

Stellungnahme des BVDAK e.V. zur Honorierung neuer Dienstleistungen für Apotheken sowie zur Sicherung der flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung

Für eine qualitativ hochwertige, patienten- und zukunftsorientierte Arzneimittelversorgung

Vorschläge des BVDAK e. V. zur Vergütung von Dienstleistungen im Apothekenwesen Stand 30. November 2018.

Der BVDAK steht für den Erhalt der inhabergeführten Apotheke, die einen niederschweligen, schnellen und sicheren Zugang aller Patienten zur Gesundheitsberatung und Versorgung mit Arzneimitteln gewährleistet. In seinen Handlungsempfehlungen hat der BVDAK herausgearbeitet, dass sich die Apotheken als Lotse des Patienten für allgemeine gesundheitliche Aufgaben verstehen.

Zur Verstärkung der interdisziplinären Zusammenarbeit und Erweiterung des heilberuflichen Angebots zur Sicherung der flächendeckenden Gesundheitsversorgung sind Apotheken in der Lage und bereit, gegen eine angemessene Vergütung weitergehende Dienstleistungen anzubieten. Hierzu ist der rechtliche und finanzielle Rahmen abzustecken. Dabei wird zu berücksichtigen sein, dass gerade auch die Apotheken, die aufgrund ihrer Lage einen wesentlichen Beitrag zur flächendeckenden Versorgung mit Arzneimitteln leisten, an diesen Angeboten und neuen Dienstleistungen partizipieren können.

Die Apotheken sind aufgrund des Fremdbesitzverbotes und der damit verbundenen Unabhängigkeit in besonderem Maße geeignet, das für die Inanspruchnahme derartiger Dienstleistungen erforderliche Vertrauen der Patienten aufzubauen.

Übersicht der Vorschläge

I. Honorierung neuer Dienstleistungen

1. Grippeschutzimpfung in der Apotheke
2. Erstellung und Überwachung Medikationspläne
3. Patientenindividuelles Stellen und Verblistern in Apotheken
4. Verträge mit ambulanten Pflegeeinrichtungen
5. Konkretisierung Botendienste
6. Notdienstpauschale
7. Qualitätssicherung Rezeptur
8. (Diabetes-)Prävention
9. Versorgung von Pflegehilfsmitteln gemäß § 40 Abs. 2 SGB V
10. Telemedizin

II. Stellungnahme zur Honorardebatte

1. Gleichpreisigkeit
2. Apothekenvergütung

I. Honorierung neuer Dienstleistungen

1. Gripeschutzimpfung in der Apotheke

Die niedergelassene Apotheke ist bereit, an der Lösung des Problems der zu geringen Durchimpfungsrate in Deutschland mitzuwirken.

- 1.1 Spätestens die Schwierigkeiten der Versorgung in der Grippezeit 2017/2018 haben verdeutlicht, dass aktuell einerseits die Kapazitäten nicht ausreichend wären, sollte es zu einer mittleren oder größeren Grippeepidemie kommen, zum anderen aber auch die Bereitschaft der Bevölkerung, sich rechtzeitig gegen Grippe impfen zu lassen, nach wie vor als gering einzustufen ist. Die Durchimpfungsrate in Deutschland ist, trotz der Erfahrungen, die etwa durch die Grippeepidemien der letzten Jahre gesammelt werden konnten und die über die Medien auch der Bevölkerung vermittelt wurden, gleichbleibend niedrig.

Ein Hauptargument derer, die grundsätzlich bereit wären, sich gegen Grippe impfen zu lassen, gleichwohl hiervon Abstand nehmen, ist der aus ihrer Sicht nicht gewährleistete niedrigschwellige Zugang zur Grippeimpfung. Insoweit ist es nach wie vor erforderlich, einen Termin bei einem Arzt zu vereinbaren. Häufig müssen Patienten, die sich *nur* gegen Grippe impfen lassen wollen, warten, bis akute Behandlungen abgeschlossen sind. Gerade für einen Patienten, der sich prophylaktisch schützen möchte, ist jedoch der längere Aufenthalt in einer Arztpraxis schwer vermittelbar und gerade, wenn andere Patienten bereits erkrankt sind, auch nicht zumutbar.

- 1.2 Apotheken verfügen bereits jetzt häufig über separate Beratungsräume, in denen ein Patient durch Apothekenpersonal diskret beraten werden kann, ohne dass dieser Raum für andere Kunden eingesehen werden kann oder zugänglich ist. Es ist daher naheliegend, dass hier – zumal der Grippeimpfstoff über die Apotheke bezogen werden muss, mithin in der Apotheke vorrätig ist – die Möglichkeit angeboten wird, Gripeschutzimpfungen in der Apotheke vorzunehmen.
- 1.3 Diese Möglichkeit der Bereitstellung der Dienstleistung, die für Apotheken nicht verpflichtend vorgeschrieben wird, setzt auf Seiten der Apotheke voraus, dass insoweit die Räumlichkeiten dahingehend angepasst werden, dass ein entsprechender separater Raum – der heute schon in vielen Apotheken vorhanden ist – für die Vornahme der

Impfung bereitgestellt wird. Dies kann durch eine Ergänzung des § 4 ApBetrO erfolgen. Zudem ist durch eine Ergänzung des § 3 ApBetrO sicherzustellen, dass die Apotheke, die diese Dienstleistung anbietet, hierfür Personal vorhält, das durch eine entsprechende Zusatzqualifikation in der Lage ist, diese Leistung anzubieten. Ferner hat die Apotheke per se eine Berufshaftpflichtversicherung abzuschließen. Häufig handelt es sich bei den Anbietern um dieselben, die auch für Ärzte entsprechende Haftpflichtversicherungen anbieten. Es wird hier ohne größeren Aufwand möglich sein, durch die Anpassung der bereits bestehenden Berufshaftpflichtversicherungen einen ausreichenden Schutz für Impfschäden zu gewährleisten.

