

Künstliche Befruchtung

Arbeitshilfe

II.15

Abrechnung nach § 27a SGB V in der Apotheke

Verordnung eines Arzneimittels, das im Rahmen der künstlichen Befruchtung eingesetzt wird



Hat der Arzt auf dem Rezept einen Hinweis auf § 27a SGB V oder künstliche Befruchtung vermerkt?

Ja

Nein

GKV übernimmt gemäß § 27a SGB V 50% der Kosten:

- Aufdruck der Sonder-PZN 09999643 in der ersten Zeile vor den verordneten Mitteln (Feld „Faktor“ enthält „1“, Feld „Taxe“ enthält „0“)
- Aufdruck des abzurechnenden Betrags (= 50% des Arzneimittelpreises)
- Im Zahlungsfeld steht eine „0“.
- Patient/-in trägt 50% der Kosten und zahlt keine gesetzliche Zuzahlung.
- Bei Nichtverfügbarkeit wird die Aufwandspauschale komplett zulasten der GKV abgerechnet (Sonder-PZN 17717446).

Sieht der regionale Arzneimittelliefervertrag eine Prüfpflicht der Apotheke bei §-27a-SGB-V-Verordnungen vor?

oder

Ergeben sich sonstige Hinweise auf eine Behandlung im Rahmen einer künstlichen Befruchtung (z. B. Arztstempel, Beratungsgespräch)?

Ja

Nein

- Rücksprache mit dem Arzt und Dokumentation des Ergebnisses auf dem Rezept
- Ergänzung abzeichnen
- Je nach Ergebnis der Rücksprache: Abrechnung nach § 27a SGB V oder als reguläres GKV-Rezept

Abrechnung wie ein reguläres Kassenrezept:

- Abrechnung des vollen Arzneimittelpreises
- Patient/-in leistet die gesetzliche Zuzahlung, sofern nicht von der Zuzahlung befreit, und ggf. Mehrkosten.

Hinweise

- Regionalen Arzneiliefervertrag auf Prüfpflicht der Apotheke durchsehen, falls ein §-27a-SGB-V-Vermerk auf dem Rezept fehlt. Der vdek-Arzneiversorgungsvertrag (03/2021) sieht eine solche Prüfpflicht aktuell nicht vor.
- Falls eine gesetzliche Krankenkasse als freiwillige Satzungsleistung mehr als die Hälfte der Kosten trägt, rechnet die Apotheke in der Regel ebenfalls nur 50% der Kosten über das Kassenrezept ab. Den Restbetrag verrechnet die Patientin/der Patient selbst mit der Krankenkasse.
- Vorsicht: Bei Hilfsmitteln, die im Rahmen einer künstlichen Befruchtung eingesetzt werden, ist je nach Liefervertrag ein Kostenvoranschlag und eine Genehmigung erforderlich.



II.15 Künstliche Befruchtung

Die Erstattung von Arzneimitteln zur künstlichen Befruchtung ist an besondere Bedingungen geknüpft, die ihre Grundlage in § 27a Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) haben. In der Regel werden nur 50 % der Kosten durch die GKV erstattet. Deshalb ist es wichtig, die entsprechenden Arzneimittel und die erforderlichen Rezeptformalitäten zu kennen.

Bei einer künstlichen Befruchtung wird die Frau häufig hormonell vorbehandelt und der männliche Samen zu einem definierten Zeitpunkt übertragen. Dabei werden verschiedene Methoden zur Herbeiführung einer Schwangerschaft angewendet, z. B. folgende:

- Insemination im Spontanzyklus oder nach hormoneller Stimulation: Samenübertragung direkt in die Gebärmutter der Frau,
- In-vitro-Fertilisation (IVF): Befruchtung einer der Frau entnommenen Eizelle mit Samenzellen in einem Laborglas,
- intratubarer Gametentransfer (GIFT): Mischform aus Insemination (Samenübertragung) und In-vitro-Fertilisation; Befruchtung findet im Körper der Frau statt,
- intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI): Sonderfall der IVF, bei dem eine männliche Samenzelle im Laborglas direkt in eine Eizelle gespritzt wird.

