
Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung

nach § 129 Absatz 2 SGB V

in der Fassung vom 23. März 2007

(aufgrund des GKV-WSG)

zwischen

den Spitzenverbänden der Krankenkassen

AOK-Bundesverband

BKK Bundesverband

IKK-Bundesverband

See-Krankenkasse

Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen

Knappschaft

Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.

AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.

und

dem Deutschen Apothekerverband e. V.

§ 1 Gegenstand des Vertrages

Dieser Vertrag regelt das Nähere über

1. die Abgabe eines preisgünstigen Arzneimittels in Fällen, in denen der verordnende Vertragsarzt ein Arzneimittel nur unter seiner Wirkstoffbezeichnung verordnet oder die Ersetzung des Arzneimittels durch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel durch den Apotheker nicht ausgeschlossen hat und die Abgabe von Arzneimitteln, für die ein Rabattvertrag nach § 130a Absatz 8 SGB V besteht (§ 129 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1, Satz 3 SGB V).
2. die Abgabe von preisgünstigen importierten Arzneimitteln (§ 129 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V),
3. die Abgabe von wirtschaftlichen Einzelmengen (§ 129 Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V),
4. die Wiederabgabe von verschreibungspflichtigen Fertigarzneimitteln (§ 3 Absatz 6 AMPreisV),
5. die Angabe des Apothekenabgabepreises auf der Arzneimittelpackung (§ 129 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V),
6. Maßnahmen bei Verstößen von Apotheken gegen Verpflichtungen nach § 129 Absatz 1, 2 und 5 SGB V (§ 129 Absatz 4 SGB V),
7. die Übermittlung der zur Herstellung einer pharmakologisch-therapeutischen und preislichen Transparenz im Rahmen der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V und die zur Festsetzung von Festbeträgen nach § 35 Absatz 1 und 2 SGB V erforderlichen Daten (§ 129 Absatz 6 SGB V),
8. das Zustandekommen des Zahlungs- und Lieferanspruchs zwischen Krankenkasse und Apotheke,
9. die Anpassung des Apothekenabschlages (§ 130 Absatz 1 Satz 2 SGB V),
10. Korrekturverfahren im Zusammenhang mit der Anwendung des Herstellerabschlages nach § 130a SGB V,
11. die Übermittlung der Daten über Rabattvereinbarungen nach § 130a Absatz 8 SGB V für festbetragsgeregelte Arzneimittel zum Ausgleich der Mehrkosten bei Überschreitung des Festbetrages (§ 31 Absatz 2 Satz 4 SGB V),
12. das Verfahren bei der Freistellung besonders preisgünstiger Arzneimittel von der Zuzahlung (§ 31 Absatz 3 Satz 5 SGB V),
13. die Übermittlung der Daten zu Rabattverträgen nach § 130a Absatz 8 SGB V zur bevorzugten Abgabe rabattbegünstigter Arzneimittel sowie zur kassenindividuellen Halbierung oder Aufhebung der Zuzahlung nach § 31 Absatz 3 Satz 5 SGB V.

§ 2 Geltungsbereich des Vertrages

- (1) Der Vertrag hat einerseits Rechtswirkung für die Krankenkassen nach § 4 SGB V.
- (2) Der Vertrag hat andererseits Rechtswirkung für die nach § 129 Absatz 3 SGB V bestimmten Apotheken. Apotheken, die weder einem Mitgliedsverband des DAV noch diesem Vertrag beigetreten sind, sind von der Lieferung ausgeschlossen.
- (3) Der Deutsche Apothekerverband als für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation führt über die Apotheken nach § 129 Absatz 3 SGB V ein bundeseinheitliches Verzeichnis (§ 293 Absatz 5 Satz 1 SGB V). Die Apotheken sind verpflichtet, die für das Verzeichnis erforderlichen Auskünfte zu erteilen (§ 293 Absatz 5 Satz 5 SGB V). Das Nähere zu Inhalt und Übermittlung des Apothekenverzeichnisses an die Krankenkassen regelt die Arzneimittelabrechnungsvereinbarung nach § 300 SGB V (§ 300 Absatz 3 Satz 1 Nr. 3 SGB V).
- (4) Die Krankenkassen oder ihre Verbände können mit den Mitgliedsverbänden des Deutschen Apothekerverbandes, die Verbände der Ersatzkassen mit dem Deutschen Apothekerverband, ergänzende Verträge schließen (§ 129 Absatz 5 SGB V). Soweit ergänzende Verträge geschlossen sind, ist der für den Sitz der Apotheke geltende Vertrag der jeweiligen Kassenart (§ 4 Absatz 2 SGB V) anzuwenden.
- (5) Filialapotheken gelten als Unternehmensteil einer Apotheke.

§ 3 Zahlungs- und Lieferanspruch

- (1) Ein Vertrag zwischen Krankenkasse und Apotheke kommt für vertragsgegenständliche Produkte durch die Annahme einer ordnungsgemäßen gültigen vertragsärztlichen Verordnung zustande. Ist ein Preis nicht durch gesetzliche oder vertragliche Regelungen bestimmt, so bedarf es einer Einigung zwischen Apotheke und Krankenkasse über den Preis. Vertragsärztliche Verordnungen dürfen ab Ausstellung längstens einen Monat zu Lasten der Krankenkasse beliefert werden, sofern eine entsprechende Regelung in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V getroffen ist. Das Nähere kann in den ergänzenden Verträgen geregelt werden.
- (2) Ist eine Voraussetzung nach Absatz 1 nicht erfüllt, so besteht kein vertraglicher Zahlungsanspruch gegenüber der Krankenkasse.

