

2.1 Gesetzliche Vorgaben nach dem SGB V

2.1.1 Apothekenrelevante Vorgaben nach dem SGB V

Diese Auszüge aus dem SGB V (Sozialgesetzbuch V) sollen die schnelle Information über die gesetzlichen Grundlagen erleichtern, auf die im Kapitel 1 Bezug genommen wird.

Vorrangig in den §§ 129 und 130 des SGB V ist die Abgabe von Rabattarzneimitteln geregelt. Der Gesetzgeber hat jedoch den Spitzenverband der Krankenkassen und die Spitzenorganisation der Apotheker ermächtigt, in einem ergänzenden Rahmenvertrag Näheres zu regeln. Dies ist zuletzt im bundesweit für alle GKV-Kassen gültigen Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung vom 01.04.2020 geschehen. Der Rahmenvertrag wird wiederum ergänzt durch die regionalen Lieferverträge.

Auszüge aus dem Sozialgesetzbuch V (SGB V)

§ 12 SGB V Wirtschaftlichkeitsgebot

(1) Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

§ 24a SGB V Empfängnisverhütung

(2) Versicherte bis zum vollendeten 22. Lebensjahr haben Anspruch auf Versorgung mit verschreibungspflichtigen empfängnisverhütenden Mitteln; § 31 Abs. 2 bis 4 gilt entsprechend. Satz 1 gilt entsprechend für nicht verschreibungspflichtige Notfallkontrazeptiva, soweit sie ärztlich verordnet werden; § 129 Absatz 5a gilt entsprechend.

Hier wurde anlässlich der Entlassung der „Pille danach“ aus der Verschreibungspflicht im Jahr 2015 der Satz hinzugefügt, dass bei ärztlicher Verordnung auch „Notfallkontrazeptiva“ von den gesetzlichen Krankenkassen bis zum vollendeten 22. Lebensjahr übernommen werden: „Satz 1 gilt entsprechend für nicht verschreibungspflichtige Notfallkontrazeptiva, soweit sie ärztlich verordnet werden; § 129 Absatz 5a gilt entsprechend.“

Ende März 2019 wurde die Altersobergrenze, bis wann Kontrazeptiva und damit auch Notfallkontrazeptiva erstattet werden, vom vollendeten 20. Lebensjahr auf das vollendete 22. Lebensjahr angehoben (Gesetz zur Verbesserung der Information über einen Schwangerschaftsabbruch).

Arznei- und Verbandmittel

§ 31 SGB V

(1) Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln, soweit die Arzneimittel nicht nach § 34 oder durch Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 ausgeschlossen sind, und auf Versorgung mit Verbandmitteln, Harn- und Blutteststreifen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 festzulegen, in welchen medizinisch notwendigen Fällen Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die als Medizinprodukte nach § 3 Nr. 1 oder Nr. 2 des Medizinproduktegesetzes in der bis einschließlich 25. Mai 2021 geltenden Fassung zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt sind, ausnahmsweise in die Arzneimittelversorgung einbezogen werden; § 34 Abs. 1 Satz 5, 7 und 8 und Abs. 6 sowie § 35 und die §§ 126 und 127 in der bis zum 10. Mai 2019 geltenden Fassung gelten entsprechend. Für verschreibungspflichtige und nicht verschreibungspflichtige Medizinprodukte nach Satz 2 gilt § 34 Abs. 1 Satz 6 entsprechend. Der Vertragsarzt kann Arzneimittel, die auf Grund der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 von der Versorgung ausgeschlossen sind, ausnahmsweise in medizinisch begründeten Einzelfällen mit Begründung verordnen. Für die Versorgung nach Satz 1 können die Versicherten unter den Apotheken, für die der Rahmenvertrag nach § 129 Abs. 2 Geltung hat, frei wählen. Vertragsärzte und Krankenkassen dürfen, soweit gesetzlich nicht etwas anderes bestimmt oder aus medizinischen Gründen im Einzelfall eine Empfehlung geboten ist, weder die Versicherten dahingehend beeinflussen, Verordnungen bei einer bestimmten Apotheke oder einem sonstigen Leistungserbringer einzulösen, noch unmittelbar oder mittelbar Verordnungen bestimmten Apotheken oder sonstigen Leistungserbringern zuweisen. Die Sätze 5 und 6 gelten auch bei der Einlösung von elektronischen Verordnungen.

