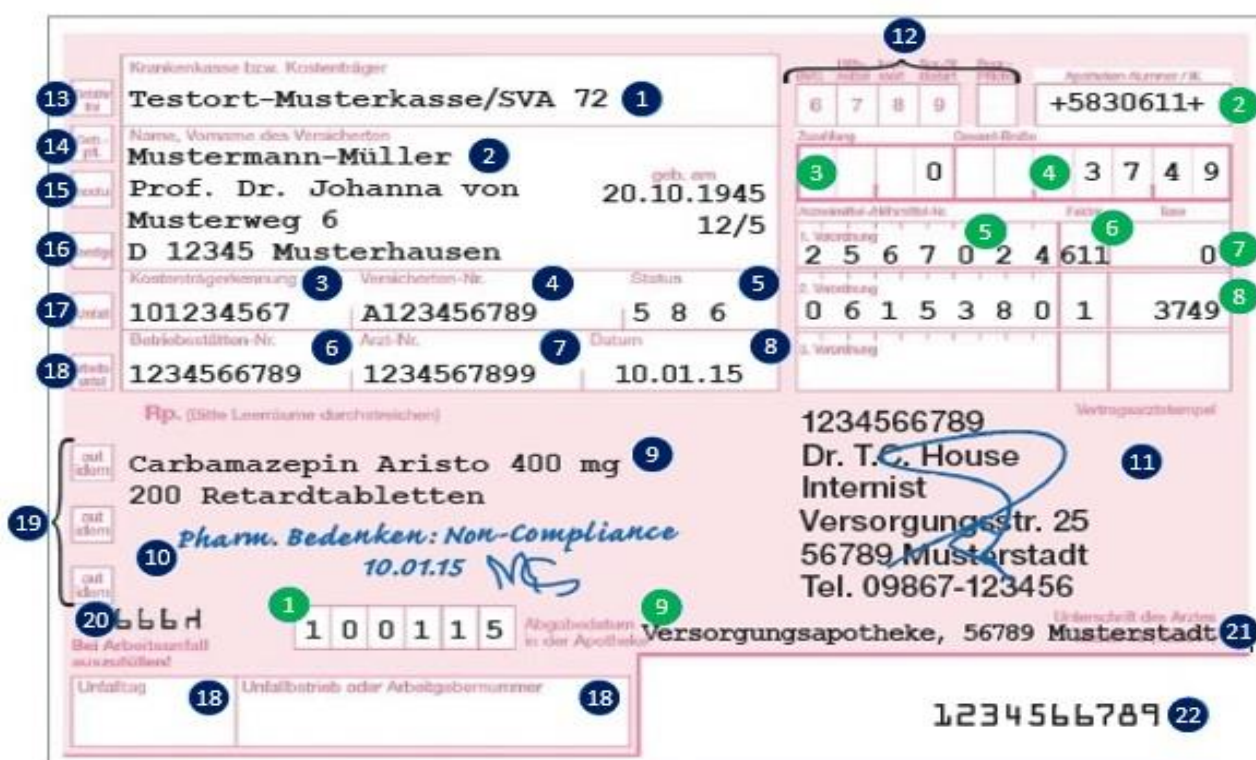


Das Rezeptblatt richtig bedruckt

Empfehlung zur Bedruckung von Rezepten

Bevor ein Rezept beliefert und zum Abrechnungszentrum gebracht wird, sollte das Apothekenteam einige Formalitäten kontrollieren, um Retaxierungen weitgehend zu vermeiden.

Anhand der nachstehenden Punkte wird das aktuelle Muster 16 Rezeptblatt (Stand 01.10.2014) einer GKV Verordnung Schritt für Schritt erläutert:



Mit ● sind die Positionen markiert, die vom Arzt/von der Praxis ausgefüllt werden.

Mit ● sind die Positionen markiert, die von der Apotheke ausgefüllt werden.

Wir bitten um Verständnis, dass wir trotz sorgfältiger Recherche keine Gewährleistung für die Richtigkeit, Genauigkeit, Vollständigkeit und Aktualität dieser Informationen übernehmen.

