprechenden Warnhinweis versehen

(d) Arzneimitteln der Anlage 2 AMR (sogenannte Lifestyle-Präparate)

dürfen nicht beliefert werden.

(5) Verordnungen von Medizinprodukten nach § 31 SGB V für Versicherte dürfen nur beliefert werden, soweit sie von den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr.6 SGB V - der Anlage 5 AMR- erfasst sind.

(6) Bei Verordnungsmissbrauch durch Vertragsärzte, Apotheker, Versicherte oder sonstige Dritte, sind die den Missbrauch feststellenden Krankenkassen nicht zur Zahlung verpflichtet, es sei denn, dass der Missbrauch für den Apotheker bei Wahrung der erforderlichen Sorgfalt nicht erkennbar war. Missbrauch im Sinne des Satzes 1 liegt insbesondere vor bei der Abrechnung auf Grund gefälschter, erschlichener, rechtswidrig ausgestellter oder erlangter Verordnungen. Für den Fall, dass die Krankenkasse in Unkenntnis des Missbrauchs im Sinne des Satzes 2 an den Apotheker oder ein von diesem beauftragtes Rechenzentrum

gezahlt hat, ist die Krankenkasse abweichend von § 9 im Rahmen der gesetzlichen Verjährung berechtigt, ihre geleisteten Zahlungen mit der nächsten Zahlungsforderung des Apothekers zu verrechnen. Diese Regelung ist grundsätzlich nur bei einer Mehrzahl von Fällen anzuwenden, es sei denn der Missbrauch ist bereits auf einem Rezept erkennbar.

(7) Eine vertragsärztliche Verordnung darf nur innerhalb eines Monats nach dem Ausstellungstag zur Belieferung angenommen werden. Eine spätere Abgabe, innerhalb einer Frist von 2 Monaten nach Ausstellung, muss durch Beschaffung, Herstellung oder Genehmigung begründet sein. Dies gilt auch für den Sprechstundenbedarf. Wird eine Verordnung nach der Monatsfrist, aber noch innerhalb von zwei Monaten nach der Ausstellung in der Apotheke vorgelegt, dürfen die Mittel abgegeben werden, wenn zuvor Rücksprache mit dem Arzt genommen wurde, der Arzt gegen die Abgabe keine Einwände erhebt und der Apotheker dies auf dem Verordnungsblatt vermerkt. Ansonsten entfällt der Anspruch auf Bezahlung. Für die Abgabe von Betäubungsmitteln gelten die Vorschriften des Betäubungsmittelgesetzes (BtmG) und der Verordnung über das Verschreiben, die Abgabe und den Nachweis des Verbleibs von Betäubungsmitteln (BtmVV). Nach den Vorgaben der Apothekenbetriebsordnung ist das Abgabedatum auf der Verordnung zu vermerken. Handelt es sich um rezepturmäßig beispielsweise für eine Woche hergestellte Arzneimittel, so ist der letzte Tag der Abgabe auf dem Rezept zu vermerken. Das Rezept darf nicht vor dem letzten Tag der Abgabe abgerechnet werden.

(8) Fehlen auf der Verordnung Angaben, die die Preisberechnung beeinflussen, so sind sie vom Apotheker hinzuzufügen. Bei Artikeln, die in der Großen Deutschen Spezialitäten-Steuer (Lauer-Steuer) nicht aufgeführt sind, hat der Apotheker die Lieferfirma und den Einkaufspreis auf dem Verordnungsblatt zu vermerken. Bei einer vom Apotheker herzurichtenden Arznei sind die Einzelbeträge der Apotheken-Rezeptur zu vermerken. Die Regelungen der „Technischen Anlage 1 zur Vereinbarung über die Übermittlung von Daten im Rahmen der Arzneimittelabrechnung gemäß § 300 SGB V“ sind einzuhalten.

(9) Ist eine ärztliche Verordnung von Fertigarzneimitteln hinsichtlich der Darreichungsform oder der Dosierung unvollständig oder ungenau und ist der Vertragsarzt nicht zu erreichen, glaubt aber der Apotheker, die Ausgabe der Arznei nicht verweigern zu dürfen, so ist er berechtigt, diejenige Arzneiform oder Dosierung abzugeben, die er nach pflichtgemäßem Ermessen für die richtige hält. Die Verordnung ist entsprechend zu ergänzen. Führen Mengen- oder Dosisangaben bei parenteralen Zubereitungen zu einer unwirtschaftlichen Stückelung (Verwerfung von mehr als 90% des Anbruchs), so ist der Arzt darüber zu

informieren. Nach Rücksprache sind Änderungen (Mengen- oder Dosisanpassung) durch den Apotheker zulässig.

