

Wunscharzneimittel

Die Apotheke ist gesetzlich verpflichtet, Sie vorrangig mit einem Arzneimittel zu versorgen, das für Ihre Krankenkasse am kostengünstigsten ist, z. B. ein Arzneimittel mit Rabattvertrag. Der Austausch des verordneten Arzneimittels durch ein wirkstoffgleiches kostengünstiges Arzneimittel ist aber nur möglich, wenn dabei gesetzlich festgelegte Kriterien – sogenannte Aut-idem-Kriterien – eingehalten werden (z. B. gleicher Wirkstoff, gleiche Wirkstärke, gleiche oder austauschbare Darreichungsform, gleiche Packungsgröße).

Was tun, wenn ich nicht mit dem abzugebenden Medikament einverstanden bin?

Seit 2011 haben Patienten durch das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) die Möglichkeit, in der Apotheke ein wirkstoffgleiches Wunscharzneimittel zu erhalten. Sollten Sie also z. B. nicht mit dem Austausch des verordneten Arzneimittels durch das Medikament einer anderen Firma einverstanden sein und sieht die Apotheke beim Austausch auch keine pharmazeutischen Probleme, können Sie die Wunscharzneimittel-Regelung nutzen. Das Wunscharzneimittel muss dabei grundsätzlich den oben genannten Aut-idem-Austauschkriterien entsprechen.

Wie ist der Ablauf und mit welchen Abzügen muss ich rechnen?

Möchten Sie von der Wunscharzneimittel-Regelung Gebrauch machen, ist der Ablauf wie folgt:

1. Sie zahlen zunächst in der Apotheke **den vollen, gesetzlich festgelegten Arzneimittelpreis** und erhalten eine bedruckte Rezeptkopie sowie den Kassenbeleg. Das Originalrezept reicht die Apotheke bei der Krankenkasse ein, ohne eine Kostenerstattung für das verordnete Medikament zu erhalten (aus rein abrechnungstechnischen Gründen).
2. Die **Rezeptkopie und den Kassenbeleg** reichen Sie selbst bei Ihrer Krankenkasse ein und erhalten von dieser eine **anteilige Rückerstattung**.

Bei Inanspruchnahme der Wunscharzneimittel-Regelung müssen Sie die Ihrer Kasse entgangenen Rabattvorteile und die entstehenden Verwaltungskosten übernehmen. Das heißt, Sie erhalten **nicht den vollen Arzneimittelpreis** zurück. **Bitte informieren Sie sich vorab bei Ihrer Krankenkasse, mit welchen Abzügen Sie rechnen müssen.**

Bitte ankreuzen:

- Ich wünsche die Wunscharzneimittel-Regelung.
 Ich bin von der Apotheke über die Wunscharzneimittel-Regelung informiert worden.

Name, Vorname des Patienten: _____

Datum: _____ Unterschrift des Patienten: _____

- ▶ Rezeptkopie + Kassenbeleg an dieses Formular anheften und bei Ihrer Krankenkasse einreichen
- ▶ Daran denken, Ihrer Kasse die Zahlungsdaten für die Überweisung der anteiligen Rückerstattung mitzuteilen