

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 (► Kap. 2.1.2, vdek-Liefervertrag § 4), 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 Kassenummer 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 einen Monat zurück?

Nach den meisten Lieferverträgen dürfen Verordnungen nur innerhalb eines Monats nach Ausstellungsdatum beliefert werden. Achtung: Dies gilt auch für Sprechstundenbedarfs-Rezepte!

■ Wie berechnet sich das letzte Abgabedatum?

Die Monatsfrist endet normalerweise mit dem gleichen Datum des Ausstellungstags im Folgemonat. Existiert dieses Datum im Folgemonat nicht, so ist der letzte Tag des Folgemonats der letztmögliche Abgabetag.

Beispiele:		
Ausstellungsdatum:		12.02.
Letztes Abgabedatum:	12.03.	
Ausstellungsdatum:		31.07.
Letztes Abgabedatum:	31.08.	
Ausstellungsdatum:		31.08.
Letztes Abgabedatum:	30.09.	
Verordnungsdatum		31.02.
letztmögliches Abgabedatum	28.02.	
Verordnungsdatum		17.09.
letztmögliches Abgabedatum	17.10.	

Sollte die Kasse Sie diesbezüglich retaxieren, können Sie sich auf die §§ 186 ff. BGB berufen, auf die in den meisten Lieferverträgen Bezug genommen wird. In diesen Paragraphen ist geregelt, wie handelsübliche Fristen in Verträgen berechnet werden müssen, also ob z.B. der erste Tag, das Verordnungsdatum, mitzählt.

BTM-Verordnungen

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

Hilfsmittel-Verordnungen

Auch hier sind zahlreiche formale Verschriften 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.

2.0 Das AMNOG und seine apothekenrelevanten Vorschriften

Trotz zahlreicher Bedenken der Apothekerschaft im Vorfeld trat am 01.01.2011 das **Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG)** in Kraft.

Wir wollen im Rahmen der Retaxfallen weder auf die ungleiche Verteilung der AMNOG-bedingten Belastungen (§ 130 Abs. 1 Apothekenabschlag), noch auf das Weiterreichen von Belastungen eingehen, die der Gesetzgeber eigentlich anderen Leistungserbringern zudedacht hatte. Beschränken wir uns auf diejenigen AMNOG-Vorschriften, die unmittelbare Auswirkungen auf die Arzneimittelversorgung in der Apotheke haben.

§ 131 SGB V: ABDA darf fehlerhafte Herstellerangaben korrigieren

Angesichts der Probleme mit dem Inkasso des Generikaabschlags (SGB V § 130a Abs. 3b) durch die Apotheken hat sich der Gesetzgeber entschlossen festzulegen,

- dass die vom Hersteller gemeldeten Daten für die Abrechnung verbindlich sind,
- dass fehlerhafte Daten von den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen und der Apotheker korrigiert werden dürfen.

Die von den Spitzenverbänden korrigierten Daten sind ab der Korrektur für die künftige Abrechnung verbindlich. Die hierfür erforderlichen Kostenaufwendungen dürfen den betroffenen Pharma-Unternehmen in Rechnung gestellt werden.

Die Bitte der Apothekerschaft im Zusammenhang mit der gesetzlichen Inkasso-verpflichtung auch einen wirksamen Schutz gegen Zahlungsausfälle insolventer Hersteller zu installieren, wurde nicht erfüllt.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) kann Arzneimittelersatzung künftig nur bei erwiesener Unwirksamkeit ausschließen

Der G-BA kann die Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln künftig nur ausschließen, wenn deren Unzweckmäßigkeit erwiesen ist oder wenn es wirtschaftlichere Behandlungsmöglichkeiten gibt. Da Wirksamkeit, Unbedenklichkeit und Qualität bereits bei der Zulassung geprüft wurden, hat der G-BA keine Möglichkeit

mehr die Erstattung nachträglich wegen fehlender Nutznachweise auszuschließen. Der Zusatznutzen gegenüber alternativen Therapiemöglichkeiten darf jedoch durch den G-BA bewertet werden.

§ 130a (2) SGB V: Änderung Impfstoffpreise

Impfstoffanbieter dürfen künftig für Impfstoffe, die im Rahmen von Schutzimpfungen verwendet werden, keine höheren Preise verlangen als in vier europäischen Referenzländern mit vergleichbaren Bruttonationaleinkommen.