§ 4 Auswahl preisgünstiger Arzneimittel

- (1) Hat der Vertragsarzt ein Arzneimittel nur unter seiner Wirkstoffbezeichnung verordnet oder die Ersetzung eines unter seinem Produktnamen verordneten Fertigarzneimittels durch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel nicht ausgeschlossen, hat die Apotheke ein Fertigarzneimittel nach den Vorgaben der Absätze 2 bis 4 abzugeben und zu berechnen.
- (2) Hat der Arzt ein Arzneimittel nur unter seiner Wirkstoffbezeichnung verordnet, so stehen die drei preisgünstigsten Arzneimittel zur Auswahl, die der Verordnung entsprechen. Abweichend von Satz 1 ist die Ersetzung durch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel vorzunehmen, für das eine Vereinbarung nach § 130a Absatz 8 SGB V (Rabattvertrag) besteht und für das die Voraussetzungen nach Absatz 4 gegeben sind, soweit in den ergänzenden Verträgen nach § 129 Absatz 5 SGB V nichts anderes vereinbart ist.
- (3) Hat der Arzt die Ersetzung des Arzneimittels durch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel nicht ausgeschlossen, so stehen das verordnete Arzneimittel und die drei preisgünstigsten Arzneimittel zur Auswahl. Die Auswahl dieser Arzneimittel setzt voraus, dass sie in Wirkstärke und Packungsgröße identisch sowie für den gleichen Indikationsbereich zugelassen sind und ferner die gleiche oder eine austauschbare Darreichungsform besitzen und das Arzneimittel einer Gruppe wirkstoffgleicher Arzneimittel zuzuordnen ist, für die der Gemeinsame Bundesausschuss Hinweise zur Austauschbarkeit nach § 129 Absatz 1a SGB V gegeben hat. Satz 1 findet keine Anwendung, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 4 für die Ersetzung des verordneten Arzneimittels durch ein Arzneimittel, für das ein Rabattvertrag nach § 130a Absatz 8 SGB V besteht, vorliegen, soweit in den ergänzenden Verträgen nach § 129 Absatz 5 SGB V nichts anderes vereinbart ist.
- (4) Die Apotheke hat ein wirkstoffgleiches Fertigarzneimittel abzugeben, für das ein Rabattvertrag nach § 130a Absatz 8 SGB V („rabattbegünstigtes Arzneimittel“) besteht, wenn
 - a. bei unter dem Produktnamen verordneten Fertigarzneimitteln der Vertragsarzt die Ersetzung nicht ausgeschlossen hat,
 - b. die Angaben zu dem rabattbegünstigten Arzneimittel nach Absatz 5 vollständig und bis zu dem vereinbarten Stichtag mitgeteilt wurden,
 - c. die Voraussetzungen für die Auswahl nach Absatz 3 Satz 2 vorliegen,
 - d. das rabattbegünstigte Arzneimittel im Zeitpunkt der Vorlage der Verordnung verfügbar ist.

Hat die Krankenkasse für mehrere Arzneimittel, die die Voraussetzungen nach Satz 1 erfüllen, Rabattverträge geschlossen, ist die Apotheke in der Auswahl unter diesen Arzneimitteln frei. Dass ein rabattbegünstigtes Arzneimittel zum Zeitpunkt der Vorlage der

Verordnung vom pharmazeutischen Unternehmer nicht geliefert werden konnte, hat die Apotheke nachzuweisen. Der Nachweis kann durch Vorlage einer Erklärung des pharmazeutischen Unternehmers oder des Großhändlers geführt werden. Sofern die Apotheke das rabattbegünstigte Arzneimittel mangels Verfügbarkeit nicht abgibt, hat sie auf dem Verordnungsblatt das zwischen den Vertragspartnern vereinbarte Sonderkennzeichen anzugeben; das Nähere ist in der Arzneimittelabrechnungsvereinbarung nach § 300 SGB V (Technische Anlagen 1 und 3) geregelt.

- (5) Die Spitzenverbände der Krankenkassen übermitteln nach Anlage 4 für ihre Krankenkassen die für die Umsetzung des § 129 Absatz 1 Satz 3 SGB V notwendigen Daten und die Angaben zur Zuzahlungsaufhebung oder -halbierung nach § 31 Absatz 3 SGB V an den Deutschen Apothekerverband oder die von ihm benannte Stelle. Die Übermittlung der Angaben nach Satz 1 erfolgt nicht, wenn die Wirkung des Rabattvertrages von zusätzlichen Bedingungen abhängig ist, die über die gemeldeten Angaben hinausgehen, insbesondere bei Einschränkungen auf bestimmte Regionen, Vertragspartner, Patientengruppen oder Leistungen. Die vertragsschließende Krankenkasse verantwortet die Erfüllung der an den Abschluss von Rabattverträgen geknüpften gesetzlichen Kriterien einschließlich der Lieferfähigkeit des pharmazeutischen Unternehmers für den mit dem Meldestichtag angegebenen Gültigkeitszeitraum.

§ 5 Abgabe importierter Arzneimittel

- (1) Die Apotheken sind zur Abgabe von preisgünstigen importierten Arzneimitteln an Versicherte nach Maßgabe der Absätze 2 bis 6 verpflichtet. Dies gilt nicht für Arzneimittel, die aufgrund von Sprechstundenbedarfsverordnungen an Vertragsärzte abgegeben werden.
- (2) Importierte Arzneimittel im Sinne dieses Rahmenvertrages sind Arzneimittel,
- die nach dem Arzneimittelgesetz unter Bezugnahme auf ein deutsches Referenzprodukt zugelassen sind oder als zugelassen gelten,
 - die in der Großen Deutschen Spezialitätentaxe (Lauer-Taxe) eingetragen sind,
 - die mit dem verordneten Arzneimittel in Wirkstoffstärke und Packungsgröße identisch sowie in der Darreichungsform therapeutisch vergleichbar sind (Re- und Parallelimporte),
 - die ferner den Anforderungen des Sozialgesetzbuches, Fünftes Buch entsprechen,

