

**Vereinbarung über die Versorgung mit  
aufsaugenden Inkontinenzhilfen (Produktgruppe 15) zum zwischen  
der Knappschaft Saarbrücken und dem Saarländischen Apothekerverein e.V.  
geschlossenen Hilfsmittelversorgungsvertrag vom 24. August 2006**

**Die Vereinbarung wird geschlossen**

**zwischen der**

**der Knappschaft, Regionaldirektion Saarbrücken,  
St. Johanner Str. 46-48, 66111 Saarbrücken**

**sowie**

**der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)  
als landwirtschaftliche Krankenkasse,  
Weißensteinstraße 70-72, 34131 Kassel**

**- im Folgenden Krankenkasse<sup>\*2</sup> genannt -**

<sup>\*2</sup> *auf den Einzelfall bezogene Regelungen sind jeweils auf die für den Versicherten zuständigen Krankenkasse anzuwenden.*

**und**

**dem Saarländischen Apothekerverein e.V., Zähringerstr. 5, 66119 Saarbrücken,  
handelnd für dessen Mitglieds-Apotheken**

**(nachfolgend „Apotheke“ genannt)**

## § 1

### Gegenstand und Anwendungsbereich

1. Gegenstand dieser Vereinbarung ist die Versorgung von Versicherten der Krankenkasse mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen auf Basis einer pauschalen monatlichen Vergütung für die tatsächliche Dauer der benötigten Versorgung. Soweit hier keine abweichenden Regelungen getroffen sind, gelten für die in dieser Anlage geregelten Produktuntergruppen die Bestimmungen des Hilfsmittelversorgungsvertrages der Knappschaft mit dem Saarländischen Apothekerverein e. V. vom 24. August 2006 sowie der Änderungsvereinbarung der Abrechnung vom Juni 2012.
2. Die Versorgung umfasst sämtliche aufsaugenden Inkontinenzhilfsmittel der Produktuntergruppen 15.25.02, 15.25.30 (15.25.01 – Stand: 02/2016), 15.25.31 (15.25.03 – Stand: 02/2016) und 15.25.32. Die Vereinbarung umfasst nur aufsaugende Inkontinenzversorgungen von Versicherten im ambulanten Bereich.
3. Die Vereinbarung umfasst **nicht** die Versorgung von Versicherten mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen, die in (voll)stationären (Pflege-)Einrichtungen u. a. der Alten- bzw. Behindertenpflege wohnen.
4. Eine Anwendung dieser Vereinbarung setzt eine vertragsärztliche Verordnung über aufsaugende Inkontinenzhilfsmittel voraus.

## § 2

### Geltungsbereich des Vertrages

1. Der Vertrag hat Rechtswirkung für die Knappschaft und die SVLFG.
2. Der Vertrag hat im Rahmen des § 3 Rechtswirkung für öffentliche Apotheken, deren Leiter Mitglied des Saarländischen Apothekervereins e.V. sind.
3. Öffentliche Apotheken, deren Leitern nicht Mitglied des Saarländischen Apothekervereins e.V. ist, können dieser Vereinbarung beitreten, sofern der Betriebssitz der Apotheke im Saarland liegt.

## § 3

### Abgabeberechtigung

1. Abgabeberechtigt sind alle Mitgliedsapotheken des Saarländischen Apothekervereins e.V., die über eine Präqualifizierungsbestätigung für diese Produktuntergruppen verfügen sowie dem Vertrag gemäß Anlage 1 beitreten. Ein Beitritt ist unter Einhaltung einer 3-Wochen-Frist jeweils zum 1. des Folgemonats möglich.  
Die Beitrittserklärung sowie die Präqualifizierungsbestätigung ist dem Saarländische Apothekerverein e.V. zu übermitteln. Der Saarländische Apothekerverein e.V. übermittelt der Krankenkasse unter Einhaltung einer 2-Wochen-Frist jeweils zum 1. eines Monats den aktuellen Stand der dem Vertrag beigetretenen Apotheken in Form einer Excel-Tabelle.

