

Arzneimittelversorgungsvertrag Bayern (AV-Bay)
**Ergänzungsvereinbarung zum Rahmenvertrag über die
Arzneimittelversorgung nach § 129 Absatz 2 SGB V
und zur Arzneimittelabrechnungsvereinbarung gemäß § 300 Abs. 3
SGB V
vom 01.11.2023**

zwischen

dem Bayerischen Apothekerverband e.V.

- im folgenden "BAV" genannt -

einerseits

und

- **der AOK Bayern - Die Gesundheitskasse**
- **dem BKK Landesverband Bayern**
- **der KNAPPSCHAFT - Regionaldirektion München**
- **der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)
als landwirtschaftliche Krankenkasse**
- **der IKK classic**

- im folgenden „Landesverbände“ genannt -

andererseits

Inhaltsübersicht

Präambel

§ 1 Gegenstand des Vertrages und allgemeine Zusammenarbeit

§ 2 Teilnahme am Vertrag

§ 3 Abgabebestimmungen

§ 4 Preisberechnung

§ 5 Zuzahlung und Eigenbeteiligung

§ 6 Allgemeine Bestimmungen zur Abrechnung

§ 7 Rechnungsstellung

§ 8 Begleichung der Rechnungen

§ 9 Rechnungs- und Taxbeanstandungen

§ 10 Kostenregelungen

§ 11 Meinungsverschiedenheiten

§ 12 Datenschutz

§ 13 Vertragsmaßnahmen

§ 14 Schlussbestimmungen

1. Anlagen

Anlage 1 Beitrittserklärung zur Teilnahme am Vertrag

Anlage 2 Preisregelungen für Produkte nach § 1 Abs. 1 dieser Vereinbarung

Anlage 3 Spezialpreisliste Sprechstundenbedarf

Anlage 4 Preisregelungen für Blut- und Harnteststreifen

Anlage 5 Abrechnung durch Abrechnungsstellen

Anlage 6 Schaubild Ausspruch Vertragsmaßnahme

Präambel

Dieser Vertrag ist eine ergänzende Vereinbarung zum Rahmenvertrag zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen sowie dem Deutschen Apothekerverband e.V. über die Arzneimittelversorgung gemäß § 129 SGB V und zur Arzneimittelabrechnungsvereinbarung gemäß § 300 Abs. 3 SGB V in der jeweils geltenden Fassung. Die vertragsschließenden Parteien wirken bei der Umsetzung dieses Vertrages vertrauensvoll und in partnerschaftlichem Geist zusammen.

§ 1 Gegenstand des Vertrages und allgemeine Zusammenarbeit

(1) Dieser Vertrag regelt

1. die Versorgung der Versicherten der Krankenkassen (im folgenden „Versicherte“ genannt) mit

- a) apothekenpflichtigen Arzneimitteln,
- b) Verbandmitteln,
- c) Medizinprodukten gemäß § 31 Abs. 1 Sätze 2 und 3 SGB V i. V. m. den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V,
- d) Bilanzierte Diäten zur enteralen Ernährung nach § 31 Abs. 5 SGB V i. V. m. den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V,
- e) Blut- und Harnteststreifen,
- f) sonstigen Produkten, für die in Anlage 2 Preise vereinbart sind,

2. die Lieferung von Sprechstundenbedarf,

aufgrund vertragsärztlicher oder vertragszahnärztlicher Verordnungen sowie deren Abrechnung durch die am Vertrag beteiligten Apotheken.

(2) Eine in der Apotheke vorliegende Verordnung darf von der Krankenkasse weder selbst beliefert noch zur Belieferung an einen Dritten weitergeleitet werden, sofern der Apotheker zu den Preisen dieses Vertrages lieferbereit ist.

(3) Der Apotheker verpflichtet sich zu einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten in der fachlich gebotenen Qualität (§§ 12, 70 SGB V).

§ 2 Teilnahme am Vertrag

(1) Der Vertrag hat Rechtswirkung für die vertragsschließenden Krankenkassen und die den vertragsschließenden Landesverbänden angeschlossenen Krankenkassen.

- (2) Der Vertrag hat Rechtswirkung für öffentliche Apotheken, deren Inhaber dem BAV angehören. Der BAV teilt den Landesverbänden vierteljährlich, beginnend mit Inkrafttreten dieses Vertrages mit, welche Inhaber zu seinen Mitgliedern zählen. Die Mitteilungen nach Satz 2 werden in maschinell verwertbarer Form übermittelt und enthalten Name und Anschrift der Apotheke, Name des Inhabers, Institutionskennzeichen nach § 293 SGB V, sowie Beginn und ggf. Ende der Mitgliedschaft. Die Krankenkassen stellen rechtzeitig vor dem Inkrafttreten des Vertrages dem BAV das IK-Verzeichnis der Apotheken zur Verfügung.
- (3) Öffentliche Apotheken, deren Inhaber nicht dem BAV angehören, sind an der Lieferung nur dann beteiligt, wenn diese diesem Vertrag beitreten und ihn einschließlich seiner Anlagen, Nachträge und Protokollnotizen in der jeweils geltenden Fassung gegen sich gelten lassen. Dies erklären die Inhaber gegenüber der von den Landesverbänden beauftragten Stelle schriftlich mit der vollständig ausgefüllten und unterzeichneten Beitrittserklärung nach Anlage 1. Die Inhaber verpflichten sich, sich in eigener Verantwortung über die jeweils geltenden vertraglichen Regelungen zu informieren. Der BAV ist berechtigt, den Inhabern den Vertragstext und dessen Änderungen gegen eine angemessene Gebühr zur Verfügung zu stellen.
- (4) Inhaber von öffentlichen Apotheken im Sinne dieses Vertrages sind die Eigentümer von Einzelapotheken, Hauptapotheken einschließlich der Filiale(n), Gesellschafter von in der Rechtsform einer OHG betriebenen Apotheken, Pächter sowie Verwalter.
- (5) Öffentliche Apotheken, deren Inhaber weder dem BAV angehören noch dem Vertrag beigetreten sind, sind von der Lieferung ausgeschlossen.
- (6) Die Inhaber der an der Lieferung beteiligten Apotheken sind verpflichtet, der von den Landesverbänden beauftragten Stelle nachfolgende Änderungen unverzüglich mitzuteilen: Inhaberwechsel, IK-Wechsel, Änderung der Abrechnungsstelle, Eröffnung oder Schließung einer Filialapotheke, Insolvenz. Bei Inhaberwechsel oder Geschäftsaufgabe soll der bisherige Inhaber seine voraussichtliche Adresse angeben, unter der er bis zum Ablauf des auf das zu meldende Ereignis folgenden Kalenderjahres erreichbar ist. Aus der Nichtangabe der voraussichtlichen Adresse kann dem bisherigen Inhaber kein Nachteil erwachsen.
- (7) Filialapotheken gelten als Unternehmensteil einer Apotheke.

§ 3 Abgabebestimmungen

- (1) Ein Vertrag zwischen Krankenkasse und Apotheke kommt für vertragsgegenständliche Produkte durch die Annahme einer ordnungsgemäßen gültigen vertragsärztlichen oder vertragszahnärztlichen Verordnung durch die Apotheke zustande.

Der gesetzliche Vergütungsanspruch des Apothekers für die vertragsgegenständlichen Produkte gemäß § 1 entsteht grundsätzlich mit der Erfüllung der öffentlich-rechtlichen Leistungspflicht durch Belieferung einer gültigen ordnungsgemäßen vertragsärztlichen oder vertragszahnärztlichen Verordnung. Ferner, wenn die Voraussetzungen nach den Regelungen des § 6 Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung nach § 129 Abs. 2 SGB V und ergänzend die Regelungen der nachfolgenden Absätze 2 ff. in der jeweils gültigen Fassung vorliegen. Ist eine dieser Voraussetzungen nicht erfüllt, besteht kein vertraglicher Zahlungsanspruch gegenüber der Krankenkasse.

Ist ein Preis nicht durch gesetzliche oder vertragliche Regelungen bestimmt, so bedarf es vor der Abgabe einer Einigung zwischen Apotheke und Krankenkasse über den Preis.

- (2) Ordnungsgemäß ist eine vertragsärztliche oder vertragszahnärztliche Verordnung, wenn sie auf einem zwischen den Partnern des Bundesmantelvertrages Ärzte und Zahnärzte nach § 87 SGB V vereinbarten Verordnungsblatt (Muster 16) bzw. einem zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und den Krankenkassen vereinbarten SSB-Verordnungsblatt (Muster 16a bay) bzw. auf einem amtlichen Vordruck gemäß § 3a AMVV (T-Rezept) oder § 15 BtMVV (BtM-Rezept), ausgestellt ist.

Folgende Angaben müssen enthalten sein:

- a) Bezeichnung der verordneten Mittel oder Wirkstoffe sowie Menge, Stärke und Darreichungsform; die Angabe der Stärke oder Darreichungsform kann fehlen, sofern sie durch die Bezeichnung des verordneten Mittels eindeutig bestimmt ist.
- b) Angabe des Kostenträgers: Institutionskennzeichen (IK) und die Bezeichnung der Krankenkasse, bei Fehlen des IK entfällt der Vergütungsanspruch nicht. Im Ersatzverfahren ist die Bezeichnung der Krankenkasse ausreichend. Bei durch den Vertragsarzt handschriftlich geänderter Kostenträgerbezeichnung ist die IK von der Apotheke zu streichen bzw. zu korrigieren.
- c) Angaben zur Identität des Versicherten: Versicherten-Nummer und Name, Vorname, Geburtsdatum und Anschrift des Versicherten; im Ausnahmefall, insbesondere im Ersatzverfahren, genügt die Angabe von Name, Vorname und Geburtsdatum des Versicherten; der Apotheker ist zur Nachprüfung der vom Arzt angegebenen Zugehörigkeit des Versicherten zu der auf der Verordnung angegebenen Krankenkasse nicht verpflichtet, eine fehlende Mitgliedschaft entbindet die angegebene Krankenkasse nicht von der Zahlungspflicht. Der Apotheker darf Korrekturen oder Ergänzungen dieser Daten vornehmen, wenn der Überbringer des Verordnungsblattes diese Angaben nachweist oder glaubhaft versichert oder die Angaben für den Apotheker anderweitig ersichtlich sind. Bei Fehlen der Versicherten-Nummer entsteht der Vergütungsanspruch trotzdem.