(1a) Verbandmittel sind Gegenstände einschließlich Fixiermaterial, deren Hauptwirkung darin besteht, oberflächengeschädigte Körperteile zu bedecken, Körperflüssigkeiten von oberflächengeschädigten Körperteilen aufzusaugen oder beides zu erfüllen. Die Eigenschaft als Verbandmittel entfällt nicht, wenn

ein Gegenstand ergänzend weitere Wirkungen entfaltet, die ohne pharmakologische, immunologische oder metabolische Wirkungsweise im menschlichen Körper der Wundheilung dienen, beispielsweise, indem er eine Wunde feucht hält, reinigt, geruchsbindend, antimikrobiell oder metallbeschichtet ist. Erfasst sind auch Gegenstände, die zur individuellen Erstellung von einmaligen Verbänden an Körperteilen, die nicht oberflächengeschädigt sind, gegebenenfalls mehrfach verwendet werden, um Körperteile zu stabilisieren, zu immobilisieren oder zu komprimieren. Das Nähere zur Abgrenzung von Verbandmitteln zu sonstigen Produkten zur Wundbehandlung regelt der Gemeinsame Bundesausschuss bis zum 31. August 2020 in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6; Absatz 1 Satz 2 gilt für diese sonstigen Produkte entsprechend. Bis 48 Monate nach dem Wirksamwerden der Regelungen nach Satz 4 sind solche Gegenstände weiterhin zu Lasten der Krankenkassen zu erbringen, die vor dem Wirksamwerden der Regelungen nach Satz 4 erbracht wurden. Der Gemeinsame Bundesausschuss berät Hersteller von sonstigen Produkten zur Wundbehandlung im Rahmen eines Antragsverfahrens insbesondere zu konkreten Inhalten der vorzulegenden Unterlagen und Studien. § 34 Absatz 6 gilt entsprechend. Für die Beratung sind Gebühren zu erheben. Das Nähere zur Beratung und zu den Gebühren regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Verfahrensordnung.

(1b) Für Versicherte, die eine kontinuierliche Versorgung mit einem bestimmten Arzneimittel benötigen, können Vertragsärzte Verordnungen ausstellen, nach denen eine nach der Erstabgabe bis zu dreimal sich wiederholende Abgabe erlaubt ist. Die Verordnungen sind besonders zu kennzeichnen. Sie dürfen bis zu einem Jahr nach Ausstellungsdatum zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse durch Apotheken beliefert werden.

(2) Für ein Arznei- oder Verbandmittel, für das ein Festbetrag nach § 35 festgesetzt ist, trägt die Krankenkasse die Kosten bis zur Höhe dieses Betrags, für andere Arznei- oder Verbandmittel die vollen Kosten, jeweils abzüglich der vom Versicherten zu leistenden Zuzahlung und der Abschläge nach den §§ 130, 130a und dem Gesetz zur Einführung von Abschlägen der pharmazeutischen Großhändler. Hat die Krankenkasse mit einem pharmazeutischen Unternehmen, das ein Festbetragsarzneimittel anbietet, eine Vereinbarung nach § 130a Abs. 8 abgeschlossen, trägt die Krankenkasse abweichend von Satz 1 den Apothekenverkaufspreis dieses Mittels abzüglich der Zuzahlungen und Abschläge nach den §§ 130 und 130a Abs. 1, 1b, 3a und 3b. Diese Vereinbarung ist nur zulässig,

wenn hierdurch die Mehrkosten der Überschreitung des Festbetrags ausgeglichen werden. Die Krankenkasse übermittelt die erforderlichen Angaben einschließlich des Arzneimittel- und des Institutionskennzeichens der Krankenkasse an die Vertragspartner nach § 129 Abs. 2; das Nähere ist in den Verträgen nach § 129 Abs. 2 und 5 zu vereinbaren. Versicherte und Apotheken sind nicht verpflichtet, Mehrkosten an die Krankenkasse zurückzuzahlen, wenn die von der Krankenkasse abgeschlossene Vereinbarung den gesetzlichen Anforderungen nicht entspricht.

