



TRINATIONALES KOMPETENZZENTRUM

für Ihre Gesundheitsprojekte



GESUNDHEIT OHNE GRENZEN
SANTÉ SANS FRONTIÈRE

**Studie über den grenzüberschreitenden
Zugang zu den Notdienstapotheken
am Oberrhein**

Studie über den grenzüberschreitenden Zugang zu den Notdienstapotheken am Oberrhein

Dezember 2019

Diese Studie wurde im Auftrag der Kommission Wirtschaft/Arbeitsmarkt/Gesundheit des Oberrheinrates durchgeführt. Sie ist online in deutscher und französischer Sprache auf der Website von TRISAN verfügbar (www.trisan.org / Publikationen / Studien).

Cette étude a été réalisée à la demande de la Commission Economie/Marché du travail/Santé du Conseil rhéan. Elle est disponible en version française et allemande sur le site internet de TRISAN (www.trisan.org > Publications > Etudes).

Konzeption:

- Anne Dussap (TRISAN);
- Eddie Pradier (TRISAN).

Analyse und Redaktion: Eddie Pradier (TRISAN).

Übersetzung :

- Michael Loerch;
- Lydia Kassa (TRISAN);
- Eddie Pradier (TRISAN).

Fachlektorat:

- Christian Barth, Conseil régional de l'ordre des pharmaciens Grand-Est;
- Solenn Briere, Centre National des Soins à l'Etranger (CNSE);
- Daniela Burger, Aargauischer Apothekerverband;
- Dirk Fischbach, BARMER;
- Sabine Fleschhut, Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) du Bas-Rhin;
- Mélanie Grütter, Jura Apotheke Eichenberger AG (Kanton Solothurn);
- Christian Jäger, AOK Baden-Württemberg;
- Nicole Léopold, Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) du Bas-Rhin;
- Daniel Lorenz, Gemeinsame Einrichtung KVG (Schweiz);
- Agnès Meyer, Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) du Haut-Rhin;
- Dr. Emmanuel Scheftel, Chambre Syndicale des Pharmaciens du Bas-Rhin;
- Nicole Wagner, Service de la santé publique du canton du Jura;
- Doris Wettmann, Landesapothekerkammer Rheinland-Pfalz.

Befragte Apotheken:

- Stadtapotheke Kehl;
- Rohan's Anker-Apotheke, Kehl;
- Pharmacie de la Paix, Wissembourg ;
- Pharmacie Jaehn, Lauterbourg;

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	5
1. Organisation des Apothekennotdienstes.....	8
1.1. In Frankreich.....	8
1.2. In Deutschland.....	10
1.3. In der Schweiz.....	11
2. Anerkennung von Rezepten im grenzüberschreitenden Kontext.....	16
2.1. Rechtlicher Rahmen	16
2.2. In der Praxis.....	18
3. Bedingungen für die Kostenübernahme von Arzneimitteln	22
3.1. Kostenübernahme von Arzneimitteln im nationalen Rahmen.....	22
3.1.1. In Frankreich.....	22
3.1.2. In Deutschland.....	24
3.1.3. In der Schweiz.....	28
3.2. Kostenübernahme von Arzneimitteln im grenzüberschreitenden Kontext	30
3.2.1. Standardsituation 1: „Geplante Behandlung“	33
a) Bedingungen für die Kostenübernahme an der deutsch-französischen Grenze.....	34
b) Bedingungen für die Kostenübernahme an der Grenze mit der Schweiz	36
3.2.2. Standardsituation 2: „Ungeplante Behandlungen“	38
a) Verwendung der Europäischen Krankenversicherungskarte	39
b) Keine Verwendung der Europäischen Krankenversicherungskarte	41
3.2.3. Standardsituation 3: „Grenzgänger/innen“	48
a) Bedingungen für die Kostenübernahme an der deutsch-französischen Grenze.....	48
b) Bedingungen für die Kostenübernahme an der Grenze zur Schweiz.....	50
4. Zusammenfassung und Empfehlungen	52
4.1. Informationen zu den diensthabenden Apotheken.....	53
4.2. Grenzüberschreitende Anerkennung von Verschreibungen.....	54
4.3. Bedingungen für die grenzüberschreitende Kostenübernahme von Arzneimitteln	55
5. Quellen	60
5.1. Rechtliche Grundlagen	60
5.2. Studien, Veröffentlichungen, Artikel.....	62
5.3. Internetseiten.....	62

Einleitung

Diese Studie über den grenzüberschreitenden Zugang zu den Notdienstapotheken am Oberrhein wurde von TRISAN, Trinationales Kompetenzzentrum für die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich am Oberrhein, im Auftrag der Kommission Wirtschaft / Arbeitsmarkt / Gesundheit des Oberrheinrates erarbeitet. Dieser Auftrag wurde in folgendem Kontext aufgegeben: In bestimmten Gebieten des Oberrheins (insbesondere in ländlichen Gebieten) müssen die Patienten/innen oft lange Fahrten in Kauf nehmen, um die nächste diensthabende Apotheke im Wohnsitzland zu erreichen. Der Zugang zu Notdienstapotheken kann sich gerade im Kontext des demografischen Wandels und der damit entstehenden Mobilitätsproblemen für bestimmte Personen als sehr schwierig erweisen. Die Situation hat manche Bewohner/innen des Oberrheins dazu bewegt, sich in eine Notdienstapotheke des Nachbarlands zu begeben, da sich diese näher an ihrem Wohnort befindet. Politische Vertreter/innen aus der Südpfalz wurden darauf aufmerksam gemacht, dass hierbei Grenzhindernisse bestehen.

In diesem Kontext zielt die Studie darauf ab, eine Bestandsaufnahme des rechtlichen Rahmens zu erarbeiten und die Probleme und Hindernisse zu identifizieren, die sich in der Praxis stellen können. Es wurde entschieden, im Rahmen der vorliegenden Studie das gesamte Oberrheingebiet im Betracht zu ziehen.

Da der Auftrag auf konkrete Bedürfnissen der Bevölkerung zurückzuführen ist, erschien es für die Konzipierung dieser Studie sinnvoll, sich in die Situation des Patienten/der Patientin zu versetzen. Schema 1 stellt die drei grundlegenden Fragen dar, die sich ein Patient/eine Patientin stellt, wenn er/sie sich an eine Notdienstapotheke im Nachbarland wenden möchte.

Schema 1: Der grenzüberschreitende Zugang zu den Notdienstapotheken aus der Patientensicht



Die vorliegende Studie baut auf diese drei Kernfragen auf.

Im ersten Teil der Studie wird die Organisation des Apothekennotdienstes in den drei Ländern am Oberrhein vorgestellt. Dabei sollen insbesondere folgende Fragen beantwortet werden:

- Gibt es tatsächlich einen Notdienst?
- Wenn ja, wie ist der Notdienst organisiert? (zuständige Akteure, Notdienstgebiete, Turnus zwischen den Apotheken oder 24-Uhr-Notfallapotheke, etc.)
- Erheben die Apotheken eine Notdienstgebühr? Wenn ja, wird diese Gebühr von den Krankenkassen übernommen?

Der zweite Teil der Studie befasst sich mit der Anerkennung von Rezepten im grenzüberschreitenden Kontext. Es wird zunächst auf den rechtlichen Rahmen und anschließend auf die praktische Umsetzung eingegangen.

Der dritte Teil der Studie widmet sich der Kostenübernahme von Arzneimitteln. Die Bedingungen für die Kostenübernahme werden sowohl im nationalen Rahmen (für die drei Länder) als auch in der grenzüberschreitenden Perspektive betrachtet. Die Analyse erfolgt auf der Grundlage von drei Standardsituationen. Für jede Situation werden sowohl die rechtlichen Aspekte als auch die praktische Umsetzung vorgestellt.

Die Ausführungen der Teile 2 und 3 gelten allgemein für den Erwerb von Arzneimitteln im Nachbarland, unabhängig davon, ob sich der Patient/die Patientin an eine Notdienstapotheke wendet oder nicht.

Der vierte Teil enthält eine Zusammenfassung und Empfehlungen, die sich aus der vorliegenden Studie ergeben.

Methodologisch erfolgte die Erarbeitung dieser Studie in zwei Schritten:

- Desktop-Analyse (Analyse der rechtlichen Grundlagen und sonstigen Dokumenten);
- Interviews / Anfragen für Informationen / Validierung der Inhalte mit den zuständigen Akteuren (Gesundheitsbehörden, Krankenkassen; Apothekerverbände, Apotheker/innen etc.). Die befragten Akteure sind auf Seite 3 aufgelistet.

Hinweis zu den angewendeten Begriffen

Aus Gründen der Lesbarkeit wird im Rahmen dieser Studie der Begriff « deutsche / französische / schweizerische Versicherte » verwendet. Dieser Begriff bezieht sich nicht auf die Staatsangehörigkeit, sondern auf das Versicherungsland der Person:

- « Deutsche Versicherte » = Personen, die in Deutschland krankenversichert sind;
- « Französische Versicherte » = Personen, die in Frankreich krankenversichert sind;
- « Schweizer Versicherte » = Personen, die in der Schweiz krankenversichert sind.

1. Organisation des Apothekennotdienstes

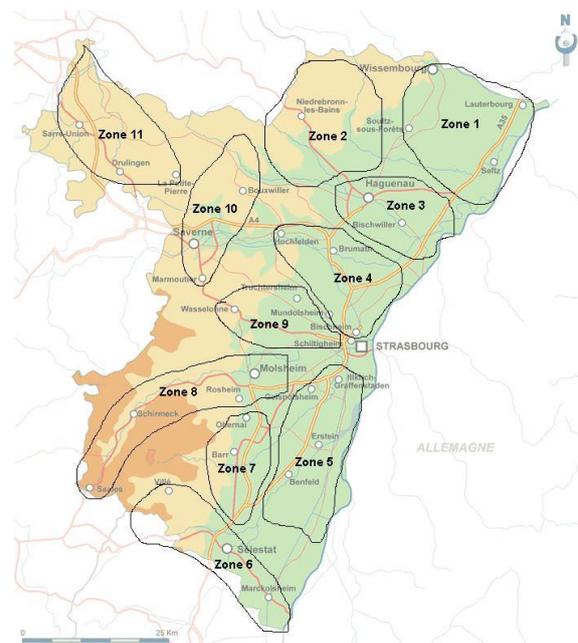
1.1. In Frankreich

In Frankreich sieht der *Code de la santé publique* (Gesetzbuch über die öffentliche Gesundheit; Artikel L 5125-17 und R4235-49) einen Apothekennotdienst vor, zu dessen Teilnahme normalerweise alle Apotheken verpflichtet sind¹. Die konkrete Organisation des Notdienstes wird in jedem Departement den repräsentativen Organisationen des Berufsstands zugewiesen. In den Departements Bas-Rhin und Haut-Rhin obliegt diese Zuständigkeit dem Apothekerverband (*syndicat des pharmaciens*) des jeweiligen Departements.

Das Gebiet der Departments wird jeweils in Notdienstbereiche aufgeteilt, in welche immer mindestens eine Apotheke im Dienst ist. Das Departement Bas-Rhin umfasst elf Notdienstbereiche (außer Straßburg und Umgebung), und das Departement Haut-Rhin zehn. Karte 1 illustriert die Aufteilung in Notdienstbereiche für das Departement Bas-Rhin.

Die Notdienste werden abwechselnd durch die in den jeweiligen Notdienstbereichen niedergelassenen Apotheken gewährleistet. Die Dienstpläne werden vom Apothekerverband des Departements aufgestellt.

Karte 1: Die Notdienstbereiche im Departement Bas-Rhin



Quelle : <http://www.pharma67.fr/doc/zones/Bas-Rhin.jpg>

¹ Artikel L. 5125-17 des *Code de la santé publique* unterscheidet zwischen dem „*service de garde*“ (Apothekennotdienst an Sonn- und Feiertagen) und dem „*service d'urgence*“ (Apothekennotdienst außerhalb der gewöhnlichen Öffnungszeiten der Apotheken, abends und nachts). Im Rahmen dieser Studie wird in beiden Fälle von „Apothekennotdienst“ gesprochen.

Um während des Notdienstes ein Arzneimittel zu erhalten, ist ein Rezept erforderlich.

Aufgrund von Sicherheitsproblemen in den Apotheken wurden spezifische Maßnahmen für den Zugang zu Apotheken nach 22 Uhr für das gesamte Department Haut-Rhin und in einigen Kommunen des Departements Bas-Rhin² eingeführt. Die Maßnahmen sehen vor, dass Patienten/innen nach 22 Uhr zunächst die Polizeidienststelle (in städtischen Gebieten) bzw. die *Gendarmerie* (in ländlichen Gebieten) anrufen, beziehungsweise persönlich dort erscheinen müssen. Letztere benachrichtigen wiederum die diensthabende Apotheke.

Der Notfalldienst der Apotheken wird einerseits durch eine Entschädigungspauschale (*indemnité forfaitaire d'astreinte*)³ und andererseits durch eine Notdienstgebühr (*honoraires de garde*), die von den Patienten/innen bezahlt wird, entlohnt. Die Notdienstgebühr wird für jedes einzelne Rezept, das während des Notfalldienstes eingelöst wird, erhoben. Sie wird von der Krankenkasse vollständig übernommen. Die Gebührensuschläge müssen gut sichtbar in der Apotheke ausgehängt werden. Die Tarife variieren je nach Zeitfenster (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Höhe der Notdienstgebühr in Frankreich

Zeitfenster	Höhe der Notdienstgebühr (für jedes Rezept)
Nachts (von 20:00 bis 8:00 Uhr)	8 €
Sonntags (von 8:00 bis 20:00 Uhr)	5 €
Feiertags (von 8:00 bis 20:00 Uhr)	5 €
Werktags (außerhalb der üblichen Öffnungszeiten)	2 €

² Es handelt sich um folgende Kommunen: Haguenau, Schweighouse, Oberhoffen, Oberhoffen, Kaltenhouse und Batzendorf.

³ Seit dem 1. Januar 2019 liegt diese Entschädigungspauschale bei 190 € pro Notfalldienst. Sie wird direkt durch die Krankenversicherung (*CPAM*) an die Apotheke überwiesen.

1.2. In Deutschland

In Deutschland wird der rechtliche Rahmen für den Apothekennotdienst auf Bundesebene im § 23 der Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) vom 26. September 1995 sowie in den Ladenöffnungsgesetzen der Länder⁴ festgelegt:

- In Rheinland-Pfalz: Ladenöffnungsgesetz (LadöffnG) vom 21. November 2006;
- In Baden-Württemberg: Gesetz über die Ladenöffnung in Baden-Württemberg (LadÖG) vom 14. Februar 2007.

Die Organisation des Apothekennotdienstes obliegt den einzelnen Landesapothekerkammern, die zu diesem Zweck eine Dienstbereitschaftsregelung erlassen:

- In Baden-Württemberg: Allgemeinverfügung der Landesapothekerkammer Baden-Württemberg zur Dienstbereitschaft vom 25. April 2012;
- In Rheinland-Pfalz: Allgemeinverfügung der Landesapothekerkammer Rheinland-Pfalz zur Dienstbereitschaft vom 29. November 2006.

Die Notdienste werden durch die Apotheken im Wechsel übernommen. Dadurch garantieren die Apotheken die permanente Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln, auch außerhalb der üblichen Öffnungszeiten sowie an Wochenenden und an Feiertagen. Die Dienstpläne werden von der Landesapothekerkammer unter Berücksichtigung der Entfernung der einzelnen Apotheken voneinander aufgestellt. Damit soll erreicht werden, dass der zurückzulegende Weg für die Patienten/innen bestimmte Höchstgrenzen nicht überschreitet.

Die Arzneimittelpreisverordnung sieht vor, dass diensthabende Apotheken zwischen 20.00 Uhr und 06.00 Uhr sowie an Wochenenden eine Notdienstgebühr (auch bezeichnet als „Notdienstzuschlag“ oder „Nachttaxe“) erheben dürfen. Die Notdienstgebühr beträgt 2,50 € pro Person, unabhängig von der Anzahl an

⁴ Das Land Bayern stellt eine Ausnahme dar. In Bayern wurde kein Ladenöffnungsgesetz verabschiedet. Aus diesem Grund gilt die bundesrechtliche Regelung des Ladenschlussgesetzes.

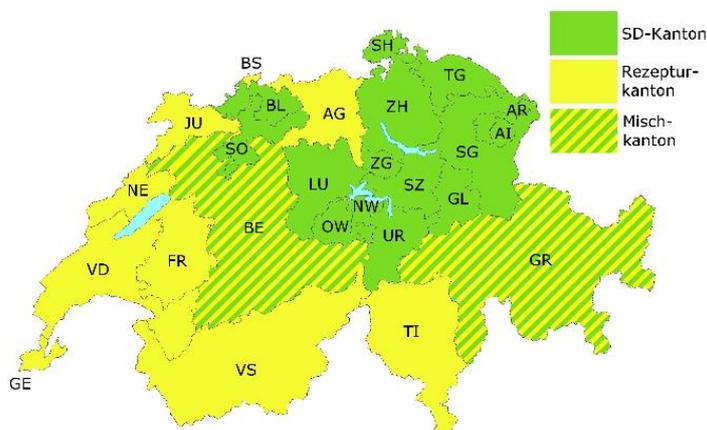
vorgelegten Rezepten. Sie wird von den Krankenkassen übernommen, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Das Rezept wurde außerhalb der üblichen Öffnungszeiten der Apotheken ausgestellt;
- Der Arzt/die Ärztin hat vermerkt, dass das Arzneimittel dringend benötigt wird (Vermerk „Noctu“);
- Der Patient/die Patientin löst das Rezept noch am selben Tag ein.

