

**Arzneimittelabrechnungsvereinbarung gemäß § 300 Absatz 3 SGB V
vom 01.04.2021**

Zwischen dem

Spitzenverband Bund der Krankenkassen

- im Folgenden: GKV-Spitzenverband -

und dem

Deutschen Apothekerverband e. V.

- im Folgenden: DAV -

wird folgende Vereinbarung geschlossen:

Präambel

Nach § 300 Absatz 3 SGB V regeln die Vertragspartner dieser Vereinbarung das Nähere zur Abrechnung von Arzneimitteln durch Apotheken und weitere Anbieter von Arzneimitteln und sonstigen Leistungen nach § 31 SGB V sowie Impfstoffe nach § 20i Absatz 1 und 2 SGB V. Hierzu zählen insbesondere

1. die Verwendung eines bundeseinheitlichen Kennzeichens nach § 300 Absatz 3 Nr. 1 SGB V,
2. die Einzelheiten der Übertragung des Kennzeichens und der Abrechnung, die Voraussetzungen und Einzelheiten der Übermittlung der Abrechnungsdaten im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern, die Weiterleitung der Verordnungsblätter an die Krankenkassen sowie die Übermittlung des elektronischen Verordnungsdatensatzes,
3. die Übermittlung des Apothekenverzeichnisses nach § 293 Absatz 5 SGB V,
4. die Verwendung von Verschreibungen in elektronischer Form für die Arzneimittelabrechnung,
5. die Verwendung eines gesonderten bundeseinheitlichen Kennzeichens für Arzneimittel, die auf Grund einer Ersatzverordnung im Fall des § 31 Absatz 3 Satz 7 SGB V an Versicherte abgegeben werden.

§ 1

Geltungsbereich und Vertragsbestandteile

- (1) Die Vereinbarung hat Rechtswirkung für die Krankenkassen nach § 4 SGB V sowie für Apotheken nach §§ 129 Absatz 2 und 129a SGB V und weitere Anbieter von Arzneimitteln. Satz 1 gilt auch für Apotheken nach §§ 129 Absatz 2 und 129a SGB V und weitere Anbieter von sonstigen Leistungen gemäß Absatz 2, die gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen lieferberechtigt sind. Die in den Sätzen 1 und 2 genannten Apotheken und weiteren Anbietern werden nachfolgend als „Apotheken“ bezeichnet.
- (2) Arzneimittel im Sinne dieser Vereinbarung sind die zu Lasten der Krankenkassen abgegebenen Arzneimittel, die nach § 31 SGB V in die Arzneimittelversorgung einbezogenen Produkte sowie die sonstigen Leistungen nach § 31 SGB V und Impfstoffe nach § 20i Absatz 1 und 2 SGB V (im Folgenden „Arzneimittel“).
- (3) Vertragsbestandteile neben diesem Vertrag sind die Anlagen 1 und 2 sowie die Technischen Anlagen (TA), die in Anlage 3 aufgeführt sind.

§ 2

Bundeseinheitliches Kennzeichen

- (1) Das bundeseinheitliche Kennzeichen nach § 300 Absatz 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V ist die Pharmazentralnummer (PZN) als eindeutiger Schlüssel zu Handelsname, Hersteller, Darreichungsform, Wirkstoffstärke, Packungsgröße und weiteren Preis- und Produktinformationen nach § 131 Absatz 4 SGB V, sowie die in der Technischen Anlage 1 (TA 1) geregelten Sonderkennzeichen.
- (2) Die PZN ist das produkt-identifizierende Kennzeichen für Arzneimittel, das seit dem 1. Januar 2013 mit 8 Stellen vergeben wird, wobei die achte Stelle eine auf Basis des Modulo-11-Verfahren berechnete Prüfziffer ist. (Informationen zum Modulo-11-Verfahren finden sich unter www.ifaffm.de und unter www.PZN8.de)
- (3) Die pharmazeutischen Unternehmer sind nach § 131 Absatz 5 SGB V verpflichtet, auf den äußeren Umhüllungen der Arzneimittel das Kennzeichen nach § 300 Absatz 1 Nr. 1 SGB V in einer für Apotheken maschinell erfassbaren bundeseinheitlichen Form anzugeben. Das Nähere regeln der GKV-Spitzenverband und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Unternehmer auf Bundesebene im Vertrag nach § 131 SGB V.