Die Krankenkassen können die Vergütungen für die Abgabe der Impfstoffe durch Apotheken an die Arztpraxen mit den Apothekerverbänden auf Landesebene vereinbaren.

„Die Krankenkassen erhalten von den Apotheken für die zu ihren Lasten abgegebenen Impfstoffe für Schutzimpfungen nach § 20d Absatz 1 einen Abschlag auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers ohne Mehrwertsteuer, mit dem der Unterschied zu einem geringeren durchschnittlichen Preis nach Satz 2 je Mengeneinheit ausgeglichen wird. Der durchschnittliche Preis je Mengeneinheit ergibt sich aus den tatsächlich gültigen Abgabepreisen des pharmazeutischen Unternehmers in den vier Mitgliedstaaten der Europäischen Union mit den am nächsten kommenden Bruttonationaleinkommen, gewichtet nach den jeweiligen Umsätzen und Kaufkraftparitäten [...]“

§ 129 Abs. 1 SGB V: Importabgabeverpflichtung

Die Abgabe von Importen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung wurde in zwei wesentlichen Punkten geändert:

1. **Importschutz nach § 5 (1) des alten Rahmenvertrags fällt:** Die bisherige Gleichstellung von nicht rabattierten Importarzneien mit rabattierten Originalprodukten während der Patentschutzzeit wurde aufgehoben. Die Abgabe von Arzneimitteln für die ein Rabattvertrag nach § 130a (8) SGB V besteht, hat somit auch in diesem Fall Vorrang.
2. **Nettopreisvergleich bei der Abgabe von Importarzneimitteln:** Durch eine weitgehend unbeachtete Ergänzung des Gesetzestextes („*Arzneimittelabgabepreis unter Berücksichtigung der Abschläge nach § 130a Absatz 1, 1a, 2, 3a und 3b*“, siehe Auszug SGB V § 129) wurde deutlich gemacht, dass der Preisabstand der von Importarzneimitteln mindestens einzuhalten ist, um im Rahmen der „Importförderklausel“ bevorzugt abgegeben zu werden, **auf Basis des Apothekenabgabepreises nach Abzug der gesetzlichen Hersteller-**

rabatte zu ermitteln ist. Dabei zeigt sich, dass manche auf den ersten Blick preisgünstige Importarzneien den geforderten 15/15-Preisabstand (15 % oder 15 Euro) gar nicht erfüllen und demnach auch nicht auf die Importquote angerechnet werden (► Kap. 1.67, Import-Preisabstand-Falle).

Sicherstellung der Lieferfähigkeit: Beim Abschluss von Rabattverträgen für Importarzneimittel ist ebenso wie für ihre Bezugsarzneimittel die Lieferfähigkeit sicherzustellen.

§ 1 Absatz 1 Packungsv: Packungsgrößenverordnung

Die ursprünglich geplante Umstellung der Packungsgrößenkennzeichnung auf die Dauer der Behandlung (Reichdauerorientierung) wurde wegen der absehbaren Probleme zunächst auf den 01.07.2013 verschoben und wird nach gegenwärtigem Stand künftig vermutlich nur noch für neu eingeführte Packungsgrößen angewandt. Um jedoch sofort Einsparungen zu erzielen und die vermehrte Abgabe von Rabattarzneien sicherzustellen, wurden die bisher gültigen Messzahlen (Obergrenzen) zunächst beibehalten und lediglich durch nachfolgende „Spannbreiten“ begrenzt:

§ 1 Absatz 1 der Packungsgrößenverordnung wurde wie folgt geändert:

„(1) Fertigarzneimittel nach § 4 Absatz 1 des Arzneimittelgesetzes, die von einem Vertragsarzt für Versicherte verordnet und zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgegeben werden können, erhalten ein Packungsgrößenkennzeichen entsprechend der Dauer der Therapie, für die sie bestimmt sind. Das Packungsgrößenkennzeichen wird bestimmt nach der Anzahl der einzelnen Anwendungseinheiten, die in der Packung enthalten sind:

1. Packungen für die Akuttherapie oder zur Therapieeinstellung mit einer Anzahl von einzelnen Anwendungseinheiten für eine Behandlungsdauer von zehn Tagen werden als N1 (kleine Packungsgröße) gekennzeichnet. Dies gilt auch für Packungen, deren Anzahl von einzelnen Anwendungseinheiten um nicht mehr als 20 Prozent hiervon abweicht.

