

Deutsche ApothekerZeitung

DAZ Unabhängige pharmazeutische Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis

[Suchen / Webcode](#) 

WIRTSCHAFT

Vom Rezept zum Geld

Welche Vorteile die Abrechnung über das Rechenzentrum bietet

Die Rezeptabrechnung basiert im Grunde auf einem einfachen Prinzip: „Rezepte werden zu Geld gemacht.“ Mit der Umstellung von Papier- auf E-Rezept stellt sich die Frage, warum Rechenzentren noch benötigt werden, da eine Direktabrechnung mit den gesetzlichen Krankenkassen auf elektronischem Weg einfach scheint. Welche Aufgaben die Abrechner übernehmen, wie die Abrechnung abläuft und welche Vorteile die Abrechnung über ein Rechenzentrum im Vergleich zur Direktabrechnung mit sich bringt, erfahren Sie in folgendem Artikel. / *Von Carlos Thees*

Die Aufgabe der Rechenzentren besteht darin, die Rezepte in den Apotheken einzusammeln, die notwendigen Forderungen von Krankenkassen, Sozialkassen und Herstellern einzutreiben und entsprechend an die Apotheken auszuschütten. Der wesentliche Vorteil für die Apotheke ist die Konzentration auf nur einen „Abrechner“. Dieser koordiniert alle Zahlungsflüsse, kümmert sich um das gesamte Forderungsmanagement inklusive Mahnwesen, erzeugt eine übersichtliche Abrechnung aller Zahlungsflüsse und schüttet schließlich das aus den Rezepten resultierende Geld zu den vereinbarten Auszahlungsterminen an die Apotheken aus.

Eine Besonderheit der Rezeptabrechnung im Apothekenmarkt ist, dass diese zu deutlich mehr als 90% in Apothekerhand liegt. Die fünf größten Apothekenrechenzentren sind von der Eigentümerstruktur entweder in den Händen eines Apothekervereins oder der Apothekerverbände. Folglich ist also die Rezeptabrechnung zum größten Teil in einer Art „Selbstverwaltung“ der Apotheken organisiert; auch wenn die in der Offizin tätigen Apotheker und Apothekerinnen selbst nicht aktiv in diesen Prozess eingebunden sind, sondern es von „ihren“ Abrechnern als Dienstleistung einkaufen.

Übliche Abrechnungsgebühren in anderen Branchen liegen meist deutlich über 1% (z. B. die Kosten für Kreditkartenabrechnungen). Die Rezeptabrechnung für Apotheken hingegen liegt, trotz eines mit dem Papierrezept noch sehr aufwendigen analogen Prozesses, bei Kosten von etwa 0,2%. Diese Effizienz ist sehr beachtenswert und durchaus etwas, worauf auch die Apotheken stolz sein können.

Woran liegt das? Zum einen am gleichförmigen Ablauf, welcher sich in sehr hohen Stückzahlen monatlich wiederholt und zum anderen in der Besonderheit, dass die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) aufgrund der gesetzlichen Verpflichtungen aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) immer zahlen müssen. Selbst im Insolvenzfall einer gesetzlichen Krankenkasse muss dies solidarisch aufgefangen werden, somit besteht faktisch kein Ausfallrisiko.

Grundlagen der Rezeptabrechnung

Schauen wir uns den Kernprozess der Abrechnung etwas genauer an: Die Rezepte werden in der Apotheke

an den Kassen taxiert,
danach kontrolliert und
schließlich gebündelt an den Rezeptabrechner übergeben.