- (4) Die Apotheken sind gemäß § 300 Absatz 1 SGB V bei der Abgabe von Arzneimitteln für Versicherte verpflichtet, das bundeseinheitliche Kennzeichen maschinenlesbar auf das für die vertragsärztliche Versorgung verbindliche Arzneiverordnungsblatt bzw. bei elektronischen Verordnungen in den dafür vorgesehenen Datensatz zu übertragen.

§ 3

Umgang mit Verordnungen, Weiterleitung und Abrechnung von Verordnungen

- (1) Die Preis- und Produktangaben nach § 131 Absatz 4 SGB V sind Grundlage für die Abrechnung nach dieser Vereinbarung. Sofern keine PZN auf der äußeren Umhüllung des abgegebenen Arzneimittels aufgebracht ist, sind die entsprechenden Sonderkennzeichen der TA 1 zu verwenden.
- (2) Die näheren Anforderungen, insbesondere an die Weiterleitung und Abrechnung der für die vertragsärztliche Versorgung verbindlichen elektronischen Verordnung, ergeben sich aus **Anlage 1** zu diesem Vertrag.
- (3) Die näheren Anforderungen, insbesondere an die Weiterleitung und Abrechnung des für die vertragsärztliche Versorgung verbindlichen Arzneiverordnungsblattes (Muster 16), ergeben sich aus **Anlage 2** zu diesem Vertrag.
- (4) Die Regelungen dieses Vertrages gelten auch für Verordnungen mit Arzneimitteln, bei denen der Gesamt-Bruttopreis der Verordnung nicht höher ist als der entsprechende Betrag der gesetzlichen Zuzahlung.

§ 4

Technische Kommission nach § 300 SGB V

- (1) Die Technische Kommission besteht aus Vertretern des DAV und des GKV-Spitzenverbandes. Der DAV und der GKV-Spitzenverband können zusätzlich durch Vertreter von Rechenzentren unterstützt werden, die auch an den Sitzungen der Technischen Kommission teilnehmen können.
- (2) Die Sitzungen finden bei Bedarf eines oder beider Vertragspartner statt.
- (3) Die Technische Kommission schreibt die Technischen Anlagen laut **Anlage 3** zu diesem Vertrag kontinuierlich fort und passt sie insbesondere an gesetzliche Erfordernisse an.

§ 5

Übermittlung des Apothekenverzeichnisses nach § 293 Absatz 5 SGB V

Das Nähere zum Apothekenverzeichnis nach § 293 Absatz 5 SGB V wird geregelt, wenn die Spezifikationen zum Verzeichnisdienst der Telematik nach § 313 SGB V vorliegen.

§ 6

Rechenzentren

Die Apotheken können zur Erfüllung ihrer Verpflichtungen nach dieser Vereinbarung Rechenzentren in Anspruch nehmen (§ 300 Absatz 2 SGB V).

§ 7

Datenschutz

Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen für die Verarbeitung von Daten (insbes. DS-GVO, BDSG, §§ 35 SGB I, 67 – 85a SGB X) sind umfassend zu beachten.

§ 8

Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Diese Vereinbarung tritt am 01.04.2021 in Kraft. Sie kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende gekündigt werden. Das Recht zur außerordentlichen Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt.
- (2) Bei einer Kündigung gilt die Vereinbarung bis zum Inkrafttreten einer neuen Vereinbarung fort. Die Vertragsparteien verpflichten sich, die Verhandlungen über eine Neuvereinbarung unverzüglich aufzunehmen. Kommt eine neue Vereinbarung nicht oder nicht innerhalb von sechs Monaten nach Wirksamkeit der Kündigung zustande, wird ihr Inhalt durch die Schiedsstelle nach § 129 Absatz 8 SGB V festgesetzt.
- (3) Sollte eine der Bestimmungen dieser Vereinbarung ganz oder teilweise rechtsunwirksam sein oder werden, so wird die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen dadurch nicht berührt. Für diesen Fall verpflichten sich die Vertragsbeteiligten, eine neue Regelung zu vereinbaren, die dem ursprünglich beabsichtigten Zweck am nächsten kommt.

- (4) Wenn sich signifikante Änderungen, insbesondere durch Vorgaben der Gesellschaft für Telematik (gematik) ergeben, nehmen die Vertragspartner umgehend Verhandlungen zur Anpassung dieser Vereinbarung auf.