Rechtliche Grundlagen

Die gesetzlichen Krankenkassen erstatten unter bestimmten Bedingungen die Hälfte der Kosten für die notwendigen „Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft“. Dabei sind nach § 27a Abs. 1 und 3 SGB V folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

- Die Maßnahmen sind nach ärztlicher Feststellung erforderlich.
- Es besteht nach ärztlicher Feststellung eine „hinreichende Aussicht“ auf die Herbeiführung einer Schwangerschaft. Ist die Maßnahme dreimal ohne Erfolg durchgeführt worden, ist die hinreichende Aussicht nicht mehr gegeben.
- Es handelt sich um ein Ehepaar und es werden ausschließlich Ei- und Samenzellen der Ehepartner verwendet.
- Beide Ehepartner sind mindestens 25 Jahre alt. Die Frau ist höchstens 39 Jahre und der Mann ist höchstens 49 Jahre alt.

- Beide Partner haben von einem Arzt, der die Behandlung nicht selbst durchführt, eine Beratung zu medizinischen und psychosozialen Aspekten der künstlichen Befruchtung erhalten. Der Arzt hat das Paar an einen Arzt oder eine Einrichtung überwiesen, die eine Genehmigung nach § 121a SGB V haben.

In den Richtlinien über künstliche Befruchtung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ist darüber hinaus festgelegt, dass Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung nur durchgeführt werden können, wenn bei beiden Ehepartnern der HIV-Status bekannt ist.

Die Voraussetzungen gelten auch für Inseminationen, die nach dem Stimulationsverfahren (hormonelle Stimulation) durchgeführt werden und bei denen deshalb ein erhöhtes Risiko von Schwangerschaften mit drei oder mehr Embryonen besteht. Bei allen anderen Inseminationen gibt es Ausnahmen: Zum einen ist die hinreichende Aussicht auf Erfolg nicht auf drei Behandlungszyklen begrenzt. Zum anderen kann die Beratung zu medizinischen und psychosozialen Aspekten bei diesen Inseminationen entfallen, ebenso die Überweisung an eine Fach-einrichtung (vgl. § 27a Abs. 2 SGB V).

Sind schließlich alle Voraussetzungen erfüllt, ist der Kasse ein Behandlungsplan vorzulegen. Genehmigt die Kasse den Plan, übernimmt sie gemäß § 27a Abs. 3 SGB V die Hälfte der Kosten für die durchgeführten Maßnahmen.

§ 27a Abs. 3 SGB V

„[...] Vor Beginn der Behandlung ist der Krankenkasse ein Behandlungsplan zur Genehmigung vorzulegen. Die Krankenkasse übernimmt **50 vom Hundert** der mit dem Behandlungsplan genehmigten Kosten der Maßnahmen, die bei ihrem Versicherten durchgeführt werden.“

Praxistipp

Einige gesetzliche Krankenkassen bieten ihren Versicherten freiwillige Mehrleistungen im Rahmen der künstlichen Befruchtung an. Deshalb sollten sich Paare, die eine Kinderwunschbehandlung in Betracht ziehen, vorab über die Leistungen ihrer Krankenkasse informieren.

