

**Vereinbarung  
über die Übermittlung von Daten  
im Rahmen der Arzneimittelabrechnung gemäß § 300 SGB V  
vom 04.11.1994**

Zwischen

dem AOK-Bundesverband, Bonn-Bad Godesberg,  
dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen,  
dem Bundesverband der Innungskrankenkassen, Bergisch Gladbach,  
dem Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel,  
der Bundesknappschaft, Bochum,  
der See-Krankenkasse, Hamburg,  
dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. , Siegburg,  
dem AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg,  
(nachstehend "Spitzenverbände" genannt)

einerseits

und

dem Deutschen Apothekerverband e.V., Eschborn/Ts.  
(nachstehend "DAV" genannt)

andererseits

wird folgende Vereinbarung geschlossen:

## **§ 1**

### **Gegenstand der Vereinbarung**

- (1) Gegenstand dieser Vereinbarung ist die Verwendung eines bundeseinheitlichen Kennzeichens nach § 300 Abs. 3 Nr. 1 SGB V.
- (2) Die Vereinbarung regelt weiterhin die Einzelheiten der Übertragung des Kennzeichens auf das für die vertragsärztliche Versorgung verbindliche Verordnungsblatt, die Arzneimittelabrechnung und die Übermittlung von Daten auf magnetischen Datenträgern oder durch Datenfernübertragung sowie die Weiterleitung der Verordnungsblätter an die Krankenkassen auf der Grundlage des § 300 Abs. 3 Nr. 2 SGB V.

## **§ 2**

### **Geltungsbereich der Vereinbarung**

Die Vereinbarung hat Rechtswirkung für die Krankenkassen nach § 4 SGB V sowie für öffentliche Apotheken, die gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen lieferberechtigt sind.

## **§ 3**

### **Bundeseinheitliches Kennzeichen**

- (1) Als bundeseinheitliches Kennzeichen für das verordnete Fertigarzneimittel wird die Pharmazentralnummer als Schlüssel zu Handelsname, Hersteller, Darreichungsform, Wirkstoffstärke und Packungsgröße des Arzneimittels vereinbart.
- (2) Die Spitzenverbände wirken in Verträgen nach § 131 Abs. 5 SGB V darauf hin, daß eine für Apotheken maschinell erfaßbare bundeseinheitliche Angabe des Kennzeichens auf der äußeren Umhüllung der Fertigarzneimittel im Code 39 im Farbenspektrum des EAN-Codes erfolgt und die Pharmazentralnummer jeweils zusätzlich in Klarschrift angegeben wird.

#### § 4

#### Übertragung des bundeseinheitlichen Kennzeichens

- (1) Die Apotheken sind gemäß § 300 Abs. 1 SGB V bei der Abgabe von Fertigarzneimitteln für Versicherte verpflichtet, das bundeseinheitliche Kennzeichen maschinenlesbar auf das für die vertragsärztliche Versorgung verbindliche Verordnungsblatt zu übertragen.
- (2) Das bundeseinheitliche Kennzeichen des abgegebenen Arzneimittels ist in die vorgesehene Feldbegrenzung zu übertragen. Sofern ein Vielfaches einer Packung abgegeben wird, ist neben dem bundeseinheitlichen Kennzeichen dieser Packung zusätzlich der Mengenfaktor für die jeweils abgegebene Anzahl einzutragen. Sind mehr als drei Mittel verordnet, sind die weiteren bundeseinheitlichen Kennzeichen an geeigneter Stelle (Anlage 2) auf der Vorderseite des Verordnungsblattes zu vermerken.
- (3) Wenn auf der äußeren Umhüllung des abgegebenen Arzneimittels kein bundeseinheitliches Kennzeichen aufgebracht ist, gilt als bundeseinheitliches Kennzeichen das in Anlage 1 vereinbarte Sonderkennzeichen. Anlage 1 regelt ferner die Verwendung weiterer Sonderkennzeichen, die Eintragung bei zulässiger gestückelter Abgabe und die Abrechnung in besonderen Fällen, insbesondere von Gebühren und besonderen Entgelten.
- (4) Die näheren Anforderungen an die Maschinenlesbarkeit ergeben sich aus Anlage 2.
- (5) Mit der Auftragung nach Absatz 1 bis 3 wird begonnen, wenn und soweit die Krankenversichertenkarte und das Verordnungsblatt Muster 16 (DIN A 6 Querformat) in den einzelnen Regionen eingeführt sind, frühestens am 1. Januar 1995. Künftige Änderungen des Verordnungsblattes erfolgen im Benehmen mit dem DAV.

