

# **Arzneiliefervertrag für den Freistaat Sachsen**

**vom 1. Januar 2007**

**zwischen**

**dem Sächsischen Apothekerverband e.V.**

**einerseits**

**und**

**der AOK Sachsen — Die Gesundheitskasse.  
vertreten durch den Vorstand  
Herrn Rolf Steinbronn**

**dem BKK-Landesverband Ost,  
Landesrepräsentanz Sachsen,**

**der IKK Sachsen,**

**d e r K n a p p s c h a f t ,  
Verwaltungsstelle Chemnitz**

**der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Mittel- und Ostdeutschland,  
handelnd als Landesverband in Sachsen**

**(nachstehend "Landesverbände" genannt)**

**andererseits**

**wird folgendes vereinbart:**

## **INHALTSÜBERSICHT**

### **Erster Abschnitt. Allgemeine Bestimmungen**

- § 1 Gegenstand des Vertrages
- § 2 Geltungsbereich des Vertrages
- § 3 Allgemeine Abgabebestimmungen
- § 4 Zuzahlungen
- § 5 Abschlag

### **Zweiter Abschnitt Abgabe und Berechnung von Arznei- und Verbandmitteln**

- § 6 Abgabebestimmungen für Arznei- und Verbandmittel
- § 7 Allgemeine Bestimmungen zur Berechnung der Preise für Arznei- und Verbandmittel

### **Dritter Abschnitt Abrechnung und Datenübermittlung gemäß § 300 SGB V**

- § 8 Allgemeine Bestimmungen zur Abrechnung
- § 9 Rechnungslegung
- § 10 Rechnungsbegleichung
- § 11 Weiterleitung der Verordnungsblätter
- § 12 Datenübermittlung
- § 13 Kostenregelung
- § 14 Rechnungs- und-Taxbeanstandungen
- § 15 Datenschutz

### **Vierter Abschnitt Schlussbestimmungen**

- § 16 Vertragsverstöße, Streitigkeiten und Schlichtungen
- § 17 Inkrafttreten und Kündigung

#### **Anlagen:**

- Anlage 1 Datenaustausch zu § 2 Absatz 1 und 2
  - Anlage 2 Besondere Abgabebestimmungen zu § 3 Absatz 16
  - Anlage 3 Zuschläge auf Einkaufspreise für Mittel, die nicht in den Anwendungsbereich der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) fallen
  - Anlage 4 Zentrale Rezeptabrechnung in Verbindung mit der Datenaufbereitung und -übermittlung nach § 8 Absatz 3
  - Anlage 5 Rechnungslegung in Papierform
  - Anlage 6 Preisliste für Blutzucker- und Harnteststreifen
  - Anlage 7 Schlichtungsordnung
-

Erster Abschnitt  
Allgemeine Bestimmungen

**§ 1**  
**Gegenstand des Vertrages**

- (1) Dieser Vertrag ist ein ergänzender Vertrag zum Rahmenvertrag zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen sowie dem Deutschen Apothekerverband e.V. über die Arzneimittelversorgung gemäß § 129 Abs. 5 SGB V. Bestandteil des Vertrages sind auch die Anlagen 1 bis 7.
- (2) Die Versorgung mit Hilfsmitteln wird in gesonderten Verträgen geregelt.
- (3) Gegenstand dieses Vertrages ist die Belieferung, einschließlich der Beratung der Versicherten der Krankenkassen, durch die öffentlichen Apotheken im Vertragsgebiet mit
1. apothekenpflichtigen Arzneimitteln,
  2. Verbandmitteln,
  3. Diagnostika / Teststreifen,
  4. Diätetika und
  5. Medizinprodukte gern. § 31 Abs. 1 Satz 3 SGB V
- die vom Vertragsarzt/-zahnarzt - beide nachfolgend "Vertragsarzt" genannt - verordnet werden sowie die Belieferung von Sprechstundenbedarf.
- (4) Der Vertrag findet auch Anwendung für den Personenkreis nach § 264 SGB V (u.a. Sozialhilfeempfänger).

**§ 2**  
**Geltungsbereich des Vertrages**

- (1) Der Vertrag einschließlich seiner Anlagen gilt für Apotheken, deren Leiter Mitglied des Sächsischen Apothekerverbandes e.V. sind. Filialapotheken gelten als Unternehmens- teil einer Apotheke.

Der Sächsische Apothekerverband e. V. teilt den vertragsschließenden Landesverbänden der Krankenkassen vierteljährlich seinen Mitgliederbestand in aktualisierter Form per elektronischen Datenträger<sup>1</sup> mit.

- (2) Apotheken, deren Leiter nicht Mitglied des Sächsischen Apothekerverbandes e. V. sind, können dem Arzneiliefervertrag durch schriftliche Erklärung gegenüber den vertragsschließenden Landesverbänden der Krankenkassen beitreten und sind erst damit lieferberechtigt.

Die Landesverbände informieren den Sächsischen Apothekerverband e.V. vierteljährlich per elektronischem Datenträger über beigetretene Apotheken. Der Sächsische Apothekerverband verpflichtet sich, die verschlüsselten Daten anzunehmen. Über die technische Verfahrensweise stimmen sich die Vertragspartner ab.

Der Sächsische Apothekerverband e. V. unterrichtet diese Apotheken über Vertragsänderungen und -ergänzungen gegen Erstattung der Kosten durch die beigetretene Apotheke.

- (3) Den Versicherten steht die Wahl unter den an diesem Vertrag beteiligten Apotheken frei. Die Versicherten dürfen weder von den Apotheken zu Lasten der Krankenkassen

---

<sup>1</sup> Die genauere Verfahrensweise wird in Anlage 1 geregelt.

---

noch von den Krankenkassen zugunsten bestimmter Apotheken beeinflusst werden. Die Krankenkassen dürfen im Rahmen des SGB V über wirtschaftliche und preisgünstige Leistungen informieren. Die Apotheker dürfen mit Vertragsärzten oder anderen Personen keine Rechtsgeschäfte oder Absprachen zum Zwecke der Zuführung von Versicherten oder der Zuweisung von Verordnungen zu Lasten der Krankenkassen treffen.

