

Arzneiversorgungsvertrag

Der Landesapothekerverband Niedersachsen e. V.

- nachstehend „**Apothekerverband**“ genannt –

u n d

die AOK Niedersachsen. Die Gesundheitskasse.

- nachstehend „**AOKN**“ genannt –

schließen

gemäß § 129 Abs. 5 SGB V
zur Ergänzung des Rahmenvertrages
nach § 129 Abs. 2 SGB V und
zur Ergänzung der Vereinbarung
über die Übermittlung von Daten
im Rahmen der Arzneimittelabrechnung
gemäß § 300 SGB V
nachfolgenden Vertrag

Anlagen:

Anlage 1: Preisliste für Blutzuckerteststreifen

Anlage 2: Preisbildung von Blutkonzentraten zur Anwendung bei Hämophilie

Anlage 3: Ergänzungsvereinbarung

Anlage 4: Entlassmanagement

Präambel

Der Arzneiversorgungsvertrag zwischen den oben genannten Parteien basiert auf § 129 Abs. 5 SGB V und soll den Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung gemäß § 129 Abs. 2 SGB V ergänzen sowie Regelungslücken auf Landesebene schließen. Der Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung gemäß § 129 Abs. 2 SGB V stellt somit das vorrangig zu beachtende vertragliche Regelwerk für die vertragliche Versorgung der AOK-Versicherten dar und legt die Maßstäbe für den hiesigen ergänzenden Arzneiversorgungsvertrag fest.

Weiterer Hinweis: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Vertragstext auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/ w/ d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen im Vertragstext gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

§ 1

Gegenstand

Gegenstand dieses Vertrages ist die Belieferung der Anspruchsberechtigten der AOK Niedersachsen (AOKN) durch die öffentlichen Apotheken in Niedersachsen mit allen Artikeln und Mitteln, die vom Vertragsarzt/Vertragszahnarzt - beide nachfolgend „Vertragsarzt“ genannt – auf den zwischen den Partnern des Bundesmantelvertrags nach §§ 86, 87 SGB V vereinbarten Verordnungen sowie den amtlichen Verordnungen in der jeweils gültigen Fassung verordnet wurden und die apothekenpflichtige Arzneimittel, Verbandmittel, Diagnostika und Teststreifen, Medizinprodukte gemäß § 31 SGB V sind sowie Produkte, für die es eine gültige Preisvereinbarung nach diesem Vertrag gibt. Der Vertrag gilt nicht für die Belieferung mit Hilfsmitteln. Zudem findet der Vertrag keine Anwendung für die Versorgung im Sprechstundenbedarf. Die Belieferung mit Sprechstundenbedarf ist in Anlage 1 des Arznei-Liefervertrags mit Stand vom 1. Juli 2012 (Primärkassenvertrag) geregelt.

§ 2

Geltung

- (1) Der Vertrag gilt für die Mitglieder des Apothekerverbandes. Alle Mitglieder des Apothekerverbandes haben Hauptapotheken mit Sitz in Niedersachsen. Filialapotheken gelten als Unternehmensteil dieser Hauptapotheken. Eine Belieferung nach diesem Vertrag ist demnach durch Filialapotheken mit Sitz außerhalb von Niedersachsen möglich, sofern sich die mitgliedschaftliche Hauptapotheke in Niedersachsen befindet.
- (2) Der Vertrag gilt darüber hinaus für Apotheken, die sowohl dem Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung nach § 129 Abs. 2 SGB V als auch diesem Vertrag durch Erklärung gegenüber der AOKN beigetreten sind. Eine Abrechnung zu Lasten der AOKN ist für Apotheken nach Abs. 2 Satz 1 ohne Vertragsbeitritt bzw. Vertragsanerkennnis nicht möglich.
- (3) Der Vertrag hat Rechtswirkung für die AOKN und die von ihr als Landesverband vertretende Kassenart bundesweit.

§ 3

Verordnungsbegriff

- (1) Die zwischen den Partnern des Bundesmantelvertrags nach §§ 86, 87 SGB V vereinbarten Verordnungen sowie die amtlichen Verordnungen in der jeweils gültigen Fassung werden verwendet. Sofern der Vertragstext den Begriff „Verordnung“ aufführt, ist damit gleichermaßen die Papierverordnung nach § 87 SGB V sowie die elektronische Verordnung nach § 86 SGB V gemeint. Dies gilt nicht, sofern der Vertragstext oder der Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung gemäß § 129 Abs. 2 SGB V eine explizite Differenzierung vorsieht. Zudem umfasst der Begriff „Verordnung“ im Vertragstext grundsätzlich auch Rezepte im Entlassmanagement gemäß § 39 Abs. 1 a SGB V, sofern sich keine abweichenden Regelungen in der Anlage 4 oder im Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung gemäß § 129 Abs. 2 SGB V befinden.
- (2) Für die Begriffsbestimmung einer elektronischen Verordnung wird auf die Legaldefinition verwiesen, welche im Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung gemäß § 129 Abs. 2 SGB V geregelt ist.
- (3) Für die Definition einer Entlassverordnung wird auf den Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung gemäß § 129 Abs. 2 SGB V verwiesen.

