

1.1 Formfehler: Der erste Check!

Beliefert eine Apotheke eine – gemäß Liefervertrag – nicht ordnungsgemäße Verordnung, so kommt kein Vertrag mit der Krankenkasse zustande (§ 3 Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung nach § 129 Absatz 2 SGB V). Das bedeutet: Kein Vertrag, keine Erstattung! Noch vor dem ersten Blick auf den Patienten und seine Medikation, gilt das Hauptaugenmerk zunächst einer formalen Kontrolle des Rezepts (► Kap. 4.1). Mit einer Prüfung der folgenden Punkte, sind die häufigsten Formfehler-Fallen schon entschärft.

■ Liegt eine ordnungsgemäß gültige vertragsärztliche Verordnung vor?

Im Gegensatz zu den Gerichten, die in ihren Entscheidungen auf die Vertragsvereinbarungen des jeweiligen Liefervertrags abstellen, gehen Prüfstellen zunehmend gern den einfacheren Weg, pauschal eine „nicht ordnungsgemäße Verordnung“ zu beanstanden, da sich dieser Terminus in allen Lieferverträgen findet. Unter dem Begriff „nicht ordnungsgemäße Verordnung“ wird gern jeglicher Verstoß gegen bestehende Vorschriften oder Vertragsvereinbarungen der Apotheke in Rechnung gestellt, selbst wenn sich die beanstandeten Vorschriften vorrangig an den Arzt richten und eine entsprechende Vereinbarung in den Versorgungsverträgen der Apotheken fehlt.

Der Rechtsprechung ist jedoch zu entnehmen, dass dieser Terminus einer näheren Vereinbarung in den Lieferverträgen bedarf und die getroffenen Vereinbarungen der entsprechenden Lieferverträge als abschließende Regelung zur Abgabe in der Apotheke zu betrachten sind. Was also nicht vertraglich geregelt ist, kann i.d.R. auch nicht retaxiert werden.

Wann eine Verordnung als ordnungsgemäß zu gelten hat, steht im bundesweit gültigen Ersatzkassenvertrag, im ebenfalls bundesweit gültigen Rahmenvertrag und in den ergänzenden Lieferverträgen auf Regionalebene. Je mehr Formalien als „conditio sine qua non“ verlangt werden, umso größer die Wahrscheinlichkeit, dass die Apotheke ein Kriterium für ein ordnungsgemäßes Rezept übersieht und das ganze Rezept aus eigener Tasche bezahlen muss.

Darüber hinaus gelten je nach Versorgungsvertrag unterschiedliche Regelungen, welche Formalien die Apotheke ergänzen oder korrigieren darf bzw. korrigieren muss:

- Bei ärztlich geänderter Kasse, hat die Apotheke die Kassennummer zu streichen oder zu korrigieren. Stimmt die vom Arzt angegebene Kasse nicht, muss sie trotzdem zahlen! Dieses wird bei Retaxationen bisweilen übersehen.

- Eine fehlende Betriebsstättennummer (BSNR) muss vom Apotheker ergänzt werden. Sie steht rechts unten in der Codierzeile.
- In neueren Regionalverträgen ist bereits vereinbart, dass eine fehlende lebenslange Arztnummer (LANR) von der Apotheke nach Rücksprache ergänzt werden muss. Kann die LANR nicht ermittelt werden, muss dies auf dem Rezept vermerkt und vom Apotheker abgezeichnet werden. Beide Nummern zählen nach diesen Verträgen zu den erforderlichen Angaben für eine ordnungsgemäße Verordnung.
- Fehlt das Verordnungsdatum oder ist es erkennbar falsch, so muss dieses (je nach Bundesland, Kasse und Arzneiliefervertrag) nach Rücksprache und Rezeptvermerk ggf. ergänzt oder korrigiert werden.

■ Gibt es einen mit der Kasse vereinbarten oder gesetzlich vorgeschriebenen Preis?

Sollte die EDV melden, dass kein Preis ermittelt werden konnte, empfiehlt es sich genau hinzusehen:

- ist ein Kostenvoranschlag/Genehmigung erforderlich,
- handelt es sich um ein Negativlistenprodukt,
- handelt es sich um ein nicht erstattungsfähiges Medizinprodukt,
- handelt es sich um ein Nicht-Arzneimittel,
- handelt es sich um ein Lifestyle-Produkt
- sind Apotheken für dieses Produkt noch lieferberechtigt? Ist ein abgeschlossener Einzelvertrag Voraussetzung?
- oder gibt es sonst einen Grund, weshalb die Kasse ggf. nicht zahlen muss?

■ Liegt das Ausstellungsdatum nicht länger als 28 Tage zurück?

Seit dem 3. Juli 2021 sind Rezepte zulasten einer GKV nur noch 28 Tage gültig. Dies geht auf eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) zurück, die zum 3. Juli 2021 in Kraft getreten ist.

§ 11 Absatz 4 AM-RL:

„Verordnungen dürfen längstens 28 Tage nach Ausstellungsdatum zu Lasten der Krankenkasse beliefert werden. Die Belieferungsfrist endet auch dann mit dem Ablauf ihres letzten Tages, wenn dieser auf einen Samstag, Sonntag oder einen gesetzlichen Feiertag fällt.“

■ Wie berechnet sich das letzte Abgabedatum?

