S 13 KR 223/13

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
SG Aachen (NRW)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
13
1. Instanz
SG Aachen (NRW)
Aktenzeichen
S 13 KR 223/13
Datum
22.10.2013
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Klage wird abgewiesen. Die Kosten des Verfahrens trägt die Klägerin. Der Streitwert wird auf 6,98 EUR festgesetzt. Die Berufung und die Sprungrevision werden zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob die Beklagte durch ein für sie handelndes Abrechnungszentrum berechtigt ist, gegen eine Forderung der Klägerin aus Arzneimittellieferungen mit einem Rückzahlungsanspruch in Höhe von 6,98 EUR aufzurechnen, weil die Klägerin diesen Betrag nicht von einem Versicherten der Beklagten als (weitere) Zuzahlung einbehalten und mit ihrem Vergütungsanspruch gegenüber der Beklagten verrechnet hat.

Die Klägerin ist Inhaberin einer Apotheke, Mitglied im Apothekerverband Nordrhein und zur Abgabe verordneter Arzneimittel an Versicherte gesetzlicher Krankenkassen berechtigt und verpflichtet. Am 10.12.2012 legte ein Versicherter der Beklagten eine am selben Tag ausgestellte vertragsärztliche Verordnung von drei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, nämlich - Atmadisc 50µg/250µg Diskus PUL N3 3 x 60 ST, - Berotec N 100 µg DOS N1 10 ML, - PredniHEXAL 5mg Tabletten TAB N1 20 ST in der Apotheke der Klägerin vor. Zu diesem Zeitpunkt war die 3er-Packung (N3) des Arzneimittels "Atmadisc 50/250 Diskus PUL" nicht vorrätig und weder seitens des Pharmagroßhandels noch seitens des Herstellers bis 31.12.2012 lieferbar. Da der Versicherte das Medikament umgehend benötigte, gab die Apotheke anstelle der rezeptierten Packungsgröße drei Einzelpackungen (N1) "Atmadisc 50/250 Diskus PUL", dazu die beiden anderen verordneten Arzneimittel an den Versicherten ab. Sie vermerkte auf dem Rezept bezüglich Atmadisc: "3er z. Zt. v. Herst. defekt; da sofort nötig 3 x OP". Am Abgabetag (10.12.2012) betrugen für das Arzneimittel der Apothekenabgabepreis der Zuzahlungsbetrag Atmadisc (N3) 150,05 EUR 10,00 EUR Berotec (N1) 16,49 EUR 5,00 EUR PredniHexal (N1) 11,36 EUR 5,00 EUR 177,90 EUR 20,00 EUR

Für eine Einzelpackung "Atmadisc 50/250 Diskus PUL" (N1) betrugen der Apothekenabgabepreis 56,62 EUR, der sich daraus ergebende Zuzahlungsbetrag 5,66 EUR; für die drei abgegebenen Einzelpackungen betrugen also der Apothekenabgabepreis insgesamt 169, 86 EUR, der Zuzahlungsbetrag 16,98 EUR. Die Klägerin forderte von dem – nicht zuzahlungsbefreiten – Versicherten jedoch nicht den Zuzahlungsbetrag von 26,98 EUR, wie er sich für die abgegebenen Arzneimittelpackungen errechnete, sondern den Zuzahlungsbetrag von 20,00 EUR, wie er zu zahlen gewesen wäre, wenn alle Arzneimittel in den rezeptierten Packungsgrößen lieferbar gewesen wären. Auf dem Rezept druckte sie in den entsprechenden Feldern die Pharmazentralnummern (PZN) und die Abgabepreise der abgegebenen Arzneimittelpackungen aus, im Feld "Zuzahlung" jedoch den Betrag von 20,00 EUR für die verordneten Packungsgrößen. Die Klägerin legte das Rezept vom 10.12.2012 ihrem Apothekenrechenzentrum vor, das den Beleg mit weiteren Daten an das für die Beklagte tätige Abrechnungszentrum Emmendingen weiterleitete; die Forderung der Apotheke wurde zunächst – unter Verrechnung der einbehaltenen Zuzahlung des Versicherten von 20,00 EUR und nach Abzug der Apotheken- und Herstellerrabatte – beglichen. Nach Prüfung der Abrechnung teilte das Abrechnungszentrum der Klägerin mit Schreiben vom 11.06.2013 mit, dass ein Zuzahlungsfehler vorliege und von dem abgerechneten Betrag 6,98 EUR abzusetzen seien; dieser Berichtigungsbetrag werde mit der nächsten Zahlung verrechnet. Dagegen legte die Klägerin am 08.07.2013 Einspruch ein. Sie verwies auf § 31 Abs. 3 Satz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), wonach zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung "verordneten" Arzneimittel als Zuzahlung der sich aus § 61 Satz 1 SGB V ergebende Betrag zu zahlen sei. Verordnet worden sei eine 3er-Packung Atmadisc, die aber beim Hersteller "defekt" (nicht lieferbar) gewesen sei, weshalb sie im Hinblick auf den sofortigen Bedarf stattdessen drei Einzelpackungen abgegeben habe. Sie sehe es nicht ein, dass ihre Patienten dafür bluten müssten, dass die Industrie nicht in der Lage sei, stets alle Medikamente vorrätig zu halten. Noch am selben Tag (08.07.2013) wies das Abrechnungszentrum den Einspruch zurück. Es teilte der Klägerin mit, dass bei Lieferschwierigkeiten der Großpackungen und dadurch bedingter Abgabe mehrerer kleinerer Packungen dem Patienten ein Vielfaches der Zuzahlung zu berechnen sei; alternativ dazu sei die einmalige Abgabe der nächst kleineren Packung zu sehen; dem Kunden entstünde auf diese Weise ein erhöhter Aufwand bei der

