



Interpretationshilfe zum Asyl- bewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz und der Landesdirektion Sachsen zur Gesundheitsversorgung

Präambel:

Diese Interpretationshilfe dient als Handreichung zu Fragen der gesundheitlichen Versorgung von Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) – im Folgenden Leistungsberechtigte.

Sie wurde zwischen der Sächsischen Landesärztekammer, der Sächsischen Landeszahnärztekammer, der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Sachsen, der Krankenhausgesellschaft Sachsen, dem Sächsischen Apothekerverband, der Sächsischen Landesapothekerkammer, der Landesdirektion Sachsen und Vertretern des Sächsischen Staatsministeriums des Innern, des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz und der Staatsministerin für Gleichstellung und Integration abgestimmt.

Hinsichtlich der Kostentragung bindet sie die Landesdirektion Sachsen für die gesundheitliche Versorgung von Leistungsberechtigten in Erstaufnahmeeinrichtungen (EAE).

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz stellt diese Interpretationshilfe den kommunalen Spitzenverbänden zur Verfügung und empfiehlt ihre Anwendung für die in der Zuständigkeit der unteren Unterbringungsbehörde untergebrachten Asylbewerber.

Kernaussage der Handreichung: Außer im Notfall muss immer ein Behandlungsschein vorliegen („Krankenbehandlungsschein für Leistungsberechtigte nach § 4 AsylbLG“). Eine regionale Begrenzung des Geltungsbereiches von Behandlungsscheinen ist nicht zulässig.

Ein Behandlungsschein ist nicht gleichzusetzen mit einer Kostenzusage. Wenn in diesem Text von einer „Kostenzusage“ die Rede ist, ist immer eine schriftlich einzuholende Kostenzusage des zuständigen Kostenträgers gemeint. Die Beantragung kann formlos erfolgen und setzt eine medizinische Begründung voraus. Dabei ist aus Gründen der Entlastung der Gesundheitsämter darauf zu achten, dass wenn irgend möglich die Begründung auch für einen medizinischen Laien verständlich ist. Komplexe Fälle werden als solche ausgewiesen und vom zuständigen Kostenträger direkt an einen Arzt im Gesundheitsamt zur Beurteilung weitergeleitet.

In konkreten Fällen, die keine Notfälle sind und für die sich in diesem Text keine Regelung findet, muss immer eine Kostenzusage VOR der entsprechenden Diagnostik und Behandlung eingeholt werden.

Bei Patienten, die bisher in einer Erstaufnahmeeinrichtung untergebracht sind, muss die Kostenzusage bei der Landesdirektion Chemnitz eingeholt werden.

Bei Patienten, die schon einem Landkreis oder einer kreisfreien Stadt zugewiesen sind, ist die Kostenzusage beim entsprechenden Sozialamt einzuholen.

In jedem Fall gilt das Wirtschaftlichkeitsgebot, auch bei Asylbewerbern müssen also Leistungen ausreichend, notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Diese Interpretationshilfe bezieht sich darauf, was nach AsylbLG als „ausreichend“ zu bezeichnen ist.

Chronische Erkrankungen, die ohne Behandlung zu akuten Notfällen werden, können nach AsylbLG behandelt werden, Details siehe im Weiteren.

Inhaltsverzeichnis

1	Verordnung von Arzneimitteln und Verbandmitteln	4
2	Verordnung von Heil und Hilfsmitteln -	5
3	Transporte	5
4	Häusliche Krankenpflege	6
5	Behandlung koronare Herzkrankheit (KHK = Herzkranzgefäßverengung)	6
6	Behandlung der Hypertonie	6
7	Behandlung gastritischer Beschwerden	6
8	Behandlung/Abklärung von malignen Erkrankungen (Tumorerkrankungen).....	7
9	Behandlung Diabetes mellitus.....	7
10	Behandlung der Niereninsuffizienz.....	7
11	Behandlung von Fehlbildungen.....	7
12	Augenheilkunde	8
13	Gynäkologie.....	8
14	Pädiatrie	8
15	Psychiatrie	9
16	Zahnheilkunde	9
17	Ambulantes Labor.....	9
18	Zufallsbefunde	10
19	Elektiveingriffe	10
20	Rehabilitation	10
21	Vorsorge	10
22	Impfen	10
23	Tuberkuloseverdacht	10
24	Belieferung der Verordnungen durch die Apotheken.....	10

1 Verordnung von Arzneimitteln und Verbandmitteln

Die Bestimmungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (gem. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V) sind auch bei der Verordnung für Leistungsberechtigte nach dem AsylbLG grundsätzlich zu berücksichtigen. Für Abweichungen ist eine Kostenzusage einzuholen.

In der Regel sind Wirkstoffe zu verordnen. Der verordnende Arzt kann Ausnahmen von einer Wirkstoffverordnung begründen, in diesen Fällen ist vorab eine Kostenzusage einzuholen. Auf dem Rezept ist dann „aut idem“ anzukreuzen.

In der Regel ist nur die Verordnung der Packungsgröße N1 möglich.

Die Verordnung größerer Packungsgrößen ohne Kostenzusage ist nur möglich

1. wenn für den verordneten Wirkstoff keine Größe N1 zur Verfügung steht.
2. wenn bei der Verordnung von Antibiotika absehbar ist, dass für die medizinisch erforderliche Therapiedauer N1 nicht ausreichend ist.
3. bei chronischen Erkrankungen, die ohne Behandlung zum Notfall werden, insbesondere Diabetes, Herzkranzgefäßverengungen, Hypertonie, gastritische Beschwerden, Niereninsuffizienz und neurologische Erkrankungen wie Parkinson, Multiple Sklerose (MS), Amyotrophe Lateralsklerose (ALS) und Epilepsie.
4. Ebenso kann die in Deutschland übliche Rachitis- und Kariesprophylaxe (Vit.D plus ggf. Fluorid) bei Kindern in der Packungsgröße N3 ohne Kostenzusage verordnet werden.

Die Flüchtlinge sind von der Zuzahlung befreit.

Die verordneten Medikamente werden nicht den GKV-Arzneimittelbudgets zugerechnet.

Moderne Verbandmittel (z. B. Alginat, Hydrogele, Hydrokolloidverbände, Schaumverbände, antimikrobielle Wundauflagen etc.) sind nur für die Versorgung von chronischen Wunden nach Kostenzusage verordnungsfähig.

In Sprechstunden in den EAE verordnen Honorarärzte und ehrenamtliche Ärzte, die keine vertragsärztliche Zulassung haben, auf einem grünen Rezept. Dabei ist verpflichtend über die Unterschrift ein Namensstempel anzubringen (Name, Vorname, Beruf, Adresse (z. B. Dienstadresse), Telefonnummer).

2 Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln

Heilmittel (Physio-, Ergotherapie, Logopädie, Podologie):

Bezüglich der Art und Menge der zu verordnenden Heilmittel gelten die Vorgaben der Heilmittelrichtlinie des GBA.

Physiotherapie bei Z. n. aktueller OP kann vom Arzt generell ohne Einholen einer Kostenzusage verordnet werden.