Der Apothekenteil

1. Abgabedatum

In dieses Feld druckt die Apotheke das Abgabedatum – Format: TT.MM.JJ. Für die korrekte Belieferung der Rabattverträge ist immer der Stand der Rabattverträge am Tag der Abgabe in der Apotheke relevant, **nicht das Ausstellungsdatum!**

2. 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 siebenstellig ohne die ersten beiden Stellen (Klassifikationskennzeichen 30) aufzutragen. Die siebenstellige IK-Nummer wird zwischen zwei „+“ aufgebracht.

3. Zuzahlung

Hier steht die auf Cent gerundete Summe aller Zuzahlungen zur Verordnung. Bei zuzahlungsfreien Rezepten wird hier eine „0“ eingetragen. Die Angaben im Zuzahlungsfeld müssen mit dem Gebührenstatus übereinstimmen. Maßgebend sind die Angaben auf der Verordnung, nicht die in der Kundendatei der Apotheke.

(Siehe auch Punkt 13 und 14 des Arztteils)

4. Gesamt-Brutto

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

5. Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.

In diese Felder wird die achtstellige PZN oder die zehnstellige Hilfsmittelnummer der abgegebenen Präparate gedruckt. Die Sonder-PZN **02567024** für Nichtverfügbarkeit von Rabattarzneien oder Reimporten sowie die Sonder-PZN **09999643** zur Abrechnung von Verordnungen §27 a SBG V muss, falls vorhanden, immer in der ersten Zeile stehen!

Druckkorrektur:

Wurde versehentlich eine falsche PZN oder ein falscher Gebührenstatus gedruckt und muss der Apothekendruck korrigiert werden, dann dürfen ausschließlich **Korrektur etiketten** 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 Musters 16 entsprechen. Der Aufkleber muss die Apothekenummer/IK, die Zuzahlung, den Gesamt-Brutto-Betrag und die drei Taxzeilen inkl. Arzneimittel-/Hilfsmittel-/Heilmittel-Nr. und den Faktor überdecken.

Die Felder BVG, Hilfsmittel, Impfstoff, Sprechstundenbedarf und Begr.-Pflicht dürfen nicht mehr überklebt werden. Bei Hilfsmittelbelieferungen muss nach Verträgen gem. § 302 SGB V die Hilfsmittelnummer und bei Gruppenverträgen nach § 300 SGB V die PZN aufgedruckt sein. Im Feld „Empfangsbestätigung für Hilfsmittel“ auf der Rezeptrückseite muss bei Hilfsmittelbelieferung ebenso eine Unterschrift vorhanden sein wie die Angabe der Diagnose auf der Rezeptvorderseite!

6. Faktor

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

- die 1. Stelle Angaben zum ersten abgerechneten Mittel,
- die 2. Stelle Angaben zum zweiten abgerechneten Mittel und
- die 3. Stelle Angaben zum dritten 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 Arzneimittels
- 3 = Nichtverfügbarkeit eines Importarzneimittels
- 4 = Nichtverfügbarkeit eines rabattbegünstigten und importierten Arzneimittels
- 5 = Nichtabgabe eines rabattbegünstigten Arzneimittels (Akutversorgung, Notdienst)
- 6 = Nichtabgabe eines rabattbegünstigten Arzneimittels aufgrund „Pharmazeutischer Bedenken“
- 7 = Abgabe eines vom Versicherten verlangten Arzneimittels (Mehrkostenregel)

Bei den Faktoren 2–7 ist zusätzlich ein handschriftlicher Vermerk erforderlich, der durch Datum und Unterschrift abzuzeichnen ist.

7. Pharmazeutische Bedenken

Macht man Pharmazeutische Bedenken geltend, so muss neben der Sonder-PZN ein zusätzlicher Vermerk als Begründung angegeben werden. Die Sonder-PZN muss aufgedruckt und der handschriftliche Vermerk zur Begründung der Pharmazeutischen Bedenken mit Datum und Unterschrift bestätigt sein.

8. Taxfeld

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. Überprüfen Sie, ob die Anzahl der Taxzeilen mit der Anzahl der Verordnungszeilen übereinstimmt. Falls eine Sonder-PZN gedruckt wurde: Kontrollieren Sie, dass der Faktor stimmt und eine Begründung auf dem Rezept vorhanden ist, ergänzt mit Unterschrift und Datum.