- (4) Eine über die übliche fachliche Beratung hinausgehende Beeinflussung der Versicherten, sich bestimmte Mittel zu Lasten der Krankenkassen verordnen zu lassen, ist unzulässig.
- (5) Dieser Vertrag gilt auch für die Abgabe an Versicherte von Krankenkassen, die ihren Sitz außerhalb des Vertragsgebietes haben.

### **§ 3 Allgemeine Abgabebestimmungen**

- (1) Die Abgabe erfolgt aufgrund gültiger ordnungsgemäß ausgestellter vertragsärztlicher Verordnungsblätter zu Lasten der als Kostenträger bezeichneten Krankenkasse. Es findet das zwischen den Partnern des Bundesmantelvertrag-Ärzte vereinbarte Verordnungsblatt (Muster 16) Anwendung.
- (2) Sämtliche Lieferungen erfolgen in einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Weise nach Maßgabe der Bestimmungen dieses Vertrages.
- (3) Vertragsärztliche Verordnungen von Mitteln gem. § 31 SGB V, die irrtümlich mit dem Verordnungsstatus 7 gekennzeichnet sind, sind durch den Apotheker zu korrigieren.
- (4) Eine vertragsärztliche Verordnung ist ordnungsgemäß ausgestellt, wenn sie neben Mittel und Menge folgende Angaben enthält (nach der Vereinbarung gemäß § 300 SGB V):
  - a) Bezeichnung der Krankenkasse bzw. anderer Kostenträger
  - b) Kassen-Nummer
  - c) Name, Vorname, Geburtsdatum und Anschrift des Versicherten
  - d) Versicherten-Nummer
  - e) Vertragsarzt-Nummer
  - f) Gültigkeitsdatum der Versichertenkarte
  - g) Ausstellungsdatum
  - h) Status des Versicherten (einschließlich der Kennzeichen nach § 267 Abs. 5 Satz 1 SGB V)
    - 1) Kennzeichnung der Statusgruppen 6 und 8 sowie des Feldes Begründungspflicht, soweit zutreffend
    - j) Kennzeichnung für Unfall, soweit zutreffend
    - k) Kennzeichnung für Arbeitsunfall, soweit zutreffend
    - l) Kennzeichnung der Gebührenpflicht und der Gebührenbefreiung
    - m) Kennzeichnung im noctu-Feld, soweit zutreffend
    - n) Unterschrift des Vertragsarztes
    - o) Vertragsarztstempel oder entsprechender Aufdruck

Das Versäumnis der Korrektur des Verordnungsblattes nach Abs. 3 führt nicht zum Wegfall oder zur Minderung der Leistungspflicht der Krankenkasse. Ein Fehlen der Angaben nach Absatz 4 Buchstaben a. oder b., c. oder d., e., f. und i. bis m. berechtigt nicht zur Zurückweisung des Verordnungsblattes bei der Abgabe. Fehlen bei Kennzeichnung für Unfall (j) die genauen Angaben über Unfalltag, -ort und

---

zuständigen Unfallträger, vermerkt der Apotheker diese Angaben auf dem Verordnungsblatt, soweit er sie in Erfahrung bringen kann. Bei Anwendung des Ersatzverfahrens genügen Name, Vorname und Geburtsdatum des Versicherten als Angabe zu Buchstabe d. Formfehler können in Einzelfällen vom Apotheker geändert werden. Bei Betäubungsmitteln sind die Einschränkungen der betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften zu beachten. Änderungen sind vom Apotheker abzuzeichnen.

- (5) Eine vertragsärztliche Verordnung für Impfstoffe oder Sprechstundenbedarf ist ordnungsgemäß ausgestellt, wenn sie neben Mittel und Menge folgende Angaben enthält (nach der Vereinbarung gemäß § 300 SGB V):
  - a.) Bezeichnung der Krankenkasse bzw. anderer Kostenträger
  - b.) Kassen-Nummer
  - c.) Vertragsarzt-Nummer
  - d.) Ausstellungsdatum
  - e.) Kennzeichnung der Statusgruppen 8 bzw. 9 sowie des Feldes Begründungspflicht, soweit zutreffend
  - f.) Unterschrift des Vertragsarztes
  - g.) Vertragsarztstempel oder entsprechender Aufdruck.
- (6) Die auf dem Verordnungsblatt durch den Arzt angegebene Krankenkasse ist gegenüber der liefernden Apotheke zahlungspflichtig. Forderungen der angegebenen Krankenkasse gegenüber Dritten bleiben hiervon unberührt. Wenn der Arzt die aufgedruckte namentliche Bezeichnung der Krankenkasse handschriftlich geändert hat, nicht jedoch gleichzeitig auch deren aufgedruckte Kassen-Nummer, soll der Apotheker diese auf dem Verordnungsblatt so streichen, dass diese nicht mehr maschinenlesbar ist. In diesem Fall ist die handschriftlich bezeichnete Krankenkasse zahlungspflichtig.
- (7) Der Apotheker ist nicht verpflichtet, die Kassenzugehörigkeit des Versicherten zu überprüfen.
- (8) Für Arzneimittel, welche im Rahmen des § 27a SGB V (Künstliche Befruchtung) verordnet werden, trägt die Krankenkasse 50 v.H. der Kosten der Arzneimittel.
- (9) Der Apotheker ist nicht verpflichtet, die Zulässigkeit der Verordnung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu prüfen.
- (10) Nichtapothekenpflichtige Arzneimittel und nichtapothekenpflichtige Medizinprodukte sowie Arzneimittel gem. § 34 Abs. 3 SGB V (Negativliste) und Nichtarzneimittel, außer die in der Anlage 3 genannten, dürfen **nicht** zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung abgegeben werden. Nicht von dieser Regelung betroffen sind nichtapothekenpflichtige Fluor-Monopräparate. Weitere Ausnahmen sind in einer gesonderten Protokollnotiz zu dieser Vereinbarung zwischen den Vertragspartnern zu vereinbaren.
- (11) Verordnet der Arzt ein Fertigarzneimittel, das nach § 34 Abs. 1 Satz 7 und 8 SGB V (Life-Style - Produkte) von der Versorgung nach § 31 SGB V ausgeschlossen ist und in der Übersicht nach § 93 Abs. 1 SGB V enthalten ist, darf das Mittel nicht zu Lasten der Krankenkasse abgegeben werden.
- (12) Verordnungen von nichtverschreibungspflichtigen 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 beliefert werden, dürfen **nicht** zu Lasten der Krankenkassen beliefert werden, es sei denn, sie sind bei bestimmten Indikationsstellungen verordnungs- und erstattungsfähig. Dies gilt nur,