Sind für den betreffenden Monat keine Apotheken diesem Vertrag beigetreten, entfällt die Mitteilungspflicht. Die Excel-Tabelle muss folgende Angaben enthalten:

- Name und Anschrift der Apotheke
  - Telefon
  - Telefax
  - IK
  - Inhaber/in
  - Angabe Haupt- (ggf.) und Filialapotheke(n)
  - Ggf. Filialleiter/in
2. Nicht dem Vertrag beigetretene Mitglieds-Apotheken des Saarländischen Apothekervereins e.V. sind im Rahmen dieses Vertrages nicht abgabeberechtigt.
  3. Die Abgabeberechtigung nach diesem Vertrag endet, sobald die Voraussetzungen hierfür nicht mehr vorliegen.

#### **§ 4**

#### **Umfang der Versorgung**

1. Die Versorgung umfasst die Abgabe von Hilfsmitteln gemäß der Produktbeschreibung des Hilfsmittelverzeichnis sowie die fachgerechte Erbringung der für ihre therapiegerechte Anwendung erforderlichen Dienst- und Serviceleistungen.
2. Dienst- und Serviceleistungen im Sinne des Absatzes 1 sind die Information und Beratung sowie die umfassenden Einweisungen des Versicherten oder von ihm beauftragter Personen sowie ggf. des Pflegedienstes in den sachgerechten Gebrauch der Hilfsmittel, Haus- oder Krankenhausbesuche und die Anlieferung.
3. Die Abgabe bzw. Lieferung von Produkten in sachgerechter Verpackung erfolgt jeweils für den Bedarf eines Monats.
4. Die erste Abgabe bzw. Belieferung des Versicherten einschl. Gebrauchsanweisung hat unverzüglich zu erfolgen. Die kontinuierliche Belieferung der Versicherten im Rahmen der Folgeversorgungen ist rechtzeitig sicherzustellen.
5. Die Anlieferung der Hilfsmittel kann, soweit es sich nicht um eine Erst- oder Umversorgung handelt, mit Zustimmung des Versicherten auch über Zustelldienste erfolgen.
6. Eine Anlieferung an Dritte (z. B. Nachbarschaft) ist nur mit Zustimmung des Versicherten zulässig. Dies gilt auch bei Auslieferung über Zustelldienste.
7. Auf Wunsch der Versicherten hat die Lieferung in neutraler Verpackung zu erfolgen; eine Berechnung von Mehrkosten hierfür ist nicht zulässig.
8. Grundsätzlich sind anatomisch geformte Vorlagen abzugeben.

## **§ 5 Beratung und Information**

1. Vor einer Erstversorgung oder bei einer neuen Versorgung mit dem Versicherten unbekanntem Produkten (Umversorgung) hat ein persönliches Beratungsgespräch zur Bedarfsermittlung zu erfolgen, sofern der Versicherte hierauf nicht verzichtet. Der Verzicht auf das persönliche Beratungsgespräch ist schriftlich durch einen Mitarbeiter der Apotheke zu dokumentieren.
2. Der Versicherte ist in den Gebrauch der Produkte einzuweisen. Die Einweisung hat zum Ziel, dass sich der inkontinente Patient soweit wie möglich selbstständig versorgen kann. Dabei ist ihm zu vermitteln, wie er eigenständig Komplikationen erkennen und vermeiden kann und mit welchen Maßnahmen sich auftretende Probleme lösen lassen.
3. Dem Versicherten ist im Rahmen der Beratung, spätestens mit der ersten Lieferung ein Merkblatt zur Verfügung zu stellen, das Informationen enthält über:
  - die Kontaktdaten der Apotheke
  - ihre telefonische Erreichbarkeit während der Geschäftszeiten sowie
  - das Verfahren für die Bestellung von aufsaugenden Inkontinenzhilfsmitteln.
4. Die Apotheke hat den Versicherten über die Erteilung der Genehmigung durch die Krankenkasse zu informieren und darauf hinzuweisen, dass Kosten für eine Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzhilfsmitteln durch andere Leistungserbringer daher nur nach vorheriger Genehmigung durch die Krankenkasse übernommen werden können. Der Versicherte hat den Erhalt dieser Information schriftlich zu bestätigen (siehe Anlage 2).