- d) Angaben zur Identität des verordnenden Vertragsarztes: Betriebsstättennummer bzw. Nebenbetriebsstättennummer (BSNR bzw. NBSNR) und lebenslange Arztnummer (LANR) im Versichertenfeld sowie Vertragsarztstempel oder entsprechender Aufdruck im Verordnungsfeld.

Der Apotheker ist nicht verpflichtet, die Übereinstimmung der BSNR bzw. NBSNR im Versichertenfeld oder im Vertragsarztstempel oder entsprechenden Aufdruck im Verordnungsfeld einerseits und in der Codierzeile andererseits zu prüfen. Eine fehlende Angabe der BSNR bzw. NBSNR im Versichertenfeld muss vom Apotheker mit der BSNR bzw. NBSNR aus der Codierzeile ergänzt werden.

Eine fehlende Angabe der LANR im Versichertenfeld muss vom Apotheker aufgrund einer Rücksprache mit dem Vertragsarzt ergänzt und abgezeichnet werden. Der Apotheker haftet nicht für die Richtigkeit der LANR. Kann die LANR vom Apotheker auch durch Nachfrage beim Arzt nicht ermittelt werden, kann die Aufbringung der LANR entfallen; der Apotheker hat dies auf dem Verordnungsblatt zu vermerken und abzuzeichnen.

Abweichend von Satz 1 bedarf es jedoch einer LANR nicht bei Klinikverordnungen, bei im Notdienst (§ 6 Arzneimittelpreisverordnung) vorgelegten Verordnungen sowie bei Verordnungen von Vertragszahnärzten.

Verordnungsblätter für den Sprechstundenbedarf (Muster 16a) müssen die Angaben zur Identität des verordnenden Vertragsarztes statt im Versichertenfeld in den dafür vorgesehenen Arztfeldern enthalten.

Ein nicht dokumentiertes Fehlen der BSNR bzw. LANR berechtigt die Krankenkassen, den Gesamtbruttobetrag dieser Verordnungsblätter (ggf. bereinigt um Taxkorrekturen) um 5 Euro je Verordnungszeile zu kürzen.

- e) Datum der Ausstellung der Verordnung durch den Vertragsarzt; ein fehlendes oder ein offensichtlich falsches Ausstellungsdatum darf vom Apotheker aufgrund einer Rücksprache mit dem Vertragsarzt ergänzt bzw. korrigiert werden. Das Ergebnis der Rücksprache hat der Apotheker auf dem Verordnungsblatt zu vermerken.

- f) Unterschrift des Vertragsarztes.

- (3) 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. Verordnungen von Sprechstundenbedarf dürfen nur innerhalb der in Satz 1 genannten Frist nach dem Aus-

stellungstag beliefert werden. Die Belieferung umfasst die vollständige Abgabe der verordneten Produkte. Bei Fristüberschreitung entfällt der Anspruch auf Vergütung, es sei denn, der Apotheker macht auf der Verordnung glaubhaft, dass die Fristüberschreitung aus Gründen der Herstellung, Beschaffung oder Rücksprache mit dem verordnenden Arzt unvermeidlich war.

- (3a) Handelt es sich bei der Verordnung um ein BtM-Rezept, gilt die Frist nach § 12 Abs. 1 Nr. 1c) BtMVV. Bei Abgabe außerhalb der in § 12 Abs. 1 Nr. 1c) BtMVV bestimmten Frist ist das Vorlagedatum zusätzlich zum Abgabedatum auf der Verordnung zu vermerken.
- (3b) Für die Belieferung von T-Rezepten gilt die Frist nach § 3a Abs. 4 AMVV.
- (4) Der Apotheker darf zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung nur die verordneten Mittel abgeben; davon ausgenommen sind Fälle des § 129 Abs. 1 SGB V, des § 17 Abs. 5a ApoBetrO und anderer vertraglicher oder gesetzlicher Regelungen, die dem Apotheker ein Abweichen von der Verordnung des Arztes gestatten.
- (5) Ist weder das Feld „Gebühr frei“ noch das Feld „Gebühr pflichtig“ auf dem Verordnungsblatt angekreuzt oder sind beide Felder angekreuzt, muss die Verordnung als gebührenpflichtig behandelt werden. Eine vom Vertragsarzt als gebührenpflichtig oder nicht eindeutig als gebührenfrei gekennzeichnete Verordnung darf vom Apotheker nur dann als gebührenfrei behandelt werden, wenn der Versicherte eine am Tage der Abgabe gültige Bescheinigung der Krankenkasse über die Befreiung von der Arzneimittelzuzahlung nach § 31 Abs. 3 SGB V vorlegt; der Apotheker hat in diesem Fall unter Angabe seines Namenszeichens das Feld „Gebühr frei“ anzukreuzen und ggf. das Feld „Gebühr pflichtig“ zu korrigieren.
- (6) Legt der Versicherte ein Privatrezept mit dem Vermerk „ohne Versicherungsnachweis“ vor, so hat der Apotheker bei der Belieferung dieser Verordnung die Bestimmungen des Rahmenvertrages nach § 129 Abs. 2 SGB V in der jeweils geltenden Fassung sowie dieses Vertrages zu beachten. Er kann vom Versicherten Barzahlung verlangen. Er ist verpflichtet, innerhalb von 28 Tagen den gezahlten Betrag – gegebenenfalls abzüglich der zu leistenden Zuzahlung – zu erstatten, wenn der Versicherte das Privatrezept gegen eine ordnungsgemäß ausgestellte Verordnung umtauscht.

Der Apotheker hat diesen Umtausch und das tatsächliche Abgabedatum auf dem Verordnungsblatt zu vermerken.

- (7) Zu Lasten der Krankenkassen dürfen nicht abgegeben werden:
1. Fertigarzneimittel, die nach § 34 Abs. 3 SGB V i. V. m. den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V von der Versorgung nach § 31 SGB V ausgeschlossen sind, es

sei denn, sie sind bei bestimmten Indikationsstellungen verordnungs- und erstattungsfähig.

2. Fertigarzneimittel, die nach § 31 Abs. 4 Satz 2 SGB V und § 2 Abs. 4 PackungsV („Jumbo-Packungen“) von der Versorgung nach § 31 SGB V ausgeschlossen sind, ausgenommen bei Verordnungen für den Sprechstundenbedarf,
 3. Fertigarzneimittel nach § 34 Abs. 1 Sätze 7 und 8 SGB V („Lifestyle“), die in Anlage II der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V namentlich genannt sind,
 4. nichtverschreibungspflichtige Fertigarzneimittel, die nicht von den Richtlinien nach § 34 Abs. 1 Satz 2 SGB V i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V erfasst sind, bei Verordnungen für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, und die nicht als Sprechstundenbedarf verordnet werden, sofern das verordnete Produkt zum Zeitpunkt der Abgabe im ABDA-Artikelstamm entsprechend gekennzeichnet ist.
- (8) Produkte gemäß § 73 Abs. 3 Arzneimittelgesetz sind nur dann zu Lasten der jeweiligen Krankenkasse abrechnungsfähig, wenn der Versicherte der Apotheke eine entsprechende Genehmigung der Krankenkasse vorlegt. Dies gilt auch bei Vorliegen einer Verordnung über ein Präparat, welches auf dem deutschen Markt nicht mehr verfügbar ist (sog. „opt-out“), aber gemäß § 73 Abs. 1 Arzneimittelgesetz aus einem anderen EU-Mitgliedsstaat beschafft werden kann.
- (9) Medizinprodukte, die keine Verband- oder Hilfsmittel sind, dürfen zu Lasten der Krankenkassen nicht abgegeben werden. Davon ausgenommen sind jedoch
- Medizinprodukte nach § 31 Abs. 1 Sätze 2 und 3 SGB V i. V. m. Anlage V der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V,
 - Medizinprodukte, die im Rahmen des Sprechstundenbedarfs verordnet werden,
 - Medizinprodukte, für die in der Anlage 2 ein Preis vereinbart ist.
- Die Landesverbände übermitteln dem BAV eine Liste von Medizinprodukten nach Satz 1, die im ABDA-Artikelstamm als Verbandstoffe oder Pflaster eingeordnet sind, aber nach ihrer Auffassung nicht zweifelsfrei dem Begriff des Verbandmittels im Sinne des § 31 Abs. 1 Satz 1 SGB V unterfallen. Der BAV informiert hierüber seine Mitglieder und teilt dies den Landesverbänden mit.
- (10) Im Übrigen ist der Apotheker nicht zur Überprüfung der Verordnungsfähigkeit des verordneten Mittels verpflichtet.
- (11) Gefälschte Verordnungen oder Verordnungen auf missbräuchlich benutzten Verordnungsblättern dürfen nicht beliefert werden, wenn die Fälschung oder der Missbrauch bei Wahrung der erforderlichen Sorgfalt zum Zeitpunkt der Abgabe erkennbar war.

