

# Rezeptausstellung von cannabinoidhaltigen Arzneimitteln

Dieses Dokument erklärt den Prozess der korrekten  
Rezeptausstellung für cannabinoidhaltige Arzneimittel

## Inhalt

- 01 Ausstellung eines BtM-Rezepts
- 02 Erforderliche Angaben auf dem BtM-Rezept
- 03 Rezeptbeispiele mit Blüten
- 04 Rezeptbeispiele mit Dronabinol
- 05 Rezeptbeispiele mit Cannabidiol
- 06 Rezeptbeispiel mit Extrakt

## 01. Ausstellung eines Betäubungsmittelrezepts

Cannabisbasierte Medikamente befinden sich in der Anlage III des Betäubungsmittelgesetzes. Betäubungsmittel (BtM) dürfen nach § 13 BtMG verschrieben werden, wenn „ihre Anwendung ... begründet ist. Die Anwendung ist insbesondere dann nicht begründet, wenn der beabsichtigte Zweck auf andere Weise erreicht werden kann.“

Grundsätzlich bedeutet dies, dass es sich bei Betäubungsmitteln nicht um Mittel der ersten Wahl handelt. Die Ausnahme sind Fälle, in denen Alternativen mit einer ungünstigeren Nutzen-Risiko-Bewertung einhergehen.

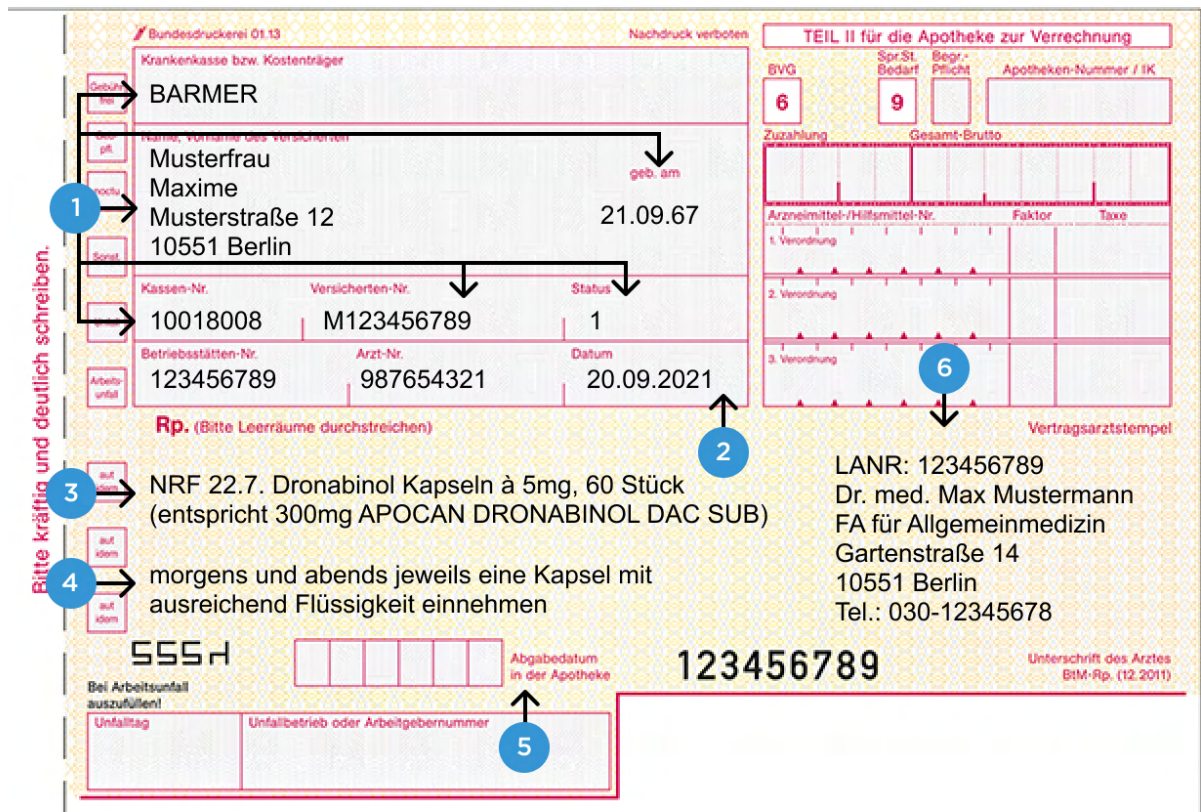
Es ist wichtig die Zulässigkeit einer Verschreibung nach § 13 BtMG nicht mit den Vorgaben des § 31 Abs. 6 SGB V zu verwechseln, welche die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme regeln.

### **Die wesentlichen Voraussetzungen hierfür sind:**

- Die vorliegende Erkrankung muss schwerwiegend sein.
- Alternative, anerkannte Leistungen stehen nicht zur Verfügung.
- Es liegt eine begründete Aussicht auf Linderung vor.

