

Vom Rezept zum Medikament – was passiert in der Apotheke?

Das Ausstellen von Arzneimittelrezepten gehört zur täglichen ärztlichen Routine. Hierbei sind eine Menge Vorschriften und Formalitäten zu beachten – von der korrekten Indikationsstellung über die Notwendigkeit bis zur Wirtschaftlichkeit des Medikaments. Was aber passiert mit dem Rezept, nachdem es dem Patienten ausgehändigt worden ist? Wie erhält der Patient sein Arzneimittel? Dieser Artikel soll zum interdisziplinären Verständnis zwischen Arzt und Apotheker beitragen.

Die einfache und naheliegende Antwort lautet: Der Patient geht in eine Apotheke, der Apothekenmitarbeiter (dies kann ein Apotheker oder eine pharmazeutisch-technische Assistentin [PTA] sein), holt das verordnete Medikament aus dem Apothekerschrank und händigt es dem Patienten aus.

In Wirklichkeit ist der Vorgang in der Apotheke komplexer, als er auf den ersten Blick erscheinen mag. Auch hier gibt es ähnlich wie in der Arztpraxis einige Dinge zu beachten, bevor die Apotheke das Rezept beliefern darf. Von der Übergabe des Rezeptes an den Apothekenmitarbeiter bis zum Aushändigen des Medikaments an den Patienten ist es ein langer Weg, der zur Veranschaulichung für das klassische rosa Kassenrezept (Muster 16) dargestellt wird.

Formale Prüfung

Am Anfang steht die formale Überprüfung des Rezeptes. Zuerst überprüft die Apothekenmitarbeiterin oder der Apothekenmitarbeiter, ob alle Angaben, die das Rezept laut der Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV) enthalten muss, vorhanden und vollständig sind. Die AMVV gibt 10 Punkte vor, die ein korrekt ausgestelltes Rezept enthalten muss:

- Name, Vorname, Berufsbezeichnung und Anschrift der Praxis oder der Klinik der verschreibenden Person einschließlich einer Telefonnummer zur Kontaktaufnahme (die genaue Ausgestaltung je nach Praxiskonstellation können Sie dem Merkblatt „Rezeptformalismus: Was Ärzte dazu wissen sollten“ entnehmen)



www.kvbawue.de/pdf4286

- Datum der Ausfertigung
- Name und Geburtsdatum der Person, für die das Arzneimittel bestimmt ist
- Bezeichnung des Fertigarzneimittels oder des Wirkstoffes einschließlich der Stärke
- Bei einem Arzneimittel, das in der Apotheke hergestellt werden soll, die Zusammensetzung nach Art und Menge oder die Bezeichnung des Fertigarzneimittels, von dem eine Teilmenge abgegeben werden soll, sowie eine Gebrauchsanweisung; einer Gebrauchsanweisung bedarf es nicht, wenn das Arzneimittel unmittelbar an die verschreibende Person abgegeben wird
- Darreichungsform
- Abzugebende Menge des verschriebenen Arzneimittels
- Die Dosierung; dies gilt nicht, wenn dem Patienten ein Medikationsplan, der das verschriebene Arzneimittel umfasst, oder eine entsprechende schriftliche Dosierungsanweisung einer verschreibenden Person vorliegt und wenn die verschreibende Person dies in der Verschreibung kenntlich gemacht hat (Kürzel: »Dj«) oder wenn das verschriebene Arzneimittel unmittelbar an die verschreibende Person abgegeben wird
- Eigenhändige Unterschrift der verschreibenden Person oder, bei Verschreibung in elektronischer Form, deren qualifizierte elektronische Signatur [1]



Mittlerweile kann dieser Prozess durch Scannerkassen unterstützt werden. Mit deren Hilfe werden die Rezepte gescannt und mittels Texterkennung ausgewertet, sodass der Apothekenmitarbeiter eventuelle Formfehler unmittelbar erkennen kann.

