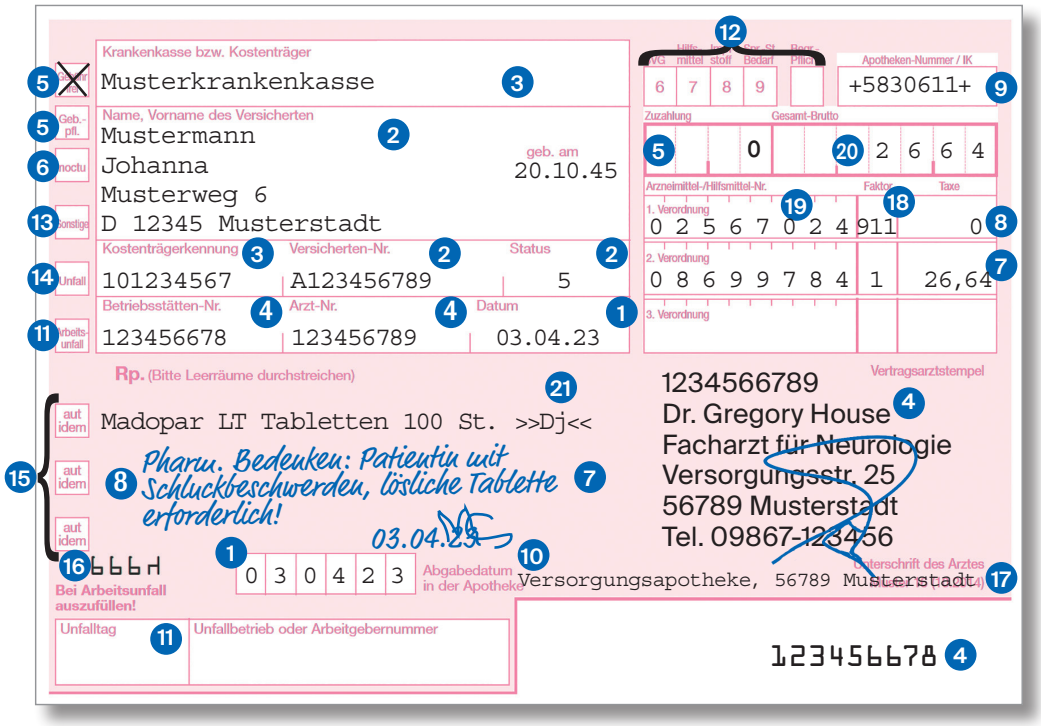
DAP Rezept-Check für Papierrezepte

Bevor ein Rezept beliefert und abgerechnet wird, sollte das Apothekenteam einige Formalitäten kontrollieren, um Retaxierungen zu vermeiden.

Anhand der folgenden Punkte wird das Muster-16-Rezept zur Abrechnung mit der GKV Schritt für Schritt erläutert.



1 Ausstellungs- und Abgabedatum

Ausstellungsdatum: Datum

Ein Ausstellungsdatum gehört zu den Punkten, die auf einem ordnungsgemäß ausgestellten Rezept vorhanden sein müssen. Der Apotheker darf ein fehlendes Datum aber in Rücksprache mit dem Arzt ergänzen. Ein offensichtlich falsch ausgestelltes Datum (z. B. Zahlendreher) darf ebenfalls nach Arztrücksprache korrigiert werden. Alle Ergänzungen und Korrekturen sind abzuzeichnen. CAVE: Auf T-Rezepten darf der Apotheker das Ausstellungsdatum hingegen nicht ergänzen oder korrigieren!

Merke!

Ausstellungsdatum überprüfen: Kassenrezepte und Praxisbedarfsrezepte dürfen in der Regel 28 Tage nach Ausstellungsdatum beliefert werden. Diese Frist verlängert sich auch nicht, wenn der letzte Tag auf einen Sonn- oder Feiertag fällt. **Ausnahmen:** BtM-Rezepte: 8 Tage inkl. Verschreibungsdatum; T-Rezepte: 7 Tage inkl. Verschreibungsdatum und Abgabe maximal für einen 4-Wochen-Bedarf (bei Frauen im gebärfähigen Alter), ansonsten maximal der Bedarf für 12 Wochen; Acitretin-, Alitretinoin- und Isotretinoin-Rezepte für Frauen im gebärfähigen Alter: 7 Tage inkl. Verschreibungsdatum und Abgabe maximal für einen 30-Tage-Bedarf; Hilfsmittelrezepte: 28 Tage (abweichende Regelungen je nach Liefervertrag möglich) **Retaxverbot nach § 129 Abs. 4d SGB V:** Ein fehlendes/ unleserliches Ausstellungsdatum darf nicht mehr retaxiert werden. Auch wenn die Abgabefrist von 28 Tagen um bis zu 3 Tage überschritten wird, ist keine Retax erlaubt (Ausnahme: BtM-Rezepte, T-Rezepte, Entlassrezepte, Rezepte über oral einzunehmende Retinoide bei Frauen im gebärfähigen Alter).

