

KVNO **extra**



VERORDNUNGSMANAGEMENT

Arzneimittel 2022

Engagiert für Gesundheit.

Kassenärztliche
Vereinigung
NORDRHEIN

Kontakt

Machen Sie bei Unsicherheiten von unserem Beratungsangebot Gebrauch, bevor Sie eine Verordnung ausstellen.

Die Pharmakotherapieberatung der KV Nordrhein unterstützt Sie bei Fragen zum Thema Arzneimittel.

Telefon: 02115970 8111
Telefax: 02115970 9904
pharma@kvno.de

Vorwort

Sehr geehrte Ärztin, sehr geehrter Arzt,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Regelungen zur Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung sind komplex und vielfältig. Mit unserer Broschüre möchten wir Ihnen die Grundregeln, gesetzlichen Bestimmungen und Richtlinien möglichst kompakt erläutern. Zudem haben wir aus den vielen Anfragen, die uns erreichen, die wichtigsten herausgenommen und sie in einer Liste häufiger Fragen und Antworten zusammengestellt. Der Gesetzgeber sieht vor, dass die Verordnung von Arzneimitteln geprüft wird. Auch hierzu geben wir Ihnen Hintergrundinformationen und Tipps.

Die Broschüre ist eine Ergänzung zu aktuellen Informationen, die Sie auf unserer Internetseite www.kvno.de/anzneimittel finden.

Wir geben Ihnen eine Übersicht und hoffen, Sie und Ihre Mitarbeiter in der täglichen Arbeit zu unterstützen.

Mit freundlichen, kollegialen Grüßen



Dr. med Frank Bergmann
Vorstandsvorsitzender



Dr. med. Carsten König M. san.
Stellvertretender Vorsitzender

Allgemeine Informationen zum Thema Arzneimittel

1. Arzneimittel-Rezepte richtig ausstellen
 - 1.1 Checkliste: Verordnung eines Arzneimittels
 - 1.2 Tipps zur wirtschaftlichen Verordnungsweise
 - 1.3 Bagatellarzneimittel
 - 1.4 Kassenrezept (Muster 16): Tipps zum Ausfüllen
 - 1.5 Betäubungsmittelrezept (Ausfüllhilfe)
 - 1.6 FAQ zur Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV)
2. Verordnungsinfos (VIN) zu aktuellen Themen
3. Verordnung von Kontrazeptiva
4. Häufig gestellte Verordnungsfragen aus dem Praxisalltag
5. Verordnung von Digitalen Gesundheitsapps (DiGA) "App auf Rezept"
6. Arzneimittel der frühen Nutzenbewertung

Prüfungen im Arzneibereich

7. Wer bearbeitet in Nordrhein Prüfverfahren?
8. Prüfanträge wegen unzulässiger Arzneimittelverordnungen
9. Kostendifferenzmethode
10. Prüfung der Arzneimittelverordnungen nach Durchschnittswerten

Weitere Informationen und Ansprechpartner

1. Arzneimittel-Rezepte richtig ausstellen

Die Verordnung von Arzneimitteln auf einem rosa Kassenrezept (Muster 16) ist sehr reglementiert. Welche Präparate zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnet werden dürfen und welche nicht, wird durch die Vorgaben des Sozialgesetzbuchs V (SGB V) und durch die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses geregelt.

Ziel ist es eine wirtschaftliche, ausreichende und zweckmäßige Arzneimittelversorgung zu gewährleisten, die jedoch das Maß des Notwendigen nicht übersteigt. Dieses Wirtschaftlichkeitsgebot ist in Paragraph 12 des SGB V formuliert. Wenn diese Regeln beachtet und die Hinweise der Verordnungssoftware berücksichtigt werden, läuft bei der Verordnung von Arzneimitteln alles richtig.

Zulassung

Versicherte haben grundsätzlich Anspruch auf die Versorgung mit Arzneimitteln, Verbandstoffen und Teststreifen (Paragraph 31 SGB V). Voraussetzung ist zunächst, dass das Arzneimittel in Deutschland zugelassen ist und dass die Indikation stimmt. Die Indikation beziehungsweise Zulassung ergibt sich aus den Anwendungsgebieten der Fachinformation, die gemäß Arzneimittelgesetz für jedes Arzneimittel mit der Zulassung erstellt wird. Die Fachinformation ist in der Verordnungssoftware hinterlegt und kann im Internet (z.B. fachinfo.de) oder auch vom Hersteller bezogen werden.

Arzneimittel-Richtlinie

In der Arzneimittel-Richtlinie sind die allgemeinen Grundsätze für die Verordnung von Arzneimitteln, Medizinprodukten mit arzneimittelähnlichem Charakter und Verbandmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung festgehalten. In den Anlagen zur Arzneimittel-Richtlinie (Anlage I bis XII) werden im Einzelnen indikations- und wirkstoff-bezogene Konkretisierungen, mit dem Ziel einer wirtschaftlichen und qualitätsgesicherten Versorgung mit Arzneimitteln und sonstigen Produkten, getroffen. Dies erfolgt beispielsweise über die frühe Nutzenbewertung neuer Wirkstoffe, Festbetragsgruppenbildungen, den Erlass von Therapiehinweisen, Verordnungseinschränkungen oder Regelungen zum Austausch wirkstoffgleicher Arzneimittel.

→ [Arzneimittel-Richtlinie incl. Anlagen](#)

Erste Einschränkung: nicht verschreibungspflichtig

Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel können nur in Ausnahmen verordnet werden. Mit dem GKV-Modernisierungs-Gesetz wurden die nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel aus der Erstattungspflicht genommen,

mit dem Ziel, die Arzneimittelausgaben der GKV zu senken. Dennoch verordnet werden dürfen nicht verschreibungspflichtige Präparate für Kinder bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres. Das Lebensjahr endet mit dem Tag vor dem 12. Geburtstag (24.00 Uhr) und für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, sofern diese nicht durch die Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) ausgeschlossen wurden.

Darüber hinaus ist eine Verordnung möglich, wenn die Indikation in der Anlage I der (AM-RL) gelistet ist. In dieser OTC-Liste (over the counter) werden über 40 schwerwiegende Erkrankungen als Ausnahmen formuliert, bei denen nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel auf einem Kassenrezept für Kinder über zwölf Jahren (ohne Entwicklungsstörungen) und für Erwachsene verordnet werden können. Beispiele sind Abführmittel u. a. bei Opioid-Verordnungen oder Eisen-II-Präparate bei gesicherter Eisenmangelanämie.

Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel könnten ebenfalls verordnet werden, wenn die Anwendung in der Fachinformation eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels zwingend vorgeschrieben ist.

Hinweis: Die Verordnung von nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln für Kinder kann durch die Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie eingeschränkt sein (s. u.). So dürfen beispielsweise Carminativa nur für Säuglinge und Kleinkinder verordnet werden.

Nicht verschreibungspflichtig oder verschreibungspflichtig?

Wenn sowohl nicht verschreibungspflichtige als auch verschreibungspflichtige Präparate für die Behandlung einer Erkrankung zur Verfügung stehen, darf nicht auf verschreibungspflichtige Präparate ausgewichen werden, um den Patienten die Kosten zu ersparen. Beispielsweise sollten clotrimazolhaltige Ovula von der Patientin selbst bezahlt werden. So regelt es die Arzneimittel-Richtlinie in § 12.

Häufig unterscheiden sich jedoch die nicht verschreibungspflichtigen von den verschreibungspflichtigen Präparaten in der Zulassung bzw. in dem Anwendungsgebiet des Arzneimittels.

Ein Beispiel sind die nicht verschreibungspflichtigen Protonenpumpen-inhibitoren (PPI), die bei dyspeptischen Beschwerden nicht auf einem Kassenrezept verordnungsfähig sind. Verschreibungspflichtige PPI sind nur bei langfristigen und schwerwiegenden Diagnosen (Zollinger Ellison Syndrom, Ulcera duodeni/ventriculi, Refluxösophagitis u. a.) für Erwachsene auf einem Kassenrezept verordnungsfähig.

Zweite Einschränkung: Ausschluss durch die Arzneimittel-Richtlinie

In der Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie werden „Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse“ gelistet. In derzeit mehr als 50 Unterpunkten werden Arzneimittelgruppen oder Wirkstoffe genannt, die nicht oder nur eingeschränkt auf einem Kassenrezept verordnet werden können. Krankenkassen können und müssen (so der Bundesrechnungshof) hier prüfen und Anträge wegen unzulässiger Arzneimittelverordnungen stellen.

Achtung: In diesen Fällen sind auch nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, wie zum Beispiel Hustenmittel-Kombinationen von der Verordnung für Kinder betroffen.

Häufige Regressbeispiele sind Migränemittel-Kombinationen (beispielsweise Migralave + MCP, Migraenerton Kombi), Hämorrhoidenmittel in fixer Kombination mit anderen Wirkstoffen, (z. B. Jelliproct, Doloproct) oder Rheumasalben (diclofenachaltige Salben/Cremes/Gele, wie z. B. Voltaren Emulgel).

Tipp:

Ihre Verordnungssoftware muss einen Hinweis geben, wenn Sie eingeschränkte oder ausgeschlossene Präparate gem. AM-RL auf einem Kassenrezept verordnen wollen. Probieren Sie eines der genannten Beispiele aus und kontaktieren Sie gegebenenfalls Ihren Softwareanbieter, falls ein Hinweis in Ihrer Software nicht erscheinen sollte.

Dritte Einschränkung: Bagatell- und Lifestyle-Arzneimittel

Für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, sind verschreibungspflichtige Arzneimittel gegen Erkältungskrankheiten, Mund- und Rachen-Therapeutika, Abführmittel und Mittel gegen Reisekrankheit als Bagatellarzneimittel von der Verordnung zu Lasten der GKV ausgeschlossen (siehe Paragraph 13 AM-RL).

Beispiele für den Ausschluss sind Mittel gegen Reisediarrhoe oder Scopoderm-Pflaster bei Reiseübelkeit.

Mittel zur Erhöhung der Lebensqualität (Lifestyle-Arzneimittel) sind ebenfalls von der Verordnung zu Lasten der GKV ausgenommen. Mittel zum Abnehmen, zur Raucherentwöhnung, bei sexueller Dysfunktion, zur Verbesserung des Haarwuchses oder des Aussehens sind Lifestyle-Mittel. Sie werden namentlich in der Anlage II der AM-RL gelistet und sollten ebenfalls in Ihrer Praxissoftware mit einem Warnhinweis gekennzeichnet sein.

Wenn Arzneimittel als Lifestyle Arzneimittel gem. Anlage II der AM-RL für einzelne Krankheitsbilder ausgeschlossen wurden und in einer anderen „zugelassenen“ Indikation verordnet bzw. eingesetzt werden sollen, braucht kein Hinweis auf dem Kassenrezept ergänzt werden, dass es sich nicht um einen „Lifestyle“ handelt. Beispielsweise wäre Triamcinolonacetonid zur Behandlung der Alopezia areata als Lifestyle Arzneimittel nur auf einem Privat Rezept möglich, bei entzündlichen Erkrankungen darf innerhalb der Zulassung auf einem Kassenrezept verordnet werden, ohne dass ein zusätzlicher Hinweis auf dem Rezept vermerkt werden muss.

Beispiel:

Arzneimittel die zur Erhöhung der Lebensqualität, Steigerung der Sexualfunktion oder Verbesserung des Aussehens geeignet sind, sind nicht zu Lasten der Krankenkasse verordnungsfähig.

Erektile Dysfunktion: Sildenafil (Viagra®) = Privat Rezept. Sildenafil PAH hingegen ist zur Behandlung des pulmonalen arteriellen Hochdrucks zugelassen und zu Kassenlasten verordnungsfähig!

Vierte Einschränkung: Medizinprodukte

Medizinprodukte wie Verbandstoffe, Teststreifen oder bestimmte Verhütungsmittel (Spirale bis zum vollendeten 22. Lebensjahr*) können auf einem Kassenrezept verordnet werden. Medizinprodukte mit arzneimittelähnlichem Charakter, wie beispielsweise Abführmittel, künstliche Tränenflüssigkeit oder Mittel gegen Kopfläuse, können hingegen nur zu Lasten der GKV verordnet werden, wenn sie in der Anlage V der AM-RL aufgeführt werden. Auch hier sind Einschränkungen zu beachten: Mittel gegen Kopfläuse beispielsweise können nur für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und für Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen verordnet werden.

*Das Lebensjahr endet mit dem Tag vor dem 22. Geburtstag (24.00 Uhr).

