

Anträge des Deutschen Apothekertages 2023

4. Rahmenbedingungen der Berufsausübung

GESCHÄFTSFÜHRENDER ABDA-VORSTAND, AK SAARLAND, SAARLÄNDISCHER APOTHEKERVEREIN E. V.

Steigerung der Apothekenhonorierung

Drucksache L 3 zu 4.1.1 – 4.1.2

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, die lange überfällige und dringend notwendige Erhöhung des Apothekenhonorars vorzunehmen und sicherzustellen, dass zukünftig regelmäßig und ohne Verknüpfung mit sachfremden anderen Themenfeldern eine automatische Anpassung erfolgt.

Hierzu ist das Fixum nach Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) auf 12,00 Euro netto pro Packung eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels zu erhöhen und dieser Betrag dann ab 2025 mittels eines sachgerecht kompilierten Index anzupassen.

Der Apothekenabschlag gemäß § 130 Abs. 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) ist auf 1,48 Euro netto (derzeit 1,77 Euro brutto) festzuschreiben.

Begründung

Der seit Jahren wachsende Kostendruck auf Apothekenbetriebe hat vor dem Hintergrund einer Inflationsrate von 7,9 Prozent im Jahr 2022 und den damit einhergehenden gestiegenen Energie-, Sach- und Personalkosten einen nicht weiter hinnehmbaren Höhepunkt erreicht. Demgegenüber steht ein Apothekenhonorar, welches seit nun 10 Jahren nicht mehr angepasst wurde und somit völlig entkoppelt von jeglichen wirtschaftlichen Entwicklungen ist. Auch der hohe Grad der von staatlicher Seite vorgegebenen bürokratischen Anforderungen nimmt mehr und mehr Zeit der Apothekenteams in Anspruch, ohne finanziell ausgeglichen zu werden.

Durch das Fixhonorar für verschreibungspflichtige Arzneimittel können Kostensteigerungen durch ständig steigende gesetzgeberische Anforderungen an die Abgabe von Arzneimitteln und Hilfsmitteln wie z. B. securPharm oder die Präqualifizierung verbunden mit einer deutlichen Arbeits- und Kostenmehrbelastung in der Apotheke nicht – wie in anderen Bereichen aktuell zu beobachten – eingepreist werden. Die wachsenden Kosten können somit durch das aktuelle apothekerliche Fixum vom 8,35 Euro nicht mehr aufgefangen werden. Zusätzlich dazu gilt seit Februar 2023 ein auf

zwei Jahre befristeter erhöhter Kassenabschlag von 2,00 Euro, sodass den Apothekern trotz stark steigender Kosten sogar noch das Honorar gekürzt wurde.

Zum Ende des 1. Quartals 2023 lag die Zahl der Apotheken in Deutschland bei 17.939. Allein im 1. Quartal 2023 verringerte sich die Zahl um 129. Seit einigen Jahren schließen jährlich über 300 Apothekenbetriebe und dies mit sich beschleunigender Tendenz. Es zeigt sich, dass die aktuelle Apothekenhonorierung nicht in der Lage ist, eine angemessene Wirtschaftlichkeit umfassend sicherzustellen. Dabei wirkt sich jede Apothekenschließung direkt auf die Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln aus.

Gerade diese Situation schafft Planungsunsicherheit für junge Pharmazeuten, eine Tätigkeit in einer öffentlichen Apotheke aufzunehmen oder vielmehr eine Apotheke selbstständig zu betreiben. Nur wenn die Wirtschaftlichkeit der Apotheke sichergestellt ist, kann die Versorgung mit Arzneimitteln durch inhabergeführte Apotheken zukunftssicher aufgestellt werden. Dafür muss die Politik verlässliche Rahmenbedingungen vorgeben.

Antrag angenommen

GESCHÄFTSFÜHRENDER ABDA-VORSTAND

Steigerung der Apothekenhonorierung

Drucksache 4.1.1

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber, die lange überfällige und dringend notwendige Erhöhung des Apothekenhonorars vorzunehmen und sicherzustellen, dass zukünftig regelmäßig und ohne Verknüpfung mit sachfremden anderen Themenfeldern eine automatische Anpassung erfolgt.

Hierzu ist das Fixum nach Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) auf 12,00 Euro pro Packung eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels zu erhöhen und diesen Betrag dann ab 2025 mittels eines sachgerecht kompilierten Index anzupassen.

Begründung

Der seit Jahren wachsende Kostendruck auf Apothekenbetriebe hat vor dem Hintergrund einer Inflationsrate von 7,9 Prozent im Jahr 2022 und den damit einhergehenden gestiege-

nen Energie-, Sach- und Personalkosten einen nicht weiter hinnehmbaren Höhepunkt erreicht. Demgegenüber steht ein Apothekenhonorar, welches seit nun 10 Jahren nicht mehr angepasst wurde und somit völlig entkoppelt von jeglichen wirtschaftlichen Entwicklungen ist. Auch der hohe Grad der von staatlicher Seite vorgegebenen bürokratischen Anforderungen nimmt mehr und mehr Zeit der Apothekenteams in Anspruch, ohne finanziell ausgeglichen zu werden.

Durch das Fixhonorar für verschreibungspflichtige Arzneimittel können Kostensteigerungen in der Apotheke nicht – wie in anderen Bereichen aktuell zu beobachten – eingepreist werden. Die wachsenden Kosten können somit durch das aktuelle apothekerliche Fixum vom 8,35 Euro nicht mehr aufgefangen werden. Zusätzlich dazu gilt seit Februar 2023 ein auf zwei Jahre befristeter erhöhter Kassenabschlag von 2,00 Euro, sodass den Apothekern trotz stark steigender Kosten sogar noch das Honorar gekürzt wurde.

Zum Ende des 1. Quartals 2023 lag die Zahl der Apotheken in Deutschland bei 17.939. Allein im 1. Quartal 2023 verringerte sich die Zahl um 129. Seit einigen Jahren schließen jährlich über 300 Apothekenbetriebe und dies mit sich beschleunigender Tendenz. Es zeigt sich, dass die aktuelle Apothekenhonorierung nicht in der Lage ist, eine angemessene Wirtschaftlichkeit umfassend sicherzustellen. Dabei wirkt sich jede Apothekenschließung direkt auf die Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln aus.

Gerade diese Situation schafft Planungsunsicherheit für junge Pharmazeuten, eine Tätigkeit in einer öffentlichen Apotheke aufzunehmen oder vielmehr eine Apotheke selbstständig zu betreiben. Nur wenn die Wirtschaftlichkeit der Apotheke sichergestellt ist, kann die Versorgung mit Arzneimitteln durch inhabergeführte Apotheken zukunftssicher aufgestellt werden. Dafür muss die Politik verlässliche Rahmenbedingungen vorgeben.

siehe Leituantrag L 3: Antrag angenommen

AK SAARLAND, SAARLÄNDISCHER APOTHEKERVEREIN E. V.

Weiterentwicklung des Apothekenhonorars

Drucksache 4.1.2

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, den Apothekenzuschlag für Fertigarzneimittel von derzeit 8,35 Euro netto auf 12,00 Euro netto zu erhöhen und zukünftig automatisch zu dynamisieren. Der Apothekenabschlag gemäß § 130 Abs. 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) ist auf 1,48 Euro netto (derzeit 1,77 Euro brutto) festzuschreiben.