Im Akutfall kann zur Vermeidung oder Verminderung einer medikamentösen Therapie ebenfalls Physiotherapie ohne Kostenzusage verordnet werden. Bei mehr als 6 Einheiten nach HM-RL muss eine Kostenzusage eingeholt werden.

Bei chronischen Problemen z. B. bei Z. n. Explosions-, Schuss-, Stich- sowie Kriegsverletzungen oder z. B. Fluchtschäden, aber auch bei chronischen Gelenkerkrankungen kann Physiotherapie nur nach Einholen einer Kostenzusage verordnet werden.

Massagen, Bäder und Thermotherapien können nicht verordnet werden.

Hilfsmittel:

Brillen können nur in Einzelfällen verordnet werden, hier wird auf Gutscheine der verschiedenen Anbieter zurückgegriffen (siehe auch unter „12. Augenheilkunde“).

Besteht durch erhebliche Sehbeeinträchtigung entsprechend Hilfsmittel-Richtlinie Teil B „Sehhilfen“ eine Gefahr für den Patienten (zum Beispiel als Teilnehmer im Straßenverkehr), kann eine Kostenübernahme durch den Kostenträger geprüft werden. In jedem Fall ist eine Kostenzusage einzuholen.

Kinder und Jugendliche mit Sehstörung oder -beeinträchtigung werden zum Augenarzt überwiesen und erhalten dort ggf. eine Sehhilfe auf Rezept; § 12 Absatz 3 und 4 Hilfsmittel-Richtlinie gelten entsprechend. Es ist keine Kostenzusage erforderlich.

Hörgeräte können nur bei Vorliegen einer Kostenzusage verordnet werden.

Kinder bis 12 Jahren mit erheblicher Hörbehinderung werden immer zum HNO-Arzt überwiesen und erhalten dort ggf. ein Hörgerät auf Rezept. Bei Kindern ist eine Kostenzusage nur erforderlich, wenn die Schwerhörigkeit geringgradiger oder der Hörrest geringer als nach den Eingangsvoraussetzungen für eine HG-Verordnung nach §§ 21 und 22 Hilfsmittel-Richtlinie ist (Einzelfallbegründung).

Alle anderen Hilfsmittel sind nur nach Kostenzusage zu verordnen (Ausnahme siehe 9. Behandlung Diabetes mellitus).

3 Transporte

Ein Krankentransportschein kann wie bei GKV-Patienten nur im Notfall ohne Kostenzusage ausgefüllt werden. Ansonsten sind die Patienten mit dem ÖPNV oder ehrenamtlichen Transportdiensten zu befördern.

4 Häusliche Krankenpflege

Häusliche Krankenpflege ist im Rahmen von Behandlungspflege (z.B. bei komplizierten Wunden oder Decubiti) im Einzelfall nach Kostenzusage verordnungsfähig, wenn dadurch eine stationäre Einweisung verhindert werden kann.

5 Behandlung koronare Herzkrankheit (KHK = Herzkranzgefäßverengung)

Patienten mit Akutem Koronarsyndrom/Instabiler Angina Pectoris/Herzinfarkt werden unverzüglich in eine Kardiologie mit Herzkathetermessplatz eingewiesen.

Bei Patienten mit bekannter, stabiler KHK kann auch ohne schriftliche Vorbefunde die vollständige medikamentöse Therapie mit ASS, Statin, β -Blocker, ACE-Hemmer und Nitroglycerin für Angina-pectoris-Beschwerden ohne Kostenzusage verordnet werden.

Für aufwändige diagnostische Verfahren, wie elektive Katheterintervention, CT/NMR oder auch eine OP, muss ein kardiologisches Konsil erfolgt sein und eine Kostenzusage eingeholt werden.

6 Behandlung der Hypertonie

Erstdiagnose und Therapieeskalation bedürfen keiner weiterführenden Diagnostik oder Kostenzusage, sofern die Patienten in einer Erstaufnahmeeinrichtung untergebracht sind. Packungsgrößen sind bis N3 rezeptierbar.

Erst bei therapierefraktärer Hypertonie sollte eine Diagnostik nach vorheriger Kostenzusage eingeleitet werden.

7 Behandlung gastritischer Beschwerden

Zur (kurzzeitigen) Behandlung von Refluxsymptomen (z. B. Sodbrennen, saures Aufstoßen) stehen nicht verschreibungspflichtige Präparate zur Verfügung. Bei akuter Gastritis kann eine probatorische Therapie (N1) mit einem Protonenpumpenhemmer (PPI) erfolgen, die Behandlung sollte 4 Wochen nicht überschreiten.

Bei Fehlen von anamnestischen Hinweisen auf Carcinome und Ulcera (Fieber, Anämie, Gewichtsverlust, Dysphagie / Odynophagie, rezidivierendes Erbrechen, Appetitlosigkeit, Zeichen der gastrointestinalen Blutung, kurze und monotone Anamnese, familiäre Belastung mit gastrointestinalen Karzinomen und höheres Lebensalter (50 ± 5 Jahre)) kann ohne Kostenzusage ein ^{13}C -Atemtest durchgeführt werden und ggf. eine Helicobacter-Pylori-Eradikationstherapie angeschlossen werden. Dabei ist auf Grund der notwendigen Behandlungsdauer auch die Verordnung von Packungsgrößen bis zu N3 ohne Kostenzusage möglich.

Sollte eine Gastroskopie für erforderlich gehalten werden, ist eine Kostenzusage einzuholen.

8 Behandlung/Abklärung von malignen Erkrankungen (Tumorerkrankungen)

Zur Abklärung bei Verdacht auf Malignome und zur Behandlung von Malignomen ist eine Kostenzusage erforderlich.

Wenn Unterlagen über eine maligne Vorerkrankung vorliegen, wird die notwendige Nachsorge nach Kostenzusage eingeleitet.

9 Behandlung Diabetes mellitus

Prinzipiell müssen Diabetiker immer (ggf. medikamentös (Metformin, Insulin etc.)) ausreichend eingestellt werden.

Für eine Verordnung von Antidiabetika ist keine Kostenzusage erforderlich. Sofern ein Insulin benötigt wird, erfordert die Verordnung von Kanülen (Pennadeln), Lanzetten, Blutzuckermessgeräten und Teststreifen keine Kostenzusage. Die Verordnung eines Blutzuckermessgerätes sowie der benötigten Materialien für insulinpflichtige Diabetiker setzt zwingend die Anleitung zum Umgang mit den Geräten voraus. Die Verordnung hat nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten zu erfolgen.

Wie unter 1. geregelt ist eine Verordnung von Packungsgrößen bis N3 ohne Kostenzusage möglich.

Übernahme in DMPs können erst erfolgen, wenn der Patient in die GKV übernommen wurde.

Routineuntersuchungen beim Augenarzt und Facharztvorstellungen wegen Verdacht auf Folgeerkrankungen erfordern eine Kostenzusage.

10 Behandlung der Niereninsuffizienz

Bei akuter Niereninsuffizienz oder dekompensierter chronischer Niereninsuffizienz erfordert eine ggf. notwendige Notfalldialyse keine Kostenzusage.

