

# Arzneimittelversorgungsvertrag Bayern (AV-Bay)

Ergänzungsvereinbarung zum Rahmenvertrag über die  
Arzneimittelversorgung nach § 129 Absatz 2 SGB V  
und zur Vereinbarung über die Übermittlung von Daten im  
Rahmen der Arzneimittelabrechnung nach § 300 SGB V  
vom 14.06.2007

zwischen

**dem BAV Bayerischer Apothekerverband e.V.**

- im folgenden "BAV" genannt -

einerseits

und

- **der AOK Bayern - Die Gesundheitskasse**
- **dem BKK Landesverband Bayern**
- **der Knappschaft - Verwaltungsstelle München**
- **dem Funktionellen Landesverband der Landwirtschaftlichen Krankenkassen und Pflegekassen in Bayern**
- **der Vereinigten IKK**

- 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

### Anlagen

- Anlage 1 Beitrittserklärung zur Teilnahme am Vertrag
- Anlage 2 Preisregelungen für Produkte nach § 1 Abs. 1 dieser Vereinbarung
- Anlage 3 Sonderpreisliste Verbandmittel
- Anlage 4 Preisregelungen für Blut- und Harnteststreifen
- Anlage 5 Abrechnung durch Abrechnungsstellen

## Präambel

Dieser Vertrag ist eine ergänzende Vereinbarung zum Rahmenvertrag zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen sowie dem Deutschen Apothekerverband e.V. über die Arzneimittelversorgung gemäß § 129 SGB V und zur Vereinbarung über die Übermittlung von Daten im Rahmen der Arzneimittelabrechnung gemäß § 300 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 Satz 3 SGB V,
    - d) Diätetika nach § 31 Abs. 1 Satz 2 SGB V i.V.m. den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V,
    - e) 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. Abweichend von Satz 1 hat der Vertrag Rechtswirkung für die Betriebskrankenkassen, die

diesem Vertrag beigetreten sind. Der BKK Landesverband Bayern teilt unverzüglich und verbindlich nach Vertragsunterzeichnung dem BAV mit, welche seiner Mitgliedskassen dem Vertrag beigetreten sind.

- (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.
- (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. 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.

Ist eine dieser Voraussetzungen nicht erfüllt, besteht kein vertraglicher Zahlungsanspruch gegenüber der Krankenkasse.

- (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 (Muster 16a) bzw. einem amtlichen (Muster 16) Verordnungsblatt ausgestellt ist, und die folgenden Angaben enthält:
- 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: Kassen-Nummer und die Bezeichnung der Krankenkasse; im Ersatzverfahren nur Bezeichnung der Krankenkasse; bei durch den Vertragsarzt handschriftlich geänderter Kostenträgerbezeichnung ist die Kassen-Nummer 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 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.
  - d) Angaben zur Identität des verordnenden Vertragsarztes: Vertragsarzt Nummer im Versichertenfeld sowie Vertragsarztstempel oder entsprechender Aufdruck; eine fehlende Angabe der Vertragsarzt Nummer im Versichertenfeld darf vom Apotheker mit der Vertragsarzt Nummer aus der Codierzeile ergänzt werden;
  - 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) Eine Verordnung darf nur innerhalb eines Monats nach dem Ausstellungstag beliefert werden, soweit der Vertragsarzt keine längere Gültigkeitsdauer auf dem Verordnungsblatt vermerkt hat. Verordnungen von Sprechstundenbedarf dürfen nur innerhalb eines Monats nach dem Ausstellungstag 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.
- (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 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 („Negativliste“) von der Versorgung nach § 31 SGB V ausgeschlossen sind; diese Abgabebeschränkung gilt nicht, sofern

es sich um einen indikationsbezogenen Ausschluss gemäß Anlage 2 zu § 1 Abs. 2 und § 3 der „Verordnung über unwirtschaftliche Arzneimittel in der gesetzlichen Krankenversicherung“ handelt,

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 Satz 7 und 8 SGB V („Lifestyle“), die in Anlage 8 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 oder eine Information des BAV gemäß Abs. 8 erfolgt ist.
- (8) Die Krankenkassen teilen dem BAV nach interner Abstimmung mit, welche Produkte sie abweichend von den Eintragungen im ABDA-Artikelstamm für nicht abgabefähig im Sinne des Abs. 7 halten. Der BAV prüft in angemessener Frist und veranlasst ggf. eine Korrektur der entsprechenden Eintragungen im ABDA-Artikelstamm. Erfolgt keine Änderung des ABDA-Artikelstamms und halten die Krankenkassen ihre Auffassung aufrecht, informiert der BAV hierüber seine Mitglieder. Diese Information erhalten die Krankenkassen, damit sie ihrerseits die dem Vertrag beigetretenen Apotheker inhaltsgleich unterrichten können.
- (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 Satz 3 SGB V,
  - Medizinprodukte, die im Rahmen des Sprechstundenbedarfs verordnet werden,
  - Medizinprodukte, für die in der Anlage 2 ein Preis vereinbart ist.
- (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 erkennbar war.