1.1 Checkliste: Verordnung eines Arzneimittels

Ist das Arzneimittel:

- ✓ Ein apothekenpflichtiges Arzneimittel?
- ✓ Zugelassen im benötigten Anwendungsgebiet?
- ✓ Verschreibungspflichtig und wenn nicht verschreibungspflichtig in der Anlage I AM-RL geregelt?
- ✓ Nicht ausgeschlossen oder eingeschränkt in der Verordnung nach Anlage III AM-RL?
- ✓ Wirtschaftlich gemäß dem Wirtschaftlichkeitsgebot § 12 SGB V?
- ✓ Kein Lifestyle Arzneimittel nach Anlage II AM-RL?
- ✓ Nicht verordnet zur Behandlung einer Bagatellerkrankung?

Wenn alle Fragen bejaht werden können, handelt es sich um eine mögliche Verordnung zu Lasten der GKV. Von diesen Regelungen kann teilweise bei der Verordnung von Rezepturen, enteraler Ernährung und Sondennahrung, im Off-Label-Use und von Einzelimporten gemäß § 73 AMG abgewichen werden. Auch gelten Ausnahmen für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und für Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen.

1.2 Tipps zur wirtschaftlichen Verordnung von Arzneimitteln

Kontrollieren Sie verordnete Arzneimittelmengen und die Häufigkeit der Verordnung. Die Packungsgrößen sollten der Therapiedauer angepasst werden. Bei Dauermedikation sind große Packungen (N3) wirtschaftlicher. Bei Arzneimitteln, bei denen die Gefahr des Miss- oder Fehlgebrauchs besteht (z.B. Opioide in Tropfenform, Asthma DA, Teststreifen) sollte zunächst jedes Wiederholungsrezept überprüft werden.

Wir empfehlen Ihnen, bei jedem Patienten einen Medikationsplan mit Dosieranleitung zu erstellen. Sie und der Patient behalten den Überblick, der Apotheker kann vermerken, was tatsächlich abgegeben wurde. Der elektronische Medikationsplan (eMP) ist die digitale Weiterentwicklung des bereits im Oktober 2016 eingeführten bundeseinheitlichen Medikationsplans (BMP). Neu ist, dass nun sowohl Haus- als auch Fachärzte den Plan aktualisieren müssen und ihn direkt auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) speichern können. So dient der Plan der Information aller am Medikationsprozess Beteiligten.

Weitere Informationen bei der KBV zum elektronische Medikationsplan:

➔ <https://www.kbv.de/html/emp.php>

Suchen Sie sich die Patienten mit den meisten Verordnungen aus dem Praxissystem. Viele Patienten bekommen mehr als fünf, acht oder zehn Medikamente. Eine Multimedikation macht eine Therapie nicht nur teurer, sie birgt auch die Gefahr zunehmender Wechselwirkungen oder der Überforderung der Patienten. Besprechen Sie mit dem Patienten, ob und in welchem Umfang die Medikation geändert werden kann.

Zurückhaltung bei neuen Arzneimitteln. Arzneimittel, die neu auf dem Markt sind, werden mit Ihren Vorteilen angepriesen. Nur wenige Arzneimittel sind wirklich ein Therapiefortschritt. Die Neben- und Wechselwirkungen sind bei Markteinführung nicht vollständig bekannt. Unabhängige Hinweise zu neuen Arzneimitteln finden sich beispielsweise im jährlich erscheinenden Arzneiverordnungsreport.

Zurückhaltung beim Aut-idem-Kreuz. Lassen Sie den Austausch von Arzneimitteln in der Regel zu. Kennzeichnen Sie auf dem Rezept, wenn Tabletten geteilt werden sollen, damit der Apotheker dies beim Austausch berücksichtigen kann. Nutzen Sie das Aut-idem-Kreuz nur gezielt, wenn Sie in Einzelfällen den Austausch von Arzneimitteln verhindern wollen. Dies kann beispielsweise bei seltenen Allergien gegen Hilfsstoffe nötig sein.

Für Verordnungen sind Sie verantwortlich. Entlassmedikationen, die aus dem Krankenhaus vorgegeben werden, sind im Falle einer Prüfung keine „Entschuldigung“ für eine unwirtschaftliche Therapie. Wenn Sie bei einer Indikation oder dem Einsatz eines Arzneimittels an die Grenzen ihres Fachgebietes kommen, können Sie an einen Facharzt überweisen.

Von der KV Nordrhein erhalten Sie quartalsweise eine Übersicht in Form der Quartalsbilanz zu Ihren Ausgaben im Vergleich zur Fachgruppe.

Erläuterungen zur Quartalsbilanz incl. Erklärvideo sind unter ➔ www.kvno.de abrufbar.

Keine Angst vor teuren Patienten. Für die meisten sehr teuren Therapien haben die KV und die Krankenkassen in Nordrhein Praxisbesonderheiten vereinbart, die Sie auf dem Behandlungsausweis/Abrechnungsschein mit einer Symbolziffer einmal pro Patient pro Quartal kennzeichnen können.

So werden beispielsweise Onkologika oder Arzneimittel zur Behandlung einer HIV-Infektion im Rahmen einer Prüfung als Besonderheit aus den Arzneiverordnungskosten einer Praxis herausgerechnet. Jedoch gilt auch bei den Praxisbesonderheiten: Bei der Verordnung sollte die wirtschaftliche Alternative genutzt werden, wenn diese zur Verfügung steht. Zusätzlich werden häufig Praxisbesonderheiten auf Bundesebene vereinbart, wenn die Arzneimittel einen Zusatznutzen haben.

Übersicht der vereinbarten Praxisbesonderheiten → www.kvno.de

1.3 Bagatellarzneimittel

Für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, sind verschreibungspflichtige Arzneimittel für die nachfolgenden Indikationen grundsätzlich **nicht** verordnungsfähig (gem. §13 der Arzneimittel-Richtlinie):

- **Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten**

Dies gilt analog auch für die bei diesen Krankheiten anzuwendenden Schnupfenmittel, Schmerzmittel, hustendämpfenden und hustenlösenden Arzneimittel, sofern es sich um geringfügige Gesundheitsstörungen handelt.

- **Mund- und Rachentherapeutika**

Ausnahme: Für die Therapie bei Pilzinfektionen, geschwürigen Erkrankungen der Mundhöhle und die Behandlung nach chirurgischen Eingriffen im Hals-, Nasen- und Ohrenbereich sind Mund- und Rachentherapeutika verordnungsfähig.

- **Abführmittel**

Abführmittel können nur bei Tumorleiden, Megacolon, Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, vor diagnostischen Eingriffen, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden.

- **Arzneimittel gegen Reisekrankheit**

Von diesem Verordnungs Ausschluss nicht betroffen ist die Anwendung gegen Erbrechen bei der Tumorthherapie und anderen Erkrankungen, wie z. B. Menièrescher Symptomkomplex.



Kassenrezept (Muster 16): Tipps zum Ausfüllen

25. JANUAR 2022

The diagram shows a prescription form with the following fields and callouts:

- 1**: Geb. frei / Geb.-pfl. (checkboxes)
- 2**: noctu (checkbox)
- 3**: Sonstige (checkbox)
- 4**: Unfall / Arbeitsunfall (checkboxes)
- 5**: aut. idem (checkboxes)
- 6-10**: BVG, Hilfsmittel, Impfstoff, Spr.-St. Bedarf, Begr.-Pflicht (checkboxes)
- 11**: Krankenkasse bzw. Kostenträger
- 12**: Apotheken-Nummer / IK
- 13**: Name, Vorname des Versicherten
- 14**: geb. am
- 15**: Zuzahlung / Gesamt-Brutto
- 16**: Kostenträgerkennung
- 17**: Versicherten-Nr.
- 18**: Status
- 19**: Betriebsstätten-Nr.
- 20**: Arzt-Nr.
- 21**: Datum
- 22**: Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)
- 23**: Vertragsarztstempel
- 24**: Unterschrift des Arztes
- 25**: 27XXXXX00Y

Kassenrezepte (Muster 16) können Sie über Swiss Post Solutions GmbH, 83209 Prien, Tel.: 08051 602-330 oder Fax: 08051 602-347 beziehen.

[Internetseite von Swiss Post Solutions](#)

1 Gebühr frei | Gebührenpflichtig

Grundsätzlich ist von der Gebührenpflichtigkeit der Verordnung auszugehen und das Feld „Gebührenpflichtig“ (zuzahlungspflichtig) anzukreuzen. Versicherte sind in der Zuzahlungspflicht bei Verordnungen von Arzneimitteln, Verband- und Hilfsmitteln, solange kein Befreiungsausweis vorliegt.

Das Feld „Gebühr frei“ (zuzahlungsfrei) ist nur anzukreuzen:

- bei Versicherten unter 18 Jahren
- wenn Arznei- und Verbandmittel bei Schwangerschaftsbeschwerden oder im Zusammenhang mit der Entbindung verordnet werden
- bei Verordnungen zu Lasten eines Unfallversicherungsträgers (BG-Fall)
- bei Verordnungen für Versicherte mit einem Versorgungsleiden
- bei Verordnungen von digitalen Gesundheitsanwendungen
- bei Versicherten: der Bundeswehr, der BVG und der Freie Heilfürsorge der Polizei
- sowie in den Fällen, in denen eine Befreiung von der Zuzahlungspflicht (z. B. Härtefallregelung) nachgewiesen wird.

Sind Versicherte zuzahlungsbefreit, müssen sie dennoch die Mehrkosten des Medikaments tragen, wenn der Preis über dem Festbetrag liegt.

2 noctu

Wird das Arzneimittel innerhalb der Zeiten gem. § 6 Arzneimittelpreisverordnung (Notdienst) abgeholt, so hat der Patient eine Gebühr von 2,50 € zu zahlen, sofern der Arzt nicht einen entsprechenden Vermerk „noctu“ anbringt.

Notdienstgebühr für Rezepte fällt an:

- bei der Inanspruchnahme in der Zeit von 20 Uhr bis 6 Uhr
- an Sonn- und Feiertagen,
- sowie am 24. Dezember, wenn dieser Tag auf einen Werktag fällt, bis 6 Uhr und ab 14 Uhr.

3 Sonstige

Bei einer Verordnung zu Lasten eines Sonstigen Kostenträgers wie Postbeamtenkrankenkasse A, Freie Heilfürsorge der Polizei, Bundespolizei, Bundeswehr u. a. ist das Feld „Sonstige“ anzukreuzen.

4 Unfall | Arbeitsunfall | Unfalltag | Unfallbetrieb oder Arbeitgebnummer

„Unfall“ ist anzukreuzen, wenn die Verordnung Folge eines Unfalls ist, der aber kein Arbeitsunfall sondern Haus-, Sport-,



Kassenrezept (Muster 16): Tipps zum Ausfüllen

25. JANUAR 2022

oder Verkehrsunfall war. „Arbeitsunfall“ ist anzukreuzen bei Verordnungen zu Lasten eines Unfallversicherungsträgers. Hier sind neben der Bezeichnung des zuständigen Unfallversicherungsträgers (unter „Kostenträger“ (Feld 11)) auch der „Unfalltag“ (Feld 4) und der „Unfallbetrieb oder Arbeitgeberrnummer“ (ggf. Kindergarten oder -tageseinrichtung, Schule, Hochschule) (Feld 4) anzugeben. Erfolgt die Beschriftung des Patientenfeldes mittels elektronischer Gesundheitskarte (eGK), so sind unbedingt die Krankenkasse und das WOP-Kennzeichen zu streichen. Bei einem BG-Fall muss die Verordnung die Anschrift, Personalien des Patienten inkl. Geburtsdatum enthalten!

5 aut idem

Soll ausgeschlossen werden, dass die Apotheken ein preisgünstiges, wirkstoffgleiches Arzneimittel an Stelle des verordneten Mittels abgeben, ist das Aut-idem-Feld auf dem Verordnungsblatt anzukreuzen.

Hinweis:

Wurde kein Aut-idem-Kreuz gesetzt, kann eine Substitution durch die Apotheken entsprechend der gesetzlichen Vorgaben erfolgen.

Arzneimittel, die einen Wirkstoff enthalten, der auf der Substitutionsausschlussliste (AM-RL, Anlage VII Teill B) steht, können von der Apotheke auch ohne Setzen des Aut-idem-Kreuzes nicht ausgetauscht werden.

6 Anspruchsberechtigte nach dem Bundesentschädigungsgesetz/Bundesversorgungsgesetz

Bei Verordnungen für Anspruchsberechtigte nach dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG) und bei Anspruchsberechtigten nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) ist das Feld 6 (BVG) durch Eintragen der Ziffer 6 zu kennzeichnen.

7 Hilfsmittel

Bei der Verordnung von Hilfsmitteln ist das Feld 7 durch Eintragen der Ziffer 7 zu kennzeichnen. Die Angabe der Diagnose ist auf dem Rezept erforderlich (gilt nur für Hilfsmittel).