- deren für den Versicherten maßgeblicher Arzneimittelabgabepreis mindestens 15 vom Hundert oder mindestens 15 Euro niedriger ist als der Preis des Bezugsarzneimittels und
 - für deren deutsches Referenzprodukt kein Rabattvertrag nach § 130a Absatz 8 SGB V besteht, es sei denn, es handelt sich um einen Rabattvertrag, für den die Ersetzungsbestimmungen des § 4 Absatz 4 Satz 1 des Rahmenvertrages gelten.
- (3) Die Partner des Rahmenvertrages vereinbaren eine Importquote. Die Importquote bezeichnet den prozentualen Umsatzanteil abzugebender importierter Arzneimittel am Fertigarzneimittel-Umsatz der Apotheke mit der kostenpflichtigen Krankenkasse und wird auf 5 Prozent festgelegt. Mit den abgegebenen importierten Arzneimitteln hat die Apotheke eine Wirtschaftlichkeitsreserve in Höhe von 10 Prozent des mit der Importquote nach Satz 1 festgelegten Umsatzes zu erzielen. Wenn zu dem Fertigarzneimittel im Zeitpunkt der Vorlage der Verordnung vom pharmazeutischen Unternehmer kein importiertes Arzneimittel geliefert werden konnte, wird das deutsche Referenzprodukt bei der Ermittlung des Fertigarzneimittelumsatzes nach Satz 2 und des Anteils importfähiger Arzneimittel nach Absatz 5 nicht berücksichtigt; § 4 Absatz 4 Sätze 3 bis 5 des Rahmenvertrages gelten entsprechend.
- (4) Wird die nach Absatz 3 vereinbarte Wirtschaftlichkeitsreserve durch Abgabe importierter Arzneimittel im Quartal nicht erreicht, vermindert sich die Rechnungsforderung für den letzten Abrechnungsmonat des Quartals um die Differenz zwischen der vereinbarten und der tatsächlich erzielten Wirtschaftlichkeitsreserve. In den Fällen der Schließung oder Veräußerung einer Apotheke wird auf den letzten Abrechnungsmonat abgestellt. Wird die nach Absatz 3 vereinbarte Wirtschaftlichkeitsreserve übertroffen, wird der Apotheke dieser Betrag gutgeschrieben. Kürzungs- bzw. Gutschriftsbeträge unter fünf Euro bleiben unberücksichtigt. Sofern im folgenden Abrechnungszeitraum ein Kürzungsbetrag nach Satz 1 anfällt, sind Gutschriften darauf anzurechnen. Eine am Jahresende nicht saldierte Gutschrift wird in das folgende Kalenderjahr übertragen. Mit den Regelungen nach Satz 1 bis Satz 6 ist die Abgabepflicht nach § 129 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V erfüllt.
- (5) Für Apotheken, die auf Grund ihres Verordnungsspektrums einen unterdurchschnittlichen Anteil an importfähigen Fertigarzneimitteln [Fertigarzneimittel, zu denen importierte Arzneimittel nach Absatz 2 in der Großen Deutschen Spezialitätentaxe (Lauer-Taxe) geführt sind] nachweisen, verringert sich bei importfähigen Umsatzanteilen von jeweils bis zu 25, 20, 15, 10, 5 und 0 Prozent die vereinbarte Importquote nach Absatz 3 Satz 2 pro Stufe um jeweils 1/6. Absatz 3 Satz 3 gilt bei verringerter Importquote entsprechend. Die

Apotheke hat bei Anwendung einer verringerten Importquote zusätzlich zu den Angaben nach Absatz 6 Satz 2 ihren Anteil importfähiger Fertigarzneimittel in der Rechnung anzugeben.

- (6) Für die Zwecke der Arzneimittelabrechnung nach § 300 SGB V ist die Pharmazentralnummer des abgegebenen Arzneimittels auf das Verordnungsblatt aufzutragen sowie mit den Verordnungsdatensätzen zu übermitteln. Bei der Rechnungsstellung sind gegenüber der kostenpflichtigen Krankenkasse die Umsätze der abgegebenen importierten Arzneimittel und der abgegebenen Fertigarzneimittel sowie die Wirtschaftlichkeitsreserve der abgegebenen importierten Arzneimittel in der Rechnung anzugeben.
- (7) Die Regelungen nach den Absätzen 1 bis 6 sind von ergänzenden Verträgen nach § 2 Absatz 4 dieses Rahmenvertrages ausgenommen.

§ 6 Abgabe wirtschaftlicher Einzelmengen

- (1) Hat der Vertragsarzt die verordnete Menge mit einer Kurzbezeichnung nach der Rechtsverordnung nach § 31 Absatz 4 SGB V bestimmt und sind zu dem verordneten Fertigarzneimittel unter der Kurzbezeichnung Packungen mit verschiedenen Stückzahlen im Handel, ist die Packung mit der kleinsten Stückzahl abzugeben. In Zweifelsfällen entscheidet der Vertragsarzt über die therapiegerechte Packungsgröße.
- (2) 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 Packungsgröße abzugeben. Die Abgabe einer Teilmenge aus einer Fertigarzneimittelpackung (Auseinzelung), ist nur auf ausdrückliche ärztliche Anordnung der Auseinzelung zulässig. Hat der Vertragsarzt eine Auseinzelung zur patientenindividuellen Versorgung (z.B. in Form einer „Verblisterung“) verordnet, bedarf es einer Einigung zwischen der Krankenkasse und der Apotheke oder deren Verbände über den Preis; § 3 Absatz 2 des Rahmenvertrages gilt entsprechend.
- (3) Überschreitet die nach Stückzahl verordnete Menge die größte für das Fertigarzneimittel festgelegte Messzahl, ist nur die größte nach den Messzahlen 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.