- (12) Enthält eine Verordnung hinsichtlich der Darreichungsform oder Stärke unvollständige oder ungenaue Angaben und ist der Vertragsarzt nicht erreichbar, so ist der Apotheker berechtigt, diejenige Darreichungsform oder Stärke abzugeben, die er nach pflichtgemäßem Ermessen für die richtige hält; das Verordnungsblatt ist vom Apotheker entsprechend zu ergänzen und abzuzeichnen. Fehlen entsprechende Ergänzungen, so ist nur die preiswertere Arzneiform oder die geringere Stärke abrechnungsfähig.
- (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 und ist der Vertragsarzt nicht erreichbar, ist die kleinste im Handel befindliche Packung abzugeben.
- (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 verordnete Menge 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 verordnete Menge die größte für das Fertigarzneimittel festgelegte Packungsgrößenstufe nach der PackungsV, ist, außer bei Sprechstundenbedarfsverordnungen, nur die größte nach den Packungsgrößenstufen bestimmte Packung oder ein Vielfaches dieser Packung, jedoch nicht mehr als die verordnete Menge, abzugeben. Ein Vielfaches der größten Packung darf nur abgegeben werden,

soweit der Vertragsarzt durch einen besonderen Vermerk auf die Abgabe der verordneten Menge hingewiesen hat.

- (18) Verwendet der Vertragsarzt in der Verordnung eine Kurzbezeichnung (N1, N2, N3) entsprechend der PackungsV, so gilt für die Abgabe:
- a) Wenn für die vom Vertragsarzt verwendete Kurzbezeichnung zu dem verordneten Fertigarzneimittel in den Anlagen der PackungsV durch Angabe einer Packungsgrößenstufe die Größe der Packung bestimmt ist, so ist eine Packung dieser Größe abzugeben.
  - b) Sind von einem Fertigarzneimittel innerhalb einer Packungsgrößenstufe unter der Kurzbezeichnung unterschiedliche Packungsgrößen im Handel, so ist grundsätzlich die kleinste dieser Packungsgrößen abzugeben. Ist die Abgabe der kleinsten dieser Packungsgrößen unter dem Gesichtspunkt des Wirtschaftlichkeitsgebots nicht sinnvoll, hat der Apotheker mit dem Vertragsarzt Rücksprache zu halten; entscheidet sich der Vertragsarzt für die größere Packung innerhalb der Packungsgrößenstufe, hat der Apotheker dies auf dem Verordnungsblatt zu vermerken und abzuzeichnen.
  - c) Ist das Fertigarzneimittel in der verordneten Packungsgrößenstufe im Handel nicht erhältlich, so darf bei der Abgabe die Menge der kleinsten in der Packungsgrößenstufe möglichen Packungsgröße nicht überschritten werden.
  - d) Wenn für die vom Vertragsarzt verwendete Kurzbezeichnung zu dem verordneten Fertigarzneimittel in den Anlagen der PackungsV die Größe der Packungen nicht bestimmt ist, so ist ein Fertigarzneimittel der nächst kleineren Packungsgrößenstufe oder das Fertigarzneimittel mit der kleinsten Packungsgröße abzugeben.
  - e) Verordnet der Vertragsarzt mehrere Packungen eines Fertigarzneimittels unter Verwendung einer Kurzbezeichnung (z.B. 2 x N2), so ist die nächst größere Packung dieses Fertigarzneimittels (z.B. 1 x N3) abzugeben, wenn bei namentlich bezeichneten Fertigarzneimitteln die Summe der verordneten Packungsmengen der Menge der nächst größeren Packungsgröße entspricht.
- (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. Bei vertragsärztlichen Verordnungen, die dennoch sowohl Arznei- als auch Hilfsmittel enthalten, dürfen entweder nur die Arzneimittel 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 und dem BAV können Regelungen über eine erweiterte pharmakoökonomische Verantwortung des Apothekers getroffen werden.