§ 4

Abgabebedingungen

- (1) Verordnungen von
 - a) nicht verschreibungspflichtigen Fertigarzneimitteln gemäß § 34 Abs. 1 Satz 1 bis 5 SGB V, die nicht von der Richtlinie nach § 34 Abs. 1 Satz 2 SGB V erfasst sind, für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben,
 - b) verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel nach § 34 Abs. 1 Satz 6 SGB V, für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben,
 - c) Fertigarzneimittel, nach § 34 Abs. 1 Satz 7 und Satz 8 SGB V, die in Anlage II der Arzneimittelrichtlinie namentlich genannt sind,
 - d) Fertigarzneimitteln, die nach § 34 Abs. 3 SGB V von der Versorgung nach § 31 SGB V ausgeschlossen sind,
 - e) Rezepturen, die als abgabefähiges Endprodukt nicht der Verschreibungspflicht unterliegen und nicht von der OTC-Liste als Ausnahme erfasst sind für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und die nicht als Sprechstundenbedarf verordnet werden,
 - f) Fertigarzneimittel, deren Packungsgröße die größte der in der Anlage der Verordnung nach § 31 Abs. 4 SGB V vorgegebenen Messzahl übersteigt und die nicht als Sprechstundenbedarf verordnet werden,

dürfen nicht zu Lasten der AOKN beliefert werden, es sei denn, sie sind bei bestimmten Indikationsstellungen ordnungs- und erstattungsfähig. Satz 1 gilt nur, wenn das verordnete Produkt zum Zeitpunkt der Belieferung der Verordnung im Preis- und Produktverzeichnis nach § 131 SGB V als ein nach Satz 1 nicht abgabefähiges Produkt gekennzeichnet ist. Ansonsten besteht für die Apotheke keine weitergehende Prüfpflicht hinsichtlich der besonderen Indikationsstellung. Sofern der Arzt eine solche Verordnung ausgestellt hat, kann die Apotheke von der Ordnungs- und Erstattungsfähigkeit ausgehen.

- (2) Verbandmittel gemäß Teil 1 der Anlage Va AM-RL, Verbandmittel mit ergänzenden Eigenschaften gemäß Teil 2 der Anlage Va AM-RL und Sonstige Produkte der Wundbehandlung gemäß Teil 3 der Anlage Va AM-RL können zu Lasten der AOKN beliefert werden, sofern die Voraussetzungen in Anlage Va AM-RL erfüllt sind. Satz 1 gilt nur, wenn das verordnete Produkt zum Zeitpunkt der Belieferung der Verordnung im Preis- und Produktverzeichnis nach § 131 SGB V als ein abgabefähiges Produkt gekennzeichnet ist.
- (3) Kann aufgrund von Nichtverfügbarkeit kein preisgünstiges Arzneimittel nach § 12 Rahmenvertrag abgegeben werden, so ist die Apotheke berechtigt ohne Rücksprache mit dem Arzt das nächstpreisgünstige verfügbare Arzneimittel abzugeben, auch wenn dabei der Preis des verordneten Arzneimittels überschritten wird. Die Abweichung von der Abgabereihenfolge muss auf dem Verordnungsblatt dokumentiert werden.
- (4) Wenn zum Zeitpunkt der Vorlage der Verordnung das verordnete Importarzneimittel nicht lieferbar ist und ein anderes Importarzneimittel, das nicht teurer ist als das verordnete, ebenfalls nicht lieferbar ist, ist die Apotheke berechtigt, ein höherpreisiges Importarzneimittel oder das Originalarzneimittel abzugeben. Hierzu hat sie vor der Abgabe Rücksprache mit dem verordnenden Arzt zu halten, auf der Verordnung die Rücksprache mit dem Arzt zu dokumentieren und das Sonderkennzeichen „Nichtverfügbarkeit“ (02567024) aufzudrucken. Bei einer elektronischen Verordnung ist eine Eintragung im Freitextfeld inklusive qualifizierter elektronischer Signatur vorzunehmen und das Sonderkennzeichen „Nichtverfügbarkeit“ (02567024) zu verwenden.
- (5) Hat der Vertragsarzt ein Fertigarzneimittel unter seinem Produktnamen und/oder seiner Pharmazentralnummer unter Verwendung des aut-idem-Kreuzes verordnet, ist dies im Verhältnis von Importarzneimittel und Bezugsarzneimittel mangels arzneimittelrechtlicher Substitution unbeachtlich. Dies gilt nicht, wenn der Vertragsarzt vermerkt hat, dass aus medizinisch-therapeutischen Gründen kein Austausch erfolgen darf.
- (6) Die Abgabe erfolgt aufgrund einer ordnungsgemäß ausgestellten vertragsärztlichen oder vertragszahnärztlichen Verordnung. Ordnungsgemäß ausgestellt ist eine vertragsärztliche oder vertragszahnärztliche Verordnung, wenn sie neben dem Mittel oder den Mitteln folgende Angaben enthält:
- a) Bezeichnung der Krankenkasse
 - b) Kassen-Nummer
 - c) Name, Vorname, Geburtsdatum und Anschrift des Versicherten
 - d) Versicherten-Nummer
 - e) Lebenslange Arztnummer, Betriebsstättennummer, soweit vorhanden
 - f) Ausstellungsdatum
 - g) Status des Versicherten (einschließlich der Kennzeichen nach § 267 Abs. 5 Satz 1 SGB V)
 - h) Kennzeichnung der Statusgruppen 6, 7, 8, soweit zutreffend
 - i) Kennzeichnung für Unfall, soweit zutreffend
 - j) Kennzeichnung für Arbeitsunfall, soweit zutreffend
 - k) Kennzeichnung der Gebührenpflicht oder der Gebührenbefreiung, soweit zutreffend
 - l) Kennzeichnung im noctu-Feld, soweit zutreffend
 - m) Unterschrift des Vertragsarztes
 - n) Vertragsarztstempel oder entsprechender Aufdruck mit dem Namen, Vornamen, der Berufsbezeichnung, der Anschrift der Praxis bzw. der Klinik sowie einer Telefonnummer der verschreibenden Person.