Abgabedatum: Abgabedatum in der Apotheke

In dieses Feld druckt die Apotheke das Abgabedatum im Format TT.MM.JJ. Für die korrekte Umsetzung der Rabattverträge ist immer der Datenstand am Tag der Abgabe in der Apotheke relevant, nicht das Ausstellungsdatum. Laut § 129 Abs. 4d SGB V besteht ein Retaxverbot, wenn die Apotheke ein Arzneimittel vor der Vorlage einer ärztlichen Verordnung abgegeben hat. Cave: Das Rezept muss in der Arztpraxis schon ausgestellt worden sein und die abgebende Person muss sich das Vorhandensein der Verordnung bestätigen lassen.

2 Daten des Versicherten

Status

Versichertenstatus:

Der Status des Patienten (z. B. Rentner, Kind) wird durch einen Zahlencode definiert, der für die versicherte Person eingetragen wird.

Der Status hat lediglich buchhalterische und statistische Bedeutung für die Abrechnung mit den Krankenkassen und sagt nichts über den Leistungsanspruch der Versicherten aus. Die Leistungsansprüche richten sich nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V).

1. Stelle (Versichertenart):
1 = Mitglied
3 = Familienangehöriger
5 = Rentner

2. Stelle (besondere Personengruppe):
4 = BSHG (Bundessozialhilfegesetz) § 264 SGB V
6 = BVG (Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges)
7 = SVA-Kennzeichnung, zwischenstaatlich
8 = SVA-Kennzeichnung, pauschal

3. Stelle (DMP-Kennzeichnung):
1 = Diabetes mellitus Typ 2
2 = Brustkrebs
3 = Koronare Herzkrankheit
4 = Diabetes mellitus Typ 1
5 = Asthma bronchiale
6 = COPD (chronic obstructive pulmonary disease)

4. Stelle (ASV-Kennzeichen):
Dieses Feld bleibt bei den meisten Praxen leer. Eine 1 würde dokumentieren, dass die Praxis an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnimmt.

Der Status besteht aber in der Regel nur aus der ersten Stelle.

Versicherten-Nr.: Versicherten-Nr.

Die Versichertennummer hat zwischen 20 und 30 Stellen und wird von den Krankenkassen vergeben. Die ersten 10 Stellen, die auf die elektronische Gesundheitskarte (eGK) aufgedruckt sind, werden einmalig vergeben und bleiben lebenslang erhalten.

Seit dem 01.01.2015 müssen Verordnungen basierend auf der eGK ausgestellt werden, erkennbar daran, dass die Versichertennummer mit einem Buchstaben beginnt.

Name/Vorname des Versicherten: Name, Vorname des Versicherten

Im Personalienfeld werden der Name, der Vorname und die Anschrift mit Straße, PLZ und Ort angegeben. Das Geburtsdatum der versicherten Person ist im Format TT.MM.JJ angegeben.

Das Länderkennzeichen ist verpflichtend.

Die Angabe über die **Gültigkeit der Versichertenkarte** (Format MM/JJ) entfällt bei Verwendung der eGK.

Merke:

Beim Ersatzverfahren (z. B. Notfall oder Hausbesuch), wenn ein Patient oder eine Patientin keine Versichertenkarte vorlegen kann oder das Kartenlesegerät nicht funktioniert bzw. nicht verfügbar ist, reicht die Angabe von Name, Vorname und Geburtsdatum des Patienten oder der Patientin anstelle der Versicherten-Nr. aus.

Krankenkasse bzw. Kostenträger

3 Krankenkasse/Kostenträger

Hier steht der Name des zuständigen Kostenträgers bzw. der zuständigen Krankenkasse. Zur eindeutigen Zuordnung eventuell mit Zusatz der Stadt oder des Kreises.

Vorsicht – Retaxgefahr

Ist eine Berufsgenossenschaft (BG) als Kostenträger angegeben, sind auch das Unfalldatum und der Unfallort anzugeben und ggf. das Institutionskennzeichen zu streichen. Der Arzt oder die Ärztin ist vertraglich dazu verpflichtet, den Unfallort anzugeben. Die Apotheke muss diese Angabe jedoch nicht mehr prüfen.

Kostenträgerkennung: Kostenträgerkennung

Die 9-stellige Krankenkassennummer (IK = Institutionskennzeichen) ist zur eindeutigen Feststellung des Kostenträgers und der korrekten Umsetzung der Rabattverträge notwendig.

Vorsicht – Retaxgefahr

Krankenkassen haben i. d. R. mehrere Institutionskennzeichen: Deshalb ist die auf dem Rezept angegebene Nummer verbindlich (und zur korrekten Rabattvertragsrecherche erforderlich).

Fehlt die Angabe der Kostenträgerkennung, sollte diese wenn möglich nachgetragen werden. Eine Retaxation aufgrund eines fehlenden IK ist aber nicht mehr zulässig, außer eine solche ist in diesem Fall im jeweiligen Liefervertrag ausdrücklich vorgesehen.

4 Arztdaten

Betriebsstätten-Nr: Betriebsstätten-Nr.

Die Betriebsstättennummer, kurz BSNR, ist eine 9-stellige Nummer, die von der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) zugewiesen wird. Durch sie wird der Ort der Leistungserbringung (Betriebsstätte) eindeutig identifiziert.