#### **§ 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 Apotheken<sup>1</sup> berechnet. Maßgebend für die Preisberechnung ist der Tag der Abgabe des Arzneimittels.

Gefäße im Rahmen des Sprechstundenbedarfs und Etiketten können nicht gesondert berechnet werden.

- (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 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) Für Blut- und Harnteststreifen sind die Zuschläge oder Preise in der Anlage 4 geregelt.

---

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

- (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, werden diese mit einem Pauschalbetrag von 6,50 Euro je Einzelfall abgegolten. 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.

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 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.
- (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.

## § 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 Selbstbeteiligungsbeiträgen, 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 Verordnungsblatt mit dem Betrag „0,00“ im Zahlungsfeld 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 Vereinbarung über die Übermittlung von Daten im Rahmen der Arzneimittelabrechnung gemäß § 300 SGB V einschließlich der technischen Anlagen (nachstehend „Vereinbarung nach § 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 wurden<sup>2</sup>.
- (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 Vereinbarung nach § 300 SGB V und deren Technischen Anlagen in den dafür vorgesehenen Feldern mit den geforderten Angaben (§ 5 Abs. 2 Buchstaben p. bis w. der Vereinbarung über die Übermittlung von Daten im Rahmen der Apothekenabrechnung gemäß § 300 SGB V<sup>3</sup>) versehen hat.

Ergänzend gilt:

- a) Es ist die Pharmazentralnummer des tatsächlich abgegebenen Mittels aufzutragen. Die Verwendung von Sonderkennzeichen gemäß Technischer Anlage 1 zur Vereinbarung nach § 300 SGB V („Sammel-PZN“) ist nur zulässig, wenn für das Mittel im

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

<sup>3</sup> Pharmazentralnummer; (Mengen-)Faktor; Bruttopreis je verordnetem Mittel; Gesamt-Brutto; (Gesamt-)Betrag der gesetzlichen Zuzahlung; Institutionskennzeichen der Apotheke; Apothekenstempel oder entsprechender Aufdruck, soweit Institutionskennzeichen nicht angegeben; Abgabedatum.

ABDA-Artikelstamm kein reguläres Kennzeichen aufgeführt ist (Ausnahme: Zulässige Verwendung des Stückelungskennzeichens nach Technischer Anlage 1 zur Vereinbarung nach § 300 SGB V).

- 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. 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 eine Papierrechnung, die die Angaben gemäß § 9 Abs. 1 des Rahmenvertrages sowie zusätzlich die gesetzlichen Abschläge enthält, und nach den Statusgruppen gemäß Abschnitt 8.2.1 der Technischen Anlage 3 der Vereinbarung nach § 300 SGB V in der jeweils gültigen Fassung unterteilt ist.

Abweichend von § 9 Abs. 1 des Rahmenvertrages nach § 129 SGB V verzichten die Krankenkassen auf die zusätzliche Beifügung der Verordnungen oder deren Images zur Papierrechnung. Absätze 4 und 6 bleiben unberührt. Auf eine Auflistung der abgegebenen Pharmazentralnummern wird verzichtet.

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

- (3) Auf Verlangen der Krankenkasse ist zusätzlich zur Rechnung nach Abs. 2 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 Übermittlung der Daten auf magnetischen Datenträgern bzw. per Datenfernübertragung nach § 6 Abs. 3 der Vereinbarung nach § 300 SGB V erfolgt innerhalb von acht Tagen nach Rechnungseingang.
- (5) Der Apotheker kann Abrechnungsstellen mit der Abrechnung und der Erfüllung seiner Verpflichtungen aus der Vereinbarung nach § 300 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) Die Krankenkassen prüfen gemäß § 8 Abs. 3 die Rechnungen und rechnungsbegründenden Unterlagen innerhalb von zwölf Monaten nach Ende des Kalendermonats, in dem der Apotheker die Verordnung beliefert hat. Sofern für einzelne abgerechnete Verordnungsblätter vollständige Datensätze im Sinne von § 6 Abs. 1 der Vereinbarung nach § 300 SGB V oder rechnungsbegründende Unterlagen nicht vorliegen bzw. die Unterlagen im Sinne von § 6 Abs. 5 angefordert wurden, ist die Frist nach Satz 1 bis zur Vorlage der Abrechnung bzw. dieser Unterlagen gehemmt.
- (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 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 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.
- (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 (§ 7 Abs. 2 Satz 1 der Vereinbarung nach § 300 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 (§ 6 Abs. 7 der Vereinbarung nach § 300 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) 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 § 11 des Rahmenvertrages werden von den zuständigen Landesverbänden ausgesprochen, bei Mitgliedsapotheken im Benehmen mit dem BAV. Dazu geben die Landesverbände dem BAV vorher den Sachverhalt zur Kenntnis; sie gewähren auf Antrag Akteneinsicht.