- (7) Die Angaben gemäß Abs. 6 werden vom Arzt auf das Verordnungsblatt übertragen; ein Fehlen der Angaben führt nicht zur Zurückweisung des Verordnungsblattes bei der Abrechnung. Fehlende Angaben nach Buchstaben a) oder b), c) oder d), e), f) und h) bis l) können im Einzelfall vom Apotheker vor der Abrechnung und im Einspruchsverfahren geheilt werden⁴ und sind in diesem Fall von ihm abzuzeichnen. Das Fehlen der Angaben der Buchstaben g, m und n können durch den verordnenden Arzt geheilt werden. Für die Sätze 2 und 3 gilt die Frist gemäß § 15 Abs. 2.

Für den Fall, dass einem Neugeborenen noch keine Versichertennummer nach Absatz 6 d) zugeordnet wurde, reichen die Angaben nach Abs. 5 a) bis c). Die Verordnung kann ohne Angabe der Versichertennummer abgerechnet werden. Eine Beanstandung erfolgt deshalb nicht.

- (8) Die Krankenkasse nimmt in folgenden Fällen keine Vollabsetzung vor, sofern die Apotheke den Abrechnungsfehler innerhalb der in § 15 Abs. 2 vertraglich geregelten Einspruchsfrist heilt:
- a) Fehlende Begründung zum vorhandenen Sonderkennzeichen,
 - b) Unvollständige Angaben auf einer BTM-Verordnung, soweit es sich um geringfügige Formfehler handelt,
 - c) Fehlende Telefonnummer des Vertragsarztes.

Unabhängig von der Heilungsmöglichkeit in Satz 1 können auch weitere zu einer Absetzung führende Umstände im Einspruchsverfahren geheilt werden.

⁴ Bei Betäubungsmitteln sind die Einschränkungen der betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften zu beachten

§ 5

Anspruch der Apotheke auf Belieferung des Versicherten

Eine in der Apotheke vorgelegte Verordnung kann von der Krankenkasse nicht zur Belieferung an einen Dritten weitergeleitet werden, sofern der Apotheker zu dem von der Krankenkasse mitzuteilenden Preisen lieferbereit ist.

§ 6

Pflicht zur Kostenübernahme durch die AOKN

- (1) Die Kosten der abgegebenen Mittel sind von der Krankenkasse zu tragen, die der Vertragsarzt auf der Verordnung als Kostenträger bezeichnet hat. Maßgebend ist das auf der Verordnung notierte Institutionskennzeichen.
- (2) Die Krankenkasse ist verpflichtet, gefälschte oder unbefugt oder missbräuchlich ausgestellte Verordnungen zu bezahlen, sofern der Apotheker die Fälschung oder missbräuchliche Ausstellung nicht erkennen konnte. Diese Verpflichtung der Krankenkasse entfällt, wenn der Apotheker begründeten Zweifeln nicht nachgegangen ist.