Beschaffung des Folgerezeptes. Um diesem Aufwand entgegenzuwirken, könne der Kasse der vergleichsweise höhere Verkaufspreis mehrerer Kleinpackungen in Rechnung gestellt werden; die Zuzahlung sei dabei jedoch entsprechend § 61 SGB V einzubehalten. Daher bleibe die Berichtigung bestehen. Daraufhin hat die Klägerin am 16.07.2013 Klage gegen die Krankenkasse des Versicherten erhoben. Sie ist unter Bezugnahme auf § 31 Abs. 3 SGB V der Auffassung, die vom Versicherten zu leistende Zuzahlung errechne sich aus der verordneten Arzneimittelpackungsgröße. Hätte sie statt drei vorab nur eine Einzelpackung (N1) abgegeben, hätte zuerst Rücksprache mit dem Arzt genommen und diese auf dem Rezept dokumentiert werden müssen. Dazu wären weitere Fahrten des Patienten gekommen. Eine 2er-Packung (N2) des verordneten Arzneimittels "Atmadisc 50/250 Diskus PUL" gebe es nicht. Ausgehend vom Netto-Einkaufspreis errechnete die Klägerin unter Berücksichtigung des Festzuschlags (3 %), eines "Beratungshonorars" (8,10 EUR), der Mehrwertsteuer (19 %) und nach Abzug des der Krankenkasse zu gewährenden Apothekenabschlags (2,05 EUR) bezüglich des verordneten Arzneimittels "Atmadisc 50/250 Diskus PUL" einen Abrechnungsbetrag für eine N1-Packung von brutto 54,57 EUR (netto 45,86 EUR), für eine N3-Packung brutto 148,00 EUR (netto 127,37 EUR). Die Klägerin räumt ein, dass sie zwar durch die Abgabe der drei Einzelpackungen einen "Mehrverdienst", den sie mit 13,21 EUR netto beziffert, erzielt habe; dieser sei aber "mit jeder Menge Zusatzaufwand" (Vermerk auf dem Rezept, Anfertigung von Kopien etc.) verbunden gewesen. Die Klägerin meint, der Begriff "Abgabepreis" in § 61 Satz 1 SGB V sei der "terminus technicus" für den Verkaufspreis (incl. MwSt.) und ganz offenkundig gleichlautend mit der Definition "Apothekenabgabepreis" in § 3 Abs. 1 Arzneimittelpreisverordnung. Dies habe aber nichts mit der "Abgabe" von hier drei Einzelpackungen zu tun.

Die Klägerin beantragt, die Beklagte zu verurteilen, ihr 6,98 EUR zu zahlen.

Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen.