§ 6a Wiederabgabe von Arzneimitteln

- (1) Verschreibungspflichtige Arzneimittel, die an eine Apotheke zurückgegeben werden, dürfen zu Lasten einer Krankenkasse abgegeben und abgerechnet werden (Wiederabgabe), wenn
 - die Chargenbezeichnungen von Inhalt und Verpackung identisch sind und
 - die ordnungsgemäße Qualität des Arzneimittels im Sinne des § 12 Apothekenbetriebsordnung im Einzelfall geprüft und das Fertigarzneimittel unversehrt und vollständig ist.
- (2) Bei der Abrechnung erneut abgegebener Fertigarzneimittel nach Absatz 1 sind der Festzuschlag von 5,80 Euro zuzüglich Mehrwertsteuer nach § 3 Absatz 6 AMPreisV sowie die sich aus diesem Preis ergebende gesetzliche Zuzahlung nach § 31 Absatz 3 SGB V abzurechnen. Die gesetzlichen Abschläge nach §§ 130 und 130a SGB V sind nicht anzuwenden. Erneut abgegebene Fertigarzneimittel sind auf den Verordnungsblättern (Muster 16) mit ihrer Pharmazentralnummer sowie mit dem zwischen den Vertragspartnern vereinbarten Sonderkennzeichen für die Wiederabgabe anzugeben; das Nähere ist in der Arzneimittelabrechnungsvereinbarung nach § 300 SGB V (Technische Anlagen 1 und 3) geregelt.

§ 7 Auskunftspflicht

Die Apotheke ist zur Auskunft über das Zustandekommen eines Preises verpflichtet, soweit ein Spielraum bei der Preisfindung besteht. Satz 1 ist auf Einzelfälle beschränkt, sofern nicht ein hinreichender Verdacht auf Falschabrechnung besteht.

§ 8 Preisangabe

Die Apotheken sind bei der Abgabe verordneter Arzneimittel an Versicherte verpflichtet, den für den Tag der Abgabe geltenden Apothekenabgabepreis zu berechnen und grundsätzlich anzugeben. Für nach § 73 Absatz 3 AMG importierte Arzneimittel ist zur Angabe des Apothekenabgabepreises die Arzneimittelpreisverordnung zugrunde zu legen.

§ 8a Apothekenabschlag

- (1) Der Apothekenabschlag richtet sich nach § 130 SGB V.
- (2) Mit Wirkung für das Kalenderjahr 2009 haben die Partner des Rahmenvertrages eine vertragliche Anpassung des Apothekenabschlages nach den Vorgaben des § 130 Absatz 1 Satz 2 SGB V vorzunehmen.

§ 8b Herstellerabschlag nach § 130a Absatz 3b SGB V

- (1) Für die Gewährung des Abschlages nach § 130a Absatz 3b SGB V werden vorbehaltlich der Regelung des Absatzes 3 die von den pharmazeutischen Unternehmen der IFA GmbH gemeldeten Daten zugrunde gelegt. Für die Berücksichtigung der gemeldeten Daten in der Abrechnung gelten folgende Grundsätze:

- a. Der Abschlag ist nicht anzuwenden, wenn eines der folgenden Kriterien mit der Meldung nach Satz 1 bestätigt wurde:
 - Geltung eines Wirkstoffpatentes,
 - Geltung eines entsprechenden Unterlagenschutzes,
 - biologisches Arzneimittel im Sinne § 24b Absatz 5 AMG oder
 - nicht wirkstoffgleiches (solitäres) Arzneimittel im Sinne § 24b Abs. 2 Satz 2 AMG.
- b. Macht ein pharmazeutisches Unternehmen gegenüber der IFA GmbH keine Angaben zur Abschlagspflicht, ist der Abschlag anzuwenden.

Die Regelung nach § 130a Absatz 3b Satz 3 SGB V ist von dieser Verfahrensabsprache unberührt.

- (2) Abweichend von Absatz 1 Satz 2 bis 4 wird der Arzneimittelabrechnung für den Abrechnungsmonat April 2006 vorrangig die generelle Angabe der pharmazeutischen Unternehmen zur Abschlagspflicht zugrunde gelegt; für die Abrechnungsmonate Mai und Juni 2006 nur, wenn keine Detailbegründung nach Absatz 1 Buchstabe a. angegeben wurde oder zu einem oder mehreren Kriterien eine Angabe fehlt. Die Apotheken gleichen über die Apothekenrechenzentren auf der Basis der IFA-Daten zum Stichtag 01.07.2006 sich auf Grund abweichender Meldestände für die Monate April bis Juni 2006 ergebende Rabattdifferenzen zu Gunsten und zu Lasten der Krankenkassen spätestens mit der Abrechnung für den Abrechnungsmonat August 2006 aus. Die Krankenkassen erhalten für die nach Satz 2 genannten Abrechnungsmonate entsprechend korrigierte Verordnungs-

und Abrechnungsdaten nach Technischer Anlage 3 der Vereinbarung nach § 300 SGB V.