Ziel ist aber vor allem, die Durchimpfungsrate in Deutschland signifikant zu erhöhen und hierdurch weitere Kapazitäten zur Verfügung zu stellen. Es ist dabei nicht davon auszugehen, dass Arztpraxen nicht weiter diese Dienstleistung anbieten werden. Vielmehr zeigen Erfahrungen in anderen Ländern, dass die Möglichkeit für Apotheken, derartige Dienstleistungen anzubieten, im Wesentlichen dazu führt, dass mehr Patienten geimpft werden, ohne dass es zu Lasten der Ärzte eine nennenswerte Verschiebung der Leistungen gibt. Hierzu verweisen wir auf das beigefügte Gutachten von *May Bauer, Gripeschutzimpfungen in der Apotheke* und die aktuelle *Impfstudie aus der Schweiz* vom August 2018.

- 1.4 Die Apotheken verstehen dies als Angebot, der Bevölkerung eine Alternative zur bisherigen Versorgung zu bieten. Während Ärzte diverse Ziffern der Gebührenordnung abrechnen können, könnten Apotheken diese Leistung zu einem individuell kalkulierten und vom Patienten selbst zu tragenden Honorar anbieten.¹ Die Krankenkasse würde in diesem Fall die Kosten für den Grippeimpfstoff erstatten. Ferner könnten die Kostenträger entscheiden, ob sie sich im Rahmen des Wettbewerbs an der Erstattung des Honorars ganz oder teilweise beteiligen.

2. Erstellung und Überwachung Medikationspläne

- 2.1 Seit 1. Oktober 2016 regelt § 31a SGB V den Anspruch der Versicherten auf die Erstellung eines Medikationsplans. Zweck der Einführung dieser Regelung war:

¹ Die Apotheken möchten hiermit verhindern, dass ihr Angebot als Dumping-Alternative zur Ärzteschaft fehl verstanden wird. Der Patient hätte zunächst die Wahl zu entscheiden, ob er bereit ist, das Honorar selbst zu tragen, weil ihm der einfachere und schnellere Zugang zur Leistung dies wert ist.

Die Einführung eines standardisierten Medikationsplans soll die Sicherheit der Arzneimitteltherapie verbessern (BT-Drs. 18/5293, S. 37). Mit ihm soll den Versicherten ein verständlicher und wiedererkennbarer Einnahmeplan sowie eine aktuelle Übersicht der Gesamtmedikation zur Verfügung gestellt werden. Gleichzeitig soll der Medikationsplan durch einen standardisierten Überblick eine bessere Information der weiteren am Medikationsprozess beteiligten Ärzte, Apotheker und anderen Leistungserbringer ermöglichen und zur Identifikation möglicher Arzneimittelrisiken beitragen. Um dies sicherzustellen, sind in den Medikationsplan neben den verordneten auch solche Arzneimittel aufzunehmen, die der Versicherte ohne Verschreibung anwendet (z.B. frei verkäufliche Produkte),

Die Praxis hat allerdings gezeigt, dass der bisher verfolgte Ansatz nicht zum Erfolg führt. Dies hängt im Wesentlichen damit zusammen, dass die Zusammenstellung und Beurteilung der von verschiedenen Ärzten verschriebenen Medikation keine originäre Tätigkeit eines Arztes darstellt und ihm in der Regel die Kenntnisse gerade auch über nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel fehlen. Zum anderen haben die Krankenkassen bisher eine angemessene Vergütung verweigert. Die Erstellung von Medikationsplänen bei chronisch Kranken ist für den Arzt ein Zuschussgeschäft.²

Aufgrund der Erfahrungen muss der bisher verfolgte Ansatz daher als gescheitert erachtet werden.

- 2.2 Um das gesetzgeberische Ziel zu erreichen wird vorgeschlagen, die Regelung des § 31a SGB V anzupassen und zu erweitern:

Die Regelung ist dahingehend anzupassen, dass der Anspruch auf Erstellung und Aushängung eines Medikationsplans originär gegenüber einer Apotheke besteht. Es ist ein Strukturfehler, dass, so wie in § 31a Abs. 2 SGB V es der Medikationsplan vorsieht, alle Arzneimittel und Medizinprodukte zu dokumentieren sind, wenn diese Arzneimittel über Apotheken und nicht über Arztpraxen bezogen werden. Die Erstellung und Überwachung von Medikationsplänen für Patienten mit einer Vielzahl von Medikamenten stellt eine originäre apothekerliche Aufgabe dar. Die Apotheke ist im Rahmen der Versorgung

² Dass hier ein strukturelles Defizit besteht verdeutlicht die Tatsache, dass zur Durchsetzung des Anspruchs auf einen Medikationsplan von Beginn an die Androhung von Strafen für erforderlich erachtet wurde.

von Patienten genau die heilberufliche Einrichtung, die hierzu sowohl aufgrund ihrer tatsächlichen Position als auch ihrer Ausbildung am besten geeignet ist, der Aufgabe nachzukommen.

Die Regelung ist dahingehend zu erweitern, dass auch das Medikationsmanagement neu geordnet wird. Die Erstellung eines Medikationsplans ohne anschließendes Medikationsmanagement wird die Ziele nicht erreichen, etwa die Vermeidung von Doppelverordnungen und die damit verbundenen finanziellen Belastungen des Gesundheitswesens.

2.3 Es wird von Seiten der Apotheken angeboten, an einer einheitlichen Plattform der Apotheken für einen funktionierenden Medikationsplan und ein funktionierendes Medikationsmanagement mitzuwirken. Insoweit werden folgende Eckpunkte vorgeschlagen, bei denen das - vom BVDAK ausdrücklich begrüßte - elektronische Rezept Berücksichtigung finden soll:

- Der Medikationsplan wird auf einer einheitlichen Plattform hinterlegt
- Die Plattform untersteht der rechtlichen Hoheit der Apotheken bzw. deren Spitzenverbänden
- Der Patient hat den „Schlüssel“ auf seine Daten, um hierauf den Zugriff zu kontrollieren.

