



**Stellungnahme des IKK e.V.  
zum Referentenentwurf des  
Bundesministeriums für Gesundheit  
für den**

**Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der  
Vor-Ort-Apotheken**

**Stand 07.05.2019**

**IKK e.V.**  
Hegelplatz 1  
10117 Berlin  
030/202491-0  
info@ikkev.de

## Inhalt

<b>Grundsätzliche Anmerkungen .....</b>	<b>3</b>
<b>Einlösung elektronischer Rezepte.....</b>	<b>7</b>
§ 31 SGB V Absatz 1 Satz 5: Verbot der Zuweisung von e-Rezepten an bestimmte Apotheken.....	7
<b>Zusätzliche pharmazeutische Leistungen der Apotheken .....</b>	<b>9</b>
§ 129 SGB V Absatz 5 (neu): Vereinbarung zusätzlicher Leistungen durch Spitzenverbände.....	9
§ 3 Absatz 1 AMPreisV: Vergütung der Leistungen durch die Krankenkassen.....	9
<b>Modellvorhaben Gripeschutzimpfung.....</b>	<b>11</b>
§ 132i (neu): Regionale Modellvorhaben zur Durchführung von Gripeschutzimpfungen in Apotheken .....	11
<b>Botendienste der Apotheken .....</b>	<b>12</b>
§ 17 Absatz 2 ApBetrO: Botendienste der Apotheken .....	12
<b>Förderung des Notdienstes.....</b>	<b>13</b>
§ 3 Absatz 1 AMPreisV : Notdienstzuschlag.....	13
<b>Vergütung der Abgabe von Betäubungsmitteln.....</b>	<b>14</b>
§ 7 AMPreisV: Vergütung der Abgabe von Betäubungsmitteln.....	14

## **Grundsätzliche Anmerkungen**

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken reagiert der Gesetzgeber auf das Urteil des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) aus dem Jahr 2016 zu Boni und Rabatten ausländischer Versandapotheken, in dessen Folge eine Diskussion um den Versandhandel mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln und die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung mit Arzneimitteln entbrannt war. Ziel des vorliegenden Referentenentwurfes ist es, die Präsenzapotheken im Wettbewerb mit Versandapotheken mit zusätzlichen Optionen auszustatten und ihre Rolle zu stärken. Außerdem will der Gesetzgeber an der Maßgabe der Gleichpreisigkeit festhalten und hierfür die notwendigen gesetzlichen Regelungen schaffen.

Die Innungskrankenkassen unterstützen grundsätzlich das Vorhaben des Gesetzgebers, betonen aber, dass der Fokus jeglicher Maßnahmen auf einer tatsächlichen Verbesserung der Versorgung liegen muss. Gleichzeitig begrüßen sie ausdrücklich das Festhalten am Versandhandel mit Arzneimitteln. Dieser ist seit seiner Einführung im Jahr 2004 ein Bestandteil der flächendeckenden Arzneimittelversorgung, der die Leistungen der Präsenzapotheken ergänzt. Ein Verbot wäre nicht zeitgemäß gewesen.

Nicht nachvollziehbar aus Sicht der Innungskrankenkassen ist hingegen die Tatsache, dass der Gesetzgeber die Ergebnisse des sog. 2HM-Gutachtens aus dem Jahr 2017, das vom BMWi in Auftrag gegeben worden war, in der aktuellen Diskussion um die zukünftige Ausgestaltung des Apothekenmarktes nur einseitig zu Gunsten der Apotheker berücksichtigt. Die Autoren weisen auf ein beträchtliches Einsparpotential von bis zu einer Milliarde Euro hin und kommen zu dem Ergebnis, dass die Leistungsbestandteile der apothekerlichen Tätigkeit derzeit nicht in allen Punkten angemessen vergütet werden. Teilweise wird eine zu niedrige Vergütung attestiert, insgesamt aber im Schnitt eine zu hohe. Eine Umgestaltung der Apothekenvergütung im Sinne des Gutachtens wäre nach Auffassung der Innungskrankenkassen angezeigt, um im Interesse der Versicherungsgemeinschaft finanzielle Mittel effizient einzusetzen und weitere pharmazeutische Leistungen der Apotheken vor Ort aus den generierten Einsparungen zu finanzieren.

Die im Referentenentwurf nun vorgesehenen zusätzlichen finanziellen Mittel für pharmazeutischen Dienstleistungen sind in dieser Hinsicht nur schwer zu akzeptieren. Auf jeden Fall müssen diese an die Bedingung geknüpft werden, dass die zu verhandelnden Leis-

tungen nachweisbar zu mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung und zu einer verbesserten Versorgungsqualität im Sinne der Patienten beitragen. Der Gesetzgeber sollte den Anspruch haben, hier sektorenübergreifend gestalterisch tätig zu werden.

