



Alles so schön bunt hier

Wer neu oder erneut in den Apothekenalltag einsteigt, der sollte nicht nur pharmazeutisch fit sein, auch das Wissen rund um die Belieferung der verschiedenen **Rezeptarten** ist eine wichtige Voraussetzung für die erfolgreiche Arbeit.



© Anna Kim / iStock / Getty Images

Die klassische Trennung der Heilberufe Arzt und Apotheker sieht vor, dass Ärzte die Diagnose stellen und die Therapie festlegen. Die Abgabe von Arzneimitteln erfolgt dann in der Apotheke. Das Rezept ist das Kommunikationsinstrument, das dem Apotheker übermittelt,

sowie möglichen relevanten Wechsel- und Nebenwirkungen zu informieren.

Früher war alles ganz einfach – Patienten erhielten ihre ärztliche Verordnung, diese wurde so wie vom Arzt geschrieben in der Apotheke beliefert. Rabattverträge, Importquoten und viele weitere Regelungen, die wir heute beachten müssen, gab

genau zu wissen, welche rechtlichen und formellen Aspekte beachtet werden müssen, wenn rezeptpflichtige Arzneimittel abgegeben werden.

Rechtliche Grundlage Eine ärztliche Verordnung – Umgangssprachlich als Rezept bezeichnet – ist eigentlich eine Urkunde, deren Ausstellung

bungsverordnung, die Apothekenbetriebsordnung, die Vereinbarungen zwischen den gesetzlichen und privaten Krankenkassen und dem Deutschen Apothekerverband sowie spezielle Verordnungen, wie zum Beispiel die Betäubungsmittelverschreibungsverordnung. Der Verordner muss immer klar erkennbar sein. Jeder Arzt darf nur in seinem medizinischen Fachgebiet verschreiben: der Zahnarzt Arzneimittel, die im Bereich der Zahn- und Mundheilkunde eingesetzt werden, der Tierarzt spezielle Tierarzneimittel und Humanarzneimittel, die nach Umwidmung für die Behandlung von Tieren verwendet werden dürfen, der Humanmediziner verschreibungspflichtige Arzneimittel, aber keine Tierarzneimittel. Faktisch bedeutet es, dass ein Rezept eines Zahnarztes über ein orales Kontrazeptivum nicht beliefert werden darf. Eine besondere Situation gibt es bei Hebammen. An sie dürfen verschreibungspflichtige wehenhemmende Mittel, wie Oxytocin, Fenoterol und Lidocain ohne ärztliches Rezept für den Praxisbedarf abgegeben werden.

Rosa - Blau - Grün Im Apothekenalltag fallen die klassischen rosafarbenen Krankenkassenrezepte auf. Das Muster-16-Formular dient der Verordnung von Arzneimitteln zu Lasten der GKV (Gesetzlichen Krankenversicherung). Generell darf so ein Rezept drei Monate beliefert werden – von der Krankenversicherung erstattet werden die Rezepte aber nur bei Abgabe innerhalb von einem Monat nach Ausstellung. Danach ist es bis zum Ablauf der Drei-Monats-Frist wie ein Privat Rezept zu behandeln. Stellt sich die Frage, wie lange ein Monat ist. Sind es 28, 30 oder 31 Tage? Dies kann je nach ►

DAS GEHÖRT AUFS REZEPT

Pflichtangaben:

- + Name, Adresse, Geburtsdatum des Patienten
- + Ausstellungsdatum des Rezeptes
- + Verordnungsfeld für maximal drei Arzneimittel oder eine Rezeptur, inklusive Wirkstoffstärke, Darreichungsform, Menge, Packungsgröße
- + Name, Berufsbezeichnung, Adresse und Unterschrift des Arztes

Felder, die formell für die ordnungsgemäße Abrechnung mit der Krankenkasse notwendig sind:

- + Apothekenidentifikationsnummer
- + Preise der Arzneimittel und Abrechnungsbeträge, sowie die Zuzahlung
- + Angabe des Kostenträgers, Kassenummer, Versichertennummer
- + Betriebsstättennummer der Arztpraxis und Arztnummer
- + Gebührenpflicht
- + Sonstige (wenn ein anderer Kostenträger zum Beispiel die Polizei oder das Sozialamt belangt wird)
- + Noctu (wird angekreuzt, wenn der Arzt der Meinung ist, das Rezept soll innerhalb des Notdienstes zwischen 20.00 Uhr und 6.00 Uhr eingelöst werden. Dann muss der Patient die Notdienstgebühr von 2,50 € nicht selber tragen, sondern sie kann zu Lasten der Krankenkasse abgerechnet werden.)
- + Unfall und Arbeitsunfall
- + Aut idem (wird angekreuzt, wenn der Arzt den Austausch mit einem Arzneimittel laut Rabattvertrag ausschließt.)
- + BVG (bei Verordnungen für Anspruchsberechtigte nach Bundesentschädigungsgesetz)
- + Hilfsmittel (bei Verordnung von Hilfsmitteln unter Angabe der Diagnose)
- + Impfstoff
- + Sprechstundenbedarf

welches Medikament für die Behandlung vom Arzt verordnet wird. Bei der Abgabe ist es Aufgabe des Apothekers, das Rezept formell und inhaltlich zu prüfen und den Patienten zur Dosierung und Anwendung

es nicht. Die Prüfung erfolgte insbesondere unter pharmazeutischen Gesichtspunkten. Im Jahre 2020 ist die Rezeptwelt in der Apotheke bunt und vielfältig. Sie verlangt von den pharmazeutischen Mitarbeitern

bestimmten rechtlichen Grundlagen folgen muss. Wer ein Rezept fälscht oder gegen die Regeln verändert, begeht Urkundenfälschung. Grundlage für den rechtlichen Rahmen bilden die Arzneimittelverschrei-

Nerven- beschwerden?

Keltican® forte unterstützt
die körpereigene Regeneration
geschädigter Nerven.


Das
ORIGINAL



- 3 wertvolle Nervenbausteine in einer Kapsel
- Sinnvolle Empfehlung zu klassischen Therapieformen
- Gut verträglich – auch zur Dauereinnahme geeignet
- Gluten-, lactose-, gelatinefrei, vegan
- Nur 1 Kapsel täglich



Trommsdorff

 Made in Germany



Mehr Informationen unter keltican-forte.de

► Arzneimittelliefervertrag variieren. Ist ganz allgemein von einer Monatsfrist die Rede, dann endet die Erstattungsfähigkeit am Datum des Ausstellungsdatums im Folgemonat. Ist also ein Rezept beispielsweise am 3. August ausge-

Tag des Folgemonats. Das wäre zum Beispiel beim Ausstellungsdatum 31. Januar der Fall. Verordnungen von Hilfsmitteln (zum Beispiel Milchpumpe, Spacer oder Kompressionsstrümpfe), die im Übrigen auf der Rückseite vom Empfänger

Rechnet die Apotheke GKV-Rezepte mit der Krankenkasse ab, müssen von der Apotheke Name, Adresse und Apothekennummer vermerkt sein. Jedes Rezept muss von dem Abgebenden, dem Apotheker oder einer berechtigten PTA abge-

Regelfall eine Beteiligung an den Arzneimittelkosten von 10 Prozent, mindestens 5 Euro aber höchstens 10 Euro auf den Gesamtwert der Verordnungszeile (also nicht pro Packung) fällig. Bei Blutzucker- und Urinreststreifen entfällt diese Zuzahlung. Sprechstundenbedarfsrezepte sind ebenfalls rosa, hier müssen aber keine Rabattverträge beachtet werden. N-Größen spielen hier keine Rolle, Großpackungen können gemäß der Wirtschaftlichkeit verordnet werden.

Entlassrezept Für diese relativ neue Verordnung braucht es besondere Muster-16-Formulare. Optisch sind die typischen „rosa“ GKV-Rezepte an der Kennzeichnung „Entlassmanagement“ als Streifen im Angabenfeld zu erkennen. Zusätzlich ist im Statusfeld eine „4“ aufgedruckt. Diese Rezepte werden nach Verlassen der Klinik an die Patienten ausgegeben, um die Arzneimittelversorgung zum Beispiel über ein Wochenende ohne Besuch des Hausarztes zu überbrücken. Die Verordnung kann nur durch Fachärzte des Krankenhauses ausgestellt werden, sie dokumentieren ihren Status durch ihre Krankenhausarzt Nummer oder mit einer siebenstelligen Pseudoarznei Nummer (4444444), die an achter und neunter Stelle um einen Fachgruppencode der Klinik ergänzt wird. Bei Arzneimitteln dürfen nur die kleinsten Packungen nach Norm (N1) aufgeschrieben werden. Ist keine Packungsgröße mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen gemäß Packungsverordnung im Verkehr, so kann eine Packung verordnet werden, deren Packungsgröße die Größe einer Packung mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen gemäß Packungsverordnung nicht ►