2. Packungen für die Dauertherapie, die einer besonderen ärztlichen Begleitung bedarf, mit einer Anzahl von einzelnen Anwendungseinheiten für eine Behandlungsdauer von 30 Tagen werden als N2 (mittlere Packungsgröße) gekennzeichnet. Dies gilt auch für Packungen, deren Anzahl von einzelnen Anwendungseinheiten um nicht mehr als 10 Prozent hiervon abweicht.

3. Packungen für die Dauertherapie und mit einer Anzahl von einzelnen Anwendungseinheiten für eine Behandlungsdauer von 100 Tagen werden als N3 (große Packungsgröße) gekennzeichnet. Dies gilt auch für Packungen, deren

Anzahl von einzelnen Anwendungseinheiten um nicht mehr als 5 Prozent niedriger ist.“

Dies sollte sicherstellen, dass künftig stärkere Abweichungen bei Packungsgrößen innerhalb eines N-Bereichs vermieden und vorrangig Rabattarzneien abgegeben werden.

Grund für die Umstellung

Die früher üblichen Sortimentsverträge, bei denen alle Packungsgrößen eines Wirkstoffs automatisch als rabattiert galten und bevorzugt abzugeben waren, wurden zu Erzielung höherer Rabatte zunehmend durch Rabattverträge ersetzt die jeweils nur für die Packungsgröße galten, die den Ausschreibungszuschlag erhalten hatte. Die absehbaren Folgen dieser Umstellung wurden jedoch nicht ausreichend bedacht.

In Verbindung mit der bisherigen Vorschrift, dass

- bei Normgrößenverordnungen stets die kleinste im Handel befindliche Packung des verordneten Normbereichs, und
- bei Stückzahlverordnungen stets die verordnete Stückzahl unabhängig von der rabattierten Packungsgröße

abzugeben war, hatte dies zur Folge, dass Pharma-Unternehmen versuchten durch neue Packungsgrößen die Abgabe der eigenen Produkte anstelle der rabattierten Packungsgrößen zu erreichen.

Statt zu den alten „Sortimentsverträgen“ zurückzukehren, mussten in Folge

- die Aut-idem-Regelung des SGB V § 129,
- die Packungsgrößenverordnung und
- der Rahmenvertrag

geändert werden.

Die Aut-idem-Regelung (§ 129 SGB V) wurde durch die Bestimmung ergänzt, dass künftig alle Packungsgrößen eines Normbereichs unabhängig von der Stückzahl als identisch anzusehen sind.

Dies soll sicherstellen, dass künftig sowohl bei Normgrößen- als auch bei Stückzahl/Mengenverordnungen stets rabattierte Arzneimittel eines Normbereichs abgegeben werden.

Die ursprünglich nachvollziehbare Zielsetzung hat jedoch in der praktischen Umsetzung vor allem in den Apotheken zu einem nicht mehr praktikablen Chaos geführt:

- Zuordnung zu den Normbereichen nach Wirkstoffen, Indikationen und Einnahme-Normdoson,

- Zuordnungsprobleme bei Pharma-Unternehmen und Apotheken,
- nicht mehr kontrollierbare, falsche Normgrößenmeldungen der Pharmazeutischen Hersteller,
- ungeprüfte Übernahme falscher Normgrößenmeldungen in die Datenbanken der Apotheken,
- erforderliche Ausnahme- und Übergangsregelungen, um die Versorgung sicherzustellen,
- neue komplizierte Differenzierung der Abgaberegulungen im Rahmenvertrag,
- unlösbare EDV-Probleme bei Unterscheidung abzugebender Normgrößen,
- weder Arzt noch Patient wissen, welche Packungsgröße letztendlich abgegeben wird,
- steigendes Risiko für Apotheken für dieses Daten-Chaos finanziell haften müssen (Retaxation).

§ 129 Abs.1 SGB V: Austauschbarkeit von Arzneimitteln

1. Ein übereinstimmendes Anwendungsgebiet reicht für die Substitution

Eine weitere Hürde bei der bevorzugten Abgabe von Rabattarzneien musste durch das AMNOG beseitigt werden:

Die bisherige Regelung das auszutauschende Arzneimittel für den gleichen Indikations**bereich** zugelassen sein mussten, wurde ersetzt durch die Bestimmung, dass künftig **eine** gleiche Indikation für den Austausch ausreichend ist. Hiermit wurde eine monatelange Forderung der Krankenkassen erfüllt, die die ausreichende Abgabe ihrer Rabattarzneien durch die alte Regelung gefährdet sahen und auch schon vor der gesetzlichen Klarstellung in ihrem Sinne retaxierten.