Die Belieferungsfrist endet mit dem Ablauf ihres letzten Tages, auch wenn dieser auf einen Samstag, Sonntag oder einen gesetzlichen Feiertag fällt.

BTM-Verordnungen

Besonders bei BTM-Verordnungen ist die korrekte Verordnung genau zu prüfen.

Hilfsmittel-Verordnungen

Auch hier sind zahlreiche formale Vorschriften zu beachten.

Dies gilt auch für:

- Mischrezepte,
- Rezepturen,
- T-Rezepte,
- Verordnungen aus Kliniken, Gemeinschaftspraxen,
- Rezeptfälschungen,
- Notdienstverordnungen,
- Hyposensibilisierungs-Verordnungen.

Auf obenstehende Besonderheiten wird in den jeweiligen Kapiteln näher eingegangen.

Spar-Tipp

Prüfen Sie vor der Einreichung nochmals alle Rezepte auf die genannten Punkte und auf vollständige Ausfüllung. Es finden sich immer wieder Rezepte bei denen die eine oder andere Formalie übersehen wurde.

1.46 Die Zuzahlungs-Fälle

Zuzahlungen sorgen in den Apotheken zunehmend für Gesprächsstoff. Besonders ärgerlich, wenn der Patient in der Arztpraxis erfährt, dass das Medikament zuzahlungsbefreit sei oder wenn sich auf dem Rezept der Aufdruck „vermutlich zuzahlungsbefreit“ findet, obwohl sich mittlerweile der Zuzahlungsstatus generell oder für die vorliegende Kasse geändert hat. Noch komplizierter wird die Sache, wenn die Arztpraxis bei einem eigentlich gebührenpflichtigen Patienten, bei Verordnung eines vermeintlich zuzahlungsbefreiten Medikaments, zusätzlich noch „gebührenfrei“ ankreuzt.

Die Befreiung von der Zuzahlungspflicht ist ausschließlich Sache der Krankenkassen. Selbst bei der „30 %-unter-Festbetrag-Regelung“ gibt es laut ministerialer Auskunft keine automatische Zuzahlungsbefreiung. Nach § 31 Absatz 3 SGB V dürfen die Bundesverbände der Kassen nur befreien, wenn hieraus Einsparungen zu erwarten sind.

Inzwischen existieren folgende Befreiungsmodelle parallel:

- ganze oder halbe Zuzahlungsbefreiungen,
- rabattvertragsbezogene Befreiungen,
- kassenspezifische Befreiungen (Bonusmodelle),
- festbetragsbezogene Zuzahlungsbefreiungen,
- produktbezogene Befreiungen (z.B. Impfungen),
- es gab auch schon rechtswidrige Zuzahlungsgutscheine von Krankenkassen zum Bezug bei Versandapotheken.

Die ursprünglich beabsichtigte Steuerungswirkung hat die Zuzahlung längst verloren, da Patienten nur noch schwer verstehen, wann sie zahlen müssen, wann sie teilweise zahlen müssen oder wann sie befreit sind.

Zu welchen kuriosen Auswüchsen das „Steuerungselement“ Zuzahlung bisweilen führt, zeigte die Anfrage einer Apotheke bei der sich ein Kunde beschwerte, dass die Apotheke jedes Mal eine andere Zuzahlung verlangte, wenn er sein Medikament wieder benötigte. Der Autor war der Apotheke bei den Zuzahlungsrecherchen behilflich und staunte selbst nicht schlecht über das Ergebnis (siehe Beispiel).

Beispiel

Baclofen 10 Ratio PZN 3753409 (Zuzahlung Jan. bis Juni 2010)

Zuzahlung für Baclofen 10 Ratio für den Zeitraum Januar bis Juni 2010

Januar	frei	16,80 €	
Februar	pflichtig	22,36 €	Nur bei einzelnen Kassen frei
März	pflichtig	22,36 €	Nur bei einzelnen Kassen frei
April	frei	16,80 €	
Mai	pflichtig	23,65 €	Nur bei einzelnen Kassen frei
Juni	pflichtig	22,35 €	Nur bei einzelnen Kassen frei

Zum Problem wird dieses Zuzahlungschaos dadurch, dass die Prüfstellen zunehmend nicht erhobene Zuzahlungen der Apotheke belasten. Hier sind folgende Fälle zu unterscheiden:

Zuzahlungsstatus nicht angekreuzt. In diesem Fall sind Apotheken vertraglich dazu verpflichtet, den Zuzahlungsstatus durch Vorlage eines gültigen Befreiungsausweises zu überprüfen. In Arzneilieferverträgen ist aber mitunter geregelt, dass das Rezept bei nicht angekreuztem Status als zuzahlungspflichtig abzurechnen ist, sofern der Versicherte nicht einen gültigen Befreiungsausweis vorlegen kann.

Beide Statusfelder angekreuzt. Auch hier greift die vertragliche Prüfverpflichtung.

