

3 Rund um das Rezept

3.1 Das Rezept

3.1.1 Einleitung

Die vom Arzt ausgestellten Rezepte können rosa, blau, grün oder weiß sein.

Das zumeist anzutreffende rosa Kassenrezept wird bei Verordnungen, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet werden, verwendet und darf höchstens drei Verordnungen beinhalten.

- Ist ein Kunde privat versichert, so werden blaue oder weiße Privatrezepte ausgestellt.
- Bei grünen Rezepten handelt es sich um Empfehlungen des Arztes, in den meisten Fällen für rezeptfreie Medikamente (► Kap. 3.7).
- Betäubungsmittelrezepte sind immer gelb, egal ob ein Kassen- oder Privatrezept in der Apotheke vorgelegt wird. Bei weißen Rezepten handelt es sich um sogenannte T-Rezepte (► Kap. 3.1.3).

Die Apotheke unterliegt bei rezeptpflichtigen Arzneimitteln dem sogenannten Kontrahierungzwang. Das bedeutet, dass die Verordnung des Arztes in angemessener Zeit beliefert werden muss. Ergeben sich jedoch pharmazeutische Bedenken, Unklarheiten, Anhaltspunkte für Irrtümer, oder besteht ein Verdacht auf Arzneimittelmissbrauch, so darf die Verordnung von der Apotheke nicht beliefert werden, ehe die Unklarheiten beseitigt sind.

Rezepte gelten als Urkunden. Verändert ein Patient oder die Apotheke sie eigenmächtig oder bringt ein Patient gefälschte Rezepte in den Umlauf, besteht der Strafbestand der Urkundenfälschung.

Die Eingabe eines Kassenrezepts in die EDV und das Herausfinden des richtigen Arzneimittels dauert oft länger, da vor der Belieferung unzählige Punkte zu überprüfen sind. Nicht nur, dass der Kunde durch den Rabattvertrag oft nicht das vom Arzt verordnete Arzneimittel bekommt.

Nein, dieser zusätzliche Zeitaufwand erregt häufig auch den Unmut des Kunden, was meist nur der Mimik des Patienten zu entnehmen ist. Dadurch fehlt leider auch die Bereitschaft, sich nach der Recherche der abzugebenden Präparate auch noch pharmazeutisch beraten zu lassen. Auch wenn die Bearbeitung eines Kassenrezepts uns oft vor eine große bürokratische Aufgabe stellt, ist das doch das Herzstück unserer täglichen Arbeit.

3.1.2 Kundenfragen

Fragen zum Rezept

Muss ich mein Kassenrezept sofort bei Ihnen einlösen?

- Nein, Kassenrezepte müssen innerhalb von vier Wochen in einer Apotheke eingelöst werden. Akute Verschreibungen, also z.B. Antibiotika-Rezepte, sollten allerdings unmittelbar nach Ausstellung eingelöst werden.

Ist mein Rezept ungültig, wenn ich es nicht innerhalb von vier Wochen eingelöst habe?

- Nein, ungültig ist es nicht. Es ist dann noch zwei weitere Monate gültig, kann aber nur noch als Privatrezept behandelt werden. Die Krankenkassen übernehmen die Kosten für das Medikament dann nicht mehr.

Sind alle Rezepte nur vier Wochen gültig?

- Nein. Gelbe Rezepte, sogenannte Betäubungsmittel Rezepte sind nur 8 Tage ab Ausstellungsdatum gültig. Privatrezepte sind drei Monate gültig und grüne Rezepte besitzen kein Verfalldatum.

Wie wird ein Kassenrezept von der Apotheke bearbeitet?

- Bei Kassenpatienten müssen eventuelle Rabattverträge geprüft und umgesetzt werden. Des Weiteren müssen wir alle formellen Angaben auf dem Rezept prüfen. Das ist für uns besonders wichtig, weil uns bereits bei geringsten Formfehlern eine sogenannte Vollretaxation droht. Die Krankenkasse bezahlt unserer Apotheke in diesem Fall nichts für das Ihnen abgegebene, manchmal auch sehr teure Arzneimittel.

Darf man handschriftlich auf dem Rezept etwas verändern?

- Nein, das hätte zur Folge, dass das Rezept ungültig ist bzw. die Apotheke auf den Kosten des Medikaments sitzen bleibt, weil die Krankenkasse das Rezept nicht mehr anerkennt.