Abhängig von der Ausgestaltung der Plattform und dem Umfang der Kontrolle, der Beratung und der Pflege des Medikationsplans sowie der Organisation des Medikationsmanagements ist eine angemessene Vergütung für diese Leistung vorzusehen. Würde die Erstellung und Überwachung von Medikationsplänen quasi mit der Abgabe von Arzneimitteln mitvergütet werden, würde dies einem wesentlichen Ziel, nämlich der Vermeidung von Doppelverschreibungen sowie dem sinnvollen Einsatz von Arzneimitteln, zuwiderlaufen. Daher muss diese Leistung unabhängig von der Abgabe von Arzneimitteln erfolgen und honoriert werden. Nur auf diesem Wege wird dann auch das Einsparpotenzial auf Seiten der Verschreibung und Abgabe von Arzneimitteln erreicht, das die Vergütung gegen finanzieren wird.

Der BVDAK bietet an, an der Erarbeitung der Rahmenbedingungen mitzuwirken. Die Mitglieder des BVDAK organisieren und beraten innerhalb der Apothekenkooperationen

ihre Mitglieder gerade auch im Hinblick auf einheitliche elektronische Systeme und gewährleisten somit einheitliche Vorgaben für eine Vielzahl von Apotheken - diese Erfahrung bringen die im BVDAK organisierten Kooperationen gerne ein.

3. Patientenindividuelles Stellen und Verblistern in Apotheken

- 3.1 Durch § 34 ApBetrO sind strenge gesetzliche Vorgaben für das Stellen und die Verblisterung von Arzneimitteln eingeführt worden; zugleich wurde das patientenindividuelle Stellen und die patientenindividuelle Verblisterung als Leistung der Apotheke anerkannt. Die Vorteile der Vorbereitung der Arzneimittelgabe in der Apotheke sind inzwischen akzeptiert. So führt die Kontrolle der Vorbereitung der Arzneimittelgabe durch pharmazeutisches Personal dazu, dass die Fehler, die durch den zunehmenden Druck, der in Alten- und Pflegeeinrichtungen besteht, vermieden werden. In Heimen und Pflegediensten ist eine konzentrierte Vorbereitung der Arzneimittelgabe häufig nicht mehr gewährleistet, sodass es zu signifikanten Fehlmedikationen kommt.

Zudem sollte die Diskussion über das fehlende Pflegepersonal auch dazu führen, dass dort, wo es ohne Qualitätsverlust möglich ist, Leistungen durch Dritte zu erbringen, wenn diese, was im Hinblick auf die vorbereitende Arzneimittelgabe erwiesenermaßen der Fall ist, höher qualifiziert sind.

- 3.2 Nachdem die Rahmenbedingungen der Durchführung des Stellens und der Verblisterung von Arzneimitteln bereits vorliegen, fehlt hier lediglich noch eine Regelung über die angemessene Vergütung dieser Leistungen.

Insoweit wird vorgeschlagen, dass der Apotheke eine Vergütung in Höhe von **EUR 3,50 - 5,00** pro Wochenblister / Dosette durch den Kostenträger zu erstatten ist. Denn einerseits ist der Kostenträger daran interessiert, dass die Fehlerquote bei der Arzneimittelgabe durch den Einsatz der patientenindividuellen Vorbereitung der Arzneimittelgabe gemindert wird. Zum anderen können insgesamt Arzneimittelkosten eingespart werden, da Wechsel in der Medikation schneller und einfacher vorgenommen werden können. Schließlich wird zu prüfen sein, in welchem Umfang sich Kosten für die Vorbereitung der Arzneimittelgabe in den Heimen einsparen lassen.

Diese Regelungen können durch eine Anpassung des §§ 1 und 3 AmPreisVO kurzfristig erfolgen.

- 3.3 Um Fehlanreize zu vermeiden, sollte dieser Anspruch allerdings erst dann entstehen, wenn eine bestimmte Anzahl von festen oralen Darreichungsformen verschrieben werden (mindesten drei, analog Medikationsplan).
- 3.4 Gleichzeitig wird vorgeschlagen, die Regelung des § 34 ApBetrO weiter zu entwickeln. Hierbei würden das patientenindividuelle Stellen und die patientenindividuelle Verblisterung vollständig gleichgestellt. Der damit verbundene Aufwand ist für kleinere Apotheken teilweise schwer darstellbar. Gleichzeitig scheinen die Anforderungen beim in der Regel händisch durchgeführten patientenindividuellen Stellen sehr weitreichend, insbesondere unter Berücksichtigung der Tatsache, dass bei einem Stellen im Altenheim oder durch den Pflegedienst keine Vorgaben zur Qualitätskontrolle existieren. Insoweit wird vorgeschlagen, die Ausnahmeregelung des § 34 Abs. 3 S. 5 ApBetrO zu erweitern, etwa auf das patientenindividuelle Stellen von bis zu 100 Patienten. Dies kann in einem Raum nach § 4 Abs. 2b ApBetrO ohne weiteres in der entsprechenden Qualität gewährleistet werden.

4. Verträge mit ambulanten Pflegeeinrichtungen

- 4.1 In einer älter werdenden Gesellschaft werden Patienten nicht nur in Heimen versorgt, sondern – gesellschaftlich auch gewünscht – in erster Linie zu Hause. Die Pflege und Betreuung wird hier häufig durch ambulante Pflegedienste gewährleistet. Laut der im Jahr 2017 veröffentlichten Pflegestatistik 2015³ ist die Zahl der durch ambulante Pflegedienste zu Hause betreuten Patienten auf 692 273 gestiegen, während in Pflegeheimen 783 416 betreut wurden. Im Vergleich zu 2013 bedeutet dies allerdings eine Zunahme von 12,4 %, während die Zahl der Betreuten in Pflegeheimen nur um 2,5 % zunahm. Es ist daher davon auszugehen, dass mittelfristig mehr Personen von ambulanten Pflegediensten zu Hause betreut werden als in Pflegeheimen.
- 4.2 Die Regelung des § 12a ApoG, wonach Heime und die die Heime versorgenden Apotheken einen entsprechenden Versorgungsvertrag schließen, indem sich die Apotheken auch verpflichten, das Heim bei der Versorgung der Heimbewohner zu unterstützen und zu beraten, hat sich bewährt. Aufgrund der zunehmenden Anzahl der ambulanten Pflegedienste und der sich dabei stellenden vergleichbaren Probleme wird es für erforderlich

³ https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001159004.pdf?__blob=publicationFile

erachtet, auch eine gesetzliche Grundlage für die Zusammenarbeit zwischen Apotheken und Pflegediensten zu schaffen.