wenn das verordnete Fertigarzneimittel zum Zeitpunkt der Belieferung der Verordnung im ABDA Artikelstamm<sup>2</sup> als ein nicht abgabefähiges Produkt gekennzeichnet ist.

- (13) Legt ein Versicherter eine Privatverordnung mit dem Vermerk "mangels Versicherungsnachweis" vor, so hat der Apotheker bei der Belieferung dieser Verordnung die Bestimmungen dieses Vertrages zu beachten. Der Apotheker ist berechtigt, vom Versicherten Barzahlung zu verlangen. Der Betrag ist zurückzuzahlen, wenn der Versicherte innerhalb, von 14 Tagen dafür eine ordnungsgemäß ausgestellte vertragsärztliche Verordnung vorlegt - die Privatverordnung mit dem Vermerk "mangels Versicherungsnachweis" ist vom Apotheker einzuziehen.
- (14) Eine Verordnung darf nur innerhalb eines Monats nach der Ausstellung beliefert werden. Bei Fristüberschreitung hat die Krankenkasse Anspruch auf eine Vertragsstrafe von 3 v.H. des Apothekenverkaufspreises, maximal 30 Euro pro Verordnung. Es sei denn, der Apotheker vermerkt, dass die Fristüberschreitung aus Gründen der Herstellung, Beschaffung oder Genehmigung unvermeidbar war oder nach Rücksprache mit dem Arzt die Belieferung zu erfolgen hatte. Dies gilt auch für Sprechstundenbedarfsverordnungen.
- (15) Verordnungen, bei denen bei Wahrung der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt eine Fälschung erkennbar ist, dürfen nicht beliefert werden. Die Krankenkassen sind nicht verpflichtet, Lieferungen aufgrund erkennbar gefälschter Verordnungen zu bezahlen.
- (16) Besondere Abgabebestimmungen regelt die Anlage 2.
- (17) Es gelten die Bestimmungen der Packungsgrößenverordnung in der jeweils gültigen Fassung. Packungen, deren Inhalte die jeweils größte der aufgrund der Packungsgrößenverordnung bezeichneten Packungsgröße übersteigen, dürfen nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgegeben werden.

#### **§ 4 Zuzahlungen**

- (1) Der Apotheker zieht die vom Versicherten zu zahlende Zuzahlung nach § 31 SGB V ein und verrechnet sie mit seinen Zahlungsansprüchen gegenüber den Krankenkassen (§ 43b Abs. 1 SGB V).

Bei Verweigerung der Zuzahlungsleistung durch den Versicherten leitet der Apotheker das Mahnverfahren nach § 43b Abs. 1 SGB V ein. Der Apotheker hält dazu diese Verordnungen bis max. 10 Tage in der Apotheke zurück.

Bei erfolglosem Mahnverfahren innerhalb der 10-Tages-Frist werden die Verordnungen ohne Ausweisung der Zuzahlung abgerechnet, auf der Verordnung sollte der Vermerk erfolgen „anhängiges Mahnverfahren nach § 43b SGB V ". Der komplette Schriftwechsel zum Mahnverfahren ist der jeweiligen Krankenkasse zu übergeben.

Die Höhe der Zuzahlung richtet sich nach den Bestimmungen des § 61 SGB V.

- (2) Hat der Vertragsarzt bei Vorliegen einer Härtefallbescheinigung (§ 62 SGB V) keine Befreiung von der gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlung vermerkt, so erhebt der Apotheker keinen Kostenanteil und kennzeichnet die Höhe der Zuzahlung mit "0". Der Apotheker trägt dann auf dem Ordnungsblatt den Vermerk "befreit bis..." ein.

---

<sup>2</sup> ABDA Artikelstamm bildet die Grundlage für die Apothekensoftware und das GKV-Abrechnungsverzeichnis.

---

- (3) Legt der Versicherte ein Quittungsheft der Krankenkasse vor, darf vom Apotheker nur die Zuzahlung gemäß § 31 SGB V in Verbindung mit § 61 SGB V quittiert werden. Stellt der Apotheker dem Versicherten eine Quittung aus auf der neben den Zuzahlungen auch andere Beträge aufgeführt sind, hat der Apotheker die Zuzahlung eindeutig zu kennzeichnen.

Die Quittungen müssen mindestens folgende Angaben enthalten: Vor- und Nachname des Versicherten, Zahlungsgrund, Zuzahlungsbetrag, Datum der Abgabe, Name und Adresse der Apotheke (Stempel oder Aufdruck).

## **§ 5 Abschlag**

- (1) Der Apotheker gewährt den Krankenkassen den gesetzlichen Abschlag (Apothekenrabatt gem. § 130 SGB V in der jeweils gültigen Fassung) auf den für den Versicherten maßgeblichen Arzneimittelabgabepreis, diese Rabattregelung gilt jedoch nicht bei Vertragspreisen gemäß der Anlagen 3<sup>3</sup> und 6.
- (1) Die Krankenkassen erhalten von Apotheken den gesetzlichen Abschlag gemäß § 130a SGB V.