Begründung

Seit 2004 wurde die Honorierung der Apotheken lediglich einmal, nämlich im Jahr 2012, von 8,10 Euro auf 8,35 Euro erhöht, § 3 Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV). Damit sind Apotheken abgekoppelt von den jährlich steigenden Kosten und im Ergebnis von der allgemeinen wirtschaftlichen Entwicklung. Daneben führen ständig steigende gesetzgeberische Anforderungen an die Abgabe von Arzneimitteln und Hilfsmitteln wie z. B. secur-Pharm oder die Präqualifizierung zu einer deutlichen Arbeits- und Kostenmehrbelastung in den Apotheken, ohne dass diese mit einer Erhöhung der Honorierung verbunden waren/sind. Die derzeitige Honorierung der Apotheken deckt die tatsächlich anfallenden Kosten immer unzureichender ab. Hohe Inflationsraten, gestiegene Energiekosten sowie deutliche Steigerungen des Tarifgehaltes der Apothekenangestellten führen dazu, dass immer mehr Apotheken schließen müssen. Allein im Saarland ist seit 2019 die Zahl der Apotheken um 10 Prozent zurück gegangen. Der Gesetzgeber steht in der Pflicht, es den Apotheken zu ermöglichen, die im öffentlichen Interesse gebotene Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Dies kann nur mit einer deutlichen Erhöhung und Dynamisierung des Apothekenhonorars erreicht werden.

siehe Leit Antrag I 3: Antrag angenommen

LAK HESSEN

Präventionsmaßnahmen stärker finanziell und strukturell fördern und dabei die Apotheken einbinden und angemessen honorieren

Drucksache 4.2

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, Präventionsmaßnahmen stärker finanziell und strukturell zu fördern und dabei die Apotheken einzubinden und angemessen zu honorieren.

Begründung

Die Zahl der Menschen, die medizinisch versorgt werden müssen – sei es akut oder wegen chronischer Erkrankungen – steigt seit Jahren und betrifft zunehmend auch die jüngeren Generationen. Die Zahl der Leistungserbringer im Gesundheitswesen dagegen nimmt immer weiter ab. Förderprogramme wie z. B. Landarztquoten, zeigen bisher wenig Wirkung; junge Menschen streben eine andere Balance zwischen Arbeit und Freizeit und damit kürzere Wochenarbeitszeiten an. Damit auch in Zukunft erkrankte Menschen gut behandelt werden können, müssen entweder mehr Fachkräfte ausgebildet oder vermeidbare Erkrankungen durch Prävention und Aufklärung verhindert werden. Apotheken sind für die Bevölkerung niederschwellige Anlaufstellen für Fragen zu Arzneimitteln und Gesundheit. Sie unterstützen schon jetzt Präventionsmaßnahmen, z. B. durch Beratung zu Ernährung und Bewegung. Der Gesetzgeber hat dies bereits erkannt und die Möglichkeit zur Durchführung von Impfungen in Apotheken geschaffen. Daher ist es nur konsequent, die Expertise der Apothekerinnen und Apotheker noch weitergehend zu nutzen und finanziell mit einem angemessenen Honorar zu fördern. Perspektivisch kann die finanzielle Förderung von Präventionsmaßnahmen hohe Folgekosten im Gemeinwesen für medizinische Behandlung, Arzneimittel und Ausfall von Produktivität verhindern.

Antrag angenommen

LAK HESSEN, AV NORDRHEIN E. V.

Einführung eines Honorars für Sonderleistungen

Drucksache 4.3

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, bei der Abgabe von Arzneimitteln die einen erhöhten Aufwand in der Beschaffung etc. erfordern, eine angemessene Vergütung vorzusehen.

Begründung

Bei allen auf dem normalen Wege beschafften und abgegebenen Arzneimitteln, Rezepturen etc. gilt die Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV). Die einzige Erhöhung des Fixentgeldes auf 8,35 Euro wurde 2013 vorgenommen. Gerade vor dem Hintergrund der steigenden Bürokratieranforderungen, der derzeitigen Lieferengpässe und weiterer Faktoren wäre es daher sinnvoll für Fälle, die einen höheren Aufwand in der Beschaffung des Arzneimittels oder in der Beratung haben, eine gesonderte Vergütung festzulegen. Für die Fälle müsste man das Honorar der AMPreisV erhöhen bzw. eine gesonderte kostendeckende Servicegebühr festlegen.

Antrag nach redaktioneller Änderung in den Ausschuss verwiesen

LAK BADEN-WÜRTTEMBERG, LAV BADEN-WÜRTTEMBERG E. V.

Honorierung für die Umsetzung der Rabattverträge

Drucksache 4.4

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, die rechtlichen Rahmenbedingungen dafür zu schaffen, dass Apotheken an dem Einsparvolumen, welches durch die Umsetzung der Rabattverträge von den Apotheken generiert wird, partizipieren.

Begründung

Krankenkassen können mit Arzneimittelherstellern seit 2007 Rabattverträge für die preisgünstigere Abgabe von Arzneimitteln abschließen. Mittlerweile gibt es etwa 39.000 kassenspezifische Rabattverträge, die vorschreiben, welche Versicherten welches Präparat von welchem Hersteller erhalten können. Die Berücksichtigung der wachsenden Zahl dieser Verträge bei der Patientenversorgung bedeutet für die Apotheken einen hohen administrativen Aufwand, weil 75 Mio. Datensätze in der Apotheken-EDV verarbeitet werden müssen, um die Rabattverträge den Krankenkassen, Herstellern und Arzneimitteln zuzuordnen. Immer

mehr Aufwand verursacht auch die Verfügbarkeitsprüfung und die sich anschließende Dokumentation. Abschließend muss noch die wichtigste Prüfung vorgenommen werden, ob die Abgabe pharmazeutisch vertretbar ist. Dies ist gegebenenfalls noch bei einer statistischen Abweichung der Verwendungshäufigkeit der Sonder-Pharmazentralnummer (PZN) „pharmazeutische Bedenken“ zu rechtfertigen.

Für die Krankenkassen verursacht dies Einsparungen in Milliardenhöhe. Die Einsparungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in den letzten drei Jahren stiegen von 5,0 Mrd. Euro über 5,1 Mrd. Euro auf 5,5 Mrd. Euro. Während die gesetzlichen Krankenkassen mit den Rabattverträgen besagte Einsparungen erzielen, haben die Apotheken den gesamten technisch-administrativen Aufwand zur Umsetzung der Verträge zu leisten und tragen draus resultierende Retaxationsrisiken. Der Umsetzungsaufwand und daraus resultierende Personal- und Sachkosten werden den Apotheken nicht erstattet. Dies steht in krassem Missverhältnis. Dass zum einen die Krankenkassen sparen, während die Apotheken die gesamte Last der Umsetzung tragen, ist ein falsch verstandenes Wirtschaftlichkeitsprinzip. In einer Zeit, in welcher die Vergütung der Apotheken seit 10 Jahren nicht der rasanten Kostenentwicklung und dem gestiegenen Aufwand angepasst wurde und stattdessen der an die gesetzliche Krankenkassen gemäß § 130 Abs. 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zu entrichtende Apothekenabschlag bis Ende Januar 2025 von 1,77 Euro auf 2,00 Euro erhöht wurde, gibt es keinerlei finanzielle Spielräume für kostenlos an das GKV-System zu erbringende Solidarleistungen.