### ***Zusätzliche honorierte pharmazeutische Dienstleistungen***

Die Innungskrankenkassen regen an, den Fokus auf den Bereich der Arzneimitteltherapiesicherheit zu legen. Hier hat sich in den vergangenen Jahren an verschiedenen Punkten Handlungsbedarf ergeben. Im Rahmen des „Aktionsplan AMTS“ etwa wurde für multimorbide Patienten mit mindestens drei verordneten Rx-Arzneimitteln der gesetzliche Anspruch auf die Erstellung eines Medikationsplans eingeführt. Nach Auffassung der Innungskrankenkassen bieten sich an diesem Punkt bislang noch nicht umfassend genutzte Potentiale. Im Zusammenspiel zwischen Apothekern und Ärzten sollte es eine Medikationsanalyse und ein Medikationsmanagement geben. Apotheker haben bestenfalls auch Informationen über OTC-Arzneimittel, die ein Patient einnimmt, und können vollumfänglich beraten. Ansatzpunkt für weitere Entwicklungen könnte hier das ARMIN-Projekt in Sachsen/Thüringen sein, das bereits seit 2014 läuft. Apotheker könnten ebenso in die Chronikerbetreuung eingebunden werden. Bereits bestehende DMP-Programme der Kassen wären relativ problemlos um eine apothekerliche Komponente zu erweitern. Auch hier könnte es ein Einschreibmodell geben und die Vergütung über das Instrumentarium des Nacht- und Notdienstfonds abgewickelt werden. Weitere Beratungsleistungen durch Apotheker wären etwa in der Betreuung von Familienangehörigen multimorbider Patienten denkbar. Polymedikation ruft auch bei ihnen Unsicherheiten hervor und sie werden vielfach vor die Herausforderung gestellt, ihre erkrankten Familienmitglieder mehrfach täglich bei der korrekten Medikamenteneinnahme zu unterstützen. In diesem Zusammenhang wäre es auch in Erwägung zu ziehen, dass Apotheker abzugebende Packungen prinzipiell personalisieren und mit Namen, Verordnungsdatum und Einnahmevergaben des jeweiligen Patienten versehen bzw. mit entsprechend bedruckten Etiketten bekleben.

### ***Erhöhung Nacht- und Notdienstzuschlag und Betäubungsmittel-Gebühr***

Nach Einschätzung der Innungskrankenkassen ist die vorgesehene Erhöhung des Zuschlags zur Förderung der Sicherstellung des Notdienstes um 5 Cent grundsätzlich angemessen und nachvollziehbar. Die Erhöhung leistet einen wichtigen Beitrag dazu, dass auch zukünftig die Arzneimittelversorgung der Bevölkerung außerhalb der regulären Öffnungszeiten gewährleistet ist. Hinzuweisen ist hierbei allerdings erneut auf die im BMWi-

Gutachten festgestellten Einsparpotentiale und Möglichkeiten, diese für die Förderung des Notdienstes ohne zusätzliche Ausgaben zu nutzen.

Auch die Anhebung der Betäubungsmittel-Gebühr erachten die Innungskrankenkassen als angemessen. Allerdings fehlt an dieser Stelle die Klarstellung, dass diese nur einmalig pro Verordnungszeile abgerechnet werden darf. Dies sollte dringend durch den Gesetzgeber ergänzt werden.

### ***Botendienst als regelhafter Bestandteil der Arzneimittelversorgung***

Das Ansinnen, den Botendienst für Apotheken regelhaft zu ermöglichen, wird von den Innungskrankenkassen uneingeschränkt unterstützt. Diese Regelung vereinfacht für die Patienten die Beschaffung der von ihnen benötigten Arzneimittel und bringt für die Apotheken eine größere Flexibilisierungsmöglichkeit. Auch die Option, die für die Arzneimittelabgabe notwendige Beratung über Telekommunikation anzubieten, erachten die Innungskrankenkassen als geeignetes Mittel, den Anspruch der Patienten an eine qualitativ hochwertige Betreuung und die Vereinbarkeit von Apothekenbetrieb und Botendienst zu gewährleisten. Die im Referentenentwurf vorgesehenen zusätzlichen Vorgaben zur Temperaturkontrolle tragen zu einer erhöhten Arzneimittelsicherheit bei.

### ***Wiederholte Abgabe von Arzneimitteln auf eine Verschreibung***

Die Innungskrankenkassen bewerten die vorgesehene Neuerung, dass bei chronischen Erkrankungen Verschreibungen ausgestellt werden können, auf die bis zu drei Mal ein Arzneimittel abgegeben werden kann, als grundsätzlich positiv. Sie stellt eine Erleichterung für chronisch erkrankte Patienten dar, die weniger Arztbesuche auf sich nehmen müssen und entlastet gleichzeitig die Ärzteschaft. Allerdings sind an dieser Stelle noch viele Fragen zur konkreten Umsetzung zu klären. So ist etwa unklar, wie die Abrechnung von Seiten der Apotheken vorgenommen werden soll: Ein Verbleib des Originalrezepts beim Patienten macht die Abrechnung durch den abgebenden Apotheker unmöglich (solange es noch kein flächendeckendes e-Rezept gibt), eine Ablage beim Apotheker schränkt hingegen die freie Apothekenwahl des Patienten ein. Auch müsste geklärt werden, wie überwacht werden kann, dass ein Patient ein Rezept nicht mehrfach in verschiedenen Apotheken einlöst. Darüber hinaus ist der Arzneimittelmarkt ständig in Bewegung. Durch die Gültigkeitsdauer des „Wiederholungsrezeptes“ bis zu einem Jahr nach Ausstellungsdatum bleiben Änderungen, die im Laufe eines Jahres nicht unge-

wöhnlich sind, unberücksichtigt, z.B. wenn zwischenzeitlich eine wirtschaftlichere Versorgung mit einem anderen Arzneimittel möglich wäre. Drei Abgaben auf eine Verordnung mit einer Gültigkeit von einem Jahr erscheinen zudem hinsichtlich der lückenlosen Betreuung der Patienten sehr lang, sollte zwischenzeitlich nicht aus anderen Gründen ein Arzt-Patienten-Kontakt stattfinden. Die Innungskrankenkassen schlagen daher eine Beschränkung auf eine einmalige, max. zweimalige Wiederholung der Abgabe bzw. eine Befristung der Gültigkeitsdauer auf ein halbes Jahr vor.

### ***Modellvorhaben zur Durchführung von Gripeschutzimpfungen***

Im Hinblick auf die wünschenswerte Erhöhung der Impfquoten im Bereich der Gripeschutzimpfungen ist die Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit, mit dem vorliegenden Referentenentwurf Modellvorhaben zur Gripeschutzimpfung in Apotheken in ausgewählten Regionen zu ermöglichen, ein nachvollziehbarer Ansatz. Die Frage, wer im Falle von Gesundheitsschäden das Haftungsrisiko trägt, sollte allerdings eindeutig geklärt werden.

*Der IKK e.V. nimmt im Folgenden Stellung zu einzelnen Aspekten des Referentenentwurfes. Im Übrigen wird auf die detaillierte Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes verwiesen.*

## **Einlösung elektronischer Rezepte**

### **Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

#### **Nr. 1a)**

#### **§ 31 SGB V Absatz 1 Satz 5: Verbot der Zuweisung von e-Rezepten an bestimmte Apotheken**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Zuweisung von Verordnungen an bestimmte Apotheken durch Ärzte oder Krankenkassen soll nicht möglich sein. Dadurch soll die freie Apothekenwahl erhalten bleiben.

#### **Bewertung**

Die vorgesehene Regelung korrespondiert mit § 11 Abs. 1 Apothekengesetz (ApoG), verhindert direkte wirtschaftliche Abhängigkeiten zwischen Arzt und Apotheker und dient damit auch der Sicherung der flächendeckenden Versorgung. Dies ist aus Sicht der Innungskrankenkassen zwingend geboten.

Allerdings sollte die Zuweisung von Verordnungen durch Krankenkassen an bestimmte Apotheken im Rahmen von Modellprojekten sowie bei „angemeldetem“ Unterstützungsbedarf der Versicherten, z. B. bei Nichtlieferbarkeit der verordneten Ware ohne Aufzahlung etc. im Einzelfall zur Verbesserung der Versorgung und persönlichen Unterstützung der Versicherten zulässig sein. Entsprechende Modellprojekte sollten so angelegt sein, dass die Versorgung der Versicherten nachweislich verbessert wird und auf lange Sicht die Vielfalt der Anbieter Rechnung getragen wird. Die Verantwortung hierfür sollte bei den Vertragspartnern liegen.