§ 7

Ergänzungen und Änderungen der Verordnungen durch die Apotheke

- (1) Ist eine ärztliche Verordnung von Fertigarzneimitteln hinsichtlich der Stärke gemäß § 2 Abs. 1 Nr. 4 AMVV unvollständig oder ungenau und ist der Vertragsarzt nicht zu erreichen, glaubt aber der Apotheker, die Ausgabe des Arzneimittels nicht verweigern zu dürfen, so ist er berechtigt, diejenige Stärke abzugeben, die er nach pflichtgemäßem Ermessen für die richtige hält (vgl. § 17 Abs. 5 Apothekenbetriebsordnung). Die Verordnung ist mit Datum und Unterschrift des Apothekers zu ergänzen, so dass die Ergänzung eindeutig erkennbar vom Apotheker stammt. Bei einer elektronischen Verordnung ist die Ergänzung im elektronischen Abgabedatensatz vorzunehmen und mittels qualifizierter elektronischer Signatur zu signieren.
- (2) Ist eine ärztliche Verordnung von Fertigarzneimitteln hinsichtlich der Darreichungsform gemäß § 2 Abs. 1 Nr. 5 AMVV unvollständig oder ungenau und ist der Vertragsarzt nicht zu erreichen, glaubt aber der Apotheker, die Ausgabe des Arzneimittels nicht verweigern zu dürfen, so ist er berechtigt, diejenige Darreichungsform abzugeben, die er nach pflichtgemäßem Ermessen für die richtige hält (vgl. § 17 Abs. 5 Apothekenbetriebsordnung). Die Verordnung ist mit Datum und Unterschrift des Apothekers zu ergänzen, so dass die Ergänzung eindeutig erkennbar vom Apotheker stammt. Bei einer elektronischen Verordnung ist die Ergänzung im elektronischen Abgabedatensatz vorzunehmen und mittels qualifizierter elektronischer Signatur zu signieren.
- (3) Sofern eine Erhöhung der Menge des verschriebenen Arzneimittels gemäß § 2 Abs. 1 Nr. 6 AMVV für die Apotheke erforderlich erscheint, ist für die Abrechnungsfähigkeit Voraussetzung, dass der Arzt diese Änderung vor der Abrechnung durch seine Unterschrift mit Datum auf der Vorderseite der Verordnung bestätigt hat. Bei Krankenhausverordnungen oder Verordnungen aus einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) ist es ausreichend, wenn die Apotheke vor der Abrechnung auf der Verordnung notiert, dass eine ärztliche Bestätigung vorliegt. Diese ärztliche Bestätigung muss nicht vom verordnenden Arzt ausgestellt werden, sondern kann von jedem Arzt der Einrichtung vorgenommen werden. Die Krankenkasse kann die Vorlage dieser Bestätigung verlangen. Bei einer elektronischen Verordnung ist der Vermerk im Freitextfeld inklusive qualifizierter elektronischer Signatur vorzunehmen.
- (4) Bei Verordnungen, die keine oder ungenügende Dosierungsangaben gemäß § 2 Abs. 1 Nr. 7 AMVV aufweisen, finden abweichend von den vorherigen Absätzen die Heilungsregelungen nach dem Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung gemäß § 129 Abs. 2 SGB V und nach § 2 Abs. 1 Nr. 7, Abs. 6 und 6a AMVV Anwendung.
- (5) Bei Artikeln, die weder im Preis- und Produktverzeichnis nach § 131 SGB V noch in diesem Vertrag oder dessen Anlagen mit einem Einkaufspreis aufgeführt sind, hat der Apotheker die Lieferfirma und den tatsächlichen Einkaufspreis und gegebenenfalls die Beschaffungskosten auf der Vorderseite der Verordnung zu vermerken, wobei die Krankenkasse das Recht hat, Kopien der Rechnungen der Lieferfirma anzufordern.
- (6) Sämtliche, handschriftlich vorgenommenen Veränderungen sind auf der Vorderseite der Papierverordnung vorzunehmen. Auf eine auf der Rückseite einer Verordnung vorgenommene Genehmigung der AOKN ist von der Apotheke auf der Vorderseite zu verweisen.

§ 8

Belieferungsfrist

- (1) Verordnungen dürfen längstens 28 Tage nach Ausstellungsdatum zu Lasten der AOKN beliefert werden. Die Belieferungsfrist endet auch dann mit dem Ablauf ihres letzten Tages, wenn dieser auf einen Samstag, Sonntag oder einen gesetzlichen Feiertag fällt. Der Anspruch auf Bezahlung bleibt bei Fristüberschreitung bestehen, wenn der Apotheker glaubhaft macht, dass die Fristüberschreitung aus Gründen der Herstellung, Beschaffung oder Genehmigung unvermeidbar war. Wird dennoch im Einzelfall - aus anderen als den zuvor genannten Gründen - die Belieferungsfrist überschritten, ist die Krankenkasse berechtigt auf den Apothekeneinkaufspreis zuzüglich Mehrwertsteuer zu kürzen, sofern die Artikel im Preis- und Produktverzeichnis nach § 131 SGB V oder in diesem Vertrag bzw. in dessen Anlagen mit einem Einkaufspreis aufgeführt sind. Dies gilt jedoch nur, wenn die Verordnung innerhalb von drei Monaten beliefert wird. Bei Artikeln, die weder im Preis- und Produktverzeichnis nach § 131 SGB V noch vertraglich mit einem Einkaufspreis aufgeführt sind, kann eine Erstattung im Einzelfall in Höhe von 50 % vom Apothekenverkaufspreis erfolgen.
- (2) Es wird auf die in der Anlage 8 des Rahmenvertrages über die Arzneimittelversorgung gemäß § 129 Abs. 2 SGB V abweichend geregelte Belieferungsfrist von Entlassverordnungen verwiesen. Die Belieferungsfrist von T-Rezepten gemäß § 3a AMVV und Rezepten für Frauen im gebärfähigen Alter gem. § 3b AMVV richtet sich nicht nach Abs. 1, sondern nach §§ 3a, 3b AMVV.

§ 9

Beschaffungskosten

Die unvermeidbaren und glaubhaft gemachten Beschaffungskosten für Artikel nach § 1, die beim Großhandel nicht vorrätig sind, können in folgenden Fällen berechnet werden:

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

Übersteigen die Beschaffungskosten € 10,00 netto (zuzüglich MwSt.), ist vorab die Zustimmung der Krankenkasse einzuholen.