Zuzahlungsstatus eindeutig angekreuzt. Bei eindeutiger Kennzeichnung ist die Apotheke nicht verpflichtet den Zuzahlungsstatus zu überprüfen. Wurde die Verordnung für einen gebührenfreien Patienten von der Arztpraxis irrtümlich als „gebührenpflichtig“ gekennzeichnet, darf die Apotheke den Gebührenstatus nur ändern, wenn der Patient eine gültige Befreiung vorlegt.

Zuzahlungsstatus vor Vorlage manuell geändert. Wurde vor Vorlage in der Apotheke der Zuzahlungsstatus auf einem ansonsten maschinell ausgestellten Rezept handschriftlich von „gebührenpflichtig“ auf „gebührenfrei“ geändert oder umgekehrt, so ist darauf zu achten, dass diese Änderung vom Arzt abgezeichnet wurde, damit es nicht zu Retaxationen kommt.

Retax-Beispiel

Auf einem Rezept war das ursprünglich angekreuzte Statusfeld eindeutig maschinell, also in der Arztpraxis, unkenntlich gemacht und das „Gebühr frei“-Feld manuell gekennzeichnet worden. Zum Zeitpunkt der Vorlage in der Apotheke war also letztlich nur ein Statusfeld gekennzeichnet und nicht beide. Einen Einspruch mit der Begründung, dass die Apotheke zur Überprüfung vertraglich nur verpflichtet ist, wenn entweder kein Status oder beide Statusfelder angekreuzt sind, ließ die Prüfstelle nicht gelten. Begründung der Prüfstelle: Es handle sich um eine nicht eindeutig gebührenfrei gekennzeichnete Verordnung. Eine Änderung durch den Arzt, sei nicht ersichtlich, denn diese hätte der Arzt durch seine Unterschrift bzw. durch einen Arztstempel kenntlich gemacht.

Mittlerweile wurde im Rahmenvertrag folgende Regelung geschaffen.

§ 6 Abs. 2d (d4) Rahmenvertrag

- (2) „Um einen unbedeutenden Fehler im Sinne des Absatzes 1 Satz 2 Buchstabe d) handelt es sich insbesondere: [...]
- d) Wenn bezogen auf die vertragsärztliche Verordnung (AMVV) [...]
- (d4) die Apotheke eine vom Arzt fälschlicherweise als „Gebühr frei“ gekennzeichnete Verordnung ohne Einbehaltung einer Zuzahlung abgibt.“

Die Apotheke haftet also nicht dafür, dass der Arzt ein Rezept fälschlicherweise als „Gebühr frei“ ausgestellt hat.

Bei Retaxationen ist unter Umständen auch auf das Datum einer Zuzahlungseinführung zu achten, wie folgendes Beispiel zeigt. Hier verschickte die Kasse Zuzahlungs-Retaxationen, obwohl die Zuzahlungseinführung erst einen Tag nach der Abgabe des Arzneimittels in Kraft trat.

Retax-Beispiel

Die Prüfstelle retaxierte die Zuzahlung der 3. Zeile, wobei die Abgabe am 31.03.2010 erfolgte und Zuzahlungs-Wiedereinführung erst ab 01.04.2010 gültig war. (Die PZN war vom 01.09.2008–31.03.2010 zuzahlungsbefreit).

Nachfolgend der vergrößerte Imageausschnitt des retaxierten Rezeptes (Abb. 1.46.1).

30.03.10 4801955 1755

Atacand Plus 16/12.5MG TAB 98 ST N3

X DIURETIKUM VERLA TAB 100 St N3

X Metobeta 200 Retard RET 100 ST N3

30.03.10 15,00

Abb. 1.46.1 Rezeptdatum 30.03.2010, beliefert 31.03.2010 (die „31“ ist trotz der schlechten Kopie gut erkennbar), Zuzahlungserhöhung ab 01.04.2010

Die zugehörige Retaxierung ist der Abbildung 1.46.2 zu entnehmen.

Seite 2/2
Rezeptprüfung Abrechnungsmonat April 2010
Rezept300@ - 3.03.001.003 - 23.08.2010

KKH-Allianz	79603	+00000754	PIG-Nummer
X	15,00	139,49	Kostenträger
	0986136	10643	Versicherten-IK
	2840000	1551	Verordner
	4801955	1755	Leistungserbringer
	30.03.10		Abrechner
			Rechnung
Atacand Plus 16/12.5MG TAB 98 ST N3			Korrekturen
X DIURETIKUM VERLA TAB 100 St N3			Rezeptbetrag
X Metobeta 200 Retard RET 100 ST N3			Zuzahlung
			Rabatt
			Eigenanteil
			Ab-/Zusetzung (netto)

Feld	Originalinhalt	korrigierter Inhalt
Zuzahlung	15,00	20,00
Erläuterung der Korrekturgründe:		
63) ...Korrektur der Zuzahlung		

Abb. 1.46.2 Die Gesamtzuzahlung wurde vertragswidrig um 5.- € erhöht

Am 31.03.2010 betrug die Zuzahlung der ersten beiden Verordnungen 15,00 €. Obwohl die Zuzahlungseinführung der 3. Verordnung erst ab 01.04.2010 galt, wurde die Zuzahlung der Apotheke in Rechnung gestellt (Die Gesamtzuzahlung wurde auf 20.- € erhöht).

