

1 Wie Sie dieses Buch nutzen

„Es wäre viel gewonnen, wenn der Empfänger – bevor er seinen eigenen Senf dazu gibt – zunächst einmal in der Lage wäre, sich präzise in die Welt des anderen einzufühlen und diese Welt gleichsam mit dessen Augen zu sehen.“ FRIEDEMANN SCHULZ VON THUN

Genau das ist der Zweck dieses Buchs. Diese Anleitung soll dem pharmazeutischen Personal helfen, ihren Gesprächspartnern, also den Kunden und Patienten der Apotheke, die aufregende, aber auch schwer verständliche Welt der Pharmazie zu vermitteln. Die Themen, die in diesem Buch behandelt werden, sind für das Fachpersonal nicht per se schwer zu verstehen, für die Kunden und Patienten dagegen schon. Erklärt man die Dinge verständlich und nachvollziehbar, bekommen die Apothekenkunden die Chance, sich in die Welt der Pharmazie einzufühlen.

Dieses Buch spricht vor allem junge Pharmazeuten und PTA an, die nach Ihrem Pharmaziestudium bzw. der Ausbildung zum ersten Mal länger und mit deutlich mehr Berührungspunkten in einer öffentlichen Apotheke arbeiten. Eine weitere Zielgruppe des Buchs sind aber auch alle „alten Hasen“, die in Ihren Erklärungen gegenüber dem Kunden vielleicht etwas festgefahren sind und sich über ein paar neue Anregungen freuen! Außerdem dient das Buch als kleine Auffrischung für das gesamte pharmazeutische Personal, das in den Ausführungen nicht mehr sicher ist oder dem manchmal die richtigen Worte fehlen, um einen komplizierten bürokratischen Sachverhalt verständlich wiederzugeben. Außerdem bietet das Buch dem gesamten Apothekenteam einen sehr guten rechtlichen Überblick über die dargestellten Themen.

Es geht hier **nicht** um pharmazeutische Beratung. Es geht ausschließlich um Themen, die im Umgang mit den Kunden und Apothekenalltag gehören, die aber alle aus dem Bereich der Gesundheitspolitik kommen. Zum Beispiel: „Was ist eine Zuzahlung?“ „Warum muss der Kunde diese eigentlich bezahlen und wie ist sie gesetzlich geregelt?“

Zu jedem Thema gibt es eine kurze Einleitung in die Thematik. Danach finden Sie einen Frage-Antwort-Teil, welcher den eigentlichen Kern des Buchs darstellt. Dort finden Sie Fragen, die vom Kunden kommen könnten, aber gleichzeitig als Informationen zu dem jeweiligen Thema dienen sollen. Die Antworten sollten als primäres Ziel einfach und kurz sein, damit der Kunde den Sachverhalt **dauerhaft versteht!** Sie, in der Rolle als Erklärender, sollen den Text natürlich nicht auswendig lernen. Die Antworten dienen mehr als Wegweiser denn als roter Faden.

Wichtige Schlagwörter, in Neudeutsch die sogenannten Key Points, die möglichst Bestandteil Ihrer Ausführung sein sollten, sind **hervorgehoben**.

Nach dem Frage-Antwort-Teil folgen die wichtigsten Hintergrundinformationen und die entsprechenden Gesetze, Verordnungen oder Richtlinien. Diese Zusatzinformationen sind für das eigene Verständnis dieser teils sehr komplexen Themen wichtig und erleichtern somit die Erklärung gegenüber dem Kunden. Wichtig für eine gute Aufklärung des Kunden ist, dass Sie sich des Ziels dieser Unterhaltung bewusst sind: Es geht hier um eine allgemeine Aufklärung zwischen Beratung und Verkauf. Einen in allen Bereichen aufgeklärten Kunden zu verabschieden, soll das Ziel dieses Buchs sein, auch wenn die ständig

neuen Gesetze und bürokratischen Regelungen manchmal für die Apotheke selbst schwer zu verstehen und umzusetzen sind.

Am Ende des Gesprächs können Sie Ihren Kunden fragen: „Haben Sie das verstanden? Für mich ist es wichtig, dass Sie verstehen, dass wir oft nur so handeln können, wie es der Gesetzgeber uns vorgibt. Wenn Sie weitere Fragen haben, können wir Ihnen diese gerne beantworten.“

Die Antworten sind so verfasst, wie es rechtlich bzw. moralisch korrekt ist. Im Rahmen einer serviceorientierten Apotheke werden Sie in bestimmten Situationen im Sinne der Kundenfreundlichkeit vielleicht anders vorgehen.