- (3) Stellt sich nach der Arzneimittelabrechnung heraus, dass unzutreffende Angaben der Abschlagsanwendung zugrunde gelegt wurden, gehen die Partner dieses Rahmenvertrages davon aus, dass die feststellende Seite unverzüglich den übrigen Kreis der Beteiligten informiert, bestehend aus den Partnern dieses Rahmenvertrages, der IfA GmbH, der vom Deutschen Apothekerverband benannten Stelle sowie dem pharmazeutischen Unternehmen. Es obliegt dem pharmazeutischen Unternehmen, eigene fehlerhafte Angaben unverzüglich über die IFA GmbH berichtigen zu lassen. Angaben des pharmazeutischen Unternehmens, die von der IFA GmbH oder der vom Deutschen Apothekerverband benannten Stelle fehlerhaft übermittelt wurden, berichtigen diese unverzüglich selbst. Die berichtigten Angaben werden der Arzneimittelabrechnung zugrunde gelegt. Über verbleibende Ansprüche treffen die Betroffenen aus dem Kreis der Beteiligten nach Satz 1 eine Ausgleichsregelung. Dabei kann für einen Zeitraum bis zu sechs Monaten im Einvernehmen mit dem Deutschen Apothekerverband auch ein Ausgleich unter Einbeziehung der von den Apotheken beauftragten Apothekenrechenzentren vereinbart werden. Soweit keine Ausgleichsregelung nach Satz 5 besteht, bleibt das Recht der Krankenkassen und Apotheken unberührt, nach den Vorgaben des § 130a Absatz 3b SGB V abzurechnen, fehlerhafte Abrechnungen zu korrigieren und entsprechende Forderungen geltend zu machen.

§ 9 Rechnungsbegleichung

- (1) Eine Rechnung im Sinne des § 130 Absatz 3 Satz 1 SGB V besteht mindestens aus folgenden Angaben:

- Rechnungsdatum
- Name, Anschrift und Institutionskennzeichen der Apotheke
- Gesamtbetrag brutto
- Gesamtbetrag Zuzahlung
- Gesamtbetrag netto
- Auflistung der abgegebenen Pharmazentralnummern (PZN)
- Gesamtzahl der Verordnungsblätter

unter Beifügung der zugrunde liegenden Verordnungen oder deren Images.

- (2) Die Rechnung gilt im bargeldlosen Zahlungsverkehr mit der Hingabe des Auftrags an das Kreditinstitut als beglichen. Zahlungen an die von der Apotheke beauftragte Abrechnungsstelle haben schuldbefreiende Wirkung.

- (3) Zahlungen erfolgen unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Rechnungsprüfung.

§ 10 Kommunikation

Sofern eine Krankenkasse Erklärungen betreffend Abschläge und Berechnungen abgeben will, die das Rechenzentrum vorgenommen hat, so kann sie diese auch gegenüber dem Rechenzentrum, über das die Apotheke abgerechnet hat, abgeben, und zwar in der von dem Rechenzentrum verwendeten Mitteilungsform. Die Erklärung gilt als gegenüber der Apotheke abgegeben, wenn die Krankenkasse die Korrekturbeträge je Apotheke unter Nennung des Institutionskennzeichens der Apotheke mitgeteilt und zuvor das Rechenzentrum die Berechnung je Apotheke spezifiziert übermittelt hat.

§ 11 Vertragsmaßnahmen

- (1) Bei Verstößen gegen § 129 Absatz 1 SGB V, gegen die Auskunftspflicht nach § 293 Absatz 5 Satz 4 SGB V, gegen diesen Vertrag oder gegen die ergänzenden Verträge nach § 129 Absatz 5 SGB V können die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen nach Anhörung des Betroffenen, bei Mitgliedsapotheken im Benehmen mit dem zuständigen Mitgliedsverband des Deutschen Apothekerverbandes, folgende Vertragsmaßnahmen aussprechen:
1. Verwarnung
 2. Vertragsstrafe bis zu 25.000 €
 3. bei gröblichen und wiederholten Verstößen Ausschluss des Apothekenleiters / der Apothekenleiterin von der Versorgung der Versicherten bis zur Dauer von zwei Jahren.
- (2) Die Vertragsmaßnahmen nach Absatz 1 Ziffer 1 und 2 können auch nebeneinander verhängt werden.

§ 12 Datenübermittlung

- (1) Der Deutsche Apothekerverband ist nach § 129 Absatz 6 SGB V verpflichtet, die nach § 129 Absatz 6 SGB V zur Herstellung einer pharmakologisch-therapeutischen und preislichen Transparenz erforderlichen Daten

1. im Rahmen der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V an den Gemeinsamen Bundesausschuss und
 2. für die Festsetzung von Festbeträgen nach § 35 Absatz 1 und 2 SGB V an die Spitzenverbände der Krankenkassen
- zu übermitteln.
- (2) Das Nähere zu der Datenübermittlung nach Absatz 1 Nummer 1 wird gesondert zwischen dem Gemeinsamen Bundesausschuss und dem Deutschen Apothekerverband vereinbart. Die Inhalte und weitere Einzelheiten der Datenübermittlung zu Absatz 1 Nummer 2 ergeben sich aus der Anlage 1 zu diesem Vertrag.
 - (3) Die Spitzenverbände der Krankenkassen übermitteln für ihre Krankenkassen die für die Umsetzung des § 31 Absatz 2 SGB V notwendigen Daten an den Deutschen Apothekerverband oder die von ihm benannte Stelle. Die Datenlieferungen enthalten mindestens die auf den Krankenversichertenkarten verwendeten Institutionskennzeichen (Kassennummern) der vertragsschließenden Krankenkasse, die betroffenen Pharmazentralnummern und den Geltungszeitraum der Rabattvereinbarung. Weitere Einzelheiten der Datenübermittlung ergeben sich aus der Anlage 2 zu diesem Vertrag. Die übermittelten Daten sind ab den sich aus Anlage 2 ergebenden Stichtagen maßgeblich für die Abrechnung der betroffenen Arzneimittel.
 - (4) Die Spitzenverbände der Krankenkassen übermitteln an den Deutschen Apothekerverband oder die von ihm benannte Stelle die erforderlichen Daten für die Zuordnung einzelner Arzneimittel zu den von der Zuzahlung nach § 31 Absatz 3 Satz 4 freigestellten Arzneimittelgruppen. Die Inhalte und weitere Einzelheiten der Datenübermittlung ergeben sich aus der Anlage 3 zu diesem Vertrag. Die aufgrund der übermittelten Daten durch den Deutschen Apothekerverband oder die von ihm benannte Stelle getroffenen Zuordnungen für die Freistellung bestimmter Fertigarzneimittel von der Zuzahlung sind ab den sich aus Anlage 3 ergebenden Stichtagen maßgeblich für die Abrechnung.

