

## **Leitfaden für die Apotheke: Handlungsempfehlung für die Abrechnung von Leistungen in der Apotheke im Zusammenhang mit COVID-19 mit dem Bundesamt für Soziale Sicherung**

Geschäftsbereich Ökonomie

Stand 12. Dezember 2024

Dieser Leitfaden gilt ergänzend zu den bereits von der ABDA veröffentlichten Dokumenten und ist eine Zusammenfassung und Aktualisierung der bisher in einzelnen Leitfäden beschriebenen Prozessen in der Apotheke bei der Abrechnung von Leistungen im Zusammenhang mit COVID-19.

Für die COVID-19-Impfstoffversorgung gilt Folgendes:

- » Die Vergütung für das vom Großhandel mitgelieferte Impfbesteck und -zubehör ist seit dem 8. April 2023 entfallen. Das Impfbesteck wird nicht mehr kostenfrei vom pharmazeutischen Großhandel passend zu den bestellten Impfstoffmengen mitgeliefert. Die Beschaffung des benötigten Impfbestecks erfolgt auf eigene Kosten der Leistungserbringer.
- » Die Vergütung für die Abgabe von zentral beschafften COVID-19-Impfstoffen durch Großhandel und Apotheken bleibt bis zum 31. Dezember 2027 unverändert.
- » Die von ApothekerInnen durchgeführten Schutzimpfungen gegen das Corona-Virus haben entsprechend dem Vertrag zur Durchführung und Abrechnung von Schutzimpfungen durch Apotheken nach § 132e SGB V zu erfolgen.

## Inhalt

A.	Handlungsempfehlung für die Abrechnung von COVID-19 Impfstoffen .....	3
A.1)	Abrechnung des COVID-19 Impfstoffes, der zur Verabreichung durch Ärzte/Ärztinnen bestimmt ist.....	3
A.2)	Abrechnung des COVID-19 Impfstoffes, der zur Verabreichung in den Apotheken bestimmt ist.....	9

## **A. Handlungsempfehlung für die Abrechnung von COVID-19 Impfstoffen**

### **A.1) Abrechnung des COVID-19 Impfstoffes, der zur Verabreichung durch Ärzte/Ärztinnen bestimmt ist**

#### **Prozess**

- » Der Großhandel und die Apotheke erhalten für die Abgabe der Impfstoffe jeweils eine Vergütung je abgegebener Durchstechflasche. Diese Vergütungen sollen die Apotheken unter Angabe der BUND-Pharmazentralnummer gemeinsam abrechnen.
- » Die Abrechnung erfolgt monatlich – spätestens bis zum Ende des dritten auf den Abrechnungszeitraum folgenden Monat – gegenüber dem jeweiligen Apothekenrechenzentrum unter Angabe der BUND-PZN.
- » Die von den Apotheken beauftragten Rechenzentren übermitteln dem Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) monatlich den sich für die Apotheken ergebenden Gesamtbetrag (inklusive der Großhandelsvergütung) der Abrechnungen und leiten den sich aus der Abrechnung mit dem BAS ergebenden Betrag an die Apotheken weiter.
- » Vergütungen, die für den Großhandel bestimmt sind, sind von der Apotheke an den Großhandel weiterzuleiten.
- » Die Abrechnung erfolgt über das (Muster-16) Formular (für Vertragsärzte) oder das blaue Rezept - DIN-A6 quer (für Privat- und Betriebsärzte, Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes/der Impfzentren/der mobilen Impfteams – im folgenden ÖGD genannt – und Ärzte im Krankenhaus), mit dem der Arzt den COVID-19 Impfstoff in der Apotheke – unter Angabe der jeweiligen BUND-PZN – bestellt hat.
- » Die Apotheke ist verpflichtet, die für den Nachweis der korrekten Abrechnung erforderlichen rechnungsbegründenden Unterlagen (Muster-16 Formular und blaues Rezept DIN-A6 quer) bis zum 31. Dezember 2029 unverändert zu speichern oder aufzubewahren. In der Regel übernimmt das Apothekenrechenzentrum für die Apotheke diese Aufgabe.