Die BSNR ist unabhängig von der Personalzusammensetzung und ändert sich daher z. B. bei einem Arztwechsel in einer Gemeinschaftspraxis nicht.

Die BSNR ist auf den Vordrucken der Rezepte unten rechts bereits aufgedruckt und dient als zusätzliches Sicherheitsmerkmal des Rezeptvordrucks.

Merke:

Weichen die aufgedruckten BSNR (Codierzeile unten rechts, BSNR-Feld, BSNR im Arztstempel) voneinander ab, könnte dies ein Hinweis auf eine Rezeptfälschung sein.

Arzt-Nr: Arzt-Nr.

Die lebenslange Arztnummer, kurz LANR, ist eine 9-stellige Ziffernfolge, die eine eindeutige Zuordnung ärztlicher Verordnungen zur verordnenden Person ermöglicht. Die LANR wird einmalig von der KV vergeben, in deren Bereich der Arzt oder die Ärztin erstmals tätig wird, und bleibt lebenslang zugeordnet.

Rezepte, die in Kliniken ausgestellt werden, sollten die LANR der Person, die sie ausstellt tragen, denn nach der Vereinbarung über die Vergabe von Krankenhausarztnummern (KHANR) nach § 293 Abs. 7 SGB V müssen seit 1. Juli 2020 alle in den Krankenhäusern und ihren Ambulanzen tätigen Ärztinnen und Ärzte über eine Krankenhausarztnummer verfügen. Auch Zahnärztinnen und Zahnärzte müssen gemäß § 293 Abs. 4 seit März 2022 eine Zahnarztnummer zugeteilt bekommen, die sie seit dem 01.01.2023 verbindlich verwenden müssen.

Im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) wird auch die Nummer 333333300 verwendet. Entlassrezepte: Auf normalen Entlassrezepten darf gem. Anlage 8 des Rahmenvertrags weiterhin die Pseudoarztnummer genutzt werden. Die Vorgabe an die Ärztinnen und Ärzte lautet jedoch, dass eine LANR aufzutragen ist. Apotheken haben diesbezüglich keine Prüfpflicht. Bei BtM- und T-Rezepten darf die Pseudoarztnummer nicht mehr verwendet werden.

Für Ersatzkassen gilt: LANR und BSNR sind Pflichtangaben, soweit vorhanden (§ 4 Abs. 1 vdek-AVV). Jedoch berechtigt ein Fehlen der Angabe nicht zu einer Zurückweisung des Rezeptes (§ 4 Abs. 2 vdek-AVV).

Eine fehlende LANR darf vom pharmazeutischen Personal nachgetragen werden. Der Nachtrag ist abzuzeichnen.

Merke:

Das Fehlen von in ergänzenden Verträgen geforderten Rezeptangaben (z. B. LANR oder BSNR) dürfen Krankenkassen nicht beanstanden (außer eine Retaxation ist im Liefervertrag eindeutig vorgesehen).

Arztunterschrift:

Der Arzt oder die Ärztin muss ein Rezept eigenhändig unterschreiben. Er sollte keinen roten Stift verwenden, da Rot in den Rechenzentren auf den rosa Formularen nicht erkannt wird (Blindfarbe).

Vorsicht – Retaxgefahr

Eine fehlende Arztunterschrift verwirkt gemäß den meisten Arzneimittelversorgungsverträgen den Erstattungsanspruch gegenüber der Krankenkasse!

Vertragsarztstempel:

Der Vertragsarztstempel (oder Aufdruck) muss mindestens folgende Angaben enthalten:

- **Berufsbezeichnung**
- **Arztname (Vor- und Nachname)**
- **Telefonnummer**
- **Anschrift der Praxis bzw. Klinik (Straße, PLZ, Ort)**

Ist der Name der verordnenden Person nicht im Stempel genannt, so ist er zusätzlich mit Berufsbezeichnung auf der Verordnung leserlich aufzubringen. Die Anschrift ist entbehrlich, wenn die Arbeitsstätte im Stempel genannt ist.

Merke:

BSNR und LANR können zusätzlich Bestandteil des Arztstempels sein.
Fehlen einzelne Angaben zum Arzt im Stempel, aber ist die verordnende Person für Apotheke und Krankenkasse eindeutig identifizierbar, dürfen Krankenkassen dies nicht beanstanden.

5 Statusfelder zur Zuzahlung

Gebühr frei:

Ist dieses Feld angekreuzt, dann ist die versicherte Person von der Zuzahlung zu Arzneimitteln, Hilfsmitteln und Verbandmitteln befreit. (ABER: Mehrkosten müssen trotzdem geleistet werden!) Zuzahlungsfrei sind außer Kindern und Jugendliche unter 18 Jahren auch BG-Patienten, BVG-Versicherte sowie Bundeswehrversicherte.

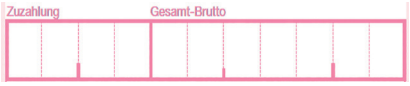
Wurde das Kreuz im Feld „Gebühr frei“ nicht schon von der Praxis aufgedruckt, so darf die Apotheke dieses nach Vorlage eines gültigen Befreiungsausweises ergänzen (Änderung mit Datum und Handzeichen abzeichnen).