8 Impfstoff

Bei der Verordnung von Impfstoffen ist das Feld 8 durch Eintragen der Ziffer 8 zu kennzeichnen, gilt auch bei zusätzlich vereinbarten Satzungsimpfungen.

9 Sprechstundenbedarf

Seit dem 01.01.2016 wird der Sprechstundenbedarf über einen Dienstleister abgerechnet. Im Feld „Krankenkasse bzw. Kostenträger“ wird „SSB Nordrhein“ und im Feld „Kostenträgerkennung“ wird das Institutionskennzeichen (IK) „102091710“ eingetragen.

Bei der Verordnung im Sprechstundenbedarf:

1. von Arznei- und Verbandmitteln ist das Feld 9 durch Eintragen der Ziffer 9 zu kennzeichnen.
2. von Hilfsmitteln sind die Felder 7 und 9 durch Eintragen der Ziffer 7 und 9 zu kennzeichnen.
3. von Impfstoffen (gem. der Schutzimpfungs-Richtlinie) sind die Felder 8 und 9 durch Eintragen der Ziffer 8 und 9 zu kennzeichnen.

10 Begründungspflicht

Das Feld „Begründungspflicht“ ist zur Zeit nicht besetzt und wird vorerst zur Kennzeichnung von zahnärztlichen Verordnungen verwendet.

11 bis 18 Personalienfeld

Versicherten-Stammdaten sind gemäß gültigem Behandlungsausweis oder gültiger elektronischer Gesundheitskarte (eGK) anzugeben. Krankenkasse bzw. Kostenträger (11) und WOP-Kennzeichen (12), Name, Vorname sowie Anschrift des Versicherten (13), Geburtsdatum des Versicherten (14), Gültigkeit der eGK (optional) (15), Kostenträgerkennung 9-stellig (16), Versichertennummer (17) und Status (18).

19 + 23 + 25 Betriebsstätten-Nr.: BSNR bzw. NBSNR

Von der KVNo zugewiesene Betriebs-(BSNR) bzw. Nebenbetriebsstättennummer (NBSNR) muss mit der in der Codierzeile (Feld 25) eingedruckten BSNR bzw. NBSNR identisch sein. Bei ausgelagerten Praxisstätten und Zweigpraxen werden keine Rezepte mit separater NBSNR vergeben. Nur Nebenbetriebsstätten (überörtl. BAGs) erhalten Kassenrezepte der NBSNR in der Codierzeile. Für beide Konstellationen gilt: Übereinstimmung der Angabe der BSNR bzw. NBSNR (Felder 19, 23 und 25).

20 Arzt-Nr.

Lebenslange Arztnummer (LANR) des verordnenden Arztes.

21 Datum

Ausstellungsdatum. Ein Vor- oder Rückdatieren ist unzulässig.

22 Verordnungsfeld

Das Verordnungsfeld darf für maximal bis zu drei verschiedene Verordnungen z. B. Arznei- und/oder Verbandmittel, Hilfsmittel, Impfstoffe genutzt werden. Freibleibender Raum sollte durchgestrichen werden. Nur eine Rezeptur pro Rezeptblatt. Bei der Verordnung von Rezepturen darf grundsätzlich nur die Vorderseite des Vordrucks benutzt werden. Rezepturen inkl. Gebrauchsanweisung angeben.

Die Angabe der Pharmazentralnummer (PZN) ist zusätzlich auf das Rezept zu drucken.



Kassenrezept (Muster 16): Tipps zum Ausfüllen

25. JANUAR 2022

Dosierung

Bei Verordnungen von verschreibungspfl. Arzneimitteln muss hinter dem verordneten Produkt am Ende der Ordnungszeile entweder die Angabe einer Dosierung mit den einrahmenden Zeichen »...« (zum Beispiel »0-0-1«) erfolgen oder mittels »Dj« (= ja, es liegt eine schriftliche Dosierungsanweisung vor) darauf hingewiesen werden, dass ein Medikationsplan oder eine schriftliche Dosierungsanweisung vorliegt.

Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA)

Für die Verordnung sind anzugeben:

Digitale Gesundheitsanwendung, PZN, Bezeichnung der Anwendung. Es darf immer nur eine digitale Anwendung je Arzneiverordnungsblatt verordnet werden. Psychologische Psychotherapeuten erhalten ausschließlich für die Verord-

nung von DiGAs „App auf Rezept“ Kassenrezepte durch Meldung beim Arztregister.

23 Vertragsarztstempel

Der Vertragsarztstempel muss im Verordnungsfeld an der dafür vorgesehenen Stelle abgedruckt werden. Es kann auf die Verwendung des Vertragsarztstempels verzichtet werden, wenn dessen Inhalt (BSNR, Vorname, Name, Berufsbezeichnung, Straße, PLZ, Ort, Telefonnummer) an der für die Stempelung vorgesehenen Stelle bereits eingedruckt ist. Ist der Name des verordnenden Arztes im Vertragsarztstempel nicht enthalten, so ist er zusätzlich auf der Verordnung lesbar anzugeben.

24 Unterschrift des Arztes

Der Arzt muss das Rezept eigenhändig unterschreiben, dafür darf kein roter Stift verwendet werden.

Bitte beachten Sie:

- Nur die eigenen Rezepte verwenden. Fremdrezepte zu nutzen ist - auch aushilfsweise - nicht erlaubt. Rezept erst nach Ausfüllung - nicht blanko - unterschreiben.
- Rezept in schwarzer oder blauer Farbe ausstellen, äußere Feldumrandung einhalten, keine Leerräume.
- Keine Aufkleber für das Personalienfeld verwenden.
- Eine Verordnung darf nur innerhalb von 28 Tage nach der Ausstellung beliefert werden. Die Belieferungsfrist endet auch dann mit dem Ablauf ihres letzten Tages, wenn dieser auf einen Samstag, Sonntag oder einen gesetzlichen Feiertag fällt.
- Keine Diagnose auf das Rezept. Diagnose nur bei Hilfsmittelverordnungen auf das Rezept.
- Keine Mischrezepte. Verbandstoffe, Blut- und Harnteststreifen sind keine Hilfsmittel, sondern werden den Arzneimitteln zugerechnet. Für die zeitgleiche Verordnung von Arznei- und Verbandmitteln, Hilfsmitteln, Impfstoffen sowie von digitalen Gesundheitsanwendungen sind getrennte Ordnungsblätter zu verwenden. Dies gilt auch für Verordnungen im Sprechstundenbedarf.
- Die Statusfelder 6, 7, 8, 9 sollten möglichst nicht angekreuzt, sondern mit der jeweiligen Zahl versehen werden, da die Positionierung in den eng stehenden Feldern sonst elektronisch nicht exakt zugeordnet werden kann.
- Rezeptänderungen und -ergänzungen müssen Ärzte mit Arztunterschrift und Datumsangabe bestätigen. Auch handschriftliche Eintragungen auf sonst maschinenbedruckten Rezepten bedürfen der Arztunterschrift mit Datumsangabe.
- Verliert der Patient ein nicht eingelöstes Rezept, dann kann die Zweitausstellung nur mit einem Vermerk „Original vom Patienten verloren“ erfolgen.
- Bei der Verordnung von Arzneimitteln im Rahmen der Künstlichen Befruchtung ist auf dem Arzneiverordnungsblatt die Information „Verordnung nach § 27a SGB V“ anzugeben.
- Eine erneute Verordnung aufgrund eines Arzneimittelrückrufs ist zuzahlungsfrei und wird mit dem Aufdruck „Ersatzverordnung gemäß § 31 Absatz 3 Satz 7 SGB V“ gekennzeichnet.
- Bestellen Sie Rezepte rechtzeitig, bevor Ihr Vorrat verbraucht ist. Die Firma Systemform benötigt alleine für den Druck der Rezepte drei Arbeitstage. Ab dem Bestellzeitpunkt müssen Sie zudem mit einer Lieferzeit von ca. 1 - 2 Wochen rechnen.

Weitere Hinweise:

[Erläuterungen zur Vordruckvereinbarung \(PDF, 9,2 MB\)](#)

[Arzneimittelverschreibungsverordnung \(AMVV\)](#)

[FAQ zur AMVV](#)

[DiGA \(„App auf Rezept“\)](#)

www.kvno.de

Die wichtigsten Punkte beim Ausstellen eines Betäubungsmittelrezeptes

The image shows a German prescription form for controlled substances (BtM-Rezept) with the following fields and callouts:

- 1:** Gebühr frei / Gebührepflichtig
- 2:** noctu
- 3:** Sonstige
- 4:** Unfalltag / Unfallbetrieb
- 5:** aut idem
- 6:** BVG (Bundesversicherungsanstalt für Angestellte)
- 7:** Betriebsstätten-Nr. / Arzt-Nr.
- 8:** Datum
- 9:** Spr. St. Bedarf (Sprechstundenbedarf)
- 10:** Personalienfeld (Patientenstammdaten)
- 11:** Verordnungsfeld (Arzneimittelbezeichnung)
- 12:** Vertragsarztstempel (Arztstempel)
- 13:** Abgabedatum in der Apotheke

Ihre persönlichen BtM-Rezeptformulare bestellen Sie bitte bei der Bundesopiumstelle | Kurt-Georg-Kiesinger-Allee 3 53175 Bonn | Telefon: 0228 207 4321 | <https://www.bfarm.de>

1 „Gebühr frei“ oder „Gebührepflichtig“

Das Kästchen „Gebühr frei“ nur anzukreuzen:

- bei Patienten unter 18 Jahren
- bei Patienten, die unter die Härtefallregelung fallen und eine entsprechende Bescheinigung (Befreiung von der Zuzahlungspflicht) vorlegen
- bei Verordnungen zu Lasten eines Unfallversicherungsträgers (BG-Fall)
- wenn Arznei- und Verbandmittel bei Schwangerschaftsbeschwerden oder in Zusammenhang mit der Entbindung verordnet werden.

„Geb.-pfl.“ in allen anderen Fällen ankreuzen.

2 „noctu“

Wird das Arzneimittel innerhalb der Zeiten gemäß § 6 Arzneimittelpreisverordnung (Notdienst) abgeholt, so hat der Patient eine Gebühr zu zahlen, sofern der Arzt nicht einen entsprechenden Vermerk (noctu) anbringt.

3 „Sonstige“

Bei Verordnung zu Lasten eines sonstigen Kostenträgers anzukreuzen.

4 „Unfall“ | „Arbeitsunfall“ | „Unfalltag/Unfallbetrieb“

Anzukreuzen bei Unfall oder Arbeitsunfall. Wenn eine Verordnung zu Lasten eines Unfallversicherungsträgers ausgestellt wird, so sind neben der Bezeichnung des zuständigen Unfallversicherungsträgers auch Unfalltag und Unfallbetrieb (ggf. Kindergarten, Schule, Hochschule) anzugeben. Erfolgt die Beschriftung des Personalienfeldes mittels Krankenversichertenkarte, so ist unbedingt die Krankenkasse und die Krankenkassen-Nr. zu streichen!

5 „aut idem“

Der Austausch von BtM-haltigen Arzneimitteln im Rahmen von aut idem ist grundsätzlich möglich. Für den Austausch von BtM-haltigen Pflastern kommt hinzu, dass neben der Freisetzungsrate und Applikationsdauer auch die Beladungsmenge der Pflaster identisch sein muss.

6 „BVG“

Bei Verordnungen für Anspruchsberechtigte nach dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG) sowie nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) ist das Feld 6 durch Eintragen der Ziffer 6 zu kennzeichnen.

7 „Betriebsstätten-Nr.“ | „Arzt-Nr.“

Angabe der Betriebsstätten-Nr. (BSNR) und der Lebenslangen Arztnummer (LANR) des verordnenden Arztes.

8 „Datum“

Hier wird das Ausstellungsdatum eingetragen. Das BtM-Rezept ist sieben Tage gültig, es kann noch am achten Tag beliefert werden. Beispiel: Ausstellen des BtM-Rezeptes am Montag, den 06. Februar, Belieferung bis einschließlich Montag, den 13. Februar möglich.

9 „Spr. St. Bedarf“

Bei Verordnungen für den Sprechstundenbedarf ist das Feld 9 „Spr.-St.Bedarf“ mit der Ziffer „9“ zu kennzeichnen, als Kostenträger ist „SSB-Nordrhein“ und als Kassenummer „102091710“ (Institutionskennzeichen) anzugeben.