## Vergütung

Der Großhandel und die Apotheke erhalten für ihre Dienstleistung eine Vergütung:

- » Der Großhandel erhält
  - » je abgegebene Durchstechflasche = 7,45 Euro (netto)
- » Die Apotheke erhält:
  - » je Durchstechflasche: 7,58 Euro (netto)
- » Die Gesamtvergütung für Großhandel und Apotheke beträgt:
  - » je abgegebene Durchstechflasche: 17,89 Euro (brutto)

Hinweis: Für die Abrechnung der Vergütung wird nicht zwischen Erst-/Zweit- und Auffrischimpfung (Booster) unterschieden. Es sind weiterhin die bekannten – im Leitfaden aufgeführten – BUND-PZNs zu verwenden.

## Bedruckungsregeln Arzt

- » Die Abrechnung der Vergütungsleistung (Großhandel und Apotheke) erfolgt über das (Muster-16) Formular bzw. blaues Rezept DIN-A6 quer, mit dem der Arzt den COVID-19 Impfstoff in der Apotheke bestellt.
- » Der **Arzt** bedruckt das (Muster-16) Formular dazu wie folgt:
  - › Kostenträger = Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS)
  - › Kostenträgerkennung (IK) = IK 103609999
  - › LANR (lebenslange Arztnummer) und BSNR (Betriebsstättennummer)  
Hinweis: Die Bestellung ist Arzt-gebunden. Damit muss auf dem (Muster-16) Formular die lebenslange Arztnummer (LANR) eingetragen sein.  
Hinweis: LANR und BSNR bei Betriebsärzten: 111111100  
Hinweis: LANR und BSNR bei Privatärzten: 222222200  
Hinweis: LANR und BSNR bei Ärzten des ÖGD: 666666600  
Hinweis: LANR und BSNR bei Krankenhausärzten: 888888800
  - › Versichertenfeld:
    - Bei Betriebsärzten wird die EFN Nummer des Betriebsarztes eingetragen
    - Bei Privatärzten wird die PVS-ID des Privatarztes eingetragen
  - › Ausstelldatum = Datum der Bestellung
  - › Verordnungstext = Dosisbezogene namentliche Covid-19-Impfstoffbestellung
  - › Folgende Felder können optional angekreuzt werden:
    - Feld „Gebührenfrei“
    - Feld 8 „Impfstoff“
    - Feld 9 „Sprechstundenbedarf“

Hinweis: Die Ärzte verordnen auf dem Formular (Muster-16 / oder blaues Rezept DIN-A6 quer) den Gesamtbedarf für Erst-/Zweit- und Auffrischimpfungen. Eine Trennung ist nicht erforderlich.

## Bedruckungsregeln Apotheke

- » Die **Apotheke** trägt in die Felder im Abgabeteil immer folgende Angaben ein:
  - › Feld „Apotheken-Nummer / IK“: **Apotheken-IK** der abgebenden Apotheke
  - › Feld „Abgabedatum in der Apotheke“: Datum der Abgabe der Impfstoffe an den Arzt
  - › Feld **Zuzahlung**: 0,00 Euro
  - › Feld **Gesamtbrutto**: Summe der Einzeltaxen in Euro
  - › Feld **Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.**:
    - **BUND-PZN** des abgegebenen Impfstoffes:

- COMIRNATY 30 JN.1 BUND 1X2.25 ML	<b>PZN 19456398</b>
- COMIRNATY 10 JN.1 RTUBUND 1X2.25 ML	<b>PZN 19456464</b>
- COMIRNATY 3 JN.1 BUND 1X0.48 ML	<b>PZN 19456435</b>
- COMIRNATY 30 KP.2 BUND 1X2.25 ML	<b>PZN 19514090</b>
- COMIRNATY 10 KP.2 RTU BUND 1X2.25 ML	<b>PZN 19514173</b>
- COMIRNATY 3 KP.2 BUND 1X0.48 ML	<b>PZN 19514144</b>
- NUVAXOVID JN1 UDV BUND	<b>PZN 19395515</b>