Eine für sämtliche Beteiligten ausgewogene Regelung lässt sich insoweit erzielen, als Apotheken an dem Einsparvolumen, welches durch die Umsetzung der Rabattverträge generiert wird, angemessen partizipieren.

Antrag in den Ausschuss verwiesen

LAV BADEN-WÜRTTEMBERG E. V.

Honorierung des Einzuges der Zuzahlung

Drucksache 4.5

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, die rechtlichen Rahmenbedingungen dahingehend zu schaffen, dass der Einzug der Zuzahlung gemäß §§ 31 Abs. 3, 33 Abs. 8, 43c Abs. 1, 61 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) durch die Apotheken in angemessener Höhe zu vergüten ist.

Begründung

Gesetzlich krankenversicherte Patientinnen und Patienten müssen für die Versorgung mit verordneten Arznei- und Hilfsmitteln zu Lasten ihrer Krankenkasse (gemäß §§ 31 Abs. 3, 33 Abs. 8, 43c Abs. 1, 61 SGB V) eine gesetzliche

Zuzahlung leisten. Apotheken haben als Leistungserbringer nach § 43c Abs. 1 SGB V die Zuzahlung von den Versicherten einzuziehen und mit ihrem Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse zu verrechnen.

Die Zuzahlung dient der finanziellen Entlastung der gesetzlichen Krankenkassen. Die Krankenkassen sparen durch die Zuzahlungen, die von Apotheken eingezogen werden müssen, über 2 Mrd. Euro pro Jahr, Tendenz steigend, während der mit der Einziehung der Beträge im Apothekenalltag verbundene und aktuell nicht vergüteter Aufwand (z. B. Klärung des Zuzahlungsstatus, Rücksprache mit Arzt oder Krankenkasse, Korrektur, Einzug bei Heimpatienten und Rechnungskunden, schriftliche Zahlungsaufforderungen und Maßnahmen bei Zahlungsverweigerung etc.) ausschließlich in den Apotheken entsteht.

In einer Zeit, in welcher die Vergütung der Apotheken seit 10 Jahren nicht der rasanten Kostenentwicklung und dem gestiegenen Aufwand angepasst wurde und stattdessen der an die gesetzliche Krankenkassen gemäß § 130 Abs. 1 SGB V zu entrichtende Apothekenabschlag bis Ende Januar 2025 von 1,77 Euro auf 2,00 Euro erhöht wurde, gibt es keinerlei finanziellen Spielräume für kostenlos an das System der gesetzliche Krankenversicherung (GKV) zu erbringende Solidarleistungen. Der Aufwand im Zuge des Zuzahlungseinzuges ist dort zu vergüten, wo er entsteht und das ist in der Apotheke. Die Höhe der Vergütung kann sich an den durchschnittlichen Verwaltungskosten der gesetzlichen Krankenkassen im Verhältnis zu deren Einnahmen orientieren bzw. an der Höhe des Verwaltungskostensatzes gemäß § 8 Coronavirus-Testverordnung (TestV), welche den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) bei der Abrechnung der Leistungen zugestanden wurde.

Antrag in den Ausschuss verwiesen

AK BERLIN

Kein Krankenkassenzwangsrabatt bei Nutzung von Sonder-PZN

Drucksache 4.6

Antrag

Die Hauptversammlung der Deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber auf, die notwendigen Regelungen zu verabschieden, damit in allen Fällen, wo den Apotheken eine Versorgung gesetzlich Versicherter mit Rabattarzneimitteln einer Krankenkasse nach § 130a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) nicht möglich ist, die Zahlung des Zwangsrabatts nach § 130 SGB V an diese Krankenkasse entfällt. Alternativ ist eine Konstruktion in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) zu schaffen, die diesen erhöhten Aufwand anderweitig ausgleicht.

Begründung

Die Versorgung gesetzlich Versicherter mit den jeweiligen Rabattvertragsarzneimitteln der unterschiedlichen Krankenkassen stellt die Apothekenteams ganz besonders in Zeiten zunehmender Arzneimittellieferengpässe vor besondere Herausforderungen. Aber auch andere Gründe wie Akutversorgung, dringender Bedarf und pharmazeutische Begründungen wie Teilbarkeit von Tabletten, Aussehen (Verwechslungsgefahr), Geschmack, Applikationshilfen, Darreichungsformen usw. machen einen Austausch zur Förderung der Adhärenz oder überhaupt zum Erhalt der Therapie in verschiedenen Fällen unumgänglich. Der jeweils dabei entstehende zusätzliche Beratungs-, Informations- und Bearbeitungsaufwand ist immens. Ein vergleichsweise einfacher Weg, einen Teil dieses Aufwands auszugleichen und damit die wohnortnahe Versorgung zu sichern, ist der Wegfall der Zahlung des Krankenkassenzwangsrabatts in diesen Fällen, der durch das jeweilige Sonderkennzeichen (Sonder-PZN) mit entsprechendem Faktor vergleichsweise einfach detektierbar ist.

Antrag in den Ausschuss verwiesen

LAK BADEN-WÜRTTEMBERG, LAV BADEN-WÜRTTEMBERG E. V.

Ausgleich von Lagerwertverlusten

Drucksache 4.7

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, geeignete Maßnahmen zu treffen, welche die Apotheken vor eintretendem finanziellem Schaden im Zuge der Änderung von Festbeträgen oder endenden Rabattverträgen schützen bzw. solche finanziellen Nachteile kompensieren.

Begründung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) setzt gemäß § 35 i. V. m. den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) Festbeträge für bestimmte Arzneimittelgruppen fest. Die Apotheke ist gemäß § 15 Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) zur Vorratshaltung verpflichtet, gleichzeitig trägt sie das wirtschaftliche Risiko für die Lagerhaltung. Aufgrund regelmäßig für bestimmte Arzneimittelgruppen stattfindenden Absenkungen von Festbeträgen und damit verbundenen Preisabsenkungen der pharmazeutischen Unternehmen, entstehen den Apotheken unverschuldet wirtschaftliche Schäden in beträchtlichem Umfang. Im Interesse einer zuverlässigen, flächendeckenden und dezentralen Versorgung durch die Vor-Ort-Apotheken ist durch geeignete gesetzgeberische Maßnahmen sicherzustellen, dass diese unverschuldeten wirtschaftlichen Nachteile vermieden oder den Apotheken kompensiert werden. →

Eine Lagerbereinigung kann die Apotheke mangels Einflusses auf das Ordnungsverhalten der Ärzte nicht durchführen. Vielmehr sind den Apotheken die eintretenden finanziellen Nachteile im Rahmen eines Folgenbeseitigungsanspruchs zu erstatten.