### Zweiter Abschnitt Abgabe und Berechnung von Arznei- und Verbandmitteln

## **§ 6 Abgabebestimmungen für Arznei- und Verbandmittel**

- (1) Neben den allgemeinen ergänzenden Abgabebestimmungen gelten grundsätzlich die Bestimmungen des Rahmenvertrages über die Arzneimittelversorgung nach § 129 SGB V in der jeweils geltenden Fassung.
- (2) Überschreitet die nach Stückzahl verordnete Menge die größte für das Fertigarzneimittel festgelegte Messzahl und hat der Vertragsarzt durch einen besonderen Vermerk<sup>4</sup> auf die Abgabe der verordneten Menge hingewiesen, ist bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln eine der verordneten Menge am nächsten kommende Stückzahl abzugeben. Eine eventuell vorzunehmende Stückelung hat wirtschaftlich zu erfolgen. Die verordnete Menge darf nicht überschritten werden. Bei nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln ist die größte nach den Messzahlen bestimmte Packung oder ein Vielfaches dieser Packung, jedoch nicht mehr als die verordnete Menge abzugeben.
- (3) Werden Fertigarzneimittel in Packungen mit verschieden großem Inhalt in den Verkehr gebracht, so ist die kleinste Packung abzugeben und zu berechnen, sofern die abzugebende Menge nicht in der Verordnung bezeichnet oder gesetzlich bestimmt ist. Die Teilabgabe aus Bündel- oder Anstaltspackungen ist nicht erlaubt.
- (4) Wird bei der Verordnung mehrerer Originalpackungen (OP) der Inhalt der nächst größeren Packung erreicht, so ist letztere abzugeben und zu berechnen, sofern der Arzt nicht durch einen besonderen Vermerk<sup>4</sup> auf die Abgabe mehrerer kleinerer Packungen hinweist.

---

<sup>3</sup> Der Vertragspreis besteht aus dem Einkaufspreis gem. ABDA-Artikelstamm zzgl. der vereinbarten Zuschläge und der jeweils gültigen MwSt.

<sup>4</sup> Ausrufezeichen oder Signum oder exakte numerische Angabe der verordneten Menge gelten als besondere vermerke i.S. von § 6 Abs. 2 des Rahmenvertrages gem. § 129 SGB V

- (5) Verordnungsblätter sind Urkunden. In begründeten Ausnahmefällen ist der Apotheker berechtigt, Änderungen hinsichtlich der Menge nach Rücksprache mit dem verordnenden Arzt auf dem Verordnungsblatt nachvollziehbar zu dokumentieren.
- (6) Verordnet der Arzt Fertigarzneimittel, die in Packungen mit verschiedenem Gehalt an wirksamen Stoffen in den Handel gebracht werden, ohne nähere Angaben über diesen Gehalt, so ist, sofern der verordnende Arzt nicht zu erreichen ist, das Fertigarzneimittel mit dem schwächsten Gehalt an wirksamen Stoffen, soweit therapeutisch unbedenklich, abzugeben. Der verordnende Arzt ist, ggf. persönlich, über die erfolgte Abgabe zu informieren.
- (7) Ist eine kassenärztliche Verordnung von Fertigarzneimitteln hinsichtlich der Darreichungsform (Tropfen, Dragees usw.) unvollständig oder ungenau und ist der Arzt nicht zu erreichen, ist der Apotheker berechtigt, diejenige Arzneiform abzugeben, die er nach pflichtgemäßem Ermessen für die richtige hält. Der verordnende Arzt ist gegebenenfalls über die erfolgte Abgabe zu informieren.
- (8) Ergänzt der Apotheker die Verordnung um Angaben zur Darreichungsform bzw. zum Gehalt, so hat er dies mit Namenzeichen sowie dem Vermerk "ergänzt" zu bestätigen. Fehlen entsprechende Ergänzungen, so ist nur die preisgünstigste Packung oder die Zubereitung mit dem geringsten Wirkstoffgehalt berechnungsfähig.
- (9) Verordnet der Arzt eine Arzneizubereitung, die in der SR 90 enthalten ist, unter der dort aufgeführten Kurzbezeichnung, so kann der Apotheker die Arzneizubereitung nach der verbindlichen Vorschrift abgeben. Die vom Arzt verordnete Menge ist verbindlich, die SR-Packungsgrößen sind gegenstandslos.

## **§7**

### **Allgemeine Bestimmungen zur Berechnung der Preise für Arznei- und Verbandmittel**

- (1) Die Preise für die Arzneimittel, deren Abgabe nach § 43 Abs. 1 des Arzneimittelgesetzes (AMG) den Apotheken vorbehalten ist, werden nach den Bestimmungen der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) in der gültigen Fassung berechnet. Es gelten jeweils die am Tag der Abgabe maßgeblichen Preise im ABDA Artikelstamm
- (2) Bei Artikeln, die weder im ABDA Artikelstamm noch in den Anlagen mit einem Einkaufspreis aufgeführt sind, ist der Apotheker verpflichtet, die Lieferfirma und den Einkaufspreis auf dem Verordnungsblatt zu vermerken.
- (3) Werden Verbandmittel (Mull, Watte, Zellstoff, Binden, Pflaster usw.) ohne Nennung des Herstellers bzw. des eingetragenen Warenzeichens verordnet, so ist eine preisgünstige Ausführung des Artikels abzugeben. Hersteller und Apothekeneinkaufspreis sind auf der Verordnung zu vermerken, sofern keine Pharmazentralnummer vorhanden ist.
- (4) Auf den Verordnungsblättern werden die Preise einschließlich MwSt. angegeben. Die Berechnung der zusätzlichen Entgelte bei Inanspruchnahme des Notdienstes und der Abgabe von Betäubungsmitteln richtet sich nach §§ 6 und 7 der Arzneimittelpreisverordnung.
- (5) Ist die verordnete Menge eines Fertigarzneimittels geringer als der Inhalt der kleinsten im Handel befindlichen Packung, so ist diese zu berechnen. Ein der verordneten Menge und Arzneiform angemessenes Gefäß darf zusätzlich nur berechnet werden, wenn es sich hierbei um eine "sine confectione" - oder Betäubungsmittelverordnung handelt.