Da es für Apotheken nur durch sehr aufwändige Recherchen in externen Quellen möglich ist, nachträglich einen mehrere Monate zurückliegenden Zuzahlungssatz zu überprüfen, werden notgedrungen leider auch falsche Zuzahlungs-Retaxationen in vielen Fällen akzeptiert.

Solche Zuzahlungs-Retaxationen treten in mehreren Varianten auf und sind immer wieder ein Ärgernis, da die Apotheke zwar auch für die gesetzlichen Zuzahlungen als Inkassostelle verpflichtet wurde, aber nicht zum nachträglichen Gebühreneinzug beim Patienten.

■ Darf die Rezeptgebühr auch nachträglich erhoben werden?

Die Prüfpflicht der Apotheke auf eine „ordnungsgemäß ausgestellte ärztliche Verordnung“ beschränkt sich bezüglich des Zuzahlungssatzes nur darauf, ob kein oder beide Zuzahlungsfelder markiert wurden.

Hier die entsprechende Vorgabe im bundesweit gültigen vdek-Liefervertrag § 4 :

(5) Ist weder das Feld „Gebühr frei“ noch das Feld „Gebühr pflichtig“ auf dem Verordnungsblatt gemäß § 3 angekreuzt oder sind beide Felder angekreuzt, gilt der Versicherte als nicht von der Zuzahlung befreit, es sei denn, es wird ein gültiger Befreiungsbescheid der Ersatzkasse vorgelegt.

Ähnliche Vereinbarungen finden sich auch in den Regionalverträgen.

Falls die Prüfstelle – im Gegensatz zum vorliegenden Fall – eine berechnete Zuzahlungsnachforderung hat, sollte sie diese direkt mit den Versicherten abklären. Andernfalls lässt es sich wohl kaum vermeiden, dass die Apotheke den Patienten von der Nachforderung seiner Kasse unterrichtet und nicht geleistete Zuzahlungen nachträglich erhebt.

Dies ist der Apotheke nicht untersagt. Die Verträge verbieten lediglich, außerhalb von gesetzlich oder vertraglich vereinbarten Zahlungen, den Patienten mit weiteren Zahlungen zu belasten. Gesetzlich vorgeschriebene Zuzahlungen sind von diesem Verbot nicht betroffen.

Nachforderung von gesetzlichen Zuzahlungen erlaubt der vdek-Liefervertrag § 8:

§ 8 Zahlungen der Versicherten

Außer der gesetzlichen Zuzahlung und anderen gesetzlich vorgesehenen Selbstbeteiligungsbeträgen, der Noctugebühr und Mehrkosten im Sinne des § 31 Absatz 2 SGB V, dürfen keine weiteren Zahlungen vom Versicherten für die Abgabe von Mitteln nach diesem Vertrag gefordert werden.

Vorsicht: Wenn mittlerweile gebührenpflichtige Kunden in der Kundendatei noch als zuzahlungsfrei geführt werden, kann es zu fehlerhaften Abrechnungen kommen (siehe Retaxfalle 1.8).

■ Sind Schutzimpfungen zuzahlungsfrei?

Die gesetzliche Zuzahlung entfällt bei öffentlich empfohlenen Schutzimpfungen gemäß Schutzimpfungs-Richtlinie, z.B. gegen Diphtherie, FSME, Hepatitis A, Hepatitis B, Haemophilus-influenzae-B, Humanes Papilloma Virus (HPV), Influenza, Masern, Meningokokken, Mumps, Pertussis, Polio, Pneumokokken, Röteln, Tetanus, Tollwut und Varizellen.

Diese Impfungen werden größtenteils über den Sprechstundenbedarf verordnet. Bei Einzelverordnung ist der vom Arzt angekreuzte Zuzahlungsstatus entscheidend.

Sonderfälle

Bundespolizei. Bei gebührenfreien Rezepten zu Lasten der Bundespolizei (früher BGS) ist Vorsicht geboten. Für Versicherte dieses Kostenträgers gibt es keine Zuzahlungsbefreiung. Nur Hilfsmittelverordnungen sind zuzahlungsfrei. Dies gilt bundesweit laut Liefervertrag zwischen dem DAV und dem Bundesinnenministerium.

Milchpumpen-Miete. Laut Bundesverband der Krankenkassen fällt für diese Verordnungen keine Zuzahlung an, selbst wenn das Rezept auf die Mutter ausgestellt ist. Verbrauchsmaterialien und Gerät dienen der Versorgung des Kindes und sind daher zuzahlungsfrei.

■ Wie kann die Zuzahlungsbegrenzung bei Hilfsmitteln zum Verbrauch kontrolliert werden?

Die Zuzahlung für Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind, ist pro Monat auf 10 € begrenzt. Diese gesetzliche Vorgabe bezieht sich nach Auskunft der Apothekerverbände auf den Kalendermonat. In der Regel kann die Apotheke dies nur überprüfen, wenn diese Begrenzung bereits mit einem vorgelegten Rezept überschritten würde. Ob der Versicherte in diesem Monat bereits weitere Hilfsmittel in dieser Apotheke bezogen hat, ist nur überprüfbar, wenn der Kunde einer Speicherung seiner Medikationsdaten zugestimmt hat.