§ 13 Ergänzende Bestimmungen

- (1) Ergänzend können Vereinbarungen nach § 2 Absatz 4 des Rahmenvertrages getroffen werden.
- (2) Im Übrigen gelten die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs entsprechend, soweit sie mit § 70 SGB V und den übrigen Aufgaben und Pflichten der Beteiligten nach dem Vierten Kapitel des SGB V vereinbar sind (§ 69 Satz 3 SGB V).

§ 14 Schlussbestimmungen

- (1) Die Neufassung dieses Vertrages tritt zum 1. April 2007 in Kraft.
- (2) Übergangsweise finden für den Abgabezeitraum vom 01. April 2007 bis zum 31. Mai 2007 keine Vertragsmaßnahmen und keine Retaxationen statt, die auf die Nichtbeachtung des § 4 Absatz 4 des Rahmenvertrages gestützt werden, soweit es sich nicht um grobe und systematische Verstöße handelt, die einvernehmlich von den in § 2 Absatz 4 genannten, zuständigen Verbänden festgestellt werden.
- (3) Die Vertragspartner überprüfen die Regelungen nach § 5 Absatz 3 und passen sie gegebenenfalls an eine veränderte Marktlage an.
- (4) Der Rahmenvertrag ist mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende eines Kalenderjahres kündbar. Die Kündigung bedarf der Schriftform.
- (5) Sollte eine der Bestimmungen dieses Vertrags ganz oder teilweise rechtsunwirksam sein oder werden, so wird die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen dadurch nicht berührt. Für diesen Fall verpflichten sich die Vertragspartner, eine neue Regelung zu vereinbaren, die dem ursprünglich beabsichtigten Zweck am nächsten kommt.

Bonn, Essen, Bergisch Gladbach, Hamburg, Kassel, Bochum, Siegburg, Berlin,

AOK-Bundesverband

BKK Bundesverband

IKK-Bundesverband

See-Krankenkasse

Bundesverband der
landwirtschaftlichen Krankenkassen

Knappschaft

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.

AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.

Deutscher Apothekerverband e.V.

Anlage 1 zum Rahmenvertrag nach § 129 SGB V

Ergänzend zu § 12 des Rahmenvertrages nach § 129 SGB V treffen die Vertragspartner folgende Vereinbarung:

§ 1 Zweckbestimmung

Die nachstehend konkretisierte Datenübermittlung an die Spitzenverbände der Krankenkassen ist zur Erfüllung der in § 129 Absatz 6 SGB V genannten Aufgaben bestimmt.

§ 2 Inhalte der Datenübermittlung

- (1) Die vom Deutschen Apothekerverband oder in dessen Auftrag durch Dritte zu liefernden Datensätze enthalten folgende Angaben zu Fertigarzneimitteln:
 1. Arzneimittelkennzeichen (PZN)
 2. Produktname
 3. Hersteller
 4. Darreichungsform
 5. Packungsgröße
 6. Apothekenabgabepreis
 7. Gültigkeitsdatum/Angaben zu Rückruf oder Widerruf
- (2) Die Daten nach Absatz 1 werden als Änderungsdienst jeweils zum ersten eines Kalendermonats einschließlich der Preisänderungen zum 15. des Vormonats aktualisiert. Die Datenübermittlungen werden von der GKV-Geschäftsstelle Arzneimittel-Festbeträge beim Bundesverband der Betriebskrankenkassen entgegen genommen.
- (3) Die qualitative und quantitative Zusammensetzung von Fertigarzneimitteln (Wirkstoff/-e, Wirkstärke/-n und Wirkstärke/-n der freien Verbindung) wird den Spitzenverbänden auf Anfrage bei Benennung der einzelnen Fertigarzneimittel mitgeteilt.

§ 3 Nutzungsrechte

- (1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen erhalten die genannten Daten zur Nutzung im Rahmen des in § 1 definierten Verwendungszwecks. Den Spitzenverbänden der Krankenkassen wird das nicht ausschließliche Recht zur Verarbeitung, Vervielfältigung und Verbreitung der übermittelten Daten im Rahmen der nach dieser Vereinbarung zulässig-

gen Nutzung eingeräumt. Die zulässige Nutzung schließt die elektronische Verarbeitung der übermittelten Daten sowie die Verbreitung der verarbeiteten Daten ausschließlich durch Printmedien ein.

- (2) Die Vertragspartner sind sich darin einig, dass jede darüber hinausgehende Nutzung, insbesondere die Verbreitung oder Übermittlung der verarbeiteten oder unverarbeiteten Daten in elektronischer Form, z. B. auf Datenträgern oder durch elektronische Datenübermittlung, an Dritte unzulässig ist.
- (3) Unabhängig von der Übertragung der Nutzungsrechte durch diese Vereinbarung verbleiben das Eigentum und alle Rechte an den überlassenen Daten einschließlich aller Aktualisierungen und Änderungen bei dem Übermittler der Daten.

§ 4 Gewährleistung

Die bereitgestellten Datenbestände sind mit der gebotenen Sorgfalt zu erstellen. Auf Grund der Fülle des zu verarbeitenden Datenmaterials und der Abhängigkeit von Angaben der Arzneimittelhersteller lassen sich Fehler jedoch nicht völlig ausschließen. Der Deutsche Apothekerverband und ggf. ein im Auftrag des Deutschen Apothekerverbandes tätiger Dritter übernehmen daher keine Gewähr für die Fehlerfreiheit der übermittelten Datenbestände. Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben dem Übermittler der Daten Fehler in den zur Verfügung gestellten Datenbeständen mitzuteilen. Mitgeteilte Fehler sind von dem Übermittler der Daten unverzüglich zu prüfen und ggf. zu beseitigen.

