

(Kopfbogen/Absender)

(Empfänger)

## **Antrag auf Vergabe einer Herstellernummer nach Anlage 3 zum Vertrag über die Preisbildung von Stoffen und Zubereitungen aus Stoffen (Hilfstaxe)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir möchten Sie über eine wichtige Neuerung in der Hilfstaxe bezüglich der Herstellung von parenteralen Zubereitungen informieren und bitten, die daraus sich ergebenden notwendigen Schritte in die Wege zu leiten.

Mit Wirkung ab dem 1. März 2012 wurde die Hilfstaxe in verschiedenen Punkten geändert. Danach können Apotheken, die nicht mehr weiterverarbeitungsfähige Teilmengen (Verwürfe) abrechnen wollen, Apothekenabrechnungsstellen mit der Prüfung der Abrechnungsfähigkeit beauftragen. Die Einzelheiten des Prüfverfahrens sind im Anhang 3 zur Anlage 3 Teil 1 der Hilfstaxe festgelegt. Das Prüfverfahren ist ab dem **1. August 2012** durchzuführen.

Bis zu diesem Zeitpunkt benötigen die Apothekenabrechnungsstellen für die vorgenannte Prüfung eine eindeutige Herstellernummer des die parenterale Zubereitung herstellenden Betriebes.

Da Sie für uns die Herstellung von parenteralen Zubereitungen durchführen, benötigen Sie die besagte Herstellernummer.

Deren Vergabe erfolgt durch die Werbe- und Vertriebsgesellschaft Deutscher Apotheker (WuV) im Auftrag des Deutschen Apothekerverbandes e. V. Wir bitten Sie, sich wegen der Vergabe der Herstellernummer dorthin zu wenden.

Zu diesem Zwecke bitten wir Sie darum, das beigefügte Antragsformular zu verwenden.

Wir weisen darauf hin, dass eine Prüfung der Verwürfe, die bei der Herstellung der Zubereitungen durch Sie anfallen, durch die Apothekenabrechnungsstellen ohne Vorliegen der Herstellernummer nicht möglich ist. In diesem Fall wäre die Anerkennung der Abrechnung von Verwürfen durch die Krankenkassen erheblich erschwert. Daher raten wir dringend dazu, den Antrag so rechtzeitig zu stellen, dass den Apothekenabrechnungsstellen die oben beschriebene Prüfung ab dem 1. August 2012 möglich ist.

Wir danken Ihnen für Ihre Kooperation und verbleiben

mit freundlichen Grüßen

(Name der Apotheke)

(Unterschrift)

(Datum)

**Anlage:**

Musterformular für den Antrag bei der Werbe- und Vertriebsgesellschaft  
Deutscher Apotheker