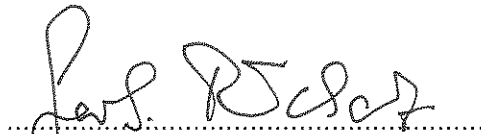
## **§ 14 Schlussbestimmungen**

- (1) Dieser Vertrag tritt am 1. September 2007 in Kraft.
- (2) Er kann mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende eines Kalenderhalbjahres mit eingeschriebenem Brief gekündigt werden, frühestens jedoch zum 31. Dezember 2008. 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 Apothekenvertrag für Bayern in seiner bisherigen Fassung einschließlich sämtlicher Anlagen außer Kraft. Der Vertrag in seiner bisherigen Fassung hat jedoch noch Gültigkeit für alle Verordnungen, die bis einschließlich 31. August 2007 beliefert werden.


- (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 14. Juni 2007

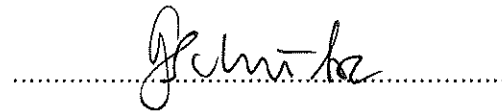
BAV Bayerischer Apothekerverband e.V.

  
.....  
Gerhard Reichert  
1. Vorsitzender


AOK Bayern - Die Gesundheitskasse -  
Zentrale

  
.....

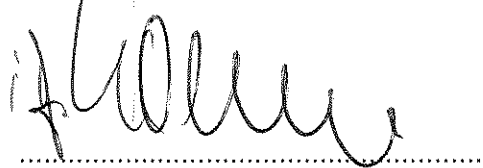
BKK Landesverband Bayern

  
.....

Knappschaft - Verwaltungsstelle  
München

Die Geschäftsführung  
  
.....  
Herbert Meyer

Funktioneller Landesverband der Landwirt-  
schaftlichen Krankenkassen und Pflegekas-  
sen in Bayern

  
.....

Vereinigte IKK

  
.....

## 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 BAV Bayerischer Apothekerverband e.V.

einerseits und

der AOK Bayern - Die Gesundheitskasse

dem BKK Landesverband Bayern

der Knappschaft - Verwaltungsstelle München

dem Funktionellen Landesverband der Landwirtschaftlichen Krankenkassen und Pflegekassen in Bayern

der Vereinigten IKK

andererseits

### Beitrittserklärung

Ich erkenne den zwischen den Spitzenverbänden der gesetzlichen 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. Dem sich hieraus ergebenden Betrag 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 die 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 (§ 1 Abs. 3 Nr. 6 AMPreisV): 3,4 %
  - 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: es gilt die AMPreisV
    - im Sprechstundenbedarf: 5,2 %
  - 4.4 Arzneimittel, die zur Anwendung bei der Dialyse Nierenkranker bestimmt sind (§ 1 Abs. 3 Nr. 6 AMPreisV), soweit diese Arzneimittel nicht durch Ziff. 6 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 Röntgenkontrastmittel<sup>1</sup> 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:
    - Artikel mit Apothekeneinkaufspreis unter 50 Euro netto je Packung 18,0 %
    - Artikel mit Apothekeneinkaufspreis ab 50 Euro netto je Packung 12,0 %, sofern sich nicht bei analoger Anwendung der Arzneimittelpreisverordnung in der am 31. Dezember 2003 geltenden Fassung ein niedrigerer Verkaufspreis ergibt;
  - im Sprechstundenbedarf: 5,5 %
- 4.8 Medizinprodukte
- bei Einzelverordnung von Medizinprodukten gemäß § 31 Abs. 1 Satz 3 SGBV 18,0 %
  - im Sprechstundenbedarf: 6,7 %
- 4.9 Elementardiäten und Sondennahrung: bis 12 Stück: 15,0 %  
ab 13 Stück: 5,0 %
- 4.10 Nachstehend genannte sonstige Produkte im Sinne von § 1 Abs. 1 Buchst. e<sup>2</sup>:
- Fluoridtabletten zur Kariesprophylaxe 18,0 %
5. Impfstoffe nach § 47 Abs. 1 Nr. 3 AMG bzw. § 1 Abs. 3a AMPPreisV:
- 5.1 Für die Abrechnung von Impfstoffen, die auf den Namen des Versicherten verordnet wurden, gilt die AMPPreisV.
- 5.2 Für die Abgabe und Abrechnung von Impfstoffen im Sprechstundenbedarf gilt:
- a) Die vom Arzt verordnete Menge des Impfstoffes ist grundsätzlich in der jeweils wirtschaftlichsten Stückelung von regulär im Handel gemeldeten Packungsgrößen zu beliefern und abzurechnen. Abgerechnet werden kann der Apothe-