Anlage 2 zum Rahmenvertrag nach § 129 SGB V

Zu § 12 Absatz 3 des Rahmenvertrages nach § 129 SGB V haben sich die Vertragspartner auf folgendes Meldeverfahren für Rabattvereinbarungen im Sinne von § 31 Absatz 2 Satz 2 SGB V verständigt:

§ 1 Beteiligte

An dem Meldeverfahren sind beteiligt

- die vertragsschließende Krankenkasse mit Abgabe der Meldung über ihren Spitzenverband an die Kopfstelle der Spitzenverbände der Krankenkassen,
- komplementär das vertragsschließende pharmazeutische Unternehmen als Partner der Rabattvereinbarung mit Abgabe einer (inhaltsgleichen) Meldung über die IFA GmbH an die Kopfstelle der Spitzenverbände,
- der BKK Bundesverband als Kopfstelle der Spitzenverbände der Krankenkassen mit der Entgegennahme der Meldungen beider Seiten, der Kongruenzprüfung und Weiterleitung übereinstimmender Angaben an die ABDATA,
- die Werbe- und Vertriebsgesellschaft Deutscher Apotheker mbH / ABDATA (nachstehend „ABDATA“ genannt) als benannte Stelle des Deutschen Apothekerverbandes mit der Information der Apotheken zur Anwendung der getroffenen Rabattvereinbarungen bei der Abgabe und Abrechnung der begünstigten Arzneimittel.

§ 2 Voraussetzungen und Verfahren

- (1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Deutsche Apothekerverband gehen davon aus, dass den Meldungen von Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmen eine rechtsgültige Vereinbarung nach § 130a Absatz 8 SGB V für festbetragsregelte Arzneimittel zum Ausgleich der Mehrkosten über dem Festbetrag zugrunde liegt. Die Erfüllung der gesetzlichen Kriterien im Sinne des § 31 Absatz 2 Satz 3 SGB V verantwortet die vertragsschließende Krankenkasse.
- (2) Bis der Meldeweg für die pharmazeutischen Unternehmen von der IFA GmbH eingerichtet ist, haben Krankenkassen zudem mit ihrer Meldung zu bestätigen, dass ihr Vertragspartner-Unternehmen die Rabattvereinbarung auch mit einseitiger Meldung durch die

Krankenkasse gegen sich gelten lässt. Es wird empfohlen, diese Zusage mit der Rabattvereinbarung einzuholen. Satz 1 gilt längstens bis zum 31. Dezember 2006.

- (3) Für die Meldungen an die Kopfstelle der Spitzenverbände ist die als Anhang beigefügte Technische Beschreibung maßgeblich. Diese liegt auch der IFA GmbH vor. Meldungen über Beginn, Änderung und Ende einer Rabattvereinbarung werden den Apotheken zu den Stichtagen 01. und 15. eines Monats mitgeteilt und müssen mindestens 20 Arbeitstage (montags bis freitags außer gesetzliche bundesweite Feiertage) vor dem jeweiligen Stichtag bei der Kopfstelle eingehen, wenn sie nach dem Stichtag bei der Abgabe von Arzneimitteln berücksichtigt werden sollen; danach eingehende Meldungen werden zum folgenden Stichtag berücksichtigt. Es sind alle auf den Krankenversichertenkarten verwendeten Institutionskennzeichen anzugeben, die von der Rabattvereinbarung begünstigt sind.
- (4) Die Kopfstelle leitet nur Angaben zu Rabattvereinbarungen weiter, für die übereinstimmende Meldungen der vertragsschließenden Krankenkasse und des pharmazeutischen Unternehmens mit den Mindestangaben nach § 12 Absatz 3 Satz 2 dieses Rahmenvertrages vorliegen. Im Falle einer (einseitigen) Kündigung oder Teilkündigung auch für einzelne Pharmazentralnummern werden die betroffenen Angaben zum nächst möglichen Stichtag annulliert.
- (5) Die vertragsschließende Krankenkasse und das pharmazeutische Unternehmen (Rabattvereinbarungspartner) können den Meldeprozess anhand der Rückmeldungen der Kopfstelle nach § 3 Absatz 1 und Absatz 2 verfolgen. Für Korrekturen ist der eingerichteten Meldeweg nach Absatz 3 einzuhalten.

§ 3 Aufgaben der Kopfstelle und der ABDATA

- (1) Die Kopfstelle der Spitzenverbände nimmt die Meldungen der Krankenkassen von dem jeweiligen Spitzenverband sowie die Meldungen der pharmazeutischen Unternehmen von der IFA GmbH über ABDATA entgegen und übermittelt dem jeweiligen Absender unverzüglich eine Empfangsquittung.
- (2) Die Kopfstelle führt zu den Stichtagen nach § 2 Absatz 3 Satz 3 eine Kongruenzprüfung zu den ihr vorliegenden Meldungen der Rabattvereinbarungspartner durch und übermittelt an die ABDATA eine Gesamtdatensatz über die übereinstimmenden Angaben. Die Meldungen müssen spätestens 10 Arbeitstage vor dem jeweiligen Stichtag bei ABDATA eingehen, danach eingehende Meldungen werden zum folgenden Stichtag berücksichtigt. Die Absender der Meldungen erhalten unverzüglich ein Bearbeitungsprotokoll. Kopfstelle und ABDATA stimmen das Austauschformat untereinander ab.