3.1.3 Hintergrund und Gesetz

Gesetzlich Versicherte bekommen das **rosa Kassenrezept**. Es ist in den meisten Fällen einen Monat lang gültig. Wie viele Tage dies genau entspricht – also ob 28 oder 30 Tage – wird bei den Krankenkassen und manchmal auch in verschiedenen Bundesländern unterschiedlich gehandhabt.

Die gleiche Regelung gilt für Sprechstundenbedarfs-Rezepte.

Bei bestimmten Wirkstoffen weicht die Gültigkeit des roten Kassenrezepts ab. Dies gilt z. B. für Medikamente zur Behandlung von Akne (Isotretinoin-Rezepte) für Frauen im gebärfähigen Alter: Hier ist die Gültigkeit 8 Tage inkl. Verschreibungsdatum. Ein Behandlungszeitraum von 30 Tagen darf hierbei nicht überschritten werden.

Privatversicherte bekommen meistens blaue oder weiße Privatrezepte.

Darüber hinaus werden Privatrezepte auch bei GKV-Patienten verwendet, wenn ein rezeptpflichtiges Arzneimittel nicht zu Lasten der GKV verordnet werden darf, z. B. bei der Verordnung sogenannter Lifestyle-Medikamente, wie verschreibungspflichtige Potenz- oder Diätpillen. Privatrezepte sind im Normalfall drei Monate lang gültig.

Mit dem **gelben Betäubungsmittelrezept** (BtM-Rezept) verordnet der Arzt Arzneimittel, die unter das Betäubungsmittelgesetz fallen. Dazu gehören z. B. starke Schmerzmittel, Medikamente gegen die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) oder Drogenersatzstoffe wie Methadon. Da die Medikamente bei Missbrauch gefährliche Wirkungen zeigen können, gelten diese Rezepte nur 8 Tage inklusive Verschreibungsdatum. Sie bestehen aus drei Teilen: Einer bleibt beim Arzt, einer in der Apotheke und ein Exemplar geht zur Abrechnung an die Krankenkasse. Die Rezepte sind seit einiger Zeit individuell kodiert und somit ziemlich fälschungssicher.

Das weiße, zweiteilige **T-Rezept**:

- Der Arzt verordnet auf diesem Rezept nur Medikamente mit den Inhaltsstoffen Thalidomid, Pomalidomid oder Lenalidomid.
- Arzneimittel mit diesen Stoffen kommen eher selten vor. Die Rezepte sind nur sechs Tage einlösbar.
- Apotheken sind verpflichtet, wöchentlich die Durchschläge der von ihnen belieferten T-Rezepte an das BfArM zu schicken.

Das sogenannte T-Register des BfArM überwacht die Verschreibung und Abgabe von Arzneimitteln, die die o. a. Wirkstoffe enthalten. Einerseits wurde sowohl für Lenalidomid (Juni 2007) als auch für Pomalidomid (im September 2013) und Thalidomid (im April 2008) im europäischen Zulassungsverfahren die Wirksamkeit bei der Behandlung des multiplen Myeloms, einer Krebserkrankung des Knochenmarks, belegt.

Andererseits sind alle drei Wirkstoffe fruchtschädigend (teratogen). Thalidomid war der Auslöser der Contergan-Katastrophe, die in den Jahren 1961 und 1962 aufgedeckt wurde.

Um zu verhindern, dass es bei solchen Therapien erneut zu Missbildungen bei Neugeborenen kommt, hat die Europäische Kommission in ihren Zulassungsentscheidungen die EU-Mitgliedstaaten verpflichtet, besondere Sicherheitsmaßnahmen einzuhalten. In Deutschland sind diese Maßnahmen in der Arzneimittelverschreibungsverordnung (§ 3a AMVV) und der Apothekenbetriebsordnung (§ 17, Abs. 2b und 6b ApBetrO) sowie den Bekanntmachungen des BfArM festgeschrieben.

In der Apotheke besteht nach § 17 der Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) ein „Kontrahierungszwang“ für verschreibungspflichtige Medikamente, d. h., dass die Apotheke grundsätzlich verpflichtet ist, einen Kaufvertrag mit dem Patienten in Bezug auf diese Medikamente abzuschließen und die Verschreibung in angemessener Zeit auszuführen.

3.2 Die Zuzahlung

3.2.1 Einleitung

Bei den Zuzahlungen bei Kassenpatienten, die mit einem Rezept in die Apotheke kommen, gibt es weit mehr als nur gebührenpflichtig oder gebührenfrei.