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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.

keneinkaufspreis zuzüglich 3,0 % zuzüglich 6,17 Euro Festzuschlag<sup>3</sup> je Packung.

- b) Kann eine dringliche Verordnung über Impfstoffe nicht in der wirtschaftlichsten Stückelung von regulär im Handel befindlichen Packungsgrößen beliefert werden, weil eine dafür erforderliche Packungsgröße nicht beschafft werden kann, so können abweichend von a) andere Packungsgrößen abgegeben werden. Abgerechnet werden kann in diesem Fall der Apothekeneinkaufspreis der abgegebenen Packungen zuzüglich 3,0 % zuzüglich 6,17 Euro Festzuschlag für jede Packung, die sich bei wirtschaftlichster Stückelung nach a) ergeben hätte.
- c) Den sich aus a) oder b) ergebenden Beträgen ist die gesetzliche Mehrwertsteuer hinzuzufügen. Auf die Verordnungsblätter sind die Pharmazentralnummern der tatsächlich abgegebenen Packungen aufzutragen. Der Apothekenabschlag nach § 130 Abs. 1 SGB V ist nicht zu gewähren.
- d) In Fällen von Buchst. b) ist auf dem Verordnungsblatt ein Vermerk über die abweichende Stückelung anzubringen und auf begründete Anforderung der Krankenkasse die Unmöglichkeit der Beschaffung glaubhaft zu machen.

6. Diese Anlage kann mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende, frühestens jedoch zum 30.09.2008, gekündigt werden.

---

<sup>3</sup> Der Festzuschlag von 6,17 Euro je Packung ergibt sich durch analoge Anwendung des Festzuschlages der AMPPreisV und des Apothekenabschlages nach § 130 Abs. 1 SGB V. Die Vertragspartner sind sich einig, den Festzuschlag bei einer Änderung der genannten Zu- bzw. Abschläge anzupassen.

## Anlage 3

### Sonderpreisliste Verbandmittel

B A V - Preisliste	Primärkassen	Verbandmittel		
Nr. Artikel - Bezeichnung	EK	Sprechstun- denbedarf 7,50% <small>incl. 19% MWSt.</small>	Einzelver- ordnung 18,00% <small>incl. 19% MWSt.</small>	
<b>1 Gipsbinden</b>				
Spezialgipsbinden z.B. Cellona, Plastrona, o.ä. (errechnet aus der 10 er Packung )				
a) 2 m lang, 1 St. (einzeln eingesiegelt)				
	6 cm	1,15 €	1,47 €	1,62 €
	8 cm	1,37 €	1,75 €	1,92 €
	10 cm	1,54 €	1,97 €	2,16 €
	12 cm	1,81 €	2,32 €	2,54 €
	15 cm	2,12 €	2,71 €	2,98 €
	20 cm	2,68 €	3,43 €	3,76 €
b) 3 m lang, 10 St. (5 x 2 St.)				
	8 cm	13,14 €	16,81 €	18,25 €
	10 cm	15,70 €	20,08 €	22,05 €
	12 cm	17,95 €	22,96 €	25,21 €
	15 cm	21,42 €	27,40 €	30,08 €
	20 cm	28,33 €	36,24 €	39,78 €
c) 4 m lang, 10 St. (5 x 2 St.)				
	8 cm	19,56 €	25,02 €	27,47 €
	10 cm	22,71 €	29,05 €	31,89 €
	12 cm	26,22 €	33,54 €	36,82 €
	15 cm	31,40 €	40,17 €	44,09 €
	20 cm	40,48 €	51,78 €	56,84 €
<b>2 Gummifadenbinde</b>				
a) kurzer Zug ca. 5 m z.B. Durelast, Lastobind 1 Stück				
	6 cm	4,91 €	6,28 €	6,89 €
	8 cm	5,68 €	7,27 €	7,98 €
	10 cm	6,75 €	8,63 €	9,48 €
	12 cm	7,00 €	8,95 €	9,83 €
b) langer Zug fein und kräftig z. B. Dauerbinde, Lastodur				
ba) ca. 5 - 7 m lang, gedehnt, 1 Stück				
	6 cm	6,47 €	8,28 €	9,09 €
	8 cm	8,21 €	10,50 €	11,53 €
	10 cm	9,78 €	12,51 €	13,73 €
	12 cm	12,44 €	15,91 €	17,47 €
	20 cm	17,66 €	22,59 €	24,80 €