Bei chronischer Niereninsuffizienz ist eine Kostenzusage initial einmalig erforderlich. Die Kostenzusage ist mit dem entsprechenden zeitlichen Vorlauf zu beantragen.

Bei dialysepflichtigen Patienten ist für eine notwendige Dauermedikation die Verordnung von N3-Packungsgrößen ohne Kostenzusage möglich.

11 Behandlung von Fehlbildungen

Angeborene kardiale, vaskuläre oder ähnliche Fehlbildungen, etwa eine Fallot-Tetralogie, sind bei akuter Dekompensation als Notfall sofort zu behandeln, es ist keine Kostenzusage einzuholen.

Bei stabilen Patienten ist eine Kostenzusage sowohl für die Voruntersuchungen als auch für die operative Therapie einzuholen.

Bei Vorliegen von anderen Fehlbildungen (z. B. Lippenkiefergaumenspalte) ist vor einer operativen Sanierung eine Kostenzusage einzuholen.

12 Augenheilkunde

Keine Kostenzusage ist erforderlich für eine Vorstellung beim Augenarzt bei akuten Schmerzen oder Verletzungen, bei akutem Visusverlust, bei Nystagmus, bei sonstigen Notfällen und bei bekanntem Glaukom (akut/chronisch).

Bei moderater Sehschwäche (z. B. beginnender Presbyopie) sind die Diagnostik und die Verordnung einer Sehhilfe für Erwachsene nicht durch das AsylbLG gedeckt. Presbyope Patienten werden auf die frei verkäuflichen Lesebrillen in Drogerien und sonstigen Läden aufmerksam gemacht.

Elektive Operationen und Voruntersuchungen zur OP-Vorbereitung erfordern eine Kostenzusage.

13 Gynäkologie

Bei einer akuten gynäkologischen Erkrankung und bei positivem Schwangerschaftstest kann der Gynäkologe ohne Kostenzusage aufgesucht werden. Die Betreuung in der Schwangerschaft erfolgt nach der Mutterschaftsrichtlinie des GBA.

Der FA für Gynäkologie muss, sofern es sich nicht um Standarduntersuchungen der Schwangerschaftsvorsorge handelt, vor weiteren diagnostischen Schritten eine Kostenzusage einholen (Labor, Genetik, normale Vorsorge, etc).

Bei akzidenteller Röntgenuntersuchung in der Früh-/Schwangerschaft sind alle Sicherheitsmaßnahmen wie bei einem GKV-Patienten ohne Kostenzusage erlaubt.

Eine gynäkologische Vorstellung zwecks Spiralentfernungen kann ohne Kostenzusage erfolgen, allerdings wird die Patientin aufgeklärt, dass keine neue Spirale angeboten werden kann und die Kosten der ‚Pille‘ ebenfalls nicht übernommen werden. Diese Aufklärung erfolgt VOR der Vorstellung beim Frauenarzt, um unnötige Arztbesuche zu vermeiden.

Reguläre Vorsorgeuntersuchungen sind nicht möglich.

Ein Schwangerschaftsabbruch obliegt den gesetzlichen Vorgaben (§§ 218a und 219, Abs. 1 StGB, SchKG). Nur bei medizinischer oder kriminologischer Indikation ist keine Kostenzusage erforderlich. Nach Kontaktaufnahme mit einer Beratungsstelle wählt die Asylbewerberin eine regionale Krankenkasse aus, über die die Abrechnung der Leistung erfolgt.

14 Pädiatrie

Die Gesundheitsuntersuchungen für Kinder U1-U9 können ohne Kostenzusage durchgeführt werden.

Bei Kindern bis zum vollendeten 12. LJ dürfen apothekenpflichtige Arzneimittel zur Akutbehandlung, darunter auch Erkältungsmittel, verordnet werden. Ebenso ist die in Deutschland übliche Rachitis- und Kariesprophylaxe (Vit. D plus ggf. Fluorid) in der Packungsgröße N3 ohne Kostenzusage zu verordnen (siehe auch 1.).

Die Vorstellung und Behandlung in einem Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) erfordert eine Kostenzusage.

15 Psychiatrie

Sehr häufig stellen sich Patienten mit Angst, Depressionen und Traumafolgestörungen vor. Nur bei akuter Eigen- oder Fremdgefährdung kann ohne Kostenzusage eingewiesen werden. Eine nicht notfallmäßige Einweisung bedarf einer Kostenzusage.

Eine Verordnung von Medikamenten ist nur in Absprache mit einem Facharzt für Psychiatrie/Psychosomatik zur Verhinderung einer Dekompensation ohne Kostenzusage möglich.

Eine psychotherapeutische Krisenintervention ist nur nach Kostenzusage möglich.

Sehr häufig stellen sich Patienten mit Suchterkrankungen vor:
Es erfolgt keine Herausgabe oder Rezeptierung von Medikamenten bei bekannter Abhängigkeit (z. B. Rivotril, Tavor, Opioide). Es muss abgewartet werden, bis der Patient im Entzug ist, dann kann eine notfallmäßige Einweisung erfolgen.

Eine stationäre Entgiftung ist nur nach psychiatrischer FA-Untersuchung oder Untersuchung eines Suchtmediziners mit vorab einzuholender Kostenzusage möglich.

Eine ambulante Substitutionstherapie bedarf der Kostenzusage.

16 Zahnheilkunde

Im zahnärztlichen Bereich können akute Zahnschmerzen behandelt werden.

Um dies zu erreichen, sind die erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, dazu zählen insbesondere Füllungen und Zahnextraktionen, zu erbringen. Näheres regelt der Vertrag über die Sicherstellung der zahnärztlichen Versorgung der Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) zwischen der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Sachsen (KZVS), dem Sächsischen Landkreistag (SLKT), dem Sächsischen Städte und Gemeindetag e.V (SSG) und der Landesdirektion Sachsen (LDS) – beigetreten durch Protokollnotiz zum Vertrag vom 26.07.2011 (beigefügt als Anlage 2).

17 Ambulantes Labor

Laborwerte sind nur nach strenger Indikationsprüfung anzufordern.

Labordiagnostik zum Infarktausschluss, Embolie-Ausschluss o.ä. sollte Notfallambulanzen vorbehalten sein. Im Einzelfall kann sie aber auch in der Praxis erfolgen, zum Beispiel, um eine stationäre Aufnahme zu vermeiden.

Haemocult Tests dürfen in der Praxis angewendet werden, allerdings nur bei Anämie zum Ausschluss einer Gastrointestinalblutung und nicht zur Vorsorge.

Routinelaboruntersuchungen (abschließende Liste siehe Anlage) dürfen nach strenger Indikationsstellung ohne Kostenzusage vorgenommen werden (nicht zur Vorsorge). Alle darüber hinausgehenden Laboruntersuchungen bedürfen der Kostenzusage.

18 Zufallsbefunde

Die Abklärung und Behandlung von Zufallsbefunden, wie etwa eine asymptomatische Raumforderung in der Nieren- oder Leberultrasonographie bedürfen der Kostenzusage.