## § 5

### 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. Die Sätze 1 und 2 gelten nach Maßgabe der Anlage 1 auch für Verordnungsblätter mit Arzneimitteln, bei denen der Bruttopreis (Absatz 2 Buchstabe r.) nicht höher als der entsprechende Betrag der gesetzlichen Zuzahlung ist.
  
- (2) Angaben nach Absatz 1 sind:
  - a. Bezeichnung der Krankenkasse bzw. anderer Kostenträger
  - b. Kassen-Nummer
  - c. Name, Vorname, Geburtsdatum und Anschrift des Versicherten
  - d. Versicherten-Nummer
  - e. Vertragsarzt-Nummer<sup>1</sup>
  - f. Gültigkeitsdatum der Versichertenkarte
  - g. Ausstellungsdatum
  - h. Status des Versicherten (einschließlich der Kennzeichen nach § 267 Abs. 5 Satz 1 SGB V)
  - i. Kennzeichnung der Statusgruppen 6, 7, 8 und 9 sowie des Feldes Begründungspflicht, soweit zutreffend
  - j. Kennzeichnung für Unfall, soweit zutreffend
  - k. Kennzeichnung für Arbeitsunfall, soweit zutreffend
  - l. Kennzeichnung der Gebührenpflicht und der Gebührenbefreiung, soweit zutreffend
  - m. Kennzeichnung im noctu-Feld, soweit zutreffend
  - n. Unterschrift des Vertragsarztes
  - o. Vertragsarztstempel oder entsprechender Aufdruck
  - p. Kennzeichen nach § 4 dieses Vertrages, auch bei Hilfsmitteln
  - q. (Mengen-) Faktor
  - r. Bruttopreis je verordnetem Mittel, abrechnungsfähig nach §§ 31 Abs. 2 und 129 SGB V

1 In der Regel die 7-stellige KBV-Arzt-Nummer

- s. Gesamt-Brutto (nach Buchstabe r.)
- t. (Gesamt-) Betrag der gesetzlichen Zuzahlung
- u. Institutionskennzeichen der Apotheke nach § 293 SGB V 2
- v. Apothekenstempel oder entsprechender Aufdruck, soweit keine Angabe nach Buchstabe u. erfolgt
- w. Abgabedatum
- x. Beleg-Nummer des Verordnungsblattes.

- (3) Die Angaben nach Absatz 2 Buchstaben a. bis o. werden vom Arzt auf das Verordnungsblatt übertragen (Arztfeld), bei Anwendung des Ersatzverfahrens für die Krankenversichertenkarte ggf. in eingeschränktem Umfang. Ein Fehlen der Angaben nach Absatz 2 Buchstaben a. oder b., c. oder d.<sup>3</sup>, e., f. und i. bis m. berechtigt nicht zur Zurückweisung des Verordnungsblattes bei der Abrechnung. Formfehler können in Einzelfällen<sup>4</sup> vom Apotheker geheilt werden. Änderungen sind vom Apotheker abzuzeichnen.
- (4) Die Angaben nach Absatz 2 Buchstaben p. bis w. werden vom Apotheker aufgetragen (Apothekenfeld), dabei ist die Angabe nach Buchstabe p. maschinenlesbar aufzutragen. Die Angabe nach Absatz 2 Buchstabe x. ist von der Apotheke aufzutragen (Anlage 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. Das Nähere ergibt sich aus Anlage 3.
- (5) Werden die Angaben nach Absatz 2 Buchstaben p. bis w. (ohne v.) maschinell auf das Verordnungsblatt übertragen, erhält die Apotheke mit der Zahlung des Abrechnungsbetrages von der Krankenkasse einen Betrag von 0,02 DM je Verordnungsblatt. Diese Zuschußregelung beginnt am 1. April 1995 und endet mit der Zuschußzahlung für den Abrechnungsmonat März 1998.

- 2 Die Pflicht zur Angabe des Institutionskennzeichens sowie zu dessen Übermittlung nach § 6 Absatz 3 besteht nicht, wenn und soweit die Apotheke die Erteilung eines Institutionskennzeichens bis zum 31.12.1994 beantragt, aber noch nicht erhalten hat. In diesen Fällen ist die bisher verwendete Apotheken-Nummer aufzutragen.
- 3 Bei Anwendung des Ersatzverfahrens genügen Name, Vorname und Geburtsdatum des Versicherten als Angabe zu Buchstabe d.
- 4 Bei Betäubungsmitteln sind die Einschränkungen der betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften zu beachten.

