

Welche grundsätzlichen Regeln gibt es bei der ambulanten Verordnung?

Bei Entlassrezepten muss eine Vielzahl von Vorgaben für die Verordnung im ambulanten Bereich eingehalten werden (§ 4 Rahmenvertrag Entlassmanagement). Wir geben einen Überblick über die Basics.

Zulassung beachten

Grundsätzlich müssen Arzneimittel ihrer Zulassung entsprechend eingesetzt werden. Nicht nur die Indikation, auch Vorgaben wie z. B. Alter, Geschlecht oder Vortherapien der Patientinnen und Patienten müssen eingehalten werden.

Rabattverträge beachten und wirtschaftlich verordnen

Die Rabattverträge der verschiedenen Krankenkassen müssen auch bei Entlassrezepten beachtet werden. Da es unmöglich ist, jeden Rabattpartner jeder Kasse auswendig zu wissen, kann hier die Verordnungssoftware helfen, die Informationen über die Rabattverträge enthält. Die Apotheken unterstützen außerdem dabei, die Rabattverträge zu erfüllen, indem sie Verordnungen ohne Aut-idem-Kreuz durch wirkstoffgleiche Rabattarzneimittel austauschen.

Aber Achtung: Gibt es keinen Rabattvertrag zu einem Arzneimittel, dürfen Apotheken in Niedersachsen auch genau das Präparat abgeben, das auf dem Rezept steht. Bei einem verordneten Original kann das teuer werden. Daher gibt es noch eine zweite, bequemere Möglichkeit: Die Wirkstoffverordnung. Dabei werden nur Wirkstoffname, Dosierung und Packungsgröße (N1) aufgeschrieben. Die Apotheke muss dann den Rabattpartner oder ein günstiges Präparat auswählen.

Zuzahlungen

Versicherte über 18 Jahren müssen zu verordneten Arzneimitteln eine Zuzahlung leisten, die in der Apotheke bezahlt wird. Diese beträgt 10 Prozent des Arzneimittelpreises, mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro (aber nie mehr, als das Arzneimittel kostet). Es kann sein, dass eine kleine N1-Packung ebenso 5 Euro Zuzahlung bei den Versicherten verursacht wie eine große N3-Packung. Einige Arzneimittel sind auch zuzahlungsfrei.

Einige Versicherte sind von der Zuzahlung befreit, weil die Kosten ihre jährliche Belastungsgrenze überschreiten. Diese Befreiung wird auf dem Rezept gekennzeichnet.

Festbeträge

Für manche Wirkstoffe gelten sogenannte Festbeträge. Das bedeutet, dass die gesetzliche Krankenkasse einen Maximalbetrag für diesen Wirkstoff in dieser Dosierung und Packungsgröße bezahlt. Ist das Medikament teurer, müssen Versicherte den Differenzbetrag (die sogenannten Mehrkosten) selbst bezahlen. Das gilt übrigens auch für Kinder und für von der Zuzahlung befreite Versicherte, denn Mehrkosten haben mit der Zuzahlung nichts zu tun.

Oft ergibt sich ein Problem, wenn ein Wirkstoff generisch wird und günstig angeboten wird, der Originalanbieter seinen Preis aber nicht absenkt (z. B. Keppra®, Nexium Mups®). Manchmal

sind Festbeträge wirkstoffübergreifend – alle Wirkstoffe einer ähnlichen Wirkweise sind dann zusammengefasst, sodass Preisunterschiede zwischen älteren, generischen Präparaten und Originalpräparaten zu Mehrkosten führen können (z. B. Micardis® mit anderen Sartanen, Crestor® mit anderen Statinen).

Weitere Informationen zu Festbeträgen und Festbetragsgruppen gibt es auf www.bfarm.de

Vorgaben des SGB V und der Arzneimittel-Richtlinie des G-BA

Das SGB V regelt in § 31 und § 34, welche Arzneimittel auf Kassenrezept verordnet werden können:

- Es muss sich um ein apothekenpflichtiges Arzneimittel handeln. (Nichtapothekenpflichtige Arzneimittel sowie Nahrungsergänzungsmittel und Kosmetika sind nicht verordnungsfähig).
- Versicherte ab dem 12. Geburtstag dürfen nur verschreibungspflichtige Medikamente verordnet bekommen. Versicherte, die jünger als 12 Jahre alt sind (oder Entwicklungsstörungen haben), dürfen auch apothekenpflichtige Arzneimittel auf Rezept bekommen.
- Für Versicherte ab 18 sind bestimmte Erkrankungen ganz von der Versorgung ausgeschlossen, auch wenn die Medikamente verschreibungspflichtig sind, z. B. Mittel bei Erkältungskrankheiten, Hustenmittel, Rachentherapeutika, Abführmittel, Reisekrankheitsbehandlung. Ausgeschlossen sind auch „Lifestyle“-Mittel wie Haarwuchsmittel, Mittel zur Steigerung der Potenz, zur Rauchentwöhnung und zur Abmagerung.

Das klingt zunächst überschaubar, aber es gibt hierzu Ausnahmen, die durch die Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) näher geregelt werden. Die AM-RL selbst sowie ihre Anlagen sind online einsehbar auf der Homepage des Gemeinsamen Bundesausschusses (www.g-ba.de). Im Text der Richtlinie gibt es neben wichtigen Infos zur Verordnung von Arzneimitteln auch Hinweise zur Verordnung von enteraler Ernährung.

In den Anlagen sind die Regelungen der AM-RL im Detail genannt, erwähnt werden sollen hier insbesondere:

- **Anlage I: OTC-Übersicht:** Hier sind apothekenpflichtige Arzneimittel aufgezählt, die im Sonderfall bei einer bestimmten Erkrankung erwachsenen Patientinnen und Patienten auf Kassenrezept verordnet werden können. (z. B. Calcium bei Osteoporose)
- **Anlage III: Übersicht über Verordnungseinschränkungen und -Ausschlüsse:** Hier sind verschreibungspflichtige Arzneimittel sowie einige apothekenpflichtige Arzneimittel für Kinder unter 12 Jahren genannt, die nicht auf Kassenrezept verordnet werden dürfen. Dazu gehören z. B. Kombinationsschmerzmittel (z. B. Dolomo®), dipyridamolhaltige Arzneimittel (z. B. Aggrenox®), externe Rheumamittel (z. B. Voltaren Emulgel®) und Glinide (z. B. Repaglinid).
- **Anlage V: Übersicht über verordnungsfähige Medizinprodukte:** Arzneimittelähnliche Medizinprodukte dürfen nur ausnahmsweise auf Kassenrezept verordnet werden, wenn sie in dieser Liste aufgeführt sind und zu dem genannten Zweck verwendet werden. Hier sind z. B. einige Kochsalzlösungen genannt oder Macrogol-Präparate.

Wenn die AM-RL missachtet wird, kann die Krankenkasse einen Prüfantrag auf sonstigen Schaden stellen. Das bedeutet, dass die Krankenkasse die Kosten von Verordnungen, die die AM-RL verletzen, von der Ärztin oder dem Arzt zurückfordern kann.