Geb.-pfl.:

Gebührenpflichtig sind alle Personen über 18 Jahre, die keinen gültigen Befreiungsausweis vorlegen können. Wurde kein Gebührenstatusfeld angekreuzt und ergibt sich aus dem Geburtsdatum die Volljährigkeit des Patienten oder der Patientin, so muss er die Zuzahlungen für Arzneimittel, Hilfsmittel und Verbandmittel leisten.

Merke:

Änderungen in den Statusfeldern sind mit Datum und Unterschrift abzuzeichnen. Bei einer handschriftlichen Änderung auf „Gebühr frei“ sollten auch die Dauer der Gültigkeit und die Nummer des Befreiungsausweises ergänzt werden. Hat die verschreibende Person fälschlicherweise das Feld „Gebühr frei“ angekreuzt, darf die Apotheke deshalb nicht retaxiert werden.

Zuzahlung: 

Hier steht die auf Cent gerundete Summe aller Zuzahlungen zur Verordnung. Bei zuzahlungsfreien Rezepten wird hier eine 0 eingetragen.

Vorsicht – Retaxgefahr

Die Angaben im Zuzahlungsfeld müssen mit dem Gebührenstatus übereinstimmen. Maßgebend sind die Angaben auf der Verordnung, nicht die in der Kundendatei der Apotheke.

6 noctu:

Ist das Feld noctu (lateinisch = nachts) angekreuzt, dann darf der Apotheker oder die Apothekerin die Notdienstgebühr von 2,50 Euro zwischen 20 Uhr abends und 6 Uhr morgens, an Sonn- und Feiertagen sowie am 24. Dezember, wenn dieser Tag auf einen Werktag fällt, bis 6 Uhr und ab 14 Uhr zulasten der GKV abrechnen. Bei Ersatzkassen reicht anstelle eines Noctu-Kreuzes auch ein entsprechender Hinweis auf dem Rezept (z. B. „noctu“ oder „cito“) aus. Bei Primärkassen wird die Notdienstgebühr i. d. R. auch dann erstattet, wenn aus der Verordnung oder den Umständen hervorgeht, dass es sich um einen dringenden Fall handelt. Die regionalen Lieferverträge sind diesbezüglich zu prüfen.

Vorsicht – Retaxgefahr

Im Notdienst sollte zusätzlich ein Vermerk über die Zeit der Inanspruchnahme auf das Rezept gedruckt werden.

7 Verordnungsfeld/Taxfeld

Verordnungsfeld:

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

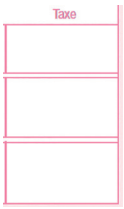
Das Verordnungsfeld darf für bis zu 3 verschiedene Arznei- oder Verbandmittel genutzt werden (Ausnahme: SSB). Bei Rezepturen darf ausnahmsweise auch die Rückseite der Verordnung benutzt werden, falls der Platz auf der Vorderseite nicht ausreicht.

Vorsicht – Retaxgefahr

- Prüfen Sie, ob alle erforderlichen Angaben zum verordneten Mittel (vgl. § 2 Abs. 1 AMVV bzw. § 9 Abs. 1 BtMVV) aufgeschrieben wurden und ergänzen bzw. korrigieren Sie ggf. fehlende oder falsche Angaben in Rücksprache mit der verschreibenden Person (vgl. § 6 Abs. 2 Buchst. c Nr. 3 Rahmenvertrag). Alle Änderungen auf dem Rezept sind von der abgebenden Person abzuzeichnen.
- Bei Rezepturen muss die Gebrauchsanweisung angegeben sein. Laut § 22 Rahmenvertrag muss die Einzelpreisberechnung bei papiergebundenen Verordnungen nicht mehr auf der Vorderseite aufgetragen werden, da diese Angaben in den elektronischen Zusatzdaten vollständig enthalten sind und durch den Hash-Code eindeutig zugeordnet werden können.