## **§ 6 Qualität der Versorgung**

1. Die Versorgungen sowie Einweisungen / Schulungen haben sich an den gültigen Hygiene-, Pflege- und Versorgungsstandards (hier u. a. Expertenstandard „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“) zu orientieren. Die fachgerechte Versorgung umfasst die Bereitstellung von Hilfsmitteln, die die Harnausscheidungen auffangen, möglichst hautfern ableiten und speichernd sammeln um Infektionen, Hautläsionen und sonstige Störungen zu verhindern sowie die Integration in die Gesellschaft zu erreichen. Hierbei sind die ärztliche Verordnung, die Indikation/Diagnose, der Schweregrad der Inkontinenz bzw. die Ausscheidungsmengen zu beachten. Die Zugrundelegung pauschalierter Versorgungsmengen ist zu unzulässig.
2. Im Rahmen der Beratung und Einweisung dürfen nur qualifizierte Mitarbeiter mit ausreichender Berufserfahrung in der Patientenversorgung mit entsprechenden Produkten eingesetzt werden.
3. Zu Beginn einer Erst- und bei einer Umversorgung hat ein Beratungsgespräch u.a. zur Feststellung des individuellen Bedarfs des Versicherten unter Berücksichtigung der folgenden Punkte zu erfolgen:

- Ermittlung des individuellen Versorgungsbedarfs durch Mitarbeiter i. S. von Nr. 2
  - Ermittlung der notwendigen Körpermaße des Versicherten bei der Erstversorgung und/oder bei Veränderungen die Auswirkungen auf die Kontinenzversorgung haben.
  - Abklärung und Berücksichtigung von vorhandenen Allergien gegen bestimmte Materialien.
  - Abklärung ausreichender körperlicher und geistiger Fähigkeiten des Versicherten zur selbständigen Nutzung der Produkte oder bestehender Unterstützungsmöglichkeiten.
  - Aufklärung des Versicherten übers seine Ansprüche hinsichtlich einer aufzahlungsfreien Versorgung.
  - Persönliche Beratungen haben in einem akustisch und optisch abgegrenzten Bereich/Raum zu erfolgen.
  - Sofern notwendig, ist das Beratungsgespräch in der Wohnung des Versicherten durchzuführen.
4. Bei einer Erst- oder Umversorgung ist dem Versicherten im Bedarfsfall die Möglichkeit zu geben, unterschiedliche aufzahlungsfreie individuell geeignete Produkte (möglichst verschiedener Hersteller), die dem Schweregrad der Inkontinenz und ggf. sonstigen Behinderungen oder Erkrankungen des Versicherten entsprechen, zu erproben und für die Versorgung auszuwählen. Hierfür ist ihm für die unterschiedlichen Produktvarianten jeweils mindestens ein 3-Tagesbedarf zur Verfügung zu stellen. Spätestens 4 Wochen nach einer Erst- oder Umversorgung ist durch eine Kontaktaufnahme mit dem Versicherten zu prüfen, ob die Versorgung bedarfsgerecht oder eine andere Versorgung erforderlich ist.
5. Zu den Vertragspreisen liefert die Apotheke qualitativ hochwertige Produkte, die den Anforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses in der jeweils gültigen Fassung entsprechen. Hierfür kommen Produkte verschiedener Hersteller in Betracht. Der Apotheker stellt den Versicherten die medizinisch notwendige Menge eigenanteilsfrei zur Verfügung.
6. Wählen Versicherte aufsaugende Inkontinenzhilfen, die über das Maß des medizinisch notwendigen hinausgehen, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen, die über den von der Krankenkasse zu zahlenden Betrag nach § 9 Nr. 1 hinausgehen. Bei Versorgungs nach Satz 1 ist der Versicherte über die Mehrkosten zu informieren. Diese Information ist durch den Apotheker in Form einer entsprechenden Mehrkostenvereinbarung zu dokumentieren.
7. Über alle Beratungen (einschließlich der aufzahlungsfreien Versorgungsvorschläge), Einweisungen und Betreuungen sind Dokumentationen zu erstellen. Die Dokumentationen sind von der Apotheke aufzubewahren und der Krankenkasse auf Anforderung zur Verfügung zu stellen. Ggf. ist auch die Begründung für eine Versorgung mit Aufzahlung zu dokumentieren.