§ 10

Preisberechnung

- (1) Für die Preisberechnung der Fertigarzneimittel, deren Abgabe nach § 43 Abs. 1 AMG den Apotheken vorbehalten ist, gilt die Arzneimittelpreisverordnung und das Preis- und Produktverzeichnis nach § 131 SGB V in der jeweils geltenden Fassung. Maßgebend sind die am Tage der Abgabe gültigen Preise.
- (2) Der Preiszuschlag für die Preisberechnung auf den Apothekeneinkaufspreis gemäß des Preis- und Produktverzeichnisses nach § 131 SGB V beträgt:

- a) Klassische Verbandmittel: **5 % netto**
 - b) Mittel der modernen Wundversorgung:
 - Apothekeneinkaufspreis < 100 EUR: **10,5 % netto**
 - Apothekeneinkaufspreis ≥ 100 EUR: **5,5 % netto**
 - c) Sonstige Medizinprodukte: **13 % netto**
 - d) Diagnostika (z.B. Teststreifen für Urin und Blutwertbestimmung): **15 % netto**
- (3) Für die Berechnung von Blutzuckerteststreifen gilt die zwischen den Vertragsparteien vereinbarte **Anlage 1**.
- (4) Die Berechnung von Blutkonzentraten, die zur Anwendung bei der Bluterkrankheit (Hämophilie) bestimmt sind, regelt sich wie in **Anlage 2** vereinbart.
- (5) Alle Preise und Entgelte nach diesem Vertrag sind zuzüglich gesetzlicher Mehrwertsteuer zu berechnen, soweit die Arzneimittelpreisverordnung oder dieser Vertrag nichts anderes bestimmt.

§ 11

Abschläge

Abschläge werden nur vorgenommen, sofern diese gesetzlich bzw. im SGB V vorgesehen sind.

§ 12

Nachberechnung bei nicht erhaltener Zuzahlung trotz „Gebührenpflicht“

- (1) Soweit ein Versicherter der AOKN bei Abgabe von Arznei- und Verbandmitteln die gesetzliche Zuzahlung gemäß § 31 Abs. 3 SGB V nicht bei Übergabe leistet, ist durch die Apotheke ein schriftliches Mahnverfahren (Rechnung und eine zusätzliche Mahnung) durchzuführen. Kommt der Versicherte der Zahlung nicht nach, ist auf dem Verordnungsblatt im Abrechnungsfeld „Zuzahlung“ der Betrag „0“ auszuweisen und auf der Rezeptvorderseite (papiergebundene Verordnung) oder im Freitextfeld (elektronische Verordnung) der Hinweis auf die nicht geleistete Zuzahlung (z.B. „Zuzahlungsverweigerer“) aufzubringen. Die Mahnunterlagen gegenüber dem zur Zahlung verpflichteten Versicherten verbleiben in der Apotheke. Sie sind mindestens 12 Monate nach dem Abrechnungsmonat aufzubewahren und ggf. im Einspruchsverfahren auf Verlangen der AOKN vorzulegen. Eine Verordnung kann gemäß den Bestimmungen des § 300 SGB V nur einmal abgerechnet werden. Die Fristen für die Abrechnung gemäß § 13 Abs. 1 gelten.
- (2) Aufgrund der Besonderheiten der Zytostatika-Versorgung ist abweichend zu Absatz 1 eine nachträgliche Korrektur von Belegdaten bei entgangener Zuzahlung möglich. Voraussetzung hierfür ist, dass aufgrund der ärztlichen Verordnung von einer Zuzahlungspflicht des Versicherten auszugehen war und dass ein Nachweis über das durchgeführte Mahnverfahren (Rechnung und eine zusätzliche Mahnung) auf Verlangen der AOKN erbracht werden kann. Die Verordnungsblätter müssen abweichend von Absatz 1 im Abrechnungsfeld „Zuzahlung“ nicht den Betrag „0“ ausweisen und auf der Rezeptvorderseite (papiergebundene Verordnung) oder im Freitextfeld (elektronische Verordnung) muss kein Hinweis auf die nicht geleistete Zuzahlung (z.B. „Zuzahlungsverweigerer“) aufgebracht werden. Die Nachforderung erfolgt grundsätzlich über das von der Apotheke beauftragte Rechnungszentrum der Apotheke unter Beachtung der in § 13 Abs. 1 genannten Fristen.

§ 13

Bestimmungen zur Rechnungslegung

- (1) Die Rechnungslegung sowie die Weiterleitung der Verordnungen erfolgt jeweils für einen abgeschlossenen Kalendermonat nach Maßgabe der Vereinbarung nach § 300 SGB V bis spätestens drei Monate nach Ablauf des Kalendermonats, in dem die Lieferung erfolgte, an die von der Krankenkasse benannte Stelle. Anderenfalls entfällt der Anspruch auf Bezahlung.
- (2) Im Übrigen finden für die Abrechnung zwischen Apotheke bzw. Rechenzentrum der Apotheke und der AOKN die jeweils aktuellen Regelungen des § 300 SGB V in Verbindung mit der Arzneimittelabrechnungsvereinbarung nach § 300 Abs. 3 SGB V Anwendung.