19 Elektiveingriffe

Elektiveingriffe wie Strumaresektion, Septumdeviation, Gebärmutterentfernung bei Myomen, asymptomatische Cholezystolithiasis mit kleinen Steinen, endoprothetischer Gelenkersatz, etc. erfolgen erst nach Kostenzusage. Dies schließt die Vorbereitung zur OP mit ein.

20 Rehabilitation

Rehabilitationsmaßnahmen können nicht angeboten werden.

Anschlussheilbehandlungen nach Operationen können nach Kostenzusage durchgeführt werden.

21 Vorsorge

Medizinisch gebotene Vorsorgeuntersuchungen im Sinne von § 4 Absatz 1 Satz 2 AsylbLG sind außer denen in der Mutterschaftsrichtlinie (s. Nr. 13) die Gesundheitsuntersuchungen für Kinder U1-U9.

22 Impfen

Alle Impfungen nach Maßgabe der STIKO können ohne Kostenzusage durchgeführt werden.

Der Impfstoffbezug erfolgt über patientenindividuelle Verordnung zu Lasten des Kostenträgers. Abgerechnet wird nach den Gebührenordnungspositionen der Impfvereinbarung Sachsen.

23 Tuberkuloseverdacht

Bei Verdacht auf Tuberkulose kann eine sofortige Ein- oder Überweisung in fachärztliche stationäre oder ambulante Behandlung ohne Kostenzusage erfolgen.

24 Belieferung der Verordnungen durch die Apotheken

Für die Belieferung der Verordnungen durch die Apotheken gilt die Vereinbarung zwischen dem Freistaat Sachsen und dem Sächsischen Apothekerverband e.V. vom 25. Juli 2016 (beigefügt als Anlage 3).

32.2 - Allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen

32.2.1 – Basisuntersuchungen

- 32025 – Glucose
- 32026 - TPZ (Thromboplastinzeit)
- 32027 – D-Dimer
- 32031 – Harn-Mikroskopie
- 32032 – pH-Wert
- 32035 – Erythrozytenzählung
- 32036 – Leukozytenzählung
- 32037 – Thrombozytenzählung
- 32038 – Hämoglobin
- 32039 – Hämatokrit
- 32040 - Blut im Stuhl
- 32041 - Albumin im Stuhl, qualitativ
- 32042 – BSG

32.2.2 - Mikroskopische Untersuchungen

- 32045 - Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials
- 32046 - Fetal-Hämoglobin in Erythrozyten
- 32047 – Retikulozytenzählung
- 32050 - Mikroskopische Untersuchung nach Gram-Färbung
- 32051 – Differenzial-Blutbild
- 32052 - Bestandteile im Sammelharn, quantitativ

32.2.3 - Physikalische oder chemische Untersuchungen

- 32055 - Konzentrationsbestimmung eines Arzneimittels
- 32056 – Gesamteiweiß
- 32057 – Glukose
- 32058 - Bilirubin gesamt
- 32059 - Bilirubin direkt
- 32060 - Cholesterin gesamt
- 32061 – HDL-Cholesterin
- 32062 – LDL-Cholesterin
- 32063 – Triglyceride
- 32064 – Harnsäure
- 32065 – Harnstoff
- 32066 - Kreatinin (Jaffé-Methode)
- 32067 - Kreatinin, enzymatisch
- 32068 - Alkalische Phosphatase
- 32069 – GOT
- 32070 – GPT
- 32071 – Gamma-GT
- 32072 – Alpha-Amylase
- 32073 – Lipase
- 32074 - Creatinkinase (CK)
- 32075 – LDH
- 32076 – GLDH
- 32077 – HBDH

32078 – Cholinesterase
32079 - Saure Phosphatase
32081 – Kalium
32082 – Calcium
32083 – Natrium
32084 – Chlorid
32085 – Eisen
32086 - Phosphor anorganisch
32087 – Lithium
32089 - Zuschlag Trägergebundene Reagenzien
32092 – CK-MB
32094 - HbA1, HbA1c
32097 - BNP und/oder NT-Pro-BNP
32101 – TSH,
32103 – IgA
32104 – IgG
32105 – IgM
32106 – Transferrin
32107 – Serum-Elektrophorese

32.2.4 - Gerinnungsuntersuchungen

32110 - Blutungszeit (standardisiert)
32111 – Rekalzifizierungszeit
32112 – PTT
32113 - Quick-Wert, Plasma
32114 - Quick-Wert, Kapillarblut
32115 – Thrombinzeit
32116 – Fibrinogen
32117 - Fibrinmonomere, Spaltprodukte (qualitativ)

32.2.5 - Funktions- und Komplexuntersuchungen

32120 - Mechanisiertes Blutbild, Retikulozytenzählung
32121 - Mechanisierte Leukozytendifferenzierung
32122 - Mechanisierter vollständiger Blutstatus
32123 - Zuschlag bei nachfolgender mikroskopischer Differenzierung
32124 - Endogene Kreatininclearance
32125 - Präoperative Labordiagnostik

32.2.6 - Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen

32128 – CRP
32130 - Streptolysin O-Antikörper
32131 - Gesamt-IgM beim Neugeborenen
32132 – Schwangerschaftsnachweis
32133 – Mononucleose-Test
32134 – Myoglobin
32135 – Urin-Mikroalbumin
32136 – Urin-Alpha-1-Mikroglobulin
32137 – Buprenorphinhydrochlorid
32140 – Amphetamin/Metamphetamin
32141 – Barbiturate

- 32142 – Benzodiazepine
- 32143 - Cannabinoide (THC)
- 32144 – Kokain
- 32145 – Methadon
- 32146 - Opiate (Morphin)
- 32147 - Phencyclidin (PCP)
- 32148 – Alkohol-Bestimmung
- 32150 - Immunologischer Nachweis von Troponin I und/oder Troponin T auf einem vorgefertigten Reagenzträger bei akutem koronaren Syndrom (ACS), ggf. einschl. apparativer quantitativer Auswertung

32.2.7 - Mikrobiologische Untersuchungen

- 32151 - Kulturelle bakteriologische und/oder mykologische Untersuchung
- 32152 - Schnelltest auf A-Streptokokken-Gruppenantigen

32.3.5 – Immunologische Untersuchungen

- 32460 – C-reaktives Protein (CRP)

**Vertrag über die Sicherstellung der zahnärztlichen Versorgung
der Leistungsberechtigten nach dem
Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)**

Die Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen,
im folgenden „KZVS“ genannt,

und

der Sächsische Landkreistag e.V.

sowie

der Sächsische Städte- und Gemeindetag e.V.

schließen folgenden Vertrag:

§ 1 Zweck des Vertrages

Zweck dieses Vertrages ist die Sicherstellung der eingeschränkten Leistungsgewährung nach § 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes für Leistungsberechtigte nach § 1 des Asylbewerberleistungsgesetzes im Rahmen der zahnärztlichen Versorgung und eine angemessene Vergütung der zahnärztlichen Leistungen.

§ 2 Sicherstellungsauftrag

Die KZVS übernimmt die Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Behandlung des in § 1 genannten Personenkreises. Sie ist die allein berufene Vertretung der Vertragszahnärzte bei der Regelung der vertragszahnärztlichen Versorgung dieses Personenkreises.