- (12) Enthält eine Verordnung hinsichtlich der Darreichungsform oder Wirkstärke unvollständige oder ungenaue Angaben und ist der Vertragsarzt nicht erreichbar, so ist der Apotheker berechtigt, diejenige Darreichungsform oder Wirkstärke abzugeben, die er nach pflichtgemäßem Ermessen für die richtige hält; das Verordnungsblatt ist vom Apotheker entsprechend zu ergänzen und abzuzeichnen.
- (12a) Enthält eine Verordnung über Verbandmittel, bilanzierte Diäten zur enteralen Ernährung, Medizinprodukte oder erstattungsfähige, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel unvollständige oder ungenaue Angaben und ist der Vertragsarzt nicht erreichbar, so ist der Apotheker berechtigt, das Verbandmittel, die bilanzierte Diät zur enteralen Ernährung, das Medizinprodukt oder erstattungsfähige, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel abzugeben, das er nach pflichtgemäßem Ermessen und unter wirtschaftlichen Erwägungen für das richtige hält; das Verordnungsblatt ist vom Apotheker entsprechend zu ergänzen und abzuzeichnen.
- (13) Werden dem Apotheker Verordnungen vorgelegt, die hinsichtlich der Menge abgeändert oder ergänzt sind, so dürfen diese nur beliefert werden, wenn der Apotheker mit dem Vertragsarzt Rücksprache gehalten und das Ergebnis der Rücksprache auf dem Verordnungsblatt vermerkt und abgezeichnet hat. Ist der Vertragsarzt nicht erreichbar, ist die kleinere Packung abzugeben.
- (14) Wird dem Apotheker eine Verordnung vorgelegt, die keine Mengenangaben enthält, hat der Apotheker die kleinste im Handel befindliche Packung abzugeben oder mit dem Vertragsarzt Rücksprache zu halten und das Ergebnis der Rücksprache auf dem Verordnungsblatt zu vermerken und abzuzeichnen.
- (15) In Fällen eines offensichtlichen Irrtums hinsichtlich der verordneten Menge hat der Apotheker mit dem Vertragsarzt Rücksprache zu halten; entscheidet sich der Vertragsarzt für eine Mengenänderung, hat der Apotheker dies auf dem Verordnungsblatt zu vermerken und abzuzeichnen. Der Begriff „Mengenänderung“ beinhaltet sowohl eine Reduzierung als auch eine Erhöhung der Abgabemenge. Ist der Vertragsarzt nicht erreichbar, so ist ausnahmsweise der Apotheker berechtigt, die Mengenänderung nach pflichtgemäßem Ermessen vorzunehmen; das Verordnungsblatt ist vom Apotheker entsprechend zu ergänzen und abzuzeichnen.
- (16) Entspricht die nach Stückzahl oder Volumen/Gewicht verordnete Menge, die keinem N-Bereich nach der geltenden PackungsV zugeordnet werden kann, keiner im Handel befindlichen Packungsgröße, so sind, nach wirtschaftlicher Auswahl aus den nach § 31 Absatz 4 SGB V zulässigen Packungsgrößen, verschreibungspflichtige Arzneimittel bis zur verordneten Menge abzugeben. Bei nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln ist

die der verordneten Menge nächstliegende wirtschaftliche Packungsgröße oder bis zur verordneten Menge ein Vielfaches dieser Packungsgröße abzugeben. Die Abgabe einer Teilmenge aus einer Fertigarzneimittelpackung (Auseinzelung) ist nur auf ausdrückliche ärztliche Anordnung der Auseinzelung zulässig.

(17) Überschreitet die nach Stückzahl oder Volumen/Gewicht verordnete Menge die größte für das Fertigarzneimittel festgelegte Messzahl ist, außer bei Sprechstundenbedarfsverordnungen, nur die nach der geltenden PackungsV aufgrund der Messzahl bestimmte größte, im Handel befindliche Packung oder ein Vielfaches dieser Packung, jedoch nicht mehr als die verordnete Menge, abzugeben. Für die Abgabe eines Vielfachen der größten Packung bedarf es keines besonderen Hinweises des Vertragsarztes auf die Abgabe der verordneten Menge.

(18) Verwendet der Vertragsarzt in der Verordnung eine N-Bezeichnung (N1, N2, N3) entsprechend der PackungsV, so gilt für die Abgabe:

Wenn für die vom Vertragsarzt verwendete N-Bezeichnung zu dem verordneten Fertigarzneimittel in den Anlagen der PackungsV die Größe der Packungen nicht bestimmt ist, so ist ein Fertigarzneimittel aus dem nächst kleineren N-Bereich oder das Fertigarzneimittel mit der kleinsten Packungsgröße abzugeben.

(19) Nach der Vereinbarung zwischen den Partnern des Bundesmantelvertrages Ärzte und Zahnärzte nach § 87 SGB V über Vordrucke in der vertragsärztlichen Versorgung sind für die zeitgleiche Verordnung von Arznei- und Hilfsmitteln getrennte Verordnungsblätter zu verwenden. Verordnet der Vertragsarzt auf ein- und demselben Verordnungsblatt sowohl Hilfsmittel als auch Mittel, die Gegenstand dieses Vertrages sind (Arzneimittel, Verbandmittel, nach der Arzneimittel-Richtlinie verordnungsfähige Medizinprodukte oder Diätetika, Blut- und Harnteststreifen, Produkte nach Anlage 2 dieses Vertrages), dürfen entweder nur die Mittel, die diesem Vertrag unterliegen, oder nur die Hilfsmittel abgegeben und abgerechnet werden. Die nicht abgegebenen Mittel sind auf dem Verordnungsblatt zu streichen.

(20) In gesonderten Vereinbarungen zwischen einzelnen Landesverbänden/Krankenkassen und dem BAV können Regelungen über eine erweiterte pharmakoökonomische Verantwortung des Apothekers getroffen werden.

(21) Im importrelevanten Markt gelten die Regelungen des Rahmenvertrags nach § 129 Abs. 2 SGB V.

(22) Die Verwendung von Aufklebern im Personalienfeld, die fest und untrennbar mit dem Arzneiverordnungsblatt verbunden sind und den Regelungen des AV Bay entsprechen, sind zulässig. Dies gilt nicht für Verordnungen von Betäubungsmitteln und T-Rezepten.

(23) (unbesetzt)

(24) Hat der Vertragsarzt ein Fertigarzneimittel unter seinem Produktnamen und / oder seiner Pharmazentralnummer unter Verwendung des Aut-idem-Kreuzes verordnet, ist dies im Verhältnis von importiertem und Bezugsarzneimittel mangels arzneimittelrechtlicher Substitution unbeachtlich. Dies gilt nicht, wenn der Arzt vermerkt hat, dass aus medizinisch-therapeutischen Gründen kein Austausch erfolgen darf.

(25) Verordnet der Vertragsarzt ein Fertigarzneimittel, das von der Substitutionsausschlussliste erfasst ist, ist ein Austausch zwischen importiertem Arzneimittel und Bezugsarzneimittel analog zu Absatz 24 zulässig. Reine Wirkstoffverordnungen ohne Nennung des konkreten Handelsnamens im Sinne des Satzes 1 sind als unklare Verordnungen einzustufen. In diesem Fall bedarf es einer vorherigen Abklärung hinsichtlich des tatsächlich abzugebenden Fertigarzneimittels mit dem Vertragsarzt. Diese wird vom Apotheker entsprechend dokumentiert und abgezeichnet.

(26) Legt der Versicherte eine ordnungsgemäße vertragsärztliche oder vertragszahnärztliche Verordnung vor und verlangt ausdrücklich, die Kosten dieser Verordnung in voller Höhe selbst zu übernehmen (z. B. wegen eines Selbstbehalt-Wahltarifes), so ist der Apotheker berechtigt, die Verordnung als Privatverordnung zu behandeln. In diesem Fall ist der Name des Kostenträgers durch den Eintrag „Selbstzahler“ zu ergänzen. Der Versicherte erhält die quittierte Verordnung im Original zurück.

§ 4 Preisberechnung

(1) Die Apothekenabgabepreise für verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel, die dem Anwendungsbereich der Arzneimittelpreisverordnung unterliegen, sind nach dieser zu berechnen. Die Apothekenabgabepreise für apothekenpflichtige, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind nach der Arzneimittelpreisverordnung in der am 31. Dezember 2003 geltenden Fassung zu berechnen. Für die Preisberechnung ist der für den Tag der Abgabe im ABDA-Artikelstamm aufgeführte Apothekeneinkaufspreis maßgebend.

(2) Ist für ein Arznei- oder Verbandmittel ein Festbetrag nach §§ 35, 35 a SGB V festgesetzt und ist der Apothekenabgabepreis höher als dieser Festbetrag, so ist der Krankenkasse der Festbetrag in Rechnung zu stellen. Dies gilt auch bei einer Verordnung im Sprechstundenbedarf.

- (3) Die Apothekenabgabepreise für ein in der Apotheke hergestelltes oder zur Abgabe hergerichtetes Arzneimittel werden nach den Bestimmungen der Arzneimittelpreisverordnung in Verbindung mit der Hilfstaxe für Apotheken¹ berechnet. Maßgebend für die Preisberechnung ist der Tag der Abgabe des Arzneimittels.

Gefäße im Rahmen des Sprechstundenbedarfs dürfen gesondert berechnet werden, wenn sie üblicherweise nicht wiederverwendet werden können.