§ 14

Bestimmungen zur Rechnungsbegleichung

- (1) Die Übermittlung der Rechnungsunterlagen in Papierform entfällt zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Vertrages.
- (2) Die Rechnungen sind innerhalb von 10 Tagen nach Eingang der Rechnungsdatensätze (RecP-Daten inkl. Rechnung als PDF (SERA-Daten: SAB, ERA, ERR)) und Verordnungsdatensätze (AbrP-Daten inkl. Images) bei der von der Krankenkasse benannten Annahmestelle zu begleichen. Eingangstag der Rechnung ist der Zeitpunkt des Dateneingangs. Gehen die Daten an einem Wochenend-/Feiertag ein, gilt der darauffolgende Werktag als Tag des Dateneingangs.
Die Sammelabrechnung gemäß Technischer Anlage 3 kann zusätzlich zum übermittelten Rechnungsdatensatz auch als PDF (nicht fristauslösend), per E-Mail an die von der AOKN benannte E-Mailadresse übermittelt werden.
- (3) Bei speziellen Sonderbegründungen von Datenübertragungsproblemen regeln der Rechnungssteller und Rechnungsempfänger eine einvernehmliche Lösung zur Fristenberechnung.
- (4) Die Rechnungen gelten im bargeldlosen Zahlungsverkehr als beglichen, mit dem Tage der Hingabe des Auftrags an das Geldinstitut. Die Krankenkasse stellt sicher, dass die Werterstellung zu dem auf die Übergabe des Auftrags an das Geldinstitut folgenden Banktag erfolgt (24.12. sowie 31.12. sind keine Banktage).
- (5) Zahlungen an die von der Apotheke mit der Rezeptabrechnung beauftragte Abrechnungsstelle haben befreiende Wirkung gegenüber dieser Apotheke. Die Apotheke haftet für Fehlverhalten der von ihr beauftragten Abrechnungsstelle im gleichen Umfang wie für einen Erfüllungsgehilfen (§ 278 BGB). Forderungen der Apotheken an die Krankenkasse dürfen nur an eine Abrechnungsstelle abgetreten werden; wobei die AOK vom Einverständnis der Apotheke zu einer Sammelabrechnungserstellung der beauftragten Abrechnungsstelle ausgehen kann.
- (6) Alle Zahlungen an ein Rechenzentrum erfolgen unter dem Vorbehalt der sachlich-rechnerischen Prüfung. Etwaige Differenzen aus der bisherigen Abrechnung werden vom Rechenzentrum bei der nächsten Abrechnung verrechnet.

- (7) Das Rechenzentrum berichtigt Beanstandungen nach § 15 Arzneiversorgungsvertrag mit der nächstmöglichen Abrechnung.
- (8) Die Original-Verordnungsblätter sind aufsteigend nach Belegnummern sortiert der von der Krankenkasse benannten Stelle bis spätestens vier Wochen nach Ablauf des Kalendermonats, in dem die Lieferung erfolgte, zur Verfügung zu stellen.
- (9) Rechenzentren erhalten eine Abschlagszahlung zum 4. des Monats in Höhe von 80 % des Rechnungsbetrags der Rechnung aus dem letzten abgerechneten Monat. Die Abschlagszahlung entfällt, wenn die Abschlagssumme € 50.000,- unterschreitet, da der Verwaltungsaufwand den Nutzen für das Rechenzentrum übersteigt (Geringfügigkeitsgrenze).
- (10) Bei Nichteinhaltung der in Abs. 3 sowie Abs. 8 genannten Zahlungsfristen entfällt der Rabatt nach § 130 SGB V bzw. der Abschlag gemäß § 11 dieses Vertrages hinsichtlich des nicht fristgerecht geleisteten Teilbetrags.

§ 15

Rechnungs- und Taxberichtigungen und das Einspruchsverfahren

- (1) Sachliche und rechnerische Berichtigungen, Taxbeanstandungen sowie Beanstandungen wegen fehlender Verordnungsblätter sind innerhalb von 12 Monaten nach Eingang der Verordnungsblätter möglich. Geeignete Beweismittel (z. B. Verordnungsblätter, Fotokopien, Print-Images) sind beizufügen.
- (2) Einwendungen der Apotheke gegen Beanstandungen der Krankenkasse sind unter Angabe der Gründe schriftlich innerhalb von 2 Monaten nach Bekanntgabe der Beanstandung bei der Krankenkasse zu erheben. Andernfalls gilt die Beanstandung als anerkannt. Einwendungen können auch über den Landesapothekerverband Niedersachsen e.V. erfolgen. Dafür ist die Vorlage einer Vollmacht bei der Krankenkasse nicht erforderlich.
- (3) Die Prüfung des Einspruches hat innerhalb einer Frist von 3 Monaten nach Eingang des Einspruchs bei der Krankenkasse zu erfolgen. Erfolgt innerhalb dieser Frist keine Stellungnahme der Krankenkasse gegenüber der Apotheke, im Fall des Abs. 6 Satz 3 gegenüber dem Landesapothekerverband Niedersachsen e.V., gilt der Einspruch als anerkannt.

§ 16

Datenschutz

- (1) Die Vertragsparteien verpflichten sich, die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-DSGVO, SGB X, Landesdatenschutzgesetz, BDSG) - soweit anwendbar - einzuhalten, insbesondere personenbezogene Daten nur zur Erfüllung der sich aus dem Vertrag ergebenden Aufgaben zu verarbeiten.
- (2) Die Vertragsparteien verpflichten sich, insbesondere den Sozialdatenschutz nach den jeweils geltenden Bestimmungen zu beachten und die im Rahmen dieses Vertrages bekanntwerdenden Daten, wie beispielsweise Geschäfts- und Betriebsgeheimnisse sowie alle zur Kenntnis gelangenden Informationen und Unterlagen vertraulich zu behandeln und nicht an Dritte weiterzugeben. Eingesetzte Mitarbeitende sowie beauftragte Dienstleister

(z.B. Rechenzentren o.ä.) müssen auf die Einhaltung des Datengeheimnisses verpflichtet werden.