1.3. In der Schweiz

In der Schweiz wird der rechtliche Rahmen für den Apothekennotdienst auf kantonaler Ebene festgelegt. Es lassen sich bedeutende Unterschiede zwischen den einzelnen Kantonen feststellen. Diese Unterschiede hängen zum Teil damit zusammen, dass die niedergelassenen Ärzte/innen in einigen Kantonen dazu berechtigt sind, Arzneimittel an Patienten/innen selbst abzugeben („Selbstdispensation“). Patienten/innen sind daher in solchen Fällen nicht auf eine diensthabende Apotheke angewiesen. Die Selbstdispensation ist vor allem in der deutschsprachigen Schweiz verbreitet: Die niedergelassenen Ärzte/innen sind in allen deutschsprachigen Kantonen mit Ausnahme der Kantone Basel-Stadt und Aargau befugt, Arzneimittel selbst abzugeben (s. Karte 2).

Karte 2: Rechtliche Situation in den Schweizer Kantonen bzgl. der Selbstdispensation



Quelle: <http://www.patientenapotheke.ch/facts-und-figures/statistiken.html>

Im Kanton Basel-Stadt sind die niedergelassenen Ärzte/innen nicht dazu befugt, Arzneimittel selbst abzugeben. Das kantonale Gesundheitsgesetz vom 21. September 2011 (Artikel 25) sieht einen Notfalldienst für Apotheken vor; die organisatorische Zuständigkeit liegt beim Baselstädtischen Apothekerverband. Im Jahr 2004 wurde ein zentralisierter Notfalldienst eingeführt: der Notfalldienst wird ausschließlich durch die Bäsli Apotheke gewährleistet, die sich gegenüber des Universitätsspitals Basel befindet und rund um die Uhr an jedem Tag der Woche geöffnet ist (24-Stunden-Apotheke). Diese Apotheke fungiert von Montag bis Freitag zwischen 17:00 und 08:00 Uhr, samstags ab 16:00 Uhr sowie an Sonn- und Feiertagen den ganzen Tag als Notfallapotheke. Der Notfalldienst wird vollumfänglich durch die Basler Apothekerschaft finanziert.

Im Kanton Basel-Landschaft sind die niedergelassenen Ärzte/innen zur Selbstdispensation befugt. Damit können die Patienten/innen also in der Regel die Arzneimittel direkt beim Arzt/bei der Ärztin erhalten. Aus diesem Grund beschränken sich die Apotheken auf den gesetzlich vorgeschriebenen Minimaldienst: Je zwei Apotheken – in der Regel eine im unteren und eine im oberen Kantonsteil – haben an Sonntagen von 11 bis 13 Uhr geöffnet. Sollte der Arzt/die Ärztin das Arzneimittel nicht abgeben können und keine Apotheke geöffnet sein, hat der Patient/die Patientin die Möglichkeit, sich an die diensthabende Apotheke in Basel-Stadt zu wenden.

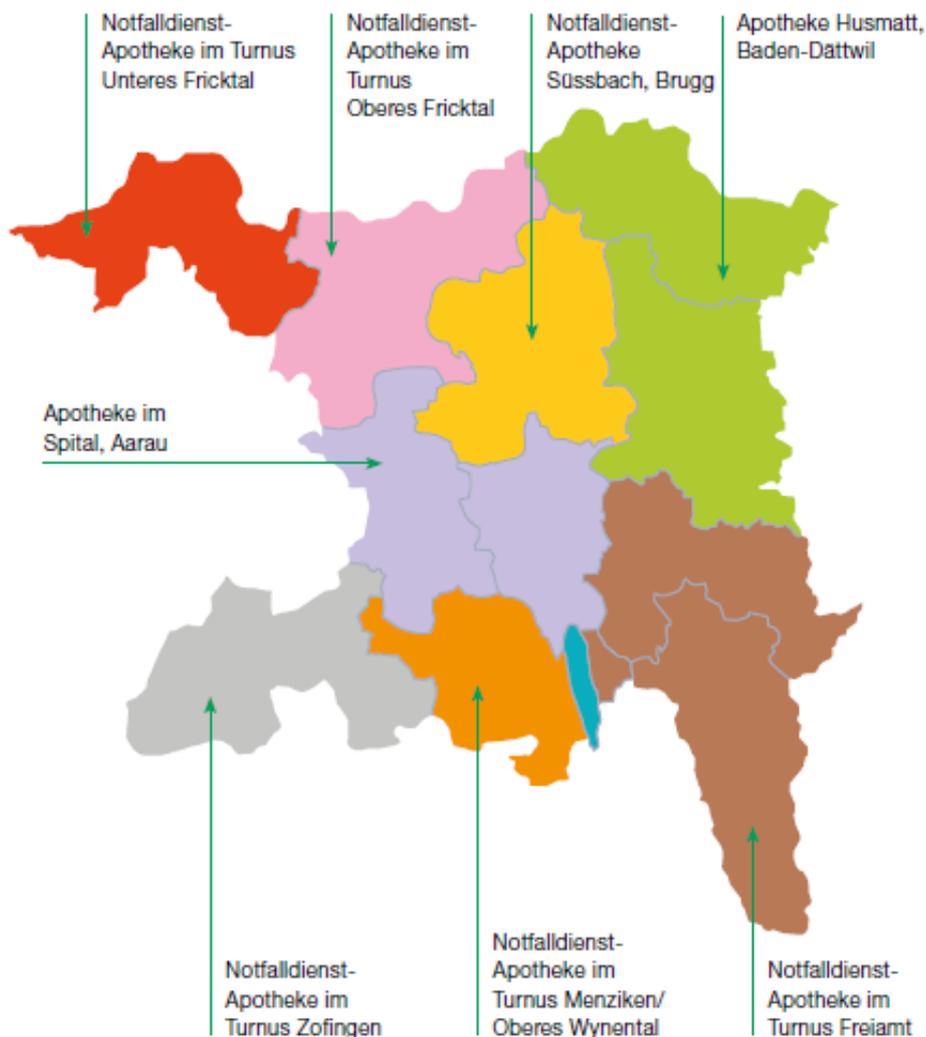
Im Kanton Aargau sind die niedergelassenen Ärzte/innen nicht dazu befugt, Arzneimittel abzugeben. Das kantonale Gesundheitsgesetz vom 20. Januar 2009 (Artikel 38 und 39) sieht einen Apothekennotdienst vor, an dessen Teilnahme alle Apotheker/innen verpflichtet sind⁵. Der Notfalldienst wird durch den Aargauischen Apothekerverband im Rahmen eines Reglements⁶ organisiert. Gemäß dieses Reglements muss der Notfalldienst die Ausgabe von Arzneimitteln in Notfällen außerhalb der normalen Ladenöffnungszeiten ermöglichen. Der Kanton ist in acht Notfalldienstregionen eingeteilt. Die genaue Organisation des Notfalldienstes ist in den einzelnen Regionen unterschiedlich (s. Karte 3). In zwei der acht Regionen

⁵ Beim Aargauischen Apothekerverband kann eine Freistellung eingeholt werden, jedoch nur aus bedeutendem Grund und wenn die Freistellung die Gewährleistung des Notfalldienstes nicht gefährdet. Freigestellte Apotheker/innen müssen dann eine Entschädigung zahlen.

⁶ Reglement über den Apotheken-Notfalldienst im Kanton Aargau vom 3. Dezember 2015.

(Aarau und Baden-Dättwil) wird der Notfalldienst durch eine einzige Apotheke gewährleistet, die rund um die Uhr geöffnet ist (24 Stunden-Apotheke). Die weiteren Apotheken der Region sind an der Finanzierung des Notfalldienstes beteiligt. In der Region Brugg wurde ebenfalls ein zentralisierter Notfalldienst (bei der Apotheke Süssbach) eingeführt. Der Notfalldienst wird allerdings von den Apothekern/innen der Region gemeinsam sichergestellt. In den fünf anderen Regionen wird der Notfalldienst im Turnus durch die Apotheken sichergestellt. Die Dienstpläne werden von einem/r sogenannten „Regionalverantwortliche/n“ aufgestellt – der/die für vier Jahre von der Kommission „Notfalldienst“ des Aargauischen Apothekerverbands gewählt wird – in Zusammenarbeit mit den regionalen Apotheken.

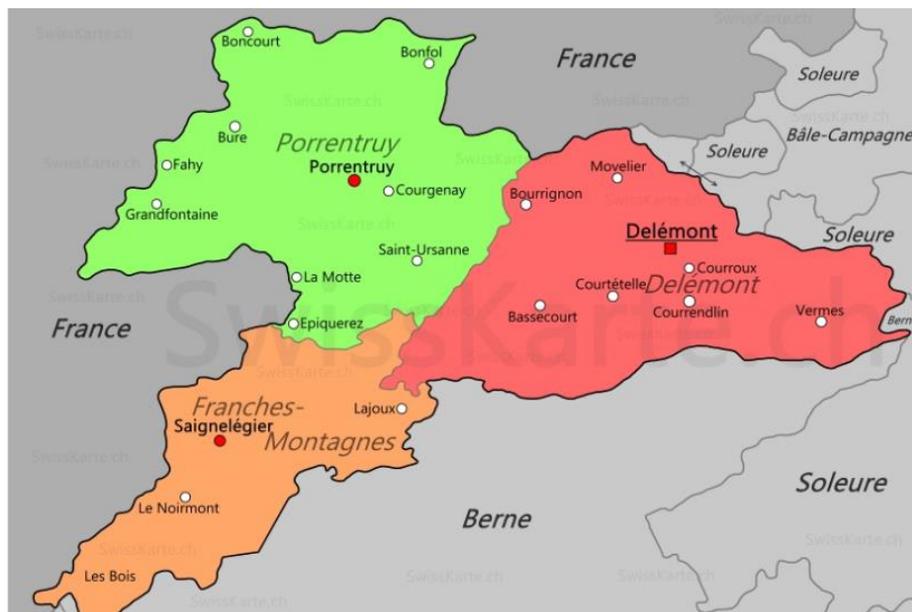
Karte 3: Die Notfalldienstregionen im Kanton Aargau



Quelle: Broschüre „Apotheken-Notfalldienst im Kanton Aargau“

Im Kanton Jura sind die niedergelassenen Ärzte/innen nicht dazu befugt, Arzneimittel abzugeben⁷. Die kantonale Verordnung zu Apotheken, Arznei- und Betäubungsmitteln (*Ordonnance cantonale sur les pharmacies, les produits thérapeutiques et les stupéfiants*) vom 5. Dezember 2006 (Artikel 29) sieht einen Notfalldienst vor, welcher eine Abgabe von Arzneimitteln rund um die Uhr und an jedem Tag der Woche ermöglicht. Apotheken sind zur Teilnahme am Notfalldienst verpflichtet. Das Gebiet des Kantons ist in drei Bezirke aufgeteilt: Vallée de Delémont, Ajoie und Franches-Montagnes (s. Karte 4). In jedem Bezirk organisieren sich die Apotheken untereinander, um im Turnus den Notfalldienst sicherzustellen. Im Bezirk Franches-Montagnes, in dem es nur zwei Apotheken gibt (Saignelégier und Le Noirmont), wechseln sich die Apotheken für den Notfalldienst wochenweise ab. In Vallée de Delémont ist die Apothekendichte höher und der Notfalldienst daher weniger belastend.

Karte 4: Die Notfalldienstbezirke im Kanton Jura



Quelle: Service de la santé publique des Kantons Jura

⁷ Artikel 8 des kantonalen Gesetzes über den Arzneimittelverkauf (*Loi cantonale sur la vente des médicaments*) vom 14. Dezember 1990 sieht eine Möglichkeit der Freistellung (mit Genehmigung) für Ärzte/innen vor, deren Praxis sich in einer Gemeinde ohne öffentliche Apotheke befindet, die nicht an eine Gemeinde mit einer öffentlichen Apotheke grenzt. Im Jahr 2019 verfügten nur drei Ärzte/innen über eine solche Genehmigung.

Im Kanton Solothurn sind die niedergelassenen Ärzte/innen dazu befugt, Arzneimittel abzugeben (Selbstdispensation). Aus diesem Grund sieht das Gesundheitsgesetz des Kantons keine Notfalldienstpflicht für Apotheken vor. In der Vergangenheit gab es einen 24-Stunden Notfalldienst. Dieser wurde jedoch eingestellt, da er kaum benutzt wurde. In der Region Olten sind die Apotheken im Turnus an Sonn- und Feiertagen zwischen 10:00 Uhr und 12:00 Uhr geöffnet. In der Stadt Solothurn hat eine Apotheke an Sonntagen zwischen 10:30 Uhr und 12:30 Uhr geöffnet. Wenn die Apotheken an Sonntagen offen sind, gilt dies jedoch als erweiterte Öffnungszeiten und nicht als Notfalldienst. Daher wird keine Notfallpauschale erhoben. Die Apotheke in Balsthal gibt an, auf freiwilliger Basis einen telefonischen Notfalldienst anzubieten. Dies ist möglich, da der Apotheker über der Apotheke wohnt (ungefähr 70 Fälle im Jahr 2018).

In der gesamten Schweiz wird bei der Einlösung von Rezepten während dem Notfalldienst eine Notfallpauschale erhoben. Die Notfallpauschale wird in allen Kantonen auf Basis des Systems der leistungsorientierten Abgeltung (LOA Pharmasuisse) verrechnet⁸. Es handelt sich um eine Pauschale (pro Rezept), die mit 16 Taxpunkten abgegolten wird. Der Punktwert beläuft sich aktuell auf 1,05 CHF, sodass die Notfallpauschale im Jahr 2019 bei 17,30 CHF (inkl. MwSt.) liegt. Die Notfallpauschale wird von den Krankenversicherer⁹ im Rahmen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) vollständig übernommen, sofern das Arzneimittel von einem/r Arzt/Ärztin verordnet wurde.

Sollte keine Verordnung vorliegen, kann der/die Apotheker/in die Höhe der Notfallpauschale frei festlegen. Letztere beträgt dann häufig 20 CHF oder mehr. In diesem Fall erhalten Patienten/innen keine Rückerstattung.

⁸ Tarifvertrag LOA IV/1 (Vertrags-Nr. 20.500.1036Q) vom 1. Januar 2016 über die Leistungen von Apothekern/innen (Art. 46 KVG).

⁹ In der Schweiz werden die Krankenkassen „Krankenversicherer“ genannt.

2. Anerkennung von Rezepten im grenzüberschreitenden Kontext

2.1. Rechtlicher Rahmen

Auf Grundlage des Artikels 11 der Richtlinie 2011/24/EU¹⁰ muss eine in einem der Mitgliedsstaaten der Europäischen Union ausgestellte Verschreibung für Arzneimittel oder Medizinprodukte in den anderen Mitgliedsstaaten sowie innerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (Island, Liechtenstein und Norwegen) anerkannt werden. Die Richtlinie gilt jedoch nicht für die Schweiz.

Um die Umsetzung des Artikels 11 der Richtlinie 2011/24/EU zu vereinfachen, erließ die EU-Kommission im Rahmen der Richtlinie 2012/52/EU¹¹ Regeln hinsichtlich der Formulierung von Verschreibungen, die für die Einlösung in einem anderen Mitgliedsstaat bestimmt sind („grenzüberschreitende Rezepte“). Diese Regeln sollen die Ausgabe von Arzneimitteln und Medizinprodukten sichern (Authentizität der Verschreibung) und sicherstellen, dass die Verschreibung von den Apothekern/innen im Ausland (gut) verstanden wird. Zu diesen Zwecken müssen die grenzüberschreitenden Verschreibungen eine Mindestanzahl an Informationen enthalten, die im Anhang der europäischen Richtlinie 2012/52/EU aufgeführt werden:

- **Identität des Patienten/der Patientin:** Familienname(n), Vorname(n), Geburtsdatum;
- **Authentizität der Verschreibung:** Datum der Ausstellung der Verschreibung;
- **Identität des/der verschreibenden Arztes/Ärztin:** Name(n), Vorname(n), berufliche Qualifikation, Angaben zur unmittelbaren Kontaktaufnahme (E-Mail und Telefon- oder Fax-Nummer, jeweils mit internationaler Vorwahl), Dienstanschrift (einschließlich Name des betreffenden Mitgliedstaates), Unterschrift (handschriftlich oder digital, je nach Medium der Verschreibung);
- **Identität des verschriebenen Produkts, sofern erforderlich:** Gebräuchliche Bezeichnung des Produktes (also der Name des Wirkstoffs), Markenname,

¹⁰ Richtlinie Nr. 2011/24/EU des Europäischen Parlaments vom 9. März 2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung.

¹¹ Durchführungsrichtlinie 2012/52/EU der Kommission vom 20. Dezember 2012 mit Maßnahmen zur Erleichterung der Anerkennung von in einem anderen Mitgliedstaat ausgestellten ärztlichen Verschreibungen.

wenn es sich um ein biologisches Arzneimittel handelt oder wenn der/die verschreibende Arzt/Ärztin es für medizinisch erforderlich hält, Darreichungsform (Tablette, Lösung usw.), Menge, Stärke und Dosierungsschema.