Weitere Pflichtangaben

Für die Abrechnung mit den gesetzlichen Krankenkassen gibt der Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung noch weitere Pflichtangaben wie beispielsweise BSNR oder das Kassen-IK vor [2].

Alle Pflichtangaben müssen auf Vollständigkeit und Plausibilität geprüft werden [2, 3]. Sind die Angaben unvollständig oder unklar, ist eine korrekte Belieferung eines Rezeptes und dessen vollständige Abrechnung nicht möglich bzw. erst möglich, wenn die Unklarheiten ausgeräumt sind.

Seit 1. November 2020 muss bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln die Dosierung auf Arzneimittelverordnungen angegeben werden oder es muss gekennzeichnet werden, ob dem Patienten ein bundeseinheitlicher Medikationsplan (BMP) oder eine schriftliche Dosierungsanweisung vorliegt [4].

Besonders wichtig: die Rezeptgültigkeit

Ein besonderes Augenmerk wird auf das Ausstellungsdatum gelegt. Hier ist je nach Rezeptart bzw. verordnetem Arzneimittel eine unterschiedlich lange Gültigkeit festgelegt.

Die klassischen Muster-16-Kassenrezepte können bis zu 28 Tage zulasten der GKV eingelöst werden. Danach besteht für den Patienten noch für weitere zwei Monate die Möglichkeit, diese als Privatrezept einzulösen. Eine Ausnahme gibt es bei der Verordnung von Retinoiden zur Behandlung der Akne (Isotretinoin und Alitretinoin): Hier ist die Verschreibung bei Frauen im gebärfähigen Alter sechs Tage ab Ausstellung gültig. Auch wird die Höchstmenge je Verschreibung auf einen Bedarf von 30 Tagen begrenzt [5].

Betäubungsmittel-Rezepte (BtM-Rezepte) müssen innerhalb von sieben Tagen nach dem Ausstellungstag ein-

gelöst werden [6]. T-Rezepte müssen verwendet werden bei einer Verordnung von Thalidomid, Lenalidomid und Pomalidomid. Hierbei gilt eine Gültigkeit von sechs Tagen nach dem Ausstellungsdatum inklusive Belieferung und Abgabe an den Patienten [7].

Das Entlassrezept zum Ende eines stationären Krankenhausaufenthalts ist drei Werktage inklusive Ausstellungsdatum gültig. Dies gilt für Muster-16-, BtM- und T-Rezepte.

Alle Erstattungsfristen und die einzelnen Gültigkeitsdauern der Rezepte sind im Merkblatt „Gültigkeitsdauer bei der Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, häuslicher Krankenpflege, SAPV und Krankentransport“ aufgeführt.



www.kvbawue.de/pdf842

Wirtschaftliche Auswahl des Medikaments

Im nächsten Schritt wird überprüft, ob das Arzneimittel eindeutig benannt ist. Für eine Verordnung gibt es grundsätzlich zwei Möglichkeiten. Die erste, häufiger genutzte Möglichkeit ist die Verordnung von Fertigarzneimitteln. Hier müssen der Handelsname und, sofern nicht bereits aus dem Handelsnamen ersichtlich, zusätzlich die Wirkstärke, die Darreichungsform, die Packungsgröße/Normgröße und, sofern verfügbar, die Pharmazentralnummer (PZN) aufgedruckt werden [8]. Das händische Ausstellen eines Rezeptes ist ebenfalls möglich. Hierbei und auch bei der Wirkstoffverordnung muss die PZN nicht angegeben werden [9].

Die zweite Möglichkeit ist die Wirkstoffverordnung, dazu muss die Verordnung den Wirkstoff, die Wirkstärke und die Darreichungsform enthalten. Weiter muss die abzugebende Menge des Arzneimittels benannt werden. Ergeben sich aus der Verordnung keine Unklarheiten oder Rückfragen, die noch geklärt werden müssten, wird das abzugebende Arzneimittel mit Hilfe der Apotheken-Software herausgesucht.