Üblicherweise werden Rezepte zwischen zwei und drei Mal je Monat abgeholt, um die Mengen etwas zu entzerren und mit dem ersten Teil der Rezepte „schon mal beginnen zu können“. Der letzte Teil der Rezepte wird unmittelbar nach dem Monatswechsel abgeholt. Diese Abholung sollte alle Rezepte des Vormonats beinhalten. Apotheken können unterstützen, indem sie nur die Rezepte des Vormonats (und nicht die Rezepte, welche in den ersten Stunden des neu begonnen Monats eingegangen sind) mitgeben. Diese monatsbasierte Abrechnungslogik ist eindeutig im SGB V geregelt und daher immer und für alle gleich. Befinden sich in der Lieferung direkt nach dem Monatswechsel bereits Rezepte des laufenden Monats, so müssen diese aufwendig und manuell vom Rezeptabrechnungszentrum wieder aussortiert und zur Seite gelegt werden. Dort „warten“ sie dann auf den nächsten Monat. Gesammelt werden die Rezepte meist an einem sogenannten Produktionsstandort. Dort wird zu jedem einzelnen Rezept eine dreifache Darstellungsweise erzeugt, bestehend aus:

dem Originalrezept = Urkunde (physisches Papier),
einem Image (Bild) des Rezepts – zur Verbindung wird eine „PIC-ID“, also eine eindeutige Zuordnungsnummer, auf dem Rezept vom Abrechner aufgebracht,
einem Datensatz zum Rezept: Mittels OCR-Technologien werden alle Rezeptinformationen aus dem Bild ausgelesen und als strukturierter Datensatz gespeichert – als Referenz wird wieder die PIC-ID verwendet.

Sollten die OCR-Technologien aufgrund von unleserlichen oder schlecht bedruckten Rezepten scheitern, werden händisch in der sogenannten Rezeptkorrektur die Informationen nacherfasst. Hier werden zum Teil sogar Rezepte im wahrsten Sinne des Wortes gebügelt, um beispielsweise ein im Kittel vergessenes und in der Waschmaschine geschleudertes Rezept wieder lesbar und abrechenbar zu machen.

Neben dem Auslesen und Erzeugen der strukturierten Datensätze findet parallel auch eine komplette Umsortierung der Rezepte statt. Die Anlieferung in den Rechenzentren erfolgt nach Apotheken, die Abrechnung und Weitergabe der Rezepte aber nach Krankenkassen. Die Sortierung findet in „Scanner-Straßen“ mit Sortierfächern statt. Im Ergebnis werden immer Kisten pro Krankenkasse, genauer je Kostenträger (Sozialämter, Bundeswehr, etc.), erzeugt. Im heutigen Papierprozess müssen auch diese Kisten physisch zu den Kostenträgern transportiert werden und dort bis zu zehn Jahre archiviert und aufbewahrt werden. Um es sich plastisch vorzustellen: Von den größten Rechenzentren fahren tatsächlich jeden Monat Lkws zu den größten Krankenkassen, nur um die Papierrezepte in ihr „Endlager“ zu bringen.

Abrechnungslauf

Der kritischste und spannendste Moment ist für alle Rechenzentren jeden Monat der Abrechnungslauf. Ziel ist es, diesen so früh wie möglich durchzuführen, dabei jedoch auch so vollständig wie möglich zu agieren. Mit dem Abrechnungslauf werden automatisiert für jede Apotheke, jeden Kostenträger, jeden Hersteller und Sonderformen wie den Nacht- und Notdienstfonds (NNF) die Rechnungen, Gutschriften und Abrechnungsübersichten erzeugt und, meist auch automatisiert, verteilt. Ab diesem Zeitpunkt gilt die Rechnung der Apotheken an die Kostenträger (Schwerpunkt GKV) als zugegangen. Möchte die GKV für diese Rechnung den Kassenabschlag abziehen (was in der Regel immer

erfolgt), dann ist sie verpflichtet, binnen zehn Tagen die Rechnung zu zahlen. Aus den monatlichen Terminen eines Rechenzentrums (s. Kasten „Monatlich wiederkehrende Termine“) wird ein wichtiges Detail deutlich: Meist erhalten die Apotheken etwas früher das Geld, als die Zahlung der Krankenkassen bei den Abrechnern eingeht. Dies ist der Hintergrund, warum fast alle Rechenzentren hohe Kreditlinien zur Abwicklung des Geschäfts benötigen. Diese Logik ist nur exemplarisch, in der Praxis hat sich durch Abschlagszahlungen an Apotheken und auch seitens der Krankenkassen an die Rechenzentren ein deutlich komplexeres Bild ergeben. Es ist eine wichtige und zum Teil auch herausfordernde Aufgabe für die Rechenzentren, diese Geldflüsse im Detail zu planen, um jederzeit die entsprechend notwendige Liquidität bereitstellen zu können.