§ 3 Geltungsbereich

- (1) Berechtigt und verpflichtet aus diesem Vertrag sind alle im Bereich der KZVS zugelassenen Vertragszahnärzte, angestellte Zahnärzte, die im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung in den zugelassenen medizinischen Versorgungszentren oder bei Vertragszahnärzten nach § 95 Abs. 9 SGB V tätig sind und ermächtigte Zahnärzte, die an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmen, nachfolgend Vertragszahnärzte genannt.
- (2) Zuständige Behörden zur Gewährung der zahnärztlichen Leistungen sind die unteren Unterbringungsbehörden (Landkreise oder kreisfreien Städte) des Freistaates Sachsen, die diesem Vertrag durch schriftliche Erklärung gegenüber ihrem jeweiligen kommunalen Spitzenverband beigetreten sind, im folgenden Kostenträger genannt.
- (3) Die Leistungsberechtigten haben im Rahmen dieses Vertrages freie Wahl unter den Vertragszahnärzten, orientiert an der asyl- oder ausländerrechtlichen räumlichen Beschränkung. Dem Kostenträger ist es nicht gestattet, Empfehlungen von Vertragszahnärzten auszusprechen.
- (4) Abweichend von Absatz 3 kann der Kostenträger den Leistungsberechtigten Vertragszahnärzte zur Auswahl benennen, welche selbst oder in ihrer Praxis über besondere Verständigungsmöglichkeiten in der jeweiligen Landessprache des Leistungsberechtigten verfügen.

§ 4 Anwendung des Bundesmantelvertrages-Zahnärzte (BMV-Z)

Im Geltungsbereich dieses Vertrages finden die Bestimmungen des BMV-Z sowie die zwischen der KZVS und der AOK PLUS getroffenen Vereinbarungen Anwendung, sofern in diesem Vertrag nichts Abweichendes vereinbart wird.

§ 5 Zahnärztliche Leistungen

- (1) Berechtigt zur Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen sind alle Leistungsberechtigten, die einen vom Kostenträger ausgestellten Zahnbehandlungsschein gemäß § 6 vorlegen. Der Kostenträger sichert die Verständigung des Vertragszahnarztes mit dem Leistungsberechtigten ab. Hierzu nennt er Ansprechpartner, die der Vertragszahnarzt bei Verständigungsschwierigkeiten mit dem Leistungsberechtigten mit dessen Einwilligung kontaktieren kann.
- (2) Anspruch auf vertragszahnärztliche Behandlung nach diesem Vertrag besteht für Leistungsberechtigte nach § 1 AsylbLG nur, sofern diese gemäß § 4 Abs. 1 AsylbLG bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen erforderlich ist. Eingeschränkt Leistungsberechtigte nach § 1 a AsylbLG haben nur Anspruch auf die zahnärztlichen Leistungen nach dem AsylbLG, die im Einzelfall nach den Umständen unabweisbar geboten sind. Die Kostenträger weisen die Vertragszahnärzte auf die Einschränkungen des Leistungsumfangs nach § 1 bzw. § 1 a AsylbLG im Zahnbehandlungsschein hin.

Eine Versorgung mit Zahnersatz erfolgt nur, soweit dies im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist und von der unteren Unterbringungsbehörde auf der Grundlage eines vom Leistungsberechtigten vorzulegenden Heil- und Kostenplans schriftlich genehmigt wurde.

- (3) Die Vertragszahnärzte sind verpflichtet, nur die medizinisch notwendige Behandlung im Rahmen des in Absatz 2 definierten Umfangs durchzuführen und alle vom Gemeinsamen Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen, der KZBV und der KZVS verabschiedeten Richtlinien zu beachten, wie sie jeweils für die AOK PLUS gelten.

§ 6 Zahnbehandlungsschein

- (1) Der Leistungsberechtigte ist – außer in Eilfällen – verpflichtet, den Anspruch auf Behandlung durch Vorlage eines Zahnbehandlungsscheines nachzuweisen.
- (2) Der Zahnbehandlungsschein gilt für den Zeitraum, für den er ausgestellt wurde. Bei Fortdauer der Behandlung über den Gültigkeitszeitraum hinaus ist bei der weiteren Inanspruchnahme ein neuer Zahnbehandlungsschein vorzulegen. Enden die Anspruchsvoraussetzungen innerhalb des Zeitraumes, für den der Zahnbehandlungsschein ausgegeben wurde oder werden die Anspruchsvoraussetzungen zeitweise suspendiert, so verliert der Zahnbehandlungsschein seine Gültigkeit zu dem Zeitpunkt, an dem dem Vertragszahnarzt eine schriftliche Mitteilung des Kostenträgers zugeht. Für alle bis dahin durchgeführten Maßnahmen haftet der Kostenträger gegenüber dem Vertragszahnarzt.
- (3) Der Zahnbehandlungsschein berechtigt grundsätzlich nur zur Behandlung durch den erstbehandelnden Vertragszahnarzt. Wenn in Ausnahmefällen ein weiterer Vertragszahnarzt oder eine sonstige berechnigte Stelle hinzugezogen werden muss, so stellt der Kostenträger nach Absprache mit dem erstbehandelnden Zahnarzt einen weiteren Zahnbehandlungsschein aus.

- (4) Die Kostenträger unterstützen den Vertragszahnarzt bei der Beschaffung des vom Leistungsberechtigten nicht beigebrachten Zahnbehandlungsscheines, ggf. durch unmittelbare Übermittlung eines Zahnbehandlungsscheines.
- (5) Für die Kosten einer Behandlung, die auf Grund eines zu Unrecht ausgestellten Zahnbehandlungsscheines erfolgt sind, haftet der ausstellende Kostenträger dem Vertragszahnarzt gegen Abtretung seines Vergütungsanspruches in Höhe der Leistungen, die der Vertragszahnarzt bis zum schriftlichen Widerruf des Zahnbehandlungsscheines durch den ausstellenden Kostenträger erbracht hat.
- (6) Sofern in einem Eilfall kein Zahnbehandlungsausweis vorgelegt und auch nicht nachgereicht wird, kann der Vertragszahnarzt binnen vier Wochen nach dem Tag der Behandlung die Abrechnung über die erbrachten Leistungen bei dem für den Praxisort zuständigen Kostenträger vorlegen. Ein Eilfall liegt vor, wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist (zahnmedizinischer Notfall) und wenn der Kostenträger nicht mit der Folge rechtzeitiger Hilfeleistung eingeschaltet werden kann. Der Vertragszahnarzt hat den Eilfall zu begründen.