## **§ 7**

### **Empfangsbestätigung**

1. Die Durchführung der Versorgung ist vom Versicherten oder einem Empfangsberechtigten unter Angabe der abgegebenen Produkte nach Art und Menge am Tag der Abgabe durch Unterschrift auf der Rückseite der Verordnung oder durch gesonderte Erklärung zu bestätigen.

2. Erfolgt die Abgabe unter Einschaltung eines Zustelldienstes, ist als Empfangsbestätigung im Sinne des Absatzes 1 der jeweilige Einlieferungs-/Auslieferungsnachweis des Zustelldienstes beizufügen. Mit der Abrechnung bestätigt die Apotheke, dass die Lieferung tatsächlich erfolgt ist.

## § 8

### Genehmigungsverfahren

1. Vor der erstmaligen Versorgung ist der Krankenkasse ein Kostenvoranschlag des Vertrages zur Genehmigung vorzulegen (siehe Anlage 3). Die Genehmigung kann zeitlich unbefristet erfolgen.

Die Genehmigung erfolgt frühestens mit dem Monat des Eingangs der vollständigen Unterlagen bei der Krankenkasse und kann zeitlich befristet erfolgen.

3 Wochen vor Ablauf eines zeitlich befristeten Genehmigungszeitraumes ist der Krankenkasse erneut unter Beifügung einer aktuellen vertragsärztlichen Verordnung ein Kostenvoranschlag zur Genehmigung vorzulegen. Bei verspätetem Eingang der Kostenvoranschläge erfolgt die Genehmigung ab dem Folgemonat des Eingangs der vollständigen Unterlagen bei der Krankenkasse.

2. Eine Genehmigung kann durch die Krankenkasse vorzeitig beendet bzw. aufgehoben werden. Der Leistungserbringer wird über das Ende unterrichtet.
3. Eine Genehmigung verliert ihre Gültigkeit, ohne dass es einer Aufhebung bedarf, mit:
  - Aufnahme des Versicherten in einer (voll)stationären (Pflege-)Einrichtung u. a. der Alten- bzw. Behindertenpflege
  - Ablauf ihrer Befristung (bei zeitlich befristeten Genehmigungen)
  - Wegfall der medizinischen Notwendigkeit und Kenntnis des Apothekers hierüber
  - Beendigung der Geltung dieser Vereinbarung
4. Eine weitere Abrechnung ist bei zeitlich unbefristeten Genehmigungen nicht mehr zulässig, wenn mit der Rechnung jeweils nach 36 Monaten (ausgehend vom Beginn des Genehmigungszeitraumes) keine aktuelle vertragsärztliche Verordnung als Nachweis für die weitere medizinische Notwendigkeit vorgelegt wird. Sofern die Verordnung verspätet vorgelegt wird, ist eine weitere Abrechnung wieder ab dem Monat des Eingangs der neuen ärztlichen Verordnung bei der Krankenkasse möglich.
5. Kostenvoranschläge haben den Vertragspreis für einen Kalendermonat auszuweisen. Die Genehmigung erfolgt unter Angabe des Genehmigungszeitraumes.
6. Der mit dem Kostenvoranschlag einzureichenden vertragsärztlichen Verordnung müssen zu entnehmen sein:
  - die Diagnosen (mit Angabe der Inkontinenzart (Harn- und/oder Stuhlinkontinenz)).
  - die benötigten Produkte\*<sup>3</sup>,

- der Gültigkeitszeitraum der Verordnung\*<sup>4</sup> (ggf. Dauerverordnung) und

Kostenvoranschläge sind nur bei Vorliegen von in diesem Sinne vollständigen Verordnungen genehmigungsfähig.

- \*<sup>3</sup> Dem Apotheker obliegt es, die für eine qualitativ hochwertige Versorgung benötigten Produkte auszuwählen, den Versicherten entsprechend zu beraten sowie die benötigten Mengen für eine individuelle Versorgung festzustellen und zu liefern. Es ist daher ausreichend, wenn auf der Verordnung neben der Inkontinenzart als verordnete Produkte z. B. Inkontinenzhosen vermerkt ist.
- \*<sup>4</sup> Sofern der verordnende Arzt keinen Gültigkeitszeitraum (Versorgungsdauer) angibt, kann auf dem Kostenvoranschlag eine Empfehlung durch den Apotheker angegeben werden, über die von der Krankenkasse individuell entschieden wird.