- (4) Für Produkte nach § 1 Abs. 1 dieser Vereinbarung, die nicht dem Anwendungsbereich der Arzneimittelpreisverordnung unterliegen, sind die Zuschläge oder Preise in den Anlagen 2 und 3 und 4 geregelt. Der Apotheker hat auf begründete Anforderung der Krankenkasse den Apothekeneinkaufspreis durch Vorlage der Einkaufsbelege nachzuweisen, soweit der Preis nicht im ABDA-Artikelstamm aufgeführt ist oder sich nachvollziehbare Zweifel an der Richtigkeit des Einkaufspreises ergeben.
- (5) Preisabschläge im Rahmen des Einkaufes von Importen gemäß § 73 AMG und anderen nicht in der Lauertaxe gelisteten Produkten durch den Apotheker sind bei der Ermittlung des Apothekeneinkaufspreises zu berücksichtigen. Hiervon ausgenommen sind Skonti in Höhe von bis zu 4 vom Hundert.
- (6) Entstehen dem Apotheker für die Beschaffung von Fertigarzneimitteln und anderen Produkten nach § 1 Abs. 1, die weder in Apotheken noch im Großhandel vorrätig gehalten werden, unvermeidbare Kosten wie z. B. Porti, Zölle, Verpackungskosten, Kleinmengenzuschläge, können diese in der tatsächlich entstandenen Höhe abgerechnet werden. Die Krankenkasse kann im begründeten Einzelfall einen Nachweis über die tatsächlich entstandenen Kosten verlangen. Porti und Telekommunikationsgebühren des Apothekers zählen nicht zu den unvermeidbaren Kosten im Sinne von Satz 1.
- (7) Fernsprechgebühren für Rückfragen wegen ungenauer Verordnungen sind nicht abrechnungsfähig.
- (8) Allen sich aufgrund vorstehender Regelungen ergebenden Preisen und Entgelten ist die gesetzliche Mehrwertsteuer hinzuzufügen.
- (9) Das Entgelt nach § 6 der Arzneimittelpreisverordnung in der jeweils geltenden Fassung kann unter den dort bezeichneten Voraussetzungen mit der Krankenkasse abgerechnet werden, wenn der Vertragsarzt den vorgeschriebenen Notdienstvermerk angebracht hat oder aus den besonderen Umständen des Einzelfalles erkennbar ist, dass es sich um eine dringliche Verordnung handelt.

¹ Vertrag über die Preisbildung für Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen (§§ 4 und 5 der Arzneimittelpreisverordnung)

Trifft keine dieser Voraussetzungen zu, kann die Apotheke das Entgelt nur vom Überbringer fordern.

Wird das Entgelt nach § 6 der Arzneimittelpreisverordnung mit der Krankenkasse abgerechnet, so ist die Zeit der Inanspruchnahme der Apotheke auf der Verordnung zu vermerken.

- (10) Bei der Belieferung eines T-Rezeptes sowie der Abgabe eines Betäubungsmittels, dessen Verbleib nach der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung in der jeweils geltenden Fassung nachzuweisen ist, können Apotheken einen zusätzlichen Betrag gemäß § 7 Arzneimittelpreisverordnung mit der Krankenkasse abrechnen. Wenn eine ärztliche Verordnung die Abgabe unterschiedlicher Fertigarzneimittel bzw. die Abgabe von Fertigarzneimitteln mit unterschiedlichen Packungsgrößen bzw. Wirkstoffstärken erfordert, kann die BtM-Gebühr jeweils einmal abgerechnet werden.
- (11) Auf den einzelnen Verordnungsblättern sind auf der Vorderseite alle gesetzlich und vertraglich notwendigen Angaben zur Preisfeststellung zu machen.

Soweit der Apothekeneinkaufspreis von Produkten nach § 1 Abs. 1 dieser Vereinbarung nicht im ABDA-Artikelstamm aufgeführt ist oder soweit in Anlage 2, 3 oder 4 dieses Vertrages kein fester Abrechnungspreis vereinbart ist, ist der Apothekeneinkaufspreis auf der Vorderseite des Rezepts anzugeben.

- (12) Bei Abgabe von verschreibungspflichtigen Fertigarzneimitteln im Wege des Botendienstes kann zusätzlich der Zuschlag nach § 129 Abs. 5g SGB V abgerechnet werden. Dies gilt nicht bei Sprechstundenbedarfsverordnungen.

§ 5 Zuzahlung und Eigenbeteiligung

- (1) Der Apotheker zieht die vom Versicherten zu zahlende Zuzahlung nach §§ 31 Abs. 3, 61 Satz 1 SGB V ein und verrechnet sie mit seinen Zahlungsansprüchen gegenüber der Krankenkasse. Außer der gesetzlichen Zuzahlung und anderen gesetzlich oder vertraglich vorgesehenen Selbstbeteiligungsbeträgen, der Noctu-Gebühr und Mehrkosten im Sinne des § 31 Abs. 2 SGB V dürfen keine weiteren Zahlungen vom Versicherten für die Abgabe von Mitteln nach diesem Vertrag gefordert werden.
- (2) Leistet der Versicherte die erforderliche Zuzahlung im Zeitpunkt der Abgabe des Arzneimittels nicht oder nicht in voller Höhe, erhält er durch den Apotheker eine schriftliche Zahlungsaufforderung mit einer Zahlungsfrist von acht Tagen. Erfolgt innerhalb von vierzehn Kalendertagen nach Zahlungsaufforderung keine Zahlung durch den Versicherten, kann der Apotheker das Verordnungsblatt mit dem Vermerk "Zuzahlung trotz Mahnung nicht geleistet" oder einem sonstigen eindeutigen Vermerk abrechnen. Dabei bleibt die

entsprechende Verordnung als gebührenpflichtig gekennzeichnet, die ausstehende Zuzahlung ist auf dem Ordnungsblatt mit dem Betrag „0,00“ im Zuzahlungsfeld auszuweisen.

Die Einziehung der noch ausstehenden Forderung gegen den Versicherten erfolgt durch die Krankenkasse. Der Apotheker liefert die hierfür notwendigen Angaben und Unterlagen auf Abruf an die zuständige Krankenkasse. Der Zahlungsanspruch des Apothekers gegenüber der Krankenkasse bleibt hiervon unberührt.

- (3) Bei einer Verordnung im Rahmen von Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung hat der Versicherte eine Eigenbeteiligung in Höhe von 50 % des Apothekenabgabepreises zu leisten. Voraussetzung ist, dass der Vertragsarzt die Verordnung mit dem Vermerk „§ 27 a“ oder einem sonstigen eindeutigen Vermerk gekennzeichnet hat. Über diese Eigenbeteiligung hinaus fällt die Zuzahlung nach § 31 Abs. 3 SGB V nicht an.
- (4) Legt der Versicherte ein Quittungsheft zur Bestätigung von Zuzahlungen vor, dürfen vom Apotheker darin nur geleistete Zuzahlungen gemäß § 31 SGB V i. V. m. § 61 SGB V quittiert werden. Stellt der Apotheker dem Versicherten Belege oder Bestätigungen in anderer Form aus, auf denen neben Zuzahlungen auch andere Beträge aufgeführt sind, hat der Apotheker die vorgenannten Zuzahlungen eindeutig zu kennzeichnen. Diese Belege müssen mindestens folgende Angaben enthalten: Vor- und Nachname des Versicherten, Art oder Bezeichnung des abgegebenen Mittels, Zuzahlungsbetrag, Datum der Abgabe, Name und Adresse der Apotheke (Stempel oder Aufdruck). Dies gilt auch für Sammelbelege.

§ 6 Allgemeine Bestimmungen zur Abrechnung

- (1) Für die Abrechnung und Datenübermittlung gelten die Bestimmungen des Rahmenvertrags nach § 129 Abs. 2 SGB V (nachstehend "Rahmenvertrag" genannt) und der Arzneimittelabrechnungsvereinbarung gemäß § 300 Abs. 3 SGB V einschließlich der technischen Anlagen (nachstehend „Arzneimittelabrechnungsvereinbarung gemäß § 300 SGB V“ genannt) in der jeweils geltenden Fassung. Ergänzend zu diesen Vereinbarungen gelten die nachfolgenden Bestimmungen.
- (2) Abgerechnet werden können nur Arzneimittel oder andere Produkte, die vom Apothekenleiter bzw. -inhaber oder dem Apothekenpersonal der jeweiligen Apotheke abgegeben oder von diesen Personen aufgrund einer Erlaubnis nach § 11a Apothekengesetz versandt wurden².

² Abs. basiert auf der zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Vertrages geltenden Gesetzeslage. Sollte sich diese ändern, passen die Vertragspartner Abs. 2 entsprechend an.

(3) Abweichend von Absatz 2 Satz 1 können als nicht abgeholt deklariert und in Rechnung gestellt werden, wenn seit dem Ausstellungstag mindestens ein Monat und höchstens zwei Monate vergangen sind:

- rezepturmäßig hergestellte Arzneimittel mit dem vollen Preis,
- selten verordnete Fertigarzneimittel, die besonders beschafft werden mussten und die vom Lieferanten nicht zurückgenommen wurden mit dem Einkaufspreis und nachgewiesenen Beschaffungskosten, gegebenenfalls zuzüglich der gesetzlichen Mehrwertsteuer.

Das Verordnungsblatt ist mit dem Vermerk „nicht abgeholt“ zu versehen und abzuzeichnen, als Abgabedatum ist der Tag der Auftragung dieses Vermerks anzugeben.

(4) Der Apotheker darf nur Verordnungsblätter abrechnen, die er unter Beachtung der Arzneimittelabrechnungsvereinbarung gemäß § 300 Abs. 3 SGB V und deren Technischen Anlagen in den dafür vorgesehenen Feldern mit den geforderten Angaben Anlage 1 und 2 der Arzneimittelabrechnungsvereinbarung gemäß § 300 Abs. 3 SGB V) versehen hat.