Grenzüberschreitende Rezepte werden (nur) auf Wunsch des Patienten/der Patientin ausgestellt. Der/die Apotheker/in muss überprüfen, ob die Verschreibung alle erforderlichen Angaben, die im Anhang der Richtlinie 2012/52/EU aufgeführt werden, enthält. Wenn die Verschreibung die Anforderungen der Richtlinie entspricht, muss der/die Apotheker/in diese einlösen, sofern das Inverkehrbringen des Arzneimittels in dem jeweiligen Land genehmigt ist.

Es sei auf folgende Einschränkungen hingewiesen:

- Der/die Apotheker/in kann die Einlösung des Rezeptes verweigern, sollte dies im Interesse des Patienten/der Patientin liegen oder wenn er/sie legitime und begründete Zweifel an der Echtheit, des Inhalts, der Verständlichkeit der Verschreibung haben sollte (Artikel 11 (1) der Richtlinie 2011/24/EU);
- Gemäß der Richtlinie 2011/24/EU (Artikel 11 (6)) gilt die gegenseitige Anerkennung von Verschreibungen nicht für Arzneimittel, die einer besonderen ärztlichen Verordnung im Sinne des Artikels 71 der Richtlinie 2011/83/EG unterliegen. Es handelt sich dabei insbesondere um Arzneimittel, die eine als Betäubungsmittel eingestufte Substanz enthalten;
- Die gegenseitige Anerkennung von Verschreibungen beeinträchtigt nicht die einzelstaatlichen Bestimmungen hinsichtlich der Verschreibung und Abgabe von Arzneimitteln. Einige Beispiele:
 - Sollten in einem bestimmten Land die Arzneimittelverschreibungen nur drei Monate lang gültig sein, gilt dies auch für Verschreibungen, die in einem anderen Mitgliedsstaat ausgestellt wurden;
 - Es ist möglich, dass die in der Verschreibung vorgesehene Dosierung im Abgabeland des Arzneimittels nicht zulässig ist;
 - Ohne den Vermerk „nicht ersetzbar“ gelten die einzelstaatlichen Regeln hinsichtlich der Substitution mit anderen Arzneimitteln (z.B. Generika);
- Es ist möglich, dass eine elektronische Verschreibung in einem Drittland nicht anerkannt wird oder nicht einlesbar ist. Sollte der Arzt/die Ärztin eine

elektronische Verschreibung ausstellen, wird daher empfohlen, ebenfalls um eine Verschreibung in Papierform zu bitten.

2.2. In der Praxis

Um eventuelle Probleme zu identifizieren, die in Bezug auf die grenzüberschreitende Anerkennung ärztlicher Rezepte in der Praxis auftreten könnten, wurde eine kurze Umfrage durchgeführt. Die Umfrage wurde per E-Mail, Telefon und durch Interviews vor Ort bei folgenden Einrichtungen unternommen:

- Die Apothekerverbände in den drei Ländern;
- Vier Apotheken (zwei in Frankreich, zwei in Deutschland), die sich in unmittelbarer Grenznähe im Gebiet des Eurodistrikts Strasbourg-Ortenau und des Eurodistrikts PAMINA befinden.

Es konnte leider keine Apotheke an der deutsch-schweizerischen und der französisch-schweizerischen Grenze befragt werden, da die angefragten Apotheker/innen nicht verfügbar waren.

In der Umfrage kamen keine Probleme bezüglich der grenzüberschreitenden Anerkennung von Rezepten zum Vorschein. Es kommt zwar vor, dass der Arzt/die Ärztin die gebräuchliche Bezeichnung des Produktes (Name des Moleküls) auf dem Rezept nicht angibt, wie es die Richtlinie 2012/52/EU vorsieht. Laut der befragten Apotheker/innen stellt dies jedoch kein Problem dar: Sie sind daran gewohnt, damit umzugehen, zudem die Patienten/innen aus dem Nachbarland oftmals dieselben Arzneimittel erwerben (außer bei Notfällen). Manche Apotheken besitzen eine Software, in der alle weltweit vermarkteten Arzneimittel aufgelistet sind und deren Bezeichnung in den verschiedenen Ländern angegeben ist.

Man muss außerdem unterstreichen, dass die Rezepte auch an der Schweizer Grenze problemlos anerkannt werden, obwohl die Schweiz die Richtlinien 2011/24/EU und 2012/52/EU nicht unterzeichnet hat.

Folglich kommt es sehr selten vor, dass die Apotheker/innen ein im Nachbarland ausgestelltes Rezept ablehnen müssen. Es wurden lediglich folgende Fälle erwähnt:

- Die deutschen Apotheken akzeptieren nur Originalrezepte. Es kommt vor, dass französische Versicherte eine Kopie oder ein Fax vorzeigen, und in diesem Fall wird das Rezept nicht angenommen (Frage der Authentizität des Rezepts);
- In Deutschland kann ein Rezept nur einmal eingelöst werden. Die französischen Rezepte mit dem Vermerk „à renouveler“ („zu erneuern“) werden demnach in Deutschland nur einmal akzeptiert;
- Es gibt zum Teil Unterschiede zwischen den drei Ländern hinsichtlich der Verpackungsgröße der Arzneimittel. Es kann zum Beispiel vorkommen, dass ein/e in Frankreich niedergelassene/r Arzt/Ärztin 15 mg eines Arzneimittels verschreibt, aber dass dieses Arzneimittel in Deutschland nur in 30 mg-Schachteln verkauft wird. In diesem Fall kann das Arzneimittel nicht herausgegeben werden, es sei denn, eine Umverpackung ist möglich;
- Es kommt vor, dass ein/e Versicherte/r des Nachbarlandes ein Arzneimittel benötigt, welches im betroffenen Land nicht vermarktet ist. Dies ist jedoch sehr selten;
- In Deutschland können Arzneimittel, die eine als Betäubungsmittel eingestufte Substanz enthalten, nur bei Vorlegen eines spezifischen Formulars herausgegeben werden, welches von einer/m in Deutschland zugelassenen Arzt/Ärztin ausgestellt wurde.

Die Umfrage bei den Apotheken hat es ebenfalls ermöglicht, allgemeinere Informationen zu den grenzüberschreitenden Patientenströmen und zum Verhalten dieser Patienten/innen zu sammeln. Auch wenn die Ergebnisse nicht (direkt) die grenzüberschreitende Anerkennung von Rezepten betreffen, werden sie hier festgehalten:

- Es lassen sich bedeutende grenzüberschreitende Patientenströme feststellen, zumindest bei den befragten Apotheken, die sich in unmittelbarer Grenznähe befinden. Zwei der befragten Apotheken haben angegeben, dass die Versicherten des Nachbarlandes (ausgenommen der Grenzgänger/innen) jeweils 30% und 50% ihrer Kundschaft ausmachen. Die anderen befragten Apotheken wollten sich hierzu nicht äußern;
- Allerdings haben alle befragten Apotheken angegeben, dass es sehr selten vorkommt, dass Versicherte des Nachbarlandes (ausgenommen

Grenzgänger/innen) die Apotheke während des Notdienstes besuchen. Dieser Aspekt sollte bei den Empfehlungen der Studie und deren Umsetzung angemessen berücksichtigt werden, da die zentrale Fragestellung der Studie den Zugang zu Notdienstapotheken betrifft;

- Bei den befragten Apotheken handelt es sich beim grenzüberschreitenden Erwerb von Arzneimitteln hauptsächlich um Arzneimittel im Freiverkauf. Es ist aber auch nicht selten, dass die Patienten/innen ein im Nachbarland ausgestelltes Rezept vorlegen;
- Laut der befragten Apotheken lassen sich die grenzüberschreitenden Patientenströme mit folgenden Gründen erklären:
 - Erwerb von Arzneimitteln, die im Versicherungsland nicht vermarktet sind bzw. für welche die Auswahl im Versicherungsland gering ist. Beispielsweise handelt es sich bei den Arzneimitteln, die von den französischen Versicherten in den befragten deutschen Apotheken erworben werden, hauptsächlich um homöopathische Arzneimittel (zum Beispiel pflanzliche Präparate, anthroposophische Arzneimittel...), die die Patienten/innen in Frankreich nicht finden;
 - Erwerb von Arzneimitteln, die im Versicherungsland nicht kostenerstattungsfähig sind (oder für die der Patient/die Patientin kein Rezept hat) und die zu günstigeren Tarifen im Nachbarland angeboten werden. Die befragten französischen Apotheken haben beispielsweise angegeben, dass deren Kunden aus Deutschland oft Arzneimittel gegen Schnupfen und Kopfschmerzen (Ibuprofen, Efferalgan...) sowie Antibabypillen kaufen;
 - Erwerb von Arzneimitteln, bei denen im Versicherungsland Lieferengpässe bestehen. Die befragten deutschen Apotheken haben beispielsweise im Jahr 2018 viele Anfragen von französischen Versicherten für Levothyrox erhalten, weil dieses Medikament in Frankreich nicht mehr erhältlich war.
 - Laut der befragten Apotheken nennen Patienten/innen auch andere Gründe, weshalb sie Arzneimittel in einer Apotheke im Nachbarland kaufen. Genannt werden zum Beispiel:
 - Die Qualität der Beratung in der betroffenen Apotheke;

- Die unterschiedliche Effizienz der Arzneimittel, die jedoch in beiden Ländern unter demselben Namen verfügbar sind.
- Die Umfrage zeigte auch, dass die Versicherten des Nachbarlandes meistens – auch wenn sie ein Rezept vorlegen – zunächst in Vorleistung treten müssen und anschließend eine Erstattung beantragen müssen. Laut den befragten Apotheken sind sich die Patienten/innen dessen aber bewusst, und dies sei für sie kein Problem. Auf die Bedingungen für eine Kostenübernahme wird im Teil 3 näher eingegangen.

3. Bedingungen für die Kostenübernahme von Arzneimitteln

Dieser Teil der Studie gliedert sich in zwei Kapitel. Die Bedingungen für die Kostenübernahme von Arzneimitteln werden zunächst im nationalen Rahmen (für die drei Länder) und anschließend in der grenzüberschreitenden Perspektive vorgestellt. Dabei werden wir uns auf den Erwerb von Arzneimitteln im Allgemeinen beziehen, unabhängig davon, ob sich der Patient/die Patientin an eine Notdienstapotheke wendet oder nicht.

3.1. Kostenübernahme von Arzneimitteln im nationalen Rahmen

Es schien uns aus zwei Gründen erforderlich, sich zunächst einmal die Bedingungen der Kostenübernahme im nationalen Rahmen in Erinnerung zu rufen:

- Wenn der Patient/die Patientin mit den Bedingungen der Kostenübernahme beim Erwerb von Arzneimitteln im Ausland unzufrieden ist, hat er in der Regel als Vergleichspunkt die Bedingungen der Kostenübernahme die im eigenen Land Anwendung finden.
- Die Bedingungen für die Kostenübernahme im grenzüberschreitenden Kontext hängen stark von den geltenden Regelungen im Versicherungsland und im Behandlungsland sowie vom Zusammenspiel zwischen den nationalen und den europäischen Regelungen ab.

3.1.1. In Frankreich

In Frankreich werden die Kosten für ein Arzneimittel nur dann durch die Krankenversicherung (*Assurance Maladie*) erstattet, wenn:

- das Arzneimittel ärztlich verordnet wurde;
- das Arzneimittel in dem vom Ministerium für Gesundheit festgelegten Leistungskatalog (*Liste des médicaments remboursables aux assurés sociaux*) enthalten ist.

Der angewendete Erstattungssatz unterscheidet sich je nach Art des Arzneimittels: Die Arzneimittel werden auf Basis derer medizinischen Wirkung (*service médical rendu*) in eine von vier Arzneimittelkategorien eingestuft; jeder Kategorie wird ein spezifischer Erstattungssatz zugeordnet (s. Tabelle 2). Bei den Versicherten, die in den Departements Bas-Rhin, Haut-Rhin oder Mosel wohnen und im Rahmen des *Régime local Alsace-Moselle* versichert sind, gelten höhere Erstattungssätze. Außerdem können bestimmte Personengruppen (etwa Patienten/innen mit chronischen Erkrankungen) von einer vollständigen Erstattung durch die *Assurance Maladie* profitieren.

Tabelle 2: Erstattungssätze der *Assurance Maladie* nach Arzneimittelkategorie

Arzneimittelkategorien	Erstattungssätze der <i>Assurance Maladie</i>	
	Régime général	Régime local (Elsaß Mosel)
Arzneimittel, das als lebensnotwendig und teuer eingestuft wird	100 %	100 %
Arzneimittel mit einer hohen medizinischen Wirkung	65 %	90 %
Arzneimittel mit einer mäßigen medizinischen Wirkung	30 %	80 %
Arzneimittel mit einer schwachen medizinischen Wirkung	15 %	15 %

Der Anteil der Kosten, der von der *Assurance Maladie* nicht erstattet wird, wird als *Ticket modérateur* bezeichnet. Sollte der Patient/die Patientin eine Zusatzversicherung (*complémentaire santé*) abgeschlossen haben, übernimmt diese das *Ticket modérateur* vollständig oder teilweise, je nach Vertragsbedingungen. In der Regel übernehmen die Zusatzversicherungen bei Arzneimittel mit hoher medizinischer Wirkung 100 % des *Ticket modérateur*. Seit dem 1. Januar 2016 sind alle Unternehmen, unabhängig ihrer Größe, dazu verpflichtet, eine kollektive Zusatzversicherung abzuschließen. Die Arbeitnehmer/innen sind ihrerseits dazu verpflichtet, dieser beizutreten. Für alle andere Personen gibt es die Möglichkeit, auf freiwilliger Basis eine individuelle Zusatzversicherung abzuschließen.

Darüber hinaus gibt es eine Eigenbeteiligung (die sogenannte *franchise médicale*), die sich pro Arzneimittelpackung (oder jede andere Abgabeeinheit, etwa ein Fläschchen) auf 0,50 € beläuft¹². Die Eigenbeteiligung wird nicht von der Zusatzversicherung übernommen, jedoch sind bestimmte Patientengruppen davon befreit¹³.

Wie bereits erwähnt wird außerhalb der gewöhnlichen Öffnungszeiten der Apotheken eine Notdienstgebühr erhoben (vgl. 1.1). Die *Assurance Maladie* übernimmt die Notdienstgebühr vollständig.

In der Apotheke muss der Patient/die Patientin üblicherweise nicht in Vorleistung treten, wenn er/sie seine/ihre Versichertenkarte (und ggf. seinen/ihren Nachweis der Zusatzversicherung) vorlegt. Der Patient/die Patientin zahlt dann nur die Kosten, die weder von der *Assurance maladie* noch von der Zusatzversicherung übernommen werden. Die *Franchise médicale* (0,50 € pro Arzneimittelpackung) wird nicht sofort erhoben, sondern wird von späteren Erstattungen durch die Krankenversicherung abgezogen. Sollte der Patient/die Patientin den Austausch durch ein Generikum ablehnen, muss er in Vorleistung treten. Falls die Krankenversicherungskarte nicht angewendet wird (z.B. wenn der Patient/die Patientin sie nicht bei sich trägt) muss der Patient/die Patientin ebenfalls in Vorleistung treten. Der/die Apotheker/in erstellt eine sogenannte „*feuille de soins*“. Der Patient/die Patientin muss diese im Nachhinein an seine/ihre Kasse einreichen, um erstattet zu werden.

3.1.2. In Deutschland

In Deutschland muss zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der privaten Krankenversicherung (PKV) unterschieden werden. Die Zugehörigkeit zur gesetzlichen Krankenversicherung ist verpflichtend, außer für bestimmte Personengruppen (Beamte/innen, Selbstständige, Personen mit Einkommen über die

¹² Die *Franchise médicale* wird auf Medikamente (0,50 €), Krankentransporte (2 €) und Krankentransporte (2 €) angewendet. Die *Franchise médicale* ist auf 50 € pro Jahr pro Patient/Patientin gedeckelt.

¹³ Dies betrifft insbesondere Jugendliche unter 18 Jahren, Schwangere ab dem 6. Monat und einkommensschwache Personen, die von spezifischen Hilfsmaßnahmen für die medizinische Kostenübernahme profitieren.

Beitragsbemessungsgrenze¹⁴), die sich für eine private Krankenversicherung (PKV) entscheiden können. Im Rahmen der vorliegenden Studie werden wir uns ausschließlich mit den gesetzlich Versicherten befassen, die etwa 90 % der Bevölkerung ausmachen.

Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen ausschließlich ärztlich verordnete Arzneimittel. Prinzipiell werden alle von Vertragsärzten verordneten Arzneimittel übernommen, es sei denn diese sind ausdrücklich von der Leistungspflicht ausgenommen¹⁵. Von der Leistungspflicht ausgenommen sind insbesondere die Kosten für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel¹⁶. Es gibt jedoch Ausnahmen, insbesondere für Kinder unter 12 Jahren, Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum 18. Lebensjahr oder bei Arzneimitteln, die Therapiestandard bei schwerwiegenden Erkrankungen sind. In diesen Fällen werden die Kosten für verordnete Arzneimittel übernommen, auch wenn sie nicht verschreibungspflichtig sind.

Die Versicherten zahlen für jedes verschreibungspflichtige zu Lasten der GKV verordnete Arzneimittel pro Packung 10 % des Verkaufspreises, höchstens 10 € und mindestens 5 € als Zuzahlung. Die Zuzahlung beträgt jedoch nie mehr als die tatsächlichen Kosten des Arzneimittels. In Tabelle 3 werden Beispiele aufgeführt.