  Die Angabe der Dosierung auf normalen Rezepten ist eine Pflichtangabe (§ 2 AMVV), kann aber fehlen, wenn dem Patienten ein Medikationsplan oder eine schriftliche Dosierungsanweisung vorliegt und die verordnende Person einen Hinweis dazu auf dem Rezept notiert hat. Die Angabe der Dosierung muss bei jeder Verordnungszeile erfolgen (siehe auch Punkt 21). Eine Dosierungsangabe gehört zu einer ordnungsgemäß ausgestellten Verordnung, das Fehlen darf aber gem. § 129 Abs. 4d SGB V nicht mehr retaxiert werden.
- Bei BtM-Rezepten muss die Gebrauchsanweisung mit Einzel- und Tagesgabe bzw. ein Hinweis auf Vorliegen einer schriftlichen Gebrauchsanweisung angegeben sein. Zusätzliche betäubungsmittelrechtliche Vorschriften müssen beachtet werden (z. B. stückzahlgenaue Verordnung, Beladungsmenge bei Pflastern, ggf. Kennzeichnung S, T, N).
- Prüfen Sie, ob alle Rabattverträge eingehalten bzw. die Importregeln beachtet wurden.
- Prüfen Sie, ob die gedruckten Taxzeilen mit den Verordnungszeilen übereinstimmen (Abweichungen z. B. durch Nichtlieferbarkeit von Importen möglich).
- Bei Nichtlieferbarkeit von Rabatt- bzw. Importarzneimitteln muss die entsprechende Sonder-PZN aufgedruckt werden. Zusätzlich sind die Nichtverfügbarkeitsbelege zu archivieren. Bei Nichtabgabe eines Rabattarzneimittels aufgrund von Akutversorgung oder Pharmazeutischen Bedenken sind die entsprechende Sonder-PZN und eine kurze Begründung auf das Rezept aufzutragen. Eine Retaxation aufgrund einer fehlenden Begründung oder einer fehlenden Sonder-PZN ist nicht mehr zulässig. Das Abweichen von der Abgaberangfolge ohne Dokumentation darf nach § 129 Abs. 4d nicht mehr auf Null retaxiert werden. Die Apotheke verliert jedoch den Anspruch auf ihre Vergütung nach AMPreisV und erhält nur noch den EK.
- Unzulässige Mischverordnungen beachten: Arznei- und Hilfsmittel dürfen nicht gemeinsam auf einem Rezept verordnet werden.
- Bei der Verordnung von Kompressionsstrümpfen sollte das Maßblatt als Anlage beigefügt werden.
- Bei Rezepten, die vorab genehmigt wurden (z. B. Hilfsmittelrezepte), ist das Genehmigungskennzeichen und -datum zu vermerken. Bei Hilfsmittelrezepten muss eine Diagnose und ggf. ein Versorgungszeitraum angegeben sein. Zusätzliche Vorgaben des jeweiligen Hilfsmittelliefervertrages sind zu beachten. Eine Genehmigung, die erst nachträglich erteilt und vorgelegt wird, darf nicht mehr retaxiert werden (§ 129 Abs. 4d SGB V).
- Eine dem Rezept beigefügte Anlage ist sicherheitshalber zu kopieren. Außerdem sollte mit einem Rezeptvermerk auf der Vorderseite auf die Anlage hingewiesen werden, falls diese bei der Abrechnung abgetrennt wird oder falls der Liefervertrag das Anhängen von Unterlagen untersagt: „Anlage ist Teil der Verordnung!“

Taxe:



In dieses Feld werden die Einzelpreise der verordneten Präparate ohne Komma gedruckt. Ist ein Medikament günstiger als die zu leistende Zuzahlung oder wurde die Sonder-PZN gedruckt, erscheint im Taxfeld eine 0. Alle Positionen müssen gedruckt und leserlich sein.

Vorsicht – Retaxgefahr

Prüfen Sie, ob die Anzahl der Taxzeilen mit der Anzahl der Verordnungszeilen übereinstimmt. Falls eine Sonder-PZN gedruckt wurde: Kontrollieren Sie, ob der Faktor stimmt und ggf. eine abgezeichnete Begründung vorhanden ist.

Merke:

Bei Bedruckung der vierten Taxzeile (z. B. aufgrund von Sonder-PZN) muss sichergestellt sein, dass die Angaben leserlich sind. Bei Platzmangel darf z. B. auf den Aufdruck der Sonderkennzeichen für die BtM-Gebühr und Notdienstgebühr verzichtet werden. Die Gebühr wird dann manuell zum Gesamt-Brutto hinzuaddiert. Die Sonder-PZN für die Botendienstgebühr muss in die letzte Taxzeile gesetzt werden.

8 Pharmazeutische Bedenken

Macht man Pharmazeutische Bedenken geltend, so ist neben der Sonder-PZN ein zusätzlicher Vermerk als Begründung aufzubringen.

Merke:

Die Sonder-PZN muss aufgedruckt und der handschriftliche Vermerk zur Begründung der Pharmazeutischen Bedenken mit Datum und Unterschrift bestätigt sein. Fehlt die Sonder-PZN oder der Vermerk, ist dies kein Retaxationsgrund. Fehlt beides, kann im Beanstandungsverfahren ein objektivierbarer Nachweis nachgereicht werden. Verzichtet die Apotheke auf einen Einspruch einer solchen Retax, darf maximal auf den EK gekürzt werden.

9 Apotheken-Nummer/IK

Voraussetzung für die Teilnahme am maschinellen Datenaustausch ist die Existenz eines Institutionskennzeichens für den abrechnenden Leistungserbringer. Mittels des Institutionskennzeichens lässt sich die beliefernde Apotheke eindeutig zuordnen. Das Institutionskennzeichen der Apotheke ist 7-stellig und ohne die ersten beiden Stellen (Klassifikationskennzeichen 30) aufzutragen. Die 7-stellige IK-Nummer wird zwischen zwei „+“ aufgebracht.

10 Apothekenname

Der Name der Apotheke sowie die PLZ und der Ort, in der sich die Apotheke befindet, werden von der Apotheke bei der Belieferung auf das Rezept gedruckt.

11 Arbeitsunfall

Statusfeld „Arbeitsunfall“:

Ist das Feld „Arbeitsunfall“ angekreuzt, dann handelt es sich um eine Verordnung aufgrund eines Arbeitsunfalls. Der Kostenträger ist in diesem Fall nicht die gesetzliche Krankenkasse des Patienten oder der Patientin, sondern die zuständige Berufsgenossenschaft.