Sie weist daraufhin, dass für die Höhe des Zuzahlungsbetrages der Abgabepreis maßgebend sei. Die Zuzahlungsberechnung sei streng am Wortlaut des § 61 SGB V vorzunehmen. Das Gesetz sehe keine Ausnahme vor. Eine Rechtsgrundlage für die aus Sicht der Klägerin wünschenswerte Abwälzung von Mehrkosten auf den Verursacher (Hersteller, Lieferanten) sei nicht ersichtlich. Wenn die Apotheke mit dem Verursacher keine entsprechende Einigung bezüglich der Mehrausgaben erzielen könne, könne sie einen Appell an den Gesetzgeber richten. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der zwischen den Beteiligten gewechselten Schriftsätze und den sonstigen Inhalt der Gerichtsakte, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist zulässig. Es handelt sich um eine allgemeine Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz (SGG), weil sich die Beteiligten in einem Gleichordnungsverhältnis gegenüber stehen, das gleichzeitig eine (einseitig) hoheitliche Regelung der handelnden Behörde durch Verwaltungsakt gegenüber dem Adressaten – und damit eine Klage nach § 54 Abs. 4 SGG – ausschließt (BSG, Urteil vom 03.08.2006 – B 3 KR 7/06 R).

Die Klage ist jedoch nicht begründet.

Der Klägerin stand für die aufgrund der vertragsärztlichen Verordnung vom 10.12.2012 am selben Tag abgegebenen Arzneimittel nicht der Betrag zu, den sie über ihr Apothekenrechenzentrum von dem im Auftrag der Beklagten tätigen Abrechnungszentrum gefordert hatte und der ihr daraufhin bezahlt worden war, sondern eine um 6,98 EUR niedrigere Vergütung. Die Beklagte hat daher zu Recht durch das Abrechnungszentrum die entsprechende Abrechnung des Rezepts vom 10.12.2012 beanstandet und sodann die Retaxierung in Höhe von 6,98 EUR vorgenommen.

Der Anspruch der Klägerin auf Vergütung der von ihr am 10.12.2012 an den Versicherten der Beklagten abgegebenen Arzneimittel ergibt sich aus § 129 SGB V i.V.m. dem zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem Deutschen Apothekerverband e.V. geschlossenen "Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung nach § 129 Abs. 2 SGB V" vom 15.06.2012 (im Folgenden: Rahmenvertrag) und dem zwischen den Apothekerverbänden Nordrhein e.V. sowie Westfalen-Lippe e.V. und den gesetzlichen Krankenkassen nach § 129 Abs. 5 Satz 1 SGB V geschlossenen Arzneimittellieferungsvertrag für Nordrhein-Westfalen (ALV NW). § 129 SGB V begründet im Zusammenspiel mit den vertraglichen Vereinbarungen eine öffentlich-rechtliche Leistungsberechtigung und –verpflichtung für die Apotheken zur Abgabe von vertragsärztlich verordneten Arzneimitteln an die Versicherten gesetzlicher Krankenkassen (BSG, Urteile vom 17.12.2009 – B 3 KR 13/08 R – und vom 28.09.2010 – B 1 KR 3/10 R). Durch die Annahme einer ordnungsgemäßen gültigen vertragsärztlichen Verordnung kommt ein Vertrag zwischen Krankenkasse und Apotheke zustande (§ 3 Abs. 1 Satz 1 Rahmenvertrag).

Sodann konkretisiert § 129 Abs. 1 SGB V für den Bereich der Arzneimittelversorgung das allgemeine Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 Abs. 1 SGB V ("Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen"). Danach ist der Apotheker als Leistungserbringer der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verpflichtet, Arzneimittel u.a. preisgünstig und in wirtschaftlichen Einzelmengen abzugeben. Einzelheiten hierzu und zu einer Vielzahl anderer Vorgaben des Gesetzgebers regelt der Rahmenvertrag. § 6 Abs. 1 Satz 1 des Rahmenvertrages bestimmt, dass, sofern bei einer Verordnung unter Angabe der N-Bezeichnung keine Packung, die dem verordneten N-Bereich entspricht, im Handel ist, eine Packung aus dem nächst kleineren N-Bereich abzugeben ist; falls eine solche Packung nicht im Handel ist, ist die kleinste im Handel befindliche Packung abzugeben. Die "Verordnung über die Bestimmung und Kennzeichnung von Packungsgrößen für Arzneimittel in der vertragsärztlichen Versorgung" (Packungsgrößenverordnung) sieht in § 1 drei Packungsgrößen vor: - N1 (kleine Packungsgröße) für die Akuttherapie oder zur Therapieeinstellung, - N2 (mittlere Packungsgröße) für die Dauertherapie, die einer besonderen ärztlichen Begleitung bedarf, - N3 (große Packungsgröße) für die Dauertherapie.