- 4.3 Insoweit wird vorgeschlagen, entweder in einem neu einzuführenden § 12b ApoG den Abschluss eines Vertrages zur Versorgung mit Pflegediensten mit Arzneimitteln zu regeln, wobei sich der Inhalt der Regelung an den bestehenden Regelungen des § 12a ApoG orientiert. Alternativ ist § 12a ApoG auf Verträge mit Pflegediensten zu erweitern. Tatsächlich kann davon ausgegangen werden, dass in ambulanten Pflegediensten der Beratungsbedarf häufig noch höher sein wird als bei Heimen. Durch das in der zu schaffenden Regelung verankerte Regionalprinzip und die damit verbundene Verpflichtung der Apotheke, den Pflegedienst regelmäßig zu beraten und zu unterstützen, wird hier ein hohes Niveau der Arzneimittelversorgung auch in diesem Bereich erzielt.
- 4.4 Zusätzliche Kosten für die Kostenträger entstehen hierdurch nicht.
- 4.5 Auch dürfte insoweit dann die Möglichkeit bestehen, die Arzneimittelgabe, sofern dies gewünscht ist, durch die patientenindividuelle Vorbereitung in der Apotheke vorzunehmen. Um insoweit zu einer interessengerechten Kostenübernahme durch den Kostenträger zu gelangen, wäre zu prüfen, inwieweit in diesen Fällen eine Anpassung der Leistung des Pflegedienstes, der aktuell sowohl die Arzneimittelgabe als auch die Vorbereitung der Arzneimittelgabe abrechnen darf, vorzunehmen ist.

5. Konkretisierung Botendienste

- 5.1 Die Vergangenheit hat gezeigt, dass aufgrund der Zulassung des Versandhandels mit Arzneimitteln die Abgrenzung zum Botendienst immer schwieriger geworden ist. Nicht zuletzt aus diesem Grund hat auch die Arbeitsgemeinschaft der Pharmazierate Deutschlands (APD) auf ihrer Jahrestagung im September 2018 versucht, durch eine entsprechende Resolution eine greifbare Abgrenzung zu schaffen. Allerdings greift der Wortlaut der Resolution zu kurz und führt gerade nicht zu einer Klärung des Verhältnisses zwischen Versandhandel und Botendienst bei.
- 5.2 Der Botendienst stellt ein Angebot der Apotheken dar, jedem Patienten alle Arzneimittel kurzfristig und mit der gebotenen Beratung zur Verfügung zu stellen. Der Botendienst ist

integraler Bestandteil der flächendeckenden Versorgung mit Arzneimitteln durch niedergelassene Apotheken. Die Apotheken lassen sich daher bei ihren Angeboten und Vorschlägen von der Überzeugung leiten: Botendienst ist besser als Amazon.

Aus Sicht des BVDAK haben sich folgende Abgrenzungsmerkmale in der Vergangenheit bewährt:

- der Botendienst setzt den Einsatz eigenen Personals voraus;
- der Botendienst ist auf den Einzugsbereich der jeweiligen Apotheke beschränkt.

Im Gesetzesentwurf über ein Verbot des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln war zusätzlich eine vom Entwurf als *Schärfung des Botendienstes* genannte Klarstellung des § 17 ApBetrO vorgesehen. Dieser Teil des Gesetzesentwurfes ist wieder aufzunehmen und der Vorschlag entsprechend fortzuschreiben. In der auf den bisherigen Entwurf des § 17 Abs. 2 ApBetrO aufbauenden Regelung sollte klargestellt werden, dass Botendienst stets den Einsatz eigenen Personals vorsieht.

Demgegenüber ist es irrelevant, ob es die Apotheke ihrerseits dem Patienten durch eine elektronische Inanspruchnahme des Botendienstes ermöglicht, dass dieser über ein virtuelles Schaufenster die im Wege des Botendienstes zuzustellenden Arzneimittel aus sucht und wie die Abrechnung der durch den Botendienst gelieferten Arzneimittel erfolgt. Eine derartige auf das äußere Erscheinungsbild abstellende Auffassung würde dazu führen, dass je nach Ausgestaltung des Internetauftritts einer Apotheke ein und dieselbe Leistung einmal als Botendienst und einmal als Versandhandel angeboten wird. Zur Vermeidung solcher Brüche ist hier eine Klarstellung geboten.

Dabei wird davon ausgegangen, dass die Änderung des § 17 Abs. 2 ApBetrO, wonach die Zustellung durch Boten der Apotheke im Einzelfall zulässig sei, ausreicht, um auch einen Botendienst als Regelleistung anzubieten, da es für diesen Einzelfall durch die Änderung der Apothekenbetriebsordnung nunmehr keinerlei Begründung mehr bedarf.

- 5.3 Die Leistung des Botendienstes sollte auch in Zukunft durch die Apotheke im Verhältnis zum Kostenträger ohne zusätzliche Vergütung angeboten werden. Ob die Apotheke demgegenüber ihrerseits eine Gebühr hierfür erhebt, insbesondere auch dann, wenn

eine besonders schnelle Lieferung innerhalb weniger Stunden angeboten wird, sollte dem Markt überlassen werden.

6. Notdienstpauschale

Die Einführung der Notdienstpauschale im Jahr 2015 hat grundsätzlich zu einer Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung mit Arzneimitteln beigetragen. Insoweit ist es zielführend gewesen, die Vergütung für besondere, im Interesse der Allgemeinheit liegende Leistung, von der tatsächlichen Inanspruchnahme derselben abzukoppeln.