9. Apothekename

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.

Allgemein

Schriftfarbe: schwarz

Hinweis zu Korrekturen: Bitte verwenden Sie für Korrekturdrucke spezielle Rezeptaufkleber (Bezugsquellen nennen wir Ihnen gerne) und vermeiden Sie bitte die Verwendung von Tipp-Ex.

Der Arztteil

1. Krankenkasse/Kostenträger

Hier wird der Name der Krankenkasse bzw. des Kostenträger aufgedruckt, dies geschieht ggf. mit dem Zusatz der Stadt oder des Kreises.

Ist eine **Berufsgenossenschaft** (BG) als Kostenträger angegeben, ist auch das **Unfalldatum** und der **Unfallbetrieb** anzugeben. Die IK-Nummer ist zu streichen!

2. Name/Vorname des Versicherten

Im Feld „Name, Vorname des Versicherten“ werden neben diesen Daten noch die Anschrift mit Straße, PLZ und Ort angegeben. Das Geburtsdatum des Versicherten ist im Format: TT.MM.JJJJ angegeben. Die Angabe der **Gültigkeit der Versicherungskarte** ist im Format: MM/JJ angegeben. Das Versicherungsschutzende ist entsprechend der eGK optional aufzudrucken. Das Länderkennzeichen ist verpflichtend.

Beim **Ersatzverfahren** (Notdienst oder Hausbesuch) reichen Name, Vorname, Geburtsdatum sowie die komplette Adresse des Patienten aus. Es empfiehlt sich aber, den Vermerk „Ersatzverfahren“ und die fehlenden Angaben zu ergänzen, da es IK-bezogene Abweichungen in den Rabattverträgen geben könnte.

3. Kostenträgererkennung

Die neunstellige Krankenkassennummer (IK) ist zur eindeutigen Feststellung des Kostenträgers und der korrekten Umsetzung der Rabattverträge notwendig.

Es kommt vor, dass manche Krankenkassen **mehrere IK-Nummern** haben: In solchen Fällen ist die auf dem Rezept angegebene Nummer verbindlich (wichtig zur korrekten Rabattvertragsrecherche)!

4. Versicherten-Nr.

Die Versichertennummer beträgt zwischen 6 und 12 Ziffern und wird von den Krankenkassen vergeben. Durch einen Statuswechsel des Versicherten kann sich auch dessen Versichertennummer ändern. Verordnungen nach dem 01.01.2015 müssen basierend auf der neuen elektronischen Gesundheitskarte (eGK) ausgestellt werden, erkennbar daran, dass die Versichertennummer mit einem Buchstaben beginnt.

5. Status

Der Status des Patienten (Mann, Frau, Rentner, Kind) wird durch einen Zahlencode definiert, der für den Versicherten eingetragen wird. Der Status hat eine statistische Bedeutung für die Abrechnung mit den Krankenkassen. Er sagt nichts über den Leistungsanspruch der Versicherten aus. Die Leistungsansprüche richten sich nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) und stehen bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen allen Versicherten gleichermaßen zur Verfügung.

6. Betriebsstätten-Nr.

Die Betriebsstätten Nummer, kurz BSNR, ist eine 9-stellige Nummer, die von der kassenärztlichen Vereinigung 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.

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

7. Arzt-Nr.

Die lebenslange Arztnummer, kurz **LANR**, ist eine neunstellige Nummer, die in Deutschland bundesweit an jeden Arzt vergeben wird, der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt. Sie bleibt lebenslang bestehen, egal wo der Arzt tätig ist. In einer Gemeinschaftspraxis unterscheiden sich demnach die LANR, wohingegen die BSNR gleich sind.

LANR darf auf folgenden Rezeptarten fehlen: Notdienst-, Klinik- und Zahnarztrezepten.

8. Ausstellungsdatum

Fehlt das Ausstellungsdatum, ist die gesamte Verordnung ungültig. Ein fehlendes Datum darf vom Apotheker nicht ergänzt werden, wohl aber ein offensichtlich falsches Datum (Zahlendreher etc.) in Rücksprache!