Tabelle 3: Rechenbeispiele für die in Deutschland geltende Zuzahlung

Preis des Arzneimittels	Zuzahlung
75 €	7,50 € (10 %)
400 €	10 € (10 % + Deckelung auf 10 €)
10 €	5 € (10 % + Mindestzuzahlung von 5 €)
4,75 €	4,75 € (10 % + keine Überschreitung des Preises des Arzneimittels)

¹⁴ Im Jahr 2019 liegt die Beitragsbemessungsgrenze bei 4.537,50 € im Monat.

¹⁵ Die Kosten für solche Arzneimittel können trotzdem (auf freiwilliger Basis) von bestimmten Kassen übernommen werden.

¹⁶ Dies betrifft zum Beispiel sogenannte Bagatellarzneimittel (Schmerzmittel für Kopfschmerzen, Erkältung etc.).

Bei vielen Arzneimittelgruppen werden vom Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen (GKV-SV) Höchstbeträge für die Erstattung festgelegt. Es sind die sogenannten Festbeträge. Sollte der Verkaufspreis des Arzneimittels den Festbetrag überschreiten, zahlt der Patient/die Patientin den Differenzbetrag zusätzlich zur normalen Zuzahlung (s. Tabelle 4). Am 1. Januar 2019 gab es 5 402 aufzahlungspflichtige Arzneimittel. Dies entspricht 15,6 % aller Arzneimittel des Festbetragsmarkts¹⁷.

Tabelle 4: Rechenbeispiel im Falle eines aufzahlungspflichtigen Arzneimittels

Preis des Arzneimittels	Festbetrag	Zuzahlung
400 €	350 €	10 € (maximale Zuzahlung) + 50 € (Differenz zwischen Preis und Festbetrag) = 60 €

In bestimmten Fällen kann der Patient/die Patientin ganz oder teilweise von der oben genannten Zuzahlung befreit werden:

- Jugendliche unter 18 Jahren sind von der Zuzahlung befreit;
- Beim Erwerb von Arzneimittel im Zusammenhang mit Schwangerschaft oder Geburt entfällt die Zuzahlung;
- Belastungsgrenze (§ 62 SGB V): Die von den Versicherten zu tragenden Zuzahlungen unterliegen einem jährlichen Höchstbetrag. Diese Deckelung berücksichtigt nicht nur Zuzahlungen für Arzneimittel, sondern auch der Eigenanteil für stationäre Behandlungen und die Zuzahlungen bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege. Die Belastungsgrenze beträgt 1 % des Bruttoeinkommens bei Personen mit chronischen Erkrankungen und 2 % des Bruttoeinkommens für sonstige Versicherte. Um von dieser Maßnahme zu profitieren, müssen die Versicherten sich eine Bescheinigung durch ihre Krankenkasse ausstellen lassen;
- Viele Arzneimittel sind von der Zuzahlung befreit. Betroffen sind zwei Arten von Arzneimitteln:
 - Arzneimittel, bei denen der Herstellerabgabepreis ohne MwSt. mindestens 30 % unter dem Festbetrag (siehe oben) liegt, wenn daraus

¹⁷ Quelle: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/zuzahlung-und-erstattung-arzneimittel.html>

Einsparungen zu erwarten sind. Es kann sich dabei um Generika oder Originalpräparate handeln. Die betroffenen Arzneimittel werden auf einer regelmäßig aktualisierten und für alle Kassen geltenden Liste aufgeführt. Im Januar 2019 standen über 4000 Medikamente auf dieser Liste¹⁸.

- Arzneimittel, für die eine Krankenkasse mit einem Arzneimittelhersteller Preisrabatte ausgehandelt hat. Durch solche Rabattverträge können die Kassen bei den Arzneimittelkosten sparen. Die Einsparungen können an die Versicherten in Form von teilweisen oder vollständigen Zuzahlungsbefreiungen für diese Arzneimittel weitergegeben werden. Seit dem Jahr 2007 sind Apotheken dazu verpflichtet, bevorzugt rabattbegünstigte Arzneimittel abzugeben, also ein vom Arzt/von der Ärztin verordnetes Arzneimittel gegen das Präparat eines Herstellers auszutauschen, mit dem die Krankenkasse einen Rabattvertrag hat. Der Arzt/die Ärztin kann allerdings den Austausch auch ausschließen (Beispiel Unverträglichkeit oder unerwünschte Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln).

Wie oben erwähnt dürfen Apotheken im Rahmen des Notdienstes eine Notdienstgebühr erheben. Diese beträgt 2,50 € pro Person, unabhängig von der Anzahl an vorgelegten Rezepten. Sie wird von den Krankenkassen übernommen, wenn das Rezept außerhalb der üblichen Öffnungszeiten der Apotheken eingelöst wurde. Daneben muss eine der beiden folgenden Bedingungen erfüllt sein:

- Der Arzt/die Ärztin hat vermerkt, dass die Arzneimittel dringend benötigt werden (Ankreuzen des Noctu-Felds oder Vermerk „Noctu“);
- Der Patient/die Patientin löst das Rezept noch am Tag bzw. Wochenende der Ausstellung ein.

Beim Vorlegen des Rezeptes in der Apotheke müssen die Versicherten nicht in Vorleistung treten (Sachleistungsprinzip). Es sei darauf hingewiesen, dass in Deutschland die eGK (elektronische Gesundheitskarte) bei medizinischen Behandlungen (ambulant und stationär) zum Einsatz kommt, nicht aber in der Apotheke. Die ärztliche Verordnung reicht völlig aus um die darauf angegebenen

¹⁸ Quelle: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/zuzahlung-und-erstattung-arzneimittel.html>

Arzneimittel zu erhalten. Die Versicherten müssen nur die oben genannten Zuzahlungen entrichten. Nur wenn der/die Versicherte sich für ein anderes als das rabattierte Arzneimittel entscheidet, muss er/sie in Vorleistung treten und die Rechnung an seine/ihre Krankenkasse zur Erstattung einreichen. Vom Erstattungsbetrag wird auf Basis von § 13 (4) SGB V eine Pauschale für entgangene Vertragsrabatte (mangelnde Wirtschaftlichkeitsprüfung) und Verwaltungskosten (Verwaltungskostenabschlag) abgezogen. Mit einer Gesetzesänderung in Mai 2019 wurde in §13 (4) SGB V festgelegt, dass der Verwaltungskostenabschlag höchstens 5 % des Erstattungsbetrags betragen soll. Den Krankenkassen steht es frei einen geringeren Prozentsatz anzuwenden. Sie können auch einen Höchstbetrag von beispielweise 50 € vorsehen.

3.1.3. In der Schweiz

Das schweizerische Krankenversicherungssystem ist in zwei Ebenen organisiert. Zunächst gibt es die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP). Hierbei handelt es sich um eine obligatorische Grundversicherung, in deren Rahmen alle Krankenversicherer¹⁹ den gleichen Grundleistungskatalog anbieten. Die Grundversicherung kann auf freiwilliger Basis durch eine Zusatzversicherung ergänzt werden.

Ein wesentliches Merkmal der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ist die Franchise. Die Franchise ist ein jährlicher Festbetrag, bis zu dem die Versicherten die Kosten für Behandlungen selbst tragen müssen. Damit werden die Kosten für Arzneimittel erst nach Überschreitung der Franchise von den Krankenversicherern übernommen. Die Franchise beträgt für Erwachsene mindestens 300 CHF pro Jahr (ordentliche Franchise). Die Versicherten können ihre Franchise jedoch erhöhen, um die Versicherungsprämie zu senken. Die Franchise kann gestaffelt bis zu einer Höhe von 2 500 CHF angehoben werden. Bei Minderjährigen wird keine Franchise verlangt. Es besteht aber die Möglichkeit, freiwillig eine Franchise abzuschließen, um die Versicherungsprämie zu reduzieren.

Nachdem die Franchise erreicht wurde, werden die Arzneimittelkosten von den Krankenversicherern nur dann übernommen, wenn das Arzneimittel ärztlich

¹⁹ In der Schweiz werden die Krankenkassen als „Versicherer“ oder „Krankenkassen“ bezeichnet.

verordnet wurde und auf der Liste der vergütungspflichtigen Spezialitäten (Spezialitätenliste / SL) aufgeführt ist. Die Kostenübernahme von Arzneimitteln der Spezialitätenliste kann auf bestimmte medizinische Indikationen oder mengenmäßig eingeschränkt werden (sogenannte Limitationen). Daneben werden auch die Kosten für ärztlich verordnete Präparate erstattet, die im Rahmen von Magistralrezepturen in der Apotheke hergestellt werden und deren Wirk- und Hilfsstoffe in der Arzneimittelliste mit Tarif (ALT) enthalten sind.

Die Kosten für Arzneimittel werden zu 90 % übernommen. Der Selbstbehalt²⁰ liegt somit bei 10 %. Der Selbstbehalt wird auf 20 % erhöht, wenn der/die Versicherte den Ersatz durch ein Generikum ohne medizinische Begründung ablehnt, bzw. wenn er/sie ein Arzneimittel wählt, dessen Preis deutlich über dem Durchschnittspreis liegt. Der Selbstbehalt ist bei Erwachsenen auf 700 CHF/Jahr und bei Kindern auf 350 CHF/Jahr gedeckelt. Schwangere sind ab der 13. Schwangerschaftswoche und bis acht Wochen nach der Geburt von der Franchise und vom Selbstbehalt befreit.

Die Arzneimittelkosten, die im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden, werden es eventuell von der Zusatzversicherung. Es gelten insbesondere folgende Einschränkungen:

- Die Kosten für Arzneimittel, die ohne Rezept gekauft werden²¹, werden weder von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung noch von Zusatzversicherungen übernommen. Allerdings räumen manche Apotheken den Versicherten bestimmter Versicherungsgesellschaften Rabatte ein;
- Die Kosten für Arzneimittel, die auf der Liste pharmazeutischer Präparate mit spezieller Verwendung (LPPV) stehen, wie etwa Appetithemmer, Diätprodukte, sogenannte Lifestyle-Medikamente und Präparate gegen Haarausfall werden von den Zusatzversicherungen nicht übernommen.

Wie oben bereits erwähnt (s. 1.3) wird in den Apotheken während dem Notfalldienst eine Notfallpauschale erhoben. Die Notfallpauschale wird in allen Kantonen auf Basis des Systems der leistungsorientierten Abgeltung (LOA Pharmasuisse) verrechnet²². Es handelt sich um eine Pauschale pro Rezept, die mit 16 Taxpunkten abgegolten

²⁰ Vgl. deutsche gesetzliche Zuzahlung.

²¹ Sogenannte OTC (over the counter)-Produkte.

²² Tarifvertrag LOA IV/1 (Vertrags-Nr. 20.500.1036Q) vom 1. Januar 2016 über die Leistungen von Apothekern/Apothekerinnen (Art. 46 KVG).

wird. Der Punktwert beläuft sich aktuell auf 1,05 CHF, sodass die Notfallpauschale im Jahr 2019 bei 17,30 CHF (inkl. MwSt.) liegt. Die Notfallpauschale wird von den Krankenkassen im Rahmen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) vollständig übernommen, sofern das Arzneimittel von einem/r Arzt/Ärztin verordnet wurde.

Sollte keine Verschreibung vorliegen, kann der/die Apotheker/in die Höhe der Notfallpauschale frei festlegen. Letztere beträgt dann häufig 20 CHF oder mehr. In diesem Fall erhalten Patienten/innen keine Erstattung.

Zum Zweck der Kostenübernahme legt der Patient/die Patientin seine/ihre Versicherungskarte vor. Es bestehen dann zwei Möglichkeiten:

- **System des Tiers garant:** Nach Art. 42 Absatz 1 KVG gilt das System des *Tiers garant*, sofern Versicherer und Leistungserbringer nichts anderes vereinbart haben. Der/die Versicherte tritt in Vorleistung und reicht die Rechnung anschließend beim Krankenversicherer zur Erstattung ein. Letzterer erstattet die Kosten (unter Abzug der Franchise und des Selbstbehaltes);
- **System des Tiers payant:** Nach Art 42 Absatz 2 KVG können Krankenversicherer und Leistungserbringer vereinbaren, dass der Leistungserbringer direkt mit dem Krankenversicherer abrechnet. Die Rechnung des Leistungserbringers geht direkt an den Krankenversicherer, der sie ihm vergütet. Danach stellt der Krankenversicherer dem/der Versicherten die Kostenbeteiligung in Rechnung (gesamte Kosten, wenn die Franchise noch nicht erreicht wurde; Selbstbehalt, wenn die Franchise schon erreicht wurde).

Bei der Arzneimittelabgabe in Apotheken hat sich das System des *Tiers payant* etabliert.

3.2. Kostenübernahme von Arzneimitteln im grenzüberschreitenden Kontext

Beim Erwerb von Arzneimitteln im Nachbarland ist der geltende rechtliche Rahmen – und damit die Bedingungen für die Kostenübernahme – je nach Situation des Patienten/der Patientin sehr unterschiedlich. Um festzulegen, welche Regeln Anwendung finden, sind insbesondere folgenden Aspekte relevant:

- Ist der Patient/die Patientin Grenzgänger/in (im Sinne der Krankenversicherung) oder nicht?
- Hat der Patient/die Patientin die Grenze gezielt überquert, um im Nachbarland medizinische Behandlungen in Anspruch zu nehmen und/oder Arzneimittel zu erwerben, oder handelt es sich um einen ungeplanten Erwerb von Arzneimitteln während einem vorübergehenden Aufenthalt im Nachbarland?
- In welchem Land ist der Patient/die Patientin versichert und in welchem Land hat er/sie die Arzneimittel erworben?

Die Bedingungen für die Kostenübernahme im grenzüberschreitenden Kontext werden anhand von drei Standardsituationen vorgestellt, die in der untenstehenden Tabelle beschrieben werden.

Bezeichnung der Standardsituation	Beschreibung der Standardsituation
<p>Standardsituation 1 „Geplante Behandlung“</p>	<p>Der Patient/die Patientin ist im Wohnsitzland versichert: Es handelt sich nicht um eine/n Grenzgänger/in bzw. um einen Angehörigen eines/r Grenzgängers/in.</p> <p>Der Patient/die Patientin überquert die Grenze, um im Nachbarland eine Behandlungsleistung in Anspruch zu nehmen und/oder Arzneimittel zu erwerben.</p> <p><u>Beispiele:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Patient/die Patientin erhielt eine Verordnung im Wohnsitzland und löst das Rezept im Nachbarland ein, beispielsweise, weil sich die am nächsten gelegene Notdienstapotheke im Nachbarland befindet; • Der Patient/die Patientin begibt sich ins Nachbarland, um eine/n Arzt/Ärztin aufzusuchen. Dieser/diese verschreibt Arzneimittel und die Person löst das Rezept in diesem Land ein.
<p>Standardsituation 2 „Ungeplante“</p>	<p>Der Patient/die Patientin ist im Wohnsitzland versichert: Es handelt sich nicht um eine/n Grenzgänger/in bzw. um einen Angehörigen eines/r Grenzgängers/in.</p>

<p>Behandlung“</p>	<p>Während sich die Person im Nachbarland vorübergehend aufhält, benötigt sie medizinische Behandlungen, die nicht bis zu ihrer Rückkehr ins Wohnsitzland aufgeschoben werden können. Die Behandlung bzw. der Erwerb von Medikamenten ist nicht der Grund des Aufenthalts. Zum Beispiel: plötzlich eintretende Erkrankung/Unfall oder notwendige Fortsetzung einer Behandlung während des Aufenthaltes (Behandlung von chronisch erkrankten Patienten/innen; Leistungen in Zusammenhang mit einer Schwangerschaft oder einer Entbindung, etc.).</p> <p><u>Beispiel:</u> Eine Person, die im Nachbarland Einkäufe erledigt oder Urlaub macht. Die Person verletzt sich und wendet sich vor Ort an eine/n Arzt/Ärztin bzw. ein Krankenhaus. Anschließend geht sie in eine Apotheke in diesem Land, um das Rezept einzulösen.</p>
<p>Standardsituation 3 „Grenzgänger/innen“</p>	<p>Für Grenzgänger/innen und ihren Angehörigen gelten in der Regel spezifische Bedingungen, die im Rahmen der Standardsituation 3 gesondert dargestellt werden.</p>

In der Analyse der drei Standardsituationen werden wir uns vor allem mit folgenden Fragen beschäftigen:

- Verfahren der Kostenübernahme: insbesondere die Frage, ob der Patient/die Patientin in Vorleistung treten muss oder nicht;
- Berechnung der Kostenübernahme: insbesondere die Frage, ob die Erstattung nach den Vertragssätzen des Versicherungslandes oder nach den Vertragssätzen des Behandlungslandes erfolgt.

Dabei wird sowohl auf den rechtlichen Rahmen als auch auf die Umsetzung in der Praxis eingegangen. Die Besonderheiten in den jeweiligen Ländern werden ebenfalls berücksichtigt. Die Ausführungen gelten allgemein für den Erwerb von Arzneimitteln im Nachbarland, unabhängig davon, ob sich der Patient/die Patientin an eine Notdienstapotheke wendet oder nicht.