Gleichwohl scheint der durchschnittliche Betrag, der einer Apotheke durch die Notdienstpauschale für den Notdienst gewährt wird, noch nicht ausreichend, um die durch die strukturellen Defizite einzelner Apotheker entstehenden Risiken für die flächendeckende Versorgung gerade durch sogenannte Solitärapotheken oder Apotheken in ländlichen Gebieten sicherzustellen. Weil hier nach wie vor eine signifikante ungleiche Behandlung vorliegt, da die Notdienstbezirke in ländlichen Gebieten teilweise 60 und mehr Nacht- und Notdienste zur Folge haben, während in dicht besiedelten Gebieten monatlich nur ein oder zwei Nacht- oder Notdienste durchzuführen sind, wird eine Aufstockung analog der bisherigen Regelungen der Notdienstpauschale gefordert. Ziel sollte es hier sein, den Betrag für den Notdienst von **0,16 € auf 0,32 €** anzuheben. Bei der Ausschüttung könnte überlegt werden, die besonders belasteten Dienste an Sonn- und Feiertagen mit dem doppelten Betrag zu vergüten.

Dieser Vorschlag wird auch als Beitrag zum Erhalt der flächendeckenden Versorgung verstanden. Es erscheint zielführender zu sein, durch eine entsprechende Anpassung etwa der Notdienstpauschale die Unterstützung kleinerer Apotheken zu gewährleisten als dies durch nicht näher definierte Strukturfonds zu versuchen, die möglicherweise wieder zu Fehlallokationen führen.

7. Qualitätssicherung Rezeptur

Die Anfertigung von Rezepturen stellt nach wie vor eine der Kernaufgaben der Apotheke dar. Es handelt sich hierbei um eine Tätigkeit, die auch nicht durch Dritte vorgenommen werden kann. Da gerade im Hinblick auf die Versorgung von Kindern, für die es nach wie vor an zugelassenen Arzneimitteln mangelt, einen wichtigen Bestandteil der Versorgung darstellt, ist hier die Qualität der Rezeptur dadurch zu fördern, dass die durch den

Rezepturaufschlag in die Wege geleitete angemessene Entlohnung fortgeführt wird. Durch den Rezepturzuschlag zur Qualitätssicherung und -förderung wird der durch die Ergänzung der Apothekenbetriebsordnung 2012 zur Dokumentation erforderliche Aufwand bei der Herstellung von Rezepturen vergütet.

Es wird daher vorgeschlagen, für die Rezepturen einen zusätzlichen Manufakturaufschlag von **EUR 5,00** vorzunehmen. Der damit verbundene Aufwand ist, gemessen an der aktuellen Zahl der Rezepturen, von ca. 7,2 Mio. im Jahr, mit einem Gesamtbetrag von EUR 35 Mio. überschaubar. Gleichzeitig handelt es sich auch hier um eine strukturelle Unterstützung der Apotheken, die überobligatorisch im Verhältnis zu anderen Apotheken diese Tätigkeit, die zur Grundsicherung der flächendeckenden Versorgung gehört, ausüben.

8. (Diabetes-)Prävention

- 8.1 Die Apotheke als erster Ansprechpartner in gesundheitlichen Fragen kann eine stärkere Rolle hinsichtlich der Präventionsberatung einnehmen. Insoweit dient es der Entlastung der Krankenversicherung, die Kompetenz der Apotheken für die Prävention und damit der Vermeidung von Krankheiten zu nutzen. Gerade im Hinblick auf das Gesundheitssystem finanziell besonders belastende Volkskrankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, aber auch bestimmte Krebserkrankungen sowie Infektionserkrankungen ist es anerkannt, dass Präventionsmaßnahmen und Aufklärung geeignet sind, die Zahl der Erkrankungen zu senken. Denkbar sind auch Programme, wie sie in anderen Ländern bereits angeboten werden, etwa dass Apotheken Patienten bei der Raucherentwöhnung begleiten.

Bereits heute gehört die Beratung im Bereich Gesundheitserziehung und -aufklärung nach § 1 a Abs. 11 Nr. 1 b ApoBetrO zu den apothekenüblichen Dienstleistungen. Insoweit ist es auch unter dem Gesichtspunkt der Akzeptanz zielführend, entsprechende Präventionsprogramme durch Apotheken durchführen zu lassen. Die Apotheke als selbständiger Leistungserbringer ist sowohl aufgrund seiner fachlichen Kompetenz als auch aufgrund seiner wirtschaftlichen Unabhängigkeit im besonderen Maße geeignet, diese Aufgabe wahrzunehmen.

- 8.2 Die Regelung des § 20 SGB V sieht den Rahmen für die primäre Prävention und Gesundheitsförderung vor. Insoweit sollten in Umsetzung dieser Ziele zwischen den gesetzlichen Kostenträgern und Apotheken sowie Apothekenkooperationen für die Apotheken entsprechende Programme vereinbart werden, für deren Umsetzung die gesetzlich Versicherten an den Maßnahmen teilnehmen.

Hierzu wird eine Anpassung der Regelung dahingehend vorgeschlagen, dass Apotheken in § 20 Abs. 2 SGB V ausdrücklich aufgeführt und zur Qualifizierung von Präventionsmaßnahmen zugelassen werden. Sowohl Apotheken als auch gerade Apothekenkooperationen verfügen bereits jetzt über umfangreiche Erfahrung, um insoweit den gesetzlichen Krankenkassen Angebote zur Verfügung zu stellen, um den durch das Präventionsgesetz geschaffenen Bedarf zu decken.

So ist es ohne weiteres denkbar, dass etwa im Hinblick auf § 20 Abs. 4 Nr. 3 SGB V, wonach Leistung zur Gesundheitsförderung in Betrieben nach § 20 b SGB V gefördert werden sollen, es Aufgabe von Apotheken sein kann, gerade mit mittelständischen Unternehmen, die – anders als Konzerne – per se nicht über die für die betriebliche Gesundheitsförderung eigenen Abteilungen verfügen, diese Leistungen als externe Berater zur Gesundheitsförderung zu übernehmen und die Umsetzung entsprechender Maßnahmen zu überwachen.

- 8.3 Die im BVDAK zusammengeschlossenen Kooperationen bieten an, entsprechende Programme, die teilweise bereits erarbeitet sind, vorzuschlagen, die dann zentral über die *Zentrale Prüfstelle Prävention* zertifiziert werden können.
- 8.4 Die Qualifikation von Pharmazeuten und des pharmazeutischen Personals kann insoweit über die Angebote der ABDA sichergestellt werden, die bereits jetzt die Weiterbildung im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung anbietet. Auf dieses Angebot ist aufzubauen.
- 8.5 Die Vergütung hängt hier vom Umfang der zu erbringenden Dienstleistungen ab. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass diese Leistungen für Apotheken die Möglichkeit eröffnen, sich vom packungsbezogenen Honorar abzukoppeln und insoweit strukturelle Nachteile durch ein entsprechendes Angebot ausgeglichen werden können.

8.6 Zielführend und erforderlich ist in diesem Zusammenhang allerdings eine Änderung des § 3 Abs. 5 ApBetrO, so dass die Vorgaben für die Qualifizierung des Personals, das in Apotheken angestellt werden darf, zu öffnen sind, um diese zusätzlichen Beratungsdienstleistungen anzubieten. In der bis 2012 geltenden ApBetrO gab es diese Möglichkeit bereits; sie wurde ohne Begründung gestrichen. Hier sollte die Rechtslage, so wie sie vor Änderung der ApBetrO 2012 galt, wiederhergestellt werden. Nicht zuletzt aufgrund der vom Gesetzgeber erkannten Verknappung des pharmazeutischen Personals ist es erforderlich, hier auch anderes Personal, das entsprechend qualifiziert ist, einsetzen zu können.

9. Versorgung von Pflegehilfsmitteln gemäß § 40 Abs. 2 SGB V

9.1 Neben der Versorgung in Heimen und durch ambulante Pflegedienste (s. Ziff. 4) wird immer noch die Mehrzahl der Pflegebedürftigen durch Angehörige gepflegt (Stand 2015: 1 384 604). Auch hier stehen die Apotheken als Ansprechpartner für Angehörige zur Verfügung und sind bereit, bei der Lösung der Probleme mitzuwirken, die sich hier für Angehörige ergeben.

9.2 So sind die Krankenkassen verpflichtet, Pflegebedürftigen, die zu Hause gepflegt werden, ab Pflegegrad 1 für den Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel einen Betrag von monatlich bis zu EUR 40,- für diese Produkte zu erstatten. Diese Hilfsmittel sollen zur Erleichterung der Pflegesituation und vor allem zum Schutz ihrer privaten Pflegeperson dienen. Diese Regelungen sind im Moment noch nicht oder nur versteckt gesetzlich verankert. Durch eine Anpassung des § 40 SGB V kann die bisherige Praxis, wonach die Pflegehilfsmittel zum Verbrauch von Apotheken und Sanitätshäusern abgerechnet werden können, vereinfacht werden.

9.3 Insoweit ist es Ziel, einen bereits bestehenden Anspruch normativ zu konkretisieren, um gerade auch die Bereitschaft von Angehörigen zu steigern, ihre Familienmitglieder zu pflegen. Nicht zuletzt aufgrund des Mangels an Pflegekräften ist die Gesellschaft nach wie vor signifikant auf den Einsatz Angehöriger angewiesen, um den durch die älterwerdende Gesellschaft entstehenden Pflegebedarf abzudecken. Dies kann jedoch nur damit einhergehen, wenn diesen Personen ihre Ansprüche auch bewusst sind.

Zudem sind die Voraussetzungen für die Präqualifizierung der Apotheken zu konkretisieren und zu vereinfachen. Ferner sollten die nach § 78 SGB XI geschlossenen Verträge über die Versorgung der Versicherten mit Pflegehilfsmitteln neu gefasst werden, um den bürokratischen Aufwand zu vermeiden, der nach der aktuellen Regelung besteht.

- 9.4 Insoweit wird ferner vorgeschlagen, die bisherige Regelung, wonach ein Betrag von bis zu Euro 40 im Monat erstattet wird, wobei bereits jetzt vorgesehen ist, dass in Fällen, in denen regelmäßig dieser Betrag überschritten wird, dieser auch pauschal erstattet wird, zur Vermeidung unnötigen bürokratischen Aufwandes in eine entsprechende Pauschale umzuwandeln.

Bei der Ausgestaltung des Anspruchs kann vorgesehen werden, dass die Partner, nämlich die gesetzliche Krankenkasse einerseits sowie die Leistungserbringer andererseits die Abrechnung durch ein elektronisches System erbringen. Nicht zuletzt im Hinblick auf die Planungen zum elektronischen Rezept bietet es sich an, in einem im Vergleich zum elektronischen Rezept überschaubaren Bereich eine elektronische Abrechnung einzuführen, um dort die auch für andere Sektoren hilfreichen Erfahrungen zu sammeln.

10. Telemedizin

Der BVDAK begrüßt die Initiative des BMG die Telemedizin zu fördern. Das damit verfolgte Ziel, medizinische Leistungen der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in den Bereichen Diagnostik, Therapie und Rehabilitation sowie bei der ärztlichen Entscheidungsberatung über räumliche Entfernungen (oder zeitliche Verzögerungen) hinweg zu gewährleisten, kann jedoch nur dann Erfolg haben, wenn Apotheken in die Konzepte eingebunden werden.

Apotheken können insoweit dazu beitragen, das Konzept der Telemedizin sinnvoll zu ergänzen. Durch die bundesweite Verfügbarkeit von Apotheken wird sichergestellt, dass im Falle der Arzneimittelabgabe im Anschluss an die im Wege der Telemedizin erfolgte Diagnose diese Arzneimittel auch unmittelbar, nämlich am selben Tag verfügbar sind. Der Patient kann diese sich in seiner nächst-gelegenen Apotheke selbst holen oder aber durch den von Apotheken flächendeckend angebotenen Botendienst (s. Ziff. 5) noch am selben Tag zustellen lassen.