(10) Abgeändert vorgelegte Verordnungen dürfen nur beliefert werden, wenn die Änderung vom Vertragsarzt vorgenommen und gegengezeichnet wurde. Betrifft die Änderung die Menge und ist der Vertragsarzt nicht erreichbar, so darf die Apotheke nur die kleinere der genannten Mengen abgeben.

(11) Ist vom Arzt ein bestimmtes Importpräparat (Parallel- oder Reimport) verordnet, das nachweislich nicht verfügbar ist, ist der Apotheker berechtigt ein in Menge, Dosierung und Wirtschaftlichkeit entsprechendes Präparat abzugeben. Gibt es auch bei vergleichbar wirtschaftlichen Präparaten Defektmeldungen, dann kann nach Rücksprache mit dem Arzt die Verordnung abgeändert werden. Die im Rahmenvertrag festgelegten Bestimmungen bleiben hiervon unberührt. Bei der Abgabe von Zytostatikarezepturen sind auch Importe und Generika zu berücksichtigen.

(12) Ergänzend zu § 5 Abs. 2 des Rahmenvertrages nach § 129 SGB V dürfen ohne einen besonderen Vermerk des Vertragsarztes nur dann verschieden große Packungen abgegeben werden, wenn dies im Hinblick auf die Indikation und/oder Wirtschaftlichkeit geboten ist (z. B. bei Sera).

(13) Arzneimittelimporte nach § 73 Abs. 3 Arzneimittelgesetz dürfen nur nach Vorlage eines Kostenvoranschlages, dem die Krankenkasse zugestimmt hat, abgegeben werden. Auf dem Kostenvoranschlag sind anzugeben:

- der Einkaufspreis,
- der Zuschlag gemäß § 3 Abs. 1 Arzneimittelpreisverordnung,
- die Mehrwertsteuer,
- der Brutto-Verkaufspreis.

(14) Für die Definition, Zuständigkeit und die Lieferung von Sprechstundenbedarf ist die jeweils in Bremen gültige Vereinbarung über die Verordnung von Sprechstundenbedarf für die Ärzte verbindlich. Soweit die Anforderung von Sprechstundenbedarf genehmigungspflichtig ist, darf die Abrechnung erst nach Genehmigung durch die zuständige Stelle erfolgen. Die gesonderte Abrechnung des Sprechstundenbedarfs ist nur mit den in den Vereinbarungen über die Verordnung von Sprechstundenbedarf benannten Stellen zulässig.

(15) Alle Lieferungen müssen den Bestimmungen der Apothekenbetriebsordnung, des Arzneibuches, des Deutschen Arzneimittel-Codex und den DIN-Vorschriften entsprechen bzw. die CE-Kennzeichnung tragen.

(16) Wird eine Rücksprache mit dem Arzt nach diesem Liefervertrag erforderlich, ist der Arztname und das Datum der Rücksprache zu vermerken und vom Apotheker gegenzuzeichnen.

§ 4

Preisberechnung

(1) Für die Preisberechnung der Fertigarzneimittel und Rezepturen, deren Abgabe nach § 43 Abs. 1 AMG den Apotheken vorbehalten ist, gilt die Arzneimittel-Preisverordnung und die Lauer -Taxe in der jeweils geltenden Fassung. Maßgebend sind die am Tage der Abgabe gültigen Preise.

(2) Außer der gesetzlichen Zuzahlung und anderen gesetzlich vorgesehenen Selbstbeteiligungsbeiträgen, z. B. der Noctu - Gebühr, und Mehrkosten im Sinne des § 31 Absatz 2 SGB V dürfen keine weiteren Zuzahlungen vom Versicherten für die Abgabe von Mitteln nach diesem Vertrag gefordert werden.

(3) Ist für ein Arznei-, oder Verbandmittel ein Festbetrag festgesetzt, und ist der Abgabepreis höher als der Festbetrag, so ist der Krankenkasse der Festbetrag in Rechnung zu stellen. Die Differenz zwischen Festbetrag und Apothekenabgabepreis trägt der Versicherte. Sie darf nicht als Zuzahlung gemäß § 61 SGB V quittiert werden. Soweit der sich aus diesem Vertrag ergebende Preis unterhalb des Festbetrages liegt, ist der Vertragspreis abzurechnen.

(4) Alle Preise und Entgelte, die nach Maßgabe dieses Vertrages abgerechnet werden können und die nicht unter die Preisregelungen des 1. Absatzes fallen, sind zuzüglich der Mehrwertsteuer zu berechnen, soweit in der Arzneimittelpreisverordnung oder den Festbeträgen nichts anderes bestimmt ist. Auch die Preisregelungen der Anlagen gelten zzgl. der gesetzlichen Mehrwertsteuer. Sind für die Artikel, deren Preisregelungen in den Anlagen geregelt sind, Festbeträge festgesetzt, kann die Berechnung höchstens bis zur Höhe des jeweiligen Festbetrages vorgenommen werden.