§ 7

Abrechnung, Prüfung und Vergütung

- (1) Für die Vergütung und Abrechnung der zahnärztlichen Leistungen sowie für die Zahlung des abgerechneten Honorars gelten die jeweils zwischen der KZVS und der AOK PLUS vereinbarten Bestimmungen, insbesondere die vereinbarten Punktwerte, soweit dieser Vertrag keine abweichenden Regelungen trifft.
- (2) Die Vertragszahnärzte sind verpflichtet, die erbrachten Leistungen innerhalb der für die AOK PLUS geltenden Fristen mit der KZVS abzurechnen. Bei der Abrechnung der konservierend-chirurgischen Leistungen sind die ausgestellten Zahnbehandlungsscheine beizufügen.
- (3) Die KZVS übernimmt vor Erstellung der Rechnung und Einsendung der Abrechnungsunterlagen an den jeweiligen Kostenträger die Prüfung auf rechnerische, sachliche und gebührenordnungsmäßige Richtigkeit und nimmt von sich aus notwendige Berichtigungen vor. Nachträgliche Berichtigungen können vom Kostenträger nur innerhalb von sechs Monaten nach Zugang der Rechnungslegung geltend gemacht werden. Die KZVS entscheidet über den Berichtigungsantrag durch Erstellung eines rechtsmittelfähigen Bescheides.
- (4) Die KZVS erstellt vierteljährlich eine Rechnung über die zahnärztlichen Leistungen und sendet diese mit den Zahnbehandlungsscheinen dem Kostenträger zu.
- (5) Die Kostenträger müssen Leistungen dann nicht ersetzen oder können diese ggf. zurückfordern, wenn es dem Vertragszahnarzt bei der Behandlung klar gewesen sein muss, dass in diesem konkreten Behandlungsfall eine Erstattung nach § 4 AsylbLG nicht in Frage kommen konnte, da weder eine akute Erkrankung, noch ein Schmerzzustand vorgelegen haben. Im Falle der Nichterstattung oder Rückforderung bzw. Verrechnung von Leistungen durch den Kostenträger genügt der Beweis des ersten Anscheins, dass kein Fall des § 4 AsylbLG vorliegt. Dieser kann von der KZVS oder dem Vertragszahnarzt entkräftet werden. Die KZVS entscheidet über den Berichtigungsantrag durch Erstellung eines rechtsmittelfähigen Bescheides.

- (6) Die Begleichung der Rechnungen erfolgt innerhalb von 21 Kalendertagen nach Rechnungslegung vorbehaltlich evtl. noch vorzunehmender Überprüfungen, jedoch vollständig auf den Rechnungsbetrag. Differenzbeträge zugunsten oder zu Lasten der KZVS werden von dieser bei der nächstmöglichen Vierteljahresabrechnung berücksichtigt. Bei Überschreitung der Zahlungstermine können Zinsen in Höhe von 5 % über dem Basiszinssatz nach § 247 BGB gefordert werden.

§ 8 Pflichtverletzungen, Streitigkeiten

- (1) Erfüllt ein Vertragszahnarzt die ihm aus diesem Vertrag obliegenden Pflichten nicht oder nicht ordnungsgemäß, unterrichtet der Kostenträger die KZVS über den Sachverhalt. Die KZVS teilt nach Prüfung der Angelegenheit ihre Auffassung und ggf. die gegenüber dem Vertragszahnarzt getroffenen Maßnahmen mit.
- (2) Meinungsverschiedenheiten, die sich aus der Durchführung dieses Vertrages ergeben, werden zwischen dem Kostenträger und der KZVS in einem Einigungsgespräch geklärt, ggf. unter Beteiligung des Sächsischen Landkreistages und des Sächsischen Städte- und Gemeindetages.

§ 9 Beitritt der Kostenträger/Rücktritt

- (1) Die einzelnen Kostenträger treten diesem Vertrag durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Sächsischen Landkreistag bzw. dem Sächsischen Städte- und Gemeindetag rechtsverbindlich bei. Der Sächsische Landkreistag und der Sächsische Städte- und Gemeindetag unterrichten die KZVS über die Beitritte der einzelnen Kostenträger zum Vertrag und über den Zeitpunkt, ab dem der Beitritt gelten soll. Der Beitritt kann nur zum Quartalsbeginn erfolgen.
- (2) Die KZVS behält sich einen Rücktritt von diesem Vertrag vor, wenn zum Zeitpunkt des Inkrafttretens nicht gemäß § 3 Abs. 2 die Gesamtheit der zuständigen Kostenträger dem Vertrag beigetreten ist.
- (3) Die KZVS wird die Kostenträger über Änderungen der Verträge mit der AOK PLUS, soweit sie diesen Vertrag berühren, unterrichten.

§ 10 Inkrafttreten/Kündigung


Dieser Vertrag tritt zum 01. Januar 2010 in Kraft und kann mit einer Frist von sechs Monaten zum Ablauf eines Kalenderjahres, frühestens zum 31. Dezember 2011 gekündigt werden.

§ 11 Salvatorische Klausel

Sollte/n eine oder mehrere Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, bleibt die Wirksamkeit des Vertrages hiervon unberührt, es sei denn, die unwirksame Bestimmung war für eine Vertragspartei derart wesentlich, dass ihr ein Festhalten an dem Vertrag nicht zugemutet werden kann.

In allen anderen Fällen werden die Parteien des Vertrages die unwirksamen Bestimmungen durch Regelungen ersetzen, die dem mit der unwirksamen Bestimmung Gewollten am nächsten kommen.

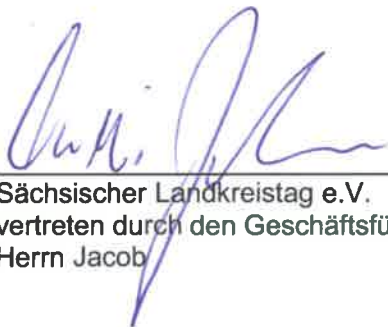
Dresden, 02.02.2010



Kassenzahnärztliche Vereinigung
Sachsen
vertreten durch den Vorstand
Herrn Dr. med. Weißig



Sächsischer Städte- und Gemeindetag e.V.
vertreten durch den Geschäftsführer
Herrn Woitscheck



Sächsischer Landkreistag e.V.
vertreten durch den Geschäftsführer
Herrn Jacob

Protokollnotiz zum Vertrag über die Sicherstellung der zahnärztlichen Versorgung der Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

Zwischen der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Sachsen, im folgenden „KZVS“ genannt, und dem Sächsischen Landkreistag e. V sowie dem Sächsischen Städte- und Gemeindetag e. V. wurde ein Vertrag über die Sicherstellung der zahnärztlichen Versorgung der Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) geschlossen.

Die Landesdirektion Chemnitz lässt diesen Vertrag mit Ausnahme der §§ 3 Abs. 2, 8 Abs. 2 und 9 Abs. 1 gegen sich gelten. In Abweichung des Vertrages ist Kostenträger im Sinne dieser Protokollnotiz die Landesdirektion Chemnitz.

Meinungsverschiedenheiten, die sich aus der Durchführung des Vertrages ergeben, werden zwischen der Landesdirektion Chemnitz und der KZVS in einem Einigungsgespräch geklärt. Im Übrigen gelten die Regelungen des Vertrages.