Gebühr frei		Geb.-pfl.		noctu		Sonstige		Unfall		Arbeitsunfall		Krankenkasse bzw. Kostenträger		Hilfs-mittel		Impf-stoff		Spr.-St.-Bedarf		Begr.-Pflicht		Apotheken-Nummer / IK																									
												Beispielkrankenkasse		6		7		8		9		+7654321+																									
Name, Vorname des Versicherten												Zuzahlung										Gesamt-Brutto																									
Kinderwunsch												0										0																									
Anke												0										2																									
Musterstr. 1												0										6																									
D 12345 Musterstadt												0										1																									
geb. am												0										8																									
01.05.86												0										9																									
Kostenträgerkennung												Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.												Faktor												Taxe											
101234567												09999643												1												0											
Versicherten-Nr.												1. Verordnung												2. Verordnung												3. Verordnung											
B111222333												07652639												1												26189											
Status																																															
1																																															
Betriebsstätten-Nr.												Arzt-Nr.												Datum																							
123456789												876543210												01.03.21																							
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)																								Vertragsarztstempel																							
aut. idem												Gonal-f 900 IE/1,5 ml 66 Mikr./1,5 ml												Kinderwunschzentrum																							
aut. idem												Fertigpen 1 St. N1 PZN 07652639												Musterstadt																							
aut. idem												„§ 27a SGB V“												Dr. Samuel Storch																							
aut. idem												Dj												Facharzt für Gynäkologie																							
												Storch, 01.03.21												und Geburtshilfe																							
												01.03.21												Beispielallee 7																							
												01.03.21												12345 Musterstadt																							
												01.03.21												Tel. 0123 / 12 12 12																							
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!												Abgabedatum in der Apotheke												Unterschrift des Arztes												Muster 16 (10.2014)											
Unfalltag												Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer												123456789Y																							

Abb. II.15/1 Beispielrezept mit Arzneimittel zur künstlichen Befruchtung und ärztlichem Vermerk zu § 27a SGB V sowie entsprechender Bedruckung mit der Sonder-PZN 09999643, der Hälfte des Abgabepreises und keiner Zuzahlung

Die Vorgaben aus § 27a SGB V werden durch die „Richtlinien über künstliche Befruchtung“ des G-BA näher definiert. Hier ist beispielsweise genau festgelegt, nach wie vielen erfolglosen Behandlungszyklen bei den jeweiligen Methoden keine hinreichende Erfolgsaussicht mehr besteht:

- bei der Insemination im Spontanzyklus nach 8 Zyklen,
- bei der Insemination nach hormoneller Stimulation nach 3 Zyklen,
- bei der In-vitro-Fertilisation nach 3 Zyklen,
- beim intratubaren Gametentransfer nach 2 Zyklen,
- bei der intrazytoplasmatischen Spermieninjektion nach 3 Zyklen.

Ein Behandlungszyklus gilt dabei als nicht erfolgreich, wenn keine klinisch nachgewiesene Schwangerschaft eingetreten ist.

Rezeptbelieferung

Um Retaxationen zu vermeiden, ist es wichtig, die Arzneimittel und Rezeptmerkmale zu kennen, die auf eine Verordnung im Rahmen einer künstlichen Befruchtung hinweisen. Man unterscheidet grundsätzlich Rezepte, auf denen der Arzt explizit einen Hinweis auf § 27a SGB V vermerkt hat, und Rezepte, die keinen solchen Hinweis enthalten.

Rezept mit Hinweis auf § 27a

Ein Rezept, das der Arzt im Rahmen einer künstlichen Befruchtung ausgestellt hat, erkennt man zum einen daran, dass ein Arzneimittel mit entsprechender Indikation verordnet ist, und zum anderen daran, dass der Arzt auf dem Rezept zusätzlich einen Hinweis auf die künstliche Befruchtung aufgebracht hat, wie z. B. „§ 27a“ oder „künstliche Befruchtung“.

Die Patientin oder der Patient bezahlt dann die Hälfte des gesamten anfallenden Rezeptbetrags und keine gesetzliche Zuzahlung. Die anderen 50 % des Rezeptbetrags rechnet die Apotheke mit der jeweiligen Krankenkasse ab. Hierzu wird das Rezept mit der Sonder-PZN 09999643 bedruckt, die in der ersten Zeile vor den PZN der verordneten Arzneimittel steht (Abb. II.15/1).

Die Regelungen zur Bedruckung des Rezepts bei Verordnungen im Rahmen einer künstlichen Befruchtung gehen auf die Technische Anlage 1 zur Arzneimittelabrechnungsvereinbarung gemäß § 300 SGB V zurück.