(2a) (weggefallen)

(3) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, leisten an die abgebende Stelle zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordneten Arznei- und Verbandmittel als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag, jedoch jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels. Satz 1 findet keine Anwendung bei Harn- und Blutteststreifen. Satz 1 gilt auch für Medizinprodukte, die nach Absatz 1 Satz 2 und 3 in die Versorgung mit Arzneimitteln einbezogen worden sind. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann Arzneimittel, deren Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers ohne Mehrwertsteuer mindestens um 20 vom Hundert niedriger als der jeweils gültige Festbetrag ist, der diesem Preis zugrunde liegt, von der Zuzahlung freistellen, wenn hieraus Einsparungen zu erwarten sind. Für andere Arzneimittel, für die eine Vereinbarung nach § 130a Abs. 8 besteht, kann die Krankenkasse die Zuzahlung um die Hälfte ermäßigen oder aufheben, wenn hieraus Einsparungen zu erwarten sind. Absatz 2 Satz 4 gilt entsprechend. Muss für ein Arzneimittel auf Grund eines Arzneimittelerückrufs oder einer von der zuständigen Behörde bekannt gemachten Einschränkung der Verwendbarkeit erneut ein Arzneimittel verordnet werden, so ist die erneute Verordnung zuzahlungsfrei. Eine bereits geleistete Zuzahlung für die erneute Verordnung ist dem Versicherten auf Antrag von der Krankenkasse zu erstatten.

(4) Das Nähere zu therapiegerechten und wirtschaftlichen Packungsgrößen bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates. **Ein Fertigarzneimittel, dessen Packungsgröße** die größte der auf Grund der Verordnung nach Satz 1 bestimmte Packungsgröße übersteigt, ist nicht Gegenstand der Versorgung nach Absatz 1 und darf nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgegeben werden.

...

2.7 Verschreibung von Betäubungsmitteln

Die wichtigsten Rechtsgrundlagen für die Verschreibung und Abgabe von Betäubungsmitteln finden sich in folgenden Gesetzen:


- Betäubungsmittelgesetz (BtMG),
- Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV),
- Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV),
- Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V).

Betäubungsmittel (BtM) dürfen ausschließlich auf den gelben BtM-Rezepten und nur von Ärztinnen und Ärzten (Ärztin/Arzt, Zahnärztin/Zahnarzt oder Tierärztin/Tierarzt) verschrieben werden. Die BtM-Rezeptformulare werden personenbezogen für die jeweilige verschreibende Person von der Bundesopiumstelle ausgegeben. Sie sind ausschließlich zur Verwendung durch die entsprechende verschreibende Person bestimmt und dürfen nur im Vertretungsfall übertragen werden.

Bei BtM-Rezepten sind neben den rechtlichen/vertraglichen Vereinbarungen für Muster-16-Rezepte auch BtM-rechtliche Vorgaben zu beachten. Grundsätzlich sind BtM-Rezepte z. B. nur 8 Tage gültig (inkl. Verschreibungsdatum).

Ein BtM-Rezept besteht außerdem immer aus einem dreiteiligen Vordruck:

- Teil I: Dokumentation in der Apotheke
- Teil II: Abrechnung mit der Krankenkasse
- Teil III: Dokumentation in der Arztpraxis

Ein ordnungsgemäß ausgestelltes BtM-Rezept laut Bundesministerium (BfArM) zeigt  Abbildung 2.8.1.

● Abb. 2.7.1 Ordnungsgemäß ausgestelltes BtM-Rezept laut BfArM (© Deutsches Apotheken-Portal)

■ Welche Angaben muss ein BtM-Rezept enthalten?

§ 9 BtMVV Angaben auf dem Betäubungsmittelrezept

- Name, Vorname, Anschrift des Patienten,
- Ausstellungsdatum,
- eindeutige Bezeichnung des Arzneimittels sowie Menge in Gramm, Milliliter oder Stückzahl je abgeteilte Form Darreichungsform (falls sich dies nicht zweifelsfrei aus der namentlichen Verordnung ergibt),
- Gebrauchsanweisung: Falls die Patientin oder der Patient eine schriftliche Anleitung erhalten hat, ist ein Hinweis auf diese schriftliche Anweisung ausreichend. Ansonsten muss die Einzel- und Tagesgabe angegeben sein! Bei Take-home-Substitutionsmitteln: Reichdauer in Tagen, und im Fall des § 5 Absatz 8 Satz 10 BtMVV Vorgaben zur Abgabe des Substitutionsmittels oder, im Fall, dass der Patientin oder dem Patienten schriftliche Vorgaben zur Abgabe oder zum Überlassen zum unmittelbaren Verbrauch des Substitutionsmittels übergeben wurden, ein Hinweis auf diese schriftlichen Vorgaben,