Ergänzend gilt:

a) Es ist die Pharmazentralnummer des tatsächlich abgegebenen Mittels aufzutragen. Die Verwendung von Sonderkennzeichen gemäß Technischer Anlage 1 Arzneimittelabrechnungsvereinbarung gemäß § 300 Abs. 3 SGB V („Sammel-PZN“) ist nur zulässig, wenn für das Mittel im ABDA-Artikelstamm kein reguläres Kennzeichen aufgeführt ist

Wird ein Arzneimittel vor dem Termin der Ausbietung im ABDA-Artikelstamm vom Hersteller in den Markt gebracht und vom Apotheker abgegeben, wird die Verordnung zur Gewährleistung einer ordnungsgemäßen Abrechnung erst ab dem Tag der Ausbietung im ABDA-Artikelstamm bedruckt; das tatsächliche Abgabedatum im Sinne des Buchstabens c) ist in diesem Ausnahmefall zusätzlich auf der Verordnung zu vermerken.

b) Es ist das gültige Institutionskennzeichen der Apotheke nach § 293 SGB V zu verwenden.

c) Das Abgabedatum ist der Tag der Abgabe der verordneten Mittel, ausgenommen Fälle des Abs. 3 und des § 3 Abs. 6.

Der Apotheker hat die von ihm nach diesem Vertrag durchzuführenden Ergänzungen, Änderungen und Vermerke auf der Vorderseite der Verordnungsblätter anzubringen.

Werden Verordnungsblätter ohne Beachtung der Bestimmungen dieses Absatzes abgerechnet, sind die Krankenkassen berechtigt, den Gesamtbruttobetrag dieser Verordnungsblätter (ggf. bereinigt um Taxkorrekturen) um 5 Euro je Packung zu kürzen, jedoch

höchstens um 50 Euro je Verordnungsblatt. Davon abweichend darf sich bei Fehlern, die nur eine Rezeptzeile betreffen, die Kürzung nur auf diese Rezeptzeile beziehen. Eine Korrektur von bereits abgerechneten Verordnungsblättern durch den Apotheker berührt nicht die Wirksamkeit solcher Kürzungen.

- (5) Dem Verordnungsblatt im Einzelfall zuzuordnende Unterlagen, z. B. bei der Verschreibung parenteraler Ernährung, sind nicht mit der Verordnung zur Abrechnung zu geben, sondern in der Apotheke bis zum Ablauf der Fristen für Rechnungs- und Taxbeanstandungen (§ 9) aufzubewahren und auf Verlangen der Krankenkasse zu übermitteln. Auf der Vorderseite der Verordnung ist ein Vermerk über den Verbleib der Unterlagen in der Apotheke anzubringen.

§ 7 Rechnungsstellung

- (1) Der Apotheker rechnet spätestens einen Monat nach Ablauf des Kalendermonats, in dem die Lieferung erfolgte, mit den Krankenkassen oder den von diesen benannten Stellen ab. Eine Überschreitung der Frist nach Satz 1 um bis zu zwölf Monate befreit die Krankenkassen nicht von ihrer Zahlungspflicht. Werden jedoch Verordnungsblätter mehr als einen Monat nach Ablauf der Frist nach Satz 1 abgerechnet, sind die Krankenkassen berechtigt, den Gesamtbruttobetrag dieser Verordnungsblätter (ggf. bereinigt um Taxkorrekturen) um 5 Euro je Packung zu kürzen, jedoch höchstens um 50 Euro je Verordnungsblatt, es sei denn, die Apotheke hat die Fristüberschreitung nicht zu vertreten; weitergehende Vertragsmaßnahmen nach § 11 sind ausgeschlossen. Nach Ablauf der Frist nach Satz 2 sind Abrechnungen oder sonstige Nachforderungen ausgeschlossen, es sei denn, die Apotheke hat das Fristversäumnis nicht zu vertreten.
- (2) Der Apotheker übermittelt einmal monatlich eine Papierrechnung, die mindestens die Angaben gemäß § 25 des Rahmenvertrages sowie zusätzlich die gesetzlichen Abschläge enthält, und nach den Statusgruppen gemäß Abschnitt 8.2.1 der Technischen Anlage 3 Arzneimittelabrechnungsvereinbarung gemäß § 300 Abs. 3 SGB V in der jeweils gültigen Fassung unterteilt ist.

Die Kostenpauschale nach § 10 Abs. 1 und der Mehraufwand für die Arztfeldkorrektur nach § 10 Abs. 2 werden in der Rechnung gesondert ausgewiesen.

- (3) Zusätzlich zur Rechnung nach Abs. 2 ist eine elektronische Rechnung (RECP) innerhalb von fünf Werktagen nach Versand der Rechnung zu übermitteln. Der Empfang ist von der Krankenkasse unverzüglich, spätestens am nächsten Werktag, zu bestätigen. Ist dieser Tag ein arbeitsfreier Werktag, so verschiebt er sich auf den nächstfolgenden Arbeitstag. Bei Überschreiten der Frist nach Satz 1 um mehr als zwei Werktage verschiebt sich die 10-Tage-Frist nach § 130 Abs. 3 Satz 1 SGB V entsprechend.

- (4) Die elektronische Übermittlung der Daten nach § 3 Arzneimittelabrechnungsvereinbarung gemäß § 300 Abs. 3 SGB Verfolgt innerhalb von acht Tagen nach Rechnungsdatum.
- (5) Der Apotheker kann Abrechnungsstellen mit der Abrechnung und der Erfüllung seiner Verpflichtungen aus der Arzneimittelabrechnungsvereinbarung gemäß § 300 Abs. 3 SGB V beauftragen. In diesem Fall gilt ergänzend Anlage 5.
- (6) Die Verordnungsblätter müssen als rechnungsbegründende Unterlagen bis spätestens sechs Wochen nach Ablauf des Kalendermonats, in dem die Lieferung erfolgte, nach Belegnummer aufsteigend sortiert bei den Krankenkassen oder bei den von diesen benannten Stellen eingehen. Dies gilt auch für Verordnungsblätter, bei denen die Bruttopreise der verordneten Mittel nicht höher sind als die jeweiligen Zuzahlungsbeträge (sog. Null-Rezepte); bei diesen wird der Abschlag nach § 130 SGB V nicht gewährt.

§ 8 Begleichung der Rechnungen

- (1) Die Rechnungen nach § 7 Abs. 2 sind innerhalb von zehn Kalendertagen nach ihrem Eingang bei der Krankenkasse oder einer von dieser benannten Stelle zu begleichen. Fällt der letzte Tag der Frist nach Satz 1 auf einen Samstag, Sonntag oder gesetzlichen Feiertag, so tritt an seine Stelle der nächstfolgende Werktag.
- (2) Die Rechnung gilt im bargeldlosen Zahlungsverkehr mit der Hingabe des Auftrags an das Kreditinstitut als beglichen.
- (3) Die Zahlungen erfolgen unter dem Vorbehalt einer nachträglichen Prüfung.

§ 9 Rechnungs- und Taxbeanstandungen

- (1) Beanstandungen aufgrund der Prüfung der Rechnungen und rechnungsbegründenden Unterlagen gemäß § 8 Abs. 3 müssen von den Krankenkassen gegenüber dem Apotheker innerhalb von zwölf Monaten nach Ende des Kalendermonats geltend gemacht werden, in dem der Apotheker die Verordnung beliefert hat. Sofern für einzelne Verordnungsblätter vollständige Datensätze im Sinne von § 3 der Arzneimittelabrechnungsvereinbarung gemäß § 300 Abs. 3 SGB V oder rechnungsbegründende Unterlagen nicht vorliegen bzw. die Unterlagen im Sinne von § 6 Abs. 5 oder weitere Unterlagen für die Prüfung von Rezepturen nach Anlage 3 der Hilfstaxe für Apotheken angefordert wurden, ist die Frist nach Satz 1 bis zur Vorlage der Abrechnung bzw. dieser Unterlagen gehemmt.

Beruhet die Beanstandung auf betrügerischem oder anderweitig nachweisbar strafbarem Verhalten des Apothekers, das den Strafverfolgungsbehörden zur Kenntnis gebracht

und von diesen das Verfahren nicht aufgrund mangelnden Tatverdachts eingestellt wurde, oder seiner Mitarbeiter, auch in Gestalt von Teilnahme an Straftaten von Vertragsärzten, Versicherten oder der die Verordnungen vorlegenden Person, gilt in Ausnahme zu Satz 1 die regelmäßige Verjährung. Als nachgewiesen gilt strafbares Verhalten, falls dieses gerichtlich festgestellt ist.