Anlage 1 – Umgang mit elektronischen Verordnungen, Weiterleitung und Abrechnung von elektronischen Verordnungen (aktueller Stand: 01.04.2021)

§ 1

Elektronische Verordnung nach § 86 SGB V und Quittung*

- (1) Die elektronische Verordnung nach § 86 SGB V enthält die im Technischen Handbuch der Anlage 2b des BMV-Ä genannten Angaben sowie eine qualifizierte elektronische Signatur (QES) der verschreibenden Person. Ein Fehlen von Angaben nach Satz 1 in der elektronischen Verordnung stellt einen strukturellen Fehler dar. Solche fehlerhaften elektronischen Verordnungen können nicht aus der TI übernommen werden.
- (2) Es sind ausschließlich elektronische Verordnungen abrechnungsfähig, die über den E-Rezept Fachdienst der Telematik-Infrastruktur (TI) heruntergeladen und für die über den Dienst der TI elektronisch signierte Quittungen* bereitgestellt wurden. Die Vertragspartner gehen davon aus, dass die Angaben der elektronischen Verordnung nach § 86 SGB V technisch vollständig und technisch fehlerfrei bereitgestellt werden und die QES zum Zeitpunkt der Aktivierung des Tasks (E-Rezept) gültig ist.
- (3) Bei der Quittung* handelt es sich um ein vom gematik Fachdienst signiertes elektronisches Dokument. Die Spezifikationshoheit liegt bei der gematik.
- (4) Der späteste Zeitpunkt der Quittungserzeugung* durch den Dienst der TI ist das Ende des auf die Abgabe folgenden Werktages.

§ 2

Abgabedatensatz

- (1) Der Abgabedatensatz enthält die für die Abrechnung der Apotheken notwendigen Informationen.
- (2) Dies sind insbesondere
 - [1.] das Institutionskennzeichen der Apotheke nach § 293 Absatz 5 SGB V
 - [2.] Pharmazentralnummer (PZN), auch bei Hilfsmitteln bzw. Hilfsmittelpositionsnummer (insbesondere Applikationshilfen)
 - [3.] der Bruttopreis des abgegebenen Arzneimittels
 - [4.] der (Mengen-) Faktor des abgegebenen Arzneimittels
 - [5.] das Gesamt-Brutto der Verordnung

* Begriffe, die mit einem „*“ gekennzeichnet sind, obliegen der Regelungsbefugnis der gematik

- [6.] der Betrag der gesetzlichen Zuzahlung
- [7.] das Abgabedatum
- [8.] die Identifikationsnummer* der elektronischen Verordnung nach § 86 SGB V
- [9.] Daten zu Änderungen, die sich aus der Auswahl des Arzneimittels ergeben
- [10.] Daten, die aus der Verordnung eine abgabefähige Verordnung machen (analog Rahmenvertrag § 129 Absatz 2 SGB V).
- [11.] Chargenbezeichnung des authentifizierungspflichtigen Arzneimittels (§ 10 Absatz 1c AMG), sofern auf der äußeren Umhüllung das Sicherheitsmerkmal (Data Matrix Code) vorhanden ist**

Das Nähere ergibt sich aus der Technischen Anlage 7.

- (3) Der zur Abrechnung bestimmte Abgabedatensatz ist elektronisch zu signieren. Das Nähere hierzu ist im Rahmenvertrag nach § 129 Absatz 2 SGB V geregelt.

§ 3

Weiterleitung der elektronischen Verordnung nach § 86 SGB V, der Quittung*, des elektronischen Abgabedatensatzes und des elektronischen Abrechnungsdatensatzes

Zur Abrechnung bestimmte elektronische Verordnungen nach § 86 SGB V, die dazugehörigen signierten Quittungen* aus der TI, sowie die signierten Abgabedatensätze und der Abrechnungsdatensätze sind an die Krankenkassen oder die von ihnen benannten Stellen weiterzuleiten. Das Nähere ergibt sich aus der Technischen Anlage 7.

§ 4

Abrechnung und Übermittlung der Daten

- (1) Die Apotheken rechnen ihre Leistungen spätestens einen Monat nach Ablauf des Kalendermonats, in dem die Lieferung erfolgte, mit den Krankenkassen oder den von diesen benannten Stellen ab. Die Abrechnung besteht aus der elektronischen Rechnung und der Datenübertragung der Daten nach § 3.