Unabhängig von der Kostenübernahme liegt die Verordnung cannabinoidhaltiger Arzneimittel also im Ermessen des Arztes. Hierbei ist wichtig zu beachten, dass wie bei allen Rezepturen nur ein Arzneimittel pro Rezept verordnet werden darf.

## 02. Erforderliche Angaben auf dem BtM-Rezept



**1. Patientendaten:** Name, Vorname des Versicherten (Musterfrau Maxime), Anschrift (Musterstraße 12, 10551 Berlin), Geburtsdatum (21.09.67).

**2. Ausstellungsdatum:** Datum (20.09.2021).

**3. Angaben zum Arzneimittel:** NRF 22.7. Dronabinol Kapseln à 5mg, 60 Stück (entspricht 300mg APOCAN DRONABINOL DAC SUB).

**4. Gebrauchsanweisung:** morgens und abends jeweils eine Kapsel mit ausreichend Flüssigkeit einnehmen.

**5. Abgabedatum in der Apotheke:** 123456789.

**6. Vertragsarztstempel:** LANR: 123456789, Dr. med. Max Mustermann, FA für Allgemeinmedizin, Gartenstraße 14, 10551 Berlin, Tel.: 030-12345678.

- Patientendaten**  
Name, Vorname und Anschrift des Patienten Krankenkassendaten (Name der Krankenkasse, Kassen-Nr., Versicherten-Nr., Status)
- Ausstellungsdatum**  
Gültigkeit: 7 Tage + Ausstellungsdatum
- Angaben zum Arzneimittel**  
Eindeutige Arzneimittelbezeichnung: Falls hierdurch nicht eindeutig bestimmt, zusätzlich Bezeichnung und Gewichtsmenge des enthaltenen Betäubungsmittels je Packungseinheit, bei abgeteilten Zubereitungen je abgeteilter Form, Darreichungsform. Menge des verschriebenen BtM in Gramm, Milliliter oder Stückzahl der abgeteilten Form "Die allgemeine Angabe „OP“, N1, N2 oder N3 reicht nicht aus! BtM-Packungen ohne Normgröße sind verordnungs- und abgabefähig (Ausnahmen: Jumbo-/Klinikpackungen).  
Angabe der Beladungsmenge bei Pflastern "Auf die Angabe der Beladungsmenge kann verzichtet werden, wenn sie aus dem namentlich verordneten Firmenprodukt unzweifelhaft hervorgeht.  
Applikationshäufigkeit beachten" Der Aut-idem-Austausch von BtM mit unterschiedlicher Applikationshäufigkeit (z. B. Oxycodon- Retardtabletten: 1-mal tägliche Einnahme vs. 2-mal tägliche Einnahme) ist nicht zulässig.
- Gebrauchsanweisung**  
Einzel- und Tagesgabe oder Hinweis auf eine schriftliche Gebrauchsanweisung, z. B. Vermerk „gemäß schriftlicher Anweisung“; bei Take-home-Rezepten zusätzlich die Reichdauer in Tagen bzw. bei Abgabe von Teilmengen die Vorgaben zur Abgabe des Substitutionsmittels bzw. ein Hinweis auf die schriftlichen Vorgaben.

**5. Kennzeichen A, N, S, ST, SZ, K und Praxisbedarf (falls relevant)**

„A“: Überschreitung der Höchstmengen (vgl. DAP Arbeitshilfe „BtM-Höchstmengen“)

„N“: Nachreichen einer notfallbedingten Verschreibung } Nicht beliefern!

„S“: Verschreibung von Substitutionsmitteln

„ST“: Verschreibung von Substitutionsmitteln für den Take-home-Bedarf

„SZ“: Verschreibung von Take-home-Substitutionsmitteln für Patienten im Sichtbezug

„K“: Betäubungsmittel für Schiffe

„Praxisbedarf“: Für den Bedarf in einer Praxis; nicht erlaubt:

„Sprechstundenbedarf“, „ad usum proprium“ oder „ad usum medici“

**6. Arztstempel**

Name (Vor- und Nachname)\*, Anschrift einschließlich Telefonnummer und Berufsbezeichnung des verschreibenden Arztes, eigenhändige Unterschrift des Arztes, im Vertretungsfall zusätzlich der Vermerk „i. V.“. Bei Gemeinschaftspraxen ist der verordnende Arzt im Stempel zu unterstreichen! LANR und/oder BSNR können zusätzlich Bestandteil des Arztstempels sein, sind aber laut BtMVV keine Pflichtangabe.