© PSS000 / iStock / Getty Images

Welcher Vordruck ist der Richtige? In der Arztpraxis kommen zu den verschiedenen Rezeptarten noch Überweisungen und Krankschreibungen dazu.

stellt worden, darf es bis zum 3. September zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse beliefert werden. Ein im Februar ausgestelltes Rezept ist demnach kürzer gültig. Gibt es den Tag im nächsten Monat gar nicht, endet die Frist am letzten

unterschieden werden müssen, sind 28 Tage gültig. Arzneimittel und Hilfsmittel dürfen nicht gemeinsam auf einem Rezept verordnet sein. Das gilt auch für Teststreifen und Kanülen für Diabetiker.

zeichnet sein. Das aufgedruckte Abgabedatum steckt den Rahmen für die Gültigkeit der Abrechnung. Ist der Patient nicht von seiner Krankenkasse von der Zuzahlung befreit, dann wird pro Arzneimittel, Rezeptur oder Medizinprodukt im

Neu von Vagisan

Die cremige 3-Tage-Therapie gegen Scheidenpilz



CREMIGE ZÄPFCHEN
statt trockene Tabletten

Vagisan Myko Kombi 3-Tage-Therapie



Zäpfchen direkt nach Applikation

+ Körperwärme
+ Feuchtigkeit



Cremebildung nach 30 Minuten

- + Zäpfchen schmelzen rückstandsfrei
- + Antimykotische Wirkung & cremender Effekt
- + Ohne Applikator einzuführen

Vagisan Myko Kombi 3 Tage. Wirkstoff: Clotrimazol. Zusammensetzung: 1 Vaginalz. enth. als Wirkstoff 200 mg Clotrimazol; sonstige Bestandteile: Cetylstearylalkohol, Hartfett, Macrogol-20-glycerolmonostearat, Polyacrylsäure-Natriumsalz. 1 g Creme enth. als Wirkstoff 20 mg Clotrimazol; sonstige Bestandteile: Benzylalkohol, Cetylpalmitat, Cetylstearylalkohol, Natriumcitrat, Octyldodecanol, Polysorbat 60, Sorbitanstearat, ger. Wasser. Anwendungsgebiete: Hefepilzinfektionen der Scheide und des äußeren Genitalbereichs (meist durch Candida albicans). Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen Clotrimazol oder einen der sonstigen Bestandteile. Frühschwangerschaft. Nebenwirkungen: Gelegentlich: Hautirritationen (z. B. brennendes Gefühl, Stechen oder vorübergehende Rötung). Sehr selten: Allergische Reaktionen (z. B. Juckreiz, Erythem, Atemnot, behandlungsbedürftiger Blutdruckabfall bis hin zu Bewusstseinsstörungen, Übelkeit, Diarrhö). Stand: 03/2020. Dr. August Wolff GmbH & Co. KG Arzneimittel · 33532 Bielefeld · www.vagisan.de

DR·WOLFF

www.vagisan.de

► überschreitet. Neben Arzneimitteln können auch Verbandmittel, Teststreifen, erstattungsfähige Medizinprodukte, Hilfsmittel oder bilanzierte Diäten zur enteralen Ernährung durch den Klinikarzt verordnet werden. Die Menge orientiert sich an dem Versorgungsbedarf für bis zu sieben Tage. Ein Entlassrezept ist drei Werktage (Montag bis Samstag) gültig. Dabei zählt bereits der Ausstellungstag als erster Tag. Zu beachten ist, dass BtM und T-Rezepte nicht die spezielle Kennzeichnung „Entlassmana-

sichtlichen blauen Vordrucken kommen auch weiße Formulare zum Einsatz. Die privaten Krankenkassen verlangen für die Abrechnung an den Patienten vollständige Angaben zur Pharmazentralnummer, Preis, Stempel der Apotheke, Datum der Abgabe und Unterschrift des Abgebenden.

Grünes Rezept Bis 2004 wurden auch verschreibungsfreie, apothekenpflichtige Arzneimittel auf Rezept zu Lasten der GKV verordnet. Nach der Reform sind diese von der Er-

nommen ein Privat Rezept und hätte wiederum eine Gültigkeit von drei Monaten.