Auszug aus der Technischen Anlage 1 Abrechnung von Verordnungen im Rahmen der künstlichen Befruchtung

„Zur Kennzeichnung eines Arzneiverordnungsblattes als Verordnung zur künstlichen Befruchtung wird in die erste Abrechnungszeile des Apothekenfeldes das Sonderkennzeichen 09999643 mit dem Betrag ‚0‘ im Einzeltaxfeld und ‚1‘ im Faktorfeld eingetragen. Nach-

folgend sind die Pharmazentralnummern der abzurechnenden Arzneimittel mit der entsprechenden Menge und dem Betrag einzutragen, der mit der Krankenkasse abzurechnen ist. Dies ist entweder 50 % vom maßgeblichen Apothekenverkaufspreises oder 50 % vom Festbetrag, wenn der Apothekenverkaufspreis größer als der Festbetrag ist. Besteht in diesem Fall ein Rabattvertrag nach § 130a Abs. 8 SGB V zum Ausgleich der Mehrkosten über dem Festbetrag, ist 50 % vom Festbetrag plus Betrag der Mehrkosten (= Differenz AVK – FB) anzugeben. Der Betrag der Mehrkosten ist in diesem Fall im Segment NPB mit dem Schlüssel ‚R007‘ anzugeben. Die Eigenbeteiligung des Versicherten zur Künstlichen Befruchtung und eventuelle Mehrkosten bei festbetragsgeregelten Arzneimitteln, die vom Versicherten zu tragen sind, werden wie folgt vom Apothekenrechenzentrum berücksichtigt. Das Feld ‚Zuzahlung‘ wird mit Null ‚0‘ gefüllt.“

Nichtverfügbarkeitspauschale bei Rezepten zur künstlichen Befruchtung

Aufgrund des Mehraufwands, der Apotheken bei der Bewältigung von Lieferengpässen entsteht, wurde mit dem ALBVVG in der AMPreisV eine Pauschale zur Vergütung dieses Aufwands vereinbart. Gemäß § 3 Abs. 1a AMPreisV darf die Apotheke in solchen Fällen pro Verordnungszeile einen Zuschlag von 50 Cent zuzüglich Mehrwertsteuer über die Sonder-PZN 17717446 abrechnen.

Rezept ohne Hinweis auf § 27a

Ein Rezept, auf dem zwar ein Arzneimittel verordnet ist, das die Indikation zur künstlichen Befruchtung hat, jedoch keinen ärztlichen Hinweis auf § 27a SGB V oder künstliche Befruchtung enthält, wird wie ein reguläres Kassenrezept behandelt. Die Patientin oder der Patient übernimmt nur die gesetzliche Zuzahlung (max. 10 Euro pro Arzneimittel) und die Kasse erstattet den vollen Arzneimittelpreis. Hintergrund ist, dass einige der Arzneimittel, die zur künstlichen Befruchtung zugelassen sind, noch weitere Indikationen haben, z.B. schwerer LH-/FSH-Mangel bei Frauen oder Hypogonadismus bei Männern. Darüber hinaus kann es sich auch um eine Off-Label-Anwendung (= Anwendung außerhalb der zugelassenen Indikation) handeln.

Im Zweifel, z.B. wenn sich im Beratungsgespräch ergibt, dass die Verordnung doch im Rahmen einer künstlichen Befruchtung erfolgt, empfiehlt sich eine Rücksprache mit dem verschreibenden Arzt, um den Sachverhalt zu klären.

Praxistipp

In manchen Bundesländern (z. B. Hamburg) ist bei entsprechenden Rezepten zulasten einer Primärkasse **ohne Hinweis auf § 27a SGB V** eine Rücksprache mit dem Arzt verpflichtend, um zu bestätigen, dass es sich nicht um eine Verordnung nach § 27a SGB V handelt. Das Ergebnis der Rücksprache ist auf dem Rezept zu notieren und abzuzeichnen. Um Retaxationen zu vermeiden, sollte der jeweils geltende regionale Arzneiliefervertrag der Primärkassen auf ähnliche Regelungen geprüft werden. Für Ersatzkassen ist eine Prüfpflicht bei Verordnungen gemäß § 27a SGB V bislang nicht vereinbart.