Bei der Auswahl des Arzneimittels (Verordnung ohne Aut-idem-Kreuz) muss sich die Apotheke an den Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung halten. Dieser gibt

die Abgabereihenfolge an. Vorrangig ist ein rabattiertes Arzneimittel abzugeben. Präparate mit einem Rabattvertrag sind für die jeweilige Krankenkasse die wirtschaftlichste Lösung [10]. Die Rabattverträge werden zwischen dem pharmazeutischen Unternehmer und der Krankenkasse geschlossen und laufen in der Regel für zwei Jahre. Nach Ablauf des Rabattvertrags werden die einzelnen Wirkstoffe neu ausgeschrieben, und die Hersteller können sich erneut darauf bewerben. Den Krankenkassen ist es aktuell freigestellt, mit wie vielen Herstellern Verträge geschlossen werden. Manche Kassen schließen nur mit einem Hersteller einen Vertrag ab, andere Kassen haben Verträge mit mehreren Partnern.

Keine rabattbegünstigte Abgabe möglich

Ist kein rabattvertragskonformes Arzneimittel in der Apotheke vorrätig und kann auch keines über den Apothekengroßhändler bezogen werden oder wenn kein

Rabattvertrag existiert, muss die Apotheke ein Arzneimittel aus den vier preisgünstigsten auswählen. Ist auch hier kein Arzneimittel verfügbar, folgt das nächste preisgünstige Medikament usw. Auf dem Rezept wird dieser Vorgang mit einem sogenannten Sonderkennzeichen (Sonder-PZN) und einem entsprechenden Faktor vermerkt. Dies ist notwendig, damit die Krankenkassen nachvollziehen können, aus welchem Grund kein Rabattarzneimittel abgegeben worden ist bzw., falls kein Rabattvertrag vorliegt, nicht eines der vier preisgünstigsten Arzneimittel beliefert wurde. Vergisst die Apotheke die Sonder-PZN, kann die Krankenkasse das Rezept retaxieren.

Die Sonder-PZN wird in das Taxationsfeld an die erste Stelle gedruckt (Abbildung 1) [11], und die unterschiedlichen Fälle werden mit Hilfe von Faktoren (Tabelle 1) beschrieben.

Tabelle 1: Übersicht über die Faktoren des Sonderkennzeichens 02567024 („Nichtverfügbarkeit eines Arzneimittels“)

Faktor	Fall	Hinweis
1	Abgabe gemäß Rahmenvertrag	
2	Nichtverfügbarkeit eines rabattbegünstigten Fertigarzneimittels	Nachweis der Nichtverfügbarkeit dokumentieren
3	Nichtverfügbarkeit eines preisgünstigen Fertigarzneimittels bzw. Abweichung von der Importabgabe aufgrund von Nichtverfügbarkeit	
4	Nichtverfügbarkeit eines rabattbegünstigten Fertigarzneimittels sowie eines preisgünstigen Fertigarzneimittels	
5	Nichtabgabe eines rabattbegünstigten Fertigarzneimittels aufgrund eines dringenden Falles	Begründung auf dem Rezept dokumentieren und abzeichnen
6	Nichtabgabe eines rabattbegünstigten Fertigarzneimittels sowie eines preisgünstigen Fertigarzneimittels / Abweichung von der Importabgabe aufgrund eines dringenden Falles	
7	Abgabe eines vom Versicherten verlangten „ Wunscharzneimittels “	
8	Nichtabgabe eines rabattbegünstigten Fertigarzneimittels aufgrund sonstiger Bedenken (pharmazeutische Bedenken)	Begründung auf dem Rezept dokumentieren und abzeichnen
9	Nichtabgabe eines rabattbegünstigten sowie eines preisgünstigen Fertigarzneimittels / Abweichung von der Importabgabe aufgrund sonstiger Bedenken (pharmazeutische Bedenken)	