Die Kostenübernahme von Arzneimitteln im grenzüberschreitenden Kontext ist ein sehr komplexes Thema, zum einen weil je nach Situation unterschiedliche

Regelungen Anwendung finden, zum anderen weil in der Detailbetrachtung viele Besonderheiten auftauchen. Aufgrund dieser Komplexität haben wir uns in diesem Teil bemüht, den unterschiedlichen Informationsbedarfen der Leser/innen gerecht zu werden:

- Für den eiligen Leser/die eilige Leserin befindet sich am Anfang jedes Kapitels ein Kasten mit der Beschreibung der Standardsituation und einer kurzen Zusammenfassung der geltenden Bedingungen für die Kostenübernahme;
- Für die Leser/innen, die sich mit der Thematik vertieft beschäftigen möchten, werden im Fließtext die Bedingungen für die Kostenübernahme im Detail analysiert.

3.2.1. Standardsituation 1: „Geplante Behandlung“

Beschreibung der Standardsituation 1

Der Patient/die Patientin ist im Wohnsitzland versichert: Es handelt sich nicht um eine/n Grenzgänger/in bzw. um einen Angehörigen eines/r Grenzgängers/in.

Der Patient/die Patientin überquert die Grenze, um im Nachbarland eine Behandlungsleistung in Anspruch zu nehmen und/oder Arzneimittel zu erwerben.

Beispiele:

- Der Patient/die Patientin erhielt eine Verordnung im Wohnsitzland und löst das Rezept im Nachbarland ein, beispielsweise weil sich die am nächsten gelegene Notdienstapotheke im Nachbarland befindet;
- Der Patient/die Patientin begibt sich ins Nachbarland, um eine/n Arzt/Ärztin aufzusuchen. Dieser/diese verschreibt Arzneimittel und die Person löst das Rezept in diesem Land ein.

Zusammenfassung der geltenden Bedingungen für die Kostenübernahme

Vorleistung und anschließende Erstattung durch die Kasse des Patienten/der Patientin;

Erstattung nach den Vorschriften und den Tarifen des Versicherungslandes.

Ausnahme für die französischen Versicherten in der Schweiz sowie für die schweizerischen Versicherten in Frankreich und in Deutschland: Prinzipiell keine Erstattung möglich.

Für die Standardsituation 1 („geplante Behandlung“) wird der rechtliche Rahmen in der Europäischen Union durch die Richtlinie 2011/24/EU festgelegt. Allerdings gilt diese Richtlinie nicht für die schweizerische Grenze. Daher werden die deutsch-französische Grenze (Abschnitt a) und die Grenze mit der Schweiz (Abschnitt b) getrennt behandelt.

a) Bedingungen für die Kostenübernahme an der deutsch-französischen Grenze

Hinsichtlich des Verfahrens der Kostenübernahme muss der Patient/die Patientin gemäß der Richtlinie 2011/24/EU in Vorleistung treten und anschließend die Erstattung der Kosten bei seiner/ihrer Krankenversicherung beantragen. In der Praxis geschieht dies folgendermaßen:

- Die französischen Versicherten müssen das Formular S3125 (Formular für die Erstattung von Behandlungen im Ausland) ausfüllen und dieses zusammen mit dem Originalbeleg der Rechnung und dem Rezept²³ bei ihrer Krankenkasse einreichen. Die Anträge auf Erstattung werden zentral durch das in Vannes (Bretagne) ansässige *Centre national des soins à l'étranger* (CNSE) bearbeitet;
- Die deutschen Versicherten übermitteln den Behandlungsvordruck des/der Apothekers/in (*feuilles de soins*) sowie das Rezept des Arztes/der Ärztin an ihre Krankenkasse. Dies kann per Post, digital (über gesicherte Plattformen der Krankenkassen) oder durch persönliche Einreichung in einem Kundencenter (je nach Krankenkasse) erfolgen. Bei einigen Krankenkassen müssen die Originalbelege eingereicht werden, bei anderen Krankenkassen ist eine Kopie der *feuille de soins* und des Rezeptes ausreichend. Bestimmte Kassen sehen ein spezifisches Formular für die Erstattung vor, andere nicht. Die Erstattungsanträge werden individuell von den jeweiligen Krankenkassen bearbeitet.

Die Kostenübernahme erfolgt gemäß den Vorschriften und den Tarifen des Versicherungslandes. Konkret bedeutet dies, dass die Kostenerstattung den

²³Bezüglich des Rezeptes: eine Kopie reicht, wenn der Apotheker/die Apothekerin den Originalbeleg beibehalten hat bzw. wenn der/die Versicherte den Originalbeleg noch braucht.

allgemeinen Bedingungen der Kostenerstattung (Erstattungssatz, Zuzahlung, usw.) des Versicherungslandes unterliegt und dass der Preis des Arzneimittels im Versicherungsland als Erstattungsgrundlage herangezogen wird. Es gibt jedoch zwei Ausnahmen:

- Bei französischen Versicherten wird die Eigenbeteiligung von 0,50 € pro Arzneimittelpackung (siehe 3.1.1.) nicht angewendet, was den Patienten/innen zugutekommt;
- Für französische Versicherte wird beim Erwerb von Arzneimitteln im Ausland die Notdienstgebühr nicht erstattet, obwohl sie beim Erwerb von Arzneimitteln im eigenen Land erstattet wird. Für die deutschen Versicherten hingegen werden die im Ausland angefallenen Notdienstgebühren bis zu 2,50 € (Höhe der Notdienstgebühr in Deutschland) erstattet, wenn die in Deutschland geltenden Voraussetzungen (Vermerk „Noctu“, usw., vgl. 3.1.2.) erfüllt sind.

An dieser Stelle sei auf folgende Aspekte hingewiesen:

- Wenn der Preis des Arzneimittels im Nachbarland höher ist als im Versicherungsland, muss der Patient/die Patientin selbst für den Preisunterschied aufkommen, da der Preis des Arzneimittels im Versicherungsland als Erstattungsgrundlage dient;
- Wenn die Kosten für ein Arzneimittel im Versicherungsland nicht übernommen werden, werden sie es auch nicht bei einem Erwerb des Arzneimittels im Ausland. Beispielsweise sind in Deutschland die Kosten für Arzneimittel zur Behandlung von Erkältung oder Kopfschmerzen bei gesetzlich Versicherten (in der Regel) nicht erstattungsfähig. Deutsche Versicherte, die solche Arzneimittel in Frankreich kaufen, können diese daher nicht durch ihre Kasse erstatten lassen;
- Die deutschen Krankenkassen erheben auf Basis des §13 (4) SGB V einen Verwaltungskostenabschlag für die Bearbeitung von Kostenerstattungen (s. 3.1.2.). Dies gilt auch für die Erstattung der im Ausland anfallenden Kosten. Mit einer Gesetzesänderung in Mai 2019 wurde in §13 (4) SGB V festgelegt, dass der Verwaltungskostenabschlag höchstens 5 % des Erstattungsbetrages betragen soll. Den Krankenkassen steht es frei, einen geringeren Prozentsatz

anzuwenden. Sie können auch einen Höchstbetrag von beispielweise 50 € vorsehen;

- Wie bereits in Teil 3.1.2. erwähnt, werden in Deutschland bestimmte Arzneimittel vollständig oder teilweise von der Zuzahlung befreit (Arzneimittel, bei denen der Herstellungspreis mindestens 30 % unter dem Festbetrag liegt; rabattbegünstigte Arzneimittel). Beim Erwerb von Arzneimitteln im Ausland können diese Befreiungen nicht angewendet werden;
- Für die französischen Versicherten: Nur wenn die *Assurance maladie* die Kosten übernimmt, gewähren die Zusatzversicherungen eine (ergänzende) Kostenübernahme. Auch hier dienen die französischen Tarife als Erstattungsgrundlage.

Für die französischen Versicherten erfolgt die Erstattung in der Regel innerhalb eines Monats nach Eingang des Erstattungsantrages beim *Centre National des Soins à l'étranger* (CNSE). Auf deutscher Seite liegt die Bearbeitungszeit für die Erstattung in der Regel bei nur wenigen Tagen, je nach Krankenkasse. In bestimmten Fällen (zum Beispiel unvollständige Erstattungsanfrage; Übersetzungsbedarf; unbekanntes Arzneimittel) kann es wegen erhöhtem Aufwand zu Verzögerungen bei der Erstattung kommen. Wenn eine Übersetzung notwendig ist, werden diese auf französischer Seite vom CLEISS (*Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité sociale*) übernommen. Für den Patienten/die Patientin fallen keine Kosten an. Auf deutscher Seite greifen die Kassen in der Regel auf externe Übersetzungsbüros zurück. Je nach Kasse werden die anfallenden Kosten dem Patienten/der Patientin in Rechnung gestellt. Die Kosten bleiben moderat, da es sich nicht um beglaubigte Übersetzungen handelt.

b) Bedingungen für die Kostenübernahme an der Grenze mit der Schweiz

Wie bereits eingangs erwähnt, hat die Schweiz die Richtlinie 2011/24/EU nicht unterzeichnet, sodass diese an der Schweizer Grenze keine Anwendung findet. Daraus ergeben sich im Rahmen der Standardsituation 1 („geplante Behandlung“) folgende Kostenübernahmebedingungen:

- Beim Erwerb von Arzneimitteln in der Schweiz haben deutsche Versicherte einen Anspruch auf Kostenerstattung nach den deutschen Vertragssätzen auf Basis des § 13 (4) SGB V. Es wird ein Verwaltungskostenabschlag erhoben. Es ist nicht möglich, von den Zuzahlungsbefreiungen, die in Deutschland gelten (Zuzahlungsbefreiung für Arzneimittel, deren Herstellungspreis mindestens 30 % unter dem Festbetrag liegt; Zuzahlungsbefreiung für rabattbegünstigte Arzneimittel), zu profitieren;
- Beim Erwerb von Arzneimitteln in der Schweiz haben französische Versicherte keinen Anspruch auf Kostenerstattung durch ihre Krankenkasse;
- Schweizer Versicherte haben keinen Anspruch auf Kostenerstattung für Arzneimittel, die in Frankreich oder in Deutschland erworben werden. Aufgrund des Territorialitätsprinzips (Artikel 34 KVG) sind die Kosten für im Ausland erworbene Arzneimittel nur bei ungeplanten Behandlungen erstattungsfähig. Bis vor kurzem haben zahlreiche Krankenversicherer trotz Gesetz auch bei geplanten Behandlungen die Kosten für im Ausland erworbene Arzneimittel übernommen. Voraussetzung war ein Rezept eines/einer Schweizer Arztes/Ärztin für ein Arzneimittel, das in der Schweiz zugelassen ist. Zudem durfte das Präparat im Ausland nicht teurer sein als in der Schweiz. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG), welches für die Beaufsichtigung der Krankenversicherer zuständig ist, hat aber im Sommer 2018 eine Weisung erlassen, diese Kostenübernahmen umgehend einzustellen. Aktuell wird in der Schweiz über eine Lockerung des Gesetzes (zumindest in Bezug auf die Arzneimittel) diskutiert.

3.2.2. Standardsituation 2: „Ungeplante Behandlungen“

Beschreibung der Standardsituation 2

Der Patient/die Patientin ist im Wohnsitzland versichert: Es handelt sich nicht um eine/n Grenzgänger/in beziehungsweise um einen Angehörigen eines/r Grenzgängers/in.

Während sich die Person im Nachbarland vorübergehend aufhält, benötigt sie medizinische Behandlungen, die nicht bis zu ihrer Rückkehr ins Wohnsitzland aufgeschoben werden können. Die Behandlung bzw. der Erwerb von Medikamenten ist nicht der Grund des Aufenthalts. Zum Beispiel: plötzlich eintretende Erkrankung/Unfall oder notwendige Fortsetzung einer Behandlung während des Aufenthaltes (Behandlung von chronisch erkrankten Patienten/innen; Leistungen in Zusammenhang mit einer Schwangerschaft oder einer Entbindung, etc.).

Beispiel: Eine Person, die im Nachbarland Einkäufe erledigt oder Urlaub macht. Die Person verletzt sich und wendet sich vor Ort an eine/n Arzt/Ärztin bzw. ein Krankenhaus. Anschließend geht sie in eine Apotheke in diesem Land, um das Rezept einzulösen.

Zusammenfassung der geltenden Bedingungen für die Kostenübernahme

Die Verordnung EG Nr. 883/2004 sieht vor, dass bei Verwendung der Europäischen Versicherungskarte (EHIC) die Person wie die gesetzlich Versicherten des Behandlungslandes behandelt wird. Dies gilt für:

- das Verfahren der Kostenerstattung (je nach Behandlungsland muss die Person in Vorleistung treten oder nicht);
- die Berechnung der Kostenerstattung (Erstattung nach den Vertragssätzen des Behandlungslandes).

In der Praxis stellt man jedoch fest, dass eine direkte Kostenübernahme durch die EHIC in Frankreich und in der Schweiz in der Regel nicht möglich ist.

Wenn die EHIC nicht verwendet wird:

- Der Patient/die Patientin tritt in Vorleistung;
- Zwei Möglichkeiten für die Kostenerstattung:
 - Erstattungsanfrage bei der eigenen Krankenkasse beziehungsweise bei einer aushelfenden Kasse im Behandlungsland (welche wiederum die Kosten bei der Kasse des Patienten/der Patientin zurückfordert) → Kostenerstattung nach den Vorschriften und den Tarifen des Behandlungslandes;
 - Erstattungsanfrage bei der eigenen Krankenkasse im Versicherungsland → Wahlmöglichkeit zwischen der Anwendung der Vertragssätze des Behandlungslandes oder der Anwendung der Vertragssätze des Versicherungslandes.

Siehe auch Schema 2

Bei der Standardsituation 2 („Ungeplante Behandlungen“) wird der rechtliche Rahmen durch die Verordnungen EG Nr. 883/2004 (Artikel 19) und EG Nr. 987/2009 (Artikel 25) festgelegt. Diese Verordnungen gelten im gesamten Gebiet der Europäischen Union, dem Europäischen Wirtschaftsraum und der Schweiz.

Die europäischen Verordnungen sehen eine Kostenübernahme der Arzneimittel auf Rechnung der Krankenkasse des/der Versicherten vor. Die konkreten Modalitäten der Kostenübernahme hängen von verschiedenen Faktoren ab, und insbesondere davon, ob die europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) verwendet wurde (Abschnitt a) oder nicht (Abschnitt b). An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass die EHIC normalerweise nur im Rahmen von ungeplanten Behandlungen während eines vorübergehenden Aufenthalts im Ausland verwendet werden darf.

a) Verwendung der Europäischen Krankenversicherungskarte

Laut der Verordnung EG Nr. 883/2004 gelten für die Kostenübernahme bei Verwendung der EHIC die Vorschriften und die Tarife des Behandlungslandes²⁴. Der Patient/die Patientin wird somit wie die Versicherten des Behandlungslandes behandelt. Dies gilt für:

- das Verfahren der Kostenerstattung (je nach Behandlungsland muss die Person in Vorleistung treten oder nicht);
- die Berechnung der Kostenerstattung (Erstattung nach den Vertragssätzen des Behandlungslandes).

Jedoch stellt man Diskrepanzen zwischen Theorie und Praxis fest.

In Frankreich müssen die französischen Versicherten in der Regel nicht in Vorleistung treten, wenn sie ihre Versichertenkarte vorlegen (s. 3.1.1.). Von daher müssten die deutschen und schweizerischen Versicherten in Anwendung der Verordnung Nr. 883/2004 beim Vorlegen der EHIC normalerweise nicht in Vorleistung treten. In der Praxis stellt man jedoch fest, dass die EHIC in den französischen Apotheken in der Regel nicht angenommen wird. Die Patienten/innen

²⁴ Die Provisorische Ersatzbescheinigung der EHIC kann genauso wie die EHIC verwendet werden. Im Rahmen dieser Studie wird zum Zweck einer besseren Lesbarkeit nur von der EHIC gesprochen.

müssen zunächst in Vorleistung treten und anschliessend einen Ersatzungsantrag stellen. Das genaue Verfahren wird unter Punkt b) näher beschrieben.

In Deutschland müssen die deutschen Versicherten beim Vorlegen des Rezeptes nicht in Vorleistung treten (Sachleistungsprinzip). In der Apotheke kommt die eGK (elektronische Gesundheitskarte) nicht zum Einsatz: Die ärztliche Verordnung reicht völlig aus, um die darauf angegebenen Arzneimittel zu erhalten (s. 3.1.2). Dies gilt auch für die französischen und schweizerischen Versicherten, die im Rahmen einer ungeplanten Behandlung ein Rezept in Deutschland einlösen: Die EHIC kommt nur beim Arzt/bei der Ärztin zum Einsatz. Beim Arzt/bei der Ärztin muss der Patient/die Patientin eine deutsche Krankenkasse wählen, die die Rolle der „aushelfenden Kasse“ übernimmt. Das Rezept wird ausgestellt, als wäre der Patient/die Patientin bei der aushelfenden Kasse versichert. In der Apotheke braucht diese Person nicht ihre EHIC vorzulegen: Die ärztliche Verordnung beinhaltet schon alle notwendigen Angaben. Die Apotheke rechnet die Kosten für die Arzneimittel mit der aushelfenden Kasse direkt ab. Die Kasse übernimmt die Kosten nach den deutschen Vertragsätzen. Im Nachgang fordert die deutsche Kasse die Kosten für die Behandlung beim Arzt/bei der Ärztin sowie für die Arzneimittel bei der Kasse des Patienten/der Patientin (durch die nationalen Verbindungsstellen) zurück. Der Patient/die Patientin zahlt nur die Kosten, die von der deutschen Krankenkasse nicht übernommen werden (Zuzahlung). Für die Schweizer Versicherten wird die Kostenbeteiligung nicht an die Franchise in der Schweiz angerechnet.