- (3) Die Vertragsparteien sind für die Einhaltung der sie betreffenden datenschutzrechtlichen Regelungen sowie zur Gewährleistung der Sicherheit der Verarbeitung verantwortlich und verpflichten sich, die Einhaltung dieser Anforderungen durch die erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen gem. Art. 24 i. V. m. 32 EU-DSGVO sicherzustellen. Sie stellen sicher, dass diese Bestimmungen ihren Mitarbeitenden bekannt gegeben und deren Einhaltung in geeigneter Weise überwacht wird. Dies gilt auch für die vertragliche und sonstige Einbindung von weiteren Beteiligten.
- (4) Diese Verpflichtungen zur Einhaltung des Daten- und Sozialgeheimnisses sowie zur Vertraulichkeit bleiben auch nach Ende des Vertragsverhältnisses bestehen.

§ 17

Vertragsverstöße

Die AOKN kann nach vorheriger Anhörung des Apothekerverbandes gegen Apothekenleiter, die gegen die gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmungen schuldhaft verstoßen, eine der folgenden Vertragsmaßnahmen verhängen:

- Verwarnung
- Vertragsstrafe bis € 25.000,-
- Ausschluss von der Teilnahme am Vertrag bis zur Dauer von 2 Jahren

Von der Anhörung des Apothekerverbandes kann im Einzelfall abgesehen werden.

§ 18

Anlagen

Die zu diesem Vertrag vereinbarten Anlagen sind Bestandteil des Vertrages.

§ 19

Salvatorische Klausel

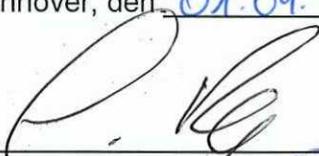
Sollte eine Bestimmung dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, so bleibt die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen davon unberührt. An die Stelle der unwirksamen Bestimmung tritt diejenige Regelung, die in rechtlich zulässiger Weise dem beiderseits wirtschaftlich Gewollten am nächsten kommt.

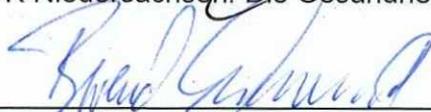
§ 20

Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01. Oktober 2023 in Kraft. Der hiesige Vertrag ersetzt den vorherigen Arzneiversorgungsvertrag vom 1. Juni 2015 einschließlich seiner Ergänzungsvereinbarungen.
- (2) Der Arznei-Liefervertrag mit Stand vom 1. Juli 2012 (Primärkassenvertrag) bleibt seit dem 01.06.2015 mit Wirkung für die AOKN mit Ausnahme der Anlage 1 (Belieferung mit Sprechstundenbedarf) wirksam beendet. Die Anlage 1 des Arznei-Liefervertrags mit Stand vom 1. Juli 2012 (Primärkassenvertrag) gilt weiterhin auch für die AOKN.
- (3) Der Vertrag kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines Halbjahres gekündigt werden. Die Kündigung kann von einer Vertragspartei nur durch eingeschriebenen Brief ausgesprochen werden. Bis zum Inkrafttreten eines neuen Vertrages bleibt dieser Vertrag in Kraft; jedoch längstens für 6 Monate ab dem Tag der Wirksamkeit der Kündigungserklärung. Die Sätze 1 bis 3 finden keine Anwendung auf die Anlagen 1 und 2 dieses Vertrags.
- (4) Die Anlagen 1 und 2 zu diesem Vertrag sind mit einer Frist von 14 Tagen zum Monatsende gesondert kündbar, es sei denn in den Anlagen ist eine abweichende Kündigungsfrist geregelt oder die Regelungen in den Anlagen sind zeitlich befristet. Bis zur Vereinbarung neuer Anlagen bleiben die bisherigen Anlagen allerdings in Kraft; längstens jedoch 6 Wochen ab dem Tag der Wirksamkeit der Kündigungserklärung. Für den Fall, dass die Regelungen in den Anlagen zeitlich befristet sind, richtet sich die Dauer der Friedenspflicht nach den Anlagen und nicht nach Satz 2. Im Falle der Kündigung einer Anlage muss die Kündigung durch eingeschriebenen Brief ausgesprochen werden.

Hannover, den 01.09.23


AOK-Niedersachsen. Die Gesundheitskasse.


Vorsitzender des Landesapothekerverbandes Niedersachsen e.V.


Stellv. Vorsitzender des Landesapothekerverbandes Niedersachsen e.V.

Anlage 1

Preisliste für Blutzuckerteststreifen

Alle Blutzuckerteststreifen in der Packungseinheit 50/51 Stück sind zum Nettopreis in Höhe von 21,20 € abrechnungsfähig. Von der Packungseinheit 50/51 Stück abweichende Packungsgrößen werden auf der Basis von 21,20 € pro 50 Stück kalkuliert.

Die Regelungen dieser Anlage treten am 31.12.2023 außer Kraft. Bis zum Abschluss einer neuen Anlage gelten die Regelungen dieser Anlage entsprechend fort.

Anlage 2

Preisbildung für Blutkonzentrate, die zur Anwendung bei der Bluterkrankheit (Hämophilie) bestimmt sind

Für Blutkonzentrate, die zur Anwendung bei der Bluterkrankheit (Hämophilie) bestimmt sind (§ 1 Abs. 3 Nr. 6 AMPPreisV) und die nicht der AMPPreisV unterliegen finden für die Preisgestaltung die Zuschläge, die sich aus der AMPPreisV in der jeweils gültigen Fassung ergeben, Anwendung.