- Name, Anschrift, Telefonnummer, Berufs- oder Facharztbezeichnung der verschreibenden Person,
- Unterschrift der verschreibenden Person,
- im Vertretungsfall zusätzlich der Vermerk „i. V.“,
- bei Nachreichung eines BtM-Rezeptes zum Ersatz einer vorab erstellten Notfallverschreibung ein „N“,
- bei Substitutionsrezepten ein „S“,
- bei Substitutionsrezepten infolge einer telemedizinischen Konsultation ist zusätzlich zum „S“ der Buchstabe „T“ anzubringen.

Bei Verordnungen im Rahmen des Sprechstundenbedarfs entfallen die Patientenangaben, stattdessen steht im Patientenfeld der Vermerk „Praxisbedarf“.

■ Wo ist die Abgabe von Betäubungsmitteln geregelt?

§ 12 Absatz 1 BtMV Abgabe von Betäubungsmitteln

(1) Betäubungsmittel dürfen vorbehaltlich des Absatzes 2 nicht abgegeben werden:

1. auf eine Verschreibung,
 - a) die nach den §§ 1 bis 4 oder § 7 Abs. 2 für den Abgebenden erkennbar nicht ausgefertigt werden durfte,
 - b) bei deren Ausfertigung eine Vorschrift des § 7 Abs. 1 Satz 2, des § 8 Abs. 1 Satz 1 und 2 oder des § 9 nicht beachtet wurde,
 - c) die **bei Vorlage** vor mehr als sieben Tagen ausgefertigt wurde oder
 - d) die mit dem Buchstaben „K“ oder „N“ gekennzeichnet ist;
2. auf eine Verschreibung für den Stationsbedarf, den Notfallbedarf und den Rettungsdienstbedarf,
 - a) die nach den §§ 1 bis 4, § 7 Abs. 1 oder § 10 Abs. 3 für den Abgebenden erkennbar nicht ausgefertigt werden durfte oder
 - b) bei deren Ausfertigung eine Vorschrift des § 10 Abs. 1 oder des § 11 nicht beachtet wurde;
3. auf eine Verschreibung nach § 8 Abs. 6, die
 - a) nicht nach Satz 2 gekennzeichnet ist oder
 - b) vor mehr als einem Tag ausgefertigt wurde;
4. auf eine Verschreibung nach § 5 Absatz 8, wenn sie nicht in Einzeldosen und in kindergesicherter Verpackung konfektioniert sind.

Ausländische BtM-Rezepte dürfen nicht beliefert werden.

■ Welche Angaben muss die Apotheke auf dem Rezept anbringen?

§ 12 Abs. 3 BtMVV Abgabe von Betäubungsmitteln

(3) Der Abgebende hat auf Teil I der Verschreibung oder der Verschreibung für den Stationsbedarf, den Notfallbedarf und den Rettungsdienstbedarf folgende Angaben dauerhaft zu vermerken:

1. Name und Anschrift der Apotheke,
2. Abgabedatum und
3. Namenszeichen des Abgebenden.

■ Dürfen Ärztinnen und Ärzte in Gemeinschaftspraxen ein gemeinsames Rezept benutzen?

Jede Ärztin und jeder Arzt einer Gemeinschaftspraxis hat eigene Rezepte zu verwenden und eine eigene Dokumentation zu führen. Die Rezepte sind auf die jeweilige verschreibende Person codiert mit BtM-Nummer der verschreibenden Person, Ausgabedatum und einer fortlaufenden Rezeptnummer. Bei Verwendung eines Gemeinschaftsstempels ist die verschreibende Person im Stempelaufdruck zu unterstreichen.

■ Dürfen BtM-Rezepte von ärztl. Vertretungen genutzt werden?

Im vorübergehenden Vertretungsfall darf die Vertretung die BtM-Rezepte der vertretenden Ärztin bzw. des vertretenden Arztes nutzen. Sie muss jedoch den Vermerk „i. V.“ anbringen und den eigenen Namen, Vornamen und die Berufsbezeichnung zusätzlich angeben.