Dresden, 26. 07. 2019



Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen
vertreten durch den Vorstand
Dr. med. Holger Weißig



Landesdirektion Chemnitz

Vereinbarung

über die Versorgung von Asylbewerbern in Sachsen durch öffentliche Apotheken

Zwischen dem

Freistaat Sachsen

vertreten durch die Landesdirektion Sachsen
09111 Chemnitz

einerseits

und dem

Sächsischen Apothekerverband e. V. (SAV)
04109 Leipzig

andererseits

wird Folgendes vereinbart:

Die Apotheken beliefern ärztliche Verordnungen für Asylsuchende in den Erstaufnahmeeinrichtungen des Freistaates Sachsen. Zur Versorgung von Asylsuchenden in den Erstaufnahmeeinrichtungen des Freistaates Sachsen durch öffentliche Apotheken, deren Inhaber Mitglied des Sächsischen Apothekerverbandes e. V. sind, wird Folgendes vereinbart¹:

§ 1 Allgemeine Bestimmungen

- 1) Die für die Erstaufnahmeeinrichtungen tätigen Ärzte dürfen keine Empfehlungen hinsichtlich bestimmter Apotheken aussprechen. Es gilt der Grundsatz der freien Apothekenwahl.
- 2) Apotheken, deren Leiter nicht Mitglied des SAV sind, können dieser Vereinbarung durch schriftliche Erklärung gegenüber dem SAV (Thomaskirchhof 12 in 04109 Leipzig) beitreten. Für den Beitritt von Apotheken mit Sitz in einem EU-Mitgliedsstaat sowie aus Ländern des EWR und der Schweiz ist ein behördlicher Nachweis vorzulegen, dass die Apotheke nach den Bestimmungen des Staates, in dem sie ihren Sitz hat, betrieben werden darf. Für Abrechnungen nach diesem Vertrag gelten die Preisvorschriften nach § 78 Arzneimittelgesetz sowie § 7 Heilmittelwerbe-gesetz (sog. Rabattverbot).

§ 2 Abgabebestimmungen

- 1) Die Vereinbarung gilt für Verordnungen (Muster 16 sowie sonstige Mustervordrucke, insbesondere grüne und blaue Mustervordrucke), auf denen als Kostenträger die Landesdirektion Sachsen (Chemnitz, Leipzig, Dresden) angegeben ist. Die Apotheke ist zur Überprüfung des angegebenen Kostenträgers nicht verpflichtet. Der auf der Verordnung angegebene Kostenträger ist gegenüber der Apotheke zur Zahlung verpflichtet.
- 2) An Asylsuchende dürfen Arznei-, Verband- und Hilfsmittel, bilanzierte Diäten gem. § 31 Abs. 5 SGB V sowie Medizinprodukte nach § 31 Abs. 1 SGB V nur aufgrund einer ordnungsgemäß aus-gestellten ärztlichen Verordnung abgegeben werden.
- 3) Eine Verordnung darf nur innerhalb eines Monats beliefert werden. Eine Fristüberschreitung kann aus Gründen der Herstellung, Beschaffung oder Genehmigung oder durch Rücksprache mit dem Arzt begründet werden. Diese Regelung betrifft nicht Verordnungen für die besondere Vorschriften gelten (z.B. § 3a Abs. 4 AMVV bei Verordnungen über die Wirkstoffe Lenalidomid, Pomalidomid oder Thalidomid sowie § 12 Abs. 1 Nr. 1 c) BtMVV für Verordnung über Betäu-bungsmittel).
- 4) Hat der Arzt ein Arzneimittel nur unter seiner Wirkstoffbezeichnung verordnet, hat die Apothe-ke unter den Voraussetzungen des § 4 Abs. 1 a)-f) Rahmenvertrag über die Arzneimittelversor-gung nach § 129 SGB V ein der Verordnung entsprechendes Fertigarzneimittel unter den drei preisgünstigsten Arzneimitteln auszuwählen. § 3 Nr. 1 bleibt unberührt.
- 5) Der Apotheker ist grundsätzlich nicht verpflichtet, die Zulässigkeit der Verordnung im Rahmen der Leistungspflicht der Landesdirektion nach Asylbewerberleistungsgesetz zu prüfen.

¹ Da sich die Versorgung der Asylbewerber nach dem AsylbLG richtet, handelt es sich bei den Verweisen auf die Vorschriften des SGB V um eine zwischen den Parteien vereinbarte analoge Anwendung der genannten Vor-schriften.

- 6) Nichtapothekenpflichtige Fertigarzneimittel und Fertigarzneimittel gemäß § 34 Abs. 3 SGB V und Nichtarzneimittel, außer den in der Anlage 3 Nr. 1), 5) und 10) des Arzneimittelversorgungsvertrages der AOK PLUS genannten, dürfen nicht zu Lasten der Landesdirektion abgegeben werden. Soweit es sich um Arzneimittel der Negativliste mit einem indikationsbezogenen Ausschluss gem. Anlage 2 zu § 1 Abs. 2 und § 3 der „Verordnung über unwirtschaftliche Arzneimittel in der gesetzlichen Krankenversicherung“ handelt, hat der Apotheker keine Prüfpflicht.
- 7) Fertigarzneimittel nach § 34 Abs. 1 Satz 7 und 8 SGB V (Lifestyle), die in Anlage II der Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V namentlich genannt sind, dürfen nicht zu Lasten der Landesdirektion abgegeben werden, es sei denn, sie sind bei bestimmten Indikationsstellungen auch zu Lasten der GKV verordnungsfähig.
- 8) Verordnungen von nichtverschreibungspflichtigen Fertigarzneimitteln, die nicht von der Richtlinie nach § 34 Abs. 1 Satz 2 SGB V erfasst sind (OTC-Übersicht), für Asylbewerber, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, dürfen nicht zu Lasten der Landesdirektion Sachsen abgegeben werden.
- 9) Verordnungen von Medizinprodukten, die nicht nach § 31 Abs. 1 Satz 2 in der Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V aufgenommen sind (Anlage V – AMRL), dürfen nicht zu Lasten der Landesdirektion Sachsen abgegeben werden.
- 10) Bei Verordnung eines Arzneimittels ohne Angabe einer N-Bezeichnung sowie ohne Angabe der verordneten Stückzahl, hat die Apotheke die kleinste im Handel befindliche Packung abzugeben.
- 11) Ist bei einer Verordnung unter Angabe der N-Bezeichnung keine Packung, die dem verordneten N-Bereich entspricht, im Handel, ist eine Packung aus dem nächst kleineren N-Bereich abzugeben; falls eine solche Packung nicht im Handel ist, ist die kleinste im Handel befindliche Packung abzugeben. In Zweifelsfällen entscheidet der verordnende Arzt durch Änderung der Verordnung.

§ 3 Preisberechnung

- 1) Die Preise für die Arzneimittel, deren Abgabe nach § 43 Abs. 1 des Arzneimittelgesetzes (AMG) den Apotheken vorbehalten ist, werden nach den gesetzlichen Bestimmungen in der gültigen Fassung berechnet. Es gelten jeweils die am Tag der Abgabe maßgeblichen Preise im ABDA-Artikelstamm.
- 2) Bei Artikeln, die nicht im ABDA-Artikelstamm mit einem Einkaufspreis aufgeführt sind, ist der Apotheker verpflichtet, die Lieferfirma und den Einkaufspreis auf dem Verordnungsblatt zu vermerken.
- 3) Die Apotheken gewähren dem Kostenträger gemäß § 4 Abs. 1 Satz 3 Abschlüsse nach § 130 SGB V, soweit der Rabatt nicht bereits in den vereinbarten Preisen berücksichtigt ist.
- 4) Die Zuschläge auf Einkaufspreise für Mittel, die nicht in den Anwendungsbereich der Arzneimittelpreisverordnung fallen, richten sich nach Anlage 3 des Arzneimittelversorgungsvertrages der AOK PLUS in der jeweils geltenden Fassung. Hierbei handelt es sich um Höchstzuschläge. Hilfsmittel und bilanzierte Diäten gem. § 31 Abs. 5 SGB V können mit einem Aufschlag von maximal 15 % auf den Apothekeneinkaufspreis abgerechnet werden.