- Für Produkte, die in der Großen Deutschen Spezialitäten-Taxe gelistet sind, gilt der am Tag der Abgabe gültige Apothekeneinkaufspreis gemäß der Großen Deutschen Spezialitäten-Taxe zuzüglich der Zuschläge nach der jeweils gültigen Fassung der AMPPreisV.
- Für nicht in der Großen Deutschen Spezialitäten-Taxe gelistete Produkte und dort gelistete Produkte ohne hinterlegten Apothekeneinkaufspreis gilt der jeweilige Einkaufspreis zuzüglich der Zuschläge nach der jeweils gültigen Fassung der AMPPreisV. Hierbei kann die Krankenkasse auf Nachfrage einen Nachweis über den Einkaufspreis verlangen.

Die sich so ergebenden Preise verstehen sich jeweils zuzüglich der jeweils geltenden gesetzlichen MwSt. und abzüglich des jeweils geltenden Apothekenrabattes.

Anlage 3

Ergänzungsvereinbarung zum § 6 Abs. 7 der Vereinbarung über die Übermittlung von Daten im Rahmen der Arzneimittelabrechnung gemäß § 300 SGB V

1. Die Krankenkasse zahlt als Mehraufwand, der bei der Datenaufbereitung durch mangelhafte Qualität der Beschriftung des Verordnungsblattes im Arztfeld entsteht, für jedes korrigierte sowie jedes im Ersatzverfahren erfasste Zeichen € 0,005.
2. Vorstehender Preis gilt zuzüglich der gesetzlichen Mehrwertsteuer.

Anlage 4

Regelungen für Entlassverordnungen im Rahmen des Entlassmanagements gemäß § 39 Abs. 1a SGB V

§ 1

Erklärung zum Rangverhältnis in Bezug auf a) den Arzneiversorgungsvertrag, b) der Anlage 4 zum Arzneiversorgungsvertrag und c) der Anlage 8 zum Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung gemäß § 129 Abs. 2 SGB V

Die in Anlage 8 zum Rahmenvertrag nach § 129 SGB V festgeschriebenen Bestimmungen für die Arzneimittelversorgung im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Abs. 1a SGB V finden vorrangig Anwendung. Der spezifischen Ergänzung und Konkretisierung von Regelungen zu Entlassverordnungen dient in der Folge diese Anlage 4 zum Arzneiversorgungsvertrag. Die weiteren Festlegungen des Arzneiversorgungsvertrags sind für Entlassverordnungen gültig, soweit diese nicht den Inhalten von Anlage 8 zum Rahmenvertrag nach § 129 SGB V oder Anlage 4 zum Arzneiversorgungsvertrag widersprechen.

§ 2

Definition Entlassverordnung

Die Vertragsparteien sind sich einig darüber, dass eine Entlassverordnung nur vorliegt, sofern alle Voraussetzungen aus § 1 der Anlage 8 des Rahmenvertrages über die Arzneimittelversorgung gemäß § 129 Abs. 2 SGB V kumulativ gegeben sind.

§ 3

Kriterien für eine ordnungsgemäß ausgestellte Entlassverordnung

Es wird auf § 2 Anlage 8 des Rahmenvertrages über die Arzneimittelversorgung gemäß § 129 Abs. 2 SGB V verwiesen. Ergänzend wird Folgendes vereinbart: Wenn eine Verordnung eine Lebenslange Arztnummer oder eine Krankenhausarzt Nummer gemäß § 2 Nr. 3 und Nr. 5 der Anlage 8 des Rahmenvertrages über die Arzneimittelversorgung gemäß § 129 Abs. 2 SGB V aufweisen soll, vereinbaren die Vertragsparteien, dass diese nur aufgetragen werden muss, sofern diese tatsächlich vergeben ist. Die Apotheke hat diesbezüglich keine Prüfpflicht. Darüber hinaus setzt die Belieferung von Entlassverordnungen voraus, dass entweder die Betriebsstättennummer oder das Standortkennzeichen der Einrichtung angegeben sein muss.

§ 4

Auswahl der Arzneimittel

Bei der Abgabe von Verordnungen des Entlassmanagements gilt:

1. Ist gemäß Packungsgrößenverordnung zwar das kleinste Packungsgrößenkennzeichen für diesen Wirkstoff definiert, aber nur größere Packungen sind im Handel, kann die Apotheke ohne Rücksprache mit dem Verordner die kleinste im Handel befindliche

Packung abgeben. Der Abgebende hat einen Vermerk darüber auf der Verordnung aufzutragen.

2. Entspricht die nach Stückzahl verordnete Menge, die keinem N-Bereich nach der geltenden Packungsgrößenverordnung zugeordnet werden kann, keiner im Handel befindlichen Packungsgröße, so ist eine Packung mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen gemäß Packungsgrößenverordnung oder eine kleinere Packung abzugeben.
3. Bei Rezepturen sowie bei sonstigen in die Arzneimittelversorgung nach § 31 SGB V einbezogenen und vertragsgegenständlichen Produkten ist die ärztlich verordnete Menge maßgebend.