- **MERKE** Umgangssprachlich wird in den Kundenfragen der Begriff Arzneimittelhersteller, pharmazeutischer Hersteller, Hersteller oder Firma verwendet. In den Erläuterungen wird rechtlich korrekt der Begriff Hersteller und pharmazeutischer Unternehmer verwendet und unterschieden. Die Definition und den Unterschied finden Sie in ► Kap. 2.4.3 (Kasten).

metikum auf Deklaration prüfen, neben der in der ApBetrO (§ 12) vorgeschriebenen Prüfung von Fertigarzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten.

2.4 Preise in der Apotheke

2.4.1 Einleitung

Die Preise im freien Markt entstehen durch Angebot und Nachfrage. Jedoch ist die Sache bei Arzneimitteln, insbesondere bei verschreibungspflichtigen, sehr viel komplizierter.

Der Arzt verordnet ein Medikament auf einem Rezept, der Patient kommt mit seinem Rezept in die Apotheke und löst es ein. Der Preis für das Medikament spielt für den Patienten und den Apotheker auf den ersten Blick keine Rolle. Bis auf die gesetzliche Zuzahlung (► Kap. 3.5), die der Patient leisten muss (Ausnahme Zuzahlungsbefreiung), erstattet die Krankenkasse die Kosten für die Arzneimittel, sofern diese im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) enthalten bzw. nicht ausgeschlossen sind. Bei Privatversicherten zahlt der Patient das verordnete Medikament zunächst selbst und lässt sich den Betrag von seiner privaten Krankenversicherung zurückerstatten.

Der Gesetzgeber hat bei den verschreibungspflichtigen Medikamenten verschiedene Regelungen eingeführt, damit die Ausgaben nicht unbegrenzt steigen. Die Preise für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind frei kalkulierbar.

Außerdem dürfen Patienten keine Rabatte gewährt werden, wenn ausschließlich ein Rezept in der Apotheke eingelöst wird.

2.4.2 Kundenfragen

Fragen zu Apothekenpreisen

Kosten verschreibungspflichtige Medikamente in jeder Apotheke gleich viel?

- Ja, es gibt eine sogenannte Arzneimittelpreisverordnung. Damit sorgt der Gesetzgeber dafür, dass jedes rezeptpflichtige Präparat in jeder Apotheke denselben Endpreis hat.

Ist das ein Vorteil für mich als Kunde, wenn die Preise für verschreibungspflichtige Arzneimittel vom Gesetzgeber festgelegt werden?

- Ja, denn Sie müssen keine Preisvergleiche anstellen und Krankenkassen sind davor geschützt, dass besonders wichtige Arzneimittel zu überhöhten Preisen angeboten werden. Feste Preise von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln schützen also Sie und die Solidargemeinschaft. Ein Wettbewerb zwischen den Apotheken läuft in diesem sensiblen Bereich also nicht über Preise, sondern über die besondere Qualität der Beratung oder einen zusätzlichen Service Ihrer Apotheke.

Wie kommt der Verkaufspreis für verschreibungspflichtige Arzneimittel zustande?

- Ausgangspunkt ist der bundesweit einheitliche Abgabepreis, den der Hersteller vorgibt. Der pharmazeutische Großhandel kauft nun die Ware beim Hersteller ein. Der Großhandel darf auf diesen Abgabepreis, also seinen Einkaufspreis, einen Festzuschlag und einen festgelegten Prozentsatz für seine Leistung aufschlagen. Dabei richtet sich der Aufschlagsatz also nach dem Abgabepreis des Herstellers. Daraus ergibt

sich der Preis, für den die Apotheke das Arzneimittel einkauft. Auf diesen Einkaufspreis erhebt die Apotheke dann ebenso einen Zuschlag.

Dürfen diese Zuschläge von der Apotheke frei bestimmt werden?

- Nein, der Staat schreibt die Höhe der Zuschläge vor, mit denen die Leistungen der Apotheken vergütet werden.

Und wie hoch sind diese Zuschläge?

- Für ein verschreibungspflichtiges Arzneimittel, egal wie teuer es ist, gilt immer der gleiche Zuschlag. Dieser Zuschlag, den wir als Apotheke erheben dürfen, beträgt 3 % des Einkaufspreises. Hinzu kommt ein Fixbetrag von 8,35 € je Packung.

Und diese Zuschläge bleiben dann für die Apotheke?

- Nein, die gesetzlichen Krankenkassen erhalten vom Apothekenhonorar pro Packung einen Großkundenrabatt, den sogenannten Apothekenabschlag. Dieser liegt derzeit bei 2,00 € pro Packung.

Also macht die Apotheke keinen höheren Gewinn, wenn das Medikament teuer ist?