Gleiches gilt für die finanziellen Einbußen, welche Apotheken infolge auslaufender Rabattverträge erleiden. Gemäß § 130a Abs. 8 SGB V vereinbarten Krankenkassen mit pharmazeutischen Unternehmen Rabatte für die zu ihren Lasten abgegebenen Arzneimittel. Die Verträge sollen eine Laufzeit von zwei Jahren vorsehen. In den Vereinbarungen sind die Vielfalt der Anbieter und die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung der Versicherten zu berücksichtigen. Die Rabattverträge tragen mit jährlich ca. 5 Mrd. Euro zur Finanzierung des Systems der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bei. Die Umsetzung der Rabattverträge erfolgt durch die Apotheken mit beträchtlichem Aufwand. Enden die Rabattverträge und werden durch neue ersetzt, entfallen die noch bevorrateten Arzneimittel aus der Abgaberangfolge nach dem Rahmenvertrag und können somit nicht mehr zu Lasten der Kasse abgegeben werden. Die hierdurch entstehenden finanziellen Einbußen bleiben bei den Apotheken hängen.

Diesem unbilligen Umstand kann dadurch Abhilfe geschaffen werden, dass Krankenkassen in Ergänzung des § 130a Abs. 8 SGB V verpflichtet werden, entsprechende Übergangsregelungen in den Verträgen zu schaffen, welche es Apotheken erlaubt die bisher bevorrateten Rabattarzneimittel noch abzugeben. Es kann nicht angehen, dass die Krankenkassen den finanziellen Vorteil aus den Rabattverträgen generieren, während die Apotheken über den enormen Umsetzungsaufwand hinaus noch den finanziellen Schaden aus der notwendigen Bevorratung und der mit Ende des Rabattvertrages wegfallenden bevorrechtigten Abgaberangfolge haben.

Antrag in den Ausschuss verwiesen

AK SAARLAND, SAARLÄNDISCHER APOTHEKERVEREIN E. V.

Gesetzlicher Rahmen für (Null-)Retaxationen

Drucksache 4.8

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, Regelungen dahingehend zu treffen, dass Apotheken die Möglichkeit eingeräumt wird, Verstöße gegen Abgabe- und/oder Abrechnungsvorschriften im Rahmen eines der Retaxation nachgelagerten Einspruchsverfahrens zu heilen.

Begründung

Die gesetzlichen Krankenkassen „missbrauchen“ Verstöße von Apotheken gegen Abgabe- und/oder Abrechnungsvorschriften dazu, die Bezahlung von Rezepten zu verweigern, obwohl die jeweilige Apotheke ihrer gesetzlichen Leistungspflicht nachgekommen ist. Im Ergebnis versorgen die Apotheken die Versicherten auf eigene Kosten, obwohl der gesetzlichen Krankenkasse durch den Verstoß gegen Abgabe- und/oder Abrechnungsvorschriften kein wirtschaftlicher Nachteil entstanden ist.

Abgabe- und/oder Abrechnungsvorschriften erfüllen einen legitimen Zweck. Dieser legitime Zweck muss betroffenen Apotheken aber die Möglichkeit einräumen, im Rahmen von Retaxationen nachgelagerten Einspruchsverfahren diese Abgabe- und/oder Abrechnungsfehler heilen zu können, um einen Zahlungsanspruch gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse auszulösen.

Da sich die gesetzlichen Krankenkassen weigern, ihrem Selbstverwaltungsauftrag gerecht zu werden und praktikable Lösungsansätze für vorgenannte Probleme mit den Apothekerverbänden zu finden, ist der Gesetzgeber gefordert, eine angemessene Regelung verbindlich vorzugeben.

Antrag angenommen

BERLINER APOTHEKER-VEREIN, APOTHEKERVERBAND BERLIN (BAV) E. V.

Keine Retaxation bei Formfehlern im Entlassmanagement

Drucksache 4.9

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, gesetzlich festzulegen, dass im Sinne einer schnellen und sicheren Versorgung von Patientinnen und Patienten im Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) Abweichungen von Formvorgaben, die im Rahmenvertrag nach § 39 Abs. 1a SGB V für Verordnungen festgelegt sind und sich an die ausstellenden Ärztinnen und Ärzte richten, von den Krankenkassen nicht zum Anlass für Taxbeanstandungen genommen werden dürfen. Apotheken dürfen von Krankenkassen darüber hinaus auch nicht verpflichtet werden, fehlende Angaben oder offensichtliche Abweichungen von Formvorgaben des Rahmenvertrages nach § 39 Abs. 1a SGB V auf Verordnungen im Entlassmanagement vor der Versorgung und/oder Abrechnung zu ergänzen oder zu korrigieren.

Begründung

Die Krankenhausbehandlung umfasst ein Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung.

Einzelheiten u. a. zu Verordnungen im Entlassmanagement regeln der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband), die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) in einem Rahmenvertrag. Leider ist festzustellen, dass von dort festgelegten hochkomplexen formalen Vorgaben für Entlassverordnungen durch die verordnenden Ärzte immer wieder abgewichen wird. Diese Abweichungen werden erfahrungsgemäß von Krankenkassen zum Vorwand für die Nichtvergütung der Versorgung entlassener Patientinnen und Patienten durch Apotheken genommen.

Um die Versorgung von Patientinnen und Patienten, die nach ihrer Entlassung auf die rasche Versorgung mit im Entlassmanagement verordneten Arznei- und/oder Hilfsmitteln angewiesen sind, zu verbessern, ist die Vergütung der versorgenden Apotheken und sonstigen Leistungserbringer trotz solcher Abweichungen sicherzustellen.

Antrag angenommen

AK SAARLAND, SAARLÄNDISCHER APOTHEKERVEREIN E. V.

Angaben auf ärztlicher Verordnung, § 2 AMVV

Drucksache 4.10

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber auf, § 129 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) über die im Arzneimittel-Lieferengpassbekämpfungsgesetz (ALBVVG) getroffenen Regelungen hinaus dahingehend zu ergänzen, dass im Falle des Fehlens der in § 2 Abs. 6/6a Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV) genannten Parameter zuzüglich „Berufsbezeichnung“ Retaxationen der Krankenkassen ausgeschlossen sind.

Begründung

Das Fehlen einzelner Vorgaben gemäß § 2 Abs. 1 AMVV führt immer wieder zu ungerechtfertigten Retaxationen durch die gesetzlichen Krankenkassen, obwohl originär der verordnende Arzt für die Fehlerhaftigkeit der Verordnung verantwortlich ist. Auch wurde der jeweilige Patient in der Regel ordnungsgemäß versorgt. Die Bearbeitung solcher Retaxationen verursacht sowohl einen immensen Arbeitsaufwand in den Apotheken als auch entstehen den Apotheken hohe finanzielle Verluste durch ausgesprochene Retaxation der gesetzlichen Krankenkassen.

§ 2 Abs. 6/6a AMVV sieht lediglich die Möglichkeit vor, dass Apotheken einzelne Fehler ohne Rücksprache mit der verschreibenden Person ergänzen können, wenn ein dringender Fall vorliegt bzw. wenn der Apotheke die Angaben zweifelsfrei bekannt sind. In allen anderen Fällen müssen die Apotheken die Verordnung ergänzen.