10 „Personalienfeld“

Bei BtM-Verordnungen zu Lasten der GKV sind die Versichertenstammdaten gem. gültigem Behandlungsausweis oder gültiger Krankenversichertenkarte (eGK) anzugeben: Krankenkasse bzw. Kostenträger, Vertragskassenummer, Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum und Status des Versicherten, Gültigkeit der Krankenversichertenkarte, Kassen-Nr. (IK), Versichertennummer. Bei Privatrezepten wird als Kostenträger „Privat“ eingetragen.

11 „Verordnungsfeld“

Anzugeben sind:

- eindeutige Arzneimittelbezeichnung, zum Beispiel Handelsname. Wenn eine der nachstehenden Angaben nicht eindeutig bestimmt ist, jeweils zusätzlich Bezeichnung und Gewichtsmenge des enthaltenen Betäubungsmittels je Packungseinheit, bei abgeteilten Zubereitungen je abgeteilter Form und Darreichungsform (Ampullen, Amp., Tabletten, Tbl. etc.), bei Pflastern die Beladungsmenge.
- Menge des verschriebenen Arzneimittels in Gramm, Milliliter oder Stückzahl der abgeteilten Form. Beachten Sie: die Angabe 1 OP oder N3 reicht nicht aus! Bei Rezepturen nur die Vorderseite und pro Rezeptur ein Verordnungsblatt benutzen.

- Gebrauchsanweisung mit Einzel- und Tagesgabe oder im Falle, dass dem Patienten eine schriftliche Gebrauchsanweisung übergeben wurde, der Vermerk „Gemäß schriftlicher Anweisung“.

Bei Substitutionsmitteln auch die Reichdauer des Mittels in Tagen. Eindeutige Angaben sind beispielsweise: „Morgens und abends eine Tablette einnehmen“, „Alle drei Tage ein Pflaster aufkleben“.

12 „Arztstempel“ | „Unterschrift des Arztes“

Der Vertragsarztstempel muss enthalten: BSNR, Name des verschreibenden Arztes, seine Berufsbezeichnung oder

Facharztbezeichnung und Anschrift einschl. Telefonnummer, eigenhändige Unterschrift des verschreibenden Arztes. Eine Übertragung der BtM-Rezepte ist lediglich im vorübergehenden Vertretungsfall (z. B. Urlaub, Krankheit) mit dem Vermerk „In Vertretung“ bzw. „i.V.“ zulässig. Ggf. muss der Name des vertretenden Arztes zusätzlich zum Praxisstempel des zu vertretenden Arztes hinzugefügt werden.

13 „Codierzeile“

Seit 2015 tragen alle BtM-Rezepte eine deutlich sichtbare, fortlaufende, neunstellige Rezeptnummer im Verordnungsfeld.

BITTE BEACHTEN SIE

Jeder Arzt hat seine eigenen BtM-Rezepte mit der individuellen BtM-Nummer zu verwenden. Das BtM-Rezept besteht aus drei Teilen: Teil II (das Deckblatt) und Teil I dienen der Apotheke zur Abrechnung und Dokumentation. Teil III verbleibt zur Dokumentation 3 Jahre in der Praxis. Das BtM-Rezept kann mit Hilfe der Verordnungssoftware bedruckt und/oder von einer Mitarbeiterin ausgefüllt werden. Nur die Unterschrift muss durch den Arzt selbst getätigt werden.

Ein einheitliches maschinelles oder handschriftliches Ausfüllen der BtM-Rezepte ist in der BtMVV nicht vorgesehen. Daher kann das Verordnungsblatt beispielsweise mit dem Betäubungsmittel bedruckt werden und die Gebrauchsanweisung oder die Kennungen, wie z. B. das „N“, handschriftlich vermerkt werden. Es sollte jedoch zweifelsfrei sein, dass nachträglich keine Änderungen zugefügt wurden. Bei Veränderung durch den Arzt, beispielsweise der Verordnungsmenge, sind die Ergänzungen/Änderungen auf allen Teilen des BtM-Rezeptes zu vermerken und durch Arztunterschrift zu bestätigen. Die Datumsangabe zur Bestätigung ist nicht erforderlich.

Wenn ein Patient in einer Apotheke ein BtM-Rezept vorlegt, können fehlende Patientendaten durch den Apotheker, auch ohne Rücksprache, ergänzt oder korrigiert werden. Wenn weitere notwendige Angaben fehlen, kann der Apotheker nach Rücksprache mit dem verordnenden Arzt vor der Abgabe des Betäubungsmittels Änderungen auf dem Rezept vornehmen. Diese Änderungen und Ergänzungen sind vom Apotheker auf den Teilen I und II und vom verschreibenden Arzt auf dem Teil III des Rezeptes zu vermerken. Die Rücksprache müssen Apotheker und Arzt auf den jeweiligen Teilen der Verordnung dokumentieren. Nur das Ausstellungsdatum darf der Apotheker nicht selbst nachtragen oder korrigieren.

Notfall-Verschreibungen

Im Ausnahmefall ist das Verschreiben von Betäubungsmitteln auf einem Kassen- oder Privat Rezept möglich, wenn dieses mit dem Vermerk „Notfall-Verschreibung“ gekennzeichnet ist. Möglichst vor Abgabe des Arzneimittels hat der Apotheker mit dem Arzt Rücksprache zu nehmen. In der Folge hat der Arzt die Pflicht, unverzüglich ein gültiges, mit dem Buchstaben „N“ markiertes BtM-Rezept, der Apotheke

nachzureichen. Eine Notfall-Verschreibung für Substitutionsmittel ist nicht möglich.

Co-Medikation

Das BtM-Rezept darf für das Verschreiben anderer Arzneimittel (siehe Abbildung) nur dann verwendet werden, wenn dieses neben einem Betäubungsmittel erfolgt. Die alleinige Verordnung von nicht BtM-haltigen Arzneimitteln auf einem BtM-Rezept ist unzulässig.

Verordnung von Schmerzplastern

Bei der Verordnung von Schmerzplastern muss zusätzlich die Beladungsmenge angegeben werden. Auf die Angabe der Beladungsmenge kann verzichtet werden, wenn sie aus der eindeutigen Arzneimittelbezeichnung hervorgeht!

Beispiel mit notwendiger Angabe der Beladungsmenge (Wirkstoffverordnung):

Fentanyl Pflaster 50 Mikrogramm/h, 5 St., enthält 8,25 mg Fentanyl

Beispiel mit eindeutiger Arzneimittelbezeichnung:
Fentanyl-musterpharm 50 Mikrogramm/h Matrixpflaster, 5 St.

Besondere Kennzeichnungen

Buchstabe „N“: bei Notfall-Verschreibungen

Buchstabe „S“: Sofern ein Substitutionsmittel für das Überlassen zum unmittelbaren Verbrauch bestimmt ist, ist die Verschreibung mit „S“ zu kennzeichnen. Eine Notfall-Verschreibung für Substitutionsmittel ist nicht zulässig.

Buchstabe „ST“: Alle Take-home-Verschreibungen sind einheitlich mit den Buchstaben „ST“ zu kennzeichnen. Der substituierende Arzt darf in den Fällen, in denen die Kontinuität der Substitutionsbehandlung nicht anderweitig gewährleistet werden kann, dem Patienten eine bis zu sieben aufeinanderfolgenden Tagen Substitutions-Verschreibung mitgeben. Auf diese Verschreibung können auch Teilmengen für das Überlassen zum unmittelbaren Verbrauch festgelegt werden. Die Begrenzung der Verschreibungszahl pro Kalenderwoche entfallen.

Weitere Hinweise

Betäubungsmittelgesetz (BtMG):
www.gesetze-im-internet.de



Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV):
www.gesetze-im-internet.de



Fragen- und Antworten-Katalog des BfArM – Bundesopiumstelle:
www.bfarm.de



1.6 FAQ zur Arzneimittelverschreibungs-Verordnung (AMVV)

Seit 2015 müssen Praxen auf Verordnungen von Arzneimitteln und Medizinprodukten im Stempel der Praxis die Telefonnummer angeben. Auch der Vorname des verschreibenden Arztes muss aufgeführt sein. Dies resultiert aus einer Änderung der Arzneimittelverschreibungs-Verordnung (AMVV) und der Medizinprodukte-Abgabeverordnung. Seit 2016 dürfen Vorname und Telefonnummer vom Apotheker ergänzt werden, wenn ihm die Angaben zweifelsfrei bekannt sind.

Wie viele Vornamen müssen aufgeführt werden, wenn die verordnende Person mehrere Vornamen hat?

Es genügt, einen Namen anzugeben, ggf. mit Bindestrich, z.B. Hans-Georg.

Lassen sich die Vornamen auch abkürzen?

Die Verwendung von Initialen oder Abkürzungen ist in der AMVV nicht vorgesehen.

Muss auch die Unterschrift des Rezeptes den Vornamen enthalten?

Nein. Die Arzneimittelverschreibungsverordnung verlangt eine „eigenhändige Unterschrift der verschreibenden Person“; der Vorname wird nicht ausdrücklich erwähnt.

Muss der Praxisname, beispielsweise „MVZ am Merkur“ oder „BAG Max Mustermann und Kollegen“, im Praxisstempel geführt werden?

Nach der AMVV werden nur der Vorname und Name der verordnenden Person verlangt. Die Angabe des Praxisnamens ist entbehrlich. Die Vorgaben für den Praxisstempel nach den Gesamtverträgen sehen den Praxisnamen auch nicht vor. Demnach ist es ebenfalls zulässig, dass ein Arzt auch alleine im Stempel stehen darf obwohl der Stempel den Hinweis auf eine BAG (und somit auf mehrere Ärzte) enthält.

Muss im Stempel der Name des Praxisführers genannt werden?

Nach der AMVV werden nur der Vorname und Name der verordnenden Person verlangt. Im KV-Stempel werden die angestellten Ärzte nicht aufgeführt, so dass diese mit Vorname, Name und Berufsbezeichnung jeweils ergänzt werden müssen, wenn sie verordnen. Übrigens: Nach dem Gesamtvertrag mit der AOK wurde der Vor- und Zuname bisher schon verlangt.

Müssen im Stempel alle Ärzte genannt werden, die in der Praxis oder als ermächtigte Ärzte im Krankenhaus tätig sind?

Nein, es müssen nicht alle Ärzte genannt werden. In einigen PVS wird jeweils nur der Arzt im Stempel gedruckt, dessen Lebenslange Arztnummer (LANR) gewählt wurde.

Muss die verordnende Person im Stempel gekennzeichnet werden, wenn mehrere Ärzte aufgeführt werden?

Die Rechtsabteilung der KBV vertritt die Auffassung, dass bei einer BAG, einem MVZ sowie bei angestellten Ärzten der Name des verordnenden Arztes nicht zusätzlich gekennzeichnet (angekreuzt bzw. unterstrichen) werden muss. Die AMVV oder der BMV-Ä sieht entsprechendes nicht vor.

Müssen angestellte Ärzte auf der Verordnung namentlich genannt werden?

Angestellte Ärzte verordnen Arzneimittel. Nach der AMVV müssen Vorname, Name und Berufsbezeichnung der verordnenden Person genannt werden. Im KV-Stempel werden angestellte Ärzte nicht aufgeführt, müssen jedoch ergänzt werden, wenn sie verordnen.

Müssen Ärzte in Weiterbildung namentlich genannt werden?

Der Arzt in Weiterbildung kann ebenfalls Rezepte unterschreiben. Er arbeitet unter der Aufsicht des Ausbilders. Vorname, Name und Berufsbezeichnung (Arzt) des Arztes in Weiterbildung werden ergänzt. Ferner werden die BSNR der Praxis und die LANR des Ausbilders angegeben.

Müssen Entlastungsassistenten namentlich genannt werden?

Entlastungsassistenten vertreten den Praxisführer über einen gewissen Zeitraum. Der Entlastungsassistent muss im Praxisstempel mit Vorname, Name und Berufsbezeichnung ergänzt werden.

Gelten die neuen Regelungen auch für Privatrezepte?

Ja, die AMVV regelt die Verordnung von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln auch für Privatrezepte. Bei nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, die zu Lasten der GKV verordnet werden, sollten die Angaben ebenfalls übernommen werden.

Gelten die Regelungen auch für die Verordnung von Sprechstundenbedarf?

Ja. Die erweiterten Angaben werden in der Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV) und in der Medizinprodukte-Abgabeverordnung verlangt. Sie gelten auch für die Verordnung von Sprechstundenbedarf.

Gelten die neuen Regelungen auch für andere Verordnungen und Bescheinigungen?

Die aktuellen Änderungen betreffen nur die Verordnung von Arzneimitteln und Medizinprodukten. Beispielsweise bei Heilmittelverordnungen oder AU-Bescheinigungen können die erweiterten Angaben im Stempel übernommen werden.

Welche Angaben müssen in einer Nebenbetriebsstätte gemacht werden?