Eingesetzte Wirkstoffe im Rahmen der künstlichen Befruchtung

Um Rezepte zu erkennen, auf denen Arzneimittel zur künstlichen Befruchtung verordnet sind, ist es sinnvoll, die Wirkstoffe zu kennen, die zum Einsatz kommen.

■ Tab. II.15/1 bietet einen Überblick.

Auf einen Blick

- Bei Verordnungen zulasten der GKV zahlt die jeweilige Kasse 50 % des Arzneimittelpreises, wenn es sich um eine Behandlung zur künstlichen Befruchtung handelt und alle Voraussetzungen nach § 27a SGB V sowie den Richtlinien über künstliche Befruchtung erfüllt sind. Einige Kassen bieten ihren Versicherten auf freiwilliger Basis eine darüber hinausgehende Erstattung an.
- Die Apotheke hat generell keine Prüfpflicht der Indikation, sodass die Abrechnung des halben bzw. vollen Rezeptbetrags grundsätzlich je nach Vorhandensein eines Hinweises auf künstliche Befruchtung auf dem Rezept erfolgt:
 - **Hinweis auf künstliche Befruchtung auf dem Rezept**, z. B. „§ 27a SGB V“ oder „Künstliche Befruchtung“ → keine gesetzliche Zuzahlung, Patient zahlt 50 % des Rezeptbetrags, Apotheke druckt Sonder-PZN 09999643 für die Abrechnung einer Verordnung im Rahmen der künstlichen Befruchtung
 - **Kein Hinweis auf künstliche Befruchtung auf dem Rezept** → Patient zahlt die gesetzliche Zuzahlung, „reguläre“ Abrechnung des Rezeptbetrags mit der Krankenkasse, im Zweifel Rücksprache mit dem Arzt
- **Ausnahmen:** In regionalen Arzneilieferverträgen der Primärkassen kann eine Prüfpflicht für Apotheken bei Verordnungen ohne Hinweis auf § 27a vereinbart sein!

□ Tab. II.15/1 Auswahl der zur Hormonbehandlung im Rahmen einer künstlichen Befruchtung eingesetzten Wirkstoffe

Wirkstoff	Beispiele	Anwendung, Darreichungsformen	Wirkungen im Rahmen einer künstlichen Befruchtung bzw. assistierten Reproduktionstherapie (ART)
Follitropin alfa	Bemfol [®] , Gonal-f [®] , Ovaleap [®]	Subkutan, Injektionslösung	Steigerung des Wachstums und der Reifung der Follikel und der Produktion von Estradiol in den Ovarien → Stimulation zur Entwicklung mehrerer Follikel
Follitropin beta	Puregon [®]	Subkutan, Injektionslösung	
Progesteron	Lutinus [®] , Crinone [®] , Cyclogest [®] , Utrogest [®] , Prolutex [®]	Vaginaltabletten, Vaginalgel, Vaginalzäpfchen, Weichkapseln zur vaginalen Anwendung, Injektionslösung (subkutan/intramuskulär)	Unterstützung der Lutealfunktion (= Funktion des Gelbkörpers, z. B. Hormonproduktion)
Choriongonadotropin	Brevactid [®] , Predalon [®]	Intramuskulär, Injektionslösung	Auslösung der abschließenden Follikelreifung und Luteinisierung (= Umwandlung des Follikels zum Gelbkörper nach erfolgreichem Eisprung)
Choriongonadotropin alfa	Ovitrelle [®]	Subkutan, Injektionslösung	
Corifollitropin alfa	Elonva [®]	Subkutan, Injektionslösung	Steigerung des Wachstums und der Reifung der Follikel und der Produktion von Estradiol in den Ovarien → Stimulation zur Entwicklung mehrerer Follikel
Clomifen	Clomifen Ferring [®]	Oral, Tabletten	Stimulation der Reifung und endokrinen Aktivität des Follikels im Ovar sowie der anschließenden Ausbildung und Funktion des Gelbkörpers bzw. Stimulation der Ovulation
Cetrorelixacetat	Cetrotide [®]	Subkutan, Injektionslösung	Hemmung der LH- und FSH-Sekretion und damit der Bildung von Estrogenen und Progesteron in den Ovarien → Vermeidung eines vorzeitigen LH-Anstiegs und damit Verhinderung eines vorzeitigen Eisprungs
Ganirelix	Orgalutran [®]	Subkutan, Injektionslösung	
Menotropin (= Urofollitropin + Lutropin)	Menogon [®] HP	Subkutan oder intramuskulär, Injektionslösung	Stimulation von Follikelwachstum und -entwicklung in den Ovarien sowie der gonadalen Steroidproduktion → Stimulation zur Entwicklung multipler Follikel
Nafarelin	Synarela [®]	Nasenspray	Hemmung der körpereigenen Follikelreifung, z. B. in Vorbereitung auf die Ovulationsauslösung
Triptorelin	Decapeptyl IVF [®]	Subkutan, Injektionslösung	