Sonderfall BtM Bei der Belieferung von Rezepten über Arzneimittel, die zu den Betäubungsmitteln zählen, greift die Betäubungsmittelverordnung. Zu diesen Arzneimitteln gehören stark wirksame Schmerzmittel, Halluzinogene oder Schlafmittel. Sie bergen alle ein Suchtpotenzial. Die besondere Abgabe und die Handelsvorschriften dienen dem Schutze der Bevölkerung vor einer

gen oder Nachlieferung wegen einer Bestellung dürfen auch danach noch an den Patienten ausgehändigt werden. Eine Besonderheit ist die BtM-Nummer auf dem Rezept. Sie verweist auf den verordnenden Arzt, der seine spezifische BtM-Nummer hat. Die Angaben zur Apotheke müssen entweder auf das Rezept aufgedruckt oder auf die Rückseite gestempelt werden. Außerdem muss die Unterschrift des Abgebenden vermerkt sein. Für die Angaben auf dem BtM-Rezept gibt es strenge Vorgaben. So muss die Menge des verschriebenen Arzneimittels in Gramm oder Millilitern oder die Stückzahl der abgeteilten Form angegeben sein. N-Größen sind nicht ausreichend. Werden transdermale Systeme verordnet, müssen die Beladungsmengen vermerkt sein, wenn ein spezielles Handelspräparat verordnet ist. Entscheidend ist auch die Gebrauchsanweisung mit Einzel- und Tagesangabe. Vergisst der Arzt dies, kann der Apotheker nach Rücksprache den Hinweis ergänzen und so das Rezept „heilen“. Dieser Nachtrag muss mit Unterschrift und Datum abgezeichnet sein. Überschreitet der Arzt bei der Verordnung eines BtM die zulässige Höchstmenge für 30 Tage (aufgelistet in der BtM-Verschreibungsverordnung), dann muss er dies auf dem Rezept mit dem Buchstaben „A“ wie Ausnahme kennzeichnen. Eine Verschreibung von Arzneimitteln zur Substitutionstherapie ist mit S zu dokumentieren. Möchte der Arzt in einer Notfallsituation ein BtM verordnen, hat aber keine BtM-Formular zur Hand, dann kann er die Verordnung auch auf einem normalen Rezept ausführen, muss aber am selben Tag oder spätestens am folgenden Tag ein BtM-Rezept nachreichen. Auf beiden Re- ►

ACHTUNG HILFSMITTEL

Wünscht ein Patient bei Hilfsmitteln eine höherwertige Versorgung, kann diese durch die Entrichtung von Mehrkosten gewährt werden. Dann müssen diese jedoch auf das Rezept aufgedruckt werden. Wird eine Milchpumpe verliehen, werden die Mietgebühren mit der Kasse abgerechnet. Gibt es dazu ein Zubehörset, müssen für beides jeweils eine Hilfsmittelnummer auf das Rezept gedruckt werden, damit die Krankenkasse nicht retaxiert. Wird eine Milchpumpe im Rahmen des Entlassmanagements zur Vermietung verordnet, hat die Verordnungsdauer – entgegen den Hilfsmitteln zum Verbrauch sieben Tage – eine Gültigkeit wie auf normalen GKV-Rezepten. Bei Primärkassen ist eine Mietdauer von sechs Monaten festgelegt, bei Ersatzkassen ist eine Genehmigung bei Überschreitung von 16 Wochen nötig.

gement“ aufweisen, sondern nur die Nummer 4 im Statusfeld. Verschreibungen über Betäubungsmittel sind jedoch per Entlassrezept ebenfalls nur drei Werktage gültig.

Blaue Privatrezepte Die formellen Abrechnungsvorgaben des GKV-Rezeptes gelten hier nicht. Wenn die Pflichtangaben vollständig sind, könnte ein Arzt auch einen Bierdeckel als Rezeptgrundlage verwenden. Sie sind also ein Berechtigungsschein für den Bezug eines Arzneimittels. Neben den über-

stattung ausgeschlossen. Ausnahme sind Verordnungen für Kinder unter zwölf Jahren und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr. Die Ärzte nutzen seitdem das grüne Rezeptformular, um ihre Empfehlung für ein verschreibungspflichtiges Arzneimittel der Apotheke zu übermitteln. Die Kosten trägt der Patient. Die Rezepte sind unbegrenzt gültig, solange es sich nicht um verschreibungspflichtige Arzneimittel handelt. Dann wäre das grüne Empfehlung Rezept streng ge-