Auch über den Hilfsmittelbezug bei anderen Versorgern hat die Apotheke keine Kenntnis.

Ist unklar ob die Zuzahlungsgrenze bereits überschritten wurde, empfiehlt es sich, dem Kunden eine Quittung mitzugeben und ihn auf die ggf. mögliche Rückerstattung durch seine Krankenkasse hinzuweisen.

■ Überprüfen der EDV – ermittelten Zuzahlung bei Verbandstoffen.

Dass mitunter sogar die Apothekensysteme mit der korrekten Ermittlung der Zuzahlung überfordert sind, zeigt nachfolgendes Verordnungsbeispiel:

Beispiel

Verordnet: 12 x Rosidal K 12 cm x 5 m

Wirtschaftlichste Abgabe: 1 x 10 plus 2 x 1 Stück

Laut EDV zahlt der Kunde 15,- Euro Zuzahlung.

Bei Abgabe von 12 x 1 Stück zahlt der Kunde aber nur 10,- Euro.

Kasse:

AOK Bayern IK 108310400

Verordnung:

Kurzzug-Binde K 12 cm x 5 m 12 x

Verordnungsdatum 07.03.13

Gebühr frei

☒ Kassen-Nr.

☐ Unfall

☐ Arbeits-unfall

☐ aut. Ident.

Krankenkasse bzw. Kostenträger

AOK Bayern Die Gesundh.

71101

☒ Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

8310400

1000 1

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

XXXXXXXX

XXXXXXXX

07.03.13

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

LKV2a 2 Beine

Kurzzug-Binde K 12 cm x 5 m 12x

● Abb. 1.46.3 Verordnung von 12 Kurzzug-Binden

■ Was zeigt die Apotheken-EDV bezüglich der Zuzahlung an?

1.) Ausgehend von der vorgeschriebenen wirtschaftlichsten Abgabe:

Geht man von der wirtschaftlich günstigsten Abgabe von 1 x 10 St. plus 2 x 1 St. der abgegebenen Rosidal K® Binden aus, so errechnet die Apotheken-EDV tatsächlich eine Patientenzuzahlung von 1 x 10.- Euro plus 1 x 5.- Euro:

Schnellsuche Artikel Center Wirkstoff Kunde Krankenkasse													
VA	Bezeichnung	PKG	ME	DF	N	NMG	ST	MG	VK	RP	KP	Ke	
1												15.00	
2	173180			geb. AOK Bayern									
3	R 1 ROSIDAL BIN KRAEFT	10 St	BIN		NB			1	110.55	110.55	10.00	V	
4	R 1 ROSIDAL BIN KRAEFT	1 St	BIN		NB			2	24.70	24.70	5.00	V	
ROSIDAL BIN KRAEFT 10CMX5M 1 St BIN Hersteller: LOHMANN RAUSCHER GMBH_CO.KG PZN: 00885984 EAN: 4021447222028 Bestand: Lagerort: HM-Nr.:													
Artikel Preise Preisaktion Wirkstoff Indikation BTM Dosierung Hinweise Aktuelles													
Rezeptwert		Zuzahlung		Umsatz		Rohertrag		Total		Zu zahlen			
135.25		15.00		135.25		13.11		15.00		15.00			

● Abb. 1.46.4 Falsche Zuzahlungsanzeige bei wirtschaftlicher Abgabe

2.) Ausgehend von 12 Einzelbinden:

VA	Bezeichnung	PKG	ME	DF	N	NMG	ST	MG	VK	RP	KP	Kei
1	173180	geb	AOK Bayern								10.00	
3 R 1	ROSIDAL BIN KRAEFT	1 St	BIN		NB			12	148.20	148.20	10.00	V

Rezeptwert	148.20	Zuzahlung	10.00	Umsatz	148.20	Rohertrag		Total	10.00	Zu zahlen	10.00
------------	--------	-----------	-------	--------	--------	-----------	--	-------	-------	-----------	-------

• Abb. 1.46.5 Korrekte Anzeige bei Abgabe von 12 Einzelbinden

Bei unwirtschaftlicher Abgabe von 12 Einzelbinden würde die Zuzahlung korrekt mit 10,- Euro berechnet.

Die der Apotheke vorgeschriebene wirtschaftliche Abgabe würde daher zu einer Mehrbelastung des Patienten führen.

Die rechtliche Situation der Zuzahlungsermittlung ergibt sich aus § 31 und § 61 SGB V und hier wird nicht auf Packungseinheiten oder Anzahl der einzelnen Packungen abgestellt, sondern auf die gesamten Abgabepreis eines Mittels oder Verbandstoffes:

§ 31 (3) Satz 1 SGB V Arznei- und Verbandmittel

Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, leisten an die abgebende Stelle zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordneten Arznei- und Verbandmittel als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag, jedoch jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels.

§ 61 Satz 1 SGB V Zuzahlungen

Zuzahlungen, die Versicherte zu leisten haben, betragen 10 vom Hundert des Abgabepreises, mindestens jedoch 5 € und höchstens 10 €; allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels.