Monatlich wiederkehrende Termine

- 1./2. jedes Monats: Abholung der Rezepte in der Apotheke
- 10. jedes Monats: Abrechnungslauf und Rechnungsstellung
- 14. / 15. jedes Monats: Standard-Rechnungstermin der Rechenzentren
- 20. jedes Monats: Eingang der Zahlungen der GKV bei den Rechenzentren

Die Termine variieren je nach Lage der Wochenenden von Monat zu Monat und von Rechenzentrum zu Rechenzentrum um grob +/- drei bis fünf Tage.

Zwei Modelle: Treuhand Modell vs. Factoring

Im **klassischen Modell** agiert der Rezeptabrechner treuhänderisch, wie eine Art „Geldbote“. Dabei wird nie der Abrechner Eigentümer der Forderung der Apotheke an die GKV und er wird auch nie Eigentümer der Zahlungen von der Krankenkasse, sondern er ist in jeweils separierten Treuhandkonten für den Transfer des Geldes verantwortlich und entnimmt lediglich die vereinbarte Abrechnungsgebühr. Der Rest wird jeweils vollständig an die Apotheken ausgeschüttet. In diesem Modell agieren auch heute noch die allermeisten Rezeptabrechnungszentren, z. B. das Apotheken-Rechen-Zentrum Darmstadt (ARZ). Größter Vorteil dieses Modells ist, dass selbst etwaige finanzielle Schwierigkeiten des Abrechners nie zu einer Gefahr für die separierten Abrechnungsgelder werden können.

Im **Factoring Modell** hingegen tritt die Apotheke die Forderung an den Rezeptabrechner ab, damit wird dieser Eigentümer der Forderung. Das führt zu einer deutlichen Bilanzverlängerung beim Rezeptabrechner. Größter Vorteil dieses Modells ist, dass mit den enormen Summen, die in der Rezeptabrechnung zirkulieren, gearbeitet werden kann. Auch sind somit deutlich vorfristige Auszahlungen möglich, sofern es vom Gesamtrisiko gedeckt ist. Im sogenannten echten Factoring würde der Factoring Anbieter auch alle Risiken eines Ausfalls tragen – bei Apotheken sind dies insbesondere aber nicht ausschließlich die Retaxationen der Krankenkassen. Ein solches Modell wird aber aktuell im Apothekenmarkt nicht angeboten und ist wahrscheinlich auch nicht realisierbar, da mögliche Retaxationen vom Risiko kaum kalkulierbar sind. Nachteil des Factoring Modells ist der deutlich erhöhte Aufwand für den Rezeptabrechner, um alle regulatorischen Anforderungen zu erfüllen und durch die Bilanzverlängerung kommt der Rezeptabrechner auch in ganz andere Dimensionen der Risikobewertungen.



Sortierung der Rezepte Die Anlieferung in den Rechenzentren erfolgt nach Apotheken sortiert, die Abrechnung und Weitergabe nach Krankenkassen.

Auswirkungen des E-Rezepts auf die Apothekenabrechnung

Aus Sicht der Apotheken ist zunächst wichtig, dass E-Rezepte sich in den gewohnten Abrechnungsprozess integrieren lassen. Das war vor allem eine Herausforderung für die Warenwirtschaftsanbieter und Rechenzentren, die diese Aufgabe gut gemeistert haben. Dieser Teil des E-Rezept-Prozesses funktioniert schon heute reibungslos. Dazu wurde die Datenstruktur etwas erweitert. Mit einem einfachen Kennzeichen ist erkennbar, ob das Original ein Papierrezept oder E-Rezept ist. Die übrigen Felder zur Abrechnung sind im Grunde identisch mit denen des Papierrezeptes, nur dass diese nicht mehr aus der OCR-Auslese des Scanvorgangs kommen, sondern per Schnittstelle aus der Apothekenwarenwirtschaft. Dadurch lassen sich alle Rezepte weiterhin in einem einzigen Abrechnungslauf abrechnen.