Abbildung 1: Taxationsfeld des Muster-16-Verordnungsvordrucks

<table border="1"> <tr> <td>MO</td> <td>MI</td> <td>DI</td> <td>MI</td> <td>DO</td> <td>FR</td> <td>SA</td> <td>SO</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>7</td> <td>6</td> <td>9</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				MO	MI	DI	MI	DO	FR	SA	SO	8	7	6	9					Apothekennummer (8) +8888888+			
MO	MI	DI	MI	DO	FR	SA	SO																
8	7	6	9																				
Zuschlag 0				Gesamtbetrag 325,63																			
Arzneimittelnummer (6)				Faktor		Taxe																	
1. Verordnung 2567024				312		0																	
2. Verordnung 1737530						25925																	
3. Verordnung 3429028						5497																	
8533894				Vertragsarztstempel 1141																			

In diesem Beispiel (Abbildung 1) sind für die erste und dritte Verordnung eine Nichtverfügbarkeit von einem Fertigarzneimittel angezeigt worden. Für das erste Arzneimittel wird der Grund mit dem Faktor 3 beschrieben. Dieser ist eine Nichtverfügbarkeit eines preisgünstigen Fertigarzneimittels bzw. Abweichung von der Importabgabe. Das zweite Medikament kann nach den Vorgaben des Rahmenvertrags abgegeben werden (Faktor 1). Bei dem dritten Arzneimittel ist wieder eine Nichtverfügbarkeit vermerkt. Diesmal mit dem Faktor 2, das heißt, dass das rabattbegünstigte Fertigarzneimittel nicht lieferbar ist.

Besteht die Notwendigkeit eines sofortigen Therapiebeginns, z. B. bei einer Akutversorgung oder im Notdienst, steht der Apotheke hierfür ebenfalls eine Sonder-PZN zur Verfügung. Wird beispielsweise ein Antibiotikum oder ein Virostatikum verordnet und das rabattierte oder ein preisgünstiges Arzneimittel ist nicht vorrätig, kann in einem dringenden Fall ein vorrätiges nicht-rabattiertes oder anderes preisgünstiges Arzneimittel abgegeben werden. Hierzu ist neben der Sonder-PZN noch ein handschriftlicher Vermerk mit einer Begründung auf dem Rezept zu notieren.

Eine weitere Möglichkeit für die Apotheke, von der Abgaberangfolge abzuweichen, sind pharmazeutische Bedenken. Diese können im Einzelfall geltend gemacht werden, wenn u. a. die Arzneimitteltherapiesicherheit oder die Therapie trotz Beratung nicht sichergestellt ist. Auch in diesem Fall ist ein Vermerk der Apotheke notwendig [12].

Ist die Auswahl des Arzneimittels abgeschlossen, erfolgt die Beratung des Patienten. Die Beratung umfasst insbesondere Informationen zur Arzneimittelsicherheit, zur sachgerechten Anwendung und ggf. auch über Neben- oder Wechselwirkungen, zur Aufbewahrung und Entsorgung [13]. Wenn die Patientin oder der Patient keinen weiteren Informations- und Beratungsbedarf haben, wird das Medikament abgegeben.

Das Rezept wird in der Apotheke bedruckt und zur Abrechnung an ein Apothekenrechenzentrum geschickt. Dort werden die Rezepte aus den einzelnen Apotheken gesammelt und im Anschluss mit den jeweiligen Krankenkassen abgerechnet.