7. Kostenvoranschläge und Mitteilungen/Anfragen sind zu richten:

- a) Bei der Knappschafft an: Knappschafft, Fachzentrum für Hilfsmittel, 46095 Essen
- b) Bei der landwirtschaftlichen Krankenkasse: die jeweils zuständige Geschäftsstelle.

Soweit die Krankenkasse die Zuständigkeit auf eine andere Stelle verlagert, berücksichtigt die Apotheke dies ab Zugang einer entsprechenden Mitteilung.

## § 9 Monatspauschale

1. Es gilt folgende Pauschale (je Kalendermonat):

Pseudo-/ Abr.- Nr.	Bezeichnung	Preis / Euro
15.99.99.2001	<b>Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen / Monatspauschale. <u>Hierin enthalten sind:</u></b> Alle Inkontinenzhilfen der Produktuntergruppen 15.25.02, 15.25.30 (15.25.01 – Stand: 02/2016), 15.25.31 (15.25.03 – Stand: 02/2016), 15.25.32 und Krankenunterlagen der Produktuntergruppe 19.40.05 (einschl. erforderlicher Verbrauchsmaterialien zur Versorgung der Harn- und/oder Stuhlinkontinenz)	<b>15,00</b>

Bei der Abrechnung ist der jeweils gültige Mehrwertsteuersatz hinzuzurechnen.

2. Mit der Pauschale nach Nr. 1 ist der in dieser Vereinbarung beschriebene Leistungsumfang abgegolten. Zubehör / Verbrauchsmaterial und Umversorgungen mit gleichartigen oder anderen aufsaugenden Inkontinenzhilfen sind während der Versorgungsdauer ohne zusätzliche Berechnung sicherzustellen.

Sofern Krankenunterlagen der Produktuntergruppe 19.40.05 alternativ oder ergänzend zu den in § 1 Nr. 2 genannten aufsaugenden Inkontinenzhilfen eingesetzt werden, sind diese mit der Monatspauschale abgegolten.

3. Eine Berechnung der Pauschale ist frühestens ab dem Datum der ärztlichen Verordnung, bei einem späteren Liefertermin ab dem Kalendermonat der Lieferung möglich.
4. Für Zeiten der stationären Krankenhausbehandlung erfolgt keine Kürzung der Vergütung.
5. Der letzte Kalendermonat der Versorgung ist in voller Höhe abrechenbar.

## **§ 10**

### **Abrechnungsverfahren nach § 302 SGB V**

1. Die Abrechnung erfolgt nach § 302 SGB V. Für die Abrechnung gelten die Richtlinien über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens nebst den dazugehörigen technischen Anlagen mit sonstigen Versorgungsberechtigten nach § 302 Abs. 2 SGB V in der jeweils gültigen Fassung.
2. Die Pauschale kann für jeden Versorgungsfall je Kalendermonat einmal unter Beachtung der Regelungen der Nr. 3 berechnet werden.

Eine Rechnungslegung ist frühestens am letzten Werktag des jeweiligen Versorgungsmonats zulässig. Die Pauschalen werden am 1. Werktag des Folgemonats fällig.

3. Eine Abrechnung ist nicht für Kalendermonate zulässig, für die bereits durch die Krankenkasse eine Vergütung (für Produkte im Sinne dieser Anlage) zu entrichten ist. Dies gilt z. B. im Falle eines Leistungserbringerwechsels im laufenden Kalendermonat für den 1. Monat der Versorgung.
4. Der Abrechnung sind folgende Unterlagen beizufügen:
  - a. sofern die Original-Verordnung nicht bei der Genehmigung einbehalten wurde: eine Kopie der ärztlichen Verordnung, mit der letzten Abrechnung, spätestens nach 12 Monaten, die Original-Verordnung und
  - b. bei zeitlich unbefristeten Genehmigungen erneut eine aktuelle vertragsärztliche Verordnung im Original nach Ablauf von jeweils 36 Monaten (ausgehend vom Beginn des Genehmigungszeitraumes, frühestens 5 Monate vor Ablauf der 36-Monatsfrist) als Nachweis für die weitere medizinische Notwendigkeit der Versorgung.