- (6) Bei der Berechnung des Apothekenzuschlages für Anbrüche aus Fertigarzneimitteln für Rezepturen und Betäubungsmittel ist vom Apothekeneinkaufspreis der gesamten preisgünstigsten Packung, nicht von der verwendeten Teilmenge auszugehen, sofern es sich um seltene Anbrüche handelt. Enthält das Fertigarzneimittel für Rezepturen abgeteilte Einheiten, ist der Preis anteilig für die kleinste abgeteilte Einheit zugrunde zu legen.
- (7) Bei der Verordnung von mehreren Teilmengen einer Rezeptur auf einem Rezept ist bei der Berechnung von der gesamten Verordnungsmenge auszugehen, sofern es die Haltbarkeit der einzelnen Rezeptur-Bestandteile zulässt bzw. der Herstellungsprozess nichts anderes erforderlich macht.
- (8) Nicht abgeholte Arzneimittel können der Krankenkasse nur in Rechnung gestellt werden, wenn sie nicht anderweitig verwendbar sind. In diesem Fall ist auf der Verordnung "nicht abgeholt" zu vermerken.
- (9) Die Zuschläge auf Einkaufspreise für Mittel, die nicht in den Anwendungsbereich der Arzneimittelpreisverordnung fallen, sind in Anlage 3 geregelt. Folgende Höchstpreise werden vereinbart:  
Der entstehende Abgabepreis richtet sich maximal für nichtverschreibungspflichtige Mittel nach § 129 Abs. 5a SGB V (alte AMPPreisV) und bei verschreibungspflichtigen Mitteln darf der Abgabepreis nicht höher sein, als bei Anwendung der Arzneimittelpreisverordnung in der jeweils gültigen Fassung, der Rabatt nach § 130 SGB V ist dabei nicht zu berücksichtigen (Nettopreisregelung).
- (10) Die Krankenkasse übernimmt grundsätzlich keine Kosten für die Beschaffung von Arzneimitteln und weiteren Mitteln gemäß § 1 Abs. 3. Dies gilt auch für die Verordnungen im Sprechstundenbedarf.

Porto, Mindermengenzuschläge und Fernsprechgebühren für Rückfragen wegen ungenauer Verordnung werden von den Kassen nicht bezahlt und dürfen auch dem Versicherten nicht in Rechnung gestellt werden.

Kosten für die Beschaffung von Arzneimitteln, die üblicherweise weder in Apotheken noch im Großhandel vorrätig gehalten werden oder die medizinisch begründet bei taggleicher Vorlage der Verordnung im Rahmen des Notdienstes zu beschaffen sind, können ohne vorherige Zustimmung bei der Krankenkasse abgerechnet werden. Es sind jedoch nur die tatsächlich entstandenen Kosten der zahlungspflichtigen Krankenkasse abrechnungsfähig. Bei Teillieferungen sind Beschaffungskosten nur einmalig pro Verordnungsblatt abrechnungsfähig. Bei Kosten, die mehr als 7,50 EUR plus MwSt. betragen oder die für die Beschaffung von Verbandstoffen, welche nachweislich nicht über den Großhandel verfügbar sind, notwendig sind, ist grundsätzlich Rücksprache mit der Krankenkasse zu halten.

Die Apotheke ist verpflichtet, bei Abrechnung von Beschaffungskosten die Verordnung entsprechend der Technischen Anlage (TA) 1 der Vereinbarung nach § 300 SGB V mit der jeweiligen Sonder-PZN (9999637) zu kennzeichnen. Bei Nichtbeachtung erfolgt keine Erstattung der Beschaffungskosten durch die Krankenkasse.

- (11) Bei Inanspruchnahme der Apotheke zu folgenden Zeiten kann ein zusätzliches Entgelt nach § 6 Arzneimittelpreisverordnung berechnet werden, sofern auf dem Verordnungsblatt „noctu“ angekreuzt oder ein ähnlicher Vermerk angebracht ist 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 an 14.00 Uhr.

Beim Fehlen eines Dringlichkeitsvermerks ist das Entgelt vom Abholer zu erheben. Bei gleichzeitiger Vorlage mehrerer Verordnungsblätter ist das Entgelt nur einmal zu berechnen. Bei eindeutig erkennbaren Notfällen, jedoch ohne entsprechender Kennzeichnung auf der Verordnung, kann der Apotheker dies heilen.

- (12) Gefäße für den Sprechstundenbedarf dürfen den Krankenkassen nicht in Rechnung gestellt werden.
- (13) Ist für Arznei- und Verbandmittel ein Festbetrag nach § 35 SGB V festgesetzt und ist der Verkaufspreis höher als der für dieses Arznei- und Verbandmittel festgesetzte Festbetrag, ist der Krankenkasse nur der Festbetrag in Rechnung zu stellen. Die Differenz zwischen Festbetrag und empfohlenen Verkaufspreis trägt der Versicherte, es sei denn, es besteht mit der kostenpflichtigen Krankenkasse ein Rabattvertrag nach § 130a Abs. 8 SGB V i. V. m. § 31 Abs. 2 S 2 SGB V.
- (14) Bei den vereinbarten Zuschlägen bzw. Preisen nach diesem Vertrag und seinen Anlagen handelt es sich um Höchstzuschläge bzw. Höchstpreise. Differenzen die sich zum Apothekenabgabepreis ergeben, dürfen nicht der Krankenkasse in Rechnung gestellt werden. Dem Versicherten darf die Differenz nur in Rechnung gestellt werden, wenn er eine teurere Versorgung wünscht.

### Dritter Abschnitt Abrechnung und Datenübermittlung gemäß § 300 SGB V

Im gegenseitigem Einvernehmen der Vertragspartner werden die Bestimmungen der „Vereinbarung über die zentrale elektronische Rezeptabrechnung der Apotheken mit den gesetzlichen Krankenkassen“ (Elektronikverträge) mit Wirkung zum 1. Januar 2007 aufgehoben und durch nachfolgende Regelungen einschließlich der Anlagen ersetzt. Die bisherigen Verträge (Elektronikverträge) werden somit unwirksam.

## **§ 8 Allgemeine Bestimmungen zur Abrechnung**

- (1) Für die Abrechnung und Datenübermittlung gelten die Bestimmungen der Vereinbarung zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und dem Deutschen Apothekerverband e.V. (DAV) über die Übermittlung von Daten im Rahmen der Arzneimittelabrechnung gemäß § 300 SGB V einschließlich der Technischen Anlagen in der jeweils geltenden Fassung (nachstehend „Vereinbarung nach § 300 SGB V“ genannt). Ergänzend zu dieser Vereinbarung gelten die Bestimmungen dieses Abschnittes.
- (2) Die Abrechnung erfolgt aufgrund ordnungsgemäß ausgestellter Verordnungen (§ 3 Abs. 4 ALV), die zusätzlich folgenden Angaben zu enthalten haben:
- a. Kennzeichen nach § 4 der Vereinbarung nach § 300 SGB V
  - b. (Mengen-) Faktor.
  - c. Bruttopreis je verordnetem Mittel, abrechnungsfähig nach §§ 31 Abs. 2 und § 129 SGB V
  - d. Gesamt Brutto (nach Buchstabe c.)
  - e. Gesamt Betrag der gesetzlichen Zuzahlung
  - f. Institutionskennzeichen der Apotheke nach § 293 SGB V
  - g. Apothekenstempel oder entsprechender Aufdruck, soweit keine Angabe nach Buchstabe f. erfolgt

- h. Abgabedatum
- i. Beleg-Nummer des Verordnungsblattes

- (3) Die Abrechnung der Apotheke kann auch durch Abrechnungsstellen (z.B. Rechenzentren) erfolgen. Die Abrechnungsstelle teilt der von den Krankenkassen genannten Stelle Beginn und Ende der Abrechnung durch die Abrechnungsstelle mit. Für diese Abrechnungsstellen gelten zusätzlich die Bestimmungen der Anlage 4.

Die Abrechnungsstellen, die die zentrale Rezeptabrechnung durchführen und die Anforderungen der Anlage 4 erfüllen, rechnen nach den Bestimmungen dieser Anlage ab. Die Bestimmungen dieses Vertrages gelten nicht, soweit Anlage 4 abweichende Regelungen enthält.

- (4) Sofern die Abrechnung einer Abrechnungsstelle übertragen werden soll, ist der Auftragnehmer unter besonderer Berücksichtigung der Eignung der von ihm getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen (§ 9 Bundesdatenschutzgesetz) durch die Apotheke auszuwählen.

## **§ 9 Rechnungslegung**

- (1) Die Rechnungslegung der Apotheke erfolgt monatlich, frühestens nach Ablauf des Abrechnungsmonates jedoch spätestens einen Monat nach Ablauf des Kalendermonats in dem die Lieferung erfolgte, an die von den Krankenkassen benannten Stellen.

Werden einzelne Verordnungsblätter mehr als einen Monat nach Ablauf dieser Frist abgerechnet, sind die Krankenkassen berechtigt, den Bruttobetrag dieser Verordnungsblätter um zehn Prozent je Verordnungszeile zu kürzen, insgesamt jedoch je Verordnungszeile höchstens um 50 Euro. Weitergehende Vertragsmaßnahmen nach § 11 Abs. 1 Ziffer 2 des Rahmenvertrages nach § 129 SGB V sind ausgeschlossen.

- (2) Die Rechnungsinhalte bestimmen sich grundsätzlich nach den Bestimmungen des Rahmenvertrages über die Arzneimittelversorgung nach § 129 SGB V in der jeweils gültigen Fassung und den weiteren Bestimmungen dieses Vertrages.

- (3) Die Rechnung hat neben dem Namen, der Anschrift und dem Institutionskennzeichen des Kostenträgers und der Apotheke sowie der Rechnungsnummer und dem Rechnungsdatum folgende Angaben zu enthalten:

- a. Gesamtbetrag Brutto
- b. Gesamtbetrag der auf den Bruttobetrag entfallenden gesetzlichen oder vereinbarten Abschläge
- c. Gesamtbetrag Zuzahlung
- d. Gesamtbetrag Netto
- e. Gesamtanzahl der Verordnungsblätter
- f. Umsätze der importierten Arzneimittel nach § 5 des Rahmenvertrages nach § 129 SGB V
- g. Umsätze der abgegebenen Fertigarzneimittel
- h. Realisierte Wirtschaftlichkeitsreserve
- i. Umsätze der abgegebenen importfähigen Fertigarzneimittel
- j. Betrag nach § 5 Abs. 4 des Rahmenvertrages nach § 129 SGB V
- k. Zahl der korrigierten Zeichen nach § 6 Abs. 2 der Vereinbarung nach § 300 SGB V
- l. Gesamtanzahl der abrechnenden Apotheken

Die Rechnung ist gemäß TA 3 Abschnitt 8.2.1 der Vereinbarung nach § 300 SGB V in die dort angegebenen Gruppen zu unterteilen. Näheres regelt die Anlage 5.

- (4) Die Rechnung wird auf elektronischen Datenträgern oder per Datenfernübertragung nach Maßgabe der TA 3 der Vereinbarung nach § 300 SGB V übermittelt. Die ordnungsgemäße Übermittlung der Rechnungsdaten wird nach dem Fehlerverfahren gemäß TA 3 geprüft. Bei einer fehlerhaften Datenübermittlung erfolgt eine Fehlermeldung.
- (5) Die Rechnungslegung der Filialapotheken erfolgt über die Hauptapotheke unter Nutzung eines einheitlichen Institutionskennzeichens.