Nebenbetriebsstätten ohne eigene Rezeptformulare verwenden die Vordrucke der Hauptbetriebsstätte. Auch hier müssen Vorname, Name und Berufsbezeichnung und im entsprechenden Feld die LANR der verordnenden Person aufgeführt werden. Über die Telefonnummer sollen Rückfragen zur Verordnung möglich sein.

Hinweis: Nur Nebenbetriebsstätten (überörtl. BAGs) erhalten Kassenrezepte der NBSNR in der Codierzeile.

Wie ist die Regelung bei Urlaubsvertretung?

Wenn ein Arzt während seines Urlaubs oder bei Krankheit von einem anderen Arzt in seiner Praxis vertreten wird, nimmt der Vertreter die Rezeptvordrucke des zu vertretenden und unterschreibt mit „i. V“. Vorname, Name und Berufsbezeichnung des Vertreters sind zusätzlich zum Stempel aufzuführen.

Wie ist die Regelung bei Vertretung im Notdienst?

Wenn ein Arzt im Notdienst in seiner Praxis, in der Notdienstpraxis oder im Fahrdienst vertreten wird (Dienst weitergegeben), nimmt der Vertreter die Rezeptvordrucke des zu vertretenden (oder der Notdienstpraxis) und unterschreibt mit „i. V“. Vorname, Name und Berufsbezeichnung des Vertreters sind zusätzlich zum Stempel aufzuführen. BSNR und LANR des zu vertretenden werden im Rezept geführt. Für die Verordnung von Betäubungsmittel (BtM) muss der Vertreter seine eigenen BtM-Rezepte verwenden.

Welche Angaben muss der Stempel jetzt insgesamt enthalten?

Im Vertragsarztstempel sind aufzuführen: Betriebsstättennummer (BSNR), Vorname und Nachname der verordnenden Person einschließlich Titel, Facharztbezeichnung/Gebietsbezeichnung, Anschrift der Praxis oder der Klinik und Telefonnummer. Diese Angaben ergeben sich aus der AMVV und den Gesamtverträgen.

Beispiel:

24XXXXXX

Franz-Joseph Meier (Allgemeinmedizin)

Dr. med. Sabine Müller (Gynäkologie)

Musterstr. 3

44142 Düsseldorf

0211 1234567

2. Verordnungsinformationen (VIN-Newsletter) zu aktuellen Themen

Für Ärztinnen und Ärzte im Rheinland gibt die KV Nordrhein einen Newsletter heraus, der über die Verordnung von Arznei- und Verbandmittel und zu Impfthemen regelmäßig informiert.

- Arzneimittel-Rezepte richtig ausstellen
- Arzneimittelverordnungskosten
- Benzodiazepine, Zopiclon und Zolpidem
- Biosimilars in der EU
- Blutzucker-Teststreifen für Diabetiker – häufig gestellte Fragen
- Cannabis
- Dermatologische Rezepturen – was muss beachtet werden?
- Verordnung von Eisenpräparaten zu Lasten der GKV
- Enterale Ernährung und Trinknahrung
- Frühe Nutzenbewertung
- Medikations-Check
- KBV Medikationskatalog
- Parenterale Ernährung
- PPI-Verordnungen steigen stetig
- Off-Label-Use Verordnungen von Arzneimitteln außerhalb ihrer Zulassung
- Regressanträge wegen unzulässiger Arzneimittelverordnungen
- Verbandstoffe - Behandlung chronischer Wunden
- Vitamin D

Weitere VINs zu wichtigen Themen unter ➔ [Verlinkung zum VIN/Anmeldung](#)

3. Verordnung von Kontrazeptiva

Gemäß Abschnitt B Punkt 13 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch fallen die Kosten für im Rahmen dieser Richtlinie verordnete Mittel zur Empfängnisverhütung sowie deren Applikation nicht unter die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung.

Ausgenommen sind Versicherte bis zum vollendeten 22. Lebensjahr, sie haben Anspruch auf Versorgung mit verschreibungspflichtigen empfängnisverhütenden Mitteln. Dies gilt auch für nicht verschreibungspflichtige Notfallkontrazeptiva, soweit sie ärztlich verordnet werden.

Neben den oralen Kontrazeptiva gilt die Regelung auch für Monatspritzen, Depot-Kontrazeptiva, Intrauterinpressare und Spiralen (auch Kupferkette) zur Verhütung. Das bedeutet: Eine Verordnung von verschreibungspflichtigen Mitteln zur Empfängnisverhütung ist zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich bei Patientinnen bis zum vollendeten 22. Lebensjahr möglich (§ 24a SGB V). Das 22. Lebensjahr endet einen Tag vor dem 22. Geburtstag (24.00 Uhr). Ist die Versicherte über 18, muss sie eine Rezeptgebühr zahlen, sofern keine Befreiung vorliegt.

Achtung: Leistungen und Mittel zur Empfängnisregelung (Pille), Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch und zur Reproduktionsmedizin können hingegen nicht zu Lasten der freien Heilfürsorge der Polizei NRW erbracht beziehungsweise verordnet werden. Dies gilt auch für Patientinnen, die das 22. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Mehr Infos zum Vertrag auf → [Polizeibeamte in NRW | KV Nordrhein](#)

Die Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch in aktueller Fassung kann beim ↗ [Gemeinsamen Bundesausschuss](#) eingesehen werden.

Verordnungsmenge und -zeitraum

Es ist möglich, sofern medizinisch vertretbar, die Verordnung von Arzneimitteln zur Empfängnisverhütung für einen Zeitraum von 6 Monaten auszustellen.

Verordnung von Kontrazeptiva kurz vor Vollendung des 22. Lebensjahres

Bei der Verordnung der Pille kurz vor dem 22. Geburtstag zu Lasten der GKV wird eine Verordnung einer 1-Monatspackung toleriert. Bitte achten Sie darauf, dass die verordnete Packungsgröße nicht mehr als einen Monat über den

Zeitraum der Verordnungsfähigkeit hinausreicht. Evtl. könnte die Krankenkasse in diesem Fall eine Rückforderung stellen.

Verordnung von Kontrazeptiva über das 22. Lebensjahr hinaus

Die Verordnung von empfängnisverhütenden Mitteln ist über das 22. Lebensjahr hinaus nur möglich, wenn die Verhütung einer Schwangerschaft im Rahmen einer Krankenbehandlung medizinisch indiziert ist, um von der Versicherten die Gefahr einer schwerwiegenden Schädigung des körperlichen oder geistig-seelischen Gesundheitszustandes abzuwenden. Dies wäre der Fall, wenn aufgrund einer Erkrankung Arzneimittel benötigt werden, die eine embryonale Schädigung befürchten lassen. In diesem Fall besteht für die gesetzlichen Krankenkassen die Verpflichtung, die Kosten für die Verhütungsmittel zu übernehmen bzw. zu erstatten. (BSG-Urteil vom 24.01.1990 – Az.: 3 RK 18/88). Gleiches gilt bei Behinderten. Auch bei Behinderten übernehmen die Krankenkassen die Kosten ausschließlich, wenn die Patientin aus medizinischen Gründen nicht schwanger werden darf. Die Behinderung allein ist lediglich ein ethischer, jedoch kein medizinischer Grund.

Verordnung von Kontrazeptiva für andere Indikationen und nicht zur Konzeptionsverhütung

Kontrazeptiva können auch für andere Indikationen, wie krankhafte Androgenisierungserscheinungen, z. B. Akne (ausgeprägte Form), leichtere Form von Hirsutismus, oder auch androgenetische Alopezie oder auch Dysmenorrhoe, Zyklusstörungen, Endometriose und nicht nur zur Konzeptionsverhütung zugelassen sein.

Die Verordnung von Kontrazeptiva bei diesen genannten Indikationen kann nur erfolgen, wenn die eingesetzten Arzneimittel dafür zugelassen sind und die Behandlung der Erkrankung im Vordergrund steht und nicht die Verhütung einer Schwangerschaft.

4. Häufig gestellte Verordnungsfragen aus dem Praxisalltag

Arzneimittel: Keine Diagnosen auf Muster 16

Bei Verordnungen von Arzneimitteln (z. B. bei OTC-Präparaten) fordern Apotheken oder Firmen häufig Ärzte auf, die Diagnosen auf dem Rezept zu vermerken. Dies sieht die Vordruckvereinbarung nur für die Verordnung von Hilfsmitteln vor. Hier ist eindeutig festzustellen, dass bei der Verordnung von Arzneimitteln die Dokumentation und Diagnose in die Karteikarte gehören und nicht auf das Rezept (Muster 16).

Genehmigungen von Arzneimittelverordnungen durch die Krankenkassen

Die Verordnung von Arzneimitteln liegt allein in der Verantwortung des Vertragsarztes. Die Genehmigung von Arzneimittelverordnungen durch die Krankenkasse ist unzulässig. So ist es in § 29 Bundesmantelvertrag – Ärzte (BMV-Ä) und § 15 Ärzte-Ersatzkassen (EKV) geregelt.

Rückwirkende Verordnung von Arzneimitteln

Eine Arzneverordnung darf vom Vertragsarzt nur ausgestellt werden, wenn er sich persönlich vom Krankheitszustand des Patienten überzeugt hat oder wenn ihm der Zustand aus der laufenden Behandlung bekannt ist (§ 15 Bundesmantelvertrag). Beim Ausstellen des Kassenrezepts ist das aktuelle Datum anzugeben. Eine Rückdatierung des Rezepts ist nicht zulässig. Es besteht für Sie keinerlei Verpflichtung, Arzneimittel nachträglich auf einem Kassenrezept zu verordnen, z. B. weil der Patient sich das Mittel schon in der Apotheke besorgt hat und sich die Privatverordnung nun auf ein Kassenrezept „umschreiben“ lassen möchte oder die Apotheke aus Abrechnungsgründen ein neues Rezept von Ihnen verlangt.

Abgabe eines „Wunscharzneimittels“ gegen Mehrkostenregelung

Patienten können in der Apotheke im Rahmen der Mehrkostenregelung ein anderes Arzneimittel verlangen, als der Apotheker abgeben müsste. So kann der Patient beispielsweise ein wirkstoffgleiches Wunschpräparat einer anderen Firma verlangen. Die Mehrkosten sind dabei vom Patienten zu tragen. Nach der neusten Vereinbarung zwischen Krankenkassen und Apothekerverband bezahlt der Patient zunächst den vollen Betrag des Wunschpräparates. Der Apotheker trägt auf dem Rezept eine Sonder-Pharmazentralnummer (PZN) und als Preis null Euro ein. Über die Sonder-PZN können die Hersteller- und Großhandelsabschläge den Kassen gutgeschrieben werden. Der Patient bekommt eine Kopie des Rezeptes und erhält bei seiner Krankenkasse den Betrag des ursprünglich verordneten Präparates, abzüglich weiterer Abschläge und einer Bearbeitungsgebühr.

Anthroposophische und Homöopathische Arzneimittel

Für die in der OTC-Ausnahmeliste aufgeführten Indikationsgebiete kann der Arzt bei schwerwiegenden Erkrankungen auch Arzneimittel der Anthroposophie und Homöopathie verordnen, sofern die Anwendung dieser Arzneimittel für diese Indikationsgebiete nach dem Erkenntnisstand als Therapiestandard in der jeweiligen Therapierichtung angezeigt ist. Für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr können diese nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel zu Lasten der Krankenkassen verordnet werden (§ 12 Abs. 6 AM-RL). Die Verordnung von Komplexhomöopathika auf einem Kassenrezept wird nach Auskunft des GKV-Spitzenverbandes jedoch als unwirtschaftlich angesehen.

Keine Aufkleber auf dem Rezept

Beim Ausfüllen von Arzneimittelrezepten verwenden Sie bitte keine Aufkleber. Die Beschriftung der Rezepte muss dauerhaft sein. Nach den Erläuterungen zur Vordruckvereinbarung hat die Beschriftung des Personalienfeldes zeilen- und spaltengerecht zu sein. In Ambulanzen werden vereinzelt die gängigen Patientenaufkleber benutzt. Die Aufkleber könnten gefälscht oder getauscht werden und sind nicht maschinenlesbar.

Die Bundesopiumstelle vertritt hierzu die Auffassung, dass durch das Aufbringen von Patientenaufklebern auf dem BtM-Rezept (Urkunde) die Sicherheit und Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs im Sinne der Fälschungssicherheit der Verordnungen über die Dauer der Nachweispflicht nicht sichergestellt ist und von einer Verwendung von Aufklebern abgesehen werden sollte.

Arzneimittel für Reha-Aufenthalt

Wer ist zuständig für die Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln bei Aufhalten in der medizinischen Rehabilitation (Reha)? Das hängt in erster Linie davon ab, wer Kostenträger der Reha-Maßnahme ist und ob währenddessen eine interkurrente Erkrankung behandelt werden soll.