Im Sinne der Patientcompliance ist die Regelung eher negativ zu bewerten, da der Patient seine Krankheit nicht mehr in allen Fällen in der Packungsinformation findet.

2. „Identische“ Packungsgrößen mit unterschiedlicher Stückzahl

Für Ärger bei den Patienten sorgte die AMNOG-bedingte Änderung des § 129 SGB V, nach der diese in der Apotheke, nicht mehr die auf dem Rezept deutlich lesbare Stückzahl, sondern je nach Rabattvertrag und Krankenkasse unterschiedliche Stückzahlen unterschiedlicher Hersteller bekommen.

§ 129 SGB V (1) 4

Angabe des Apothekenabgabepreises auf der Arzneimittelpackung.

Bei der Abgabe eines Arzneimittels nach Satz 1 Nummer 1 haben die Apotheken ein Arzneimittel abzugeben, das mit dem verordneten in Wirkstärke und Packungsgröße identisch ist, für ein gleiches Anwendungsgebiet zugelassen ist und die gleiche oder eine austauschbare Darreichungsform besitzt; **als identisch gelten dabei Packungsgrößen mit dem gleichen Packungsgrößenkennzeichen** nach der in § 31 Absatz 4 genannten Rechtsverordnung. **Dabei ist die Ersetzung durch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel vorzunehmen, für das eine Vereinbarung nach § 130a Abs. 8 mit Wirkung für die Krankenkasse besteht, [...]**

Das Normgrößen-Roulette

Beispiel: Omeprazol

Bis zum 01.01.2011 galt:

N1 Omeprazol (Obergrenze = 20 St.)	ergab einen N1 Bereich von 1 bis 20 St.
N2 Omeprazol (Obergrenze = 50 St.)	ergab einen N2 Bereich von 21 bis 50 St.
N3 Omeprazol (Obergrenze = 100 St.)	ergab einen N3 Bereich von 51 bis 100 St.

Ab dem 01.01.2011 mussten sich die Apotheken zunächst an den Obergrenzen der bisherigen PackungsV vom 12.12.2008 orientieren:

Neuer N1 Austauschbereich = bisherige N1-Obergrenze +/- 20 %
Neuer N2 Austauschbereich = bisherige N2-Obergrenze +/- 10 %
Neuer N3 Austauschbereich = bisherige N3-Obergrenze - 5 %

Wobei alle Packgrößen eines neuen Normbereichs als identisch anzusehen sind und in gleichen Normbereichen vorrangig Rabattarzneien abzugeben sind.

Ausgehend von der bisherigen Packungsgrößenverordnung ergab sich für den häufig verordneten Wirkstoff „Omeprazol“ eine Austauschverpflichtung zugunsten der Rabattarznei auch bei abweichender Stückzahl immer dann, wenn eine ärztliche Verordnung in der Apotheke folgenden Bereichen zugeordnet werden konnte:

3.1 Primärkassen/Ersatzkassen

Die Krankenkassen sind rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung und sind in verschiedene Kassenarten gegliedert.

Primärkassen ist der Begriff für in § 4 SGB V aufgeführte gesetzliche Krankenkassen mit Ausnahme der Ersatzkassen.

Primärkassen sind:

- Ortskrankenkassen,
- Betriebskrankenkassen,
- Innungskrankenkassen,
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau,
- Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See.

Neben den Primärkassen gibt es den großen Block der Ersatzkassen. Bis zum 31.12.1995 definierte das SGB V die Ersatzkassen wie folgt:

„**Ersatzkassen** sind Krankenkassen, bei denen Versicherte die Mitgliedschaft durch Ausübung des Wahlrechts erlangen.“ Seit dem 01.01.1996 gelten als Ersatzkassen im Sinne des SGB V nur noch die am 31.12.1992 bestehenden Krankenkassen, bei denen Versicherte die Mitgliedschaft bis zum 31.12.1995 durch Ausübung des Wahlrechts erlangen konnten. Eine Beschränkung des aufnahmeberechtigten Mitgliederkreises ist nicht mehr zulässig. Die Satzung kann eine Erweiterung des Bezirks einer Ersatzkasse auf das Gebiet eines oder mehrerer Länder oder das Bundesgebiet vorsehen (§ 168 SGB V in der seit 01.01.1996 geltenden Fassung). Die Mitgliedschaft in einer Ersatzkasse beruht demnach auf freiwilliger Basis.