Sofern die Verordnung verspätet vorgelegt wird, ist eine Zahlung der Monatspauschale wieder ab dem Monat des Eingangs der neuen ärztlichen Verordnung bei der Krankenkasse möglich.

- c. die Genehmigung für den jeweiligen Genehmigungszeitraum.
  - bei der ersten Abrechnung im Original oder als Faxkopie der Clearingstelle.

- bei weiteren Abrechnungen in Kopie. Sofern auf der Abrechnung das aktuellste Genehmigungsdatum der Krankenkasse angegeben ist, muss der Abrechnung keine Kopie der Genehmigung beigelegt werden.
- d. die für den Abrechnungszeitraum beizufügenden Empfangsbestätigungen nach § 7.
- Bei der Lieferung über Zustelldienste ist als Empfangsbestätigung der jeweilige Einlieferungs-/Auslieferungsnachweis des Zustelldienstes beizufügen oder auf der Rechnung mit Bezeichnung des Zustelldienstes die Auslieferungsnummer, das Lieferdatum und die Lieferuhrzeit anzugeben. Sofern der Auslieferungs-/Einlieferungsnachweis keine Produkt- und Mengenangaben beinhaltet, sind diese durch den Leistungserbringer auf Anforderung der Krankenkasse unverzüglich mitzuteilen.
6. Die Rechnung nach Nr. 5 enthält zwingend folgende Angaben:
- a. Angabe der Hilfsmittelpositionsnummer
  - b. (Mengen-) Faktor
  - c. Bruttopreis je Zeile
  - d. Zuzahlungsbetrag je Zeile
  - e. Mehrwertsteuerkennzeichen
  - f. Gesamtbruttopreis
  - g. Gesamtzuzahlungsbetrag
  - h. Datum der Leistungserbringung
  - i. Versichertennummer, soweit diese nicht vorhanden ist: Name, Vorname und Geburtsdatum
  - j. eine Rechnungsnummer, die bisher von der abrechnenden Stelle bzw. der Apotheke noch nicht vergeben wurde (und damit über Jahre eindeutig ist).

Die Angaben nach Ziffer d. und e. sind nur bei Nettoabrechnungen vorzunehmen.

7. Bei einem Fehlen folgender Angaben kann die Verordnung zurückgewiesen werden: Betriebsstättennummer und lebenslange Arztnummer, Ausstellungsdatum, Unterschrift des Vertragsarztes oder Vertragsarztstempel oder entsprechender Aufdruck. In diesen Fällen hat die Knappschaft die Originalverordnung an die Apotheke zurückzusenden. Eine Heilung ist nur durch den Vertragsarzt möglich; die fehlenden Angaben sind auf dem Verordnungsblatt aufzutragen und bedürfen der Unterschrift des Arztes mit Datumsangabe. Danach kann das Verordnungsblatt erneut (ggf. über das Rechenzentrum) abgerechnet werden.
8. Die bei der Abrechnung nach § 302 SGB V anzugebende Preislistennummer (Schlüssel Tariffkennzeichen der Anlage 3 – Schlüsselverzeichnis – zu den Abrechnungsrichtlinien nach § 302 SGB V) lautet:

**1190153.**

9. Der Zeitraum, für den abgerechnet wird, ist als Versorgungszeitraum (von ..... bis .....; im Format JJJJMMTT; s. Segment EHI innerhalb der Technischen Anlage 1

nach § 302 SGB V) zu schlüsseln; z. B. 20160801 bis 20160831 bei der Abrechnung für den August 2016.