Nr. Artikel - Bezeichnung	EK	Sprechstun-	Einzelver-
		denbedarf 7,50%	ordnung 18,00%
		incl. 19% MWSt.	incl. 19% MWSt.
bb) ca. 2,5 - 3,5 m lang, gedehnt, Gelenkverband, Gelenkbinde 1 Stück			
	6 cm	4,15 €	5,31 €
	8 cm	5,26 €	6,73 €
	10 cm	6,38 €	8,16 €
<b>3 Idealbinden</b>			
mit Schlingkanten, gedehnt 5 m lang E DIN 61 632			
a) 1St.			
	6 cm	2,25 €	2,88 €
	8 cm	2,94 €	3,76 €
	10 cm	3,54 €	4,53 €
	12 cm	4,22 €	5,40 €
	15 cm	5,25 €	6,71 €
	20 cm	6,97 €	8,92 €
	30 cm	10,11 €	12,93 €
<b>4 Kompressen</b>			
z. B. ES + GAZIN 8-fach gelegt, steril, im Beutel			
a) 10 Stück (5 x 2 St.)			
	5 x 5 cm	0,92 €	1,18 €
	7,5 x 7,5 cm	1,00 €	1,28 €
	10 x 10 cm	1,20 €	1,54 €
	10 x 20 cm	2,31 €	2,96 €
b) 50 Stück (25 x 2 St.)			
	5 x 5 cm	2,51 €	3,21 €
	7,5 x 7,5 cm	2,94 €	3,76 €
	10 x 10 cm	3,89 €	4,98 €
	10 x 20 cm	7,33 €	9,38 €
<b>5 Kompressen</b>			
z.B. ES + GAZIN 100 Stück, unsteril, im Beutel			
a) 8-fach gelegt			
	5 x 5 cm	1,66 €	2,12 €
	7,5 x 7,5 cm	2,53 €	3,24 €
	10 x 10 cm	3,66 €	4,68 €
b) 12-fach gelegt			
	5 x 5 cm	2,37 €	3,03 €
	7,5 x 7,5 cm	4,20 €	5,37 €
	10 x 10 cm	6,30 €	8,06 €
	10 x 12,5 cm	10,29 €	13,16 €
	10 x 20 cm	14,26 €	18,24 €
c) 16-fach gelegt			
	5 x 5 cm	3,21 €	4,11 €
	7,5 x 7,5 cm	5,37 €	6,87 €
	10 x 10 cm	9,88 €	12,64 €
	10 x 12,5 cm	13,04 €	16,68 €
			18,31 €

Nr. Artikel - Bezeichnung	EK	Sprechstundenbedarf		Einzelver-	
		7,50%	18,00%	18,00%	18,00%
			incl. 19% MWST.	incl. 19% MWST.	incl. 19% MWST.
<b>6 Mullbinden 20-fädig</b> DIN 61 631-MB-CV/CO					
a) cellophaniert 1 Stück					
	4 cm	0,39 €	0,50 €	0,55 €	
	6 cm	0,44 €	0,56 €	0,62 €	
	8 cm	0,49 €	0,63 €	0,69 €	
	10 cm	0,60 €	0,77 €	0,84 €	
	12 cm	0,80 €	1,02 €	1,12 €	
b) uncellophaniert, im Karton 20 Stück					
	4 cm	6,09 €	7,79 €	8,55 €	
	6 cm	6,39 €	8,17 €	8,97 €	
	8 cm	7,03 €	8,99 €	9,87 €	
	10 cm	8,59 €	10,99 €	12,06 €	
	12 cm	11,99 €	15,34 €	16,84 €	
<b>7 Mullbinden elastisch</b> (Fixierbinden, Synthetik), z. B. Elastomull, Lastotel, Mollelast, Pehacrepp, Transelast, o.ä.					
a) cellophaniert 1 Stück					
	4 cm	0,39 €	0,50 €	0,54 €	
	6 cm	0,44 €	0,56 €	0,62 €	
	8 cm	0,49 €	0,63 €	0,69 €	
	10 cm	0,60 €	0,77 €	0,84 €	
	12 cm	0,73 €	0,93 €	1,03 €	
b) uncellophaniert im Karton 20 Stück					
	4 cm	5,34 €	6,83 €	7,50 €	
	6 cm	5,94 €	7,60 €	8,34 €	
	8 cm	6,61 €	8,46 €	9,28 €	
	10 cm	8,07 €	10,32 €	11,33 €	
	12 cm	10,90 €	13,94 €	15,31 €	
c) 50 Stück					
	10 cm	19,39 €	24,80 €	27,23 €	
d) 100 Stück					
	6 cm	27,90 €	35,69 €	39,18 €	
	8 cm	30,76 €	39,35 €	43,19 €	
	10 cm	36,90 €	47,20 €	51,81 €	
<b>8 Mullbinden elastisch</b> (100% Baumwolle) z. B. Pehalast, o.ä.					
a) cellophaniert, 1 Stück					
	4 cm	0,55 €	0,70 €	0,77 €	
	6 cm	0,65 €	0,83 €	0,91 €	
	8 cm	0,70 €	0,90 €	0,98 €	
	10 cm	0,80 €	1,02 €	1,12 €	