Seit dem 01.01.1996 hat jeder Versicherungspflichtige und Berechtigte die freie Wahlmöglichkeit unter allen gesetzlichen Krankenkassen und damit auch unter den Ersatzkassen, deren Zuständigkeit nach der Satzung sich auf den Beschäftigungs- oder Wohnort erstreckt (§ 173 SGB V in der seit 01.01.1996 geltenden Fassung).

Der Begriff „Ersatzkasse“ ist aus der Situation entstanden, dass zunächst nach Gründung der Sozialversicherung durch Bismarck jeder versicherungspflichtige Bürger einer berufsständischen Pflichtversicherung (einer Primärkasse) zugeordnet wurde (z.B. Handwerker den Innungskrankenkassen), er aber stattdessen eine

der bisher schon freiwillig organisierten, eingeschriebenen Hilfskassen wählen konnte, sofern eine solche Kasse für ihn berufsständisch zuständig war.

In Deutschland gibt es zum 01.01.2017 folgende sechs Ersatzkassen:

- Barmer,
- DAK-Gesundheit,
- Handelskrankenkasse (HKK),
- Hanseatische Krankenkasse (HEK),
- Kaufmännische Krankenkasse (KKH),
- Techniker Krankenkasse (TK).

Alle sechs Ersatzkassen haben sich zum 1.1.2009 im Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) zusammengeschlossen. In diesen sechs Ersatzkassen sind mehr als 25 Millionen Menschen in Deutschland versichert.

4.3 Das Rezept in der Apotheke

4.3.1 Was muss der Apotheker ausfüllen?

Der Apotheker ergänzt auf dem Rezept:

- Pharmazentralnummern der verordneten Medikamente (seit dem 01.01.2013 8-stellig),
- Faktoren der Einzelpositionen,
- Einzelbruttopreise,
- Gesamtbrutto,
- Apotheken-Institutionskennzeichen,
- Zuzahlung,
- Abgabedatum.

4.3.2 Fehler in der Apotheke

Preisungleiche Substitution

Druckt der Apotheker einen falschen Preis auf das Rezept, sei es durch unzulässige Substitution oder durch Fehleingabe, schlägt zunächst dieser Preis auch im Budget des verordnenden Arztes zu Buche. Auch eine nicht aktualisierte Software kann zu derartigen Fehlern beitragen. Besonders bei Pseudo-Pharmazentralnummern kann es zur Falscheingabe am Computer kommen.

Allgemeine Taxfehler

Bei der Berechnung eines Preises für ein selbst hergestelltes oder ein importiertes Arzneimittel kann es Falschberechnungen geben. Die häufigsten Fehler sind die Kommafehler, woraus sich Unterschiede im Zehnerpotenzbereich ergeben können.

Einsetzen einer Pseudo-Pharmazentralnummer

Die von den Krankenkassen selber oder durch Dienstleister vorgenommene automatisierte Überprüfung der Rezepttaxe findet ihr Ende, wenn Pseudo-Nummern verwendet wurden. Da Rezepte erst ab einem bestimmten Eurobetrag einer Sichtprüfung unterzogen werden, entgehen viele Rezepte mit einer Pseudo-PZN der Überprüfung und evtl. Richtigstellung.

Unschärfe Trennung der Felder „Faktor“ und „Einzeltaxe“ sowie der Felder „Zuzahlung“ und „Gesamtbrutto“

Bei unsauberer Positionierung der Drucker können die benannten Felder so nahe zueinander zu stehen kommen, dass die Zahlen der unterschiedlichen Felder zu einer Zahl zusammengezogen werden. Daraus entstehen im Normalfall Zahlen, die sich von den ursprünglich eingetragenen gleich um Zehnerpotenzen unterscheiden.

4.3.3 Rezeptbelieferung in der Apotheke

Die Arzneimittelversorgung der Patienten hat sich in den letzten Jahren zu einem in vielen Fällen nicht mehr praktikablen, teilweise widersprüchlichen und interpretationsfähigen bürokratischen Vorgang entwickelt. Gelingt es der Apotheke nicht, den richtigen Pfad durch den Abgabedschungel zu finden, wird die Erstattung nicht etwa – wie in der Wirtschaft üblich – auf die Kosten des eigentlich abzugebenden Medikaments gekürzt, sondern vollständig verweigert. Die Apotheke muss die bereits erfolgte Versorgung des Patienten vollständig aus eigener Tasche bezahlen. Bezüglich der Nichtabgabe vorrangiger Rabattarzneimittel zu Lasten der teilnehmenden vdek-Kassen hat das BSG am 02.07.13 die Rechtmäßigkeit von Nullretaxationen bestätigt, eine Verfassungsbeschwerde gegen das Urteil wurde nicht zugelassen. Bestärkt durch dieses Urteil nahmen die Nullretaxationen deutlich zu und wurden sogar auf Formfehler angewandt, bei denen der Krankenkasse kein wirtschaftlicher Schaden entstand.

Stufe 1: Prüfung auf ordnungsgemäße Ausstellung

Der Apotheker muss in einem ersten Schritt zunächst sicherstellen, dass eine gesetzlich ordnungsgemäße Verordnung auch im Sinne der Kassen ordnungsgemäß ausgestellt ist und ob er diese – auf Kosten der Kasse – überhaupt beliefern darf. Zunächst wird er Datum und Unterschrift der Verordnung prüfen, dann wird er sich all die anderen kleinen Kästchen und Felder ansehen, deren korrekte Kennzeichnung eine einfache ärztliche Verordnung erst zu einer ordnungsgemäßen und somit erstattungsfähigen im Sinne der Lieferverträge macht. Zur Prüfung auf formale Fehler ► Kap. 1.1. bis 1.10 der Retaxfallen.

Stufe 2: Prüfung der Verordnungsart (Namens-, Wirkstoff-, Akutverordnung, Pharmazeutische Bedenken, BTM)

Der Apotheker prüft in Stufe 2 mit Unterstützung der EDV und zahlreichen Listen, welche grundsätzlichen Abgabevorschriften im vorliegenden Fall zu beachten sind. Eine erste Orientierung bieten die nachfolgenden Organigramme bei namentlicher Verordnung und angekreuztem Aut-idem-Feld (◉ Abb. 4.3.1), bei namentlicher Verordnung ohne angekreuztes Aut-idem-Feld (◉ Abb. 4.3.2) bei einer Wirkstoffverordnung (◉ Abb. 4.3.3), bei einer dringend benötigten Akutversorgung und bei der Versorgung mit Betäubungsmitteln (◉ Abb. 4.3.4 und ◉ Abb. 4.3.5).

EDV hilft bei der Prüfung der rechtlichen Austausch-Voraussetzungen gem. § 129 SGB V:

- Gleicher Wirkstoff (inkl. Derivate) + gleiche Wirkstärke.
- „Gleiche Packungsgröße“: vorrangig gleiche N-Bezeichnung, sonst gleiche Stückzahl.
- „Gleiche Darreichungsform“: z.B. Austausch Tbl gegen Tbl (keine G-BA-Freigabe mehr nötig!) oder „austauschbare DRF“: z.B. Austausch Tbl gegen Kps (G-BA-Freigabe nötig!).
- Indikationsgleichheit: die Rabattarznei muss eine Indikation eines namentlich verordneten Arzneimittels ebenfalls aufweisen!
- BTM rechtliche Abgabevorschriften.

! **Vorsicht:** Die EDV kann nicht lesen, was tatsächlich verordnet wurde!

Fehler, die zu teuren Retaxationen führen können

Immer das in die EDV eintippen, was wirklich auf dem Rezept steht! Daher: Bei Namensverordnungen immer vom Arzneimittel der verordneten Firma ausgehen! Bei Wirkstoffverordnungen immer über die Wirkstoffsuche gehen!

Folgendes gilt es zu beachten:

- **Erst** in der nun angezeigten Austauschliste dürfen Sie vergleichen, ob der Kundenwunsch oder das bisherige Medikament aus der Kundenkartei weiterhin abgegeben werden kann!
- **Nie sofort** von früheren Medikamenten aus der Kundendatei ausgehen!
- **Nie sofort** von mitgebrachten Schachteln oder Patientenwünschen ausgehen!