- Bei teuren Medikamenten ab einem Abgabepreis von über 1238,50 € ist der Preis gedeckelt, also macht die Apotheke keinen höheren Gewinn!
- Es gibt keinen eklatanten wirtschaftlichen Vorteil für die Apotheke bei teureren Produkten. So können Sie als Patient davon ausgehen, dass Sie unabhängig von wirtschaftlichen Interessen beraten werden.
- Es kann für unsere Apotheke sogar ein Nachteil sein, wenn wir viele teure Arzneimittel verkaufen.

Warum kann es ein Nachteil sein, wenn die Apotheke viele teure verschreibungspflichtige Medikamente verkauft?

- Zum einen binden hochpreisige Arzneimittel erhebliches Kapital. Das liegt daran, dass zwischen unserem Einkauf, der Abgabe an Sie und vor allem der Bezahlung durch die Krankenkasse eine nicht unerhebliche Zeitspanne liegt. Somit müssen wir das Arzneimittel zunächst vorfinanzieren. Das bedeutet für uns fehlende Liquidität und Zinskosten.

Mein Medikament ist sehr teuer. Bekomme ich dafür einen Rabatt oder können Sie auf die Zuzahlung verzichten?

- Nein, das geht leider nicht. Der Gesetzgeber verbietet Rabatte bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln für gesetzlich Versicherte.
- Für Ihren Arzneimitteleinkauf ohne Rezept gewähren wir gerne einen Rabatt.

Wie entstehen die Preise für Medikamente, für die ich kein Rezept brauche?

- Bei diesen sogenannten OTC-Arzneimitteln hat die Apotheke die Möglichkeit, von der unverbindlichen Preisempfehlung des Herstellers abzuweichen. Diese Preise kann die Apotheke also frei bestimmen.

In Deutschland sind die Medikamente besonders teuer!

- Nein. Die Arzneimittelpreise in Deutschland sind wie in anderen Staaten auch an das Bruttoinlandsprodukt (►Kap. 5) und die jeweilige Kaufkraft angepasst. Obwohl die Kaufkraft in Deutschland höher als in anderen Staaten ist, liegt Deutschland bei den Arzneimittelpreisen im europäischen Mittelfeld. Die relativ hohe Mehrwertsteuer auf Arzneimittel in Deutschland verursacht aber, dass Arzneimittel hier manchmal teurer sind als im Ausland.

2.4.3 Hintergrund und Gesetz

§ 78 AMG (Preise) bildet die Grundlage für die Preisbildung von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln. Außerdem von apothekenpflichtigen Fertigarzneimittel, die zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgegeben werden. Damit soll ein einheitlicher Apothekenabgabepreis gewährleistet werden (▣ Tab. 2.3).

Die Einzelteilen regelt die auf der Grundlage des § 78 AMG ergangene AMPPreisV. Diese legt für verschreibungspflichtige Arzneimittel in § 2 die Preisspannen des Großhandels und des pharmazeutischen Unternehmers bei der Abgabe im Wiederverkauf an Apotheken und in § 3 die Preisspannen der Apotheken bei der Abgabe an Patienten jeweils zwingend fest.

▣ **Tab. 2.3** Preisberechnung eines Rx-Arzneimittels ausgehend vom Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers

Zuschlag, Abschlag		Betrag (€)
Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers (ApU)		60,00
Großhandelszuschlag: Festzuschlag (0,70 €) + Höchstzuschlag (3,15 % auf den ApU)	+	2,59
Apothekeneinkaufspreis (AEP)	=	62,59
Apothekenzuschlag: Festzuschlag 3 % + 8,35 €	+	10,23
Notdienstzuschlag (0,21 €)	+	0,21
Förderzuschlag für pharmazeutische Dienstleistungen (0,20 €)	+	0,20
Netto-Apothekenverkaufspreis (Netto-AVP)	=	73,23
Mehrwertsteuer (19 % auf Netto AVP)	+	13,91
Apothekenverkaufspreis (Brutto-AVP)	=	87,14
Gesetzliche Zuzahlung des Versicherten (10 % vom Brutto-AVP, maximal 10 €)	-	8,71
Gesetzlicher Apothekenabschlag (1,77 €)	-	85,37
Gesetzlicher Herstellerabschlag (7 % vom ApU)	-	6,10
Effektive Ausgaben der GKV (Rabattvertrag nicht berücksichtigt)	=	81,04

Preisbindung bei OTC-Arzneimitteln auf Kassenrezept

Auch bei der Abgabe von erstattungsfähigen OTC-Arzneimitteln (nach § 34 SGB V) ist die Preisbindung zulasten der GKV sichergestellt. § 129 Abs. 5a regelt, dass bei der Abgabe eines Non-Rx-Arzneimittels auf Kassenrezept die AMPreisV in der am 31.12.2003 gültigen Fassung zu beachten ist. Bis zum 31.12.2003 gab es in Deutschland eine gesetzliche Preisbindung für Rx- und OTC-Arzneimittel.