- (2) Die sich aus der Prüfung ergebenden Korrekturbeträge werden von den Krankenkassen mit einer der nächstfälligen Zahlungen verrechnet. Die Verrechnung schließt neben den Korrekturbeträgen auch die Absetzung vertragswidrig abgerechneter Verordnungen, die Absetzung zu Lasten anderer Kostenträger ausgestellter Verordnungen (Irrläufer) und die vereinbarten Kürzungsbeträge nach § 6 Abs. 4 und § 7 Abs. 1 ein.
- (3) Vor der Verrechnung nach Abs. 2 sind dem Apotheker von der Krankenkasse Kopien der beanstandeten Verordnungsblätter bzw. deren Print-Images mit einer aussagekräftigen Begründung der Beanstandung zuzusenden. Bei Vollabsetzung von Irrläuferrezepten sind die Verordnungsblätter im Original beizufügen. In anderen Fällen der Vollabsetzung sind die Verordnungsblätter auf begründete Anforderung des Apothekers im Original zur Verfügung zu stellen.
- (4) Der Apotheker oder der BAV kann innerhalb von vier Monaten nach Zugang der Beanstandung beim Apotheker Einspruch bei der absendenden Stelle erheben. Der Einspruch muss in schriftlicher Form mit Begründung erfolgen. Wird die Frist nach Satz 1 oder Satz 2 überschritten, gilt die Beanstandung als anerkannt.
- (5) Die Prüfung des Einspruchs gegen eine Beanstandung hat innerhalb einer Frist von vier Monaten nach Zugang des Einspruchs zu erfolgen. Die Entscheidung über den Einspruch ist dem Apotheker in schriftlicher Form mitzuteilen. Wird die Frist nach Satz 1 oder Satz 2 überschritten, gilt der Einspruch als anerkannt.
- (6) Erhebt der Apotheker gegen die Entscheidung über den Einspruch nicht innerhalb von zwölf Monaten nach Zugang Klage, gilt die Entscheidung über den Einspruch als anerkannt. Schweben zwischen der Krankenkasse und dem für den Apotheker tätigen BAV Verhandlungen über die Beanstandung der Krankenkasse, ist der Fristablauf gehemmt, bis die eine oder andere Seite die Fortsetzung der Verhandlungen verweigert. Der Fristablauf tritt frühestens drei Monate nach dem Ende der Hemmung ein.
- (7) Bei der arztbezogenen Erfassung der Arzneimittelausgaben werden Rechnungskorrekturen berücksichtigt, die gegenüber der Apotheke vorgenommen wurden.

§ 10 Kostenregelungen

- (1) Die Krankenkassen leisten für die Digitalisierung und Bereithaltung der Verordnungsblätter eine Kostenpauschale in Höhe von Euro 0,0187 zuzüglich Mehrwertsteuer je digitalisiertem Verordnungsblatt (§ 4 Abs. 2 Anlage 2 der Arzneimittelabrechnungsvereinbarung gemäß § 300 Abs. 3 SGB V). Die Kostenpauschale wird mit der Rechnungsstellung nach § 7 geltend gemacht und ist im Zeitpunkt der Rechnungsbegleichung nach § 8 zu zahlen.
- (2) Der Mehraufwand, der bei der Datenaufbereitung durch mangelhafte Qualität der Beschriftung im Arztfeld des Verordnungsblattes entsteht (§ 3 Abs. 7 Anlage 2 der Arzneimittelabrechnungsvereinbarung gemäß § 300 Abs. 3 SGB V), wird mit Euro 0,006 zuzüglich Mehrwertsteuer je korrigiertem Zeichen durch die Krankenkassen abgegolten. Abs. 1 Satz 2 gilt entsprechend. Die Überprüfung und ggf. Anpassung dieses Betrages erfolgt jährlich. Kommt es bezüglich der Höhe des Preises für den Mehraufwand zu keiner Einigung zwischen den Vertragspartnern, wird der Mehraufwand von einem unabhängigen Gutachter festgestellt. Der Gutachter ist einvernehmlich zu benennen. Kommt keine Einigung zustande, erfolgt die Benennung des Gutachters durch die Industrie- und Handelskammer für München und Oberbayern. Die Kosten des Gutachtens tragen beide Seiten zu gleichen Teilen.

§ 11 Meinungsverschiedenheiten

Meinungsverschiedenheiten über die Anwendung des Arzneimittelversorgungsvertrages einschließlich der Anlagen, Protokollnotizen etc. sowie über die Anwendung gesetzlicher oder gesetzesgleicher Vorschriften werden zur Vermeidung gerichtlicher Verfahren zwischen den Landesverbänden und dem BAV möglichst in gegenseitigem Einvernehmen geregelt.

§ 12 Datenschutz

- (1) Der Apotheker unterliegt hinsichtlich der Person des Versicherten und dessen Krankheiten der Schweigepflicht; ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Ärzten und der leistungspflichtigen Krankenkasse, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind. Der Apotheker hat seine Mitarbeiter zur Beachtung dieser Schweigepflicht anzuhalten.
- (2) Der Apotheker verpflichtet sich, die Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten (SGB X, 2. Kapitel, EU-DSGVO) zu beachten, personenbezogene Daten nur zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben zu verarbeiten, bekannt zu geben, zugänglich zu machen oder sonst zu nutzen.

§ 13 Vertragsmaßnahmen

Vertragsmaßnahmen gemäß § 27 des Rahmenvertrages werden nach § 129 Abs. SGB V von den zuständigen Landesverbänden (Krankenkassen) ausgesprochen, bei Mitgliedsapotheken im Benehmen mit dem BAV. Dazu geben die Landesverbände dem BAV vorher den Sachverhalt zur Kenntnis; sie gewähren auf Antrag Akteneinsicht. Die Vertragsmaßnahmen gemäß § 27 Absatz 1, Ziffern 1 und 2 des Rahmenvertrages sind innerhalb von 18 Monaten nach Ende des Kalendermonats, in dem der Vertragsverstoß stattgefunden hat, auszusprechen. Diese Frist gilt nicht, wenn die zugrundeliegende Beanstandung von der betroffenen Krankenkasse zur Strafanzeige gebracht wurde. Eine Unterrichtung der Staatsanwaltschaft gem. § 197a Abs. 4 SGB V steht in diesem Sinne der Strafanzeige gleich. Der Nachweis, dass eine Unterrichtung der Staatsanwaltschaft gem. § 197a Abs. 4 SGB V ordnungsgemäß stattgefunden hat, ist auf Verlangen des BAV durch die Krankenkasse schriftlich darzulegen.

Wird seitens einer Krankenkasse ein Verstoß im Sinne von § 27 des Rahmenvertrages ermittelt, hat diese weitere Informationen zur zweifellosen Feststellung eines solchen einzuholen. Ergibt sich im Rahmen der Feststellung, dass es sich um einen erstmaligen Verstoß dieser Art handelt, so ist im Rahmen des Ausspruchs einer Vertragsmaßnahme eine Verwarnung als mildestes Mittel heranzuziehen. Ergibt sich im Rahmen der Feststellung, dass es sich um einen wiederholten Verstoß dieser Art handelt, so kann im Rahmen des Ausspruchs einer Vertragsmaßnahme eine Vertragsstrafe ausgesprochen werden. Die Höhe der Vertragsstrafe beträgt höchstens zehn Prozent der Summe der in diesem Fall vorausgegangen und abgeschlossenen Rechnungs- und Taxbeanstandung nach § 9, jedoch mindestens 50,00 €. Bei Sachverhalten, in denen keine vorherige Rechnungs- und Taxbeanstandung nach § 9 möglich oder statthaft war, ist für die Berechnung der Höhe der Vertragsstrafe eine nachvollziehbare, vergleichbare Berechnungsgrundlage heranzuziehen.

Das Nähere zum Ablauf des Ausspruchs einer Vertragsmaßnahme ist in Anlage 6 dargestellt.

Vertragsstrafen ab einer Summe in Höhe von 500,00 € sind an eine gemeinnützige Einrichtung zu zahlen. Der BAV oder die die Vertragsstrafe aussprechende Krankenkasse stellen der betroffenen Apotheke eine Übersicht in Betracht kommender, gemeinnütziger Einrichtungen zur Verfügung. Die Zahlung an eine gemeinnützige Einrichtung erfolgt durch die Apotheke. Diese hat, auf Verlangen der Krankenkasse, einen Nachweis über die Gemeinnützigkeit der Einrichtung zu erbringen. Die Zahlung erfolgt per Überweisung. Als Tag der Zahlung gilt der Tag der Beauftragung des Zahlungsinstituts mit der Überweisung. Die Apotheke hat den Nachweis der Zahlung gegenüber der Krankenkasse zu erbringen. Dies kann durch aussagekräftige, nachvollziehbare Unterlagen geschehen. Die Apotheke soll im Rahmen einer

freiwilligen Selbstverpflichtung die Zahlung an die gemeinnützige Einrichtung (Spende) nicht von der Steuer absetzen.

§ 14 Schlussbestimmungen

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.11.2023 in Kraft.
- (2) Der Vertrag kann mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende eines Kalenderhalbjahres mit eingeschriebenem Brief gekündigt werden. Die Kündigung durch einen einzelnen Landesverband berührt nicht die Gültigkeit des Vertrages gegenüber den übrigen Landesverbänden. Nach Ablauf der Kündigungsfrist wird der Vertrag bis zum Abschluss eines neuen Vertrages fortgeführt, längstens für sechs Monate.
- (3) Von Absatz 2 abweichende Kündigungsfristen der Anlagen bleiben unberührt. Die Kündigung einer Anlage berührt nicht den Bestand dieses Vertrages.
- (4) Mit Inkrafttreten dieses Vertrages tritt der Arzneimittelversorgungsvertrag Bayern in seiner bisherigen Fassung einschließlich sämtlicher Anlagen, Änderungsvereinbarungen und Protokollnotizen außer Kraft.
- (5) Sollte eine Bestimmung dieses Vertrages oder eine Anlage dieses Vertrages rechtsunwirksam sein oder werden, berührt dies nicht die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen. Für diesen Fall verpflichten sich die Vertragspartner, eine neue Regelung zu vereinbaren, die dem ursprünglich beabsichtigten Zweck am nächsten kommt.

München, den

Bayerischer Apothekerverband e. V.

AOK Bayern - Die Gesundheitskasse - Zentrale

.....
Dr. Hans-Peter Hubmann
1. Vorsitzender

.....
BKK Landesverband Bayern
.....

KNAPPSCHAFT – Regionaldirektion München

.....