**Heilungsmöglichkeiten**

Bei Vorliegen eines erkennbaren Irrtums bzw. unleserlichen oder fehlenden Angaben nach § 9 BtMVV kann die Apotheke nach Rücksprache mit dem Arzt alle Angaben (Ausnahmen: Unterschrift, Aut-idem-Kreuz) auf einem BtM-Rezept korrigieren bzw. ergänzen.

Apotheke “Korrektur auf Teil I + II inkl. Datum und Unterschrift”

Arzt “Korrektur auf Teil III inkl. Datum und Unterschrift”

**Hinweis zu „i. V.“:**

BtM-Rezepte sind personenbezogen (ein Arzt) und können ausschließlich im Vertretungsfall (Bsp.: Urlaub, Krankheit) von einer anderen ärztlichen Person verwendet werden.

\*Die BtMVV fordert keinen Vornamen, § 2 Abs. 1 AMVV hingegen schon. BtM-Sonderregelungen aufgrund der Covid-19-Pandemie: [meindap.de/btm-covid-19](https://meindap.de/btm-covid-19)



### 03. Rezeptbeispiele mit Blüten

#### Unverarbeitet

**Bundesdruckerei 01 13** Nachdruck verboten

**TEIL II für die Apotheke zur Verrechnung**

**Krankenkasse bzw. Kostenträger**  
**BARMER**

**Name, Vorname des Versicherten**  
**Musterfrau Maxime** geb. am **21.09.67**  
**Musterstraße 12**  
**10551 Berlin**

**Kassen-Nr.** **10018008** **Versicherten-Nr.** **M123456789** **Status** **1**

**Betriebsstätten-Nr.** **123456789** **Arzt-Nr.** **987654321** **Datum** **20.09.2021**

**Rp.** (Bitte Leerräume durchstreichen)

**Cannabisblüten unverarbeitet APOCAN NATURAL GG**  
**20/1 CAN FLOS IND CA, 15g**

**3-5x täglich 100mg mittels Vaporisator inhalieren**

**LANR: 123456789**  
**Dr. med. Max Mustermann**  
**FA für Allgemeinmedizin**  
**Gartenstraße 14**  
**10551 Berlin**  
**Tel.: 030-12345678**

**555H** **123456789**

**Bei Arbeitsunfall auszufüllen!**

**Unfalltag** **Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer**

**Unterschrift des Arztes**  
**BTM-Rp. (12.2011)**

#### Verarbeitet

**Bundesdruckerei 01 13** Nachdruck verboten

**TEIL II für die Apotheke zur Verrechnung**

**Krankenkasse bzw. Kostenträger**  
**BARMER**

**Name, Vorname des Versicherten**  
**Musterfrau Maxime** geb. am **21.09.67**  
**Musterstraße 12**  
**10551 Berlin**

**Kassen-Nr.** **10018008** **Versicherten-Nr.** **M123456789** **Status** **1**

**Betriebsstätten-Nr.** **123456789** **Arzt-Nr.** **987654321** **Datum** **20.09.2021**

**Rp.** (Bitte Leerräume durchstreichen)

**Cannabisblüten verarbeitet APOCAN NATURAL GG**  
**20/1 CAN FLOS IND CA, 40x0,25g**  
**(entspricht 10g Cannabis flos)**

**1-2x täglich eine Einzeldosis mittels Vaporisator inhalieren**

**LANR: 123456789**  
**Dr. med. Max Mustermann**  
**FA für Allgemeinmedizin**  
**Gartenstraße 14**  
**10551 Berlin**  
**Tel.: 030-12345678**

**555H** **123456789**

**Bei Arbeitsunfall auszufüllen!**

**Unfalltag** **Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer**

**Unterschrift des Arztes**  
**BTM-Rp. (12.2011)**



## 04. Rezeptbeispiele mit Dronabinol

### Kapseln

**Bitte kräftig und deutlich schreiben.**

**Bundesdruckerei 01.13** Nachdruck verboten

**TEIL II für die Apotheke zur Verrechnung**

**Krankenkasse bzw. Kostenträger**  
**BARMER**

**Name, Vorname des Versicherten**  
**Musterfrau** geb. am **21.09.67**  
**Maxime**  
**Musterstraße 12**  
**10551 Berlin**

**Kassen-Nr.** **10018008** **Versicherten-Nr.** **M123456789** **Status** **1**

**Betriebsstätten-Nr.** **123456789** **Arzt-Nr.** **987654321** **Datum** **20.09.2021**

**Rp.** (Bitte Leerräume durchstreichen)

**NRF 22.7. Dronabinol Kapseln à 5mg, 60 Stück**  
 (entspricht 300mg APOCAN DRONABINOL DAC SUB)

**morgens und abends jeweils eine Kapsel mit**  
**ausreichend Flüssigkeit einnehmen**

**LANR: 123456789**  
**Dr. med. Max Mustermann**  
**FA für Allgemeinmedizin**  
**Gartenstraße 14**  
**10551 Berlin**  
**Tel.: 030-12345678**