In der Schweiz erfolgt die Kostenübernahme für die Schweizer Versicherten entweder nach dem System des *Tiers garant* (der/die Versicherte tritt in Vorleistung) oder nach dem System des *Tiers payant* (direkte Abrechnung mit dem Krankenversicherer). Das System des *Tiers payant* hat sich weitgehend durchgesetzt, wobei die Anwendung dieses Systems eine Vereinbarung zwischen dem Leistungserbringer und dem Krankenversicherer voraussetzt: Ohne Vereinbarung gilt das System des *Tiers garant* (s. 3.1.3). Für die deutschen und französischen Versicherten, die im Rahmen einer ungeplanten Behandlung ein Rezept in der Schweiz einlösen, gelten dieselben Regeln. In der Praxis müssen diese Patienten/innen auch bei Vorlage der EHIC meistens in Vorleistung treten, da in der Regel keine Vereinbarung über die Anwendung des *Tiers-Payant* abgeschlossen wurde. Die Patienten/innen müssen zunächst in Vorleistung treten

und anschliessend einen Ersatzantrag stellen. Das genaue Verfahren wird unter Punkt b) näher beschrieben.

Wenn das Arzneimittel im Behandlungsland nicht erstattungsfähig ist, werden die Kosten nicht übernommen, selbst wenn das Arzneimittel im Versicherungsland erstattungsfähig ist. Auch der gegenteilige Fall gilt: selbst wenn das Arzneimittel im Versicherungsland nicht erstattungsfähig ist, hat der Patient/die Patientin Anspruch auf eine Kostenübernahme, wenn das Arzneimittel im Behandlungsland erstattungsfähig ist.

b) Keine Verwendung der Europäischen Krankenversicherungskarte

In bestimmten Situationen kann die EHIC nicht verwendet werden; der Patient/die Patientin muss dann in Vorleistung treten. Dies gilt insbesondere in den folgenden Fällen:

- Wenn der Patient/die Patientin die EHIC nicht bei sich trägt beziehungsweise wenn diese nicht mehr gültig ist – wobei die Möglichkeit besteht, die Krankenkasse des Patienten/der Patientin zum Zweck der Übermittlung einer Provisorischen Ersatzbescheinigung per Email oder per Fax zu kontaktieren;
- Wenn die EHIC vom Leistungserbringer ordnungswidrig nicht angenommen wird. Wie oben erwähnt wird die EHIC in den französischen Apotheken in der Regel nicht angenommen;
- In der Schweiz müssen die französischen und die deutschen Versicherten (auch bei Vorlage der EHIC) meistens in Vorleistung treten, da die Anwendung des Systems des *Tiers payant* nur bei vorherigem Abschluss einer Vereinbarung möglich ist.
- Wenn der Patient/die Patientin den Ersatz mit einem Generikum (Frankreich) beziehungsweise mit einem rabattbegünstigten Arzneimittel (Deutschland) ablehnt, muss er/sie in Vorleistung treten.

Für die Erstattung gibt es zwei Optionen: Der Patient/die Patientin kann sich entweder an einer Kasse des Behandlungslandes als „aushelfende Kasse“ (Option 1) oder an seine/ihre eigene Kasse im Versicherungsland (Option 2) wenden:

- **Option 1:** Der Patient/die Patientin beantragt die Erstattung bei einer Kasse des Behandlungslandes (Artikel 25 Absatz 4 der Verordnung EG Nr. 987/2009). Diese Kasse erstattet die Kosten in ihrer Rolle als „aushelfende Kasse“ und fordert im Nachgang die Kosten an die Kasse des/der Versicherten (durch die nationalen Verbindungsstellen) zurück. Die Option wird selten genutzt: In der Regel wendet sich der Patient/die Patientin an seine/ihre eigenen Kasse.
 - Beim Erwerb von Arzneimitteln in Frankreich muss sich der Patient/die Patientin an die lokale zuständige *CPAM* wenden;
 - Beim Erwerb von Arzneimitteln in Deutschland, kann der Patient/die Patientin frei entscheiden, an welche der zahlreichen deutschen Krankenkassen er/sie sich für die Erstattung wendet;
 - Beim Erwerb von Arzneimitteln in der Schweiz muss sich der Patient/die Patientin an die Gemeinsame Einrichtung KVG wenden.

Für die Erstattung werden die Vertragssätze des Behandlungslandes angewendet. Der Patient/die Patientin wird wie eine versicherte Person des Behandlungslandes behandelt²⁵. Es sei an dieser Stelle angemerkt, dass die für die Schweizer Versicherten anfallenden Kosten nicht an die Franchise in der Schweiz angerechnet werden. Umgekehrt wird bei deutschen und französischen Versicherten, die ein Rezept in der Schweiz einlösen, eine Franchise in Höhe von 92 CHF je 30 Tage angewendet (s. Beispiele in der Tabelle 5).

Tabelle 5: Anwendung der Schweizer Franchise für deutsche und französische Versicherte (Beispiel)

Erwerb von Arzneimitteln	Berechnung des Erstattungsbetrags
1. Erwerb Preis des Arzneimittels: 50 CHF	Abzug der Franchise: Die Franchise (92 CHF) überschreitet den Preis des Arzneimittels (50 CHF). Aus diesem Grund werden die Kosten nicht erstattet. Bei einem weiteren Erwerb von Arzneimitteln in den nächsten 30 Tagen bleibt somit eine

²⁵ Die Bedingungen für die Kostenübernahme sind damit dieselben wie bei der Verwendung der EHIC, mit dem Unterschied, dass der Patient/die Patientin in Vorleistung treten muss.

	Franchise in Höhe von: 92 CHF - 50 CHF = 42 CHF. → Erstattungsbetrag: 0 CHF
2. Erwerb innerhalb der folgenden 30 Tagen Preis des Arzneimittels: 100 CHF	Abzug der verbleibenden Franchise: 100 CHF - 42 CHF = 58 CHF Abzug der Selbstbeteiligung in Höhe von 10 %: 58 CHF - 5,80 CHF = 52,20 CHF → Erstattungsbetrag: 52,20 CHF
3. Erwerb innerhalb der folgenden 30 Tagen Preis des Arzneimittels: 20 CHF	Abzug der Franchise: Die Franchise ist schon erreicht. Kein Abzug. Abzug der Selbstbeteiligung in Höhe von 10 %: 20 CHF - 2 CHF = 18 CHF → Erstattungsbetrag: 18 CHF

In allen drei Ländern erfolgt die Erstattung in der Regel in wenigen Tagen. Die Bearbeitungszeit kann in bestimmten Fällen länger sein, zum Beispiel bei unvollständigen Anträgen oder wenn eine Übersetzung nötig ist.

- **Option 2:** Der Patient/die Patientin beantragt die Erstattung bei der eigenen Kasse im Versicherungsland (Artikel 25, Absätze 5 und 6 der Verordnung EG Nr. 987/2009). Die Verordnung sieht in diesem Fall vor, dass der Patient/die Patientin zwischen zwei Möglichkeiten auswählen kann:
 - Option 2.1.: Erstattung gemäß den Vertragssätzen des Behandlungslandes. Der Patient/die Patientin wird also wie eine versicherte Person des Behandlungslandes behandelt²⁶;
 - Option 2.2.: Erstattung gemäß den Vertragssätzen des Versicherungslandes²⁷.

²⁶ Die Bedingungen für die Kostenübernahme sind damit dieselben wie bei der Verwendung der EHIC, mit dem Unterschied, dass der Patient/die Patientin in Vorleistung treten muss. Beim Einlösen eines Rezepts in der Schweiz wird auch hier eine Franchise in Höhe von 92 CHF je 30 Tage angewendet.

²⁷ In diesem Fall sind die Kostenübernahmebedingungen identisch mit denen, die in der Standardsituation 1 („Geplante Behandlung“) beschrieben wurden (siehe 3.2.1).

An dieser Stelle bietet sich ein Blick in die Praxis an. Im Falle eines Erstattungsantrages bei der eigenen Kasse im Versicherungsland (Option 2) ist es für den Patienten/die Patientin sehr schwierig zu wissen, welche Erstattungssätze (inländische oder ausländische) am günstigen sind. Ferner stellt man fest, dass die Erstattungsanträge in den jeweiligen Ländern zum Teil unterschiedlich abgewickelt werden.

Für die französischen Versicherten:

Die französischen Versicherten müssen das Formular S3125 ausfüllen und dieses zusammen mit der Rechnung und dem Rezept²⁸ an ihre Krankenkasse senden. Die Anträge werden zentral durch das *Centre national des soins à l'étranger* (CNSE) bearbeitet. Im Formular müssen die Versicherten ankreuzen, ob sie sich eine Erstattung nach den Vertragssätzen des Behandlungslandes oder nach den Vertragssätzen des Versicherungslandes wünschen. Sie bekommen die Kosten dementsprechend erstattet. Sollte der/die Versicherte nichts ankreuzen, werden automatisch die Vertragssätze des Behandlungslandes angewendet. Für den/der Versicherten ist es schwierig eine informierte Entscheidung zu treffen:

- Aus rein finanzieller Sicht weiß der/die Versicherte nicht, welche Option vorteilhafter ist, da er/sie weder die französischen noch die ausländischen Vertragssätze kennt;
- Dem/der Versicherten ist meist nicht bekannt, dass wenn er/sie sich für die ausländischen Vertragssätze entscheidet, die Bearbeitung des Erstattungsantrags viel länger dauern wird (mehrere Monate), da die zuständige Behörde (CNSE) eine Anfrage an der im Behandlungsland zuständigen Behörde stellen muss, um die in diesem Land geltenden Vertragssätze zu ermitteln;
- Wenn der/die Versicherte seine/ihre Kasse bzw. den CLEISS – welches die Rolle als Nationale Kontaktstelle (NKS) einnimmt – kontaktiert, erhält er/sie nur allgemeine Informationen. Weder die Kasse noch das CLEISS sind in der Lage, dem Patienten/der Patientin die vorteilhaftere Option zu nennen, da sie die im Behandlungsland geltenden Vertragssätze nicht im

²⁸ Für die Rechnung: Originalbeleg. Für das Rezept: Originalbeleg oder Kopie falls der Patient/die Patientin den Originalbeleg noch braucht bzw. wenn der/die Apotheker/in diesen noch braucht

Detail kennen. Die Bereitstellung von detaillierten Informationen würde erfordern, dass für jeden Einzelfall Anfragen an die zuständige Behörde des betroffenen Landes gestellt werden, um die dortigen Vertragssätze zu ermitteln. Hinzu kommt, dass die Zeit für die Beantwortung derartiger Anfragen je nach Land sehr lang sein kann.

Nach Angaben des CNSE kreuzen die meisten Versicherten beim Ausfüllen des Formulars 3125 nichts an. Standardmäßig erfolgt die Erstattung dann nach den Vertragssätzen des Behandlungslandes. Wenn der/die Versicherte eine Auswahl trifft, entscheidet er/sie sich meistens – nach Angaben der CNSE – für eine Erstattung nach den französischen Vertragssätzen. Es ist anzunehmen, dass der/die Versicherte bei dieser Entscheidung davon ausgeht, dass seine/ihre Kosten „wie bei Behandlungen in Frankreich“ (nahezu) komplett erstattet werden. Jedoch ist diese Wahl nicht unbedingt die vorteilhafteste Option:

- Erwerb von Arzneimitteln in Deutschland: Da die Arzneimittelpreise in Deutschland in der Regel höher sind als in Frankreich, ist eine Erstattung nach den deutschen Vertragssätzen a priori vorteilhafter (zumindest unter rein finanziellen Gesichtspunkten). Die Wahl der französischen Erstattungsgrundlage wird für die Versicherten wahrscheinlich mit höheren Kosten verbunden sein;
- Erwerb von Arzneimitteln in der Schweiz: Wenn die Person die Erstattung nach den Schweizer Vertragssätzen beantragt, wird die Franchise in Höhe von 92 CHF je 30 Tage verwendet. Von daher ist die Wahl der französischen Erstattungsgrundlage a priori vorteilhafter.

Darüber hinaus ist es für die Versicherten, die mit der Höhe des Erstattungsbetrages nicht einverstanden sind, nicht mehr möglich, im Nachhinein die Wahl der Erstattungsgrundlage zu ändern.

Für die deutschen Versicherten:

Deutsche Versicherte übermitteln die Rechnung (beziehungsweise die *feuille de soins*) und das Rezept des Arztes/der Ärztin an ihre Krankenkasse. Dies kann per Post, digital (über gesicherte Plattformen der Krankenkassen) oder durch persönliche Einreichung in einem Kundencenter (je nach Krankenkasse) erfolgen. Bei einigen

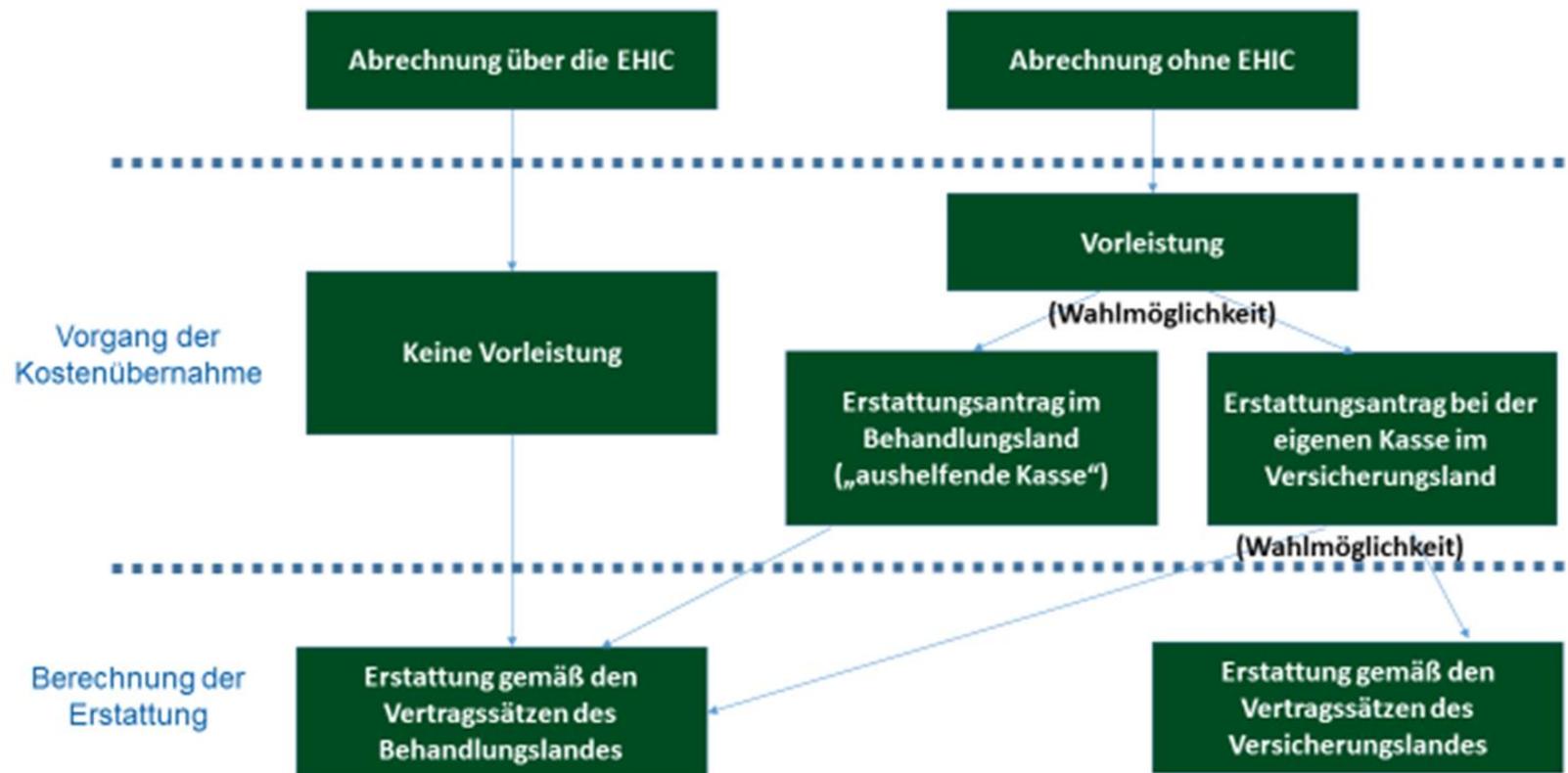
Krankenkassen müssen die Originalbelege eingereicht werden, bei anderen Krankenkassen ist eine Kopie der Rechnung/*feuille de soins* und des Rezeptes ausreichend. Die Erstattungsanträge werden individuell von den jeweiligen Krankenkassen bearbeitet. Der/die Versicherte wählt zwischen einer Erstattung nach den deutschen oder nach den ausländischen Vertragssätzen. Bestimmte Kassen sehen hierfür ein spezifisches Formular vor, andere nicht. In der Regel gibt die Kasse den Hinweis, dass bei einer Erstattung nach ausländischen Vertragssätzen erst eine Anfrage bei einer Krankenkasse im Behandlungsland gestellt werden muss, um die erstattungsfähigen Sätze zu ermitteln und dass dies zu langen Wartezeiten führen kann. Sollte sich der/die Versicherte für die ausländischen Vertragssätze entscheiden, und nach mehreren Erinnerungen keine Antwort aus dem Ausland eintrifft, so erhält der/die Versicherte die deutschen Sätze zurückerstattet. Ist der Betrag der ausländischen Sätze weit unter dem Gesamtbetrag, wird in der Regel eine Vergleichsrechnung mit deutschen Sätzen durchgeführt. Die Kasse wendet dann die deutschen Sätze an, wenn diese vorteilhafter sind. Nach Angaben der befragten Krankenkassen werden in den meisten Fällen (bis zu einem bestimmten Betrag) die Kosten ohne aufwendige Prüfung nahezu vollständig (außer die in Deutschland geltenden Eigenanteile & Zuzahlungen) erstattet.