§ 8 Abs 3 Satz 1 BtMVV Betäubungsmittelrezept

(3) Die nummerierten Betäubungsmittelrezepte sind nur zur Verwendung des anfordernden Arztes, Zahnarztes oder Tierarztes bestimmt und dürfen nur im Vertretungsfall übertragen werden. [...]

■ Dürfen auf einem BtM-Rezept auch Nicht-BtM verschrieben werden?

Auf einem BtM-Rezept dürfen Nicht-BtM (z. B. Laxanzien) nur zusammen mit einem BtM verschrieben werden!

§ 8 Abs 1 Satz 2 BtMVV

(1) [...] Das Betäubungsmittelrezept darf für das Verschreiben anderer Arzneimittel nur verwendet werden, wenn dies neben der eines Betäubungsmittels erfolgt. [...]

■ Wie lange müssen die einzelnen Teile eines BtM-Rezepts aufbewahrt werden?

Teil 2 ist das zur Abrechnung bestimmte Originalrezept. Teil 1 muss drei Jahre in der Apotheke aufbewahrt werden, während Teil 3 bei der Ärztin bzw. dem Arzt verbleibt.

■ Darf ein normales Rezept mit einem Betäubungsmittel beliefert werden?

Nur wenn das Rezept mit dem Vermerk „Notfall-Verschreibung“ versehen ist. Die Apotheke sollte vor der Abgabe mit der verschreibenden Person Rücksprache nehmen. Die Ärztin oder der Arzt muss unverzüglich ein BtM-Rezept mit der Kennzeichnung „N“ als Ersatz nachreichen! Bei Substitutionsverordnungen sind keine Notfallrezepte erlaubt (siehe § 8 Abs. 6 BtMVV Betäubungsmittelrezept).

■ Darf ein BtM-Rezept mit dem Buchstaben „N“ beliefert werden?

Nein! Ein mit dem Buchstaben „N“ gekennzeichnetes Rezept ist eine Ersatzverordnung für ein bereits vorab auf ein Notfallrezept abgegebenes Betäubungsmittel. Die Patientin oder der Patient muss diese Ersatzverordnung in der Apotheke abgeben, in der er auch die Notfallverordnung eingelöst hat.

■ Darf ein BtM-Rezept korrigiert werden?

Korrektur durch die verschreibende Person: Es ist eine erneute Unterschrift der Ärztin oder des Arztes mit Datumsangabe erforderlich.

Neuausstellung durch die verschreibende Person: Die Apotheke muss das fehlerhafte Rezept an die Ärztin oder den Arzt zurückgeben, da die verschreibende Person alle drei Teile in ihrer Dokumentation drei Jahre aufbewahren muss.

Änderungen durch die Apothekerin/den Apotheker: Nach Rücksprache mit der verschreibenden Person darf die Apothekerin/der Apotheker bestimmte Ergän-

zungen oder Korrekturen auf ihren/seinen beiden Teilen vornehmen und abzeichnen (vgl. § 12 Abs. 2 BtMVV). Die verschreibende Person muss die Änderung auch auf ihrem Durchschlag vornehmen. Um eventuellen Problemen mit den Rezeptprüfstellen vorzubeugen, empfiehlt es sich jedoch, alle drei Teile von der verschreibenden Person korrigieren zu lassen, falls dies möglich ist.

■ Darf ein am 10.7. ausgestelltes BtM-Rezept am 17.7. noch beliefert werden?

Ja! Ein BtM-Rezept muss bis zum 8. Tag (der Ausstellungstag zählt mit) in der Apotheke vorgelegt werden. Die Belieferung darf auch nach mehr als 8 Tagen erfolgen, z. B. falls eine Auslandseinfuhr oder andere länger dauernde Bestellwege notwendig werden. Um eventuelle Diskussionen mit der Rezeptprüfstelle zu vermeiden, empfiehlt es sich, den Tag der Vorlage der BtM-Verordnung auf dem Rezept zu dokumentieren.

■ Wie ist die Weiterverwendung von Betäubungsmitteln geregelt?