Es ist daher nicht korrekt die wirtschaftliche Abgabe von einer 10er-Packungseinheit plus zwei Einzelpackungen des identischen Produkts als zwei unterschiedliche Verbandmittel anzusehen und 1-mal 10 € plus 1-mal 5 € zu verlangen.

Es handelt sich, ebenso wie bei der Abgabe von 12 Einzelpackungen, um ein identisches Verbandmittel einer Verordnungszeile deren Abgabepreis 100 € übersteigt. Daher ist die Zuzahlung des Patienten in beiden Fällen gesetzlich auf 10 € begrenzt.

Spar-Tipp

Da nicht auszuschließen ist, dass auch die Rezeptprüfstelle die erforderliche Taxierung auf zwei Taxzeilen nicht als Abgabe eines identischen Verbandmittels einer Verordnungszeile erkennen könnte, empfiehlt es sich retaxvorbeugend die manuell reduzierte Zuzahlung durch einen entsprechenden Rezeptvermerk deutlich zu machen: „Zuzahlung nach § 31 i.V.m. § 61 SGB V auf 10 € begrenzt“.

2.1 Gesetzliche Vorgaben nach dem SGB V

2.1.1 Apothekenrelevante Vorgaben nach dem SGB V

Diese Auszüge aus dem SGB V (Sozialgesetzbuch V) sollen die schnelle Information über die gesetzlichen Grundlagen erleichtern, auf die im Kapitel 1 Bezug genommen wird. Die ausführlichen Gesetzestexte finden sich in den „Apotheken-Vorschriften“ oder auf der entsprechenden CD-ROM.

Vorrangig in den §§ 129 und 130 des SGB V ist die Abgabe von Rabattarzneimitteln geregelt. Der Gesetzgeber hat jedoch den Spitzenverband der Krankenkassen und die Spitzenorganisation der Apotheken ermächtigt, in einem ergänzenden Rahmenvertrag Näheres zu regeln. Dies ist zuletzt im bundesweit für alle GKV-Kassen gültigen Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung vom 01.07.2019 geschehen. Der Rahmenvertrag wird wiederum ergänzt durch die regionalen Lieferverträge.

Auszüge aus dem Sozialgesetzbuch V (SGB V)

§ 12 SGB V Wirtschaftlichkeitsgebot

(1) Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

§ 24a SGB V Empfängnisverhütung

(2) Versicherte bis zum vollendeten 22. Lebensjahr haben Anspruch auf Versorgung mit verschreibungspflichtigen empfängnisverhütenden Mitteln; § 31 Abs. 2 bis 4 gilt entsprechend. Satz 1 gilt entsprechend für nicht verschreibungspflichtige Notfallkontrazeptiva, soweit sie ärztlich verordnet werden; § 129 Absatz 5a gilt entsprechend.

Hier wurde anlässlich der Entlassung der „Pille danach“ aus der Verschreibungspflicht im Jahr 2015 der Satz hinzugefügt, dass bei ärztlicher Verordnung auch „Notfallkontrazeptiva“ von den gesetzlichen Krankenkassen bis zum vollendeten 22. Lebensjahr übernommen werden:

„Satz 1 gilt entsprechend für nicht verschreibungspflichtige Notfallkontrazeptiva, soweit sie ärztlich verordnet werden; § 129 Absatz 5a gilt entsprechend.“

Ende März 2019 wurde die Altersobergrenze, bis zu der Kontrazeptiva und damit auch Notfallkontrazeptiva erstattet werden, vom vollendeten 20. Lebensjahr auf das vollendete 22. Lebensjahr angehoben (Gesetz zur Verbesserung der Information über einen Schwangerschaftsabbruch).

§ 31 SGB V Arznei- und Verbandmittel

(1) Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln, soweit die Arzneimittel nicht nach § 34 oder durch Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 ausgeschlossen sind, und auf Versorgung mit Verbandmitteln, Harn- und Blutteststreifen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 festzulegen, in welchen medizinisch notwendigen Fällen Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die als Medizinprodukte nach § 3 Nr. 1 oder Nr. 2 des Medizinproduktegesetzes zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt sind, ausnahmsweise in die Arzneimittelversorgung einbezogen werden; § 34 Abs. 1 Satz 5, 7 und 8 und Abs. 6 sowie § 35 und die §§ 126 und 127 in der bis zum 10. Mai 2019 geltenden Fassung gelten entsprechend. Für verschreibungspflichtige und nicht verschreibungspflichtige Medizinprodukte nach Satz 2 gilt § 34 Abs. 1 Satz 6 entsprechend. Der Vertragsarzt kann Arzneimittel, die auf Grund der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 von der Versorgung ausgeschlossen sind, ausnahmsweise in medizinisch begründeten Einzelfällen mit Begründung verordnen. Für die Versorgung nach Satz 1 können die Versicherten unter den Apotheken, für die der Rahmenvertrag nach § 129 Abs. 2 Geltung hat, frei wählen.