missbräuchlichen Verwendung. BtM werden auf speziellen dreiteiligen Rezeptformularen für gesetzlich krankenversicherte Patienten und Privatpatienten verschrieben. Teil 1 verbleibt mindestens drei Jahre zur Dokumentation in der Apotheke, Teil 2 wird bei GKV-Rezepten zur Abrechnung mit der Krankenkasse verwendet und Teil 3 archiviert der Arzt. Ein BtM-Rezept ist sieben Tage gültig. Das Rezept muss spätestens am siebten Tag nach Ausstellung durch den Arzt in der Apotheke eingereicht werden. Teilmen-

Bach[®]
ORIGINAL
BACH-BLÜTEN



Aus **RESCUE** wird **RESCURA**

Sonst ändert sich nichts.



**Neuer Name
ab August 2020**

Das Original bleibt Original.

Die Original Bach[®]-Blütenmischung – bewährt seit 90 Jahren.

Kontaktieren Sie uns ☎ +49 (0)40 4318780 oder ✉ info-de@nelsons.de

► zepten markiert der Buchstabe „N“ die Notfallversorgung und die Nachreichung des BMT-Rezeptes. Zusammen mit einem BtM darf auf einem BtM-Rezept auch ein „Nicht-BtM“ verordnet werden. Häufig ist die Kombination eines Opioids mit einem Abführmittel. Ein Nicht-BtM darf jedoch nicht alleine auf diesem speziellen Rezept verordnet werden.

T-Rezept Es kommt nur selten vor, ist aber sorgfältig zu prüfen – das T-Rezept. Es ist nur sechs Tage nach dem Ausstellungsda-

chenden Informationsmaterialien ausgehändigt wurden und dies auf dem Rezept vom Arzt durch Ankreuzen dokumentiert wurde. Diese Bestätigungen müssen auf jedem Rezept gemacht werden. Sie dürfen durch den Apotheker auch nach telefonischer Rücksprache nicht nachträglich gesetzt werden. Die Apotheke bedruckt ein T-Rezept analog zu den GKV-Rezepten, soll aber zusätzlich den Apothekenstempel auf die Rückseite des Teils 2 zur Versendung an das BfArM aufbringen.

delt. Durch die Corona-Pandemie ausgelöst ist übergangsweise die SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung in Kraft getreten. Ziel ist die Sicherstellung der Versorgung chronisch Kranker sowie von Patienten in Quarantäne und häuslicher Isolation. Ist ein Arzneimittel, das laut Rabattvertrag abgegeben werden müsste, nicht lieferbar oder vorrätig, dann ist unter Angaben von Gründen auf dem Rezept, (zum Beispiel Soforthilfe Covid-19) die Abgabe eines NichtRabattarzneimittels mög-

aut-simile-fähiges (pharmakologisch-therapeutisch vergleichbares) Arzneimittel abgeben. Dies ist auf der Verordnung zu dokumentieren und abzuzeichnen. Diese Vorgabe gilt auch, wenn ein aut-idem-Kreuz gesetzt wurde. Für Rezepte des Entlassmanagements gilt, dass Arzneimittel bis zur N3-Packung und Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel für bis zu 14 Tage verordnet werden dürfen. Nach der neuen Pandemie-Verordnung dürfen Rezeptbelieferungen nach den genannten Ausnahmeregelungen von den

Bei der Belieferung von T-Rezepten sind besondere Formalien zu beachten. Ein fehlendes Kreuz kann die Apotheke teuer zu stehen kommen.

tum gültig und weist, wie die BtM-Rezepte eine fortlaufende Nummer auf. Es besteht aus zwei Teilen. Teil 1 wird zur Abrechnung mit der Krankenkasse benutzt, Teil 2 muss innerhalb einer Woche dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) übermittelt werden. Das T-Rezept wird zur Verordnung von Lenalidomid, Pomalidomid und Thalidomid verwendet. Diese Wirkstoffe haben ihren Platz in der Therapie von einigen Krebserkrankungen und sind stark teratogen. Deshalb gelten besondere Sicherheitsregularien. Es darf nur ein Wirkstoff pro Rezept verordnet werden. Verschreibungshöchstmengen sind zu beachten (Bedarf für drei Monate, für Frauen im gebärfähigen Alter für vier Wochen). Ein T-Rezept darf nur beliefert werden, wenn die Sicherheitsbestimmungen eingehalten, dem Patienten die entspre-