Für die schweizerischen Versicherten:

Für die Erstattung reichen die Schweizer Versicherten die Rechnung (beziehungsweise die *feuille de soins*) der Apotheke sowie das Rezept des Arztes/der Ärztin bei ihrer Krankenkasse ein²⁹. Einige Krankenkassen versenden zusätzlich einen Fragebogen, falls noch weitere Angaben zur Behandlung benötigt werden. Wenn der/die Versicherte damit einverstanden ist, werden die Kosten nach schweizerischen Tarifen erstattet, andernfalls richtet sich die Erstattung nach den Tarifen des Behandlungsstaats. Eine Erstattung nach schweizerischen Tarifen erfolgt zwar deutlich schneller gegenüber einer vorherigen Anfrage beim aushelfenden Träger im Aufenthaltsstaat, jedoch ist hierbei zu berücksichtigen, dass vom Erstattungsbetrag Franchise und Selbstbehalt abgezogen werden.

²⁹ Für die Rechnung : Der Originalbeleg. Für die Verordnung: eine Kopie reicht.

Schema 2: Übersicht über die Bedingungen der Kostenübernahme im Rahmen der Standardsituation 2
 („Ungeplante behandlungen“)



3.2.3. Standardsituation 3: „Grenzgänger/innen“

Beschreibung der Standardsituation 2
Für Grenzgänger/innen und ihren Angehörigen gelten in der Regel spezifische Bedingungen.
Zusammenfassung der geltenden Bedingungen für die Kostenübernahme
<p>An der deutsch-französischen Grenze: Die Grenzgänger/innen haben in der Regel zwei Versichertenkarten (im Wohnsitzland und im Beschäftigungsland), was ihnen ermöglicht, in jedem Land wie die gesetzlich Versicherten des betroffenen Landes behandelt zu werden.</p> <p>An der Grenze zur Schweiz:</p> <ul style="list-style-type: none">• Die selben Bedingungen gelten (in der Regel) für:<ul style="list-style-type: none">○ die Grenzgänger/innen, die in der Schweiz wohnhaft sind;○ die Grenzgänger/innen, die auf Basis des sogenannten Optionsrechts in der Schweiz (primär) versichert sind;• Es gelten andere Bedingungen für die Grenzgänger/innen mit Wohnsitz in Frankreich/Deutschland, die auf Basis des Optionsrechts im Wohnsitzland versichert sind.

Bei Grenzgänger/innen wird der rechtliche Rahmen durch die Verordnung EG Nr. 883/2004 (Artikel 17 und 18) festgelegt. Die Verordnung findet in der gesamten Europäischen Union, dem Europäischen Wirtschaftsraum und der Schweiz Anwendung. Es gibt jedoch Besonderheiten an der Grenze zur Schweiz. Wir werden zuerst die deutsch-französische Grenze (Abschnitt a) und danach die Grenze zur Schweiz (Abschnitt b) behandeln.

a) Bedingungen für die Kostenübernahme an der deutsch-französischen Grenze

Die Grenzgänger/innen müssen sich in der Regel im Beschäftigungsland versichern (Artikel 18 der Verordnung EG Nr. 883/2004)³⁰. Dank dem Formular S1, das von der zuständigen Krankenkasse des Beschäftigungslandes ausgestellt wird, können sich die Grenzgänger/innen (kostenlos) bei dem/einem Krankenversicherungsträger im

³⁰ Außer in Sonderfällen, etwa bei Grenzgänger/innen mit mehreren Tätigkeiten oder die Telearbeit machen, und mehr als 25 % Ihrer Arbeitszeit im Wohnsitzland verrichten.

Wohnsitzland anmelden und haben damit Anspruch auf die Sachleistungen im Wohnsitzland wie die gesetzlichen Versicherten dieses Landes (Artikel 17 der Verordnung EG Nr. 883/2004). Die Grenzgänger/innen besitzen zwei Versichertenkarten³¹ und werden sowohl im Wohnsitzland als auch im Beschäftigungsland wie die gesetzlich Versicherten des jeweiligen Landes behandelt³². Die Angehörigen der Grenzgänger/innen profitieren von den selben Bedingungen.

An dieser Stelle seien drei Aspekte hervorgehoben:

- Wie bereits erwähnt sind Arbeitnehmer/innen in Frankreich verpflichtet, der kollektiven Zusatzversicherung ihres Unternehmens beizutreten (siehe Teil 3.1.1.). Dies gilt auch für Grenzgänger/innen, die in Deutschland oder in der Schweiz wohnen und in Frankreich als Arbeitnehmer/innen tätig sind. Beim Erwerb von Arzneimitteln in Frankreich profitieren diese daher nicht nur von der Erstattung durch die *CPAM* sondern auch von einer Kostenübernahme durch die Zusatzversicherung³³;
- Wenn sie sich bei der französischen Krankenversicherung mithilfe des Formulars S1 für eine Wohnortbetreuung anmelden, werden die Grenzgänger/innen mit Wohnsitz in den Departements Bas-Rhin, Haut-Rhin oder Mosel und Berufstätigkeit in Deutschland in das *Régime local Alsace/Moselle* aufgenommen und profitieren von den in diesem *Régime* vorgesehenen höheren Erstattungssätzen;
- In bestimmten Fällen müssen sich die Grenzgänger/innen in ihrem Wohnsitzland versichern lassen. In diesem Fall haben sie keine Versichertenkarte im Nachbarland; Für die Kostenübernahme gelten die Regeln, die in den Standardsituationen 1 und 2 beschrieben werden. Dies betrifft insbesondere folgenden Personengruppen:
 - Grenzgänger/innen mit Mehrfachbeschäftigung, die mindestens 25 % ihrer Arbeitszeit im Wohnsitzland leisten;

³¹ Außer in Sonderfällen und wenn der Patient/die Patientin sich aktiv bei der Krankenversicherung des Wohnsitzlandes mithilfe des Formulars S1 registriert hat.

³² Die Bedingungen für die Kostenübernahme werden im Teil 3.1. im Detail beschrieben.

³³ Dies ist ein bedeutender Unterschied im Vergleich zu den deutschen beziehungsweise Schweizer Versicherten, die nicht den Status des/der Grenzgängers/in besitzen: Für diese wird nur der Anteil der *Assurance Maladie* erstattet.

- Grenzgänger/innen, die im Wohnsitzland beschäftigt sind und eine selbständige Tätigkeit im Nachbarland ausüben;
- Grenzgänger/innen mit Mehrfachbeschäftigung, die Tätigkeiten in mehreren Ländern außerhalb des Wohnsitzlandes ausüben.

b) Bedingungen für die Kostenübernahme an der Grenze zur Schweiz

Für die Grenzgänger/innen, die in der Schweiz wohnhaft sind und ihre berufliche Tätigkeit in Frankreich beziehungsweise Deutschland ausüben, gelten dieselben Kostenübernahmebedingungen wie in Abschnitt a) beschrieben.

Die Grenzgänger/innen mit Wohnsitz in Deutschland oder Frankreich und Berufstätigkeit in der Schweiz werden nicht automatisch im Beschäftigungsland krankenversichert: Sie haben ein Wahlrecht und dürfen entscheiden, ob sie sich im Wohnsitzland (Frankreich oder Deutschland) oder auf Schweizer Seite versichern lassen möchten. Falls der/die Grenzgänger/in sich in der Schweiz (primär) versichern lässt, gelten dieselben Kostenübernahmebedingungen wie in Abschnitt a) beschrieben. Die Grenzgänger/innen, die sich im Wohnsitzland (Frankreich oder Deutschland) versichern lassen, erhalten keine schweizerische Versichertenkarte. Die Bedingungen für die Kostenübernahme von Arzneimitteln sind dann folgende:

- **Erwerb von Arzneimitteln im Wohnsitzland (Frankreich/Deutschland):**
Kostenübernahme zu den „nationalen Bedingungen“, wie die Versicherten des jeweiligen Landes. Hier sei darauf hingewiesen, dass für die französischen Grenzgänger/innen die Erstattungsätze des *Régime général* (und nicht die des *Régime local*, selbst bei Wohnsitz in den Departements Bas-Rhin, Haut-Rhin oder Moselle) angewendet werden³⁴.
- **Erwerb von Arzneimitteln in der Schweiz:**
 - Bei einer ungeplanten Behandlung gelten die Regeln der Verordnung EG Nr. 883/2004 (siehe Standardsituation 2);

³⁴ Dies lässt sich damit erklären, dass die Grenzgänger/innen nicht aufgrund derer Beschäftigung, sondern aufgrund deren Wohnsitzes in Frankreich (im Rahmen der *Protection universelle maladie* – PUMA) versichert sind.

- Bei einer geplanten Behandlung gelten folgende Regeln:
 - Die Grenzgänger/innen mit Wohnsitz in Deutschland haben Anspruch auf eine Kostenübernahme und dürfen zwischen einer Erstattung nach den deutschen oder nach den schweizerischen Vertragssätzen wählen. Dieses Wahlrecht beruht auf eine bilaterale Abmachung und gilt nur für Grenzgänger/innen;
 - Für die Grenzgänger/innen mit Wohnsitz in Frankreich:
 - Für eine Behandlung am Rande der Arbeit³⁵ haben die Grenzgänger/innen Anspruch auf eine Kostenübernahme und dürfen zwischen einer Erstattung nach den französischen oder nach den schweizerischen Vertragssätzen wählen.
 - Für eine geplante Behandlung die nicht am Rande der Arbeit stattfindet, haben die Grenzgänger/innen Anspruch auf eine Kostenübernahme nach den französischen Vertragssätzen.

In beiden Fällen handelt es sich um eine Ausnahmeregelung, die ausschließlich für die Grenzgänger/innen gilt³⁶. Selbst die Angehörigen der Grenzgänger/innen haben keinen Anspruch auf eine Kostenübernahme.

³⁵ Es handelt sich um Behandlungen, die der/die Versicherte in seinem/ihrem Wohnsitzland in Anspruch nehmen könnte (beispielsweise abends), doch die er/sie aus praktischen Gründen lieber in seinem Beschäftigungsland in Anspruch nimmt (beispielsweise in der Mittagspause und abends direkt nach der Arbeit).

³⁶ Die Nicht-Grenzgänger/innen aus Frankreich oder Deutschland, die sich in die Schweiz zum Erwerb von Medikamenten begeben, haben in der Regel keinen Anspruch auf eine Kostenerstattung (siehe Standardsituation 1).

4. Zusammenfassung und Empfehlungen

Der vorliegenden Studie liegen konkrete Bedürfnisse von oberrheinischen Bürger/innen zugrunde, die sich aufgrund der Entfernung der nächstliegenden Notdienstapotheke im Wohnsitzlandes gerne ungehindert an eine Notdienstapotheke im Nachbarland wenden würden. Nachdem die Bedingungen eines grenzüberschreitenden Zugangs zu Notdienstapotheken im Detail analysiert wurde, wird in Rahmen dieser Zusammenfassung der Fokus auf die Probleme und Hindernisse gelegt, mit denen die Patienten/innen in der Praxis konfrontiert werden können.

Dabei werden die drei Kernfragen, die zu Beginn der Studie formuliert wurden (siehe Schema 3) wieder aufgegriffen. Bei jeder dieser Fragen werden die wichtigsten Probleme und Hindernisse hervorgehoben und entsprechende Lösungsansätze ausformuliert.

Schema 3: Grenzüberschreitender Zugang zu Notdienstapotheken aus Patientensicht



An dieser Stelle ist eine Vorbemerkung notwendig: Laut den befragten Apotheken kommt es sehr selten vor, dass sich Versicherte aus dem Nachbarland in eine Apotheke während ihres Notdienstes begeben. Damit stellt sich zwangsläufig die Frage, ob ein realer Bedarf besteht und ob es notwendig ist, grenzüberschreitend tätig zu werden, um die bestehenden Hindernisse zu überwinden. Jedoch sollten folgende Aspekte in Betracht gezogen werden:

- Es ist nicht auszuschließen, dass sich der geringe Zugriff auf die Notdienstapotheken des Nachbarlandes gerade durch die bestehenden Hindernisse erklären lässt;

- Es ist anzunehmen, dass sich viele Patienten/innen über ihre Ansprüche auf eine Kostenübernahme im Falle einer Arzneimittelausgabe im Nachbarland einfach nicht bewusst sind;
- Mit Hinblick auf die Entfernung der Notdienstapotheken könnte die Option, sich in eine wohnortsnahe Notdienstapotheke im Nachbarland zu begeben, einen richtigen Mehrwert darstellen. Dies gilt besonders für die ländlichen Gebiete, die durch den demografischen Wandel und den damit verbundenen Mobilitätseinschränkungen stärker betroffen sind, und in welchen die Entfernung der Notdienstapotheken größer ist, als in den städtischen Gebieten.

In diesem Kontext könnte die Schaffung eines grenzüberschreitenden Angebotes zielführend dazu beitragen, die Dichte an Notdienstapotheken in den grenznahen ländlichen Gebieten zu Gunsten der Bürger/innen zu erhöhen. Wenn eine solche Option von den Entscheidungsträgern/innen festgehalten wird, erscheint es besonders wichtig, die identifizierten Probleme und Hindernisse zu lösen.

4.1. Informationen zu den diensthabenden Apotheken

Das in den drei Ländern verbreitetste Organisationsmodell sieht vor, dass die Apotheken den Notdienst im Turnus wahrnehmen. Den Patienten/innen kann es damit schwerfallen, in Erfahrung zu bringen, welche Apotheke im Nachbarland zu einem gegebenen Zeitpunkt den Notdienst wahrnimmt. Zwar gibt es in jedem Land verschiedene Informationskanäle zu den diensthabenden Apotheken (Verpflichtung für die Apotheken, einen Hinweis auf die nächstgelegene Notdienstapotheke im Schaufenster auszuhängen; Informationen in lokale Zeitungen bzw. Amtsblätter; Internetseiten; Telefonzentralen; etc.). Bei ausländischen Patienten/innen ist der Zugang zu diesen Informationen jedoch nicht immer gewährleistet, nicht zuletzt aufgrund der Sprache. Die Informationskanäle sind rein national ausgelegt und berücksichtigen nicht die grenzüberschreitenden Lebensräume.

Das Informationsdefizit der ausländischen Patienten/innen kann weitere Aspekte betreffen. Es sei an dieser Stelle auf folgende Besonderheiten hingewiesen:

- Es ist für einen Apothekenbesuch an bestimmten Orten in Frankreich nach 22 h 00 erforderlich, vorher die Polizeidienststelle bzw. die *Gendarmerie* anzurufen oder persönlich dort zu erscheinen;
- In den französischen Apotheken werden während des Notdienstes Arzneimittel nur auf ärztliche Verschreibung ausgegeben.

Empfehlungen

Bessere Berücksichtigung der grenzüberschreitenden Lebensräume bei der Information über die diensthabenden Apotheken.

Bereitstellung einer grenzüberschreitenden strukturierten Information zu den diensthabenden Apotheken, mit Einbeziehung aller betroffenen Akteure (Apotheker/innen, niedergelassene Ärzte/innen, Notrufdienste, Strukturen die für die Erstellung der Dienstplänen zuständig sind, Aufsichtsbehörden, etc.).

Konkrete Beispiele für die Umsetzung:

- Wenn sie geschlossen sind, könnten die grenznahen Apotheken in ihrem Schaufenster nicht nur auf die nächstgelegene Apotheke im eigenen Land, sondern auch auf die nächstgelegene Apotheke im Nachbarland hinweisen.
- In den grenznahen Gebieten könnten die lokalen Zeitungen/Amtsblätter bei der Information zu den diensthabenden Apotheken auch das Angebot im Nachbarland berücksichtigen.

4.2. Grenzüberschreitende Anerkennung von Verschreibungen

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden keine Probleme hinsichtlich der grenzüberschreitenden Anerkennung von Rezepten identifiziert, außer bei sehr spezifischen Aspekten, wie zum Beispiel die Notwendigkeit, in Deutschland ein Originalrezept vorzulegen, oder die nicht-Anerkennung des Vermerks « Zu

erneuern » in den deutschen Apotheken. Allerdings kann davon ausgegangen werden, dass zahlreiche Bürger/innen nicht wissen, dass die Rezepte im Nachbarland anerkannt werden.

Empfehlungen

Bewohner/innen darüber informieren, dass die Rezepte im Nachbarland anerkannt werden.

4.3. Bedingungen für die grenzüberschreitende Kostenübernahme von Arzneimitteln

Aus der Analyse gehen zwei positive Aspekte hervor:

- Patienten/innen, die ein Rezept im Nachbarland einlösen, haben fast immer Anspruch auf eine Kostenübernahme, auch wenn die Erstattungshöhe je nach Situation mehr oder weniger vorteilhaft ausfällt;
- Es konnten keine bedeutenden Diskrepanzen zwischen den in den Texten vorgesehenen und den tatsächlich umgesetzten Bedingungen für die Kostenübernahme erkannt werden.