Unfalltag und Unfallort:

Wird ein Rezept zulasten einer Berufsgenossenschaft abgerechnet, so ist der Unfalltag laut Arzneilieferverträg BG eine erforderliche Angabe, deren Fehlen nach Rücksprache mit der verordnenden Person geheilt werden darf. Datum und Unterschrift bei der Ergänzung nicht vergessen! Die verordnende Personist vertraglich verpflichtet, den Unfallort anzugeben. Die Apotheke muss diese Angabe jedoch nicht mehr prüfen.

Merke:

Berufsgenossenschaften fordern die Angabe des Unfalltages. Das Feld „Arbeitsunfall“muss angekreuzt sein, sofern es sich nicht um eine Berufskrankheit handelt.

Als Kassenname muss die zuständige BG angegeben sein, eine eventuell angegebene IK-Nummer einer Kasse muss gestrichen werden.

Der Gebührenstatus einer BG-Verordnung ist frei. Mehrkosten müssen hingegen vom Patienten oder der Patientin selbst getragen werden, außer der Arzt hat die Notwendigkeit einer vollen Kostenübernahme (z. B. durch Setzen des Aut-idem-Kreuzes) auf dem Rezept vermerkt.

12 Ergänzungen zur Verordnung

Begr.-Pflicht:

Ist eine Abkürzung für „Begründungspflicht“ und wird mit einer eingedruckten 1 zur Kennzeichnung von zahnärztlichen Verordnungen verwendet.

Spr.-St. Bedarf:

Der Sprechstundenbedarf wird von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich abgerechnet.

Im Feld „Krankenkasse bzw. Kostenträger“ ist die Vertragskassennummer einzutragen. Im Feld „Kassen-Nummer“ ist das Institutionskennzeichen nötig.

Impfstoff:

Bei der Verordnung von Impfstoffen (Einzelverordnung oder Sprechstundenbedarf) ist das Feld „8“ durch Eintragen der Ziffer 8 zu kennzeichnen. Impfungen gemäß STIKO-Empfehlung werden im Allgemeinen über den Sprechstundenbedarf abgerechnet. In diesem Fall sind die Rezepte mit 8 und 9 zu kennzeichnen.

Hilfsmittel:

Hilfsmittelrezepte werden mit der Ziffer 7 gekennzeichnet.

CAVE

Blut- und Harnteststreifen sind keine Hilfsmittel, sondern werden den Arzneimitteln zugeordnet!

Vorsicht – Retaxgefahr

Arzneimittel und Hilfsmittel sind getrennt voneinander zu verordnen.

Der Hilfsmittelempfang muss auf der Rezeptrückseite vom Patienten mit Datum und Unterschrift bestätigt werden.

BVG:

Bei Verordnungen für Anspruchsberechtigte nach dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG) und bei Anspruchsberechtigten nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG, z. B. Kriegsopfer, ehemalige Kriegsgefangene oder Wehrdienstbeschädigte) ist das Feld „6“ (BVG) durch Eintragung der Ziffer 6 zu kennzeichnen.

13 Sonstige

Sonstige

Wird das Rezept keiner gesetzlichen Krankenkasse zugeordnet, sondern sonstigen Kostenträgern, wie z. B. Sozialamt, Freie Heilfürsorge der Polizei oder Postbeamtenkrankenkasse, dann wird das Feld „Sonstige“ angekreuzt.

14 Unfall

Unfall

Wurde das Rezept aufgrund eines Unfalls (nicht aber eines Arbeitsunfalls) ausgestellt, wird dieses Feld angekreuzt. Die Krankenkasse kann eventuell Kosten gegenüber Dritten geltend machen.

15 aut idem

aut idem

aut idem

aut idem

Ist das Feld „aut idem“ (lat. „oder Gleiches“) angekreuzt, hat der Arzt die Substitution des verordneten Arzneimittels gegen ein anderes, wirkstoffgleiches Arzneimittel ausgeschlossen. Um einen Original/Import-Austausch auszuschließen, ist laut vdek-Arzneiversorgungsvertrag zusätzlich vom Arzt zu vermerken, dass aus medizinisch-therapeutischen Gründen nur das verordnete Mittel abgegeben werden darf. Bei Primärkassen sind die regionalen Arzneilieferverträge auf ähnliche Regelungen zu prüfen.

16 666rl 555rl

Dient der Justierung des Scanners in den Abrechnungszentren.

17 Muster 16 (10.2014)

Arzneiverordnungsblatt (Stand: Oktober 2014) Format DIN A6 quer. Für die Verordnung von Arznei- und Verbandsmitteln sowie von Hilfsmitteln mit Ausnahme von Seh- und Hörhilfen wird der konventionelle Vordruck (Muster 16) verwendet. Ältere Rezepte sind nicht erstattungsfähig.

18 Faktor

In diese Spalte wird die Anzahl der abgegebenen Packungen gedruckt. Bei Verwendung der Sonder-PZN (02567024) wird in dieses Feld eine 3-stellige Schlüsselzahl gedruckt, wobei

- die 1. Stelle Angaben zum 1. abgerechneten Mittel,
- die 2. Stelle Angaben zum 2. abgerechneten Mittel und
- die 3. Stelle Angaben zum 3. abgerechneten Mittel enthält.