(1a) Verbandmittel sind Gegenstände einschließlich Fixiermaterial, deren Hauptwirkung darin besteht, oberflächengeschädigte Körperteile zu bedecken, Körperflüssigkeiten von oberflächengeschädigten Körperteilen aufzusaugen oder beides zu erfüllen. Die Eigenschaft als Verbandmittel entfällt insbesondere nicht, wenn ein Gegenstand ergänzend eine Wunde feucht hält. Erfasst sind auch Gegenstände, die zur individuellen Erstellung von einmaligen Verbänden an Körperteilen, die nicht oberflächengeschädigt sind, gegebenenfalls mehrfach verwendet werden, um Körperteile zu stabilisieren, zu immobilisieren oder zu komprimieren. Das Nähere zur Abgrenzung von Verbandmitteln zu sonstigen Produkten zur Wundbehandlung regelt der Gemeinsame Bundesausschuss bis zum 30. April 2018 in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6;

Absatz 1 Satz 2 gilt für diese sonstigen Produkte entsprechend. Bis zwölf Monate nach dem Wirksamwerden der Regelungen nach Satz 4 sind solche Gegenstände weiterhin zu Lasten der Krankenkassen zu erbringen, die vor dem 11. April 2017 erbracht wurden.

(2) Für ein Arznei- oder Verbandmittel, für das ein Festbetrag nach § 35 festgesetzt ist, trägt die Krankenkasse die Kosten bis zur Höhe dieses Betrags, für andere Arznei- oder Verbandmittel die vollen Kosten, jeweils abzüglich der vom Versicherten zu leistenden Zuzahlung und der Abschläge nach den §§ 130, 130a und dem Gesetz zur Einführung von Abschlägen der pharmazeutischen Großhändler. Hat die Krankenkasse mit einem pharmazeutischen Unternehmen, das ein Festbetragsarzneimittel anbietet, eine Vereinbarung nach § 130a Abs. 8 abgeschlossen, trägt die Krankenkasse abweichend von Satz 1 den Apothekenverkaufspreis dieses Mittels abzüglich der Zuzahlungen und Abschläge nach den §§ 130 und 130a Abs. 1, 3a und 3b. Diese Vereinbarung ist nur zulässig, wenn hierdurch die Mehrkosten der Überschreitung des Festbetrags ausgeglichen werden. Die Krankenkasse übermittelt die erforderlichen Angaben einschließlich des Arzneimittel- und des Institutionskennzeichens der Krankenkasse an die Vertragspartner nach § 129 Abs. 2; das Nähere ist in den Verträgen nach § 129 Abs. 2 und 5 zu vereinbaren. Versicherte und Apotheken sind nicht verpflichtet, Mehrkosten an die Krankenkasse zurückzuzahlen, wenn die von der Krankenkasse abgeschlossene Vereinbarung den gesetzlichen Anforderungen nicht entspricht.

(3) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, leisten an die abgebende Stelle zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordneten Arznei- und Verbandmittel als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag, jedoch jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels. Satz 1 findet keine Anwendung bei Harn- und Blutteststreifen. Satz 1 gilt auch für Medizinprodukte, die nach Absatz 1 Satz 2 und 3 in die Versorgung mit Arzneimitteln einbezogen worden sind. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann durch Beschluss nach § 213 Abs. 2 Arzneimittel, deren Apothekeneinkaufspreis einschließlich Mehrwertsteuer mindestens um 30 vom Hundert niedriger als der jeweils gültige Festbetrag ist, der diesem Preis zugrunde liegt, von der Zuzahlung freistellen, wenn hieraus Einsparungen zu erwarten sind. Für andere Arzneimittel, für die eine Vereinbarung nach § 130a Abs. 8 besteht, kann die Krankenkasse die Zuzahlung um die Hälfte ermäßigen oder aufheben, wenn hieraus Einsparungen zu erwarten sind. Absatz 2 Satz 4 gilt entsprechend.

(4) Das Nähere zu therapiegerechten und wirtschaftlichen Packungsgrößen bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates. **Ein Fertigarzneimittel, dessen Packungsgröße** die größte der auf Grund der Verordnung nach Satz 1 bestimmte Packungsgröße übersteigt, ist nicht Gegenstand der Versorgung nach Absatz 1 und darf nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgegeben werden.

Zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und Apotheker wurde die Vorschrift aus § 31 Abs. 4 SGB V des Gesetzgebers im § 6 (3) Rahmenvertrag (in der redaktionellen Fassung vom 30. September 2016, nicht mehr gültig) leider deutlich eingeschränkt und so interpretiert, dass auch ärztliche Mehrfachverordnungen von an sich verordnungsfähigen Packungsgrößen addiert werden und bei Überschreitung der größten Messzahl ohne „besonderen Vermerk“ nicht mehr beliefert werden dürfen.

Der altbekannte § 6 ist im aktuell gültigen Rahmenvertrag nicht mehr zu finden.