Aussetzung der Rabattverträge Die Abgabe von Arzneimitteln an gesetzlich krankenversicherte Patienten erfolgt nicht nur unter Beachtung der formellen Regeln, die hier bereits beschrieben wurden. Außerdem sind die Apotheken gefordert, die sogenannten Rabattverträge einzuhalten. Dabei schließen die gesetzlichen Krankenkassen mit den Arzneimittelherstellern Rabattverträge ab, die das Ziel haben, die Qualität der Versorgung und die Wirtschaftlichkeit zu verbessern. Die Apotheke ist angehalten, vorrangig die Rabattarzneimittel der jeweiligen Krankenkasse abzugeben. Die Apothekenwarenwirtschaftssysteme unterstützen Apotheker und PTA dabei. Die Gesetzesgrundlage dafür ist §130 a Sozialgesetzbuch V. Die Ausgestaltungen haben die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Apothekerverbände ausgehan-

lich, um dem Patienten ein „Wiederkommen“ zu ersparen. Folgendes Vorgehen ist im Rahmen der Verordnung möglich: Ist das verordnete Arzneimittel oder aut-idem-Arzneimittel nicht vorrätig, so ist zu prüfen, ob eine andere wirkstoffgleiche Alternative an Lager ist. Diese darf in Packungsgröße und Packungszahl abweichen. Außerdem darf sie im Hinblick auf die Wirkstärke abweichen, sofern keine pharmazeutischen Bedenken bestehen. Eine Entnahme einer Teilmenge aus Fertigarzneimittelpackungen ist möglich, wenn die abzugebende Packungsgröße nicht lieferbar ist. Gibt es eine vorrätige wirkstoffgleiche Alternative, so kann diese abgegeben werden. Die verordnete Wirkstoffmenge darf dabei jedoch nicht überschritten werden. Ist keine wirkstoffgleiche Alternative lieferbar, so dürfen Apotheken nach Rücksprache mit dem Arzt ein

Krankenkassen nicht retaxiert werden. Die Verordnung enthält keine explizite Regelung zu Stoffen der Substitutionsausschlussliste. Der Verband der Ersatzkassen erlaubt einen Austausch der Wirkstoffe der Substitutionsausschlussliste nach Rücksprache mit dem Arzt und Vermerk auf dem Rezept. Bei einigen Primärkassen muss die Verordnung weiterhin vom Arzt geändert oder eine neue Verordnung ausgestellt werden. Bei der Abgabe von Teilmengen aus einer Arzneimittelpackung dürfen Apotheken bei der ersten Abgabe die üblichen Zuschläge nach AMPreisV berechnen (Festzuschlag 3 % + 8,35 € + 21 Cent + 19 % USt.). Bei einer Abgabe weiterer Teilmengen an andere Patienten dürfen Apotheken ein Fixum von 5,80 Euro taxieren. ■

*Dr. Katja Renner,
Apothekerin*

Dr. Böhm®

Natürlich schöne Nägel

Natürliche Produkte von der Nr. 1 aus Österreich.*

Häufiges Händewaschen und Desinfizieren, aber auch Stress und hormonelle Schwankungen hinterlassen Spuren bei Haut, Haaren und Nägeln. Deshalb vertrauen schon hunderttausende Frauen in Österreich auf den Marktführer **Dr. Böhm® Haut Haare Nägel**.**



Nahrungsergänzungsmittel



Reichweitenstarke Anzeigenkampagne +++ 187,83 Mio. Kontakte*** u.a. in

APOTHEKEN
Umschau

Bild
der
Frau

FÜR SIE

Lea

Neue
Post

Avanti

tina

das
neue

Jetzt bevorraten! E-Mail: mail@drboehm-info.de, Telefon: 06172 5951620, Fax: 06172 5951639

* Apothekenumsatz lt. IQVIA Österreich OTC Offtake seit 2012

** Apothekenabsatz Mittel für Haare und Nägel lt. IQVIA Österreich OTC Offtake MAT 04/2020

*** Reichweite laut Mediaplan (Juni – August 2020)

Dr. Böhm® – Natürlich. Für Frauen.

drboehm-info.de