Regionale Ausnahmen sind möglich, Beispiel ALV Bayern:

„... ein fehlendes oder ein offensichtlich falsches Ausstellungsdatum darf vom Apotheker aufgrund einer Rücksprache mit dem Vertragsarzt ergänzt bzw. korrigiert werden. Das Ergebnis der Rücksprache hat der Apotheker auf dem Verordnungsblatt zu vermerken.“

Ausstellungsdatum überprüfen: GKV-Kassenrezepte und Praxisbedarfsrezepte dürfen nur 1 Monat ab Ausstellungsdatum beliefert werden!

Ausnahmen:

Betäubungsmittel-Rezepte (BtM-Rezepte): 8 Tage inkl. Verschreibungsdatum

T-Rezepte: 7 Tage inkl. Verschreibungsdatum

Isotretinoin-Rezepte für Frauen: 8 Tage inkl. Verschreibungsdatum und Behandlungszeitraum von 30 Tagen darf nicht überschritten werden

Hilfsmittel-Rezepte: 28 Tage (ggf. abweichende Regelung siehe Liefervertrag!) Es ist zwischen Abgabe- und Vorlagdatum (Vdek-Kassen) zu unterscheiden!

9. Verordnungsfeld

Das Verordnungsfeld darf laut KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) für bis zu drei verschiedene Arznei- oder Verbandmittel genutzt werden. Bei Rezepturen darf ausnahmsweise auch die Rückseite der Verordnung genutzt werden, falls der Raum auf der Vorderseite nicht ausreicht. Beachten Sie, ob alle Rabattverträge eingehalten wurden und ob die Importregeln beachtet wurden.

Bei Nichtlieferbarkeit eines Rabattarzneimittels/Imports muss die Sonder-PZN gedruckt und die Verordnung ggf. mit dem Vermerk über die Rücksprache mit dem Arzt versehen werden. Zusätzlich sollte die Defektmeldung in der Apotheke dokumentiert werden.

An dieser Stelle sollte man auch noch einmal prüfen, ob die Verordnungszeilen mit den gedruckten Taxzeilen übereinstimmen (Änderungen durch Nachlieferungen/Importtausch). Bei einer Hilfsmittelverordnung muss die Diagnose mit angegeben werden und der Hilfsmittlempfang auf der Rückseite der Verordnung vom Patienten/Kunden bestätigt sein.

„Duplikate“, „Zweitschriften“ und „Kopien“ werden von den Kassen i. d. R. nicht erstattet, außer in Ihrem Bundesland existiert eine abweichende Vereinbarung. Es empfiehlt sich, auf den Terminus „Wiederholungsverordnung“ mit zusätzlicher Begründung der wiederholten Ausstellung zu achten. Mischverordnungen sind unzulässig: Arznei- und Hilfsmittel dürfen nicht gemeinsam auf einem Rezept verordnet werden! Bei Rezepturen muss die Gebrauchsinformation mit angegeben sein. Die Taxierung der Rezeptur ist ebenfalls auf der Rezeptvorderseite zu vermerken.

10. Handschriftlicher Vermerk

Bei der Verordnung von Kompressionsstrümpfen sollte das Maßblatt als Anlage angefügt sein. Bei Rezepten, die vorab genehmigt wurden, sollte die Genehmigung am Rezept angefügt sein. In beiden Fällen empfiehlt es sich, die beigelegte Anlage sicherheitshalber zu kopieren und mit einem Rezeptvermerk (Vorderseite) auf die Anlage hinzuweisen, falls diese bei der Abrechnung von der Verordnung getrennt wird oder falls der Liefervertrag das Anhängen von Unterlagen untersagt: „Anlage ist Teil der Verordnung“.

11. Vertragsarztstempel/Unterschrift

Der Vertragsarztstempel (oder Aufdruck) muss ab 01.07.2015 folgende Angaben enthalten:

- BSNR
- vollständiger Arztname (inkl. Vorname)
- Berufsbezeichnung
- Straße, PLZ, Ort
- Telefonnummer

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

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

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

12. Ergänzungen zur Verordnung

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. Impfstoffe und Hilfsmittel sind immer auf einem extra Rezept zu verordnen. Hilfsmittelrezept: Angabe der Diagnose auf der Rezeptvorderseite!