** Sollte die Spezifikationen nach § 312 Abs. 1 Nr. 3 SGB V der gematik darüberhinausgehende Datenlieferungsverpflichtungen vorsehen, werden die Vertragspartner über die Umsetzung in der Ziffer 11 verhandeln. Dabei sollen Praktikabilität, IT-Unterstützung und Aufwand berücksichtigt werden.

- (2) Die Krankenkassen oder ihre Verbände können mit der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen maßgeblichen Organisation der Apotheker auf Landesebene ergänzende Verträge schließen. Hierzu zählen insbesondere weitere Einzelheiten des Abrechnungsverfahrens, insbesondere der Abrechnungsfristen, der Lieferung der Daten sowie der Begleichung der Rechnung.
- (3) Für die technische und organisatorische Form der Übermittlung der Daten nach Absatz 1 durch Datenfernübertragung (Standards sowie Kontroll- und Berichtigungsverfahren bei Fehlern in der Datenübermittlung) sind die Bestimmungen nach der TA 7 anzuwenden.

Anlage 2 – Umgang mit dem Arzneiverordnungsblatt (Muster 16), Weiterleitung und Abrechnung des Arzneiverordnungsblatts (Muster 16)

§ 1

Bedruckung des Arzneiverordnungsblattes

Die PZN des abgegebenen Arzneimittels sowie der entsprechende Mengenfaktor und der Einzelbruttopreis sind in die vorgesehenen Feldbegrenzungen zu übertragen. Das Nähere ergibt sich aus dem Rahmenvertrag nach § 129 Absatz 2 SGB V und der TA 1 und TA 2.

§ 2

Verwendung und Weiterleitung der Verordnungsblätter

(1) Zur Abrechnung bestimmte Verordnungsblätter sind an die Krankenkassen oder die von ihnen benannten Stellen weiterzuleiten. Die Verordnungsblätter enthalten die in Absatz 2 genannten Angaben.

(2) Angaben nach Absatz 1 sind, soweit zutreffend:

[1.] Kostenträgerinformationen

[1.1] Bezeichnung der Krankenkasse bzw. anderer Kostenträger

[1.2] IK der Krankenkasse bzw. des Kostenträgers

[2.] Versicherteninformationen

[2.1] Name, Vorname, Geburtsdatum und Anschrift des Versicherten

[2.2] Krankenversicherungsnummer

[2.3] Status des Versicherten derzeit gemäß elektronischer Gesundheitskarte

[2.4] Kennzeichnung Zuzahlungsstatus

[3.] Informationen der verschreibenden Person

[3.1] Unterschrift des Vertragsarztes (umfasst Vertragsärzte, Zahnärzte und Krankenhausärzte im Rahmen des Entlassmanagements)

[3.2] Vertragsarztstempel oder entsprechender Aufdruck

[3.3] Lebenslange Arztnummer

[3.4] Betriebsstättennummer bzw. Standort-ID

[4.] Verordnungsinformation

[4.1] verordnetes Arzneimittel (Verordnungswille) inkl. Pflichtangaben nach AMVV/ BtMVV

[4.2] Kennzeichnung der Statusgruppen (insbesondere 6, 7, 8 und 9) sowie des Feldes Begründungspflicht, soweit zutreffend

- [4.3] Ausstellungsdatum
- [4.4] Datum des Unfalls/ Arbeitsunfalls
- [4.5] Kennzeichnung für Unfall
- [4.6] Unfallbetrieb
- [4.7] Kennzeichnung für Arbeitsunfall
- [4.8] Kennzeichnung im noctu-Feld
- [4.9] Kennzeichnung aut idem

[5.] Apothekenangaben

- [5.1] Institutionskennzeichen der Apotheke nach § 293 Absatz 5 SGB V
- [5.2] (Gesamt-) Betrag der gesetzlichen Zuzahlung
- [5.3] Gesamt-Brutto (nach [5.6])
- [5.4] Pharmazentralnummer (PZN), auch bei Hilfsmitteln bzw. Hilfsmittelpositionsnummer (insbesondere Applikationshilfen)
- [5.5] (Mengen-) Faktor
- [5.6] Bruttopreis je abgegebenem Arzneimittel
- [5.7] Apothekenstempel oder entsprechender Aufdruck, soweit keine Angabe des IK der Apotheke erfolgt
- [5.8] Abgabedatum
- [5.9] Namenszeichen der oder des für die Abgabe Verantwortlichen
- [5.10] Beleg-Nummer des Arzneiverordnungsblattes
- [5.11] Transaktionscode, soweit erforderlich
- [5.12] Hash-Code, soweit erforderlich

(3) Die nachfolgenden Angaben nach Absatz 2 werden vom Arzt auf das Verordnungsblatt übertragen (Arztfeld), bei Anwendung des Ersatzverfahrens für die elektronische Gesundheitskarte ggf. in eingeschränktem Umfang:

- [1.1] Bezeichnung der Krankenkasse bzw. anderer Kostenträger oder
- [1.2] IK der Krankenkasse bzw. des Kostenträgers

- [2.1] Name, Vorname, Geburtsdatum und Anschrift des Versicherten
- [2.2] Krankenversichertennummer
- [2.3] Status des Versicherten (einschließlich der Kennzeichen nach § 267 Absatz 5 Satz 1 SGB V)
- [2.4] Kennzeichnung Zuzahlungsstatus

- [3.1] Unterschrift des Vertragsarztes
- [3.2] Vertragsarztstempel oder entsprechender Aufdruck
- [3.3] Lebenslange Arztnummer
- [3.4] Betriebsstättennummer, bzw. Standort-ID

- [4.1] verordnetes Arzneimittel (Verordnungswille) inkl. Pflichtangaben nach AMVV/ BtMVV
- [4.2] Kennzeichnung der Statusgruppen (insbesondere 6, 7, 8 und 9) sowie des Feldes Begründungspflicht, soweit zutreffend
- [4.3] Ausstellungsdatum
- [4.4] Datum des Unfalls/ Arbeitsunfalls
- [4.5] Kennzeichnung für Unfall
- [4.6] Unfallbetrieb
- [4.7] Kennzeichnung für Arbeitsunfall
- [4.8] Kennzeichnung im noctu-Feld
- [4.9] Kennzeichnung aut idem

(4) Ein Fehlen der nachfolgenden Angaben aus Absatz 2 berechtigt nicht zur Zurückweisung des Arzneiverordnungsblattes (Muster 16) bei der Abrechnung:

[1.1/1.2] Bezeichnung der Krankenkasse bzw. anderer Kostenträger oder IK der Krankenkasse bzw. des Kostenträgers

[2.1/2.2] Name, Vorname, Geburtsdatum und Anschrift des Versicherten oder Krankenversicherungsnummer

[2.4] Kennzeichnung Zuzahlungsstatus

[3.3] Lebenslange Arztnummer

[3.4] Betriebsstättennummer bzw. Standort-ID

[4.2] Kennzeichnung der Statusgruppen (insbesondere 6, 7, 8 und 9) sowie des Feldes Begründungspflicht, soweit zutreffend

[4.4] Datum des Unfalls/ Arbeitsunfalls

[4.5] Kennzeichnung für Unfall

[4.6] Unfallbetrieb

[4.7] Kennzeichnung für Arbeitsunfall

[4.8] Kennzeichnung im noctu-Feld

Diese Angaben können in Einzelfällen vom Apotheker korrigiert oder ergänzt oder korrigiert und ergänzt werden. Änderungen sind vom Apotheker abzuzeichnen. Bei Anwendung des Ersatzverfahrens und Fehlen der Angaben zu [2.1/2.2] sind mindestens Name, Vorname und Geburtsdatum des Versicherten zu übermitteln. Bei Betäubungsmitteln sind betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften zu beachten. Bei T-Rezepten nach § 3a AMVV sind die Vorschriften der AMVV zu beachten.

- (5) Die nachfolgenden Angaben aus Absatz 2 werden vom Apotheker aufgetragen (Apothekenfeld):
- [5.1] Institutionskennzeichen der Apotheke nach § 293 Absatz 5 SGB V
 - [5.2] (Gesamt-) Betrag der gesetzlichen Zuzahlung
 - [5.3] Gesamt-Brutto (nach [5.6])
 - [5.4] Pharmazentralnummer (PZN), auch bei Hilfsmitteln bzw. Hilfsmittelpositionsnummer (insbesondere Applikationshilfen)
 - [5.5] (Mengen-) Faktor
 - [5.6] Bruttopreis je abgegebenem Arzneimittel
 - [5.7] Apothekenstempel oder entsprechender Aufdruck, soweit keine Angabe des IK der Apotheke erfolgt
 - [5.8] Abgabedatum
 - [5.9] Namenszeichen der oder des für die Abgabe Verantwortlichen
 - [5.10] Beleg-Nummer des Arzneiverordnungsblattes
 - [5.11] Transaktionscode, soweit erforderlich
 - [5.12] Hash-Code, soweit erforderlich

Die Angaben, bis auf [5.7], [5.8] und [5.9], sind maschinenlesbar aufzutragen. Die Angabe [5.10] ist von der Apotheke oder ihrem Rechenzentrum aufzutragen (TA 1). Die Apotheke stellt sicher, dass die nach Absatz 1 übermittelten Verordnungsblätter nach Beleg-Nummern aufsteigend sortiert den Krankenkassen oder den von ihnen benannten Stellen zur Verfügung gestellt werden. Darüber hinaus gehende Regelungen ergeben sich aus den TA der Anlage 3.

§ 3

Abrechnung und Übermittlung der Daten

- (1) Die Apotheken rechnen ihre Leistungen spätestens einen Monat nach Ablauf des Kalendermonats, in dem die Lieferung erfolgte, mit den Krankenkassen oder den von diesen benannten Stellen ab. Die Abrechnung besteht aus der Rechnung, der Datenfernübertragung nach Absatz 3 sowie den Verordnungsblättern. Die Bereitstellung der Verordnungsblätter in digitalisierter Form erfolgt nach § 4.
- (2) Die Krankenkassen oder ihre Verbände können mit der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen maßgeblichen Organisation der Apotheker auf Landesebene ergänzende Verträge schließen. In diesen Verträgen können die Vertragspartner Einzelheiten des Abrechnungsverfahrens, insbesondere Abrechnungsfristen, Anlieferung der Datenträger und Verordnungsblätter sowie Begleichung der Rechnung regeln.

(3) Die nachfolgenden Angaben aus § 2 Absatz 2 werden mittels Datenfernübertragung übermittelt:

[1.2] IK der Krankenkasse bzw. des Kostenträgers

[2.2] Krankenversichertennummer

[2.4] Kennzeichnung Zuzahlungsstatus

[3.3] Lebenslange Arztnummer

[3.4] Betriebsstättennummer bzw. Standort-ID

[4.2.] Kennzeichnung der Statusgruppen (insbesondere 6, 7, 8 und 9) sowie des Feldes Begründungspflicht, soweit zutreffend

[4.3] Ausstellungsdatum

[4.4] Datum des Unfalls/ Arbeitsunfalls

[4.5] Kennzeichnung für Unfall

[4.6] Unfallbetrieb

[4.7] Kennzeichnung für Arbeitsunfall

[4.8] Kennzeichnung im noctu-Feld

[4.9] Kennzeichnung aut idem

[5.1] Institutionskennzeichen der Apotheke nach § 293 Absatz 5 SGB V

[5.2] (Gesamt-) Betrag der gesetzlichen Zuzahlung

[5.3] Gesamt-Brutto (nach [5.6])

[5.4] Pharmazentralnummer (PZN), auch bei Hilfsmitteln bzw. Hilfsmittelpositionsnummer (insbesondere Applikationshilfen)

[5.5] (Mengen-) Faktor

[5.6] Bruttopreis je abgegebenem Arzneimittel

[5.7] Apothekenstempel oder entsprechender Aufdruck, soweit keine Angabe des IK der Apotheke erfolgt

[5.8] Abgabedatum

[5.10] Beleg-Nummer des Arzneiverordnungsblattes

[5.11] Transaktionscode, soweit erforderlich

[5.12] Hash-Code, soweit erforderlich

Bei Anwendung des Ersatzverfahrens und Fehlen der Angaben zu [4] sind mindestens Name, Vorname und Geburtsdatum des Versicherten zu übermitteln.

(4) Für die technische und organisatorische Form der Übermittlung der Daten nach Absatz 3 durch Datenfernübertragung (Standards sowie Kontroll- und Berichtigungsverfahren bei Fehlern in der Datenübermittlung) sind die Bestimmungen nach TA 3 anzuwenden.