Sie wissen es selber, oder werden es als Neuling in der Apotheke schnell merken, wie viele Sonderfälle bei den Zuzahlungen jeden Tag in der Apotheke auftreten. Daher empfiehlt es sich, den Kunden genauestens über dieses Thema informieren zu können. Das trifft auch für das nächste Kapitel zu (►Kap. 3.4, Sonderfälle wie Sprechstundenbedarf, Unfallrezepte etc. werden hier nicht behandelt).

3.2.2 Kundenfragen

Fragen zur Zuzahlung

Was versteht man unter der Zuzahlung?

- Die Zuzahlung oder auch Rezeptgebühr stellt eine Form des fixen Selbstbehaltes, also eine **Selbstbeteiligung** des Kunden dar. Die Krankenversicherung übernimmt die Kosten für die Arzneimittel, Sie als Kunde tragen einen Teil davon als Zuzahlung mit.

Wie hoch ist die Zuzahlung?

- Die Zuzahlung beträgt **10 %** des Arzneimittelpreises bei Medikamenten, die zwischen 50 und 100 € kosten. Wenn das Arzneimittel mehr als 100 € kostet, zahlen Sie aber **maximal 10 €** dazu.
- 5 € zahlen Sie für Arzneimittel, die zwischen 5 € und 50 € kosten.
- Kostet das Medikament weniger als 5 €, tragen Sie als Patient die Kosten selbst.

Was macht die Apotheke mit der Zuzahlung?

- Die Apotheke leitet die Zuzahlung an die entsprechende **Krankenversicherung** des Patienten weiter. Das funktioniert über eine zentrale Abrechnungsstelle.

Wer muss die Zuzahlung leisten?

- Alle Kunden, die ein Arzneimittel auf Kassenrezept in der Apotheke holen, die **volljährig** sind und keine Zuzahlungsbefreiung haben.

Wie kann ich mich von der Zuzahlung befreien lassen?

- Es gibt eine sogenannte **Belastungsgrenze** für Zuzahlungen: Sie liegt bei 2 % des Bruttoeinkommens, für chronisch Kranke bei 1 %.
- Ist die Belastungsgrenze im laufenden Jahr erreicht, bescheinigt Ihnen das Ihre Krankenkasse. Als Versicherter ist man dann für den Rest des Jahres von allen Zuzahlungen befreit.

Gilt die Belastungsgrenze nur für Arzneimittel?

- Nein, in diese Rechnung fließen nicht nur die Zuzahlungen für Arzneimittel ein, sondern auch der Eigenanteil für stationäre Behandlung und die Zuzahlung bei Heilmitteln (z. B. Ergotherapie) und häuslicher Krankenpflege.

Wie ist die Zuzahlungs-Regelung bei Kindern und Jugendlichen?

- Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren sind von allen Arzneimittel-Zuzahlungen befreit. Das gilt aber nur für **rezeptpflichtige** Medikamente. Für **Kinder unter 12 Jahren** sowie Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr gilt außerdem, dass grundsätzlich alle Arzneimittel **erstattungsfähig** sind. Also in der Regel werden in diesen Fällen auch **nicht rezeptpflichtige** Medikamente von der Kasse bezahlt.

Wieso muss ich für mein Kind, das unter 12 Jahre alt ist, etwas zuzahlen, wenn der Arzt ein Nasenspray auf ein Kassenrezept verschreibt?

- Dann liegt der Verkaufspreis des speziellen Nasensprays vermutlich über der sogenannten **Festbetragsdifferenz** (► Kap. 3.4). Das ist eine Ausnahme, die leider auch Kinder, Jugendliche und zuzahlungsbefreite Patienten betrifft.

Wie kommt es, dass ich für ein Medikament nichts bezahlen muss, obwohl ich keine Befreiung habe?

- Es gibt viele Arzneimittel mit vergleichbarer Wirkung und Qualität und zum Teil auch identischer Zusammensetzung. Deren Preise können aber sehr unterschiedlich sein. Gesetzliche Regelungen machen es möglich, dass es heute mehrere tausend zuzahlungsfreie Arzneimittel gibt. Grundlage sind die sogenannten Festbeträge für Arzneimittel und die Rabattverträge der Krankenkassen mit den Herstellern.

Wie erfahre ich, ob das mir verordnete Arzneimittel zuzahlungsfrei ist?

- Wir können Sie in unserer Apotheke bei Bedarf anhand einer 14-tägig aktualisierten Liste informieren, ob Ihr Arzneimittel zuzahlungsfrei ist oder ob es eine zuzahlungsfreie Variante gibt.