**555 H** **123456789**

**Bei Arbeitsunfall auszufüllen!**

**Unfalltag** **Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer**

**Unterschrift des Arztes**  
 BtM-Rp. (12.2011)

### Ölige Lösung

**Bitte kräftig und deutlich schreiben.**

**Bundesdruckerei 01.13** Nachdruck verboten

**TEIL II für die Apotheke zur Verrechnung**

**Krankenkasse bzw. Kostenträger**  
**BARMER**

**Name, Vorname des Versicherten**  
**Musterfrau** geb. am **21.09.67**  
**Maxime**  
**Musterstraße 12**  
**10551 Berlin**

**Kassen-Nr.** **10018008** **Versicherten-Nr.** **M123456789** **Status** **1**

**Betriebsstätten-Nr.** **123456789** **Arzt-Nr.** **987654321** **Datum** **20.09.2021**

**Rp.** (Bitte Leerräume durchstreichen)

**NRF 22.7. Dronabinol-Tropfen 25mg/ml, 10ml**  
 (entspricht 250mg APOCAN DRONABINOL DAC SUB)

**morgens und abends jeweils 0,2ml zu den Mahlzeiten**  
**einnehmen**

**LANR: 123456789**  
**Dr. med. Max Mustermann**  
**FA für Allgemeinmedizin**  
**Gartenstraße 14**  
**10551 Berlin**  
**Tel.: 030-12345678**

**555 H** **123456789**

**Bei Arbeitsunfall auszufüllen!**

**Unfalltag** **Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer**

**Unterschrift des Arztes**  
 BtM-Rp. (12.2011)



## 05. Rezeptbeispiele mit Cannabidiol

### Kapseln

Bundesdruckerei 01.13
Nachdruck verboten

Krankenkasse bzw. Kostenträger
BVG

**BARMER**
**6**

Name, Vorname des Versicherten
Spr.St. Bedarf

**Musterfrau**
**9**

**Maxime**
Begr.-Pflicht

**Musterstraße 12**
Apotheken-Nummer / IK

**10551 Berlin**

geb. am

**21.09.67**

Kassen-Nr.
Versicherten-Nr.
Status

**10018008**
**M123456789**
**1**

Betriebsstätten-Nr.
Arzt-Nr.
Datum

**123456789**
**987654321**
**20.09.2021**

TEIL II für die Apotheke zur Verrechnung
Vertragsarztstempel

Zuzahlung
Gesamt-Brutto

Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.
Faktor
Taxe

1. Verordnung

2. Verordnung

3. Verordnung

**Rp.** (Bitte Leerräume durchstreichen)

**Cannabidiol Kapseln à 50mg, 60 Stück**  
(entspricht 300mg APOCAN CANNABIDIOL DAC SUB)

morgens und abends jeweils eine Kapsel mit ausreichend Flüssigkeit einnehmen

**SSS-H**

Bei Arbeitsunfall auszufüllen!

Unfalltag

Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer

Abgabedatum in der Apotheke

**123456789**

LANR: 123456789

Dr. med. Max Mustermann

FA für Allgemeinmedizin

Gartenstraße 14

10551 Berlin

Tel.: 030-12345678

Unterschrift des Arztes

BtM-Rp. (12.2011)

### Ölige Lösung

Bundesdruckerei 01.13
Nachdruck verboten

Krankenkasse bzw. Kostenträger
BVG

**BARMER**
**6**

Name, Vorname des Versicherten
Spr.St. Bedarf

**Musterfrau**
**9**

**Maxime**
Begr.-Pflicht

**Musterstraße 12**
Apotheken-Nummer / IK

**10551 Berlin**

geb. am

**21.09.67**

Kassen-Nr.
Versicherten-Nr.
Status

**10018008**
**M123456789**
**1**

Betriebsstätten-Nr.
Arzt-Nr.
Datum

**123456789**
**987654321**
**20.09.2021**

TEIL II für die Apotheke zur Verrechnung
Vertragsarztstempel

Zuzahlung
Gesamt-Brutto

Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.
Faktor
Taxe

1. Verordnung

2. Verordnung

3. Verordnung

**Rp.** (Bitte Leerräume durchstreichen)

**NRF 22.10. Ölige Cannabidiol-Lösung 200mg/ml, 60ml**  
(entspricht 12,0g APOCAN CANNABIDIOL DAC SUB)

morgens und abends jeweils 1ml zu den Mahlzeiten einnehmen

**SSS-H**

Bei Arbeitsunfall auszufüllen!

Unfalltag

Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer

Abgabedatum in der Apotheke

**123456789**

LANR: 123456789

Dr. med. Max Mustermann

FA für Allgemeinmedizin

Gartenstraße 14

10551 Berlin

Tel.: 030-12345678

Unterschrift des Arztes

BtM-Rp. (12.2011)

