

# Preis & Leistung

Wie verlaufen Preisbildung und Leistungsabrechnung im Arzneimittel- und Apothekensektor? Welche **Regelungen** existieren? Und warum fühlen sich viele Offizin-Apotheker mittlerweile ausgepresst wie eine Zitrone?

**Z**um 1. August 2012 trat die neue Verordnung über die Berufsausbildung zum/zur Pharmazeutisch-kaufmännischen Angestellten (PKA) in Kraft und löste die alte Ausbildungsverordnung vom 3. März 1993 ab. Themen wie Warenwirtschaft und Beschaffung, Kommunikation, Preisbildung und Leistungsabrechnung, Beratung und Verkauf sowie apothekenspezifische qualitätssichernde Maßnahmen werden jetzt noch deutlicher herausgearbeitet und in die Ausbildung integriert. Selbst Umweltschutz, Arbeitsorganisation und Bürowirtschaft wurden aufgenommen. Diese PKA-Fortbildung greift bewusst eines dieser Schwerpunkte, die Preisbildung und Leistungsabrechnung auf – und behandelt wesentliche Grundzüge.

**Preise für „Kassen“-Arzneimittel** Während in einer freien Marktwirtschaft Preise nicht durch Gesetze geregelt (meist „gedeckt“), sondern eine Frage von Angebot und Nachfrage, Käufer und Verkäufer sind, herrscht hier zu Lande im Arzneimittelsektor eine starke staatliche Regulierung. Hintergrund: Krankheit und deren Behandlung soll für die betroffenen Patienten bezahlbar bleiben. Verschiedene Apothekertaxen und schließlich eine deutschlandweit geltende Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) regulierten und regulieren noch heute die Arzneimittelpreise. Bei einer umfangreichen Änderung der AMPreisV zum Januar 2004 wurde für alle **verschreibungspflichtigen Fertigarzneimittel** ein Kombimodell eingeführt, eine Variante aus Fixaufschlag, also einem festen Betrag (von 2004 bis 2012 unverändert 8,10 Euro, 8,35 Euro seit 2013) und einem nur geringen prozentualen Aufschlag (seit 2004 unverändert drei Prozent auf den Listeneinkaufspreis). Durch das Kombimodell wurden geringpreisige Arzneimittel teurer und teure Medikamente wesentlich günstiger. **Nichtverschreibungspflichtige, aber apothekenpflichtige Fertigarzneimittel, sofern sie zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verschrieben und abgegeben werden dürfen, aber auch verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel für Tiere** werden noch nach der „alten“ bis 2003 für alle Fertigarzneimittel geltenden AMPreisV berechnet. Diese sieht eine degressive, das bedeutet mit zuneh-

mendem Einkaufspreis fallende prozentuale Aufschlagsstafel vor. Dabei sind die Preise zu Lasten der GKV Festpreise, die für ohnehin privat zu bezahlende Tierarzneimittel Höchstpreise. **Rezepturarzneimittel** unterliegen festen Zuschlägen auf die Einkaufspreise der Ausgangsstoffe und Packmittel, zuzüglich Arbeitspreis (geregelt in § 4 und 5 AMPreisV). Allerdings dürfen GKV und Apothekerverbände auch Preise für Ausgangsstoffe und Rezepturen vereinbaren, die von diesen Regelungen abweichen. Die Mehrwertsteuer von derzeit 19 Prozent kommt bei allen Preisberechnungen jeweils „on top“.

**Preise für weitere Apothekenwaren** Für **Hilfsmittel**, wozu etwa Verbandstoffe, Inkontinenz- und Stomaartikel sowie Teststäbchen zählen, gelten spezielle Lieferverträge zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen beziehungsweise einzelnen Kassen und den Apotheken. Im Rahmen der Präqualifizierung sollen diese Einzelverträge allerdings entfallen und kassenübergreifend durch die Präqualifizierungsstellen erteilt werden. **Bücher**, die in der Apotheke verkauft werden, unterliegen noch der Buchpreisbindung, das bedeutet, die vom Verlag vorgegebenen Preise sind Festpreise. Bei allen anderen Produkten, ob **apothekenpflichtiges, nichtverschreibungspflichtiges Arzneimittel** (Selbstmedikation, keine GKV-Erstattung, Privatrezept) oder nicht, ist die Apotheke in der Preisbildung frei. Dieser freikalkulierbare Bereich macht im Schnitt bei einer durchschnittlichen Apotheke etwa 20 Prozent des Umsatzes aus, schwankt aber je nach Kundenstruktur und Kaufverhalten von Apotheke zu Apotheke deutlich.

**Arzneimittelerstattung durch die GKV** Grundlage für die Lieferung und Berechnung ärztlicher Verordnungen zu Lasten der GKV bilden die Arzneilieferverträge des Deutschen Apothekerverbandes (DAV) sowie einzelner Landesapothekerverbände mit den Krankenkassen. Neben den Regeln für die Arzneimittelpreisbildung aufgrund der AMPreisV gelten noch etliche weitere Bestimmungen auf Grundlage des Sozialgesetzbuches (SGB) zur Erstattung von Leistungen. Die Einzelheiten dieser Regeln werden aufgrund

immer wieder neuer Sparbemühungen im Gesundheitswesen häufig geändert. Derzeit sind Krankenkassenabschlag, Rabattverträge, Zuzahlungen, Festbeträge und Lieferverträge besonders wichtig.