Jedoch gibt es in beiden Fällen Ausnahmen. Die Tatsache, dass zwischen Theorie und Praxis keine große Diskrepanz besteht, bedeutet keineswegs, dass Patienten/innen auf keine Probleme stoßen. Folgende Probleme und Hindernisse wurden identifizieren:

1) Kein Anspruch auf Kostenübernahme in bestimmten Situationen

Die Patienten/innen, die eine Verordnung im Nachbarland einlösen, haben fast immer Anspruch auf eine Kostenübernahme. Eine wichtige Ausnahme betrifft jedoch die Grenze zur Schweiz im Falle von sogenannten „geplanten Behandlungen“, da die Schweiz die Richtlinie 2011/24/EU nicht unterzeichnet hat. Es besteht keinen Anspruch auf Kostenübernahme:

- für französische Versicherte, die sich gezielt in die Schweiz begeben, um dort eine Verordnung einzulösen;

- für Schweizer Versicherte, die sich gezielt nach Frankreich oder Deutschland begeben, um dort eine Verordnung einzulösen.

Bis vor kurzem haben zahlreiche schweizerische Krankenversicherer auch bei geplanten Behandlungen im Ausland die Kosten für Arzneimittel erstattet, obwohl dies aufgrund des Territorialitätsprinzips nicht erlaubt war. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG), welches für die Beaufsichtigung der Krankenversicherer zuständig ist, hat aber im Sommer 2018 eine Weisung erlassen, diese Kostenübernahmen umgehend einzustellen. Aktuell wird in der Schweiz über eine Lockerung des Territorialitätsprinzips (zumindest in Bezug auf Arzneimittel) diskutiert.

2) **Sehr komplexe Regeln bei der Kostenübernahme**

Die Regeln für die Kostenübernahme sind äußerst komplex, da sie unter Einfluss verschiedener Faktoren (Grenzgänger/in oder nicht, geplante oder ungeplante Behandlungen, betroffene Grenze etc.) sehr unterschiedlich sein können. Im diesem Kontext kann die Lesbarkeit der anwendbaren Regeln für die Patienten/innen hinterfragt werden. Es ist damit davon auszugehen, dass:

- die meisten Patienten/innen im Unklaren über die geltenden Regeln sind, und zwar sowohl im Allgemeinen als auch in Bezug auf ihre individuelle Situation;
- die Patienten/innen oft nicht wissen, wie hoch der Erstattungsbetrag ausfallen wird. Der Erwerb von Arzneimitteln im Nachbarland ist daher häufig mit finanziellen Risiken (hinsichtlich der selbst zu tragenden Kosten) verbunden;
- durch Unkenntnis bzw. Missverstehen der Regeln kann bei den Patienten/innen häufig das Gefühl entstehen, nicht die Rückerstattung erhalten zu haben, die einem zusteht.

Es ist zwar möglich, Informationen auf den Webseiten von verschiedenen Einrichtungen zu erhalten. So etwa auf den Webseiten der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA; deutsche nationale Kontaktstelle für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung), des *Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale* (CLEISS; französische nationale Kontaktstelle für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung), des Europäischen Verbraucherzentrums oder auch der vier INFOBEST-Stellen am Oberrhein. Allerdings ist folgendes zu berücksichtigen:

- Die Regeln sind komplex und die zur Verfügung gestellten Informationen sind häufig allgemein gehalten, sodass es den Patienten/innen sehr schwer fallen kann, die konkreten Auswirkungen von bestimmten Regelungen auf ihre individuelle Situation herunter zu brechen;
- Die anwendbaren Regeln werden häufig für das gesamte Gebiet der Europäischen Union vorgestellt. Die Besonderheiten, die sich in den jeweiligen Grenzregionen aus dem Zusammenspiel zwischen den EU-Regelungen, den Regelungen des Behandlungslandes und die Regelungen des Versicherungslandes ergeben, werden meistens nicht berücksichtigt;
- Die dargestellten Regeln beziehen sich häufig auf die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung im Allgemeinen. Das Thema „Erwerb von Arzneimitteln im Nachbarland“ wird nur selten gesondert oder tiefergehend behandelt.

3) **Die Notwendigkeit, in Vorleistung zu treten**

Beim Einlösen eines Rezepts im Nachbarland müssen die Patienten/innen meistens zunächst in Vorleistung treten und anschließend eine Erstattung beantragen, was im Inland in der Regel nicht üblich ist. Die Notwendigkeit, die Kosten zunächst selbst zu tragen und der mit dem Erstattungsantrag verbundenen Verwaltungsaufwand kann als Mobilitätshindernis eingestuft werden.

An dieser Stelle lässt sich in bestimmten Fällen eine Diskrepanz zwischen der Theorie bzw. den Texten und der Praxis feststellen. Laut der Verordnung CE 883/2004 sollten die Patienten/innen bei ungeplanten Behandlungen im Nachbarland dank der Europäischen Krankenversicherungskarte (EHIC) wie die Versicherten des Behandlungslandes behandelt werden. Somit müssen sie nicht in Vorleistung treten, sofern auch für Versicherte des Behandlungslandes keine Vorleistung vorgesehen ist. In der Praxis stellt man aber fest, dass die EHIC in den französischen und schweizerischen Apotheken in der Regel nicht akzeptiert wird, was die Patienten/innen dazu zwingt, in Vorleistung zu treten.

4) **Schwierigkeit der Auswahl der Erstattungsgrundlage**

In bestimmten Situationen müssen die Patienten/innen im Rahmen des Erstattungsantrags wählen, ob sie nach den Vertragssätzen des

Versicherungslandes oder nach den Vertragssätzen des Behandlungslandes erstattet werden möchten. In der Regel ist es für die Patienten/innen sehr schwer einzuschätzen, welche Option für sie finanziell vorteilhafter ist. Diese Frage kann in der Regel von der Krankenkasse des/der Patienten/in bzw. von der Nationalen Kontaktstelle auch nicht beantwortet werden, da Letztere die anwendbaren Vertragssätze in den anderen EU-Ländern nicht im Detail kennen.

5) Bearbeitungsdauer des Erstattungsantrages

Wenn die Patienten/innen sich für eine Erstattung gemäß den Vertragssätzen des Behandlungslandes an ihre Krankenkasse wenden, muss die Kasse zunächst eine Anfrage an der zuständigen Einrichtung im Behandlungsland stellen, um die in diesem Land geltenden Vertragsätze zu ermitteln. Dieser Vorgang dauert lange und die Patienten/innen müssen in der Regel mehrere Monate warten um die Erstattung zu erhalten.

6) Hohe Eigenanteile

Beim Einlösen eines Rezepts im Nachbarland müssen die Patienten/innen häufig mit hohen Eigenanteilen rechnen, insbesondere im Rahmen einer sogenannten „geplanten Behandlung“, das heißt wenn die Behandlung bzw. der Erwerb von Arzneimitteln der Grund des Aufenthaltes im Nachbarland ist. Die anfallenden Eigenanteile werden durch folgende Faktoren verursacht:

- Tarifunterschiede
- Zuzahlungen, die im Nachbarland höher sind als im Versicherungsland;
- Keine Möglichkeit, von Zuzahlungsbefreiungen zu profitieren, auf welche der/die Patient/in im Inland Anspruch gehabt hätte;
- Verwaltungskostenabschlag, der von den deutschen Krankenkassen bei den Erstattungsanträgen erhoben wird;
- Keine ergänzende Übernahme der Kosten durch die französischen Zusatzversicherungen (*complémentaires santé*);
- Keine Übernahme der Notdienstgebühr bzw. Übernahme nur bis zur Höhe der Notdienstgebühr im Versicherungsland, im Zusammenhang mit den Unterschieden bei der Höhe der Notdienstgebühr in den drei Ländern (2,50 €

pro Apothekenbesuch in Deutschland; zwischen 2 und 8 € pro Rezept in Frankreich je nach Zeitfenster; 17,30 CHF pro Rezept in der Schweiz).

Empfehlungen

- **Verbesserung der Patienteninformation über die Bedingungen der Kostenübernahme bei der Einlösung eines Rezepts im Nachbarland, insbesondere durch die Bereitstellung von:**
 - **grenzspezifischen Informationen;**
 - **fallspezifischen Informationen (geplante Behandlungen, ungeplante Behandlungen, Grenzgänger/innen, etc.).**

- **Schaffung von patientenorientierte Ausnahmeregelungen für die Kostenerstattung, speziell für den Fall der Einlösung von Rezepten in einer Notdienstapotheke des Nachbarlands. In der Tat müssen die Versicherten häufig mit einem hohen Eigenanteil rechnen. Dabei wird außer Acht gelassen, dass das Aufsuchen einer Notdienstapotheke im Nachbarland in der Regel durch bestehende Lücken in der inländischen wohnortnahen Versorgung motiviert ist und dass es für die Bevölkerung, gerade in den ländlichen Räumen und im Kontext des demografischen Wandels, in der Praxis keine zufriedenstellende Alternative gibt.**

5. Quellen

5.1. Rechtliche Grundlagen

Europäische rechtliche Grundlagen

Richtlinie 2011/24/EU des europäischen Parlaments und des Rates vom 9. März 2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung

Durchführungsrichtlinie 2012/52/EU der Kommission vom 20. Dezember 2012 mit Maßnahmen zur Erleichterung der Anerkennung von in einem anderen Mitgliedstaat ausgestellten ärztlichen Verschreibungen

Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit

Verordnung (EG) Nr. 987/2009 des europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit

Französische rechtliche Grundlagen

§ L 5125-19 und R4235-49 des französischen Gesetzbuchs für Gesundheit (*Code de la santé publique*)

Verordnung Nr. 2013-1216 zur Anerkennung der ärztlichen Verschreibungen aus einem anderen EU-Mitgliedstaat (*ordonnance relative à la reconnaissance des prescriptions médicales établies dans un autre Etat membre de l'Union européenne*) vom 23. Dezember 2013

Runderlass n° DSS/DACI/5B/2A/2014/147 vom 23. Mai 2014 über die Eingliederung der Grenzgänger/Innen mit Wohnsitz im Frankreich und Berufstätigkeit in der Schweiz im *Régime général* der Krankenversicherung und über deren Anspruch auf Leistungen (*Circulaire n° DSS/DACI/5B/2A/2014/147 du 23 mai 2014 relative à l'intégration dans le régime général de sécurité sociale des frontaliers qui résident en France et travaillent en Suisse et à leur accès aux soins*)

Deutsche rechtliche Grundlagen

Arzneimittelpreisverordnung (AMPreis-V) vom 14. November 1980, Stand am 6. Mai 2019

Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch, Stand am 22. März 2019

§ 23 der Verordnung über den Betrieb von Apotheken (Apothekenbetriebsordnung – ApBetrO) vom 26. September 1995, Stand am 2. Juli 2018

§ 3, 4 und 5 des Ladenöffnungsgesetzes (LadöffnG) Rheinland-Pfalz vom 21. November 2006, Stand am 22. November 2015

§ 3 und 4 des Gesetzes über die Ladenöffnung (LadÖG) in Baden-Württemberg vom 14. Februar 2007, Stand am 28. November 2017

Allgemeinverfügung der Landesapothekerkammer Baden-Württemberg zur Dienstbereitschaft vom 25. April 2012, Stand am 12. Juni 2012

Allgemeinverfügung der Landesapothekerkammer Rheinland-Pfalz vom 29. November 2006

Schweizerische rechtliche Grundlagen

Tarifstruktur-Vertrag LOA IV/1 vom 1. Januar 2016 betreffend Tarifstruktur für Apothekerleistungen (LOA IV/1) (Art. 43 Abs. 5 KVG)

Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte (Heilmittelgesetz, HMG) vom 15. Dezember 2000 (812.21), Stand am 1. Januar 2019

§ 25 des Gesundheitsgesetzes des Kantons Basel-Stadt vom 21. September 2011 (SG 300.100), Stand am 21. Mai 2018

§ 38 und 39 des Gesundheitsgesetzes des Kantons Aargau vom 20. Januar 2009 (301 100), Stand am 1. Januar 2018

§ 21, 27 und 29 des Gesundheitsgesetzes des Kantons Basel-Landschaft vom 21. février 2008 (901), Stand am 1. Januar 2015

Gesundheitsgesetz des Kantons Solothurn vom 27. Januar 1999 (BGS 811.11), Stand am 1. Januar 2013

§ 8 des Gesetzes des Kantons Jura zum Arzneimittelverkauf (loi du canton du Jura sur la vente des médicaments) vom 14. Dezember 1990, Stand am 1. Juli 1993

§ 29 der Verordnung des Kantons Jura zu den Apotheken, den therapeutischen Mittel und die Betäubungsmittel (ordonnance du canton du Jura sur les pharmacies, les produits thérapeutiques et les stupéfiants) vom 5. Dezember 2006, Stand am 1. Januar 2014

Reglement über den Apotheken-Notfalldienst im Kanton Aargau vom 3. Dezember 2015.

5.2. Studien, Veröffentlichungen, Artikel

Bundesamt für Gesundheit, Antworten auf häufig gestellten Fragen zu Leistungen, 2017

Euro-Institut; Gesundheit ohne Grenzen, Krankenversicherungssysteme und Übernahme der Behandlungskosten in Deutschland, Frankreich und der Schweiz, *Hintergrundinformationen zum deutsch-französisch-schweizerischen Workshop vom 6. Oktober 2016*; 2016

Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz (ZEV) de Kehl, *Vergleichsstudie über Medikamentenpreise in Deutschland und Frankreich*, 2012

Martin Brodbeck, „Im Notfall keine Notfallapotheke“, in: *Basler Zeitung*, Ausgabe vom 09. September 2012

Andreas Möckli, „Im Ausland gekaufte Medikamente: Bund schiebt Krankenkassen einen Riegel vor“, in: *Aargauer Zeitung*, Ausgabe vom 25. August 2018

Sylvia Rebello, „Les médicaments achetés à l'étranger bientôt remboursés?“, in : *Le Temps*, Ausgabe vom 6. November 2017

5.3. Internetseiten

Assurance maladie française (Amelie) :

- Bzgl. der Kostenübernahme von Arzneimitteln:
<https://www.ameli.fr/bas-rhin/assure/remboursements/rembourse/medicaments-vaccins-dispositifs-medicaux/remboursement-medicaments-tiers-payant>
- Bzgl. der grenzüberschreitenden Kostenübernahme:
 - <https://www.ameli.fr/bas-rhin/assure/droits-demarches/europe-international/protection-sociale-etranger/soins-programmes-etranger>
 - <https://www.ameli.fr/bas-rhin/assure/droits-demarches/europe-international/travailleur-frontalier-suisse>
 - <https://www.ameli.fr/bas-rhin/assure/droits-demarches/europe-international/protection-sociale-etranger/vacances-etranger>

Centre de liaison Européennes et internationales de Sécurité sociale (CLEISS)
<https://www.cleiss.fr/particuliers/partir/soins/index.html>

Landesapothekerkammer Rheinland-Pfalz, <https://www.lak-rlp.de/notdienstportal/>

Landesapothekerkammer Baden-Württemberg, <https://www.lak-bw.de/notdienstportal/schnellsuche.html>

Bundesministerium für Gesundheit,
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/zuzahlung-und-erstattung-arzneimittel.html>

Nationale Kontaktstelle für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung,
<https://www.eu-patienten.de/de>

Notfall Apotheke Basel, <https://www.notfallapothekebasel.ch/>

INFOBEST-Netzwerk Oberrhein

<https://www.infobest.eu/de/themengebiete/artikel/sozialversicherung/#article>

Sécurité sociale française, <http://www.securite-sociale.fr/-Les-soins-des-francais-a-l-etranger-?type=part>

Syndicat des pharmaciens du Bas-Rhin, <http://www.pharma67.fr/>

Syndicat des pharmaciens du Haut-Rhin, <http://www.pharma68.fr/>

KONTAKT // CONTACT

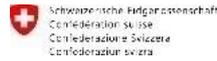
TRISAN / Euro-Institut
Rehfusplatz 11 / D-77694 Kehl
trisan@trisan.org / +49 7851 7407 38 / www.trisan.org

TRISAN

Das Projekt TRISAN wurde von der deutsch-französisch-schweizerischen Oberrheinkonferenz ins Leben gerufen und wird im Rahmen des Programms INTERREG V A Oberrhein kofinanziert. Getragen wird es vom Euro-Institut, welches auf Fortbildung, Projektbegleitung und Beratung im Bereich der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit spezialisiert ist. Eine Kofinanzierung erhält es ebenfalls von den Gesundheitsverwaltungen am Oberrhein.

TRISAN

Trisan est un projet initié par la Conférence franco-germano-suisse du Rhin supérieur cofinancé dans le cadre du programme Interreg V A Rhin supérieur. Il est porté par et basé à l'Euro-Institut, Institut pour la coopération transfrontalière spécialisé dans la formation, l'accompagnement et le conseil des projets transfrontaliers. Il est également cofinancé par les administrations en charge de la santé dans le Rhin supérieur.



Fonds européen de développement régional (FEDER)
Europäischer Fonds für regionale Entwicklung (EFRE)



Dépasser les frontières: projet après projet
Der Oberrhein wächst zusammen, mit jedem Projekt