Der Hilfsmittlempfang muss auf der Rezeptrückseite vom Patienten mit Datum und Unterschrift bestätigt werden. Hilfsmittel dürfen nicht zusammen mit Arznei- und Verbandmitteln auf einem Rezept verordnet werden („Mischverordnungen“ sind nicht erstattungsfähig).

Hilfsmittel:

Hilfsmittelrezepte werden mit der Ziffer „7“ gekennzeichnet. Blut- und Harnteststreifen sind keine Hilfsmittel, sondern werden den Arzneimitteln zugeordnet!

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.

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.

Begr.-Pflicht:

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

13. Status-Felder „Gebühr frei“

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

14. Status-Felder „Geb.-pfl.“

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

Änderungen in den Statusfeldern sind mit Datum und Unterschrift zu ergänzen. Bei einer handschriftlichen Änderung auf „gebührenfrei“ sollten auch die Dauer der Gültigkeit und die Nummer des Befreiungsausweises ergänzt werden (und mit Datum und Unterschrift abgezeichnet werden).

15. noctu

Ist das Feld noctu (lateinisch = nachts) angekreuzt, dann darf der Apotheker die Notdienstgebühr von 2,50 EUR zwischen 20.00 Uhr abends und 6.00 Uhr morgens sowie an Sonn- und Feiertagen zulasten der GKV abrechnen, weil der Arzt die Belieferung während des Notdienstes für erforderlich hält. Fehlt dieser ärztliche Vermerk, so muss der Patient die Notdienstgebühr entrichten, außer der gültige Regionalvertrag erlaubt einen Vermerk über die Dringlichkeit der Verordnung (z. B. § 4 (9) Bayern). Im Notdienst sollte zusätzlich ein Vermerk über die Uhrzeit der Notdienst-Inanspruchnahme aufgebracht und ggf. die Sonder-PZN aufgedruckt werden.

16. 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.

17. 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.

18. 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, sondern die zuständige Berufsgenossenschaft.

Unfalltag:

Wird ein Rezept zu Lasten einer Berufsgenossenschaft abgerechnet, so ist der Unfalltag laut Arzneiliefervertrag BG eine erforderliche Angabe, deren Fehlen bei der Abgabe nach Rücksprache mit dem Arzt ergänzt werden darf. **Datum und Unterschrift bei der Ergänzung auf keinen Fall vergessen!**

Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer:

Auch der Unfallbetrieb (Name und Adresse) oder die Arbeitgebernummer (ggf. Kindergarten oder Kindertageseinrichtung, Schule, Hochschule) sind auf einem Rezept zulasten der BG anzugeben. Auch diese Angabe darf durch die Apotheke ergänzt werden. Berufsgenossenschaften fordern die Angabe des Unfalltages und des Unfallbetriebes oder der Arbeitgebernummer. Der Gebührenstatus einer BG-Verordnung ist frei. Als Kassename muss die zuständige BG angegeben sein, eine evtl. angegebene IK-Nummer einer Kasse muss gestrichen sein.

19. aut idem

Ist das Feld „aut idem“ (lat. „oder gleiches“) angekreuzt, hat der Arzt somit die Substitution der betreffenden Verordnungszeile gegen ein wirkstoffgleiches, generisches Arzneimittel ausgeschlossen. Um einen Import/Original-Austausch auszuschließen ist laut neuem vdek-Vertrag ein zusätzlicher ärztlicher Vermerk erforderlich.

20. Kennzeichnung „666rl“

Diese Information dient lediglich der Justierung des Scanners in den Abrechnungszentren

21. Muster 16

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

22. Codenummer

Die Betriebsstätten Nummer wird maschinenlesbar in codierter Form wiederholt.

Wir bitten um Verständnis, dass wir trotz sorgfältiger Recherche keine Gewährleistung für die Richtigkeit, Genauigkeit, Vollständigkeit und Aktualität dieser Informationen übernehmen.

Für Fragen rund um unser Dienstleistungsangebot erreichen Sie unser DialogCenter montags bis freitags in der Zeit von 08:30 Uhr bis 18:00 Uhr unter der Rufnummer 0211 67008 160 oder per Fax unter 0211 67008 161. Per E-Mail erreichen Sie uns unter dialog@avp.de.

Stand 2015