Fehlen einzelne Angaben, sprechen gesetzliche Krankenkassen zum Teil Null-Retaxationen aus, obwohl der Patient vollumfänglich durch die Apotheke versorgt wurde und die formale Fehlerhaftigkeit der Verordnung in den Verantwortungsbereich des Arztes fällt.

Das ALBVVG hat „lediglich“ für den Bereich des Fehlens einer Dosierangabe/des Ausstellungsdatums auf der Verordnung einen Retaxationausschluss geregelt.

§ 129 SGB V ist im Ergebnis dahingehend zu ergänzen, dass auch im Falle des Fehlens einzelner Angaben gemäß § 2 Abs. 6/6a AMVV zuzüglich „Berufsbezeichnung“ Retaxationen ausgeschlossen sind.

Antrag angenommen

THÜRINGER APOTHEKERVERBAND E. V., AK BERLIN

Ausweitung Botendienst

Drucksache L 4 zu 4.11.1 – 4.11.2

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, die notwendigen (sozial-)rechtlichen Änderungen vorzunehmen, um die Botendienstpauschale für verschreibungspflichtige Arzneimittel auf alle erstattungsfähigen Mittel, die durch die Apotheken auf Kassenrezept (GKV) abgegeben werden, auszuweiten. Diese Aufwandsentschädigung ist zudem regelmäßig bei Überschreiten eines bestimmten Prozentsatzes einer geeigneten Kenngröße automatisch anzupassen und dieses Vorgehen gesetzlich zu verankern.

Begründung

Nicht nur aufgrund der zunehmenden Anzahl an Lieferengpässen und der demographischen Entwicklung mit einer deutlichen Zunahme älterer, multimorbider und häufig auch immobiler Patientinnen und Patienten, sondern auch mit der weiteren Abnahme wohnortnaher Apothekenstandorte werden Botenlieferungen durch Apotheken immer wichtiger und notwendiger.

Durch das im Dezember 2020 in Kraft getretene Vor-Ort-Apotheken-Stärkungsgesetz (VO-ASG) ist die Botendienstvergütung in die Regelvergütung der Apotheken übergegangen. Für eine flächendeckende Versorgung mit benötigten Arzneimitteln ist es wichtig, dass diese auch gerade im ländlichen Raum den Patienten im Wege des Botendienstes abgegeben werden können.

Notwendige Lieferungen aufgrund ärztlicher Verordnungen beziehen sich jedoch nicht nur auf verschreibungspflichtige Arzneimittel (wie derzeit in der Formulierung festgehalten), sondern auch auf alle anderen ordnungs- und erstattungsfähigen Mittel wie nicht verschreibungspflichtige (Kinder)Arzneimittel, Verbandmaterialien, Medizinprodukte oder Ernährungslösungen.

Es darf keinen Unterschied geben, ob die Arzneimittel durch den Arzt für Erwachsene oder Kinder verordnet wurden. Wenn die Therapie vom Arzt mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln, z. B. bei Virusinfekten, dringend notwendig ist, kann ein Unterschied zwischen verschreibungspflichtigen und apothekenpflichtigen Arzneimitteln nicht toleriert werden. Ein krankes Kind sollte genauso beliefert werden können, wie ein Erwachsener mit Dauermedikation.

Alle Botenlieferungen erzeugen einen entsprechenden Aufwand in der Apotheke, der gleichermaßen entschädigt werden muss, um so auch die wohnortnahe Versorgung in der Le-

bensumwelt der Versicherten zu unterstützen. Der Anspruch auf Botendienst ist daher auch auf die Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zu erstrecken, sofern diese im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß § 34 Abs 1 Satz 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) erstattungsfähig sind.

Die Anpassung dieser finanziellen Unterstützung ist regelmäßig zu dynamisieren. Dafür ist eine geeignete Kenngröße wie die Inflationsrate, das Bruttoinlandsprodukt oder der Lebenshaltungsindex ebenso zu benennen wie ein Schwellenwert, ab dem eine Anpassung erfolgen muss.

Antrag angenommen

THÜRINGER APOTHEKERVERBAND E. V.

Ausweitung Botendienst

Drucksache 4.11.1

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, die Botendienstpauschale auf alle erstattungsfähigen Arzneimittel, die durch die Apotheken auf Kassenrezept (GKV) abgegeben werden, auszuweiten.

Begründung

Durch das im Dezember 2020 in Kraft getretene Vor-Ort-Apotheken-Stärkungsgesetz (VO-ASG) ist die Botendienstvergütung in die Regelvergütung der Apotheken übergegangen. Für eine flächendeckende Versorgung mit benötigten Arzneimitteln ist es wichtig, dass diese auch gerade im ländlichen Raum den Patienten im Wege des Botendienstes abgegeben werden können.

Es darf keinen Unterschied geben, ob die Arzneimittel durch den Arzt für Erwachsene oder Kinder verordnet wurden. Wenn die Therapie vom Arzt mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln, z. B. bei Virusinfekten, dringend notwendig ist, kann ein Unterschied zwischen verschreibungspflichtigen und apothekenpflichtigen Arzneimitteln nicht toleriert werden. Ein krankes Kind sollte genauso beliefert werden können, wie ein Erwachsener mit Dauermedikation.

Der Anspruch auf Botendienst ist daher auch auf die Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zu erstrecken, sofern diese im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß § 34 Abs 1 Satz 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) erstattungsfähig sind.

siehe Leit Antrag L 4: Antrag angenommen



AK BERLIN

Wohnortnahe Versorgung stärken: Apotheken-Botendienst für alle erstattungsfähigen Mittel

Drucksache 4.11.2

Antrag

Die Hauptversammlung der Deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, die notwendigen (sozial-) rechtlichen Änderungen vorzunehmen, damit der wohnortnahe individuelle Apotheken-Botendienst nicht mehr nur für verschreibungspflichtige Arzneimittel, sondern für alle erstattungsfähigen verordneten Mittel durch die entsprechende Botendienstvergütung unterstützt wird. Diese Aufwandsentschädigung ist zudem regelmäßig bei Überschreiten eines bestimmten Prozentsatzes einer geeigneten Kenngröße automatisch anzupassen und dieses Vorgehen gesetzlich zu verankern.

Begründung

Nicht nur aufgrund der zunehmenden Anzahl an Lieferengpässen und der demographischen Entwicklung mit einer deutlichen Zunahme älterer, multimorbider und häufig auch immobiler Patientinnen und Patienten, sondern auch mit der weiteren Abnahme wohnortnaher Apothekenstandorte werden Botenlieferungen durch Apotheken immer wichtiger und notwendiger.

Notwendige Lieferungen aufgrund ärztlicher Verordnungen beziehen sich jedoch nicht nur auf verschreibungspflichtige Arzneimittel (wie derzeit in der Formulierung festgehalten), sondern auch auf alle anderen verschreibungs- und erstattungsfähigen Mittel wie nicht verschreibungspflichtige (Kinder)Arzneimittel, Verbandmaterialien, Medizinprodukte oder Ernährungslösungen.

Alle Botenlieferungen erzeugen einen entsprechenden Aufwand in der Apotheke, der gleichermaßen entschädigt werden muss, um so auch die wohnortnahe Versorgung in der Lebensumwelt der Versicherten zu unterstützen. Die Anpassung dieser finanziellen Unterstützung ist regelmäßig zu dynamisieren. Dafür ist eine geeignete Kenngröße wie die Inflationsrate, das Bruttoinlandsprodukt oder der Lebenshaltungsindex ebenso zu benennen wie ein Schwellenwert, ab dem eine Anpassung erfolgen muss.

siehe *Leitantrag L 4: Antrag angenommen*

AK SAARLAND, SAARLÄNDISCHER APOTHEKERVEREIN E. V.

Stärkung der Selbstverwaltung Drucksache 4.12

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, die im Gesetzgebungsverfahren zu Beteiligten stärker einzubinden.

Begründung

Die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen wird neben rein staatlich oder rein privatrechtlich organisierten Gesundheitssystemen als „dritter Weg“ bezeichnet. Gerade seit der Corona-Pandemie ist aber zu beobachten, dass die Selbstverwaltung zum einen seitens der Politik mit zunehmend detaillierten Vorgaben konfrontiert wird, zum anderen im Gesetzgebungsprozess mit immer engeren Stellungnahme-Fristen konfrontiert wird, die eine Entscheidungsfindung nicht mehr ermöglicht. Teilweise betragen die Stellungnahme-Fristen wenige Stunden. Damit wird es der Selbstverwaltung faktisch unmöglich gemacht, ihrem Auftrag zur Gestaltung von (Gesundheits-)Versorgung gerecht zu werden. Folge ist, dass die Politik die Folgen ihres eigenen Handelns zum Anlass nimmt, die Legitimation der Selbstverwaltung in Frage zu stellen, da nicht effizient genug. Dem gegenüber wird die Selbstverwaltung seitens der Politik gerne dann „vorgeschoben“ und Verantwortlichkeit „ausgelagert“, wenn es zu Fehlverhalten im Gesundheitswesen kommt. Dann versteckt sich Politik hinter der Selbstverwaltung und macht diese als Sündenbock aus.

Selbstverwaltung kann aber nur funktionieren, wenn der Selbstverwaltung zur Entscheidungsfindung ausreichend Zeit eingeräumt wird. Dies ist auch erforderlich, damit eine sachnahe und nachhaltige Lösung der Probleme gefunden werden kann. Nur dann ist es auch der Selbstverwaltung möglich, die von den Entscheidungen betroffenen Akteure „mitzunehmen“, um die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Die Politik ist aufgerufen, der Selbstverwaltung mehr Entscheidungskompetenzen einzuräumen, zumal die Politik ohne die Expertise der Selbstverwaltung keine bedarfsgerechte und effiziente Versorgung der Bevölkerung sicherstellen kann.

Antrag nach redaktioneller Änderung angenommen

APOTHEKERVERBAND WESTFALEN-LIPPE E. V.

Prinzip der Selbstverwaltung Drucksache 4.13

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, durch geeignete Regelungen im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) das Prinzip der Selbstverwaltung dahingehend zu konturieren, dass dessen Missbrauch durch bspw. sachwidriges Blockieren von Entscheidungen, zweckwidriges oder gar willkürliches Vorgehen (bspw. bestimmte Retaxationen) unterbunden und, wo erforderlich, sanktioniert wird. Ziel ist es, Funktionsfähigkeit und Effizienz der Selbstverwaltung wiederherzustellen.

Besondere Bedeutung erfährt das Prinzip der Selbstverwaltung im Bereich der Verhandlung und Umsetzung von Verträgen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen. Insoweit wird der Gesetzgeber aufgefordert, zu Beginn des Vierten Kapitels des SGB V (erster Abschnitt – allg. Grundsätze; §§ 69 ff.) ein Gebot zu vertragspartnerschaftlichem Verhalten zu statuieren. Ziel muss es dabei sein, den Umgang „auf Augenhöhe“ zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern als allgemeinen, nicht zuletzt aber auch rechtsverbindlich zu beachtenden Grundsatz festzuschreiben.

Begründung

Dem Prinzip der Selbstverwaltung kommt im deutschen Gesundheitssystem große Bedeutung zu. Im Unterschied zu rein staatlichen Gesundheitssystemen ist dabei kennzeichnend, dass der deutsche Gesetzgeber die Rahmenbedingungen (u. a. durch das SGB V) vorgibt, die an der Gesundheitsversorgung Beteiligten sich im Übrigen aber selbst organisieren, um in eigener Verantwortung die Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Das hat unbestreitbare Vorteile wie bspw. die Einbeziehung von Leistungserbringern und Krankenkassen mit dem Ziel, einen Ausgleich zwischen den verschiedenen Interessen zu erreichen. Zugleich ist damit aber auch die Gefahr von Konflikten verbunden, die die Entscheidungsfindung und die Umsetzung von Vorhaben erschweren, insbesondere wenn es um finanzielle Fragen und die Verteilung von Ressourcen geht. Besteht oder entsteht darüber hinaus ein Machtungleichgewicht zwischen den Akteuren, werden nicht nur solche Konflikte weiter befeuert, sondern es etabliert sich eine strukturell ungleiche Verhandlungsstärke, die dem Prinzip der Selbstverwaltung letztlich diametral zuwiderläuft.

Für den Antragsteller sind solche und weitere Nachteile der Selbstverwaltung in den zurückliegenden Jahren immer offensichtlicher zutage getreten. Einige Beispiele: Im Rahmen der Verhandlungen des Zwangsrabattes für das Jahr 2013 konnten die Krankenkassen nur durch einen Schiedsstellenspruch dazu bewegt werden, statt von den Jahren 2011 und 2012, in denen durch den Gesetzgeber ein erhöhter Zwangsabbatt als temporäres Sonderopfer gefordert wor-

den war, die Rabattierung für das Jahr 2010 als Ausgangspunkt für die weiteren Verhandlungen zu akzeptieren. Ebenfalls musste die Schiedsstelle im Jahr 2016 bemüht werden, um den gesetzgeberischen Auftrag zur Einführung einer „Retaxbremse“ bei Formfehlern zu erfüllen (§ 129 Abs. 4 SGB V); der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) hatte sich schlicht geweigert, auf dem Verhandlungsweg eine einvernehmliche Lösung zu finden. Im Bereich der Zytostatika-Versorgung ist die Anrufung der Schiedsstelle mittlerweile geradezu regelhaft vonnöten. Und – um ein Beispiel einer ganz spezifischen Versorgung zu nennen – im Fall von Methadon sträuben sich die Kassen bis heute, eine Preisvereinbarung für Methadon-Tabletten zu vereinbaren. Im Ergebnis hat dies zur Folge, dass die Apotheken bei jeder Versorgung Geld zuschießen. Entlassmanagement, Cannabispreise, TI-Refinanzierung, pharmazeutische Dienstleistungen (pDL) usw. – die Liste der Fälle, in denen sich die Krankenkassen der Aufgabe der Selbstverwaltung verweigert haben, ließe sich beliebig fortsetzen.

Bezüglich der Verhandlung von Arzneimittel- und Hilfsmittellieferungsverträgen weiß der Antragsteller wahrlich ein Lied von der Bürde der Selbstverwaltung zu singen. Immer häufiger werden Verhandlungsgegenstände schroff und kategorisch, vor allen Dingen aber grundlos abgelehnt. Und selbst wenn ein Vertragsabschluss gelingt, dann wartet mit dessen Umsetzung die nächste Hürde, denn von einem vertragspartnerschaftlichen Miteinander kann kaum mehr die Rede sein. Dazu muss man sich nur exemplarisch die Retaxpraxis vor Augen führen, die häufig auf externe, private Dienstleister ausgelagert ist und frei von jeglicher Ermessensausübung und Verhältnismäßigkeit stattfindet. In Kombination mit der einer Rezeptbelieferung nachgelagerten Möglichkeit zur Verrechnung der Retaxationen mit anderen (künftigen) Vergütungsansprüchen entsteht eine toxische Mischung, die die Krankenkassen bewusst zweckwidrig, nämlich als Geschäftsmodell („Retax-Welle“) und Einnahmequelle zu nutzen wissen. Insoweit genauso folgerichtig wie entlarvend hat jüngst der Vorsitzende des BKK Dachverbandes e. V., Franz Knieps, mit Blick auf den von ihm kritisierten Entwurf des Arzneimittel-Lieferengpassbekämpfungs- und Versorgungsverbesserungsgesetzes (ALBVVG) geäußert, dass ein Verzicht auf Nullretaxationen im Rahmen der Belieferung von Rabatt-Arzneimitteln zu einem wirtschaftlichen Schaden auf Seiten der Krankenkassen in Höhe von mehr als 4 Mrd. Euro führen würde (vgl. DAZ.online v. 12.06.2023: „BKK-Bundesverband pocht auf Nullretax“). Dass zudem die hier beklagten Mängel der Selbstverwaltung häufig nicht nur zulasten der Apotheken als Leistungserbringer gehen, sondern auch die Gesundheitsversorgung der Patienten betreffen, lässt sich exemplarisch anhand des Zuzahlungsinkassos gemäß § 43c SGB V zeigen. Jedenfalls die Primärkassen in Nordrhein-Westfalen legen die Norm mittlerweile in einer Art und Weise aus, die nicht nur wider jeglicher vertragspartnerschaftlichkeit ist, sondern die vor allen Dingen das Wohl der Patienten in vielen speziellen Versorgungssituationen

völlig aus dem Blick verloren hat (vgl. DAZ.online v. 06.04.2023: „Das Zuzahlungsinkasso – warum der Gesetzgeber nachbessern muss“). So sinnvoll also das grundsätzliche Prinzip der Selbstverwaltung im Gesundheitssystem ist, so sehr lässt sich mittlerweile nicht mehr leugnen, dass die Krankenkassen übermächtig und einseitig bis hin zur Willkür agieren. Dem muss der Gesetzgeber – nicht zuletzt mit Blick auf die Gewährleistung gesetzmäßigen Verwaltungshandelns (Art. 20 Abs. 3 Grundgesetz) – entgegenzutreten, indem er für eine – effiziente – Kontrolle der Krankenkassen einschließlich einer fachlich wie personell gut ausgestatteten Beschwerdestelle sorgt. Letztere sollte bspw. auch im Fall einer sachwidrigen Blockadehaltung tätig werden können, sprich die Entscheidung von Krankenkassen ersetzen können (Fachaufsicht).

Darüber hinaus sind gesetzgeberische Vorgaben zum Zwecke der schärferen Konturierung der Selbstverwaltung vonnöten. Erste dahingehende Vorstöße sind dem ALBVVG zu entnehmen, denn der Gesetzgeber hat bzgl. des Ausschlusses von bestimmten Nullretaxationen nicht (mehr) auf eine Verhandlungslösung einschließlich eines Schiedsstellenverfahrens im Rahmen der Selbstverwaltung vertraut, sondern er selbst hat die betreffenden Fallkonstellationen positivrechtlich geregelt. Das Institut der Nullretaxation ist allerdings als solches abzuschaffen. Rechnungskürzungen sind nach den Grundsätzen des Schadensersatzrechtes per se auf den Ersatz solcher Vermögensschäden zu begrenzen, die bei einer Krankenkasse nachweislich im konkreten Fall entstanden sind. Alles andere, also etwaige Sanktionsmöglichkeiten, decken – ihrem Sinn und Zweck entsprechend – bereits die Vertragsmaßnahmen gemäß § 27 des Rahmenvertrages nach § 129 Abs. 2 SGB V ab.

Um ein vertragspartnerschaftliches Verhalten auf Seiten der Krankenkassen zu befördern, sollte § 27 des Rahmenvertrages nach § 129 Abs. 2 SGB V zudem um Sanktionen gegenüber den Krankenkassen erweitert werden. Es entspricht bereits dem Gedanken materieller Gerechtigkeit, nicht nur die Apotheken über eine Sanktionsandrohung zur Einhaltung der vertraglich übernommenen Pflichten zu bewegen. Aber auch der Logik der Selbstverwaltung folgend ist ein Verstoß gegen das die Krankenkassen treffende Pflichtenprogramm ebenso zu sanktionieren. Derzeit besteht lediglich die Möglichkeit, im Fall einer rechtswidrigen Retaxation den Kassenabschlag für den betreffenden Abrechnungsmonat zurückzufordern. Darin ist jedoch keine Sanktion im vorliegenden Sinne zu sehen.

Schließlich ist in das SGB V ein Gebot zu vertragspartnerschaftlichem Verhalten aufzunehmen. Ein passender Regelungsort dafür könnten die §§ 69 ff. SGB V bieten. Regelungsziel ist es – für die an der Versorgung beteiligten Vertragsparteien gleichermaßen – verbindlich festzulegen, dass bei Anpassung und Umsetzung der vertraglichen Grundlagen auch die Interessen der jeweils anderen Vertragspartei angemessene Berücksichtigung finden müssen. Einer solchen Regelung käme nicht nur die Bedeutung eines ausdrücklichen Appells, sondern auch einer rechtlichen Beurteilungsgrundlage

für bestimmte Verhaltensweisen oder bestimmte Maßnahmen zu. Insoweit könnte der Grundsatz insbesondere als Korrektiv in solchen Situationen fungieren, in denen Krankenkassen missbräuchlich, weil unabgestimmt, einseitig und sachwidrig agieren.

Im Fall einer Regelung in den §§ 69 ff. SGB V (Viertes Kapitel – Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern, erster Abschnitt – allg. Grundsätze) ist zu beachten, dass der Grundsatz auf alle vom vierten Abschnitt des SGB V umfassten Leistungsbeziehungen passt. Dass sich nicht nur die Apotheken den beschriebenen Missständen ausgesetzt sehen, sondern alle Leistungserbringer, steht indessen außer Frage.

Ohne die vorstehenden Maßnahmen steht nicht zu hoffen, dass sich die Funktionsfähigkeit und Effizienz der Selbstverwaltung in einem Umfang wiederherstellen lässt, der unabdingbar ist, um die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung auf Dauer qualitativ garantieren zu können. Erst recht muss dies in Ansehung der immensen Herausforderungen gelten, denen sich unser Gesundheitssystem gegenüber sieht.