- 5) Auf den Verordnungsblättern werden die Preise einschließlich Mehrwertsteuer angegeben. Die Berechnung von zusätzlichen Entgelten bei Inanspruchnahme des Notdienstes und der Abgabe von Betäubungsmitteln richtet sich ausschließlich nach den §§ 6 und 7 der Arzneimittelpreisverordnung.
- 6) Asylsuchende sind sowohl von der Zahlung der Zuzahlung als auch von der Übernahme etwaiger Mehrkosten befreit. Die Apotheke ist berechtigt, dies auf der Verordnung bei fehlenden oder fehlerhaften Angaben des Arztes zu korrigieren.

§ 4 Rechnungslegung und Beanstandungen

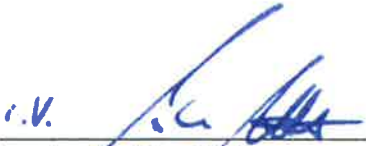
- 1) Die Rechnungslegung der abgebenden Apotheke erfolgt monatlich und unter Beifügung der Verordnungsblätter im Original. Die Rechnungen sind spätestens innerhalb von 30 Arbeitstagen nach ihrem Eingang beim Kostenträger zu begleichen. Werden die Rechnungen bereits innerhalb von 10 Arbeitstagen beglichen, wird der Abschlag nach § 130 SGB V gewährt.
- 2) Die Zahlung erfolgt unter dem Vorbehalt einer sachlichen und rechnerischen Prüfung. Etwaige Differenzen aus den bisherigen Abrechnungen werden verrechnet.
- 3) Die bei der Rechnungsprüfung festgestellten rechnerisch und sachlich unrichtig angesetzten Beträge werden von den Kostenträgern innerhalb von 6 Monaten nach Ende des Kalendermonats berichtigt, in dem die Lieferung erfolgte.
- 4) Kopien der beanstandeten Rezepte bzw. deren Print-Images werden der Apotheke von dem Kostenträger unverzüglich ohne vorherige Aufforderung zur Überprüfung zugeschickt.
- 5) Einsprüche gegen Rechnungsbeanstandungen können vom Apotheker innerhalb von drei Monaten nach Eingang beim Apotheker geltend gemacht werden. Sie können auch über den Sächsischen Apothekerverband e. V. erfolgen.
- 6) Die Prüfung von Einsprüchen gegen eine ausgesprochene Beanstandung hat innerhalb einer Frist von drei Monaten nach Eingang des Einspruchs bei dem Kostenträger zu erfolgen. Das Ergebnis der Prüfung ist der Apotheke bzw. dem SAV mitzuteilen.
- 7) Werden die Fristen nach Absatz 2 und 3 überschritten, gelten die Rechnungsbeanstandungen bzw. die Einsprüche als anerkannt.
- 8) Die sachlichen und rechnerischen Beanstandungen werden nach Ablauf der Einspruchsfrist bzw. nach Ablehnung des Einspruchs bei der darauf folgenden Abrechnung berücksichtigt.

§ 5 Inkrafttreten und Kündigung

- 1) Diese Vereinbarung tritt zum 15.07.2016 in Kraft und läuft auf unbestimmte Zeit. Die Vereinbarung kann von beiden Parteien mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalenderquartals gekündigt werden.

2) Die Kündigung muss schriftlich erfolgen.

Chemnitz, 25.7.16
Ort, Datum

i.V. 
Landesdirektion Sachsen
Walter Bürkel
Vizepräsident

Apitzsch, 20.07.16
Ort, Datum


Sächsischer Apothekerverband e.V.
Dr. Reinhard Groß
stellvertretender Vorsitzender

Anlage 3

Zuschläge⁴ auf Einkaufspreise für Mittel, die nicht in den Anwendungsbereich der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) fallen gemäß § 4 Abs. 9

1)	Blut- und Harnteststreifen (soweit sie nicht in der Preisvereinbarung – Anlage 4 aufgeführt sind)		10 %
2)	Impfstoffe		
	● Sprechstundenbedarf	1 bis 49 verordnete Impfdosen	10 %
		ab 50 verordnete Impfdosen	5 %
	Ausnahme: Grippeimpfstoffe		5 %
3)	Nahtmaterial		9 %
4)	Sprechstundenbedarf, der nicht der AMPreisV unterliegt, soweit in dieser Anlage nicht anders geregelt.		14 %
	Ausnahme: Infusionslösungen ab 500 ml (Einzeldosis)		4 %
5)	Verbandmittel		
	● Sprechstundenbedarf		0 %
	● Einzelverordnungen	bis EK 38,57 EUR	19 %
		ab EK 38,58 EUR	3 % + 6,17 EUR
6)	Wochenbettpackungen		10 %

⁴ Bei den vereinbarten Zuschlägen handelt es sich um Höchstzuschläge (vgl. § 4 Abs. 9 und 14). Die Apothekenabschläge nach § 130 SGB V (sofern einschlägig) sind in diesen vertraglich vereinbarten Preisen bereits berücksichtigt. Der Vertragspreis besteht aus Einkaufspreis gem. ABDA Artikelstamm zzgl. der vereinbarten Zuschläge und der jeweils gültigen MwSt.

7)	Aus menschlichem Blut gewonnene Blutzubereitungen oder gentechnologisch hergestellte Blutbestandteile (§ 47 Abs. 1 Nr. 2a AMG), soweit diese nicht von 8) erfasst werden. ● Sprechstundenbedarfsverordnung		4 %
8)	Blutkonzentrate, die zur Anwendung bei der Bluterkrankheit (Hämophiliebehandlung) bestimmt sind (§ 1 Abs. 3 Nr. 6 AMPPreisV).		4 %
9)	Arzneimittel, die zur Anwendung bei der Dialyse Nierenkranker bestimmt sind (§ 1 Abs. 3 Nr. 6 AMPPreisV).		4 %
10)	Medizinprodukte, gemäß § 31 Abs. 1 SGB V, die nicht unter 1) bis 9) dieser Anlage aufgeführt sind ● Sprechstundenbedarf ● Einzelverordnungen		9 % AMPPreisV (+ 3 % + 6,63 €)
11)	nichtapothekenpflichtige Fluor-Monopräparate ● Sprechstundenbedarf ● Einzelverordnungen		14 % AMPPreisV (Fassung vom 31.12.2003) abzügl. 5% Apotheken- abschlag
	Für alle nicht unter 1) bis 11) aufgeführten Artikel beträgt der Zuschlag auf Einkaufspreise:		10 %