§ 6 (3) Rahmenvertrag

„Überschreitet die nach Stückzahl verordnete Menge die größte für das Fertigarzneimittel festgelegte Messzahl, ist nur die nach der geltenden Packungsgrößenverordnung aufgrund der Messzahl bestimmte größte Packung oder ein Vielfaches dieser Packung, jedoch nicht mehr als die verordnete Menge abzugeben. Ein Vielfaches der größten Packung darf nur abgegeben werden, soweit der Vertragsarzt durch einen besonderen Vermerk auf die Abgabe der verordneten Menge hingewiesen hat.“

Diese von der gesetzlichen Vorgabe abweichende Vereinbarung hat in der Vergangenheit in den Apotheken zu einer enormen Ausweitung an Arztbesuchen zum Zwecke der Rezeptänderung und zum Unverständnis von Ärzten und Patienten geführt.

Nun ist in § 8 Folgendes geregelt:

§ 8 Packungsgrößen

(1) Enthält eine Verordnung mehrere Ordnungszeilen, ist jede Ordnungszeile einzeln zu betrachten und mit der jeweils verordneten Anzahl von Packungen zu beliefern.

§ 34 SGB V Ausgeschlossene Arznei-, Heil- und Hilfsmittel

(1) Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind von der Versorgung nach § 31 ausgeschlossen. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 erstmals bis zum 31. März 2004 fest, welche nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel, die bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten, zur Anwendung bei diesen Erkrankungen mit Begründung vom Vertragsarzt ausnahmsweise verordnet werden können. Dabei ist der therapeutischen Vielfalt Rechnung zu tragen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat auf der Grundlage der Richtlinie nach Satz 2 dafür Sorge zu tragen, dass eine Zusammenstellung der verordnungsfähigen Fertigarzneimittel erstellt, regelmäßig aktualisiert wird und im Internet abruffähig sowie in elektronisch weiterverarbeitbarer Form zur Verfügung steht. Satz 1 gilt nicht für:

1. versicherte Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr,
2. versicherte Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen.

Für Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, sind von der Versorgung nach § 31 folgende verschreibungspflichtige Arzneimittel bei Verordnung in den genannten Anwendungsgebieten ausgeschlossen:

1. Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich der bei diesen Krankheiten anzuwendenden Schnupfenmittel, Schmerzmittel, hustendämpfenden und hustenlösenden Mittel,
2. Mund- und Rachentherapeutika, ausgenommen bei Pilzinfektionen,
3. Abführmittel,
4. Arzneimittel gegen Reisekrankheit.

Von der Versorgung sind außerdem Arzneimittel ausgeschlossen, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht. Ausgeschlossen sind insbesondere Arzneimittel, die überwiegend zur Behandlung der erektilen Dysfunktion, der Anreizung sowie Steigerung der sexuellen Potenz, zur Raucherentwöhnung, zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichts oder zur Verbesserung des Haarwuchses dienen. Das Nähere regeln die Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6.

(2) (weggefallen)

(3) Der Ausschluss der Arzneimittel, die in Anlage 2 Nummer 2 bis 6 der Verordnung über unwirtschaftliche Arzneimittel in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 21. Februar 1990 (BGBl. I S. 301), die zuletzt durch die Verord-

nung vom 9. Dezember 2002 (BGBl. I S. 4554) geändert worden ist, aufgeführt sind, gilt als Verordnungsausschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses und ist Teil der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6. Bei der Beurteilung von Arzneimitteln der besonderen Therapierichtungen wie homöopathischen, phytotherapeutischen und anthroposophischen Arzneimitteln ist der besonderen Wirkungsweise dieser Arzneimittel Rechnung zu tragen.

(4) Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Hilfsmittel von geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis bestimmen, deren Kosten die Krankenkasse nicht übernimmt. Die Rechtsverordnung kann auch bestimmen, inwieweit geringfügige Kosten der notwendigen Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung sowie der Ausbildung im Gebrauch der Hilfsmittel von der Krankenkasse nicht übernommen werden. Die Sätze 1 und 2 gelten nicht für die Instandsetzung von Hörgeräten und ihre Versorgung mit Batterien bei Versicherten, die das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Für nicht durch Rechtsverordnung nach Satz 1 ausgeschlossene Hilfsmittel bleibt § 92 unberührt.

(5) (weggefallen)

(6) Pharmazeutische Unternehmer können beim Gemeinsamen Bundesausschuss Anträge zur Aufnahme von Arzneimitteln in die Zusammenstellung nach Absatz 1 Satz 2 und 4 stellen. Die Anträge sind ausreichend zu begründen; die erforderlichen Nachweise sind dem Antrag beizufügen. Sind die Angaben zur Begründung des Antrags unzureichend, teilt der Gemeinsame Bundesausschuss dem Antragsteller unverzüglich mit, welche zusätzlichen Einzelangaben erforderlich sind. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat über ausreichend begründete Anträge nach Satz 1 innerhalb von 90 Tagen zu bescheiden und den Antragsteller über Rechtsmittel und Rechtsmittelfristen zu belehren. Eine ablehnende Entscheidung muss eine auf objektiven und überprüfbaren Kriterien beruhende Begründung enthalten. Für das Antragsverfahren sind Gebühren zu erheben. Das Nähere insbesondere zur ausreichenden Begründung und zu den erforderlichen Nachweisen regelt der Gemeinsame Bundesausschuss.

§ 92 SGB V Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewährung für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten; ...; er kann dabei die Erbringung und Verordnung von Leistungen einschließlich