Die Logistik-Prozesse rund um die Verarbeitung der E-Rezepte werden sich perspektivisch effizienter gestalten lassen. Doch bis dahin ist es ein weiter Weg: Für eine lange Übergangszeit – Experten rechnen hierfür mit mindestens acht bis zehn Jahren – braucht es einen Parallelbetrieb. Hier sind die Rechenzentren als Dienstleister gefragt. Sie müssen ein reibungsfreies Nebeneinander von Papier- und digitaler Rezeptabrechnung garantieren. Darüber hinaus bleiben wichtige Aufgaben wie Bündelung, Liquiditätsplanung und Forderungsmanagement auch in Zukunft bestehen.

Werfen wir einen Blick auf den Parallelbetrieb (Hybridphase) zwischen Papier- und E-Rezept: Dieser verursacht erhebliche Mehrkosten, bedingt durch „sprungfixe Kosten“. Das bedeutet, es macht für die Rechenzentren fast keinen Unterschied, ob sie bei einer Apotheke 2000, 200 oder nur noch 20 Papierrezepte abholen. Solange auch nur ein einziges Papierrezept existiert, müssen sie die Logistik und die Produktionskapazitäten für dessen Verarbeitung aufrechterhalten. Im Grunde ist das ein gegenteiliger Effekt von Skalierung, welcher die Kosten stark in die Höhe treibt. Erst wenn alle Papierrezepte durch E-Rezepte abgelöst sind, wird das die Handlings-Kosten reduzieren. Wobei dann neue Investitionen, etwa in Hochleistungsnetze oder eine Erweiterung von technischen und organisatorischen Maßnahmen für den Datenschutz, notwendig werden dürften.

Retax-Fallen beim E-Rezept?

Durch eine stärkere Strukturierung der Daten werden auch Retaxationen unwahrscheinlicher – aber leider nicht unmöglich. Fachliche Fehler sowohl bei der Ausstellung des Rezepts durch den Arzt als auch in der Bearbeitung (Taxierung) in der Apotheke sind weiterhin durchaus möglich.

Entscheidend wird dabei sein, dass die Fehler so früh wie möglich im Prozess gefunden und dort bereits behoben werden. Ein Beispiel hierzu: Es ist technisch möglich, ein bereits ausgestelltes Rezept von Arzt B mit Arzt A zu signieren. Leider lässt der Gematik-Fachdienst ein solches Rezept zu, weil es kein technischer, sondern ein fachlicher Fehler ist. Die Prüfung, ob der richtige Arzt unterschrieben hat, muss laut SGB auf Apothekenseite erfolgen. Dies ist auch heute beim Papierrezept schon so – die wirklich fachliche Prüfung – „gehört diese Unterschrift genau zu diesem Arzt?“ – ist aber eher theoretischer Natur.

Neben diesem Beispiel existieren noch weitere und komplexere Fehlerquellen, auf die allesamt einzugehen den Umfang dieses Beitrags sprengen würde.

Stichwort Direktabrechnung

Die Direktabrechnung von Rezepten mit den Kostenträgern wirkt auf den ersten Blick vielleicht charmant. Welche Vorteile bieten Rechenzentren den Apotheken? Da ist zunächst die Prüfung der Rezepte auf formale Anforderungen, die sich bekanntlich im Wochentakt ändern: Dementsprechend pflegen die Rechenzentren neue Anforderungen sehr kurzfristig in die Prüflgorithmen ein und sorgen damit für eine hohe Retax-Sicherheit. Die Apotheken profitieren von dieser Art Schwarmintelligenz.