- (3) ABDATA stellt den Apotheken, gegebenenfalls über die Apothekensoftwarehäuser, die gemeldeten Daten zu den Stichtagen nach § 2 Absatz 3 Satz 3 an Hand der Angaben der Gesamtdatei über die geltenden Rabattvereinbarungen zur Verfügung.

Anlage 3 zum Rahmenvertrag nach § 129 SGB V

Zu § 12 Absatz 4 des Rahmenvertrages nach § 129 SGB V haben sich die Vertragspartner auf folgendes Verfahren zur Information der Apotheken über von der Zuzahlung nach § 31 Absatz 3 Satz 4 SGB V frei gestellte Arzneimittel verständigt:

§ 1 Beauftragte Organisationen

Mit der Verfahrensabwicklung zur Freistellung von Arzneimitteln von der Zuzahlung sind beauftragt:

- der BKK Bundesverband seitens der Spitzenverbände der Krankenkassen für die Angaben zu den Festbetragsgruppen und Grenzbeträgen sowie
- die ABDATA als benannte Stelle nach § 12 Absatz 4 des Rahmenvertrages seitens des Deutschen Apothekerverbandes.

§ 2 Rechtliche Grundlage und Verfahren

- (1) Die Freistellung von Arzneimitteln von der Zuzahlung erfolgt nach den einheitlichen und gemeinsamen Beschlussfassungen der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 31 Absatz 3 Satz 4 SGB V. Das Gremium nach § 213 SGB V legt für bestimmte Festbetragsgruppen die für die Freistellung bestimmten Grenzbeträge fest. Fertigarzneimittel, deren für den Versicherten maßgeblicher Apothekenverkaufspreis den korrespondierenden Grenzbetrag nicht übersteigt, sind von der Zuzahlung frei gestellt.
- (2) Der BKK Bundesverband gibt nach Beschlussfassung des Gremiums nach § 213 SGB V die für eine Freistellung von der Zuzahlung bestimmten Festbetragsgruppen sowie die zugehörigen Grenzbeträge für alle aktuell vorliegenden Wirkstärken-Packungsgrößen-Kombinationen durch Einstellung auf der Internetseite www.bkk.de/Arzneimittel-Zuzahlungsbefreiung unverzüglich bekannt. Auf die Internet-Bekanntgabe wird durch Veröffentlichung im Bundesanzeiger jeweils hingewiesen. Darüber hinaus erhält die ABDATA eine Gesamtdatei zum Berechnungstichtag (Preis- und Produktstand) spätestens 10 Arbeitstage vor dem Berechnungstichtag; das Austauschformat stimmen BKK Bundesverband und ABDATA miteinander ab. Über die Grenzbeträge für nachträglich in den Handel gebrachte neue Wirkstärken-Packungsgrößen-Kombinationen informiert der BKK Bundesverband analog zur Festbetragsregelung.

- (3) ABDATA stellt anhand der vorliegenden Preismeldungen der IFA-GmbH fest, welche Fertigarzneimittel den Kriterien nach Absatz 2 aktuell entsprechen und stellt den Apotheken gegebenenfalls über die Apothekensoftwarehäuser, die auf der Grundlage der innerhalb der Frist nach Absatz 2 Satz 3 eingegangenen Gesamtdaten erstellten Daten über die nach dieser Zuordnung frei gestellten Fertigarzneimittel zu den Stichtagen 01. und 15. eines Monats zur Verfügung. ABDATA haftet nur bei grober Fahrlässigkeit oder bei Vorsatz.

Anlage 4 zum Rahmenvertrag nach § 129 SGB V

§ 1 Beteiligte

An dem Meldeverfahren sind beteiligt

- die vertragsschließende Krankenkasse mit Abgabe der Meldung über ihren Spitzenverband an die Kopfstelle der Spitzenverbände der Krankenkassen,
- der BKK Bundesverband als Kopfstelle der Spitzenverbände der Krankenkassen mit der Entgegennahme der Meldungen und Weiterleitung vollständiger Angaben nach § 2 Absatz 2 an die ABDATA,
- die Werbe- und Vertriebsgesellschaft Deutscher Apotheker mbH / ABDATA (nachstehend „ABDATA“ genannt) als benannte Stelle des Deutschen Apothekerverbandes mit der Information der Apotheken zur Anwendung der getroffenen Rabattvereinbarungen bei der Abgabe und Abrechnung der begünstigten Arzneimittel.

§ 2 Voraussetzungen und Verfahren

- (1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Deutsche Apothekerverband gehen davon aus, dass den Meldungen der Krankenkassen eine rechtsgültige Vereinbarung nach § 130a Absatz 8 SGB V für rabattbegünstigte Arzneimittel (Rabattvertrag) zugrunde liegt.
- (2) Für die Meldungen der Kopfstelle der Spitzenverbände an die ABDATA ist die als Anhang beigefügte Technische Beschreibung maßgeblich. Die Meldungen enthalten mindestens
 - die Pharmazentralnummern der rabattbegünstigten Arzneimittel,
 - die auf den Krankenversichertenkarten verwendeten Institutionskennzeichen (Kassennummern),
 - den Namen der Krankenkassen,
 - den Kalendermonat, für den der Rabattvertrag gemeldet wird, und
 - Angaben zur Zuzahlungshalbierung oder -aufhebung.

Die Meldungen werden den Apotheken zum 01. eines Monats mitgeteilt und müssen mindestens 10 Arbeitstage (montags bis freitags außer gesetzliche bundesweite Feier-

tage) vor dem Monatsersten bei der ABDATA eingehen. Zwischen der Kopfstelle der Spitzenverbände und ABDATA kann vereinbart werden, dass die Daten nach dieser Anlage und die Daten nach Anlage 2 in einer einheitlichen Datenlieferung übermittelt werden. Kopfstelle und ABDATA stimmen das Austauschformat untereinander ab.