Derzeit steht die Höhe des **Krankenkassenabschlages**, ein Zwangsrabatt der Apotheken bei zu Lasten der GKV verordneten verschreibungspflichtigen Arzneimitteln (Kombimodell) wieder auf dem Prüfstand. Denn mit dem Arzneimittelneuordnungsgesetz (AMNOG) wurde der Kassenabschlag für 2011 und 2012 gesetzlich bei damals klammer GKV-Kassenlage auf ein „Sonderopfer“ von 2,05 Euro festgelegt. Für 2013 sollen Verhandlungen zwischen DAV und GKV-Spitzenverband den Zwangsabschlag, der bei der Rezeptabrechnung direkt abgezogen wird, anpassen, wobei die Leistungen und Kosten der Apotheken bei wirtschaftlicher Betriebsführung berücksichtigt werden sollen. Dieser Punkt und seine genaue Auslegung ist derzeit Zankapfel. Die GKV hätte gerne den Abschlag weiterhin auf 2,05 Euro festgelegt, die Apothekerverbände wünschen verständlicherweise einen niedrigeren Abschlag. Ihre Verhandlungsbasis liegt im Bereich von 1,75 Euro.

#### AUSNAHMEN BESTÄTIGEN DIE „REGEL“

Besonderheiten existieren ebenfalls: So unterliegen Krankenhausbelieferung, aber auch etwa manche Impfstoffe, Blutkonzentrate, einige spezielle Präparate für Nierenkranke (Dialyse), Medikamente zur Rachitisvorbeugung nicht dem Kombimodell, Zytostatika- und spezielle Sterilizubereitungen abweichenden Rezepturberechnungsvereinbarungen. Teils schreiben Krankenkassen Spezialrezepturen oder Impfstoffe auch aus - und die günstigsten Anbieter erhalten in der Regel dann den Zuschlag.

Seit 2007 existieren **Rabattvertragsarzneimittel** – und sie dominieren mittlerweile. Die einzelnen GKV-Krankenkassen schließen hierbei mit einzelnen Herstellern Rabattverträge für bestimmte Medikamente. Die Apotheke ist gehalten für die jeweiligen Versicherten der Krankenkassen nur Arzneimittel gemäß Rabattverträgen abzugeben. Einzelheiten der Umsetzung sind in einem Rahmenvertrag zwischen den Krankenkassen und dem DAV geregelt. Nur wenn der Arzt auf dem GKV-Rezept ein „aut idem“-Kreuz gesetzt hat, darf bei einem Arzneimittel, das ansonsten unter einen Rabattvertrag fällt, kein Austausch (Substitution) erfolgen. Da die Krankenkassen bei Nichteinhalten der Rabattverträge recht rigoros „retaxieren“, das bedeutet die Auszahlungsbeiträge an die Apotheken massiv kürzen, teils bis auf Null, liegt es im Interesse der Apotheke hier ansonsten konsequent auszutauschen.

**Zuzahlungen** in Höhe von zehn Prozent des Arzneimittelpreises, mindestens fünf, maximal aber zehn Euro pro Medikament sind im Regelfall vom GKV-Versicherten als Eigenanteil zu leisten. Dieser Betrag wird direkt in der Apotheke eingezogen – und entsprechend bei der Rezeptabrechnung auch direkt gekürzt. Kinder und Jugendliche bis 18 Jahren sind zuzahlungsfrei, ebenfalls Verordnungen in Zusammenhang mit Schwangerschaftsbeschwerden. Eine Zuzahlungsbefreiung existiert mittlerweile auch für besonders preiswerte Rabattarzneimittel. Patienten mit geringem Einkommen oder chronisch Kranke können sich unter bestimmten Voraussetzungen von den Zuzahlungen befreien lassen. Spezielle weitere Zuzahlungsbefreiungen existieren.

**Festbeträge** für wirkstoffgleiche oder therapeutisch vergleichbare Arzneimittel, die vom Spitzenverband der GKV festgelegt werden, bilden die Obergrenze für die GKV-Erstattung. Auch für manche Hilfsmittel existieren Festbeträge. Liegt der Preis eines Arznei- oder Hilfsmittels über dem Festbetrag haben die Patienten die Differenz als Aufzahlung selbst zu tragen.

**Lieferverträge**, in denen Aufschläge oder von den einzelnen Krankenkassen erstattete Festbeträge detailliert festgeschrieben sind, existieren für Hilfsmittel, für Produkte ohne gesetzliche Preisbindung und für Rezepturen, bei denen besondere vertragliche Regelungen zulässig sind. Gerade bei Hilfsmitteln sind öfters Kostenvoranschläge (Genehmigungspflicht) für die jeweilige Krankenkasse erforderlich. Neuerungen, die immer wieder auftreten, werden in Veröffentlichungen der Landesapothekerverbände mitgeteilt und recht schnell auch durch Hinterlegung in der Apothekensoftware eingepreist. Die Vielzahl der Vereinbarungen macht gerade die Hilfsmittelberechnung ansonsten außerordentlich kompliziert.

Bei den von der Gesetzlichen Krankenversicherung eigentlich grundsätzlich erstattungsfähigen **verschreibungspflichtigen Fertigarzneimitteln** ist noch die Packungsgrößenverordnung zu beachten. ■

*Dr. Eva-Maria Stoya, Apothekerin / Journalistin*

- 
- **Informationen** zu nichtverschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimitteln und der Erstattung bestimmter OTC-Präparate finden Sie, wenn Sie diesen Artikel online unter [www.pta-aktuell.de](http://www.pta-aktuell.de) lesen!



**WEBCODE: D1091**