Weitere Zusatzleistungen der Rechenzentren sind die Berechnung und Auszahlung der Herstellerrabatte und die Nacht- und Notdienstfonds-Vergütung sowie ein professionelles Liquiditäts- und Forderungsmanagement. Exemplarisch wird auf den Punkt Herstellerrabatte genauer eingegangen: Natürlich könnte auch ein Direktabrechner mit entsprechender Software automatisiert die notwendigen Rechnungen an die Hersteller erzeugen. Es gibt jedoch einen signifikanten Unterschied zum Ablauf über die heutigen Rezeptabrechner: Bei der Direktabrechnung ist die tatsächliche Abrechnung „direkt“. Sie bleibt also Aufgabe der Apotheke. Daher ist es das eine, die Forderung der Herstellerrabatte zu erstellen – wie die Apotheke letztlich an ihr Geld kommt, ist hingegen eine ganz andere Sache. In den meisten Fällen funktioniert das zwar reibungslos. Was aber wenn ein Pharmahersteller nicht zahlt? Das Forderungsmanagement ist aufwendig und die Rechenzentren investieren entsprechende personelle Ressourcen, um die Herstellerrabatte einzutreiben. Zudem wird in aller Regel auch die Zwischenfinanzierung dieser Rabatte übernommen. All das bekommen die Apotheken in der klassischen Abrechnung als Service, der durch die Gebühren bereits abgedeckt und inkludiert ist.

Die Direktabrechnung soll eine Kommunikation in Echtzeit zwischen den Krankenkassen und Apotheken ermöglichen. Im besten Fall hätte man so als Apotheke bereits vor der Abgabe an den Patienten die feste Zusage zur Bezahlung durch die Krankenkassen. Ob das tatsächlich immer funktioniert und auch den Praxistest am Samstagnachmittag bestehen würde, ist fraglich. Und ob diese Echtzeitkommunikation auch bei Standardprodukten (z. B. bei Blutdruckmitteln) im Bereich von zehn bis zwanzig Euro Verkaufspreis schnell genug wäre, um den eng getakteten Handverkaufsprozess selbst bei hohem Kundenaufkommen nicht zu stören, ist ebenfalls ungeklärt.

Neben diesen praktischen Fragen stellt sich noch eine grundsätzliche Frage: Will ich als Apotheker, dass mir die Krankenkassen „live“ über die Schulter schauen und damit unmittelbar in den Verkaufsprozess einwirken, bevor ich ein Medikament an den Patienten abgebe?

Weiteres zu „Apotheke & Wirtschaft“ auf der INTERPHARM!

INTER PHARM

Sie haben die INTERPHARM online-Veranstaltung „Apotheke & Wirtschaft“ verpasst? Kein Problem: Bis zum 23. Juni können Sie noch Tickets für die Veranstaltung erwerben, bis zum 30. Juni stehen die Vorträge online für Sie bereit. Im Fokus stehen die Schwerpunktthemen „Erträge sichern“ und „Digitalisierung in der Apothekenpraxis“, abgerundet wird die Veranstaltung durch eine Podiumsdiskussion.

Noch mehr INTERPHARM! 2023 ist die INTERPHARM endlich zurück in Präsenz: Am 5. und 6. Mai in der Lokhalle in Göttingen unter anderem mit dem Pharmazeutischen Kongress, dem PTAheute-Kongress und dem INTERPHARM Forum! Danach geht es am 26. Mai weiter mit der Online-Veranstaltung „Zukunft Personal“.

Weitere Informationen auf interpharm.de

Welchen Vorteil bieten Abrechnungszentren

Aus Sicht der Apothekerschaft ist der starke Bündelungseffekt ein sehr wichtiges Argument für die Beibehaltung der bisherigen Praxis der Rezeptabrechnung, unabhängig vom E-Rezept. Dieser wird gleich in dreierlei Hinsicht gewährleistet:

Bündelung der gesamten Rezeptabrechnung und Erzeugen einer übersichtlichen Gesamtabrechnung.

Einbezug auch kleinster Kostenträger. Es sollte nicht vergessen werden, dass es neben den großen Krankenkassen auch viele kleine Kostenträger, bis hin zu den lokalen Sozialämtern gibt, welche zum Teil nicht automatisiert ansteuerbar sind.