Bei einem Antrag auf eine Rehabilitationsmaßnahme prüft die Krankenkasse zunächst, wer der Kostenträger ist. Bei berufstätigen Versicherten ist dies oft die gesetzliche Rentenversicherung, denn es geht um den Erhalt der Erwerbsfähigkeit. Bei Rentnern ist die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) Kostenträger der Reha-Maßnahme.

➤ GKV als Kostenträger

Die Reha-Einrichtung muss alle Arznei-, Heil- und Hilfsmittel zur Verfügung stellen, die im Zusammenhang mit dem behandelten Leiden stehen. Mit anderen

Worten: Verordnungen, die in Kombination mit den Indikationen für die Reha-Maßnahme stehen, darf der niedergelassene Arzt nicht ausstellen.

Die Praxis muss nur die Rezepte aufschreiben, die der Patient benötigt, falls er unter weiteren chronischen oder interkurrenten Erkrankungen leidet, die nicht die rehabilitationsbegründende Diagnose betreffen.

➤ Rentenversicherung als Kostenträger

Der Patient erhält alle Arznei-, Heil- und Hilfsmittel über die Reha-Einrichtung. Hierzu gehören auch hochpreisige Arzneimittel. Der niedergelassene Arzt darf während der Reha-Maßnahme zulasten des gesetzlichen Rentenversicherungsträgers grundsätzlich keine Arznei-, Heil- und Hilfsmittel verordnen. Benötigte Arznei-, Heil- und Hilfsmittel teilt die Praxis der Reha-Einrichtung als Empfehlung mit.

Veranlasst die Reha-Einrichtung ambulante diagnostische Leistungen im Zusammenhang mit dem Behandlungsleiden außerhalb der Reha-Einrichtung, sind die Kosten gemäß der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) mit der Reha-Einrichtung abzurechnen. Steht eine interkurrente Erkrankung im Zusammenhang mit dem Heilbehandlungsleiden, erfolgen diagnostische und therapeutische Leistungen zulasten der Reha-Einrichtung.

Medikation während eines vollstationären Krankenhausaufenthaltes

Das Krankenhaus ist verpflichtet, die medikamentöse Versorgung des Patienten während des gesamten vollstationären Aufenthaltes sicherzustellen. Dies betrifft sowohl die Medikation für die zur Einweisung führende Erkrankung als auch die Medikation für alle anderen bestehenden Erkrankungen. Die Kosten für sämtliche während des Krankenhausaufenthaltes benötigten Arzneimittel sind in den Tages- bzw. Fallpauschalen enthalten. Eine Ausnahme besteht nach dem Krankenhausentgeltgesetz für die Dialyse. Nicht zu den Krankenhausleistungen nach Satz 2 Nr. 2 gehört eine Dialyse, wenn hierdurch eine entsprechende Behandlung fortgeführt wird, das Krankenhaus keine eigene Dialyseeinrichtung hat und ein Zusammenhang mit dem Grund der Krankenhausbehandlung nicht besteht. Die Dialyse wird in einer ambulanten Dialyseeinrichtung durchgeführt. Hierzu zählt auch die Verordnung von Erythropoietin im Zusammenhang mit der Dialyse.

Therapieempfehlungen aus dem Krankenhaus

Jeder Niedergelassene kennt es: Die Therapieempfehlung, die ein Patient bei seiner Entlassung aus dem Krankenhaus erhält, ist nicht verpflichtend und teilweise nicht umzusetzen. Häufig entspricht die vorgeschlagene Arzneimittel-Therapie nicht den gesetzlichen Vorgaben für niedergelassene Ärzte. Deshalb raten wir hier, den Zulassungsstatus des empfohlenen Arzneimittels zu prüfen und Verordnungseinschränkungen bzw. -ausschlüsse gemäß zu Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie zu beachten.

Entlassmanagement: Lückenlose Versorgung nach stationärem Aufenthalt

Krankenhäuser sollen für Patienten nach stationärem Aufenthalt ein Entlassmanagement durchführen. So müssen Leistungen, die unmittelbar nach der Klinikentlassung erforderlich sind, veranlasst werden. Seit 2017 können Verordnungen vom Krankenhaus in begrenztem Umfang ausgestellt und eine Arbeitsunfähigkeit bescheinigt werden. Krankenhausärzte dürfen Arzneimittel in der kleinsten Packungsgröße* verschreiben, damit eine lückenlose Versorgung nach stationärem Aufenthalt gewährleistet wird. Die Verordnung darf in einem Zeitraum von bis zu sieben Tagen erfolgen, dies gilt auch für Leistungen wie häusliche Krankenpflege und Heilmittel.

*Änderungen, siehe [↗ KBV - Sonderregelungen Coronavirus](#)

Zusätzlich müssen Krankenhausärzte den weiterbehandelnden Vertragsarzt rechtzeitig über die Arzneimitteltherapie des Patienten zum Zeitpunkt der Entlassung informieren. Für Verordnungen aus dem Krankenhaus gelten dieselben Regelungen wie in der Arztpraxis. Auch die Vorgaben zur Wirtschaftlichkeit gelten analog. Ebenso dürfen Kliniken für die Bedruckung der Formulare nur zertifizierte Softwareprodukte einsetzen. Verordnungen sollen wie im vertragsärztlichen Bereich nur durch Krankenhausärzte mit abgeschlossener Weiterbildung vorgenommen werden.

Einzelimport eines Arzneimittels

Wird zur Therapie ein Arzneimittel benötigt, welches in Deutschland nicht im Handel ist, kann ein Einzelimport des benötigten Arzneimittels gemäß § 73 Abs. 3 des Arzneimittelgesetzes die therapeutische Lücke schließen. Dieses ist grundsätzlich möglich, wenn nach der Indikation kein in Wirkstoff und Wirkstärke vergleichbares Fertigarzneimittel in Deutschland zur Verfügung steht. Das Präparat muss im Herkunftsland als Arzneimittel zugelassen und im Handel sein. Im Einzelfall ist die Verordnung zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse mit dem Vermerk "Einzelimport nach § 73 Abs. 3 Arzneimittelgesetz (AMG)" möglich. Die Klärung der Kostenübernahme obliegt der versorgenden Apotheke.

Verbandmittel

Gemäß § 31 des Sozialgesetzbuches V haben Versicherte Anspruch auf die Versorgung mit Verbandmitteln, auch wenn diese nicht apotheken- und nicht verschreibungspflichtig und in der Regel als Medizinprodukte im Handel sind. Verbandmittel sind Produkte, die dazu bestimmt sind, oberflächengeschädigte Körperteile zu bedecken oder deren Körperflüssigkeiten aufzusaugen. Dies sind z. B. Wund- und Heftpflaster, Kompressen, Mittel zur feuchten Wundversorgung. Die Verordnung ist auf den Namen der Patienten auf dem

Muster 16 vorzunehmen. Die Kosten für die Verbandmittel fließen in voller Höhe in die Arzneimittelverordnungskosten der Praxis ein. Verbandmittel sind keine Hilfsmittel: Daher soll auch nicht die Ziffer 7 auf dem Rezept markiert werden.

Rezept vom Patienten verloren – was tun?

Wenn Patienten ein Rezept verloren haben, bitten sie um Ausstellung einer neuen Verordnung. Dieses neue Rezept sollte entsprechend gekennzeichnet werden, um doppelte Abrechnungen aufdecken zu können. Aufgrund einer Änderung im Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung sind nunmehr Vermerke wie „Duplikat“, „Kopie“ oder „Zweitschrift“ möglich. Bisher wurde nur die Angabe „Wiederholungsverordnung - Original vom Patienten verloren“ von den Krankenkassen akzeptiert.

Der Apothekerverband Nordrhein empfiehlt jedoch weiterhin, zusätzlich eine Begründung wie „Original vom Patient verloren“ auf dem neuen Rezept zu vermerken. Nach dem alten Rahmenvertrag konnten die Krankenkassen beispielsweise bei der Angabe „Duplikat“, Rückforderungen gegenüber den Apothekern stellen, da diese Angabe nicht den Vorgaben des Vertrages entsprach. Diese formalen Fehler auf den Rezepten, die weder die Arzneimittelsicherheit noch die Wirtschaftlichkeit der Versorgung beeinträchtigen, dürfen jetzt nicht mehr von den Krankenkassen bemängelt werden.

Kein Vorrat für längeren Auslandsaufenthalt

An Vertragsärzte wird häufig der Wunsch herangetragen, Arzneimittel für einen mehrmonatigen Auslandsaufenthalt zu verordnen. Eine derartige Verordnung ist jedoch nicht zulässig. Nach Paragraph 16 des Sozialgesetzbuchs V ruht nämlich der Anspruch auf Leistungen für gesetzlich Versicherte, wenn sie sich im Ausland aufhalten.

Die Arzneimittelverordnung für einen kurzfristigen Urlaub im Ausland ist hingegen zulässig. Eine Abgrenzung, wie lange ein Auslandsaufenthalt sein darf, um noch zu Kassenlasten versorgt zu werden, kann im Einzelfall allerdings schwierig sein, da es hierzu keine eindeutigen Festlegungen gibt. Keinesfalls mehr zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gehen Fälle, in denen der Auslandsaufenthalt nicht den Charakter einer Reise oder eines Urlaubs hat und die Patienten für einen längeren Zeitraum im Ausland leben.

Verordnungen für beispielsweise ein halbes Jahr oder länger sind – auch mit dem Zusatz „Urlaubsbedarf“ – nicht zulässig und können zu Regressforderungen der jeweiligen Krankenkasse führen. Die Verordnung eines Quartalsbedarfs ist im Praxisalltag üblich. Hierdurch sollten sich in der Regel keine Probleme ergeben, da Sie nicht prüfen können, ob sich der Patient bis zur Abholung eines

Folgerezeptes im Ausland aufhält oder nicht. Nicht zuletzt auch wegen der Gefahr akuter Erkrankungen während eines Auslandsaufenthaltes sollte sich ein Versicherter rechtzeitig bei seiner Kasse erkundigen, welchen Leistungsanspruch er im jeweiligen Reiseland hat und was seinerseits zu unternehmen ist.

Rabattverträge und Aut-idem-Kreuz

Rabattverträge haben weiterhin Vorrang. Wenn ein generikafähiges Arzneimittel verordnet wird, muss die Apotheke zunächst den Rabattvertrag bedienen. Ausnahmen bestehen nur, wenn ein Aut-idem-Kreuz gesetzt wurde, im Notfall/dringenden Fall, bei Nicht-Lieferfähigkeit des Rabattarzneimittels oder wenn ein Wirkstoff der Substitutionsausschlussliste verordnet wurde. Unterschiedliche Wirkstoffe dürfen nicht untereinander ausgetauscht werden.

Wurde kein Rabattvertrag geschlossen und kein Aut-idem-Kreuz gesetzt, muss die Apotheke eins der vier preiswertesten Generika abgeben, jedoch nicht teurer als das verordnete Arzneimittel. Die Abgabe des verordneten Arzneimittels ist nur noch möglich, wenn es zu den vier preiswertesten Generika zählt. Sind die vier preiswertesten Generika nicht lieferbar, bedient die Apotheke die „Preisspirale nach oben“.

Bei nicht-generikafähigen Arzneimitteln, falls das Aut-idem-Kreuz gesetzt wurde oder bei Arzneimitteln der Substitutionsausschlussliste, bedient die Apotheke ggf. die Importregelungen. Hier werden Arzneimittel nicht „ersetzt“, sondern formal die gleichen Arzneimittel abgeben.

Das Aut-idem-Kreuz verhindert somit nicht, dass ggf. anstelle des Originals ein Importarzneimittel oder anstelle eines verordneten Importarzneimittels ein anderes abgegeben wird.

Ein Austausch zwischen verschreibungspflichtigen und nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln sowie ein Austausch zwischen Arzneimitteln und Medizinprodukten (z. B. Macrogole oder NaCl-Lösungen) darf in der Apotheke nicht erfolgen.

5. Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) „App auf Rezept“

Das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) hat den Grundstein für die Einführung digitaler Gesundheitsanwendungen (DiGA) in die Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung gelegt.