Da die Klägerin am 10.12.2012 das vertragsärztlich verordnete Arzneimittel "Atmadisc 50/250 Diskus PUL" in der auf dem Rezept vermerkten Packungsgröße N3 nicht liefern konnte, weil sie diese nicht vorrätig hatte und der Hersteller sie (noch bis zum 31.12.2012) nicht liefern konnte, war die Apotheke nach § 6 Abs. 1 Satz 1 des Rahmenvertrages berechtigt (und verpflichtet), die Packung aus dem nächstkleineren N-Bereich abzugeben. Da es "Atmadisc 50/250 Diskus PUL" nicht in der Packungsgröße N2 gibt, hat sie drei der kleinsten N1-Packung abgegeben. Diese drei Packungen mit jeweils 60 Stück entsprachen der verordneten Menge von dreimal 60 Stück, die sich in einer N3-Packung befinden.

Nach § 129 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V i.V.m. § 8 Satz 1 des Rahmenvertrages sind die Apotheken bei der Abgabe verordneter Arzneimittel an Versicherte verpflichtet, den für den Tag der Abgabe geltenden Apothekenabgabepreis zu berechnen und grundsätzlich auf der Arzneimittelpackung anzugeben. Für Fertigarzneimittel, die – wie vorliegend Atmadisc – zur Anwendung beim Menschen bestimmt sind, errechnet sich der "Apothekenabgabepreis" zum maßgeblichen Stichtag 10.12.2012 aus dem bei Belieferung des Großhandels geltenden Abgabepreisen des pharmazeutischen Unternehmers ohne die Umsatzsteuer zuzüglich des darauf entfallenden Großhandelshöchstzuschlags (Netto-Einkaufspreis) plus einem Festzuschlag von 3 %, einem weiteren Zuschlag von 8,10 EUR sowie der Umsatzsteuer (§ 3 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 Nr. 1 der Arzneimittelpreisverordnung – AMPreisV – in der maßgeblichen bis 31.12.2012 geltenden Fassung). Da die Apothekenzuschläge gemäß § 3 AMPreisV für "Fertigarzneimittel", das sind nach der Legaldefinition des § 1 Abs. 1 AMPreisV "Arzneimittel, die im Voraus hergestellt und in einer zur Abgabe an den Verbraucher bestimmten Packung in den Verkehr gebracht werden", erhoben werden, entstehen sie für jede abgegebene Packung. Für die Abgabe eines Fertigarzneimittels steht der Apotheke eine Vergütung in Höhe des um den Apothekenabschlag gemäß § 130 Abs. 1 Satz 1 SGB V (zum hier maßgeblichen Zeitpunkt 2,05 EUR je Packung) geminderten Apothekenabgabepreis zu.

Für das verordnete Fertigarzneimittel "Atmadisc 50/250 Diskus PUL" ergibt sich danach für den Abgabetag 10.12.2012 bei unterstellter Lieferbarkeit der jeweiligen Packungsgröße (unter Außerachtlassung ggf. den Vergütungsanspruch mindernder – hier unstreitiger – Herstellerrabatte) folgende Berechnung:

N1-Packung für drei N1-Packungen N3-Packung

Netto-Einkaufspreis 38,33 EUR 114,99 EUR 114,55 EUR Apothekenzuschläge a) 3 % 1,15 EUR 3,45 EUR 3,44 EUR b) 8,10 EUR 8,10 EUR 24,30 EUR 8,10 EUR 47,58 EUR 142,74 EUR 126,09 EUR Umsatzsteuer 19 % 9,04 EUR 27,12 EUR 23,96 EUR Apothekenabgabepreis 56,62 EUR 169,86 EUR 150,05 EUR./. Apothekenabschlag 2,05 EUR 6,15 EUR 2,05 EUR Vergütungsanspruch 54,57 EUR 163,71 EUR 148,00 EUR

Die Apothekenabgabepreise für die daneben rezeptierten Arzneimittel "Berotec N" und "PredniHEXAL" betrugen 16,49 EUR und 11,36 EUR; nach Abzug des Apothekenabschlags von jeweils 2,05 EUR ergaben sich hierfür Vergütungsansprüche von 14,44 EUR und 9,31 EUR.