Gesamtes Forderungsmanagement: Es braucht nicht nur bei den Kostenträgern, sondern auch bei den Herstellern ein professionelles Forderungsmanagement, welches auch den Zahlungseingang sicherstellt.

Ohne diese Bündelung ist die Rezeptabrechnung kleinteilig und damit unter dem Strich mit einem hohen Aufwand und somit hohen Kosten verbunden.

Der größte Vorteil für stationäre Apotheken liegt sicherlich in einem kombinierten Modell aus gebündelter Abrechnung der Rezepte und individuell vereinbartem Auszahlungsturnus. Die Abrechnung ist einfacher, übersichtlicher und sicherer, was die Auszahlung anbetrifft. Man muss sich als Apotheker um nichts kümmern – das übernimmt alles das Abrechnungszentrum. Und insgesamt bekommen die Apotheken die gesamte Abrechnung zu sehr überschaubaren Kosten von Unternehmen, die letztlich sogar ihnen selbst gehören. |

Autor



Carlos Thees, Diplom Wirtschaftsinformatiker, Geschäftsführer der Apotheken Rechenzentrum (Darmstadt) GmbH. Nach mehr als 15 Jahren in verschiedenen Managementpositionen im Bereich des pharmazeutischen Großhandels und knapp zehn Jahren in Vertriebsleitungspositionen bei zunächst der VSA und später Noventi wurde er kürzlich zum Geschäftsführer des ARZ Darmstadt berufen.

autor@deutsche-apotheker-zeitung.de

DAZ 2023, Nr. 17, S. 46, 27.04.2023

Aufstieg in die höchste Evidenzklasse: Metaanalyse untermauert die Evidenz von EA
575[®] bei akutem Husten

DOI: 10.52778/efsm.23.0042

EfSM

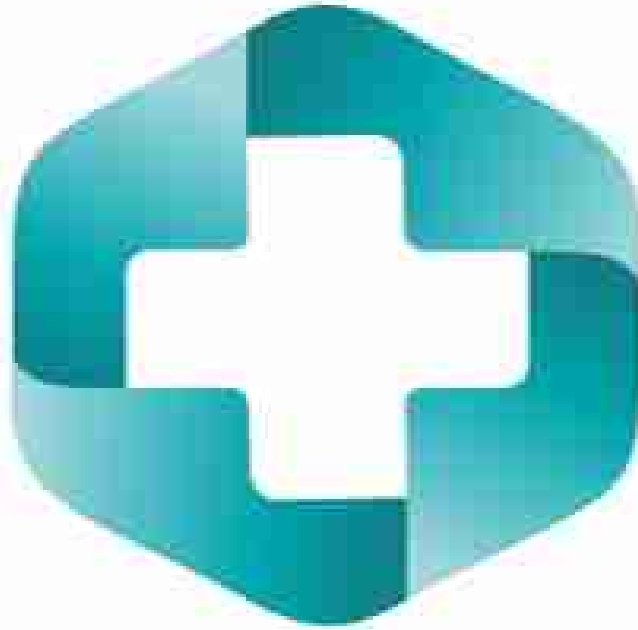
Aktuelle Ausgabe

NR.
51-
52

Meist gelesen

Meist kommentiert

Meist gelesen

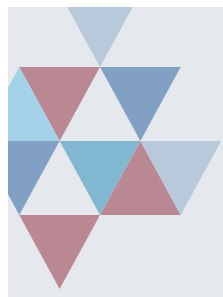


1A AWARD

Innovatives Projekt?

Jetzt noch bis zum 31. August für den 1A-Award bewerben!





Mg²⁺

Mg²⁺

Magnesium

» Zu den Artikeln

Wissen am HV



Pharmazeutische Dienstleistungen



VIA STUDIE

Bürokratiekosten bei
GKV-Rezepten



Impfen in Apotheken



BERATUNG

[Etagenwechsel verhindern](#)

[Allergische Rhinitis ernst nehmen und konsequent therapieren](#)

[» mehr](#)

LERNEN UND PUNKTEN »



KLINISCHE PHARMAZIE – POP

Eine kurzatmige Patientin mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit



Nachrichten aus

der Branche