Bei der Weiterverwendung von Betäubungsmitteln ist nach § 5c BtMVV einiges zu beachten:

- Dokumentationspflicht: Alten- und Pflegeheime sowie Hospize sind verpflichtet, den Verbleib von Betäubungsmitteln lückenlos zu dokumentieren, wenn sie die Verfügungsgewalt über diese übernehmen. Dies gilt auch für die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt (§§ 13, 14 BtMVV).
- Wiederverwendung nur unter Verantwortung der Ärztin/des Arztes: Nicht mehr benötigte Betäubungsmittel dürfen nur dann wiederverwendet werden, wenn sie unter der Verantwortung der betreuenden Ärztin/des betreuenden Arztes gelagert wurden (§ 5c Abs. 3 BtMVV).
- Erlaubte Verwendungen:
 1. Wiederverschreibung an andere Patientinnen oder Patienten derselben Einrichtung (§ 5c Abs. 4 Nr. 1 BtMVV).
 2. Rückgabe an die versorgende Apotheke zur Prüfung auf Wiederverwendbarkeit in anderen Einrichtungen (§ 5c Abs. 4 Nr. 2 BtMVV).
 3. Überführung in den Notfallvorrat der Einrichtung (§ 5c Abs. 4 Nr. 3 BtMVV).
- Unzulässige Weitergabe: Eine Weitergabe an Patientinnen oder Patienten außerhalb der Einrichtung oder ohne Verschreibung ist unzulässig und strafbar.

- **Rückgabe an Apotheke:** Nicht mehr benötigte BtM können an die versorgende Apotheke zurückgegeben werden. Diese muss den Eingang dokumentieren und bei einer möglichen Wiederverwendung eine erneute ärztliche Verschreibung einholen.

Es gilt also auch für den Fall der BtM-Wiederverwendung in Heimen die Verpflichtung aller Beteiligten zur lückenlosen Nachweisdokumentation der Herkunft und des Verbleibs.

■ Ist die BtM-Dokumentation mittels EDV erlaubt?

Ja! In diesem Fall sind gem. § 13 Abs. 2 Satz 2 BtMVV am Monatsende Ausdrucke anzufertigen, die Prüfung durchzuführen und durch Unterschrift zu bestätigen (BtMVV § 13 Nachweisführung).

■ Was geschieht mit dem Betäubungsmittel-Warenlager bei Übergabe einer Apotheke?

Die Originaldokumentation der Betäubungsmittel und deren Bestände können an den Apothekennachfolger übergeben werden. Hierzu ist – im Gegensatz zur Übergabe einer Arztpraxis – vorab keine Genehmigung der Bundesopiumstelle erforderlich. Allerdings sind Übergabebelege gem. Betäubungsmittel-Binnenhandelsverordnung zu erstellen und der Bundesopiumstelle zu übersenden. Es empfiehlt sich, eine Kopie der Belege für sich selbst und den Apothekennachfolger anzufertigen und wechselseitig zu unterzeichnen.

■ Dürfen folgende Verordnungen beliefert werden?

Praxisbeispiel 1

Verordnet: Fentanyl XY-Pharma, 50 mcg/h, 5 St., „gem. schriftl. Anweisung“
Gemäß § 9 BtMVV ist die Verordnung ausreichend, wenn sich die Wirkstoffmenge (bei Pflastern = Beladungsmenge) aus der namentlichen Verordnung eines bestimmten Präparats ergibt und dieser Hersteller nur eine Wirkstoffmenge mit der Freisetzungsrate 50 mcg/h im Handel hat. Ergibt sich die Wirkstoffbeladung bei Produktverordnungen nicht eindeutig aus der Verordnung, so ist auch bei namentlichen Verordnungen die Wirkstoffangabe erforderlich.

Praxisbeispiel 2

Verordnet: Fentanyl, 25 mcg/h, 5 St., „gem. schriftl. Anweisung“

Seit Juni 2008 dürfen Verordnungen dieser Art nicht mehr beliefert werden. Hier handelt es sich um eine Wirkstoffverordnung! Da es im Handel mehrere Fentanylpflaster mit gleicher Freisetzungsrate aber unterschiedlicher Wirkstoffbeladung gibt, ist diese Verordnung bezüglich der Wirkstoffmenge nicht eindeutig. Sie entspricht nicht der BtMVV. Korrekt wäre nach § 9 BtMVV zum Beispiel: Fentanyl 25 mcg/h (8,25 mg Fentanyl), 5 St., „gem. schriftl. Anweisung“.

Praxisbeispiel 3

Verordnet: Fentanyl XY-Pharma, 25 mcg/h, N1, „gem. schriftl. Anweisung“

Mengenangaben wie N1 oder 1 OP reichen nicht aus, da sie die Stückzahl nicht eindeutig kennzeichnen!