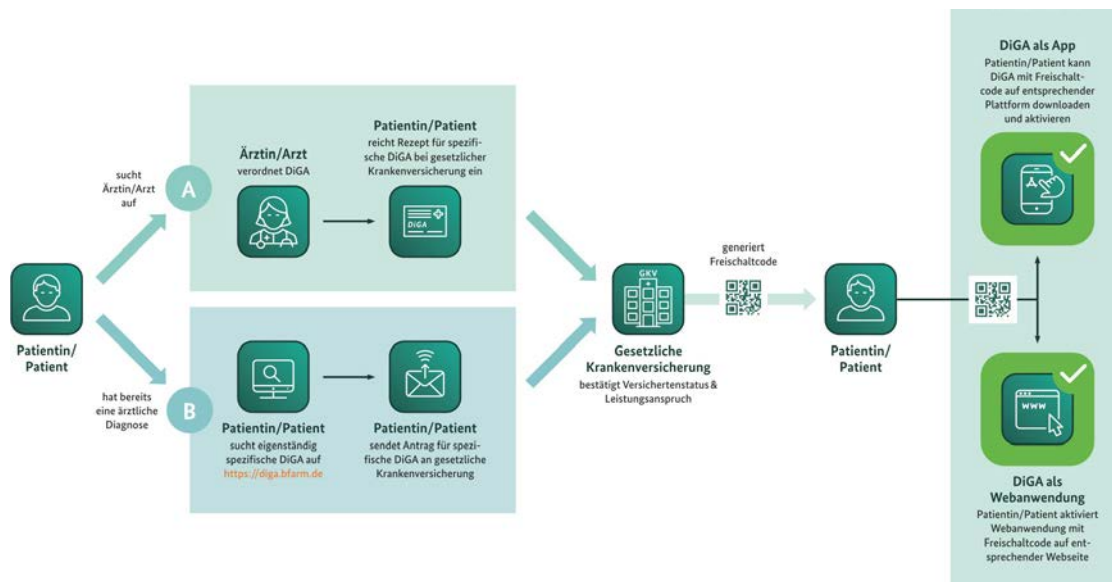
Als „digitale Helfer“ sollen DiGA das Gesundheitshandeln von Patienten sowie die Abläufe zwischen Leistungserbringern und Patienten unterstützen und dazu beitragen, Krankheiten zu erkennen, zu behandeln und zu überwachen sowie Verletzungen oder Behinderungen zu lindern oder zu kompensieren.

Voraussetzungen der Erstattungsfähigkeit

Details zur Erstattungsfähigkeit hat der Gesetzgeber in der Digitale-Gesundheitsanwendungen-Verordnung (DiGAV) geregelt. Bevor eine DiGA im Rahmen der Regelversorgung erstattungsfähig ist, muss sie zunächst ein Prüfverfahren beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) durchlaufen und zugelassen werden.

Das DiGA-Verzeichnis

Zu jeder Anwendung, die das Prüfverfahren des BfArM erfolgreich durchlaufen hat, wird das Institut im sogenannten DiGA-Verzeichnis auf seiner Homepage umfassende Informationen bereitstellen, die für die Verordnung relevant sind. Darunter sind Hinweise zu den Produkteigenschaften, medizinische Fachinformationen und Informationen zu technischen Voraussetzungen.



Verordnung auf dem Arzneimittelrezept (Muster 16)

Bei der Verordnung einer DiGA sollen für Ärzte und Psychotherapeuten keine Mehrkosten und kein Mehraufwand in der täglichen Arbeit entstehen. Psychologische Psychotherapeuten erhalten ausschließlich für die Verordnung von DiGAs „App auf Rezept“ Kassenrezepte durch Meldung beim Arztregister. Der GKV-Spitzenverband und die DiGA-Herstellerverbände haben sich daher darauf geeinigt, dass für die Verordnung das Arzneimittelrezept (Muster 16) genutzt werden soll. Im Praxisverwaltungssystem kann über die Pharmazentralnummer die entsprechende DiGA ausgewählt werden. Auf dem papierbasierten Rezept ist neben der PZN auch die Bezeichnung der Anwendung anzugeben. Dabei ist vorgesehen, dass für jede DiGA eine empfohlene Mindest- sowie eine Höchstdauer der Nutzung im DiGA-

Verzeichnis hinterlegt sind. Patienten sind grundsätzlich von der Zuzahlung zur DiGA befreit, dies ist entsprechend auf Muster 16 zu vermerken. Die Kosten der DiGA belasten nicht die Arzneiverordnungskosten des Arztes.

Psychotherapeuten dürfen das Arzneiverordnungsblatt Muster 16 nur für die Verordnung von Digitalen Gesundheitsleistungen verwenden. Andere Verordnungen über z. B. Arznei- oder Hilfsmittel sind nicht zulässig.

Auf den Seiten des BfArM finden sich umfassende Informationen zu den verordnungsfähigen DIGA und deren Inhalten (z. B. Indikationen, Kontraindikationen):

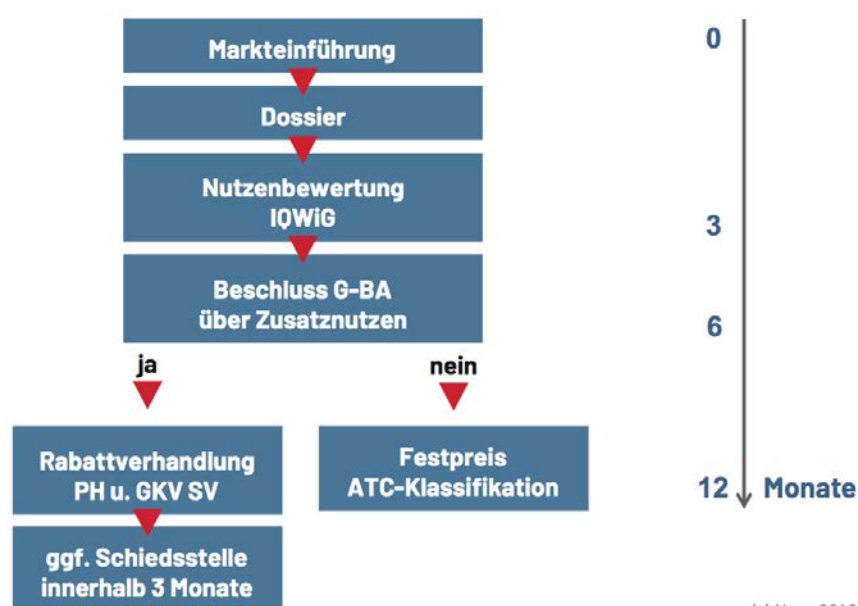
➔ <https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis>

➔ [KBV- Hinweise zur Verordnung, Abrechnungen und Vergütung](#)

6. Arzneimittel der frühen Nutzenbewertung

Mit dem Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG) wurde 2011 die frühe Nutzenbewertung in Deutschland eingeführt. Auf der Basis eines ermittelten Zusatznutzens gegenüber einer zweckmäßigen Vergleichstherapie werden ein Jahr nach Markteinführung wirtschaftliche Erstattungspreise zwischen pharmazeutischem Unternehmer und dem GKV-Spitzenverband verhandelt. Die Bedeutung der Beschlüsse über den Zusatznutzen für die tägliche Verordnungspraxis ist weiterhin nicht eindeutig.

Ablaufschema Frühe Nutzenbewertung



Eine ausführliche Darstellung der Frühen Nutzenbewertung und deren Bedeutung für die wirtschaftliche Verordnung neuer Arzneimittel finden Sie in unserem Newsletter *VerordnungsInformation Nordrhein (VIN)*.

→ [Newsletter VIN | KV Nordrhein](#)

7. Wer bearbeitet in Nordrhein Prüfverfahren?

Zuständig ist:

Prüfungsstelle der Ärzte und Krankenkassen Nordrhein
Tersteegenstraße 3, 40474 Düsseldorf, Fax: 0211 5970-8422.

Verfahrensrelevante Stellungnahmen, Einverständniserklärungen, Widersprüche sowie Fragen zu laufenden Prüfverfahren sind immer an die o. g. Adresse zu richten.

Die Abteilung Pharmakotherapieberatung ist nicht direkt in die Prüfverfahren involviert, hat also keine Einsicht in die Prüfanträge und den Bearbeitungsstand und kann daher auch keine Auskünfte dazu geben.

Bei Durchschnittswertprüfungen, Verstößen gegen die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss und bei der Verordnung von unzulässigen oder unwirtschaftlichen Arzneimitteln führt die Prüfungsstelle der Ärzte und Krankenkassen die Verfahrensbearbeitung durch und entscheidet über den gestellten Antrag.

8. Prüfanträge wegen unzulässiger Arzneimittelverordnungen

Prüfanträge wegen unzulässiger Verordnungen werden von den Krankenkassen gestellt. Im Jahr 2021 waren es über 15.000 Anträge allein in Nordrhein. Meist geht es dabei um relativ kleine Beträge – ärgerlich ist so ein Regress natürlich trotzdem. Was Ärzte auf einem Kassenrezept verordnen können, ist durch die Zulassung des Medikaments und die Vorgaben der Arzneimittel-Richtlinie geregelt.

Wenn Ärzte ein Medikament verordnen, das die Richtlinie ausschließt, können die Kassen Anträge bis zu zwei Jahre rückwirkend stellen.

Ab 2019 müssen Prüfanträge innerhalb von 18 Monaten nach Ablauf des Kalenderjahres gestellt werden und eine festzusetzende Maßnahme muss innerhalb von weiteren zwölf Monaten erfolgen.

Anträge sind nur zulässig, soweit der jeweilige gesamte für die Antragstellung ermittelte Schadensbetrag je Arzt im Sinne der BSNR mindestens 30 € je Quartal beträgt. Der Antrag kann sich auch auf mehrere Präparate erstrecken, um den min. Schadensbetrag zu erreichen.

Um Regresse zu vermeiden, sollten Ärzte auf ihre Verordnungssoftware achten. Denn dort erscheint ein Hinweis, wenn ein Medikament nach der Arzneimittel-Richtlinie Anlage III (Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse) oder Anlage II (Lifestyle-Präparate) nicht oder nur eingeschränkt zu Lasten der gesetzlichen Kassen verordnet werden darf.

Wenn die Kasse einen Prüfantrag stellt, sendet die Prüfungsstelle der Ärzte und Krankenkasse an die betroffene Praxis den Antrag mit der Bitte um Stellungnahme zu. Die ausgeschlossenen Arzneimittel können gemäß Arzneimittel-Richtlinie „ausnahmsweise in medizinisch begründeten Einzelfällen mit Begründung verordnet“ werden. Für die Praxis heißt das, sie muss angeben, warum wirtschaftliche Therapiealternativen nicht genutzt werden konnten. Die Prüfungsstelle prüft dann, ob die beanstandeten Verordnungen im Einzelfall zulässig und wirtschaftlich gewesen sind. Das ist aber nur selten der Fall, in der Regel kommt es zum Regress.

Hinweis: Der Grundsatz „Beratung vor Regress“ und der Schutz für erstmalig zugelassene Ärzte gelten nicht für Einzelanträge der Krankenkassen bei der Verordnung unzulässiger Arzneimittel.

Tipp: Kontrollieren Sie ihre Software, ob sie bei den genannten Präparaten ein Hinweis anzeigt. Achten Sie auch darauf, dass keine Wiederholungsrezepte über diese Präparate verordnet werden.

Die nachfolgende Übersicht stellt Prüfanträge der gesetzlichen Krankenkassen incl. Gründe dar. Es handelt sich nicht um eine generelle Ausschlussliste. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit.

Beispiele:	Rechtliche Grundlage Einschränkungen/ Verordnungsausschluss gem. Anlage III der AM-RL	Beanstandungsgrund:
Dolomo (Codein u and. nicht opioide Analgetika)	Punkt 6: Analgetika, Antiphlogistika oder Antirheumatika in fixer Kombination mit anderen Wirkstoffen.	Gehört nicht zu den in der RL genannten Ausnahmen, daher Verordnungsausschluss.
Arthotec FORTE (Diclofenac, Kombinationen)	Punkt 6: Analgetika, Antiphlogistika oder Antirheumatika in fixer Kombination mit anderen Wirkstoffen	Gehört nicht zu den in der RL genannten Ausnahmen, daher Verordnungsausschluss.
Ferro Sanol Comp (Eisen, Vitamin B12 und Folsäure)	Punkt 8: Antianaemika- Kombinationen	Verordnungsausschluss, da Kombination.