Die einzelnen Stellen können mit den folgenden Ziffern gefüllt werden:

1 = Abgabe nach Maßgabe des Rahmenvertrages nach § 129 SGB V oder leere Verordnungszeile

2 = Nichtverfügbarkeit eines rabattbegünstigten Fertigarzneimittels in allen Auswahlbereichen nach § 9 Abs. 1 und 2 (§ 14 Abs. 1 S. 1 Alt. 1)

3 = Nichtverfügbarkeit eines preisgünstigen Fertigarzneimittels im generischen Markt (§ 14 Abs. 1 S. 1 Alt. 2) bzw. Abweichung von der Importabgabe im importrelevanten Markt aufgrund von Nichtverfügbarkeit (§ 14 Abs. 4 i. V. m. Abs. 1 S. 1 Alt. 2)

4 = Nichtverfügbarkeit eines rabattbegünstigten Fertigarzneimittels (§ 14 Abs. 1 S. 1 Alt. 1) sowie eines preisgünstigen Fertigarzneimittels im generischen Markt (§ 14 Abs. 1 S. 1 Alt. 2) **oder** Nichtverfügbarkeit eines rabattbegünstigten Fertigarzneimittels (§ 14 Abs. 1 S. 1 Alt. 1) sowie Abweichung von der Importabgabe im importrelevanten Markt aufgrund von Nichtverfügbarkeit (§ 14 Abs. 4 i. V. m. Abs. 1 S. 1 Alt. 2)

5 = Nichtabgabe eines rabattbegünstigten Fertigarzneimittels aufgrund eines dringenden Falles zur unverzüglichen Abgabe eines Fertigarzneimittels in allen Auswahlbereichen nach § 9 Abs. 1 und 2 (§ 14 Abs. 2)

6 = Nichtabgabe eines rabattbegünstigten sowie eines preisgünstigen Fertigarzneimittels aufgrund eines dringenden Falles zur unverzüglichen Abgabe eines Fertigarzneimittels im generische Markt (§ 14 Abs. 2 – rabattbegünstigtes Fertigarzneimittel nicht vorhanden bzw. nicht vorrätig und auch

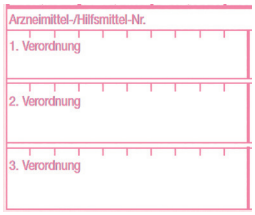
preisgünstiges Fertigarzneimittel nicht vorrätig) **oder** Nichtabgabe eines rabattbegünstigten Fertigarzneimittels sowie Abweichung von der Importabgabe aufgrund eines dringenden Falles zur unverzüglichen Abgabe eines Fertigarzneimittels im importrelevanten Markt (§ 14 Abs. 2 sowie § 14 Abs. 4 i. V. m. Abs. 2 – rabattbegünstigtes Fertigarzneimittel nicht vorhanden bzw. nicht vorrätig und auch preisgünstiges Importarzneimittel nicht vorrätig)

7 = Abgabe eines verlangten „Wunscharzneimittels“ (§ 15)

8 = Nichtabgabe eines rabattbegünstigten Arzneimittels aufgrund sonstiger Bedenken nach § 17 Abs. 5 S. 2 Apothekenbetriebsordnung in allen Auswahlbereichen nach § 9 Abs. 1 und 2 (§ 14 Abs. 3)

9 = Nichtabgabe eines rabattbegünstigten Fertigarzneimittel sowie eines preisgünstigen Fertigarzneimittels aufgrund sonstiger Bedenken nach § 17 Abs. 5 S. 2 Apothekenbetriebsordnung im generischen Markt (§ 14 Abs. 3 – sonstige Bedenken gegen das rabattbegünstigte Fertigarzneimittel (sofern vorhanden) und gegen das preisgünstige Fertigarzneimittel) **oder** Nichtabgabe eines rabattbegünstigten Fertigarzneimittels sowie Abweichung von der Importabgabe aufgrund sonstiger Bedenken nach § 17 Abs. 5 S. 2 Apothekenbetriebsordnung im importrelevanten Markt (§ 14 Abs. 4 i. V. m. Abs. 3 – sonstige Bedenken gegen das rabattbegünstigte Fertigarzneimittel (sofern vorhan den) und gegen das preisgünstige Importarzneimittel)

19 Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.

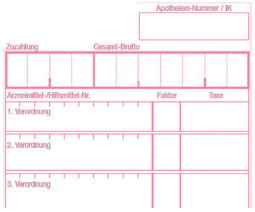


In diese Felder werden die 8-stellige PZN oder die Hilfsmittelnummer der abgegebenen Präparate gedruckt. Die Sonder-PZN (02567024) steht in der 1. Zeile, während die Sonderkennzeichen für Gebühren (z. B. Notdienstgebühr, BtM-Gebühr) i. d. R. in die letzte Zeile gedruckt werden.

Hash-Code

Seit dem 01.07.2022 muss bei allen Rezepturen verpflichtend der Hash-Code verwendet werden. Der Hash-Code ist eine 40-stellige Ziffernfolge, die verteilt auf die zweite und dritte Taxzeile des Rezepts gedruckt wird und das Papierrezept mit den elektronisch übermittelten Abrechnungsdaten vernetzt.