## § 6

### 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, dem magnetischen Datenträger bzw. der Datenfernübertragung nach Absatz 3 sowie den Ordnungsblättern. Die Bereitstellung der Ordnungsblätter in digitalisierter Form erfolgt nach § 7.
- (2) In ergänzenden Verträgen regeln die Landesverbände der Krankenkassen mit den Mitgliedsverbänden des DAV bzw. die Verbände der Ersatzkassen mit dem DAV weitere Einzelheiten des Abrechnungsverfahrens, insbesondere der Abrechnungsfristen, der Anlieferung der Datenträger und Ordnungsblätter sowie der Begleichung der Rechnung.
- (3) Die magnetischen Datenträger bzw. die Datenfernübertragung enthalten die Angaben nach § 5 Absatz 2 Buchstaben b., d., e., g. bis m., p. bis u., w. und x., bei Hilfsmitteln anstelle der Angabe nach Buchstabe p. die Positions-Nummer des Hilfsmittelverzeichnisses der Spitzenverbände<sup>5</sup>. Die Angabe nach § 5 Absatz 2 Buchstabe w. erfolgt, wenn hierfür auf dem Ordnungsblatt ein entsprechendes Feld eingerichtet ist. Bei im Ersatzverfahren ausgestellten Ordnungsblättern sind anstelle der Angabe nach Buchstabe d. Name, Vorname und Geburtsdatum des Versicherten zu übermitteln. Die Sätze 1 bis 3 gelten auch für Ordnungsblätter nach § 4 Absatz 2 Satz 3 und § 5 Absatz 1 Satz 3.
- (4) Für die technische und organisatorische Form der Übermittlung der Daten nach Absatz 3 auf magnetischen Datenträgern bzw. durch Datenfernübertragung (Standards sowie Kontroll- und Berichtigungsverfahren) sind die Bestimmungen nach Anlage 3 anzuwenden.
- (5) Die Apotheken stellen sicher, daß die Angaben nach § 5 Absatz 2 Buchstaben p. bis u. und w. (Apothekenangaben) vollständig erfaßt und übermittelt werden.

<sup>5</sup> § 6 Absatz 3 Satz 1 letzter Halbsatz gilt vorbehaltlich endgültiger Richtlinien nach § 302 Abs. 2 SGB V. Die Spitzenverbände erklären sich bereit, die nach dieser Vereinbarung getroffenen Regelungen in den Richtlinien umzusetzen.

- (6) Für Verordnungsblätter, bei denen Angaben nach § 5 Absatz 2 Buchstaben b., d., e. und g. bis m. (Arztangaben) nicht den Anforderungen der Anlage 2 entsprechen (Maschinenlesbarkeit), sind arztfeldbezogene Fehlerprotokolle auf dem magnetischen Datenträger bzw. durch Datenfernübertragung zu übermitteln. Näheres regelt die Anlage 3.
- (7) Die Apotheken erfassen auch die Daten nach Absatz 6 nach. Absatz 3 Satz 3 gilt entsprechend. Der durch die Nacherfassung verursachte Mehraufwand wird von den Krankenkassen ausgeglichen. Die Landesverbände der Krankenkassen treffen mit den Mitgliedsverbänden des DAV und die Verbände der Ersatzkassen mit dem DAV ergänzende Vereinbarungen über die Abgeltung des Mehraufwandes. Können sich die Vertragsparteien über die Grundlage der Berechnung des auszugleichenden Mehraufwandes bis zum 30. Juni 1995 nicht einigen, wird diese 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 Frankfurt/Main. Die Kosten des Gutachtens tragen beide Seiten zu gleichen Teilen.

## **§ 7**

### **Bereitstellung der Verordnungsblätter in digitalisierter Form**

- (1) Die Verordnungsblätter sind in digitalisierter Form (Images) bis zu 4 Wochen nach Ablauf des Abrechnungsmonats auf Abruf bereit zu halten und der Krankenkasse auf Verlangen am Ort der Imageerstellung zur Verfügung zu stellen. Nach Übergabe der digitalisierten Verordnungsblätter an die Krankenkassen sind die zwischengespeicherten Images höchstens weitere 6 Wochen aufzubewahren. Für die technische und organisatorische Form der Bereitstellung der Images (Standards sowie Kontroll- und Quittierungsverfahren) sind die Bestimmungen nach Anlage 4 anzuwenden.