- › Feld **Faktor**: **Anzahl abgegebene Durchstechflaschen / Vials**, max. 4-stellig
- › Feld **Taxe**: Summe der Vergütung Großhandel und Apotheke brutto

COMIRNATY 30 JN.1 BUND	PZN 19456398	
COMIRNATY 10 JN.1 RTU BUND	PZN 19456464	
COMIRNATY 3 JN.1 BUND	PZN 19456435	
COMIRNATY 30 KP.2 BUND	PZN 19514090	<b>1789 * Faktor</b>
COMIRNATY 10 KP.2 RTU BUND	PZN 19514173	
COMIRNATY 3 KP.2 BUND	PZN 19514144	
NUVAXOVID JN1 UDV BUND	PZN 19395515	

- › Optional: Die Apotheke bedruckt das (Muster-16) Formular mit dem Namen, PLZ und Ort der Apotheke

Hinweis: Pro Formular (Muster-16 / oder blaues Rezept DIN-A6 quer) dürfen maximal drei BUND-PZN im Apothekenteil aufgedruckt werden. Wenn mehr als drei BUND-PZN für die Abrechnung der Vergütung benötigt werden, muss der Arzt ein weiteres Formular (Muster-16 / oder blaues Rezept DIN-A6 quer) ausstellen.

# Bedruckungsbeispiele

## 1. Vertragsärzte

**Freigabe 01.09.2014**

Krankenkasse bzw. Kostenträger		BVG	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK
Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS)		6	7	X <sup>1)</sup>	X <sup>1)</sup>		+1234567+
Name, Vorname des Versicherten		Zuzahlung		Gesamt-Brutto			
COVID-19 Bestellung				2 1 4 6 8			
Kostenträgerkennung		Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.		Faktor		Taxe	
103609999		19456398		2		3578	
Betriebsstätt.		1. Verordnung		2. Verordnung		3. Verordnung	
BSNR		19395515		10		17890	
Arzt-Nr.		Datum					
LANR		TT.MM.JJ					

**Verbindliches Muster**

**Rp.** (Bitte Leerräume durchstreichen)

12 Impfstoffdosen Comirnaty® 30 JN.1 BUND 1X2.25 ML  
 10 Impfstoffdosen Nuvaxovid JN1 UDV BUND

Stempel und Unterschrift Arzt

Abgabedatum in der Apotheke  
 Apothekenname, PLZ, Ort<sup>2)</sup>

Bei Arbeitsunfall auszufüllen!

Unfalltag  
 Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer

- ① Kostenträger-IK BAS
- ② BSNR (Betriebsstättennummer)
- ③ LANR (Lebenslange Arzt-nummer)
- ④ Ausstelldatum

<sup>1)</sup>Optionale Kennzeichnung der Kreuzfelder Gebühr frei, Impfstoff und Sprechstundenbedarf  
<sup>2)</sup>Optionale Nennung Apothekenname, PLZ, Ort

## 2. Privatärzte

Krankenkasse bzw. Kostenträger		Bezugsdatum	Apotheken-Nummer
Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS)			+1234567+
Name, Vorname des Versicherten		Gesamt-Brutto	
COVID-19 Bestellung		2 1 4 6 8	
Privatarzt		Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.	
PVS-ID		Faktor	
103609999		19456398	
22222200		2	
22222200		10	
TT.MM.JJ		17890	

**Arztstempel:**  
 Vorname, Name  
 Berufsbezeichnung  
 Telefonnummer  
 Anschrift Praxis

**Unterschrift Arzt**

- ① Kostenträger-IK BAS
- ② Dummy-BSNR
- ③ Dummy-LANR
- ④ Ausstelldatum

**Hinweis:**  
 Die Angabe der Dummy-BSNR und -LANR ist für die technische Verarbeitung und ggf. spätere Auswertungen notwendig.