Allerdings kann die Apotheke die Vergütung regelmäßig nicht in voller Höhe bei der Krankenkasse geltend machen. Vielmehr hat sie die Vergütungsforderung um die von Versicherten zu leistenden Zuzahlungen zu mindern. Denn gemäß § 43b Abs. 1 Satz 1 SGB V und § 11 ALV NW haben Leistungserbringer – wie Apotheken – Zahlungen, die Versicherte zu entrichten haben, einzuziehen und mit ihrem Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse zu verrechnen. § 31 Abs. 3 Satz 1 SGB V bestimmt, dass Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, an die abgebende Stelle zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordneten Arzneimittel als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag leisten, jedoch jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels. Nach § 61 Satz 1 SGB V betragen Zuzahlungen, die Versicherte zu leisten haben, 10 vom Hundert des Abgabepreises, mindestens jedoch 5,00 EUR und höchstens 10,00 EUR, allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels.

Anknüpfungspunkte für die Zuzahlung sind hiernach das "verordnete Arzneimittel" und der "Abgabepreis". Das verordnete Arzneimittel im Sinne von § 31 Abs. 3 Satz 1 SGB V war im vorliegenden Fall "Atmadisc 50/250 Diskus PUL". Ob und in welcher Art sich die Packungsgröße auf die Zuzahlungsverpflichtung der Versicherten auswirkt, ergibt sich unmittelbar weder aus § 31 Abs. 3 SGB V noch aus § 61 Satz 1 SGB V. Mittelbar ist die Packungsgröße jedoch im Rahmen des für die Höhe der Zuzahlung maßgeblichen Abgabepreises von Bedeutung. § 61 Satz 1 enthält keine Legaldefinition des dort verwendeten Begriffs "Abgabepreis". Das SGB V verwendet diesen Begriff auch in anderen Vorschriften und in unterschiedlichem Zusammenhang, z.B. - "Apothekenabgabepreis" in § 129 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V und § 3 Abs. 1 AmPreisVO, - "für den Versicherten maßgeblicher Arzneimittelabgabepreis" in § 129 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2, Abs. 5a und § 130 Abs. 1 Satz 1 SGB V, -"Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers" in § 129 Abs. 5a und § 130a SGB V.

Nach dem Sinn und Zweck der Vorschrift des § 61 Satz 1 SGB V ist mit dem dort genannten Begriff "Abgabepreis" der für den Versicherten maßgebliche Arzneimittelabgabepreis, das ist der "Apothekenabgabepreis", gemeint. Davon geht auch die Klägerin aus. Gemäß § 3 Abs. 1 Satz 1 AMPreisV in der hier anzuwendenden bis 31.12.2012 geltenden Fassung ist jedoch bei Fertigarzneimitteln der Apothekenabgabepreis die Summe aus dem Netto-Einkaufspreis, einem Festzuschlag von 3 %, weiteren 8,10 EUR und der Umsatzsteuer je Packung, nicht je verordnetem Arzneimittel. Andernfalls wäre nicht nur die Zuzahlung, sondern konsequenterweise auch die Apothekenzuschläge (3 % und 8,10 EUR) sowie der Apothekenrabatt (2,05 EUR) nicht nach der abgegebenen Packung, sondern dem verordneten Arzneimittel zu bemessen. Denn auch § 3 Abs. 1 AMPreisV und § 130 Abs. 1 Satz 1 SGB V beziehen sich im Text nicht auf die "Packung", sondern das "Arzneimittel". Diese Konsequenz ihrer Auffassung zieht die Klägerin aber nicht. Sie wäre auch nicht mit Gesetz und Verordnung in Einklang zu bringen, weil sich der "Apothekenpreis" für Fertigarzneimittel – wie aufgezeigt – auch nach der "Packung" (vgl. § 1 Abs. 1 i.V.m. § 3 Abs. 1 AMPreisV) richtet und zwar nach den tatsächlich – nicht fiktiv – abgegebenen Arzneimittelpackungen. Somit war für die drei abgegebenen N1-Packungen "Atmadisc 50/250 Diskus PUL", deren Abgabepreis jeweils 56,62 EUR betrug, je Packung eine Zuzahlung von 5,66 EUR, zusammen 16,98 EUR zu leisten; da der Abgabepreis für die beiden anderen in je einer Packung abgegebenen Arzneimittel jeweils unter 50,00 EUR lag, war hierfür die Mindestzuzahlung von je 5,00 EUR zu leisten. Insgesamt hatte der Versicherte für die am 10.12.2012 verordneten und abgegebenen Arzneimittel also eine Zuzahlung von 26,98 EUR zu leisten.