Mein Arzt hat mir gesagt, dass mein Medikament zuzahlungsfrei ist. Warum muss ich doch etwas zu zahlen?

- Die Software des Arztes wird nicht so oft aktualisiert, wie die in unserer Apotheke. Die Apotheken bekommen alle 14 Tage eine aktualisierte Liste. Ihr Arzt hat vermutlich keine aktuelle Liste und geht somit irrtümlich von einem zuzahlungsfreien Medikament aus.

Vor ein paar Monaten war mein Arzneimittel noch zuzahlungsfrei. Jetzt muss ich plötzlich wieder eine Zuzahlung leisten. Wie kann das sein?

- Das liegt daran, dass der Hersteller Ihres Arzneimittels den Verkaufspreis erhöht hat und somit nicht mehr unter dem Festbetrag liegt.

3.2.3 Hintergrund und Gesetz

Die gesetzlichen Regelungen über die Zuzahlung von Arzneimitteln finden sich im SGB V § 31 Abs. 3 Satz 1 und § 61 Satz 1.

3.3 Die Rabattverträge

3.3.1 Einleitung

Seit dem Beginn der Rabattverträge am 1. April 2007 fordert die Umsetzung immer noch viel Aufmerksamkeit im Kundengespräch. Besonders für ältere Menschen ist diese Thematik schwer bis überhaupt nicht zu verstehen und äußerst unübersichtlich, sofern mehrere Medikamente vom Arzt verordnet sind und diese aufgrund der Rabattverträge häufig wechseln.

Sie als Apotheke haben jeden Tag mehrmals die Rabattverträge neu zu erklären, vor allem dann, wenn mal wieder eine neue Ausschreibung der Krankenkassen umgesetzt wurde und viele Versicherte nun „andere“ Medikamente bekommen.

Zwei Dinge sind im Kundengespräch besonders wichtig:

- Geben Sie eine kurze aber trotzdem anschauliche sowie einprägsame Erklärung der Umsetzung der Rabattverträge in der Apotheke.

- Verständnis, Verständnis und noch mal Verständnis gegenüber den Kunden, die oft – wie Sie vielleicht auch selbst – kein Verständnis für die Situation (mehr) haben.

Das pharmazeutische Personal, das tagtäglich die Rabattverträge umsetzen muss, hat ja auch kein Verständnis mehr für diese ständigen Änderungen. Ihnen ist es ja sicherlich auch unangenehm, den Kunden schon wieder ein „neues“ Medikament abgeben zu müssen. Also zeigen Sie das ruhig und „verbünden“ Sie sich mit Ihren Kunden! Sagen Sie z. B., dass Sie als Apotheker bzw. PTA finden, dass der Patient im Mittelpunkt stehen muss und nicht die wirtschaftlichen Überlegungen der Krankenkassen!

Natürlich nehmen es viele Kunden auch einfach hin nicht **genau das** zu bekommen, was auf dem Rezept steht, äußern sich aber dennoch negativ gegenüber dem Apotheken-Personal oder man merkt Ihnen Ihre Bedenken deutlich an. Auch diesen Kunden können Sie die leidige Situation noch einmal in aller Ruhe erklären. Damit helfen Sie Ihren Kunden, die Apotheke mit einem guten und sicheren Gefühl zu verlassen und nicht mit Zweifeln über den Austausch des Arzneimittels.

Problematisch wird es bei Kunden, die nicht zu Ihren Stammkunden zählen und sonst in eine Apotheke gehen, die Rabattverträge ständig legal oder auch illegal umgehen.

Prüfen Sie für sich, wie Sie bei solchen Kunden vorgehen. Machen Sie einmal eine Ausnahme (z. B. mit der Sonder-PZN „pharmazeutische Bedenken“), kann diese Ausnahme schnell zur Regel werden. Und genau diese Kunden, bei denen Sie einmal eine Ausnahme gemacht haben, geben sich beim nächsten Mal eben nicht damit zufrieden, sondern benutzen ihr Zuvorkommen vom letzten Mal nun gegen Sie und erwarten, dass Sie erneut eine Ausnahme machen.

3.3.2 Kundenfragen

Fragen zum Rabattvertrag

Was bedeutet das eigentlich: Rabattvertrag?

- Es gibt einen Wettbewerb in der Versorgung der Patienten mit Arzneimitteln. Das bedeutet, dass Krankenkassen und Arzneimittelhersteller wie z. B. Ratiopharm oder Stada Preisverhandlungen führen. Sie vereinbaren Preisnachlässe (Rabatte) auf verschriebene Arzneimittel. Den Vertrag zwischen Krankenkasse und Arzneimittelhersteller nennt man Rabattvertrag.