### **§ 10 Rechnungsbegleichung**

- (1) Neben den allgemeinen ergänzenden Bestimmungen gelten grundsätzlich die Bestimmungen des Rahmenvertrages über die Arzneimittelversorgung nach § 129 SGB V in der jeweils geltenden Fassung.
- (2) Die Rechnungen der Apotheken oder der von diesen beauftragten externen Abrechnungsstellen werden innerhalb von 10 Tagen nach Eingang der Rechnung nach § 9 bei den von den Landesverbänden benannten Stellen beglichen (§§ 187 Abs.1, 188 Abs.1 BGB). Maßgeblich für den Tag des Eingangs ist der Eingangsstempel der Krankenkasse. Fällt der 10. Tag auf einen arbeitsfreien Tag, so gelten die Regelungen des § 193 BGB.
- (3) Die Zahlung erfolgt unter dem Vorbehalt einer sachlichen oder rechnerischen Prüfung. Eventuelle Differenzen aus den bisherigen Abrechnungen werden verrechnet.
- (4) Die Zahlungen an von der Apotheke beauftragte Abrechnungsstellen erfolgen mit schuldbefreiender Wirkung für die Krankenkassen. Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch ein, wenn die Rechtsbeziehung zwischen der Abrechnungsstelle und dem Apotheker mit einem Rechtsmangel behaftet ist.
- (5) Rechnungen sind nur zu begleichen, wenn die Festlegungen des § 6 der Vereinbarung nach § 300 SGB V eingehalten werden.

### **§ 11 Weiterleitung der Verordnungsblätter**

Die Verordnungsblätter müssen bis spätestens sechs Wochen nach Ablauf des Kalendermonats, in dem die Lieferung erfolgte, im Original und in der im Rahmenvertrag nach § 300 SGB V beschriebenen Sortierfolge nach Belegnummer aufsteigend sortiert, Apotheken unabhängig und unter Angabe der ersten und letzten Belegnummer und mit Angabe des Abrechnungsmonats und Name der Abrechnungsstelle je Packungseinheit bei den Landesverbänden oder bei den von ihnen genannten Stellen eingehen.

### **§ 12 Datenübermittlung**

- (1) Die Übermittlung der Daten auf magnetischen Datenträger bzw. per Datenfernübertragung nach § 6 Abs. 3 der Vereinbarung nach § 300 SGB V erfolgt monatlich, frühestens nach Ablauf des Abrechnungsmonates jedoch spätestens einen Monat nach Ablauf des Kalendermonats in dem die Lieferung erfolgte.

- (2) Die Verordnungsblätter sind in digitalisierter Form (Images) auf einem separaten Datenträger zu übersenden. Die Lieferung erfolgt nach § 6 Abs. 3 der Vereinbarung nach § 300 SGB V monatlich, frühestens nach Ablauf des Abrechnungsmonates jedoch spätestens einen Monat nach Ablauf des Kalendermonats in dem die Lieferung erfolgte. Nach vollständiger Übergabe der digitalisierten Verordnungsblätter an die Krankenkasse sind die zwischengespeicherten Images höchstens weitere acht Wochen aufzubewahren.

### **§ 13 Kostenregelung**

- (1) Die Krankenkassen leisten für die Digitalisierung und Bereithaltung der Verordnungsblätter eine Kostenpauschale je digitalisiertem Verordnungsblatt in Höhe von 0,0187 EUR zuzüglich Mehrwertsteuer (§ 7 Abs. 2 Satz 1 und 2 der Vereinbarung nach § 300 SGB V).

Die Kostenpauschale für die Digitalisierung und Bereithaltung der Verordnungsblätter in digitalisierter Form wird im Zusammenhang mit der Rechnungslegung nach § 9 Abs. 1 geltend gemacht und ist zum Zeitpunkt der Rechnungsbegleichung nach § 10 zu zahlen.

- (2) Für die Berechnung des Mehraufwandes, der bei der Datenaufbereitung durch mangelhafte Qualität der Beschriftung des Verordnungsblattes im Arztfeld entsteht (§ 6 Abs. 7 der Vereinbarung nach § 300 SGB V), gelten die Regelungen des § 6 Abs. 7 der Vereinbarung nach § 300 SGB V in Verbindung mit der Anlage 4.

Der Mehraufwand wird mit der Rechnung des Monats in dem die Korrektur erfolgt in Rechnung gestellt und ist zusammen mit dieser Rechnung zu begleichen.

### **§ 14 Rechnungs- und Taxbeanstandungen**

- (1) Die Krankenkassen können sachliche und rechnerische Beanstandungen nur bis Ablauf des 12. Monats nach Eingang der rechtsverbindlichen Datenträger und Images geltend machen. Dabei werden Taxdifferenzen zugunsten oder zuungunsten der Krankenkassen berücksichtigt. Dazu sind Sonderbelege wie z.B. Therapiepläne, Anlagen und Kostenvoranschläge 2 Jahre in der Apotheke aufzubewahren und auf Verlangen der Krankenkasse vorzulegen.
- (2) Kopien der beanstandeten Rezepte bzw. deren Print-Images werden von der Krankenkasse der Apotheke unverzüglich ohne vorherige Aufforderung zur Überprüfung zugesandt. Der Apotheke oder dem SAV steht zum Einspruch, unter Angabe der Gründe, eine Frist von 2 Monaten nach Eingang der Beanstandung zur Verfügung. Der Einspruch muss schriftlich erfolgen. Die Prüfung von Einsprüchen gegen eine ausgesprochene Beanstandung hat innerhalb einer Frist von 2 Monaten nach Eingang des Einspruchs bei der Krankenkasse zu erfolgen, Das Ergebnis der Prüfung ist der Apotheke oder dem SAV mitzuteilen.

Werden diese Fristen überschritten, gelten die Taxdifferenzen bzw. die Einsprüche als anerkannt.