Apotheken müssen den Krankenkassen Rabatte nach § 130 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) gewähren. Krankenkassen erhalten von den Apotheken für jedes abgegebene Rx-Fertigarzneimittel einen festgeschriebenen Rabatt. Für OTC-Arzneimittel erhalten die Krankenkassen einen Rabatt von 5 % auf den Apothekenverkaufspreis der AMPreisV vom 31.12.2003.

Im Gegensatz zu der Preisbildung von Fertigarzneimitteln werden **Rezepturen** anders berechnet. Gemäß § 5 AMPreisV setzt sich die Berechnung von Rezepturen bei Standardrezepturen aus drei Komponenten zusammen:

1. einem Festzuschlag von 90 % auf die Apothekeneinkaufspreise (ohne Umsatzsteuer) für Stoffe und erforderliche Verpackung,
2. einem Rezepturzuschlag für die Herstellung,
3. einem Fixentgelt von 8,35 € für Abgabe und Beratung.

Mit dem Inkrafttreten des Arzneimittel-Versorgungsstärkungsgesetzes (AM-VSG) im Mai 2017 wurden der Rezepturzuschlag angepasst und das Fixentgelt – analog zu den Fertigarzneimitteln – eingeführt. Der Rezepturzuschlag beläuft sich, bezogen auf die Grundmenge (also ggf. auch mehr als hier angegeben) auf:

- 3,50 €: Teemischungen, Lösungen ohne Anwendung von Wärme,
- 6,00 €: Salben, Pasten, Suspensionen, Emulsionen,
- 8,00 €: Kapseln, Zäpfchen, sterile Augentropfen.

Abweichende Preise werden mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband), Sozialleistungsträgern oder privaten Krankenkassen vereinbart. Diese Preise finden sich in der Hilfstaxe wieder, die auch in den gängigen Laborprogrammen hinterlegt ist.

Nach § 130a SGB V müssen auch pharmazeutische Unternehmer Rabatte gegenüber den Krankenkassen gewähren.

Für Arzneimittel, die zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgegeben werden, gilt bereits seit 2010 ein sogenanntes Preismoratorium (► Kap. 5). Das Moratorium legt fest, dass pharmazeutische Unternehmer Preiserhöhungen bei Arzneimitteln, die keinem Festbetrag (► Kap. 3.8) unterliegen, als Abschläge gegenüber den gesetzlichen und privaten Krankenkassen abführen müssen.

Weitere im SGB V festgelegte Rabatte:

- Der pharmazeutische Unternehmer gewährt den Krankenkassen 7 % auf den Abgabepreis, sofern das Arzneimittel keinem Festbetrag unterliegt.
- Für patentfreie Arzneimittel, also Generika, erhalten die Krankenkassen einen Rabatt von 10 %. Das gilt nicht für Arzneimittel, deren Apothekeneinkaufspreis inkl. MwSt. mindestens 30 % günstiger ist als der Festbetrag.

Bei den Abschlägen handelt es sich also um vom Gesetzgeber prozentual festgelegte Preisreduktionen, die die pharmazeutischen Unternehmer den gesetzlichen Krankenkassen im Sinne eines Mengen- bzw. Großabnehmerrabatts gewähren müssen. Zusätzlich kann jede gesetzliche Krankenkasse Rabattverträge (►Kap.3.6) mit pharmazeutischen Unternehmen vereinbaren.

Unterschied Hersteller – pharmazeutischer Unternehmer

Im Sprachgebrauch ist der Begriff des pharmazeutischen Unternehmers nicht sehr gängig. Typischerweise wird hier vom Hersteller gesprochen, Patienten und Kunden verwenden am ehesten den Begriff Firma. Diese Begriffe sind allerdings rechtlich nicht korrekt.

Nach §4 AMG ist ein Herstellen das Gewinnen, Anfertigen, Zubereiten, Bearbeiten, Verarbeiten, Abfüllen, Abpacken, Kennzeichnen und die Freigabe von Arzneimitteln.

Wenn ein herstellender Betrieb eine oder mehrere dieser Schritte in der Herstellung eines Arzneimittels durchführt, ist eine Herstellungserlaubnis nach §13 AMG vorgeschrieben. Nach deutschem Recht ist der Hersteller eines Arzneimittels derjenige, der den letzten Schritt im Prozess des Herstellens vollzieht. Und das ist die Freigabe.

Der pharmazeutische Unternehmer dagegen ist die Firma, die das Arzneimittel unter ihrem Namen in den Verkehr bringt. Das Arzneimittel kann also von einer oder mehreren anderen Firmen hergestellt worden sein. Der pharmazeutische Unternehmer hatte dabei mit der Herstellung nichts zu tun, hat das Medikament jedoch unter seinem Namen auf den Markt gebracht. Nur in der Packungsbeilage ist ersichtlich, wer das Arzneimittel hergestellt hat (also die Freigabe erteilt hat) und wer der Verantwortliche für das Inverkehrbringen ist (pharmazeutischer Unternehmer).

Für neue Arzneimittel hat der Gesetzgeber 2011 das **Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz** (AMNOG, ►Kap. 5) auf den Weg gebracht. Dadurch soll eine Preisregulierung der meistens sehr hochpreisigen innovativen Medikamente in Deutschland erfolgen. Nach diesem Verfahren werden die Preise für neue, patentgeschützte Arzneimittel auf Basis einer Zusatznutzenbewertung bestimmt. Das heißt: Krankenkassen zahlen nur so viel, wie es dem ermittelten zusätzlichen Nutzen der Arzneimittel entspricht. Das Ziel des Verfahrens ist eine Balance zwischen Innovation und Bezahlbarkeit.

Das **Heilmittelwerbegesetz** (HWG) § 7 sieht „Zuwendungen oder Werbegaben für Arzneimittel, soweit sie entgegen den Preisvorschriften gewährt werden, die aufgrund des AMG gelten“, als unzulässig an. **Alle Rabatte** und auch „geringwertige Kleinigkeiten“ dürfen also nicht in Zusammenhang mit einer **ausschließlichen Rx-Abgabe** erfolgen. Also Bonustaler, Stempelkärtchen oder gar kostenlose Kosmetikartikel bei sehr hochpreisigen Arzneimitteln sind strikt verboten. Auch der Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung enthält in § 27 Vertragsmaßnahmen (bis zu 250 000 € Strafe!), die über eine Apotheke verhängt werden können, sofern bei der Abgabe verordneter Arzneimittel an Versicherte die AMPreisV nicht beachtet wird oder Zuwendungen jeglicher Art gewährt werden (§ 129 Abs. 3 SGB V).

Maßgeblich sind hier die (Netto-)Preisabstände zum Preis des Referenzarzneimittels, damit es unter die anzurechnende Importquote der Apotheke fällt:

- bei einem Abgabepreis bis einschließlich 100 €: 15 % niedriger,
- bei einem Abgabepreis von über 100 € bis einschließlich 300 €: mindestens 15 € niedriger,
- bei einem Abgabepreis über 300 €: mindestens 5 % niedriger.

Apotheken sind verpflichtet, durch Importe ein Einsparziel zu erreichen. Zur Berechnung des Einsparziels wird zunächst der theoretische Umsatz errechnet, der sich aus der Summe aller Abgaben bei hypothetischer, ausschließlicher Abgabe von Referenzarzneimitteln ergibt. In den theoretischen Umsatz fließen nur die Abgaben ein, bei denen die Apotheke überhaupt die Möglichkeit gehabt hätte, einen preisgünstigen Import abzugeben. Die Summe der Einsparungen ergibt sich aus allen Abgaben eines preisgünstigen Importarzneimittels [25].

3.13 Hilfsmittel

3.13.1 Einleitung

Rezepte über Hilfsmittel sind Alltag in den Apotheken und können – sofern die Voraussetzung dafür erfüllt sind – mit den gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet werden. Im Apothekenalltag ist es allerdings nicht immer ganz einfach, im undurchschaubaren und bürokratischen „Hilfsmitteldschungel“ den Überblick zu behalten. Durch die Zunahme der Vertragsvielfalt ist nicht nur bei Apotheken, sondern auch immer öfter bei den Patienten Geduld gefragt.

Hilfsmittel ist ein Begriff, der nur im Sozialrecht (§ 33 SGB V) vorkommt. Hilfsmittel sind abrechnungsfähige Medizinprodukte. Der G-BA hat eine Richtlinie über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung erlassen. Die Hilfsmittel-Richtlinie regelt die Verordnung von Hilfsmitteln durch Ärzte sowie durch Krankenhäuser, auch im Rahmen des Entlassmanagements, insbesondere die Voraussetzungen, Grundsätze und Inhalte der Verordnungsmöglichkeiten. In dieser Richtlinie findet sich die genaue Definition eines Hilfsmittels.

§ 2 Begriffsbestimmungen

Hilfsmittel sind sächliche Mittel oder technische Produkte, die individuell gefertigt oder als serienmäßig hergestellte Ware in unverändertem Zustand oder als Basisprodukt mit entsprechender handwerklicher Zurichtung, Ergänzung bzw. Abänderung von den Leistungserbringern abgegeben werden. Dazu können auch solche sachlichen Mittel oder technischen Produkte zählen, die dazu dienen, Arzneimittel oder andere Therapeutika, die zur inneren Anwendung bestimmt sind, in den Körper zu bringen (z. B. bestimmte Spritzen oder Inhalationsgeräte).

Alle Hilfsmittel, die zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnet werden können, werden in einem Hilfsmittelverzeichnis aufgeführt.

- **MERKE** Von Hilfsmitteln (SGB V: bei Krankheit oder Behinderung) abzugrenzen sind Pflegehilfsmittel (SGB XI: bei Pflege oder zur Linderung von Beschwerden) und Heilmittel (SGB V: persönlich zu erbringende medizinische Leistungen, z. B. physikalische Therapie).

Die Krankenkasse kann die Kosten für ein Hilfsmittel nur übernehmen, wenn der Arzt es verordnet hat. Der Aufwand zur Bearbeitung eines Hilfsmittelrezepts in der Apotheke ist teilweise sehr hoch, falls die Apotheke überhaupt zur Abgabe des Hilfsmittels berechtigt ist. Der Grund dafür liegt im GKV-WSG, das im Jahr 2007 eingeführt wurde. Das Ziel dieses Gesetzes war, mehr Wettbewerb im Hilfsmittelbereich einzuführen.

Dadurch ist es aber zu einer kaum noch zu überblickenden Vertragsvielfalt mit unterschiedlichen Vorschriften der einzelnen Krankenkassen gekommen. Apotheken müssen eine im Vergleich mit der Vergangenheit sehr viel komplexere Vertragssituation bewältigen. Zur Versorgung, also zur Abgabe eines Hilfsmittels, sind lediglich die Apotheken berechtigt, die ein Vertragsverhältnis mit den jeweiligen gesetzlichen Krankenkassen eingegangen sind. Kommt ein GKV-Versicherter mit einer Verordnung über ein Hilfsmittel in die Apotheke, stellt sich somit zuerst die Frage: Darf die Apotheke dieses Hilfsmittel abgeben? Sollte die Apotheke zur Abgabe eines Hilfsmittels berechtigt sein, kommt aber ggf. noch ein aufwendiges Genehmigungsverfahren bei der Krankenkasse des Versicherten hinzu. Einige Hilfsmittel können direkt und ohne vorherige Genehmigung in der Apotheke abgerechnet werden, sofern diese einen Bruttohöchstpreis nicht überschreiten. Diese Höchstpreise variieren je nach Krankenkasse. Die Landesapothekerverbände, die die Wahrnehmung wirtschaftlicher Interessen der Apothekeninhaber vertreten, verhandeln auf Landesebene mit Primärkassen über Lieferverträge, u. a. zu Hilfsmitteln.

Insbesondere die Versorgungsaufgaben und meist nicht mehr zu amortisierenden Investitionen für die Hilfsmittelbelieferung sind von vielen Apotheken ohne hohe Verluste kaum noch zu erfüllen. Dies hat zur Folge, dass viele Patienten leider nicht mehr auf die sofortige, wohnortnahe Versorgung ihrer Apotheke zählen können. Da einzelne Apotheken ihre Patienten zu den vorgeschriebenen Vertragspreisen nicht mehr kostendeckend versorgen können, sind sie aus der Versorgung mit Hilfsmitteln ausgestiegen.

3.13.2 Kundenfragen

Fragen zu Hilfsmitteln

Der Arzt hat mir ein Hilfsmittel verordnet. Was genau ist ein Hilfsmittel?

- Ein Hilfsmittel ist kein Arzneimittel. Arzneimittel sind meistens chemische Stoffe, die Krankheiten heilen oder lindern sollen.
- Bei Hilfsmitteln gibt es eine breite Palette von Produkten: von Inkontinenzhilfen und Kompressionsstrümpfen über Schuheinlagen, Prothesen bis hin zu Blutdruckmessgeräten, Hörgeräten oder Inhalationshilfen.

Kann ich das Hilfsmittel direkt mitnehmen?

- Die Versorgung mit einem Hilfsmittel muss von der Krankenkasse meistens vorher **genehmigt** werden. Dies gilt auch dann, wenn das Hilfsmittel von Ihrem Arzt verordnet wurde. Erst dann können wir Ihnen das Hilfsmittel aushändigen.
- Für bestimmte Hilfsmittel oder bis zu einem **bestimmten Betrag** kann die Krankenkasse aber auf eine Genehmigung verzichten. Ob das bei Ihrem verordneten Hilfsmittel vielleicht der Fall ist, prüfen wir gerne.

Wenn das Hilfsmittel genehmigt werden muss, wie lange dauert das?

- Das wissen wir leider nicht, das hängt von Ihrer Krankenkasse ab. Sollten Sie das Hilfsmittel dringend brauchen, empfehlen wir Ihnen, sich die Genehmigung direkt bei Ihrer Krankenkasse zu besorgen.
- Alternativ können Sie auch bei uns den Betrag für das Hilfsmittel hinterlegen und Sie bekommen ihn zurück, wenn die Genehmigung Ihrer Krankenkasse bei uns eintrifft.

Kann ich ein Hilfsmittelrezept in jeder Apotheke einlösen?

- Nein, leider nicht. Die Apotheke muss einen entsprechenden Vertrag mit Ihrer Krankenkasse unterzeichnet haben, um Ihnen das Hilfsmittel liefern zu können.

Wieso muss ich auf der Rückseite des Rezepts unterschreiben?

- Das verlangt Ihre Krankenkasse. Der Patient muss den Empfang des Hilfsmittels mit Unterschrift bestätigen. Auch bei jeder Teillieferung, z. B. bei Inkontinenzartikeln, ist der Empfang zu bestätigen.
- Unterschreiben kann auch ein Beauftragter, sofern dieser empfangsberechtigt ist. Sie können jede Person mit der Entgegennahme des Hilfsmittels beauftragen.

Wie viel muss ich bei einem Hilfsmittel zahlen?

- Grundsätzlich wird bei Hilfsmitteln unterschieden zwischen nicht zum Verbrauch bestimmten und zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln. Für die beiden Kategorien wird die Zuzahlung unterschiedlich berechnet.
- Für nicht zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel (z. B. Gehhilfen, Rollstühle) beträgt die Zuzahlung 10 % des von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrags, mindestens jedoch 5 € und höchstens 10 €.
- Für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel (z. B. Inkontinenzartikel) beträgt diese Zuzahlung 10 % je Packung, höchstens jedoch 10 € für den Monatsbedarf je Indikation.

Wieso muss ich einen so hohen Eigenanteil bezahlen?

- Ihre Krankenkasse bezahlt nur einen festgelegten Betrag, den sogenannten Festbetrag für das Hilfsmittel.
- Da Sie eine höherwertige Versorgung wünschen als die Krankenkasse bezahlt, müssen diese Mehrkosten von Ihnen bezahlt werden.
- Sie müssen uns vorab schriftlich bestätigen, dass Sie darüber informiert worden sind, dass Sie auch ein Hilfsmittel ohne einen höheren Eigenanteil bekommen können, dies aber abgelehnt haben.

3.13.3 Hintergrund und Gesetz

Apotheken sind nur zur Versorgung mit Hilfsmitteln berechtigt, wenn die Voraussetzungen für Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel erfüllt sind (Versorgung durch Vertragspartner, § 126 SGB V). Eine sogenannte **Präqualifizierung** ist zwingend erforderlich.

Die Präqualifizierung – die bei einer Präqualifizierungsstelle durchgeführt werden muss – bestätigt das Vorliegen dieser Voraussetzungen. Sie wird einmal für eine unbestimmte Anzahl von Verträgen durchgeführt. Nach erfolgter Präqualifizierung wird diese

automatisch in einem zentralen Verzeichnis registriert. Dieses Verfahren lässt den Nachweis der Eignung gegenüber jeder einzelnen Krankenkasse entfallen. Die Präqualifizierung muss alle 5 Jahre erneuert werden. Mit dem Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) wurden zwei kostenpflichtige Audits während der 5-jährigen Laufzeit eingeführt.

Im Mai 2019 trat das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) in Kraft: Dabei wurde festgelegt, dass Krankenkassen mit Leistungserbringern oder Verbänden Vertragsverhandlungen (Hilfsmittel-Verträge, § 127 SGB V) über die Bezahlung von Hilfsmitteln durchführen müssen, um ein „Preisdumping“, beispielsweise bei Inkontinenzprodukten zu vermeiden. Durch die bis dahin durchgeführten Ausschreibungen konnten Apotheken die Versicherten kaum kostendeckend mit qualitativ angemessenen Hilfsmitteln versorgen.

Kontrahierungszwang bei Hilfsmitteln?

Nach § 17 Abs. 4 ApBetrO sind ärztliche Verordnungen in angemessener Zeit auszuführen. Dieser Kontrahierungszwang gilt auch bei Hilfsmitteln. Allerdings nur dann, wenn eine Apotheke die Berechtigung zur Versorgung vorweisen kann, also präqualifiziert ist. Wenn keine Präqualifizierung vorliegt, darf der Versicherte vom Grundsatz her gar nicht versorgt werden. In diesem Fall besteht für die Apotheke auch kein Kontrahierungszwang. Ansonsten im Übrigen auch nicht, wenn die Apotheke zu einer unwirtschaftlichen Abgabe gezwungen ist, wenn der Einkaufspreis des verordneten Produkts den Netto-Abgabepreis übersteigt.