PVS-ID ID der Registrierung im PVS-Impfportal  
 BAS Bundesamt für Soziale Sicherung  
 BSNR Betriebsstättennummer  
 LANR Lebenslange Arztnummer

### 3. Betriebsärzte

Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS)		Bezugsdatum	Apotheken-Nummer +1234567+	
Name, Vorname des Versicherten COVID-19 Bestellung Betriebsarzt Einheitliche Fortbildungsnummer (EFN)		Geburtsdatum		Gesamt-Brutto 2 1 4 6 8
Umsatz	103609999	Arzneimittel-/Hilfsmittel-/Heilmittel-Nr.	Faktor	Taxe
	111111100	19456398	2	3578
	111111100	19395515	10	17890
	TT.MM.JJ			
Rp. (Bitte Leeräume durchstreichen)		<b>Arztstempel</b> (Vorname, Name, Berufsbezeichnung, Telefonnummer, Anschrift Unternehmen/ Dienst/ Praxis) <b>Unterschrift Arzt</b>		
12 Impfstoffdosen Comirnaty® 30 JN.1 BUND 1X2.25 ML 10 Impfstoffdosen Nuvaxovid JN1 UDV BUND		PKVH <small>* Auf-idem ist ausgeschlossen, wenn der Arzt den Ausschluss durch Ankreuzen des Auf-idem-Feldes kenntlich gemacht hat. Unterschrift des Arztes</small>		

- ① Kostenträger-IK BAS
- ② Dummy-BSNR
- ③ Dummy-LANR
- ④ Ausstelldatum

**Hinweis:** Die Angabe der Dummy-BSNR und -LANR ist für die technische Verarbeitung und ggf. spätere Auswertungen notwendig.

EFN      Einheitliche Fortbildungsnummer  
 BAS      Bundesamt für Soziale Sicherung  
 BSNR    Betriebsstättennummer  
 LANR    Lebenslange Arztnummer

### 4. Ärzte des ÖGD

Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS)		Bezugsdatum	Apotheken-Nummer +1234567+	
Name, Vorname des Versicherten COVID-19 Bestellung ÖGD		Geburtsdatum		Gesamt-Brutto 1 7 8 9 0 0
Umsatz	103609999	Arzneimittel-/Hilfsmittel-/Heilmittel-Nr.	Faktor	Taxe
	666666600	19456398	50	89450
	666666600	19395515	50	89450
	TT.MM.JJ			
Rp. (Bitte Leeräume durchstreichen)		<b>Arztstempel:</b> Vorname, Name Berufsbezeichnung Telefonnummer Anschrift Praxis <b>Unterschrift Arzt</b>		
300 Impfstoffdosen Comirnaty® 30 JN.1 BUND 1X2.25 ML 50 Impfstoffdosen Nuvaxovid JN1 UDV BUND		PKVH <small>* Auf-idem ist ausgeschlossen, wenn der Arzt den Ausschluss durch Ankreuzen des Auf-idem-Feldes kenntlich gemacht hat. Unterschrift des Arztes</small>		

- ① Kostenträger-IK BAS
- ② Dummy-BSNR (7 x 6 und 2 x 0)
- ③ Dummy-LANR (7 x 6 und 2 x 0)
- ④ Ausstelldatum

**Hinweis:** Die Angabe der Dummy-BSNR und -LANR ist für die technische Verarbeitung und ggf. spätere Auswertungen notwendig.