- (5) Die Apotheken stellen sicher, dass die Angaben nach § 2 Absatz 2
- [5.1] Institutionskennzeichen der Apotheke nach § 293 Absatz 5 SGB V
 - [5.2] (Gesamt-) Betrag der gesetzlichen Zuzahlung
 - [5.3] Gesamt-Brutto (nach [5.6])
 - [5.4] Pharmazentralnummer (PZN), auch bei Hilfsmitteln bzw. Hilfsmittelpositionsnummer (insbesondere Applikationshilfen)
 - [5.5] (Mengen-) Faktor
 - [5.6] Bruttopreis je abgegebenem Arzneimittel
 - [5.7] Apothekenstempel oder entsprechender Aufdruck, soweit keine Angabe des IK der Apotheke erfolgt
 - [5.8] Abgabedatum

vollständig erfasst und übermittelt werden.

- (6) Für Ordnungsblätter, bei denen Angaben nach § 2 Absatz 2
- [1.2] IK der Krankenkasse bzw. des Kostenträgers
 - [2.2] Krankenversicherungsnummer
 - [2.3] Status des Versicherten (einschließlich der Kennzeichen nach § 267 Absatz 5 Satz 1 SGB V)
 - [2.4] Kennzeichnung Zuzahlungsstatus

 - [3.3] Lebenslange Arztnummer
 - [3.4] Betriebsstättennummer bzw. Standort-ID

 - [4.2.] Kennzeichnung der Statusgruppen (insbesondere 6, 7, 8 und 9) sowie des Feldes Begründungspflicht, soweit zutreffend
 - [4.3] Ausstellungsdatum
 - [4.4] Datum des Unfalls/ Arbeitsunfalls, soweit zutreffend
 - [4.5] Kennzeichnung für Unfall, soweit zutreffend
 - [4.6] Unfallbetrieb
 - [4.7] Kennzeichnung für Arbeitsunfall
 - [4.8] Kennzeichnung im noctu-Feld
 - [4.9] Kennzeichnung aut idem

nicht den Anforderungen der TA 2 entsprechen (Maschinenlesbarkeit), sind arztfeldbezogene Fehlerprotokolle durch Datenfernübertragung zu übermitteln. Näheres regelt die TA 3.

- (7) Die Apotheken erfassen auch die Daten nach Absatz 6 nach. Der durch die Nacherfassung verursachte Mehraufwand wird von den Krankenkassen ausgeglichen. Die Krankenkassen oder ihre Verbände können mit der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen maßgeblichen Organisation der Apotheker auf Landesebene ergänzende Vereinbarungen über die Abgeltung des Mehraufwandes schließen.

§ 4

Bereitstellung der Arzneiverordnungsblätter in digitalisierter Form

- (1) Die Arzneiverordnungsblätter sind in digitalisierter Form (Images) spätestens 10 Arbeitstage nach Rechnungsstellung in elektronischer Form zu übermitteln. Nach Übermittlung der digitalisierten Verordnungsblätter an die Krankenkassen sind die zwischengespeicherten Images weitere 6 Wochen für technische Rückfragen aufzubewahren. Für die technische und organisatorische Form der Übermittlung der Images (Standards sowie Kontroll- und Quittierungsverfahren) sind die Bestimmungen nach der TA 4 anzuwenden.
- (2) Die Krankenkassen leisten für die Digitalisierung und Übermittlung der Verordnungsblätter mit Arzneimitteln in digitalisierter Form eine Kostenpauschale in Höhe von 0,0187 € je Arzneiverordnungsblatt (Image). Auf die Summe der Kostenpauschalen ist die Umsatzsteuer zu erheben.
- (3) Darüber hinaus gehende Leistungen (Serviceverfahren) können die Krankenkassen oder ihre Verbände mit der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen maßgeblichen Organisation der Apotheker auf Landesebene in gesonderten Verträgen regeln.

Anlage 3 – Technische Anlagen

Technische Anlage 1 zur Arzneimittelabrechnungsvereinbarung gemäß § 300 Absatz 3 SGB V

Technische Anlage 2 zur Arzneimittelabrechnungsvereinbarung gemäß § 300 Absatz 3 SGB V

Technische Anlage 3 zur Arzneimittelabrechnungsvereinbarung gemäß § 300 Absatz 3 SGB V

Technische Anlage 4 zur Arzneimittelabrechnungsvereinbarung gemäß § 300 Absatz 3 SGB V

Technische Anlage 6 zur Arzneimittelabrechnungsvereinbarung gemäß § 300 Absatz 3 SGB V

Technische Anlage 7 zur Arzneimittelabrechnungsvereinbarung gemäß § 300 Absatz 3 SGB V

Berlin, den

Deutscher Apothekerverband e.V.

Berlin, den

GKV-Spitzenverband