Der hiervon abweichenden Auffassung der Klägerin, die von den Versicherten zu leistende Zuzahlung müsse sich nach dem Abgabepreis richten, der maßgeblich wäre, wenn das verordnete Arzneimittel in der auf dem Rezept vermerkten Packungsgröße abgegeben worden wäre (dies wären für eine N3-Packung "Atmadisc 50/250 Diskus PUL", ausgehend von einem Abgabepreis von 150,05 EUR, ledig 10,00 EUR, zusammen mit der Zuzahlung für die beiden anderen Arzneimittel also 20,00 EUR gewesen), stehen nicht nur die dargelegten rechtssystematischen Erwägungen entgegen. Die Klägerin führt für ihre Ansicht an, dass es gelte, Nachteile für die Versicherten zu vermeiden, die aus Lieferschwierigkeiten erwachsen. Dieses – auf den ersten Blick verständliche – Eintreten für die Interessen der Versicherten, die zugleich die Kunden der Apotheke sind, spiegelt jedoch nur die eine Seite der Medaille wieder. Die andere Seite ist die der abgebenden Apotheke. Tatsächlich war es hier nämlich so, dass die Lieferschwierigkeiten und die daraus resultierende Abgabe von drei N1-Packungen anstatt einer N3-Packung "Atmadisc 50/250 Diskus PUL" zu einem um 8,73 EUR brutto höheren Vergütungsanspruch der Klägerin gegenüber der Krankenkasse geführt hat. Würde die Klägerin ihren aus dem Rezept vom 10.12.2012 resultierenden Vergütungsanspruch nicht mit der auf den Abgabepreis der drei abgegebenen N1-Packungen des Arzneimittels Atmadisc zu entrichtenden Zuzahlungsbetrag von 16,98 EUR verrechnen müssen, sondern – wie sie es zu Gunsten der Versicherten für richtig hält – nur mit dem Zuzahlungsbetrag von 10,00

EUR, wie er sich fiktiv aus der vom Arzt auf dem Rezept vermerkten, aber nicht lieferbaren Packungsgröße N3 errechnet, ergäbe sich für die Klägerin sogar ein um 15,71 EUR brutto höherer Vergütungsanspruch. Hätte die beklagte Krankenkasse also das Rezept vom 10.12.2012 nach der Vorstellung der Klägerin abzurechnen, würden die damaligen Lieferschwierigkeiten zwar den Versicherten nicht belasten, die Apotheke aber zusätzlich verdienen lassen.

Gegen eine Auslegung der Zuzahlungsregelung der §§ 31 Abs. 3, 61 Satz 1 SGB V im Sinne der Klägerin spricht zuletzt auch, dass sie das Problem der – eigentlich vom pharmazeutischen Unternehmer zu vertretenen – Lieferschwierigkeiten zu Gunsten der Versicherten und hier auch der Apotheke auf die Krankenkasse abwälzt, die jedoch die Lieferschwierigkeiten genauso wenig wie die Vorgenannten zu vertreten hat. Die Lösung des im vorliegenden Fall aufgezeigten Problems, dass durch Lieferschwierigkeiten u.U. höhere Zuzahlungen als bei Lieferfähigkeit anfallen, obliegt nicht den Gerichten durch eine zweifelhafte, interessengeleitete Auslegung der Vorschrift des § 61 Satz 1 SGB V gegen deren Wortlaut ("Abgabepreis"), sondern allenfalls dem Gesetzgeber.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG i.V.m. §§ 154 Abs. 1, 161 Abs. 1, 162 Abs. 1 und 2 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Die Streitwertfestsetzung beruht auf § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG i.V.m. § 52 Abs. 1 und 3 Gerichtskostengesetz (GKG).

Die Kammer hat die im Hinblick auf den Wert des Beschwerdegegenstandes an sich nicht statthafte Berufung und auch die Sprungrevision zugelassen, weil sie der Rechtssache grundsätzliche Bedeutung beimisst (§§ 144 Abs. 2 Nr. 1, 161 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 Satz 1, 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG).
Rechtskraft
Aus
Login
NRW
Saved
2014-01-06