- (2) Die Krankenkassen leisten für die Digitalisierung und Bereithaltung der Verordnungsblätter mit Arzneimitteln in digitalisierter Form eine Kostenpauschale in Höhe von 0,0365 DM zuzüglich Mehrwertsteuer je Verordnungsblatt (Image). Die Kostenpauschale für die Digitalisierung und Bereithaltung der Verordnungsblätter für Hilfsmittel ist in den Lieferverträgen zu regeln.
- (3) Darüber hinausgehende Leistungen (Serviceverfahren) regeln die Landesverbände der Krankenkassen mit den Mitgliedsverbänden des DAV bzw. die Verbände der Ersatzkassen mit dem DAV in gesonderten Verträgen. Hierzu zählen insbesondere die Anforderung selektierter Teilmengen, die Übermittlung mittels Datenfernübertragung, die Auswertung im Auftrag und die Image-Verwaltung in Rechenzentren oder sonstigen Abrechnungsstellen außerhalb der Krankenkassen. Für die technische Form der Verfahren sind die Standards der Anlage 4 anzuwenden.

#### **§ 8**

#### **Rechenzentren**

Die Apotheken können zur Erfüllung ihrer Verpflichtungen nach dieser Vereinbarung Rechenzentren oder sonstige Abrechnungsstellen in Anspruch nehmen.

#### **§ 9**

#### **Datenschutz**

Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen des Bundes und der Länder sind umfassend zu beachten.

#### **§ 10**

#### **Übergangsregelungen**

- (1) Die Regelungen nach § 5 Absatz 4 Satz 2 und 3, § 6 Absatz 1 Satz 3, Absatz 3 bis 7 sowie § 7 finden im Jahre 1995 nur Anwendung, wenn und soweit die entsprechenden technischen Voraussetzungen zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Mitgliedsverbänden des DAV sowie den Verbänden der Ersatzkassen und dem DAV gegeben sind. Bis zum 31. Dezember 1995 sollen die vereinbarten Testverfahren nach Anlagen 3 und 4 abgeschlossen sein.

- (2) Für den Übergangszeitraum 01. Januar bis 31. Dezember 1995 sind auf magnetischen Datenträgern zumindest die Angaben nach § 5 Absatz 2 Buchstaben b., e., h., i., s., t., u. und x. zu übermitteln<sup>6</sup>. Für die technische und organisatorische Form der Übermittlung der Daten sind die Bestimmungen nach Anlage 5 anzuwenden. Im übrigen richtet sich die Abrechnung nach den geltenden Arzneilieferverträgen und Abrechnungsvereinbarungen.

## § 11

### Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Diese Vereinbarung tritt am 1. Januar 1995 in Kraft. Sie kann erstmals zum 31. Dezember 2000 gekündigt werden. Im übrigen gilt eine Kündigungsfrist von 6 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres. Das Recht zur außerordentlichen Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt.
- (2) Die Vereinbarung über die Datenübermittlung für den Risikostrukturausgleich nach § 267 Abs. 5 SGB V vom 10. Juni 1994 tritt am 31. Dezember 1995 außer Kraft.
- (3) Sollte eine der Bestimmungen dieser Vereinbarung ganz oder teilweise rechtswirksam 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. Dies gilt entsprechend, wenn Bestimmungen des Sozialgesetzbuches, die dieser Vereinbarung zugrundeliegen, durch das Bundesverfassungsgericht für nichtig erklärt werden.

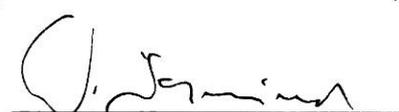
<sup>6</sup> Die Angaben nach den Buchstaben e., h., u. und x. erfolgen in der Form, wie sie in den bisherigen Codierverfahren verwendet werden.

Bonn Bad-Godesberg, Essen, Bergisch-Gladbach, Kassel, Bochum, Hamburg, Siegburg  
und Eschborn

AOK-Bundesverband



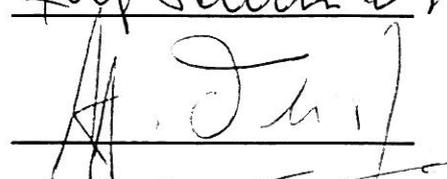
Bundesverband der Betriebskrankenkassen



Bundesverband der Innungskrankenkassen



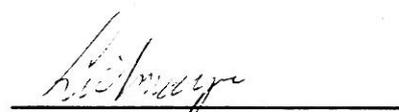
Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen



Bundesknappschaft



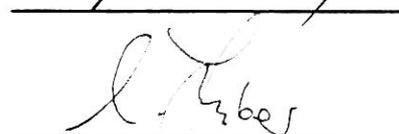
See-Krankenkasse



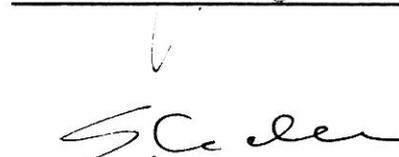
Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.



AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.



und



Deutscher Apothekerverband e.V.