BAS      Bundesamt für Soziale Sicherung  
 BSNR    Betriebsstättennummer  
 LANR    Lebenslange Arztnummer

## 5. Ärzte in Krankenhäusern

Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS)		Bezugsdatum	Apotheken-Nummer +1234567+	
Name, Vorname des Versicherten COVID-19 Bestellung Krankenhaus		geb. am		
Versicherungsnummer		Gesamt-Brutto		
103609999	Personennummer	19456398	2	3578
888888800	Karte gültig bis	19395515	10	17890
888888800	Datum	TT.MM.JJ		
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)				
12 Impfstoffdosen Comirnaty® 30 JN.1 BUND 1X2.25 ML		<b>Arztstempel:</b>		
10 Impfstoffdosen Nuvaxovid JN1 UDV BUND		Vorname, Name		
PKVrl		Berufsbezeichnung		
		Telefonnummer		
		Anschrift Praxis		
		<b>Unterschrift Arzt</b>		

- ① Kostenträger-**IK** BAS
- ② Dummy-**BSNR** (7 x 8 und 2 x 0)
- ③ Dummy-**LANR** (7 x 8 und 2 x 0)
- ④ Ausstelldatum

**Hinweis:** Die Angabe der Dummy-BSNR und -LANR ist für die technische Verarbeitung und ggf. spätere Auswertungen notwendig.

BAS Bundesamt für Soziale Sicherung  
 BSNR Betriebsstättennummer  
 LANR Lebenslange Arztnummer

## **A.2) Abrechnung des COVID-19 Impfstoffes, der zur Verabreichung in den Apotheken bestimmt ist**

### **Prozess:**

- » Für die Abrechnung der Vergütung wird nicht zwischen Erst-/Zweit- und Auffrischimpfung (Booster) unterschieden.
- » Der Großhandel und die Apotheke erhalten für die Beschaffung der Impfstoffe jeweils eine Vergütung je abgegebener Durchstechflasche.
- » Die Abrechnung erfolgt monatlich – spätestens bis zum Ende des dritten auf den Abrechnungszeitraum folgenden Monat – gegenüber dem jeweiligen Apothekenrechenzentrum unter Angabe der BUND-PZN.
- » Die von den Apotheken beauftragten Rechenzentren übermitteln dem Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) monatlich den sich für die Apotheken ergebenden Gesamtbetrag (inklusive der Großhandelsvergütung) der Abrechnungen und leiten den sich aus der Abrechnung mit dem BAS ergebenden Betrag an die Apotheken weiter.
- » Vergütungen, die für den Großhandel bestimmt sind, sind von der Apotheke an den Großhandel weiterzuleiten.
- » Die Abrechnung der COVID-19 Impfstoffe, die von der Apotheke für die Verabreichung in der Apotheke bestellt wurden, erfolgt – unter Angabe der jeweiligen BUND-PZN – über den Sonderbeleg „Apothekenbeleg“.
- » Die Apotheke ist verpflichtet, die für den Nachweis der korrekten Abrechnung erforderlichen rechnungsbegründenden Unterlagen (Apothekenbeleg) bis zum 31. Dezember 2029 unverändert zu speichern oder aufzubewahren. In der Regel übernimmt das Apothekenrechenzentrum für die Apotheke diese Aufgabe.

## Vergütung Großhandel

Der Großhandel erhält:

- » je abgegebene Durchstechflasche 7,45 Euro (netto)

## Vergütung Apotheke

Die Apotheke erhält:

- » je Durchstechflasche: 7,58 Euro (netto)

## Gesamtvergütung Apotheke

Die Gesamtvergütung für Großhandel und Apotheke beträgt:

- » je abgegebene Durchstechflasche: 17,89 Euro (brutto)

## Bedruckungsregeln Apotheke für Beleg „Apothekenbeleg“

- » Der Apothekenbeleg wird wie folgt ausgefüllt (ggf. handschriftlich).
  - » Hinweis: Die bei den jeweiligen Feldern aufgeführten Ziffern beziehen sich auf das Bedruckungsbeispiel
- » Die Apotheke trägt in den Verordnungsteil den Text „**COVID-19-Impfstoffe**“ ein (9).
- » Die Apotheke trägt in die Felder im Abgabeteil folgende Angaben ein:
  - › Feld „Kostenträger“ = Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS);  
Feld „Kostenträgerkennung“ (1) = 103609999
  - › Feld „LANR (lebenslange Arztnummer)“ (2): 999999900 (7 x 9 und 2 x 0) und  
Feld „BSNR (Betriebsstättennummer)“ (3): 999999999 (9 x 9)
  - › Feld „Apotheken-Nummer / IK“ (4): Bitte **Apotheken-IK** der ausstellenden Apotheke eintragen.
  - › Feld „Summe“ (5): **Gesamtbrutto** = Summe der Einzeltaxen in Euro