- Grundsatz: „Erst tippen, dann holen“, vermeidet Retax und unnötige Wege!
- Immer zwischen Stückzahl oder reiner N-Verordnung unterscheiden, da bei reinen N-Verordnungen auch die alten Normgrößen abgegeben werden dürfen!

Nie ein „Stellvertreter-Medikament“ aus dem Schub holen und dieses in den Abverkauf einscannen! Sonst vergleicht die EDV die Austauschkriterien mit dem „Stellvertreter“ und nicht mit dem tatsächlich verordneten Medikament! Dies kann zu falschen Austauschanzeigen führen! Sie geben „falsch“ ab und bezahlen das Medikament aus eigener Tasche (Nullretax)!

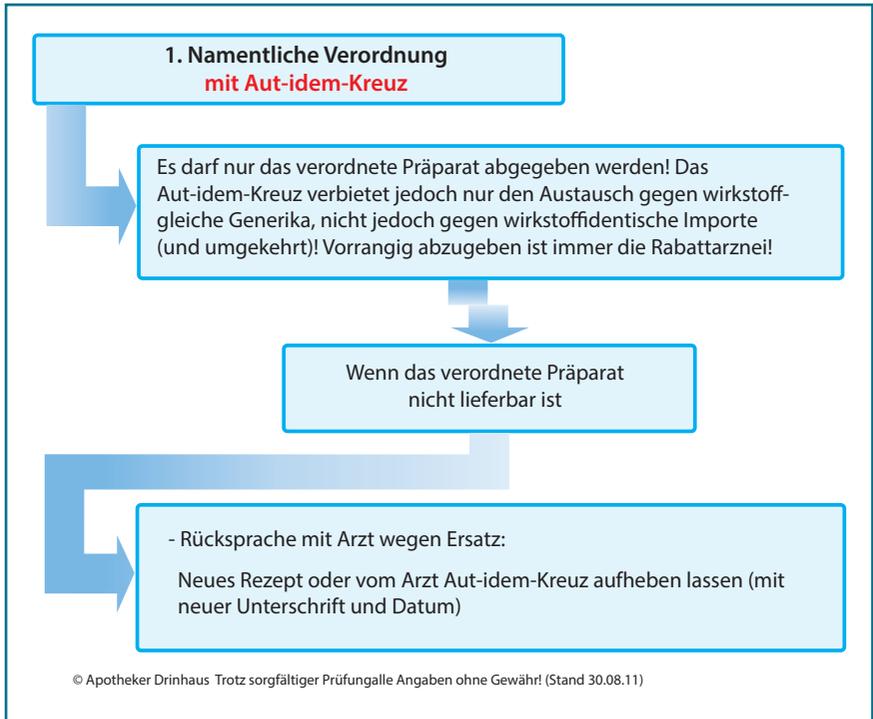
Im Verkaufsvorgang **immer** prüfen, ob die Kassenummer (IK) aus der Kundenkartei noch stimmt! Sonst kommt es eventuell zur Falschabgabe!

Wichtig bei telefonischen Kunden-Vorbestellungen

- Immer das Rezept (nicht die Schachtel) genau vorlesen lassen.
- Nach der Kasse (Kassenummer) des Patienten fragen.
- Wie ist die Menge angegeben? Mit N-Bezeichnung, Stückzahl, oder beides?
- Nach Aut-idem-Kreuz fragen!
- Hat der Arzt einen zusätzlichen Vermerk angebracht, z.B. „kein Austausch aus med. pharm. Gründen“?

■ Was ist eine namentliche Verordnung?

- Hersteller ist ausdrücklich genannt, oder mit PZN definiert!
- Vorsicht: Fehlt die Angabe des Originalherstellers oder die PZN des Originalanbieters, so besteht die Gefahr, dass die Prüfstelle dies als „produktneutrale Verordnung“ interpretiert und auf eine wirtschaftlichere Alternative retaxiert! Die nachfolgenden Kennzeichen bieten daher allenfalls Anhaltspunkte, werden aber zur Retaxvermeidung nicht immer anerkannt.
- Es wird ein Warenzeichen des Herstellers genannt (z.B. ACC[®], Omep[®], etc).
- Der verordnete Medikamentenname wird nur von einem Hersteller verwendet.



• Abb. 4.3.1 Vorgehensweise bei namentlicher Verordnung mit Aut-idem-Kreuz