Die während der Corona-Pandemie eingeführten erweiterten Austauschregeln sind in den § 423 SGB V überführt worden, laufen allerdings zum 31. Juli 2023 aus. Teile dieser Regeln werden durch den Gesetzgeber zum 1. August 2023 dauerhaft ins SGB V überführt. Demnach können Apotheken von dem gemäß Rahmenvertrag abzugebenden Arzneimittel ohne Rücksprache mit dem Arzt bei einer Nichtverfügbarkeit abweichen und dieses gegen ein verfügbares wirkstoffgleiches Arzneimittel austauschen. Abgewichen werden darf, solange die verordnete Wirkstoffmenge nicht überschritten wird, im Hinblick auf

- die Packungsgröße
- die Packungsanzahl
- die Abgabe von Teilmengen aus der Packung eines Fertigarzneimittels, soweit die verordnete Packungsgröße nicht lieferbar ist
- die Wirkstärke, sofern keine pharmazeutischen Bedenken bestehen.

Nicht übernommen worden ist die sogenannte „Aut-simile“-Regelung, bei der es der Apotheke nach Rücksprache

mit dem Arzt möglich war, ein pharmakologisch-therapeutisch vergleichbares Arzneimittel abzugeben. Hier muss ein neues Rezept ausgestellt werden.

Fazit

- Die Apotheke ist verpflichtet, die formale Korrektheit eines Rezeptes zu überprüfen. Bei Unklarheiten darf das Rezept nicht beliefert werden.
- Der Rahmenvertrag gibt die Abgabereihenfolge der verschiedenen Arzneimittel vor, die den gleichen Wirkstoff enthalten, wenn der Arzt den Austausch zulässt.
- Eine Nichtbeachtung der Abgabereihenfolge kann bei der Apotheke zu Retaxationen führen.
- In bestimmten Fällen, z. B. bei Lieferschwierigkeiten, im Akutfall oder bei pharmazeutischen Bedenken, kann die Abgabereihenfolge mit Hilfe der Sonderkennzeichen umgangen werden.

E-Rezept

Mit der Einführung des E-Rezeptes wird die formale Prüfung eines Rezeptes für Apotheken einfacher. Fehlende Pflichtangaben werden beispielsweise direkt bei der Ausstellung erkannt, und das E-Rezept lässt sich nicht auf den E-Rezept-Server laden. Nachträgliche Korrekturen werden jedoch voraussichtlich nicht mehr möglich sein, weil es sich um einen signierten Datensatz handelt, der nur unverändert rechtswirksam ist. Wollen Sie etwas korrigieren, dann löschen Sie das E-Rezept und erstellen ein neues.

Für die Apotheken werden voraussichtlich dieselben Heilungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen wie beim Papierverfahren. Die Umsetzung ist allerdings noch in der Klärung.

Literatur

- [1] § 2 AMVV
- [2] § 6 Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung nach § 129 Absatz 2 SGB V
- [3] § 17 ApBetrO
- [4] Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW): Muster 16 Ausfüllhilfe. <https://www.kvbawue.de/pdf61>
- [5] § 3b AMVV
- [6] § 12 BtMVV
- [7] § 3a AMVV
- [8] Anforderungskatalog nach § 73 SGB V für Verordnungssoftware P3 721
- [9] Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW): Neu: Automatischer Aufdruck der PZN auf dem Rezept (Nachricht vom 9. April 2018). <https://www.kvbawue.de/praxis/aktuelles/nachrichten-zum-praxisalltag/news-artikel/neu-automatischer-aufdruck-der-pzn-auf-dem-rezept>
- [10] §§ 10–13 Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung nach § 129 Absatz 2 SGB V
- [11] Technische Anlage 1 zur Arzneimittelabrechnungsvereinbarung gemäß § 300 Absatz 3 SGB V
- [12] § 14 Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung nach § 129 Absatz 2 SGB V
- [13] § 20 ApBetrO
- [14] § 17 ApBetrO, § 129 SGB V
- [15] Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW): Lieferengpässe bei Medikamenten: Erweiterte Austauschregeln (Nachricht vom 20. Juni 2023). <https://www.kvbawue.de/praxis/aktuelles/nachrichten-zum-praxisalltag/news-artikel/lieferengpaesse-bei-medikamenten-erweiterte-austauschregeln>