Nr. Artikel - Bezeichnung	EK	Sprechstun-	Einzelver-
		denbedarf 7,50% <small>incl.19% MWSt.</small>	ordnung 18,00% <small>incl.19% MWSt.</small>
b) uncellophaniert im Karton 20 Stück			
4 cm	8,15 €	10,43 €	11,44 €
6 cm	9,80 €	12,54 €	13,76 €
8 cm	10,75 €	13,75 €	15,10 €
10 cm	12,70 €	16,25 €	17,83 €
12 cm	16,30 €	20,85 €	22,89 €
<b>9 Mullbinden, elastisch</b> kohäsive Fixierbinden z.B. Haftelast, Peha-haft, Elastomull-haft			
a) 4 m lang, 1 Stück			
4 cm	1,12 €	1,43 €	1,57 €
6 cm	1,26 €	1,61 €	1,77 €
8 cm	1,58 €	2,02 €	2,22 €
10 cm	1,64 €	2,10 €	2,30 €
12 cm	2,05 €	2,62 €	2,88 €
b) Rollen 20 m lang, 1 Stück			
4 cm	5,41 €	6,92 €	7,60 €
6 cm	5,93 €	7,59 €	8,33 €
8 cm	6,67 €	8,53 €	9,37 €
10 cm	7,50 €	9,59 €	10,53 €
12 cm	8,78 €	11,23 €	12,33 €
<b>10 Schlauchverband</b>			
a) 15 m, z. B. Stülpa			
Gr. 0 R	3,85 €	4,93 €	5,41 €
Gr. 1 R	5,35 €	6,84 €	7,51 €
Gr. 2 R	6,30 €	8,06 €	8,85 €
Gr. 3 R	8,05 €	10,30 €	11,30 €
Gr. 4 R	9,70 €	12,41 €	13,62 €
Gr. 5 R	12,90 €	16,50 €	18,11 €
b) 5 m, z. B. Tg			
Nr. 1	2,31 €	2,96 €	3,24 €
Nr. 2	2,48 €	3,17 €	3,48 €
Nr. 3	2,71 €	3,47 €	3,80 €
Nr. 5	3,35 €	4,29 €	4,70 €
Nr. 6	3,54 €	4,53 €	4,97 €
Nr. 7	3,74 €	4,78 €	5,25 €
c) 20 m, weiß, z. B. tg, Tricofix			
Nr. 1	5,62 €	7,19 €	7,89 €
Nr. 2	6,03 €	7,71 €	8,47 €
Nr. 3	7,29 €	9,33 €	10,24 €
Nr. 5	8,18 €	10,46 €	11,49 €
Nr. 6	9,25 €	11,83 €	12,99 €
Nr. 7	11,48 €	14,69 €	16,12 €
Nr. 9	13,34 €	17,07 €	18,73 €