10. Alle Rechnungen einer Apotheke werden den Krankenkassen durch die Abrechnungsgesellschaft in den Sammelrechnungen „als Block“ zusammengefasst übermittelt.
11. Es ist (u. a. durch den Apotheker durch eine gesammelte Belegübermittlung an die Abrechnungsgesellschaft) sicherzustellen, dass die Belegsartierung bei der Übersendung durch die Abrechnungsgesellschaft mit der Reihenfolge innerhalb der Sammelrechnung identisch ist. Sofern es technisch bedingt (z. B. beim Scanvorgang) ausnahmsweise zu einer Verschiebung in der Belegreihenfolge kommt, wird dies von den Krankenkassen akzeptiert.
12. Innerhalb einer Sammelrechnung ist eine alphabetische Reihenfolge nicht erforderlich.
13. Als Tag der Zahlung gilt der Tag der Überweisung oder Übersendung von Zahlungsmitteln oder der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut. Ist der Zahltag ein arbeitsfreier Tag, so verschiebt er sich auf den nachfolgenden Arbeitstag.
14. Forderungen der Apotheke aus Vertragsleistungen können nach Ablauf von 12 Monaten, gerechnet vom Ende des Monats, in dem sie geleistet wurden, nicht mehr erhoben werden.

## **§ 11**

### **Zahlungsfrist, Nacherfassung**

1. Die Rechnungen sind innerhalb von 28 Tagen nach Rechnungseingang und fehlerfreier Verarbeitung (bei DTA Abrechnung) sowie Vorliegen der rechnungsbegründenden Unterlagen zu begleichen. Als Tag der Zahlung gilt der Tag der Überweisung oder Übersendung von Zahlungsmitteln oder der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut. Ist der Zahltag ein arbeitsfreier Tag, so verschiebt er sich auf den nachfolgenden Arbeitstag.
2. Werden die Abrechnungen nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelt, hat die Knappschaft gemäß § 303 Abs. 3 SGB V die Daten nachzuerfassen. Erfolgt die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung aus Gründen, die die Apotheke zu vertreten hat, hat die Knappschaft, die mit der Nacherfassung verbundenen Kosten, der betroffenen Apotheke durch eine pauschale Rechnerkürzung in Höhe von 5 % des Rechnungsbetrages in Rechnung zu stellen.

## § 12 In-Kraft-Treten und Kündigung

1. Diese Vereinbarung tritt am 01.06.2016 in Kraft und ersetzt jeweils alle bisherigen Vereinbarungen zu der in dieser Anlage genannten Produktuntergruppen im Verhältnis zur Apotheke. Abrechnungen von Monatspauschalen erfolgen nur noch auf Basis der aktuellen Vereinbarung; dies gilt auch, wenn in der Vergangenheit eine höhere Monatspauschale genehmigt wurde.

Für die landwirtschaftliche Krankenkasse gelten folgende Besonderheiten:  
Die Monatspauschale (§ 9 Nr. 1) beträgt nur im Verhältnis zu der landwirtschaftlichen Krankenkasse 21,00 Euro.

2. Diese Vereinbarung kann mit einer Frist von 28 Tagen zum Monatsende gekündigt werden.

## § 13 Übergangsregelung

1. Vor dem In-Kraft-Treten dieser Vereinbarung ausgesprochene Genehmigungen behalten bis zum Ablauf des Genehmigungszeitraumes Gültigkeit.

Alleine wegen des Abschlusses dieser neuen Vereinbarung beginnt keine neue (starre) 36 Monatsfrist i. S. von § 10 Nr. 5 Bst. b.

Beispiel:

In-Kraft-Treten der Vereinbarung:	01. Juni 2016
Genehmigung der Knappschaft:	01. April 2015 bis auf weiteres
36-Monatsfrist:	01. April 2015 bis 31. März 2018
Fristgerechte Übers. einer akt. VO (§ 10 Nr. 5 Bst b):	01. Nov. 2017 bis 30. April 2018

Saarbrücken, 12.04.2016

Knappschaft <sup>\*4</sup>

Die Geschäftsführung  
I. A.

Saarländischer Apothekerverein e.V.

Armin Beck  
Leiter der Regionaldirektion Saarbrücken

\_\_\_\_\_  
Claudia Berger  
Vorsitzende

<sup>\*4</sup> Die Knappschaft ist kraft Vollmacht berechtigt, den Vertrag im Namen der landwirtschaftlichen Krankenkasse zu schließen. Einer gesonderten Unterzeichnung durch die landwirtschaftliche Krankenkasse bedarf es nicht.

Anlage 1 - Beitrittserklärung gemäß § 3

Anlage 2 - Information gemäß § 5

Anlage 3 - Genehmigungsantrag gemäß § 8