An dieser Stelle sei erwähnt, dass besonders bei Hilfsmitteln viele Fehler beim Taxieren eines Hilfsmittelrezepts lauern. Um Retaxationen bei der Abrechnung zu vermeiden, müssen Sie einiges beachten. Das Wichtigste wird im Folgenden aufgeführt:

- Stellt der Arzt ein Mischrezept aus, verordnet er auf einem Rezept also gleichzeitig Arznei- und Hilfsmittel, dürfen die Hilfsmittel nicht abgerechnet werden.
- Auch muss auf dem Arztrezept mit Hilfsmittelverschreibung die Diagnose angegeben sein. Fehlt diese, besteht kein Zahlungsanspruch gegenüber der Krankenkasse.
- Es besteht auch kein Zahlungsanspruch, wenn die Empfangsbestätigung des Kunden auf der Rückseite des Rezepts fehlen sollte.
- Vom Versicherten dürfen nur dann Mehrkosten verlangt werden, wenn dieser schriftlich bestätigt hat, dass er über die Möglichkeiten einer mehrkostenfreien Versorgung informiert wurde.
- **CAVE Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer (§ 302 SGB V):** Hilfsmitteln sind nur mit der 10-stelligen Hilfsmittel-Nummer und Angabe der ärztlichen Diagnose abrechenbar. Auf Verordnungen mit Arzneimitteln dürfen Ärzte keine Diagnose angeben!

Die Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer wie Apotheken oder Sanitätshäuser erfolgt nach § 302 SGB V. Dort ist festgelegt, dass Hilfsmittel nur mit der 10-stelligen Hilfsmittel-Nummer und Angabe der ärztlichen Diagnose abgerechnet werden können. Fehlt diese Angabe, kann die Apotheke die Diagnose nach Rücksprache mit dem verord-

nenden Arzt auf dem Rezept zunächst ergänzen, muss diese allerdings vom Arzt mit Datum und einer Unterschrift bestätigen lassen (§ 7 Abs. 4 Hilfsmittel-Richtlinie).

Detailliertere Informationen geben Ihnen z. B. Ihr Abrechnungszentrum, das Deutsche Apotheken Portal, Ihr Landesverband und natürlich Ihre erfahrenen Kollegen in der Apotheke.

Der G-BA hat zur Verordnung von Hilfsmitteln die sogenannten Hilfsmittel-Richtlinien (HilfsM-RL) in der vertragsärztlichen Versorgung erstellt.

Weiterhin finden sich im SGB V die allgemeinen (teilweise bereits erwähnten) Regelungen für Hilfsmittel:

- § 33 Hilfsmittel,
- § 36 Festbeträge für Hilfsmittel,
- § 126 Versorgung durch Vertragspartner,
- § 127 Verträge,
- § 302 Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer.

Der GKV-Spitzenverband hat gemäß § 139 SGB V ein systematisch strukturiertes Hilfsmittelverzeichnis erstellt. In diesem Verzeichnis sind von der Leistungspflicht der Kranken- und Pflegekassen umfasste Hilfsmittel aufgeführt. Das Hilfsmittelverzeichnis gliedert sich in Anlehnung an das jeweilige Therapieziel in derzeit 38 unterschiedliche Produktgruppen. Das Verzeichnis ist nicht abschließend, d. h. es können **im Einzelfall und nach vorheriger Genehmigung** auch weitere Hilfsmittel von der Krankenkasse übernommen werden. Apotheken verfügen in der Regel zumindest über einen Auszug aus dem Hilfsmittelkatalog oder können in diesem schnell online recherchieren.

Verweis auf Online



Scannen Sie den QR-Code, um zum Hilfsmittelverzeichnis des GKV-Spitzenverbands zu gelangen.

Die Kostenübernahme für Hilfsmittel durch die gesetzliche Krankenversicherung ist im Regelfall nur möglich, wenn die Produkte im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführt sind.

Wählen Versicherte Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, haben sie die Mehrkosten und dadurch bedingte höhere Folgekosten selbst zu tragen (§ 33 Abs. 1 SGB V). Hilfsmittel sind nicht erstattungsfähig, wenn sie allgemeine Gebrauchsgegenstände des Lebens sind oder von der Verordnung zulasten der GKV ausgeschlossen wurden (§ 34 Abs. 4 SGB V, Negativliste) [26–30].

Praxistipp

Aufgrund der Komplexität dieses Themas wird empfohlen, auch weiterführende Literatur zu konsultieren. Ein Beispiel finden Sie in der Literaturliste dieses Buchs [30].