› Feld „Kennziffer“ (6):

- **BUND-PZN** des verwendeten Impfstoffes:

- COMIRNATY 30 JN.1 BUND 1X2.25 ML	<b>PZN 19456398</b>
- COMIRNATY 30 KP.2 BUND 1X2.25 ML	<b>PZN 19514090</b>
- NUVAXOVID JN1 UDV BUND	<b>PZN 19395515</b>

- › **Hinweis:** Die Comirnaty® „Kinder-Impfstoffe“ (10 µg/Dosis und 3 µg/Dosis) können nicht für Impfungen in der Apotheke bestellt werden, da die Impfung unter 12-Jähriger durch Apotheker\*innen gesetzlich nicht gestattet ist.

› Feld „Faktor“ (7): Anzahl verbrauchter Durchstechflaschen/Vials, max. 4-stellig

› Feld „Anzahl“ (8): **Summe der Vergütung Großhandel und Apotheke** in Cent (brutto)

COMIRNATY 30 JN.1 BUND	PZN 19456398	
COMIRNATY 30 KP.2 BUND	PZN 19514090	<b>1789 * Faktor</b>
NUVAXOVID JN1 UDV BUND	PZN 19395515	

› Feld „Abgabemonat Ende“ (11): Letzter Kalendertag des Monats, in dem die Impfungen durchgeführt wurden.

- › Die Apotheke **stempelt** den Sammelbeleg ab und bestätigt mit Ihrer **Unterschrift** die Richtigkeit der gemachten Angaben (10).

## Bedruckungsbeispiel

Krankenkasse bzw. Kostenträger		Apotheken-Nummer / IK	
① Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS)		+1234567+	
Name, Vorname des Versicherten		geb. am	
Kostenträgerkennung		Zuzahlung	
103609999	Versicherten-Nr.	Gesamt-Betrag	
999999999	999999900	⑤ 2 3 2 5 7	
Status	Datum	Kennziffer	
		⑥ 19456398	
		Faktor	
		⑦ 2	
		⑧ 3578	
		1. Position	
		19514090	
		2. Position	
		1 1789	
		3. Position	
		19395515 10 17890	
⑨ COVID-19-Impfstoffe			
⑪ T T M M J J		⑩	
Leistungs-/Abgabedatum In der Apotheke		Unterschrift der Apothekerin/des Apothekers	

APOTHEKENBELEG



- ① Kostenträger-IK BAS
- ② Dummy-BSNR
- ③ Dummy-LANR
- ④ Apotheken-IK
- ⑤ Gesamtbetrag (brutto)
- ⑥ jeweilige Bund-PZN
  - COMIRNATY 30 JN.1 BUND → 19456398
  - COMIRNATY 30 KP.2 BUND → 19514090
  - NUVAXOVID JN1 UDV BUND → 19395515
- ⑦ Faktor = Anzahl Durchstechflaschen/Vials
- ⑧ Summe (in Cent (brutto))
  - COMIRNATY 30 JN.1 BUND → Faktor \* 1789
  - COMIRNATY 30 KP.2 BUND → Faktor \* 1789
  - NUVAXOVID JN1 UDV BUND → Faktor \* 1789
- ⑨ Text „COVID-19-Impfstoffe“
- ⑩ Unterschrift der Apothekerin/des Apothekers und ggf. Stempel
- ⑪ Letzter Kalendertag des Monats, in dem die Impfungen durchgeführt wurden