Quellen und rechtliche Grundlagen

- Sozialgesetzbuch Fünftes Buch, dort § 27a
- Richtlinien über künstliche Befruchtung, G-BA
- vdek-Arzneiversorgungsvertrag
- Technische Anlage 1 zur Arzneimittela abrechnungsvereinbarung
- Informationen zu den Arzneimitteln: ABDA-Wirkstoffdossiers, Lauer-Taxe online

FAQs zur Abrechnung von Verordnungen im Rahmen der künstlichen Befruchtung

Brevactid[®] und Gonal-f[®] für einen männlichen Patienten

Frage: Uns liegt für einen männlichen Patienten ein Rezept über „6 OP Brevactid 1500 I.E. PLI 3 St. N2 6090843“ und „3 OP Gonal-f 900 IE 66 µg PEN 1 St. N1 7652639“ vor.

Als Indikation ist in der ABDA-Datenbank angegeben „Behandlung von Fertilitätsstörungen“. Dürfen diese Mittel zu 100 % zulasten der Krankenkasse (BARMER) abgegeben werden?

Antwort: Werden Medikamente für die künstliche Befruchtung verordnet, muss der Arzt auf dem Rezept

einen entsprechenden Vermerk, etwa „nach § 27a SGB V“ anbringen. In dem Fall beträgt der Eigenanteil des Versicherten 50 %, eine weitere Zuzahlung fällt nicht an.

Erfolgt die Behandlung jedoch in einer anderen Indikation, übernimmt die Krankenkasse die vollen Arzneimittelkosten und für den Patienten fällt lediglich die gesetzliche Zuzahlung an.

Nach den meisten Arzneilieferverträgen hat die Apotheke keine Prüfpflicht, wenn der Hinweis auf § 27a SGB V fehlt. Es gibt jedoch Ausnahmen, z. B. bei den Primärkassen in Hamburg, die folgende Prüfpflicht in ihren Vertrag aufgenommen haben:

„Hat der Vertragsarzt einen Hinweis auf § 27 a SGB V auf dem Rezeptblatt angebracht, ist eine Kostenbeteiligung von 50 % des für den Versicherten maßgeblichen Abgabepreises für alle auf dem Rezept aufgeführten Medikamente zu erheben. Bescheide nach §§ 61, 62 sind dabei unmaßgeblich. Aufzutragen ist in der ersten Zeile die dafür vorgesehene Sonder-PZN und in den folgenden Zeilen die insgesamt abgegebenen Arzneimittel mit ihren PZN und Faktoren (nicht ein halbes der Menge). Das Feld Zuzahlung bleibt leer. Deutet die Verordnung von Ovulationsauslösern (Gonadotropine) auf eine entsprechende Behandlung hin, hat die Apotheke das Vorliegen einer entsprechenden Genehmigung zu erfragen. Bei Vorlage einer solchen trägt die Apotheke den Vermerk ‚Genehmigung nach § 27 a SGB V Nr. ...‘ ein und verfährt wie oben beschrieben. Andernfalls ist Rücksprache mit der Vertragsarztpraxis zu halten. Steht die Behandlung nicht in Zusammenhang mit § 27 a, ist dieses mit dem Vermerk ‚nach Rücksprache vom ... kein Zusammenhang mit § 27 a SGB V‘ zu dokumentieren. Andernfalls wird wie oben beschrieben verfahren.“

Zuzahlung bei Rezepten im Rahmen der künstlichen Befruchtung

Frage: Wir haben ein Rezept der Klinik für Gynäkologie erhalten. Verordnet sind Gonal-f, Ovitrelle und Utrogest. Das Feld „Gebühr-pfl.“ ist angekreuzt. Ein Hinweis auf künstliche Befruchtung ist nicht vermerkt. Die Patientin sagt, dass sie für die Behandlung keine Rezeptgebühren bezahlen muss. Ist das korrekt oder fallen Zuzahlungen an?

Antwort: Die verordneten Medikamente werden häufig im Rahmen einer Kinderwunschbehandlung eingesetzt. Bei diesen erstatten die Kassen gemäß § 27a SGB V nur 50 % der Kosten. Wird ein Präparat für eine künstliche Befruchtung verordnet, so vermerkt der Arzt dies in der Regel auf dem Rezept. Beispielsweise wird „Behandlung

nach § 27a SGB V“ oder auch nur „§ 27a“ auf das Rezept gedruckt. Ist dies der Fall, so darf die Apotheke der Krankenkasse nur die Hälfte des Arzneimittelpreises in Rechnung stellen – die andere Hälfte muss der Patient in der Apotheke bezahlen. Die gesetzliche Zuzahlung entfällt dadurch für den Patienten.

Fehlt auf einem Rezept ein Hinweis auf die Behandlung im Rahmen einer künstlichen Befruchtung, so sieht beispielsweise der vdek-Arzneiversorgungsvertrag keine Prüfpflicht für die Apotheke vor, denn viele Präparate werden auch für andere Indikationen eingesetzt, für die die Krankenkasse das Arzneimittel voll bezahlt. In einem solchen Fall kann der komplette Arzneimittelbetrag zulasten der GKV abgerechnet werden. Der Patient muss dann jedoch eine gesetzliche Zuzahlung leisten, sofern er nicht befreit ist.

Bei Primärkassen kann es vorkommen, dass die Apotheke eine Prüfpflicht hat. Daher sollten Sie den jeweiligen Arzneiliefervertrag dahingehend prüfen. In Hamburg ist beispielsweise eine Prüfpflicht für die Apotheke vereinbart. Hier sind Apotheken bei fehlendem §-27a-Vermerk verpflichtet, durch eine Rücksprache mit der Praxis zu klären, ob es sich doch um eine künstliche Befruchtung handelt. Das Ergebnis der Rücksprache muss dann auf dem Rezept vermerkt werden – auch wenn es sich ausdrücklich nicht um eine Behandlung nach § 27a handelt.

Grundsätzlich empfiehlt sich eine Rücksprache mit dem Arzt, sollte sich ein Hinweis ergeben, dass der Vermerk möglicherweise vergessen wurde (z. B. im Beratungsgespräch oder weil der Arztstempel darauf hindeutet).

Metformin und L-Thyroxin in Zusammenhang mit § 27a SGB V

Frage: Wir haben manchmal Rezepte mit der Aufschrift „Verordnung nach § 27a SGB V“, auf denen andere Arzneimittel verordnet sind, z. B. Metformin und L-Thyroxin. § 27a gilt unseres Wissens für Arzneimittel, die für die künstliche Befruchtung eingesetzt werden, aber fallen hierunter auch die genannten Arzneimittel?

Antwort: Im genauen Wortlaut des Paragraphen ist nicht festgehalten, dass es explizit Arzneimittel sein müssen, die für die Behandlung im Rahmen der künstlichen Befruchtung zugelassen sind. Vielmehr geht es um „medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft“. Aus unserer Sicht sollte daher auch die Abgabe von L-Thyroxin und Metformin unter Berücksichtigung des § 27a möglich sein. Im Zweifel sollten Sie die Unklarheit gemäß § 17 Abs. 5 Apothekenbetriebsordnung in Rücksprache mit dem Arzt klären.