Dies setzt aber in jedem Fall voraus, dass der Patient die Hoheit nicht nur über seine gesundheitsbezogenen Daten behält, sondern auch über seine Verschreibungen, die auf diesem Wege ausgestellt werden, so wie durch das Gesetz zum jetzigen Zeitpunkt auch durch § 11 ApoG abgesichert. Dabei wird auch zu berücksichtigen sein, dass der nach wie vor angestrebte persönliche Kontakt zwischen Patient und Apotheke dazu beitragen kann, den Missbrauch der Telemedizin einzudämmen, indem hier eine sinnvolle Kontrolle, so wie durch das System der Arzneimittelversorgung in Deutschland vorgesehen, erfolgen kann.

Der BVDAK und die darin zusammengeschlossenen Kooperationen sind bereit, das BMG im Bereich des sinnvollen Einsatzes moderner Informations- und Kommunikationstechnologien für eine qualitativ hochwertige, patienten- und zukunftsorientierte Arzneimittelversorgung zu unterstützen.

II. Stellungnahme zur Honorardebatte

1. Gleichpreisigkeit

- 1.1 Die Entscheidung des EuGH vom 19. Oktober 2016 (C-148/15) stellt einen grundlegenden Eingriff in das System der flächendeckenden Versorgung mit Arzneimitteln dar. Aus Sicht des BVDAK ist diese Entscheidung auch ein Angriff nicht nur auf das bestehende System einer hochwertigen flächendeckenden Versorgung mit Arzneimitteln in Deutschland, sondern auch auf die nationale Souveränität bei der Ausgestaltung der Gesundheitssysteme. Daher ist es nur konsequent, diesen Angriff durch ein entsprechendes Verbot des Versandes preisgebundener Arzneimittel abzuwehren. Insoweit sieht der BVDAK die Politik in der Pflicht, bewährte Systeme und die nationale Souveränität zu schützen und nicht für allein wirtschaftliche Interessen zu opfern.

Die konsequente Reaktion hierzu ist ein Versandverbot, so wie es in der überwiegenden Mehrzahl der europäischen Mitgliedsstaaten besteht. Etwaige Befürchtungen, dies könne ebenfalls europarechtlich angegriffen werden, sind unbegründet, da sowohl von Seiten des EuGH⁴ als auch des europäischen Gesetzgebers⁵ das Recht der Nationalstaaten, im Rahmen der Gesundheitspolitik den Versandhandel mit preisgebundenen Arzneimitteln auszuschließen, ausdrücklich anerkannt wurde.

⁴ In den Schlussanträgen vom 2. Juni 2016 führte der Generalanwalt aus:

c) *Weitere Erwägungen zur Verhältnismäßigkeit*

79. *Zur Frage der Verhältnismäßigkeit möchte ich meine vorstehenden Darlegungen in den Kontext einer Passage aus dem ersten DocMorris-Urteil stellen. Der Gerichtshof hat bekanntlich in Rn. 119 dieses Urteils ausgeführt, dass „das Erfordernis, die Echtheit der ärztlichen Verschreibungen wirksam und verantwortlich nachprüfen zu können und die Aushändigung des Arzneimittels an den Kunden selbst oder an eine von ihm mit dessen Abholung beauftragte Person zu gewährleisten, ein Verbot des Versandhandels rechtfertigen [könnte]“ (75). Angesichts dieser Ausführungen mag man sich fragen: Kann man ein solches Verbot befürworten und zugleich eine Maßnahme für nicht geeignet halten, die aus der Sicht des Binnenmarkts das „kleinere Übel“ darstellt?*

80. *Die Antwort lautet: ja, man kann.*

⁵ Art. 85c [Fernabsatzbedingungen; gemeinsames Logo zur Herkunftsbestimmung; nationale Websites] des Gemeinschaftskodex für Humanarzneimittel sieht vor:

(1) Unbeschadet der nationalen Rechtsvorschriften, mit denen das Angebot verschreibungspflichtiger Arzneimittel an die Öffentlichkeit zum Verkauf im Fernabsatz durch Dienste der Informationsgesellschaft verboten wird, stellen die Mitgliedstaaten sicher, dass das Angebot von Arzneimitteln an die Öffentlichkeit zum Verkauf im Fernabsatz durch Dienste der Informationsgesellschaft, wie in der Richtlinie 98/34/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 22. Juni 1998 über ein Informationsverfahren auf dem Gebiet der Normen und technischen Vorschriften für die Dienste der Informationsgesellschaft² festgelegt, unter folgenden Bedingungen erfolgt:

- 1.2 Sollte sich die Politik dieser effektiven, naheliegenden und konsequenten Lösung verweigern, so ist in jedem Fall die Gleichpreisigkeit auf anderem Wege sicherzustellen. Insoweit besteht ohne weiteres die Möglichkeit, durch eine entsprechende Anpassung der Vorgaben zum Rahmenvertrag nach § 129 Abs. 2 SGB V im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung sicherzustellen, dass gesetzlich Versicherten keine Vergünstigungen beim Erwerb von Arzneimitteln zulasten der Versicherungsgemeinschaft geboten werden dürfen. Wenn Anbieter sich dem Grundsatz der Gleichpreisigkeit und dem dahinter stehenden Solidarprinzip verweigern und glauben, sie müssten in einer dem Solidarprinzip zuwiderlaufenden Weise Wettbewerb betreiben, sind sie schlicht von der Versorgung gesetzlich Versicherter auszuschließen. Die Einhaltung dieser Verpflichtung kann ohne weiteres durch das Mittel der Retaxation durchgesetzt werden.

Es ist die Aufgabe der Kostenträger und der pharmazeutischen Unternehmen, den angemessenen Wert für die Arzneimittel festzulegen und durch die vielfältig zur Verfügung stehenden Mechanismen zur vereinbaren. Die Freigabe des Apothekenhonorars und ein insoweit auf Verdrängung abzielender Wettbewerb ist demgegenüber in Zeiten, in denen die flächendeckende Versorgung mit Arzneimitteln sich auch durch strukturelle Schwierigkeiten großen Herausforderungen ausgesetzt sieht, das falsche Signal.