Warum geben Sie mir nicht genau das, was mein Arzt verordnet hat?

- Der Grund liegt in dem Rabattvertrag, den Ihre Krankenkasse mit dem Arzneimittelhersteller vereinbart hat. Wichtig ist, dass Sie ein Arzneimittel mit gleichem Wirkstoff und mit gleicher Qualität bekommen wie das, das Ihnen der Arzt aufgeschrieben hat.

Ist das denn dann genau dasselbe Arzneimittel?

- Genau dasselbe Arzneimittel ist es nicht, es kann ggf. ein Unterschied in der Zusammensetzung geben. Das betrifft aber ausschließlich die Hilfsstoffe und nicht den oder die Wirkstoffe. Sie können sich also darauf verlassen, dass das Arzneimittel gleich wirken wird.

Können Sie bei mir nicht mal eine Ausnahme machen?

- Leider nein. Dieser Vertrag wurde zwischen Ihrer Krankenkasse und dem Arzneimittelhersteller ausgehandelt und wir sind gesetzlich dazu verpflichtet, diesen Vertrag umzusetzen.

Ich brauche diese Arzneimittel schon sehr lange. Warum geben Sie mir denn dauernd anders aussehende Tabletten?

- Jeder Rabattvertrag ist zeitlich auf zwei Jahre begrenzt. Danach werden erneut Preisverhandlungen geführt. Das kann dazu führen, dass ein anderer Arzneimittelhersteller beim nächsten Mal ein günstigeres Angebot macht. Ist das der Fall, bekommen Sie in Zukunft das gleiche Medikament von einem anderen Arzneimittelhersteller.

Gibt es denn eine Möglichkeit diesen Austausch zu verhindern?

- Ja, es gibt im Prinzip drei Möglichkeiten:
- Will der Arzt, dass Sie ein ganz bestimmtes Arzneimittel bekommen, muss er auf dem Rezept das Feld, das mit **aut idem** beschriftet ist, ausstreichen. Das bedeutet, dass die Apotheke keinen Austausch vornehmen soll.
- Sofern stichhaltige pharmazeutische Bedenken gegen den Austausch vorliegen, kann auch die Apotheke diesen Austausch verhindern, indem sie diese Bedenken auf dem Rezept vermerkt.
- Und schließlich haben Sie die Möglichkeit, Ihre gewohnten Arzneimittel selbst zu bezahlen. Sie können anschließend Ihre Kosten bei Ihrer Krankenkasse einreichen und werden einen Teil rückerstattet bekommen. Wie viel das genau sein wird, wissen wir als Apotheke allerdings nicht.

3.3.3 Hintergrundinformation und Gesetz

Bei einem Rabattvertrag sagt ein Pharmahersteller einer Krankenkasse zu, dass er für ein Medikament oder auch ein ganzes Sortiment einen Rabatt auf den bundesweit einheitlichen Apothekenverkaufspreis gewährt. Die Krankenkasse wiederum sagt dem Hersteller zu, dass alle ihre Versicherten im Normalfall künftig nur dessen Präparate erhalten. Seit dem 1. Januar 2011 ist gesetzlich geregelt, dass die Laufzeit der Rabattverträge zwei Jahre betragen soll.

Seit diesem Zeitpunkt ist ebenfalls geregelt, dass auf Wunsch des Patienten die Apotheke dem Patienten ein anderes Arzneimittel abgeben darf als dasjenige, das er nach dem aktuellen Rabattvertrag erhalten würde. Sofern der Patient davon Gebrauch machen möchte, erhält er das gewünschte austauschbare Arzneimittel. Dazu muss der Patient in der Apotheke den vollen Apothekenverkaufspreis des Arzneimittels bezahlen. Die Krankenkasse erstattet dann nach Einreichung durch den Patienten die Kosten, jedoch nicht in voller Höhe, da Rabatte und sonstige Abschläge von der Krankenkasse einbehalten werden. Die Höhe dieser Abschläge kennt die Apotheke nicht. Der Patient allein trägt die Mehrkosten.

Der Gesetzgeber räumt den Krankenkassen schon seit 2003 die Möglichkeit ein, mit Arzneimittelherstellern Rabattverträge zu schließen – allerdings in eingeschränktem Umfang. Mit folgenden Gesetzen wurde diese Möglichkeit dann weiter ausgebaut und vereinfacht: