

Retaxfalle Mehrkosten

Was bedeuten Festbeträge für die Apothekenpraxis?

HW | Bereits 1988 wurde, um Arzneimittelausgaben zu deckeln, im Rahmen des Gesundheitsreformgesetzes das Festbetragssystem eingeführt. Es handelt sich hierbei um ein reines Preisregulierungsinstrument, das den Zweck hat, die Versichertengemeinschaft vor überhöhten Arzneimittelpreisen zu schützen. Die Apotheken müssen bei der Abgabe eines Arzneimittels auch häufig den Festbetrag im Blick behalten.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) entscheidet, für welche Gruppen von Arzneimitteln Festbeträge festgesetzt werden. Der GKV-Spitzenverband setzt dann für jede vom G-BA gebildete Festbetragsgruppe einen Festbetrag gemäß den Regeln nach § 35 Abs. 5 SGB V fest. Festbeträge sind Höchstbeträge für die Erstattung von Arzneimittelpreisen durch die gesetzlichen Krankenkassen. Liegt der Preis eines vom Arzt verordneten Arzneimittels über dem Festbetrag, so muss der Patient diesen Differenzbetrag – die Mehrkosten – zusätzlich zur gesetzlichen Zuzahlung entrichten (§ 31 Abs. 2 SGB V). Dies gilt sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern und Jugendlichen, die ja prinzipiell von der Zuzahlung befreit sind. Ebenso müssen auch Erwachsene, die eine Zuzahlungsbefreiung vorweisen können, Mehrkosten bezahlen.

In welchen Fällen zahlt der Patient keine Mehrkosten?

Im Rahmen von Rabattverträgen können Hersteller und Krankenkassen einen Mehrkostenverzicht vereinbaren. Das bedeutet, die Versicherten müssen keine Mehrkosten bezahlen, obwohl der in der Lauer-Taxe angegebene Preis oberhalb eines Festbetrags liegt.

Informationen zum Mehrkostenverzicht sind ebenso wie die Rabattverträge in der Apothekensoftware hinterlegt.

Ansonsten übernehmen die gesetzlichen Kassen Mehrkosten nur, wenn Rabattarzneimittel nicht lieferbar sind und aus diesem Grund ein Arzneimittel mit Mehrkosten abgegeben werden muss (§ 11 Abs. 3 Rahmenvertrag): „*Ist bei einer Abgabe nach Abs. 2 (Rabattarzneimittel) kein Fertigarzneimittel zum Festbetrag verfügbar, trägt die Krankenkasse abweichend von § 31 Abs. 2 Satz 1 SGB V die Mehrkosten.*“

Mehrkosten bei BG-Rezepten

Wurde ein Arzneimittel oberhalb eines Festbetrags zulasten einer Berufsgenossenschaft verordnet, muss der Patient ebenfalls die Mehrkosten tragen. Ausnahme: Der Arzt vermerkt auf dem Rezept, dass ein bestimmtes Präparat mit Mehrkosten erforderlich ist. Das Setzen des Aut-idem-Kreuzes ist dazu ausreichend.

Handelt es sich bei dem nicht lieferbaren Arzneimittel **nicht** um einen Rabattartikel, dann muss der Patient die Mehrkosten der Alternativabgabe tragen!

Mehrkosten beim Vergleich Original/Import

Vergleicht man bei einer Abgabe im importrelevanten Markt nur die Netto-VK-Preise und berücksichtigt nicht die Mehrkosten der Arzneimittel, kann dies zu einer nicht rahmenvertragskonformen Abgabe führen. Gemäß § 13 Abs. 2 Satz 4 Rahmenvertrag muss in einem solchen Fall (Importmarkt, kein Rabattvertrag) das Arzneimittel mit den geringsten Mehrkosten für den Patienten abgegeben werden:

„Es darf nur ein Fertigarzneimittel ausgewählt werden, das abzüglich der gesetzlichen Rabatte nicht teurer als das namentlich verordnete Fertigarzneimittel ist. Hiervon ausgenommen ist der Fall, dass für diese Mehrkosten durch die Versicherte / den Versicherten geleistet werden müssen, aber aufzahlungsfreie Fertigarzneimittel zur Verfügung stehen; diese sind in diesem Fall bevorzugt abzugeben. Überschreitet der Abgabepreis sämtlicher, zur Auswahl stehender, Fertigarzneimittel den Festbetrag, ist ein Fertigarzneimittel mit einer möglichst geringen Aufzahlung für die Versicherte / den Versicherten auszuwählen.“

Daher müssen Apotheken auch in diesem Bereich darauf achten, die Patienten vertragskonform mit einem möglichst mehrkostenfreien Präparat bzw. einem Präparat mit möglichst geringer Aufzahlung zu versorgen. Die Erfahrung zeigt, dass es in der Regel zu Retaxationen kommt, wenn Mehrkosten zulasten der GKV abgerechnet werden und dies nicht durch den Rahmenvertrag geregelt ist. Apotheken sollten hier aufmerksam sein.