- 1.3 Die Rechtsprechung hat in einer Reihe von Verfahren, in denen es um die Frage geht, ob deutsche Apotheken sich nach wie vor an das Arzneimittelpreisrecht halten müssen deutlich gemacht, dass der hierdurch entstandene Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit gem. Art. 12 GG zwar noch nicht zu einer Unanwendbarkeit⁶ führt, jedoch dies dann anzunehmen sein wird, sollte der Gesetzgeber seiner Pflicht zur Herstellung gleicher Rahmenbedingungen für ausländische und inländische Marktteilnehmer nicht nachkommen.⁷ Eine gesetzgeberische Lösung, durch die der aktuelle Zustand manifestiert wird,

⁶ Nach KG, Urteil v. 13. März 2018 (5 U 97/15 n. rk.) ist der Wettbewerb durch die EU ausländischen Versandapotheken jedenfalls bei der Frage der wettbewerbsrechtlichen Spürbarkeit des Verhaltens eines deutschen Mitbewerbers zu dessen Gunsten zu berücksichtigen.

⁷ „Ungeachtet dessen besteht die Notwendigkeit gesetzgeberischen Handelns. [...] Da die Arzneimittelpreisbindung durch den Preiswettbewerb EU ausländische Versandapotheken faktisch ausgesetzt wird und ein stetiger Anstieg des Marktanteils EU ausländische Apotheken mit der Folge irreversibler Mengenverlagerungen zu Lasten deutscher Apotheker und in der Zukunft eines ruinösen Preiswettbewerbs mit den ausländischen Versandapotheken zu befürchten ist, ist der Gesetzgeber gehalten, zu handeln.“ (VG Lüneburg, Urteil v. 10. September 2018, 6 A 83/17, n.rk.). Weitere Verfahren zu dieser Frage sind sowohl vor dem BVerwG als auch BGH anhängig.

wird somit durch die Rechtsprechung kassiert werden und zu einer vollständigen Freigabe der Preise führen, einschließlich der Möglichkeit der Apotheken, höhere Preise zu verlangen.⁸

Der BVDAK fordert daher nachdrücklich die Gleichpreisigkeit als gesetzgeberisches Ziel anzuerkennen und zu schützen, nicht zuletzt um auch in der Bevölkerung das Bewusstsein für den Wert der Gesundheit zu schärfen.

2. Apothekenvergütung

2.1 Die Apotheke versteht sich als Ansprechpartner sowohl der Bevölkerung in Gesundheitsfragen als auch der Politik bei der Weiterentwicklung der Versorgung der Bevölkerung, gerade und auch in ländlichen Gebieten. Insoweit sind die Apotheken bereit, an den Lösungen, die es im Hinblick auf die strukturellen Veränderungen zu finden gibt, mitzuwirken.

2.2 Bei den vorgenannten Vorschlägen wurde berücksichtigt, dass die Grundvergütung der Apotheke, die nach wie vor über das packungsbezogene Honorar des § 3 AMPreisV erfolgt, seit 2004 nur marginal angepasst wurde. Weder hat in dieser Zeit ein Inflationsausgleich stattgefunden, noch wurden die signifikant gestiegenen Ausgaben für Personal berücksichtigt. Berücksichtigt man die Inflationsrate seit dem 1. Januar 2004 (aktuell: 25.45 %), in dem die Vergütung der Apotheken grundlegend umgestellt wurde, so müsste das packungsbezogene Honorar heute 10,15 EUR betragen. Ferner hat die Umsetzung der ApBetrO 2012 im Interesse der qualitativ hochwertigen Patientenversorgung zu erheblichen Mehrbelastungen geführt. Entsprechendes gilt für die Umsetzung der DS-GVO.

Den Apotheken ist bewusst, dass auch sie ihren Beitrag dazu leisten müssen, die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen zu halten. Betrachtet man jedoch die Gesamtaufwendungen, die insoweit für Apotheken zur Verfügung gestellt werden,

⁸ Auf diese Möglichkeit hat ausdrücklich der EuGH in seinem Urteil vom 19. Oktober 2016, C-148/15 hingewiesen (Rz. 38):
Ganz im Gegenteil legen einige Unterlagen, auf die sich die Kommission stützt, nahe, dass mehr Preiswettbewerb unter den Apotheken die gleichmäßige Versorgung mit Arzneimitteln dadurch fördern würde, dass Anreize zur Niederlassung entgegengesetzt würden, in denen wegen der geringen Zahl an Apotheken höhere Preise verlangt werden können.

so ist der Anteil der Honorierung der Apotheken vergleichsweise gering und in der Vergangenheit, anders als dies in anderen Bereichen der Fall war, auch nicht gestiegen. Im Bewusstsein, dass die Umsetzung der durch die gesetzlichen Krankenkassen vereinbarten Rabattverträge mit der pharmazeutischen Industrie, die zu Einsparungen im Gesundheitswesen von mehreren Milliarden Euro geführt haben, allein und ausschließlich durch den täglichen Einsatz der Apotheken in Deutschland sichergestellt wird, erscheint es geboten, in Apotheken insoweit den vollständigen Inflationsausgleich zu gewähren, der zu einer Erhöhung des Honorars pro Packung von 1,80 € führt.

- 2.3 Insoweit kann der im Rahmen der politischen Diskussion in den Raum gestellte Betrag von EUR 350 Mio., der den Apothekern zur Verfügung gestellt werden soll, im Gegenzug dafür, dass Sie die Forderung nach einem Rx-Versandverbot aufgeben und sich mit den strukturellen Ungleichbehandlungen abfinden, lediglich als bedingungslose Erhöhung der Vergütung der Apotheken als solche akzeptiert werden, da dieser Betrag die durch die nicht vorgenommene Anpassung der Vergütung in den vergangenen Jahren erfolgte faktische Kürzung der Apotheken ausgleicht. Dies gilt umso mehr, als die Aufgabe der Gleichpreisigkeit aus Sicht der Apotheken nicht verhandelt werden kann.