Sozialversicherung für Landwirtschaft,
Forsten und Gartenbau als
landwirtschaftliche Krankenkasse

.....

IKK classic

.....

Anlage 1

Beitrittserklärung zur Teilnahme am Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung nach § 129 Abs. 2 SGB V sowie am Arzneimittelversorgungsvertrag für Bayern (AV-Bay)

zwischen

dem Bayerischen Apothekerverband e.V.

einerseits und

der AOK Bayern - Die Gesundheitskasse

dem BKK Landesverband Bayern

der KNAPPSCHAFT - Regionaldirektion München

der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
als landwirtschaftliche Krankenkasse

der IKK classic

andererseits

Beitrittserklärung

Ich erkenne den zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und dem Deutschen Apothekerverband e.V. geschlossenen Rahmenvertrag nach § 129 Abs. 2 SGB V sowie alle zur Durchführung des Vertrages getroffenen Vereinbarungen, sowie den Arzneimittelversorgungsvertrag für Bayern einschließlich aller Anlagen, Nachträge und Protokollnotizen in ihrer jeweils geltenden Fassung als von mir in eigener Person abgeschlossen an und verpflichte mich, die geschlossenen Vereinbarungen zu erfüllen.

.....
(Inhaber der Apotheke, Vor- und Zuname)

.....
(Name, Anschrift und Institutionskennzeichen der Apotheke)

.....
(Namen und Anschriften von Filialapotheken; ggf. Beiblatt beilegen)

.....
(Unterschrift des Inhabers)

.....
(Ort, Datum)

Bitte im Original senden an:
AOK Bayern - Die Gesundheitskasse, Postfach 83 05 54, 81705 München.

Anlage 2

Preisregelungen für Produkte nach § 1 Abs. 1 dieser Vereinbarung

1. Soweit nachstehend Zuschläge genannt sind, können höchstens diese auf den Apothekeneinkaufspreis gemäß § 4 Absätze 1, 4 und 11 dieses Vertrages erhoben werden. Der sich hieraus ergebende Betrag darf den aus einer analogen Anwendung der Arzneimittelpreisverordnung oder der Hilfstaxe resultierenden Abgabepreis nicht überschreiten. Demnach vorstehenden Regeln gebildeten Preis ist die gesetzliche Mehrwertsteuer hinzuzufügen.
2. Für die nachfolgenden Preislisten gilt:
 - a) Nettopreis ist der Apothekenabgabepreis ohne Mehrwertsteuer.
 - b) Abrechnungspreis ist der Apothekenabgabepreis einschließlich Mehrwertsteuer.
3. Der Apothekenabschlag nach § 130 Abs. 1 SGB V ist nur zu gewähren, soweit Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) Anwendung findet.
4. Der Zuschlag beträgt für:
 - 4.1 Arzneimittel nach § 2 Abs. 1 oder Abs. 2 Nr. 1 AMG, die nicht der Apothekenpflicht unterliegen, soweit zu Lasten der Krankenkassen abrechnungsfähig, im Sprechstundenbedarf: 10,0 %
 - 4.2 Blutkonzentrate, die zur Anwendung bei der Bluterkrankheit (Hämophiliebehandlung) bestimmt sind es gilt die AMPreisV
 - 4.3 Aus menschlichem Blut gewonnene Blutzubereitungen oder gentechnologisch hergestellte Blutbestandteile (§ 47 Abs. 1 Nr. 2 Buchst. a AMG), soweit diese Arzneimittel nicht von Ziff. 4.2 erfasst werden:

- bei Einzelverordnung:	Kostenvoranschlag
- im Sprechstundenbedarf:	Kostenvoranschlag
 - 4.4 Arzneimittel, die zur Anwendung bei der Dialyse Nierenkranker bestimmt sind (§ 1 Abs. 3 Nr. 6 AMPreisV), soweit diese Arzneimittel nicht durch Ziff. 4.5 erfasst werden: 5,2 %
 - 4.5 Infusionslösungen in Behältnissen mit mindestens 500 ml, die zum Ersatz oder zur Korrektur von Körperflüssigkeiten bestimmt sind (§ 47 Abs. 1 Nr. 2 Buchst. c AMG):

- bei Einzelverordnung:	es gilt die AMPreisV
- im Sprechstundenbedarf:	
bis 29 Stück	12,3 %

bis 50 Stück	7,6 %
ab 51 Stück	3,4 %

4.6 Röntgenkontrastmittel³ und andere Zubereitungen zur Injektion oder Infusion, die ausschließlich dazu bestimmt sind, die Beschaffenheit, den Zustand oder die Funktion des Körpers oder seelische Zustände erkennen zu lassen sowie radioaktive Arzneimittel (§ 47 Abs. 1 Nr. 2 Buchst. d und e AMG):

- bei Einzelverordnung: es gilt die AMPPreisV
- im Sprechstundenbedarf: 3,4 %

4.7 Verbandmittel, soweit die Artikel nicht in der Anlage 3 aufgeführt sind:

- bei Einzelverordnung: 9,0 %
sofern sich nicht bei analoger Anwendung der Arzneimittelpreisverordnung in der am 31. Dezember 2003 geltenden Fassung ein niedrigerer Verkaufspreis ergibt;
- im Sprechstundenbedarf: 3,0 %

4.8 Medizinprodukte

- bei Einzelverordnung von Medizinprodukten gemäß § 31 Abs. 1 Sätze 2 und 3 SGB V i. V. m. den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V 18,0 %
- Intrauterinpressare, gem. AMPPreisV in der am 31.12.2003 gültigen Fassung pro Packung, jedoch nicht mehr Zuschlag als 10,79 € ab einem AEK von 35,95 €
- Kanülen und Einmalinfusionsbestecke im Sprechstundenbedarf 5,5 %
- Sonstige Medizinprodukte im Sprechstundenbedarf 6,7 %

4.9 Bilanzierte Diäten zur enteralen Ernährung:

- bis 12 Stück: 12,0 %
- ab 13 Stück 5,0 %

Diese Regelung kann, auch durch einzelne Landesverbände, mit einer Frist von einem Monat zum Monatsende gekündigt werden. Diese Preisregelung gilt nicht für die AOK Bayern.⁶

4.10 Nachstehend genannte sonstige Produkte im Sinne von § 1 Abs. 1 Buchst. f⁴:

- Fluoridtabletten zur Kariesprophylaxe 18,0 %
- Im Sprechstundenbedarf: Höllenstein 6,7 %
- Im Sprechstundenbedarf: Hautkleber 6,7 %

4. Nach der Vereinbarung über die Abrechnung von Röntgen-, MRT- und Ultraschallkontrastmitteln können in Bayern Röntgenkontrastmittel mit wenigen Ausnahmen nicht zu Lasten der Krankenkassen bezogen werden.

5. Die Liste der produktbezogenen Preisvereinbarungen in Ziff. 4.10 kann von den Vertragspartnern einvernehmlich erweitert oder gekürzt werden, ohne dass es einer Kündigung der Anlage bedarf.

6. Vertrag gemäß §§ 31 Abs. 5, 127 Abs. 2 und 2a SGB V über die Versorgung mit Produkten zur Enteralen Ernährung zwischen der AOK Bayern und dem BAV

4.11 Preisregelung für Glucose-Monohydrat bzw. Glucose:

Für Einzelportionen von Glucose-Monohydrat bzw. Glucose (abgefüllt in Beuteln) können folgende Preise inkl. MwSt. abgerechnet werden:

55 g Glucose-Monohydrat (bzw. 50 g Glucose) je Beutel; Sonder-PZN 17717179

1 bis 4 Stück:	2,40 € je Stück
5 bis 10 Stück:	2,00 € je Stück
mehr als 10 Stück:	1,80 € je Stück

82,5 g Glucose-Monohydrat (bzw. 75 g Glucose) je Beutel; Sonder-PZN 17717185

1 bis 4 Stück:	2,60 € je Stück
5 bis 10 Stück:	2,20 € je Stück
mehr als 10 Stück:	2,00 € je Stück

Die Preise gelten je nach verordneter Stückzahl an Beuteln auf dem jeweiligen Verordnungsblatt.

5. **Impfstoffe nach § 47 Abs. 1 Nr. 3 AMG bzw. § 1 Abs. 3 Nr. 3a AMPPreisV:**

5.1 Die Abrechnungspreise für Impfstoffe, die auf den Namen des Versicherten verordnet wurden, sind nach der AMPPreisV zu bilden. Die Abschläge nach § 130a SGB V sind zu gewähren.

5.2 Werden Impfstoffe im Sprechstundenbedarf verordnet, kann der Apothekeneinkaufspreis (AEK) zuzüglich eines Festzuschlages von 1,35 Euro je Impfdosis abgerechnet werden.

5.3 Für die Abrechnung von Grippeimpfstoffen im Sprechstundenbedarf gilt die AMPPreisV.

5.4 Den sich aus 5.2 ergebenden Beträgen ist die gesetzliche Mehrwertsteuer hinzuzufügen. Der Apothekenabschlag nach § 130 Abs. 1 SGB V ist nicht zu gewähren.