Nr. Artikel - Bezeichnung	EK	Sprechstun-	Einzelver-
		denbedarf	ordnung
		7,50%	18,00%
		incl. 19% MWSt.	incl. 19% MWSt.
<b>11 Schlauchverband</b> (Fingerverband)			
a) tg			
	1 St.	0,61 €	0,78 €
	50 St.	14,78 €	18,91 €
b) Stülpa			
	1 St.	0,45 €	0,58 €
	50 St.	10,65 €	13,62 €
<b>12 Trikotschlauchbinden</b> DIN 61 633, 4 m lang			
	6 cm	4,04 €	5,17 €
	8 cm	5,27 €	6,74 €
	10 cm	6,60 €	8,44 €
	12 cm	7,87 €	10,07 €
	15 cm	10,63 €	13,60 €
	20 cm	14,78 €	18,91 €
	25 cm	15,93 €	20,38 €
<b>13 Verbandmull</b> 20-fädig, DIN 61630 VM 20 80 cm breit, 8-fach auf 10 cm Breite gelegt. Zickzacklagen oder gerollt			
	1 m	1,64 €	2,10 €
	2 m	2,94 €	3,76 €
	5 m	6,67 €	8,53 €
	10 m	12,86 €	16,45 €
	40 m	42,58 €	54,47 €
<b>14 Verbandwatte</b> DIN 61640-V-CO/CV			
	50 g	0,74 €	0,95 €
	100 g	1,20 €	1,54 €
	200 g	2,45 €	3,13 €
	250 g	2,82 €	3,61 €
	400 g	4,50 €	5,76 €
	500 g	5,06 €	6,47 €
	1000 g	11,33 €	14,49 €
<b>15 Zellstoff</b> hochgebleicht, DAB			
	100 g	1,85 €	2,37 €
	500 g	5,90 €	7,55 €
	1000 g	10,88 €	13,92 €
	5000 g	35,21 €	45,04 €
	15000 g	72,40 €	92,62 €
<b>16 Zellstoff</b> ungebleicht			
	1000 g	5,11 €	6,54 €
	5000 g	21,76 €	27,84 €
	15000 g	51,00 €	65,24 €

<b>B A V - Preisliste</b>	<b>Primärkassen</b>	<b>Verbandmittel</b>
---------------------------	---------------------	----------------------

Nr. Artikel - Bezeichnung	EK	Sprechstun- denbedarf 7,50% <small>incl. 19% MWSt.</small>	Einzelver- ordnung 18,00% <small>incl. 19% MWSt.</small>
<b>17 Zellstoff-Mull-Kompressen</b>			
Zellstoff-Vliesstoff-Kompressen,			
a) 1 m lang	10 cm	1,15 €	1,47 €
b) 2 m lang		1,84 €	2,35 €
c) 10 m lang	10 cm	5,45 €	6,97 €
	15 cm	7,62 €	9,75 €
	28 cm / 30 cm	18,33 €	23,45 €
<b>18 Zellstoff-Mull-Kompressen nahtlos</b>			
10 m lang			
	10 cm	7,66 €	9,80 €
	15 cm	11,01 €	14,08 €

Diese Anlage soll von den Vertragspartnern jährlich überarbeitet werden. Sie kann mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende, frühestens jedoch zum 30.09.2008, gekündigt werden.

## Anlage 4

### Preisregelungen für Blut- und Harnteststreifen

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

1. Der Nettopreis ohne Mehrwertsteuer für Blutzuckerteststreifen beträgt für je 50 Stück bis zur insgesamt verordneten Menge von 102 Stück € 24,00, ab 103 Stück € 23,50.
2. Der Nettopreis für Harnteststreifen beträgt:  
Herstellerabgabepreis ohne Mehrwertsteuer zuzüglich einem Zuschlag bis zur insgesamt verordneten Menge von 100 Stück 15 % und ab 101 Stück zuzüglich einem Zuschlag von 10 %.
3. Für Coagu Chek Teststreifen gelten folgende Nettopreise ohne Mehrwertsteuer:

Coagu Chek Plus Testkassette 25 St.	102,21 €
Coagu Chek PT Mini Teststreifen 12 St.	43,64 €
Coagu Chek XS PT Teststreifen 24 St.	81,90 €
Coagu Chek PT Mini / XS PT Teststreifen 48 St.	142,91 €
4. Maßgebend für die Preisberechnung ist der Tag der Abgabe.
5. Allen vorgenannten Nettopreisen ist die gesetzliche Mehrwertsteuer hinzuzufügen; ein Abschlag ist nicht vorzunehmen.
6. Diese Anlage kann mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende, frühestens jedoch zum 31.12.2007, gekündigt werden.
7. Sollte während der Laufzeit der Vereinbarung die Marktentwicklung eine Anpassung der Preise vor dem Ende der Laufzeit erfordern, verständigen sich die Vertragspartner hierüber kurzfristig.

## 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 § 10 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.