Druckkorrektur:



Wurde versehentlich eine falsche PZN oder ein falscher Gebührenstatus gedruckt und muss der Apothekendruck korrigiert werden, dann dürfen ausschließlich Korrekturetiketten genutzt werden, die dem in der Technischen Anlage 2 vereinbarten Muster entsprechen, die sich aufgrund ihrer Klebeeigenschaft untrennbar mit dem Rezept verbinden und deren Felder den Abmessungen des Muster 16 entsprechen.

Der Aufkleber muss die Apothekennummer/IK, die Zuzahlung, den Gesamt-Brutto-Betrag und die 3 Taxzeilen inkl. Arzneimittel-/Hilfsmittel-/Heilmittel-Nr., Faktor und Taxe überdecken. Der Aufkleber muss von der Apotheke in der rechten unteren Ecke über Aufkleber und Verordnungsblatt abgezeichnet werden. Die Felder BVG, Hilfsmittel, Impfstoff, Sprechstundenbedarf und Begr.-Pflicht dürfen nicht mehr überklebt werden.

Vorsicht – Retaxgefahr

- Ein falsch gedrucktes Abgabedatum darf nicht mit Tipp Ex überdeckt und korrigiert werden. Alternativ sollte es nur durchgestrichen und (ggf. mit Begründung) korrigiert werden.
- Bei Hilfsmittelrezepten muss nach Verträgen gemäß § 302 SGB V die Hilfsmittelnummer und bei Gruppenverträgen nach § 300 SGB V die PZN aufgedruckt werden.

20 Gesamt-Brutto

Unter Gesamt-Brutto wird die Summe der Taxfelder mit Komma und inkl. Zuzahlung gedruckt. Auch Notdienstgebühr und Beschaffungskosten sind im Gesamt-Brutto-Betrag enthalten.

21 Dosierungsangabe

Die Dosierung ist als Pflichtangabe in § 2 AMVV aufgenommen worden und kann fehlen, wenn dem Patienten ein Medikationsplan oder eine schriftliche Dosierungsanweisung vorliegt und die verschreibende Person einen Hinweis dazu auf dem Rezept notiert hat.

Die Angabe der Dosierung muss bei jeder Verordnungszeile erfolgen (bis zu 3-mal pro Rezept). Bei einer papiergebundenen Verordnung erfolgt der Aufdruck hinter dem verordneten Produkt am Ende der Verordnungszeile mittels „>>...<<“.

Beispiel: Ramipril XYZ-Pharma 2,5 mg 20 Tbl. N1 PZN 01234567 >>0–0–1<<

Liegt dem Patienten oder der Patientin ein Medikationsplan oder eine schriftliche Dosierungsanweisung vor, erfolgt der Aufdruck bei einer papiergebundenen Verordnung hinter dem verordneten Produkt am Ende der Ver-
ordnungszeile mittels „>>Dj<<“ (= ja, es liegt eine schriftliche Dosierungsanweisung vor).

Beispiel: Ramipril XYZ-Pharma 2,5 mg 20 Tbl. N1 PZN 01234567 >>Dj<<

Die Dosierungsangabe darf fehlen, wenn die Abgabe direkt an die verschreibende Person erfolgt.

Ergänzung einer fehlenden Dosierung

In dringenden Fällen darf das pharmazeutische Personal die Dosierung, auch ohne Rücksprache mit der verschreibenden Person, ergänzen. Ebenso darf die Apotheke die Angaben ergänzen, wenn der Hinweis auf die schriftliche Anweisung oder einen Medikationsplan fehlt und ihm die Angaben zweifelsfrei bekannt sind. Wenn die Patientin oder der Patient einen Medikationsplan oder eine Dosierungsanweisung vorlegen kann, dann kann das pharmazeutische Personal z. B. den Hinweis „Medikationsplan liegt vor“ oder die genaue Dosierung aus dem Plan auf der Verordnung ergänzen. Zusätzlich ist die Ergänzung abzuzeichnen und das Datum zu ergänzen, falls die Änderung und das Abgabedatum nicht auf einen Tag fallen.

Retaxverbot nach § 129 Abs 4d SGB V

Eine fehlende Dosierungsangabe darf nicht mehr retaxiert werden. Achtung bei: bei BtM-Rezepten und Rezepturen wird die Angabe einer Gebrauchsanweisung gefordert!

Grundlagen und Quellen

- Arzneimittelverschreibungsverordnung vom 21. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3632)
- Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung vom 20. Januar 1998 (BGBl. I S. 74, 80)
- Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482)
- Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung nach § 129 Absatz 2 SGB V
- Arzneiversorgungsvertrag zwischen vdek und DAV
- Arzneiversorgungsvertrag zwischen den Spitzenverbänden der Unfallversicherungsträger und dem DAV
- Technische Anlage 1 zur Arzneimittelabrechnungsvereinbarung gemäß § 300 Abs. 3 SGB V
- Technische Anlage 2 zur Vereinbarung über die Übermittlung von Daten im Rahmen der Arzneimittelabrechnung gemäß § 300 SGB V

© DAP Networks GmbH / ohne Gewähr / Stand: April 2025