Imupret Tropfen (Pflanzliche Antitussiva / Expektoranzien, Kombi)	Punkt 19: Traditionelle Arzneimittel	Verordnungsausschluss, auch für Kinder unwirtschaftlich.
Infectodiarrstop (Mikrobielle Antidiarrhoika, Kombinationen)	Punkt 12: Antidiarrhoika	Gehört nicht zu den in der RL genannten Ausnahmen, daher Verordnungsausschluss.
Trental, Generika (Pentoxifyllin)	Punkt 24: Durchblutungsfördernde Mittel	Gehört nicht zu den in der RL genannten Ausnahmen, daher Verordnungsausschluss.
Voltaren Emulgel, Generika (Diclofenac, topisch)	Punkt 26: Externa bei traumatisch bedingten Schwellungen, Ödemen und stumpfen Traumata Punkt 40: Rheumamittel (Analgetika/Antiphlogistika/Antirheumatika) zur externen Anwendung	Verordnungsausschluss.
Schmerzgel, Generika (Ibuprofen, topisch)	Dto.	Dto.
EFFEKTON Gel mit Ketoprofen	Punkt 26: Externa bei traumatisch bedingten Schwellungen, Ödemen und stumpfen Traumata	Verordnungsausschluss.
Homöopathische Komplexmittel, z.B. Traumeel Salbe (nur apothekenpflichtig)	Nicht in Anlage I gelistet.	Nicht in Anlage I gelistet. Apothekenpflichtig, nicht für Erwachsene verordnungsfähig. Auch für Kinder unwirtschaftlich.
Jelliproct Salbe (Fluocinonid, Kombinationen)	Punkt 30: Hämorrhoidenmittel in fixer Kombination	Verordnungsausschluss.
Doloproct Salbe (Fluocortolon, Kombinationen)	Dto.	Dto.
Monapax Hustensaft, Flechtenhonig, Hustenelexier (Hustenmittel Kombinationen)	Punkt 31: Hustenmittel: fixe Kombinationen von Antitussiva oder Expektorantien oder Mukolytika untereinander oder mit anderen Wirkstoffen	Verordnungsausschluss. Wirtschaftlichkeitsgebot.

Spasmolytika (z. B. Spasmo Mucosolvan)	Punkt 31: Hustenmittel: fixe Kombinationen von Antitussiva oder Expektorantien oder Mukolytika untereinander oder mit anderen Wirkstoffen	Verordnungsausschluss. Wirtschaftlichkeitsgebot.*
Migraeflux MCP, Migraenerton (Paracetamol + Metoclopramid)	Punkt 36: Migränemittel-Kombinationen	Verordnungsausschluss.
Otovowen Tropfen (Kombination)	Punkt 38: Otologika	Gehört nicht zu den in der RL genannten Ausnahmen, daher Verordnungsausschluss.
Otalgan Ohrentropfen (Procain, Kombinationen)	Dto.	Dto.
Broncho-Vaxom (Andere bakterielle Immunstimulanzien)	Punkt 46: Umstimmungsmittel und Immunstimulantien zur Stärkung der Abwehrkräfte	Verordnungsausschluss.
Uro-Vaxom (Escherichia coli)	Dto.	Dto.
Strovac (Enterobacteriaceae Stämme, Kombi)	Dto.	Dto. Impfstoff außerhalb der Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL).
Symbioflor (Enterococcus faecalis)	Dto.	Verordnungsausschluss.
Actos, Generika (Pioglitazon)	Punkt 49: Glitazone zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2	Verordnungsausschluss.
Competact (Metformin und Pioglitazon)	Dto.	Dto.
Edronax (Reboxetin)	Punkt 51: Reboxetin	Verordnungsausschluss.
Strophantustinktur Weleda (Strophantustinktur)		Negativliste, fehlende Zulassung bei Herzinsuffizienz.
Tadalafil 10 mg	Lifestyle gem. Anlage II der AM-RL ausgeschlossen.	Zur Behandlung der erektilen Dysfunktion (ED) bei erwachsenen Männern.

* Gemäß § 12 Abs.1 Satz 2 der Arzneimittel-Richtlinie könnten Kombinationspräparate zur Behandlung der chronischen und spastischen Bronchitis und des Asthmas bronchiale von den Krankenkassen als unwirtschaftlich betrachtet werden. Bei der Verordnung von apothekenpflichtigen homöopathischen Arzneimitteln für Kinder wird empfohlen, Präparate auszuwählen, die möglichst nur einen Wirkstoff enthalten.

Viagra, Generika (Sildenafil)	Dto.	Dto.
Antifungol 6 Kombi, Canifug, KadeFungin6		Unwirtschaftlich, da apothekenpflichtige Präparate (grünes Rezept) alternativ zur Verfügung stehen.
Scopoderm Pflaster (Scopolamin)	Arzneimittel-Richtlinie § 13: Verschreibungspflichtige AM gegen Reisekrankheit sind für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, nicht verordnungsfähig.	Cave: Anträge bei Off.Label-Use.
Cefasel, Selenase		Arzneimittel ohne ausreichend gesicherten Nutzen sind gemäß Arzneimittel-Richtlinie nicht verordnungsfähig.
Resolor	Hinweise zu Bagatellerkrankungen (§ 13 AM-RL) sind zu beachten.	Nur verordnungsfähig zur symptomatischen Behandlung chronischer Verstopfung bei Erwachsenen, bei denen Laxativa keine ausreichende Wirkung erzielen.
Kontrazeptiva		Keine Kassenleistung bei Patientinnen über 22 Jahren. Ausnahme: Kontrazeption medizinisch zwingend indiziert.

Hinweis: Diese Liste stellt Prüfanträge der gesetzlichen Krankenkassen incl. Gründe dar. Es handelt sich nicht um eine generelle Ausschlussliste. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit.

9. Kostendifferenzmethode

Nach den am 11.05.2019 in Kraft getretenen Regelungen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) sind ab diesem Zeitraum Nachforderungen wegen unwirtschaftlicher Verordnungsweise nach § 106 Abs. 3 SGB V „auf die Differenz der Kosten zwischen der wirtschaftlichen und der tatsächlich ärztlich verordneten Leistung zu begrenzen.“

Für die Berücksichtigung der Kostendifferenz im Rahmen einer Einzelfallprüfung soll die Krankenkasse im Prüfantrag die wirtschaftliche Leistung bzw. indikationsbezogen die durchschnittlichen wirtschaftlichen Verordnungskosten auf die sie abstellt, benennen und begründen.

Details zur Kostendifferenz müssen in der Prüfvereinbarung zur Zeit noch geregelt werden.

Zuständig ist:

Prüfstelle der Ärzte und Krankenkassen Nordrhein
Tersteegenstraße 3, 40474 Düsseldorf, Fax: 0211 5970-8422.

10. Prüfung der Arzneimittelverordnungen nach Durchschnittswerten

Die Verordnung von Arzneimitteln auf einem Kassenrezept wird durch zahlreiche Regeln, insbesondere der Arzneimittel-Richtlinie, eingeschränkt. Werden diese Regeln nicht beachtet, können Krankenkassen Anträge wegen unzulässiger Verordnungen stellen.

Eine weitere statistische Prüfung der Arzneimittelverordnungen bezieht sich auf die Kosten der verordneten Arzneimittel insgesamt. Ab 2017 haben die Kassenärztliche Vereinigung und die Krankenkassen in Nordrhein die Prüfung nach Durchschnittswerten vertraglich vereinbart.

Hier werden die durchschnittlichen Verordnungskosten der Praxis über alle Patienten mit den durchschnittlichen Verordnungskosten in der Fachgruppe verglichen. Der Prüfzeitraum ist jeweils das Kalenderjahr. Praxen, die den Durchschnitt um mehr als 50 Prozent überschreiten, werden geprüft. Praxen erhalten quartalsweise eine Bilanz, in der die Unter- oder Überschreitung der Arzneimittelausgaben im Vergleich zur Fachgruppe dargestellt wird.

Quoten zur Steuerung

Nach den Vorgaben des Sozialgesetzbuches V vereinbaren die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen auf Landesebene jährlich ein Ausgabenvolumen für Arznei- und Verbandmittel. Zusätzlich sind sie verpflichtet, Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitsziele und konkrete Maßnahmen zur Umsetzung der Ziele zu vereinbaren. Die Arzneimittelvereinbarung für Nordrhein wird jedes Jahr neu vereinbart. Die aktuelle Vereinbarung incl. Quoten finden Sie auf der Homepage → www.kvno.de

Praxen, die alle Quoten einhalten, werden von der Durchschnittswerteprüfung befreit. Praxen erhalten quartalsweise eine Quotenmitteilung, in der die jeweiligen Ist- und Zielwerte dargestellt werden.

Praxisbesonderheiten

Bestimmte Indikationen und teure Arzneimittel werden im Rahmen der statistischen Prüfung als Praxisbesonderheit anerkannt und von den Verordnungskosten der Praxis abgezogen. Die Praxen kennzeichnen die Praxisbesonderheit patientenbezogen einmal im Quartal mit einer Symbolziffer auf dem Abrechnungsschein. Praxen, die die durchschnittlichen Verordnungskosten um mehr als 50 Prozent überschreiten, kommen somit auf zwei Wegen wieder automatisch aus der Prüfung. Nur, wenn eine Praxis nach Abzug der vereinbarten Praxisbesonderheiten die durchschnittlichen Verordnungskosten um mehr als 50 Prozent überschreitet und zusätzlich nicht alle Quoten der jeweiligen Fachgruppe eingehalten hat, wird die Prüfung fortgeführt und die Praxis wird von der Prüfungsstelle der Ärzte und Krankenkassen angeschrieben.

Übersicht der vereinbarten Praxisbesonderheiten → www.kvno.de

Stellungnahme

Praxen, die bei Prüfung nach Durchschnittswerten einen Antrag von der Prüfungsstelle der Ärzte und Krankenkassen erhalten, können in einer Stellungnahme individuelle Praxisbesonderheiten darlegen. Dies können von der Arztgruppentypik abweichende Erkrankungen sein, die aufgrund der Mehrkosten geltend gemacht werden. Sie müssen nach Art und Anzahl von der Typik in der Vergleichsgruppe abweichen. Die schlüssige Darlegung dieser Praxisbesonderheiten sowohl dem Grunde als auch der Höhe nach obliegt dem zu prüfenden Arzt.

Beratung vor Regress

Mit der Einführung des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes gilt bei statistischen Prüfungen der Grundsatz „Beratung vor Regress“. Praxen, die zum ersten Mal im Rahmen der Durchschnittswertprüfung einen Regress zahlen müssten, erhalten zunächst eine Beratung durch die Prüfungsstelle. Erst für den Zeitraum nach der Beratung können neue Regressforderungen gestellt werden. Wenn eine Praxis über fünf Jahre keinen Regress im Rahmen einer statistischen Prüfung bekommen hat, zählt der Grundsatz Beratung vor Regress wieder neu. Maßnahmen wie individuelle Beratungen oder Nachforderungen erfolgen nicht für erstmalig zugelassene Vertragsärzte in den ersten beiden Prüfzeiträumen – dieser „Welpenschutz“ ist in der Prüfvereinbarung in Nordrhein geregelt. Der Grundsatz „Beratung vor Regress“ und der Schutz für erstmalig zugelassene Ärzte gelten nicht für Einzelanträge der Krankenkassen bei der Verordnung unzulässiger Arzneimittel.

Fazit

Die Abläufe der statistischen Prüfung nach Durchschnittswerten und die Steuerung der Arzneimittelausgaben durch Quoten sind auf den ersten Blick umfangreich. Die Praxen in Nordrhein werden jedoch quartalsweise über ihre Ausgaben und Quoten informiert. In den vergangenen Jahren ist es nur in Einzelfällen zu Regressen gekommen.

Die Arzneimittelvereinbarung, die Quoten und die Praxisbesonderheiten finden Sie unter → www.kvno.de

Weitere Informationen

Auf der Internetseite der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein finden Sie weitere Informationen zum Thema Arzneimittel:

- www.kvno.de
- [Online-Formular: Verordnungsanfrage Arznei- und Verbandmittel](#)
- [Patienteninformationen](#)
- ↓ [Übersicht Sonstige Kostenträger](#)
- ↗ [KBV - Elektronisches Rezept \(eRezept\)](#)

Ansprechpartner

Pharmakotherapieberatung

Die Beraterinnen der Pharmakotherapieberatung vermitteln in persönlichen Gesprächen die gesetzlichen und vertraglichen Grundlagen zur Verordnung von Arzneimitteln. → [Pharmakotherapieberatung | KV Nordrhein](#)

Telefon: 0211 5970 8111
Fax: 0211 5970 9904
E-Mail: pharma@kvno.de

Impressum

KVNO extra

Herausgeber:

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
Tersteegenstr. 9 | 40474 Düsseldorf

Anschrift der Redaktion:

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
40182 Düsseldorf
Telefon 0211 5970 8106
Telefax 0211 5970 8100
E-Mail Redaktion@kvno.de

Bild Titelseite

Quelle: [peterschreiber.media](#) -

**Engagiert
für
Gesundheit.**

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Pharmakotherapieberatung
40182 Düsseldorf

Tel. 0211 5970 8111
Fax 0211 5970 9904
pharma@kvno.de
kvno.de