(5) Bei Inanspruchnahme der Apotheke gem. § 6 der Arzneimittelpreisverordnung (Notdienst) ist die Zeit der Inanspruchnahme auf der Verordnung anzugeben und vom Diensttuenden Apotheker abzuzeichnen. In Notdienstfällen, die sowohl in den Notdienst der

Ärzte als auch den Notdienst der Apotheker fallen, insbesondere wenn der Vertragsarzt einen entsprechenden Vermerk "noctu" oder "cito" auf der Verordnung angebracht hat, übernimmt die zuständige Krankenkasse das zusätzliche Entgelt. In anderen Fällen ist das zusätzliche Entgelt vom Abholer zu entrichten. Bei gleichzeitiger Vorlage mehrerer Verordnungen durch denselben Überbringer ist das zusätzliche Entgelt nur einmal zu berechnen.

(6) Die unvermeidbaren und glaubhaft gemachten Beschaffungskosten für Fertigarzneimittel, die beim örtlichen Großhandel nicht vorrätig sind, können in folgenden Fällen berechnet werden:

- a) beim Import aus dem Zollland,
- b) bei Fertigarzneimitteln, die wegen termingebundener Anwendung oder individueller Herstellung für einen bestimmten Patienten nicht in der Apotheke vorrätig gehalten werden können,
- c) bei seltenen Impfstoffen und seltenen Seren,
- d) bei gesonderter Berechnung durch den Hersteller,
- e) in allen anderen Fällen im Einvernehmen mit der Krankenkasse.

Angaben hierzu (Lieferant u. a.) sind auf dem Rezept zu vermerken. Die Abrechnung hat mit der Sonder PZN zu erfolgen. Die Obergrenze für Beschaffungskosten beträgt 10,00 € zzgl. Mehrwertsteuer. Fax- und Telefongebühren werden nicht erstattet.

(7) Hat der Apotheker aufgrund einer ihm vorgelegten Verordnung der Krankenkasse ein Kostenangebot gemacht und liegt der Krankenkasse ein günstigeres Angebot vor, teilt sie dem Apotheker den günstigeren Preis mit, auf den der Apotheker eingehen kann.

(8) Nicht abgeholte Produkte (z. B. Fertigarzneimittel, Verbandstoffe etc.) können – mit Ausnahme von Rezepturen – nicht berechnet werden, es sei denn die Rückgabe ist nachweisbar ausgeschlossen. Zubereitungen der Anlage 3 der Hilfstaxe, die nicht angewandt worden sind, können der Krankenkasse mit EK + MwSt. in Rechnung gestellt werden; das Verordnungsblatt ist mit dem Vermerk "nicht angewandt" zu versehen.

§ 5

Zuzahlung

(1) Der Apotheker zieht die vom Versicherten zu zahlende Zuzahlung nach § 31 SGB V ein und verrechnet sie mit seinen Zahlungsansprüchen gegenüber der Krankenkasse.

(2) Hat der Vertragsarzt bei Vorliegen eines Nachweises über das Erreichen der Belastungsgrenze nach §§ 61, 62 SGB V eine Kennzeichnung nicht vorgenommen, so erhebt die Apotheke keinen Kostenanteil und kennzeichnet den Wert der Kostenanteile mit „0“. Hat der Vertragsarzt bei Vorliegen eines Nachweises über das Erreichen der Belastungsgrenze nach §§ 61, 62 SGB V eine Kennzeichnung falsch vorgenommen, so informiert die Apotheke den Vertragsarzt und braucht nach Gegenzeichnung durch den Apotheker keinen Kostenanteil erheben. Der Wert der Kostenanteile wird mit „0“ gekennzeichnet. Die Apotheke trägt in beiden Fällen den Vermerk „Befreit vom...“ ein.

(3) Hat der Vertragsarzt einen Hinweis auf § 27a SGB V auf dem Rezeptblatt angebracht, ist eine Kostenbeteiligung von 50% des für den Versicherten maßgeblichen Abgabepreises für alle auf dem Rezept aufgeführten Medikamente zu erheben. Bescheide nach §§ 61, 62 sind dabei unmaßgeblich. Aufzutragen ist in der ersten Zeile die dafür vorgesehene Sonder-PZN und in den folgenden Zeilen die insgesamt abgegebenen Arzneimittel mit ihren PZN und Faktoren (nicht ein halbes der Menge). Das Feld Zuzahlung bleibt leer. Deutet die Verordnung von Ovulationsauslösern (Gonadotropine) auf eine entsprechende Behandlung hin, hat die Apotheke das Vorliegen einer entsprechenden Genehmigung zu erfragen. Bei Vorlage einer solchen trägt die Apotheke den Vermerk „Genehmigung nach § 27 a SGB V Nr.“ ein und verfährt wie oben beschrieben. Andernfalls ist Rücksprache mit der Vertragsarztpraxis zu halten. Steht die Behandlung nicht in Zusammenhang mit § 27a, ist dieses mit dem Vermerk „nach Rücksprache vom ... kein Zusammenhang mit § 27a SGB V“ zu dokumentieren. Andernfalls wird wie oben beschrieben verfahren.

§ 6

Rechnungsstellung

(1) Die Einreichung beliefertter Verordnungen der Apotheke bei ihrem Rechenzentrum hat spätestens zum Ende des auf die Belieferung folgenden Monats zu erfolgen. Später eingereichte Rezepte braucht die Krankenkasse lediglich in Höhe des Apothekeneinkaufspreises zzgl. MwSt. zu vergüten. Diese Regelung endet 9 Monate nach Ausstellung des Rezeptes. Danach entfällt der Vergütungsanspruch. Alle in einem Kalendermonat beim Apothekenrechenzentrum eingereichten Verordnungen sind spätestens

bis zum Ende des auf die Einreichung folgenden Monats durch das Rechenzentrum den Krankenkassen in Rechnung zu stellen.

(2) Die Rechnung hat neben dem Namen, der Anschrift und dem Institutionskennzeichen der Apotheke sowie dem Rechnungsdatum folgende Angaben zu enthalten:

- a. Rechnungssumme
- b. Gesamtbetrag brutto
- c. Gesamtbetrag der Abschlagszahlungen
- d. Gesamtbetrag Zuzahlung
- e. Gesamtbetrag der Eigenanteile bei künstlicher Befruchtung gemäß § 27a SGB V
- f. Gesamtbetrag netto
- g. Gesamtzahl der Verordnungsblätter

Die Rechnung wird auf elektronischem Datenträger oder per Datenfernübertragung entsprechend der Anlage 3 der Vereinbarung nach § 300 SGB V übermittelt.

(3) Einzelrechnung:

Die Rechnung ist gemäß Anlage 3 Abschnitt 8.2.1 der Vereinbarung nach § 300 SGB V in die entsprechenden Gruppen zu unterteilen. Zu jeder dieser Gruppen sind folgende Beträge auszuweisen:

- a. Summe der Bruttobeträge
- b. Summe des auf den Bruttobetrag entfallenden gesetzlichen oder vereinbarten Abschlags
- c. Summe der Zuzahlungsbeträge
- d. Summe der Nettobeträge

Die Rechnung weist ferner für die Gesamtrechnung die Summe der unter a. bis d. genannten Beträge der einzelnen Gruppen sowie die Gesamtzahl der Verordnungsblätter aus. Die nach der Ergänzungsvereinbarung zur Vereinbarung nach § 300 SGB V anfallenden sonstigen Zahlungsbeträge werden in der Rechnung gesondert ausgewiesen.

(4) Vom Brutto-Rechnungsbetrag sind nacheinander abzuziehen

- a) die gesetzlichen Rabatte nach SGB V
- b) die Summe der Zuzahlungen

Die gesetzlichen Rabattarten sind getrennt auszuweisen.

§ 7

Elektronische Rezeptabrechnung

Soweit sich Apotheker für die elektronische Rezeptabrechnung einer Abrechnungsstelle (AbrSt) bedienen, gelten folgende Bestimmungen:

- (1)
 1. Im Auftrage der über die jeweilige AbrSt. abrechnenden Apotheker stellt diese den Krankenkassen die eingereichten Verordnungen im Folgemonat in Rechnung.
 2. Jede Krankenkasse erhält eine Sammelrechnung gemäß der Vereinbarung zum § 300 SGB V. Bestandteil der Rechnungslegung ist eine Sortierung der Verordnungsblätter nach Belegnummern. Die Originalrezepte sind den Krankenkassen bis zum Ende des Abrechnungsfolgemonats nachzusenden.
 3. Sozialhilfeempfänger gemäß § 264 SGB V werden in den Sammelrechnungen gesondert aufgeführt.

- (2)
 1. Für die gemäß Absatz 1 durch die AbrSt. erstellte Sammelrechnung wird die Begleichung wie folgt vorgenommen:
 - a) Bis zum 4. des laufenden Monats wird eine Abschlagszahlung in Höhe von 80% der niedrigsten Monatsrechnung des zuletzt vollständig abgerechneten Jahresquartals ohne Berücksichtigung der Berichtigungen auf die Rechnung des Vormonats geleistet.
 - b) Bis zum 10. Tag nach Eingang der Rechnung bei der Krankenkasse ist die Restzahlung zu leisten.
 - c) Übersteigt die Abschlagszahlung den Gesamtrechnungsbetrag, so erfolgt die Verrechnung der Überzahlungen mit der nächsten Abschlagszahlung.
 2. Eingangstag der Rechnung ist
 - a) bei persönlicher Übergabe der Tag der Ablieferung,
 - b) bei Übersendung durch die Post der durch den Eingangsstempel des Empfängers ausgewiesene Tag.
 3. Die Rechnung gilt als beglichen,
 - a) mit dem Tage des Eingangs von Zahlungsmitteln,
 - b) im bargeldlosen Zahlungsverkehr mit dem Tage der Gutschrift auf dem Konto des Geldinstituts der AbrSt.
 4. Bei Nichteinhaltung der in Absatz 2.1 Buchstabe a) und b) genannten Zahlungsfristen entfällt der Abschlag hinsichtlich des nicht fristgerecht geleisteten Teilbetrages. Dies gilt nicht, wenn die Zahlung durch Verzögerung im Bank-Überweisungsverkehr gelegentlich bis zu 2 Tagen später auf dem Konto der AbrSt. gutgeschrieben wird.

5. Zahlungen an die AbrSt. haben befreiende Wirkung gegenüber den Apotheken. Alle Zahlungen erfolgen unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung. Etwaige Differenzen aus den bisherigen Abrechnungen werden von der AbrSt. Nach Möglichkeit bei der nächsten Abrechnung verrechnet.
6. In Fällen, in denen die Verordnungsblätter nicht spätestens in dem der Rechnungslegung folgenden Monat angeliefert oder die Lieferung bei Verlust der Verordnungsblätter in sonstiger Weise nicht nachgewiesen werden können, ist der gezahlte Betrag an die Krankenkasse zu erstatten.
- (3) 1. Beanstandungen werden mit einem entsprechenden Berichtigungsformblatt geltend gemacht.
2. Die AbrSt. berichtigt die Beanstandungen in der nächsten Abrechnung. Beanstandungen, die bis zum 1. eines Monats eingehen, werden nach Möglichkeit noch bei der Rechnungslegung für die Lieferung des Vormonats berücksichtigt.
3. Für die Geltendmachung der Berichtigungen und Beanstandungen gelten die Fristen des § 9 (2) und (3) und § 3 (4) des Arznei-Liefervertrages.
- (4) 1. Die AbrSt. trifft zur Vermeidung von Abrechnungsfehlern folgende Maßnahmen:
2. Raumgestaltung: Trennung von Scannen, Sortieren und Lagern der Verordnungsblätter,
3. organisatorische Sicherheitsmaßnahmen,
4. Plausibilitätsprüfungen auf doppelt eingelesene Rezepte.
5. Im Übrigen beachtet die AbrSt. die jeweils gültigen Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes.

§ 8

Begleichung der Rechnungen

- (1) Die Rechnungen der Apotheken oder von diesen beauftragten sonstigen Abrechnungsstellen sind unter Verrechnung etwaiger Differenzen innerhalb von zehn Kalendertagen nach Rechnungseingang bei den Krankenkassen oder den von diesen benannten Stellen zu bezahlen. Die Zahlung erfolgt vorbehaltlich etwaig später festgestellter Beanstandungen. Der Anspruch auf Zahlung des Abschlags nach § 7 (2) entfällt, wenn der Brutto-Rechnungsbetrag für ein Abrechner – IK 2.000.000 € je Kostenträger unterschreitet.

(2) Die Rechnungen gelten als beglichen

- a) bei Übergabe oder Übersendung von Zahlungsmitteln an den Empfänger mit dem Tage der Übergabe oder der Absendung;
- b) bei bargeldlosem Zahlungsverkehr mit dem Tage der Hingabe des Auftrages an die Post oder das Geldinstitut.

(3) Anspruch auf Bezahlung von Rechnungen besteht nur, wenn die Images beigefügt sind oder die Lieferung in sonstiger Weise nachgewiesen werden kann.

(4) Zahlungen an eine Abrechnungsstelle haben befreiende Wirkung gegenüber den Apotheken.

(5) Alle Zahlungen erfolgen unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung. Etwaige Differenzen aus den bisherigen Abrechnungen werden dabei verrechnet.

§ 9

Rechnungs- und Taxbeanstandungen

(1) Die Krankenkassen sind berechtigt, die Taxierung der Rezepte und die Rechnungen nachzuprüfen. Bei nicht mit dem Apotheken-Einkaufspreis in der Lauer-Taxe aufgeführten Artikeln können die Krankenkassen in Einzelfällen Rechnungsbelege (ggf. in Kopie) zur Einsichtnahme anfordern.

(2) Beanstandete Verordnungen und Rechnungen sind den Apotheken oder dem Rechenzentrum innerhalb von 18 Monaten nach Eingang der Verordnungsblätter zuzustellen. Nur Beanstandungen, die Rechenzentren betreffen, insbesondere Erfassungsfehler und Irrläufer, werden gegenüber dem Rechenzentrum geltend gemacht. Geeignete Beweismittel (z. B. Verordnungsblätter, Images) sind beizufügen. Die Fristen nach § 3 (6) bleiben hiervon unberührt. Einzelne Beanstandungen nach § 4 kann die Krankenkasse nur bis zum Ablauf von 15 Monaten nach Eingang der Verordnungsblätter geltend machen. Images der beanstandeten Verordnungsblätter sind den Apotheken unaufgefordert von den Krankenkassen zuzustellen. Beanstandungen nach § 3 (1), soweit sie geheilt wurden und der Kasse kein Schaden entstanden ist, berechtigen nicht mehr zur vollständigen Abweisung der Rechnung, sie führen nur noch zu einer Vergütung in Höhe des Apothekeneinkaufspreises zzgl. MWSt.

(3) Last- und Gutschriften werden mit der nächstfälligen Zahlung verrechnet.

(4) Einsprüche gegen Beanstandungen können durch den Apotheker oder über den BremerAV innerhalb von zwei Monaten nach Eingang der Beanstandung erfolgen. Nach dieser Frist gilt die Beanstandung als anerkannt. Die Prüfung von Einsprüchen gegen eine ausgesprochene Beanstandung hat innerhalb einer Frist von sechs Monaten nach Eingang des Einspruchs bei der Krankenkasse zu erfolgen. Wird diese Frist überschritten, gelten die Einsprüche als anerkannt.

§ 10

Allgemeine Zusammenarbeit

(1) In Informationen der Krankenkassen gegenüber den Versicherten über preisgünstige Versorgungsmöglichkeiten sind die Bremer Apotheken, wenn und soweit Preise vorgegeben oder vereinbart sind, in gleicher Weise zu berücksichtigen.

(2) Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen des Bundes und der Länder sind umfassend zu beachten.

§ 11

Vertragsausschuss

(1) Die Auslegung dieses Vertrages und die Schlichtung von Meinungsverschiedenheiten zwischen den Vertragsparteien obliegen dem Vertragsausschuss.

(2) Der Vertragsausschuss besteht aus je 4 Vertretern beider Vertragsparteien.

(3) Der Vorsitz im Vertragsausschuss wechselt von Sitzung zu Sitzung zwischen den Vertragsparteien.

(4) Der Vertragsausschuss, der nur bei Anwesenheit von mindestens 3 Mitgliedern jeder Vertragspartei beschlussfähig ist, fasst seine Beschlüsse mit einfacher Stimmenmehrheit. An der Abstimmung darf sich immer nur die gleiche Anzahl von Vertretern beider Vertragsparteien beteiligen. Bei Stimmgleichheit gilt ein Antrag als abgelehnt.

(5) Die Geschäftsführung liegt bei der Vertragspartei, deren Vertreter den Vorsitz führt.

(6) Der Vertragsausschuss wird auf Antrag des BremerAV oder eines Verbandes tätig. Er ist spätestens innerhalb von 6 Wochen nach Antragstellung einzuberufen. Ort und Zeitpunkt werden zwischen beiden Vertragsparteien abgesprochen.

(7) Über jede Sitzung des Vertragsausschusses ist eine Niederschrift zu fertigen. Sie muss die Namen der Sitzungsteilnehmer sowie die gefassten Beschlüsse enthalten. Die Niederschrift ist vom Vorsitzenden und von einem Vertreter der anderen Vertragspartei zu unterzeichnen. Die Niederschrift ist dem BremerAV und den Verbänden unverzüglich zu übersenden.

§ 12

Anlagen

Die zu diesem Vertrag vereinbarten Anlagen gelten als Bestandteil dieses Vertrages, sofern sie nicht getrennt gekündigt wurden.

§ 13

Schlussbestimmungen

(1) Dieser Vertrag tritt am 01.04.2012 in Kraft.

(2) Der Vertrag kann mit einer Frist von 6 Monaten zum Ende eines Kalenderhalbjahres, gekündigt werden, frühestens zum 30.06.2013. Die einzelnen Anlagen können mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende, frühestens zum 30.06.2013 gekündigt werden. Hiervon abweichend kann die Position 2 der Anlage 1 mit einer Frist von 3 Monaten, frühestens zum 31.12.2012 gekündigt werden. Im Falle einer Kündigung gelten die auf der Grundlage dieses Vertrags vereinbarten Preise maximal drei Monate, bei gleichzeitiger Vertragskündigung längstens sechs Monate nach Kündigung fort.

(3) Bis zum Inkrafttreten eines neuen Vertrages bleibt dieser Vertrag in Kraft, jedoch längstens für 6 Monate. Im Falle der Kündigung nehmen die Vertragspartner unverzüglich Neuverhandlungen auf.

(4) Treten gesetzliche Änderungen in Kraft, insbesondere eine Veränderung der Rechte oder Pflichten der Vertragspartner, deren Umsetzung durch den Vertrag erschwert wird, so ist der Vertrag unverzüglich anzupassen. Ist in diesem oder ergänzend zu diesem Vertrag auf eine Genehmigung verzichtet worden, so entfällt dieser Genehmigungsverzicht ohne vorherige Mitteilung, sollte das entsprechende Leistungssegment von einer Änderung betroffen sein, die Auswirkungen auf die Leistungspflicht und oder die Abgabebestimmungen hat.

(5) Sollte eine Bestimmung dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, so bleibt die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen davon unberührt. An die Stelle der unwirksamen

Bestimmung tritt diejenige Regelung, die in rechtlich zulässiger Weise dem beiderseits wirtschaftlich Gewollten am nächsten kommt.

(6) Mit dem Inkrafttreten dieses Vertrages verlieren die Vereinbarung betreffend die Lieferung von Impfstoffen vom 01.11.1999 sowie die Vereinbarung über die Versorgung mit Blutzuckerteststreifen nach §129 Abs. 5 SGB V vom 20.12.2010 ihre Gültigkeit.

Bremen, den

Bremer Apothekerverein e. V.

AOK Bremen/Bremerhaven

BKK Landesverband Mitte
Landesvertretung Bremen
zugleich für die Knappschaft –
Regionaldirektion Hamburg

der IKK gesund plus
handelnd als Landesverband für das Land
Bremen, zugleich für die Krankenkasse für
den Gartenbau, handelnd als
Landesverband für die landwirtschaftliche
Krankenversicherung in Bremen

Anlagenverzeichnis

Anlage 1	Preisvereinbarungen
Anlage 2	Sprechstundenbedarf
Anlage 3	Teststreifen-Vereinbarung

ANLAGE 1 ZUM ARZNEIMITTELVERSORGUNGSVERTRAG
NACH § 129 ABS. 5 SGB V

POSITION		PREIS
1	Sprechstundenbedarf	AEK + 3 % (auch Hilfsmittel, Blutzubereitungen, Infusionslösungen, parenterale Diagnostika)
2 a	Impfstoffe im SSB	AEK + 2,6 %
2 b	Grippeimpfstoff saisonal im SSB	AEK + 2,8 %
3	Verbandstoffe und Pflaster im SSB	AEK
4	Verbandstoffe und Pflaster - Einzelverordnung -	AEK + 3 %
5	Nahtmaterial, sofern nicht SSB	AEK + 3 %
6	Hämophiliepräparate	AEK + 3 %
7	Arzneimittel zur Anwendung bei der Dialyse	AEK + 3 %
8	Teststreifen	s. Anlage 3
9	Krankenkost/Diätpräparate ab der ersten Flasche	Regelung im Hilfsmittelvertrag vom 29.03.2007 in Verbindung mit dem Protokoll vom 22.08.2007
10	Erstattungsfähige Medizinprodukte, die unter 1 - 9 nicht aufgeführt sind	AEK + 7,5 %, max. 10,00 EUR Aufschlag

Alle Preise bzw. Aufschläge verstehen sich zzgl. Umsatzsteuer

Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass unabhängig von der Höhe des den Krankenkassen von den Apothekern zu gewährenden Rabattes für die liefernden Apotheker der vereinbarte Aufschlag effektiv verbleiben muss.

ANLAGE 2 SPRECHSTUNDENBEDARF

Sprechstundenbedarf

Der Sprechstundenbedarf im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung wird derzeit zu Lasten der AOK Bremen/Bremerhaven abgerechnet. Es gelten die Bestimmungen der Lieferverträge im Lande Bremen.

ANLAGE 3 TESTSTREIFENVEREINBARUNG

Präambel

Mit dieser Vereinbarung streben die Vereinbarungspartner eine wirtschaftliche und qualitätsgesicherte Versorgung von Blutzuckerteststreifen und der dazugehörigen Blutzuckermessgeräte an. Der Apotheker leistet damit einen bedeutenden Beitrag zur Steuerung des Versorgungsgeschehens, indem er den Patienten bei der Inanspruchnahme der differenzierten Versorgungssysteme von Blutzuckerteststreifen und der dazugehörigen Blutzuckermessgeräte fachlich berät und begleitet. Bei der Umsetzung dieser Vereinbarung wirken die Vertragsparteien vertrauensvoll und in partnerschaftlichem Geist zusammen.

A. Preisregelungen für Blutzuckerteststreifen

I. Allgemeines

1. 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 nicht vorzunehmen.
2. Die Angabe der Pharmazentralnummern und gegebenenfalls der Hersteller/Vertreiber ist nur beispielhaft, der Nettopreis gilt für alle Produkte, die unter der angegebenen Bezeichnung vertrieben werden.

II. Preisregelung

1. Für „generische“ Verordnungen, die ohne Nennung des Herstellers und der Pharmazentralnummer erfolgen (z. B. „Blutzuckerteststreifen“) sowie für die unter B. aufgeführten Produkte, gilt ein Abrechnungspreis in Höhe von

Staffel Nettopreis

je 50 Stück

bis 102 **23,45 €**

ab 103 **20,95 €**

ab 300 **20,10 €**

Die Liste der unter B. aufgeführten Teststreifen kann einvernehmlich geändert werden.

2. Für Teststreifen, die nicht von Ziffer 1 erfasst sind, beträgt der Abrechnungspreis

Staffel Nettopreis

je 50 Stück

bis 102 **26,35 €**

ab 103 **24,30 €**

ab 300 **22,95 €**

III. Auswahl der Teststreifen

1. Die Apotheken sind berechtigt, namentlich verordnete Blutzuckerteststreifen gegen andere Blutzuckerteststreifen auszutauschen, sofern der verordnende Arzt nicht durch Ankreuzen des auf dem 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 2567573 dokumentiert. Über diese Regelung werden die Krankenkassen die Ärzte nach Abstimmung mit dem Bremer AV über die Kassenärztliche Vereinigung Bremen informieren.
2. Zur positiven Umsetzung dieser Vereinbarung streben die Apotheken an verordnete Packungen/Mengen Blutzuckerteststreifen in der Regel mit Teststreifen, die unter Preisgruppe B aufgeführt sind, zu beliefern. Damit einhergehend erwarten die Vertragspartner, dass sich der Umsatzanteil der in Preisgruppe B gelisteten Produkte durch eine sich verändernde Marktlage sukzessive erhöhen wird. Die Vertragspartner werden diesen Prozess statistisch begleiten. Der Bremer AV wird hierzu erstmals zum 01.07.2011 und danach halbjährlich den Krankenkassen entsprechende Auswertungen bereitstellen um gemeinsam nachprüfen zu können, ob durch die Umstellung der Versorgung die angestrebte Erschließung von Wirtschaftlichkeitspotenzialen eingetreten ist.

IV. Umstellungsgebühr

1. Wenn der Versicherte zuletzt mit Produkten, die nicht unter B. aufgeführt sind, versorgt wurde und die Apotheke ein Produkt, das unter B. aufgeführt ist, abgibt, kann die Apotheke für die mit der Umstellung verbundene Beratung und den Geräteaustausch einen Pauschalbetrag in Höhe von insgesamt 20,00 € netto abrechnen. Hierfür ist das Sonderkennzeichen 2567596 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, vom Bremer AV unterstützt werden.
2. Die Regelung nach Ziffer IV.1 kann abweichend von C 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.

B. Teststreifen nach Ziffer II. 1* Teststreifen Name	PZN
Accutrend Glucose	4337972
	3485647
	0349429
	4954475
	0014976
Aktivmed Gluco Check	5981505
Bionano Blutzucker	6581535
Bltzuckerteststreifen Foracare	6127262
Caresense Teststreifen	5702445
Diacheck	6557554
Easy Check 4207	7590855
Easy check Kolibri	7587540
Finetouch	4604491
Gluco Check Comfort	9152680
Gluco Check Pro	3266425
Gluco Check XL	7543519
Gluco Test	3853660
Glucofast OK	3571482
Glucohexal	5700475
Glucostada	4185143
Major 2 Bz Messelektroden	0008875
	6802829
Microdot plus	5356090
Omnitest 3	6117909
One touch	0729882
	1607543
	7379787
	7379793
	4638596
	4183078
	0307744
Palm Lab	6331873
Smart chek	6592740
Stada Gluco result	5879416
Stada Gluscocheck	5138714
Stada Glucose control	0619679
Testamed Gluco check	5395859
Wellion True Track	3835231