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

Anlage 3**Spezialpreisliste Sprechstundenbedarf**

PZN	Artikelname	Menge	Einheit	Vertragspreise inkl. MwSt.
08473637	ASKINA BRAUNCEL ZELLSTOFFT	500	St	3,84 €
04302005	COSMOPOR STERIL 7.2X5CM	50	St	23,34 €
07378575	CURAPLAST INJEKT SENS 2X4	250	St	21,90 €
10757069	CURAPOR WUNDVERB ST 5X7CM	100	St	46,20 €
01407086	ES-KOMPR STER 10X10	25x2	St	6,15 €
01407057	ES-KOMPR STER 5X5	25x2	St	3,95 €
01407063	ES-KOMPR STER 7.5X7.5	25x2	St	4,45 €
01447223	ES-KOMPR UNST 10X10 8F	100	St	6,50 €
01447192	ES-KOMPR UNST 7.5X7.5 8F	100	St	4,55 €
03449060	GAZIN KOM 10X10CM 8F STER	50x2	St	15,60 €
03959418	GAZIN KOM 10X10CM 8FACH OP	100	St	6,95 €
03959358	GAZIN KOM 5X5CM 8FACH OP	100	St	3,25 €
03959387	GAZIN KOM 7.5X7.5 8FACH OP	100	St	5,20 €
03449054	GAZIN KOM 7.5X7.5CM 8F ST	50x2	St	12,16 €
00287160	GAZIN MULLK 10X10 12F ST	10x10	St	25,17 €
13838443	LEUKOPLAST SOFT 19X40MM	100	St	13,60 €
04593652	LEUKOSILK 5MX2.5CM	12	St	67,47 €
03548112	PUR ZELLIN STE 4X5CM RO500	1	St	3,77 €
03548129	PUR ZELLIN UNST4X5CM RO500	1	St	3,75 €
07706016	ZELLETTEN TUPFER 5X4CM ROL	2x500	St	8,95 €

Diese Anlage soll von den Vertragspartnern jährlich überarbeitet werden.

Sie kann mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende gekündigt werden.

Anlage 4

Preisregelungen für Blut- und Harnteststreifen

Zur Regelung der Preise für Blut- und Harnteststreifen treffen die Parteien folgende Vereinbarung:

I. Allgemeines

1. Maßgebend für die Preisberechnung ist der Tag der Abgabe.
2. Allen nachstehend genannten Nettopreisen ist die gesetzliche Mehrwertsteuer hinzuzufügen; ein Abschlag ist nicht vorzunehmen.
3. Diese Anlage kann mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende gekündigt werden. 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.
4. Sollte während der Laufzeit der Vereinbarung die Marktentwicklung eine Anpassung der Preise vor dem Ende der Laufzeit erfordern, verständigen sich die Vertragspartner hierüber kurzfristig.

II. Blutzuckerteststreifen

1. Für Teststreifen, die nicht im Anhang zu Ziff. 2 aufgeführt sind, gelten nachstehende Preise in der Preisgruppe 1:

Menge	Nettopreis je 50 Stück
bis 102	24,00 €
ab 103	23,50 €

2. Für Teststreifen, die im Anhang zu Ziff. 2 aufgeführt sind, gelten nachstehende Preise in der Preisgruppe 2

Menge	Nettopreis je 50 Stück
bis 102	22,00 €
ab 103	20,65 €
ab 300	20,10 €

Die Liste der im Anhang zu Ziff. 2 aufgeführten Teststreifen kann einvernehmlich geändert werden.

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

III. Harnteststreifen

Der Nettopreis beträgt:

Herstellerabgabepreis ohne Mehrwertsteuer zuzüglich einem Zuschlag bis zur insgesamt verordneten Menge von

100 Stück	15 %
ab 101 Stück	10 %.

IV. Coagu Chek Teststreifen

Es gelten folgende Nettopreise:

Coagu Chek XS PT Teststreifen 24 St.	86,60 €
Coagu Chek XS PT Teststreifen 48 St.	153,50 €
Coagu Chek XS PT Teststreifen 24 St. PST	86,60 €
Coagu Chek XS PT Teststreifen 48 St. PST	153,50 €

V. sonstige Teststreifen

Für Keton-Teststreifen für Diabetiker gelten folgende Preise:

AEK + 10% + MwSt.

Anhang zu Ziff. II 2 (Stand Februar 2019) – Dieser Anhang wird gesondert veröffentlicht und laufend aktualisiert.

Preisgruppe 2:

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

Anlage 5

Abrechnung durch Abrechnungsstellen

A. Rechnungsstellung

1. Die vom Apotheker beauftragte Abrechnungsstelle erstellt nach Ablauf des Kalendermonats, in dem die Belieferung der Verordnungen durch die Apotheke erfolgte, zusätzlich eine einheitliche Papierrechnung für die über sie abrechnenden Apotheken. Die Rechnung umfasst im Regelfall die Verordnungsblätter des vollen Liefermonats. Sie enthält alle Angaben nach § 7 Abs. 2 Satz 1 dieses Vertrages für jede Apotheke einzeln und als Gesamtsummen. Zusätzlich enthält die Sammelrechnung eine informative Ausweisung der in den abgerechneten Verordnungen enthaltenen Mehrwertsteuer.
2. § 7 Abs. 1 Sätze 3 und 4 dieses Vertrages gelten für die Abrechnungsstelle entsprechend.

B. Rechnungsbegleichung

1. Erfolgt die Abrechnung durch eine vom Apotheker beauftragte Abrechnungsstelle, wird abweichend von § 8 Abs. 1 dieses Vertrages bis spätestens zum 4. Kalendertag eines jeden Monats eine Abschlagszahlung in Höhe von 80 % der Rechnung des letzten abgerechneten Monats an die Abrechnungsstelle geleistet. Die Restzahlung wird bis spätestens zum 10. Kalendertag nach Eingang der Rechnung gemäß Abschnitt A.1 dieser Anlage bei der von der Krankenkasse benannten Stelle geleistet. Die Abschlagszahlung und die Restzahlung gelten im bargeldlosen Zahlungsverkehr mit der Hingabe des Auftrags an das Kreditinstitut am Fälligkeitstag bis 11.00 Uhr als beglichen.

Fällt der letzte Tag der Zahlungsfrist auf einen Samstag, Sonntag oder gesetzlichen Feiertag, so tritt an seine Stelle der nächstfolgende Werktag.

2. Die Kostenpauschale für die Digitalisierung und Bereithaltung der Verordnungsblätter gemäß § 10 Absatz 1 dieses Vertrages sowie die Kosten des Mehraufwandes für die Arztfeldkorrektur gemäß § 10 Absatz 2 dieses Vertrages sind mit der Restzahlung zu begleichen.
3. Absatz 1 gilt nur für Abrechnungsstellen, die durchschnittlich für mehr als 100 an diesem Vertrag teilnehmenden Apotheken mit der jeweiligen Krankenkasse abrechnen.
4. Die Gewährung des Abschlages nach § 130 Abs. 1 SGB V setzt voraus, dass die Rechnung gemäß Abschnitt A. 1 Satz 1 dieser Anlage innerhalb von 10 Tagen nach Eingang

bei der Krankenkasse beglichen wird. Bei einmaliger und begründeter Überschreitung der Zahlungsfrist von nicht mehr als 7 Kalendertagen innerhalb eines Kalenderjahres wird die Krankenkasse ohne Kürzung des Abschlages angemahnt. Die Krankenkasse ersetzt der Abrechnungsstelle jedoch den durch die verspätete Rechnungszahlung entstandenen Verzugsschaden.

5. Übersteigt die Abschlagszahlung den Gesamtrechnungsbetrag um mehr als 1.000,- Euro, wird der überzahlte Betrag unaufgefordert spätestens bis zum 10. Kalendertag nach Rechnungserhalt erstattet. Überzahlungen bis zu 1.000,- Euro werden bei der nächstfälligen Abschlagszahlung aufgerechnet.
6. Zahlungen an vom Apotheker beauftragte Abrechnungsstellen erfolgen mit schuldbefreiender Wirkung für die Krankenkassen. Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch dann ein, wenn die Rechtsbeziehungen zwischen der Abrechnungsstelle und dem Apotheker mit einem Rechtsmangel behaftet sind.

C. Erklärungen gegenüber Abrechnungsstellen

1. Erklärungen einer Krankenkasse gegenüber einer Abrechnungsstelle, die Abschläge oder Berechnungen betreffen, welche die Abrechnungsstelle vorgenommen hat, gelten als gegenüber den Apotheken abgegeben. Die Krankenkasse übermittelt der Abrechnungsstelle die erforderlichen Informationen im Sinne von § 26 Satz 2 des Rahmenvertrages nach § 129 SGB V, die für die Korrektur bzw. Richtigstellung der Abrechnung notwendig sind und der Abrechnungsstelle nicht bereits vorliegen oder bekannt sind.
2. Erhebt die Abrechnungsstelle Einspruch gegen die Erklärung, gilt der Einspruch als für alle betroffenen Apotheken eingelegt. Die Entscheidung über den Einspruch ist der Abrechnungsstelle in schriftlicher Form mitzuteilen. Sie gilt als gegenüber den betroffenen Apotheken abgegeben. Für dieses Verfahren gilt § 9 Abs. 4 und 5 dieses Vertrages. Die Möglichkeit der Apotheken, Einspruch gemäß § 9 Abs. 4 dieses Vertrages gegen die der Abrechnungsstelle gegenüber erfolgte Erklärung zu erheben, bleibt unberührt. Ein Einspruch bleibt insbesondere zulässig, wenn die Abrechnungsstelle keinen Einspruch erhoben hat.

D. Taxbeanstandungen

Gegenüber einer Abrechnungsstelle dürfen Absetzungen nur bis zur Höhe der Beträge erfolgen, die im Zeitpunkt der jeweiligen Verrechnung von dieser Abrechnungsstelle für den betroffenen Apotheker geltend gemacht werden. Das Recht der jeweiligen Krankenkasse, darüber hinaus bestehende Rückforderungsansprüche gegenüber dem betroffenen Apotheker geltend zu machen, bleibt unberührt.

E. Datenschutz

Die Abrechnungsstellen sind verpflichtet, die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen zu beachten.