- (3) Die sachlichen und rechnerischen Beanstandungen werden nach Ablauf der Einspruchsfrist bzw. nach Ablehnung des Einspruches bei einer der darauffolgenden Abrechnungen berücksichtigt, der Rabattanspruch gem. § 130 SGB V für die darauffolgende Abrechnung bleibt jedoch davon unberührt.

Um das Retaxationsverfahren für die Apotheken übersichtlicher zu gestalten, vermerken die Krankenkassen auf dem Fehlerprotokoll, welches dem betreffenden Rechenzentrum zugesandt wird, neben der Angabe des Retaxationsquartals zusätzlich das Datum des ersten Retaxationsschreibens an die Apotheke.

- (4) Bei Rechnungs- und Taxbeanstandungen mit gleich gelagerten Sachverhalten, die eine Vielzahl von Apotheken betreffen, kann das Beanstandungsverfahren abweichend von den Regelungen der Absätze 1 bis 3 auch direkt zwischen der Krankenkasse und dem SAV abgewickelt werden.
- (5) Die Apotheken sind gegenüber der Krankenkasse verpflichtet, Veränderungen (z.B. Name und Anschrift der Apotheken und deren Filialapotheken, Wechsel der Abrechnungsstelle und Ende der Geschäftstätigkeit) spätestens 1 Monat nach Bekanntwerden, anzuzeigen.

## **§15 Datenschutz**

- (1) Die aus der maschinellen Rezeptabrechnung gewonnenen Daten dürfen vom Sächsischen Apothekerverband e. V. und der von ihm benannten Stelle nur den Krankenkassen und ihren Landesverbänden und - soweit es die Apothekenabrechnung betrifft - den Apotheken anonymisiert zur Verfügung gestellt werden. Ausnahmen von dieser Regelung sind nur zulässig, wenn sie zwischen den Vertragspartnern unter Berücksichtigung der Bestimmungen des Datenschutzgesetzes besonders vereinbart wurden.
- (2) Personenbezogene Daten darf der lieferberechtigte Apothekenleiter zur Erfüllung der gesetzlichen und der sich aus dem Vertrag ergebenden Aufgaben nur im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes verarbeiten. Das Zusammenführen von personenbezogenen Abrechnungsdaten mehrerer Apotheken ist außer für Zwecke der Abrechnung gegenüber den Krankenkassen unzulässig.
- (1) Der Apothekenleiter und seine Mitarbeiter unterliegen hinsichtlich der personenbezogenen Daten des Versicherten und des Arztes der Geheimhaltungspflicht. Ausgenommen hiervon sind die in Durchführung der Krankenversicherung erforderlichen Angaben gegenüber den verordnenden Ärzten und der leistungspflichtigen Krankenkasse.

## Vierter Abschnitt Schlussbestimmungen

### **§ 1 6 Vertragsverstöße, Streitigkeiten und Schlichtungen**

- (1) Über Vertragsverstöße und Meinungsverschiedenheiten, die sich aus dem Vertrag und seinen Anlagen ergeben, entscheidet ein paritätisch besetzter Schlichtungsausschuss. Näheres ist in der Schlichtungsordnung (Anlage 7) geregelt.
- (2) Bei Verstößen gegen § 129 Abs. 1 SGB V, gegen diesen Vertrag oder die ergänzenden Verträge gemäß § 129 Abs. 5 SGB V können die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen nach Anhörung des Betroffenen im Benehmen mit dem Sächsischen Apothekerverband e. V. Vertragsmaßnahmen entsprechend Anlage 5 Ziffer 10 aussprechen.

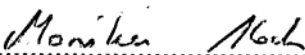
**§ 17**  
**Inkrafttreten und Kündigung**

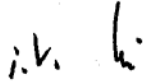
- (1) Dieser Vertrag tritt mit seinen Anlagen ab 1. Januar 2007 in Kraft. Zum gleichen Zeitpunkt werden alle früheren Arzneilieferverträge ungültig.
- (2) Der Vertrag kann mit seinen Anlagen mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden. Bis zum Abschluss eines neuen Vertrages gilt dieser Vertrag jedoch längstens - bis zum 30. September des auf die Kündigung folgenden Jahres - weiter. Der kündigende Vertragspartner muss mit der Kündigung den Entwurf eines neuen Arzneiliefervertrages übersenden.
- (3) Die Vereinbarung über Zuschläge auf Einkaufspreise für Mittel, die nicht in den Anwendungsbereich der Arzneimittelpreisverordnung fallen (Anlage 3) und die Vereinbarung über die Preise für Blutzucker- und Harnteststreifen (Anlage 6) können gesondert mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalenderhalbjahres gekündigt werden. Bis zum Abschluss einer neuen Anlage gilt diese Anlage jedoch längstens 6 Monate nach der Kündigung weiter. Die Kündigung einzelner Anlagen berührt die Gültigkeit des übrigen Vertrages nicht.


Ergänzungen oder Anpassungen der Anlagen werden zwischen den Vertragspartnern einvernehmlich innerhalb von 8 Wochen schriftlich vereinbart.

- (4) Besteht die Notwendigkeit, einzelne Bestimmungen dieses Vertrages zu ändern oder gesetzlichen Neuregelungen anzupassen, so werden die Vertragspartner hierüber verhandeln, ohne dass Laufdauer und Gültigkeit des Vertrages im übrigen beeinflusst werden.

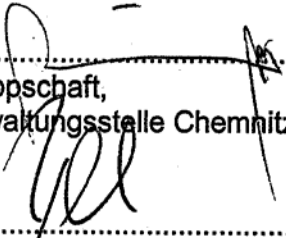
Leipzig/Dresden, 27. 12. 06

  
.....  
Sächsischer Apothekerverband e.V.

  
.....  
AOK Sachsen – Die Gesundheitskasse.  
Rolf Steinbronn

  
.....  
BKK-Landesverband Ost,  
Landesrepräsentanz Sachsen

  
.....  
IKK Sachsen

  
.....  
Knappschaft,  
Verwaltungsstelle Chemnitz

  
.....  
LKK MOD, handelnd als Landesverband