#### **Änderungsvorschlag**

Zu Art. 1 Nr. 1a) § 31 SGB V Absatz 1 Satz 5:

Hier werden nach dem Wort „wählen“ ein Semikolon und die Wörter „dies gilt auch für die Einlösung von elektronischen Verordnungen. Eine Zuweisung von Verordnungen an bestimmte Apotheken durch Vertragsärzte ~~oder Krankenkassen~~ sowie eine entsprechende Beeinflussung der Versicherten sind unzulässig, soweit gesetzlich nicht etwas anderes bestimmt ist. Zuweisungen von Verordnungen an bestimmte Apotheken durch Krankenkassen sind nur im Rahmen von Modellprojekten sowie bei von den Versicherten erbetener Unterstützung zulässig. Etwaige Modellprojekte sollten dabei so angelegt

sein, dass die Versorgung der Versicherten nachweislich verbessert wird und der Vielfalt der Anbieter Rechnung getragen wird.“ eingefügt.



## **Zusätzliche pharmazeutische Leistungen der Apotheken**

### **Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

#### **Nr. 2c)**

#### **§ 129 SGB V Absatz 5 (neu): Vereinbarung zusätzlicher Leistungen durch Spitzenverbände**

### **Zu Artikel 5 (Änderung der Arzneimittelpreisverordnung)**

#### **Nr. 1b)**

#### **§ 3 Absatz 1 AMPreisV: Vergütung der Leistungen durch die Krankenkassen**

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Spitzenverbände der Apotheker und der Krankenkassen sind dazu aufgefordert, gemeinsam zusätzliche pharmazeutische Dienstleistungen zu definieren, die von den Apotheken angeboten werden sollen. Zur Finanzierung dieser zusätzlichen Leistungen sollen die Apotheken 20 Cent zusätzlich pro abgegebener Packung eines verschreibungspflichtigen Medikamentes erhalten.

### **Bewertung**

Zusätzliche, qualitätsgesicherte Maßnahmen, die das Potential haben, die Versorgung der Versicherten zu verbessern, sind stets zu begrüßen. Ein reines Förderungsprogramm der Apotheken zu Lasten der Solidargemeinschaft und ohne erkennbaren Mehrwert für die Versicherten lehnen die Innungskrankenkassen aber ab. Insbesondere wenn diese pharmazeutischen Dienstleistungen zusätzlich vergütet werden sollen und nicht durch die laut BMWi-Honorargutachten vorhandenen Überhänge finanziert werden. Ungeklärt ist die Frage, ob die Apotheke das gesamte Dienstleistungsspektrum anbieten muss oder ob Wahlmöglichkeiten bestehen sollen.

### **Änderungsvorschlag**

Zu Art. 1 Nr. 2 c) § 129 SGB V Absatz 5 (neu):

„Versicherte haben Anspruch auf zusätzliche ~~honorierte~~ pharmazeutische Dienstleistungen. Die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche

Spitzenorganisation der Apotheker vereinbart mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen ~~im Benehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung die~~ Ein-sparpotentiale bisheriger apothekerlicher Leistungen sowie damit zu finanzierende qualitätsgesicherte, neue pharmazeutische Dienstleistungen nach Satz 1. Die Vereinbarung nach Satz 2 ist bis zum [einsetzen: Datum des letzten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] zu treffen. [...]"

## **Modellvorhaben Gripeschutzimpfung**

### **Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

#### **Nr. 3**

#### **§ 132i (neu): Regionale Modellvorhaben zur Durchführung von Gripeschutzimpfungen in Apotheken**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Zur Förderung der Impfquote soll im Rahmen regionaler Modellvorhaben die Gripeschutzimpfung künftig auch in der Apotheke durchgeführt werden dürfen.

#### **Bewertung**

Auch wenn die Innungskrankenkassen die Intention des Referentenentwurfs an dieser Stelle begrüßen, muss die Frage, wer im Falle von Gesundheitsschäden das Haftungsrisiko trägt, vorab eindeutig geklärt werden.

Laut den Ausführungen des Robert Koch-Institutes (RKI) Stand: 19.09.2017 dürfen auch Pflegekräfte, Arzthelferinnen und Arzthelfer mit entsprechender Ausbildung Arzneimittel verabreichen. Weiterhin führt das RKI aus: "Ob das Personal in der Lage ist, eine Impfung korrekt zu verabreichen, ist vom fachlichen Vorgesetzten oder dem Arbeitgeber vor einer selbstständigen Ausübung zu kontrollieren. [...] Impfungen sollten aber nur in Anwesenheit eines Arztes ausgeführt werden, damit bei unerwarteten Nebenwirkungen und Komplikationen, die in sehr seltenen Fällen auftreten können, sofort optimale Hilfe geleistet werden kann." (Quelle: [https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Impfen/AllgFr\\_RechtlFragen/faq\\_impfen\\_RechtlFragen\\_ges.html](https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Impfen/AllgFr_RechtlFragen/faq_impfen_RechtlFragen_ges.html))

Das pharmazeutische Personal dürfte, nach entsprechender Schulung, ebenso wie die anderen oben genannten Berufsgruppen in der Lage sein, eine Impfung zu verabreichen.

#### **Änderungsvorschlag**

Bitte um Prüfung.

## **Botendienste der Apotheken**

### **Zu Artikel 3 (Änderung der Apothekenbetriebsordnung)**

#### **Nr. 1b)**

#### **§ 17 Absatz 2 ApBetrO: Botendienste der Apotheken**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Der Botendienst der Apotheken wird neu reguliert und soll als reguläres Angebot ermöglicht werden. Die notwendige Beratung kann auch via Telekommunikation sichergestellt werden.

#### **Bewertung**

Die Neuregelungen zum Botendienst werden von den Innungskrankenkassen begrüßt. Sie ermöglichen eine, wie vom Bundesministerium für Gesundheit intendierte, Gleichstellung der Vor-Ort-Apotheken mit den Versandapotheken. Es sollte allerdings eindeutig festgelegt werden, dass der Apotheker eine angemessene Beratung, auch via Telekommunikation, sicherzustellen hat.

#### **Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Förderung des Notdienstes**

### **Zu Artikel 5 (Änderung der Arzneimittelpreisverordnung)**

#### **Nr. 1**

#### **§ 3 Absatz 1 AMPreisV : Notdienstzuschlag**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Der Zuschlag zur Förderung des Notdienstes wird um 5 Cent von 16 Cent auf 21 Cent je abgegebener Packung eines verschreibungspflichtigen Medikamentes erhöht.

#### **Bewertung**

Die angedachte Erhöhung ist für die Innungskrankenkassen grundsätzlich nachvollziehbar und soll auch zukünftig die Arzneimittelversorgung der Bevölkerung außerhalb der regulären Öffnungszeiten gewährleisten. Nicht nachvollziehbar bleibt allerdings, warum diese Förderung nicht aus den Einsparpotentialen finanziert wird, welche im Gutachten des BMWi zur Arzneimittelpreisverordnung ausgemacht wurden. Wie im Gutachten vorgeschlagen sollte der Festzuschlag (Apotheken) bei der Abgabe von Fertigarzneimitteln von 8,35 Euro auf 5,84 Euro bzw. der Großhandelszuschlag von 3,15 Prozent auf 0,53 Prozent gesenkt werden.

#### **Änderungsvorschlag**

Artikel 5 Nr. 1 wird wie folgt ergänzt bzw. geändert:

1. § 2 Abs. 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

Die Angabe „3,15“ wird durch die Angabe „0,53“ ersetzt.

~~4.~~ 2. § 3 Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

a) Die Angabe „8,35“ wird durch die Angabe „5,84“ ersetzt.

~~a)~~ b) Die Angabe „16“ wird durch die Angabe „21“ ersetzt.

~~b)~~ c) Nach dem Wort „Notdienstes“ werden die Wörter „zuzüglich 20 Cent zur Finanzierung zusätzlicher pharmazeutischer Dienstleistungen“ eingefügt.

## **Vergütung der Abgabe von Betäubungsmitteln**

### **Zu Artikel 5 (Änderung der Arzneimittelpreisverordnung)**

#### **Nr. 2**

#### **§ 7 AMPPreisV: Vergütung der Abgabe von Betäubungsmitteln**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Vergütung zur Abgabe von Betäubungs- und Arzneimitteln mit den Wirkstoffen Lenalidomid, Pomalidomid und Thalidomid wird von 2,91 Euro auf 4,26 Euro erhöht.

#### **Bewertung**

Die Regelung ist für die Innungskrankenkassen grundsätzlich nachvollziehbar. Es bedarf jedoch einer Klarstellung, dass die Betäubungsmittelgebühr nur einmalig pro Verordnungszeile abgerechnet werden darf.

#### **Änderungsvorschlag**

Zu Artikel 5 Nr. 2) § 7 AMPPreisV wird wie folgt gefasst:

„Bei der Abgabe eines Betäubungsmittels, dessen Verbleib nach § 1 Absatz 3 der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung nachzuweisen ist, sowie bei der Abgabe von Arzneimitteln nach § 3a der Arzneimittelverschreibungsverordnung können die Apotheken einen zusätzlichen Betrag von ~~2,91~~ 4,26 Euro einschließlich Umsatzsteuer pro Verordnungszeile berechnen.“