Antrag angenommen

JAN HARBECKE, OLAF ELSNER, CHRISTIAN SCHMIDT, KATJA KESSELMEIER, ANGELIKA PLASSMANN, LARS RUWISCH, JOHANNES HERMES, GUIDO KRUSE, HOLGER SEYFARTH, KAI-PETER SIEMSEN

Abrechnungssicherheit bei eRezepten, Klärung in der Selbstverwaltung notwendig

ad-hoc-Antrag zu 4.13a

Antrag

Die Hauptversammlung der Deutschen Apotheker fordert den GKV-SV auf, zur Sicherung der Versorgung von Heimbewohnern mit verblühter abgegebenen Fertigarzneimitteln schnellstmöglich erneut in Verhandlungen mit dem DAV über die Übermittlung der Chargenbezeichnung mit dem Abrechnungsdatensatz der eRezepte einzutreten. Erforderlichenfalls fordert die Hauptversammlung der Deutschen Apotheker eine Kündigung der maßgeblichen Vereinbarung der Vertragspartner, um damit künftige Beanstandungen wegen fehlender oder mangelhafter Chargenangabe im Abgabendatensatz auszuschließen.

nach Abstimmung Übergang zum nächsten Antrag



LAK HESSEN

Überarbeitung des Heilmittelwerbegesetzes

Drucksache 4.14

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, die gesetzlichen Regelungen an die heutigen modernen Werbeformate anzupassen, sodass das Arzneimittel eine Ware besonderer Art bleibt und nicht weiter bagatellisiert wird.

Begründung

Werbung und Informationen über Arzneimittel erreichen den Bürger auf immer verschiedenen Wegen. Plattformen und soziale Medien nehmen inzwischen eine besondere Stellung ein. Hier wird beispielsweise offen von Influencern über Arzneimittel berichtet und geworben. Besonders prominente Beispiele im letzten Jahr waren ein Pulver zur Herstellung einer Elektrolytlösung im Off-Label-Use als Katermittel und verschiedene Antidiabetika zur Gewichtsreduktion. Die hiermit verbundene Aufmerksamkeit führte sowohl zur Berichterstattung in den Massenmedien als auch zu erheblichen Lieferengpässen. In einem der beschriebenen Beispiele wurde zudem ein Off-Label-Use beworben, welcher bei falscher Anwendung eine Gesundheitsgefährdung der Anwender darstellen kann. Um Arzneimittel nicht weiter zu bagatellisieren, fordern wir den Gesetzgeber auf, die gesetzlichen Regelungen zu überarbeiten und anzupassen.

Antrag angenommen

AK NORDRHEIN

Laienwerbung für Rx-Arzneimittel: Rechtsfreie Räume im Internet auflösen

Drucksache 4.15

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, ein Verfahren zu entwickeln, mit dem Internetseiten mit gesundheitsbezogenen Angeboten, die gegen geltendes Recht verstoßen, durch einen entsprechenden Antrag gesperrt werden können.

Begründung

Im Internet findet sich eine Vielzahl von rechtswidrigen Angeboten. Besonders bedenklich sind gesundheitsgefährdende Inhalte von Anbietern außerhalb der Europäischen Union (EU), die neben Lifestyle-Produkten auch Antibiotika unverhohlen bewerben. Etliche Online-Plattformen bieten Verbrauchern über eine in deutscher Sprache gehaltene

und regelmäßig unter einer „de“ Domain betriebene Website gesundheitsbezogene Dienstleistungen an. Konkret bestehen diese darin, dass zunächst ein Krankheitsbild ausführlich beschrieben wird, und dann dem Nutzer angeboten wird, hier für geeignete – namentlich benannte – verschreibungspflichtige Arzneimittel zu vermitteln.

Die Vermittlung dieser Rx-Medikamente erfolgt im nächsten Schritt durch eine (vermeintliche) telemedizinische Dienstleistung über mit der Plattform verbundene, im Ausland ansässige Ärzte, die eine Verschreibung ausstellen. Diese bekommt der Patient jedoch nie zu Gesicht, weil sie unmittelbar an eine ebenfalls vertraglich oder zum Teil auch gesellschaftsrechtlich verbundene, ebenfalls im Ausland sitzende Versandapotheke weitergeleitet wird.

Grundsätzlich bieten solche Online-Angebote eine Vielzahl rechtlicher Angriffspunkte: Die Werbung bei Laien für verschreibungspflichtige Arzneimittel ist laut § 10 Heilmittelwerbegesetz (HWG) verboten.

Es liegt darin auch eine Werbung für eine Fernbehandlung vor, die nicht den anerkannten fachlichen Standards entspricht – unzulässig nach § 9 HWG. Die ausgestellten Verschreibungen entsprechen in der Regel nicht den hierfür vorgesehenen Regelungen.

Eine Beratung durch eine Apotheke – wie nach § 20 Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) in Deutschland vorgeschrieben – ist bei diesem Geschäftsmodell weder vorgesehen noch möglich. Um einen effizienten Schutz der Gesundheit vor rechtswidrigen Angeboten im Internet zu gewährleisten, könnte man sich folgende Mechanismen vorstellen:

- Internetseiten mit gesundheitsbezogenen Angeboten, die gegen geltendes Recht verstoßen, könnten durch einen entsprechenden Antrag gesperrt werden, so wie dies durch Jugendschutzbehörden im Zusammenhang mit Internetseiten mit pornografischem Inhalt oder extremer politischer Hetze bereits möglich ist.
- Die Verpflichtung, dass Internetseiten mit gesundheitsbezogenem Content – insbesondere zu Therapien, Arzneimitteln und/oder Medizinprodukten – eine in der EU gelegene Zustelladresse besitzen müssen.
- Bessere Identifizierung der Domain-Inhaber. Zumind. in den Fällen, in denen auf einer Internetseite gesundheitsbezogene Leistungen angeboten werden, überwiegt die Möglichkeit der Kontrolle dieser Seiten über etwaigen datenschutzrechtlichen Belangen.
- Erweiterte Haftung des Domain-Inhabers bei rechtsverletzenden Inhalten von Internetseiten im Gesundheitsbereich.

Obwohl diese Internet-Angebote gegen zahlreiche Gesetze verstoßen, ist die Durchsetzung von Urteilen bislang schwierig, weil die Seitenbetreiber häufig aus dem Nicht-EU-Ausland stammen.

Daher ist die Politik gefragt, die einschlägigen gesetzlichen Vorgaben nachzuschärfen, um die Gesundheit der Bürger besser zu schützen. Solche Maßnahmen könnten substantiell dazu beitragen, den Schutz der Gesundheit vor unseriösen Online-Angeboten sicherzustellen. Bei den Betreibern der beanstandeten Internetplattformen handelt es sich überwiegend um Personen,

die die bestehenden Vollzugsdefizite zwischen den EU-Mitgliedstaaten insbesondere im Verhältnis zu Drittstaaten gezielt ausnutzen, um Angebote zu unterbreiten, die massiv gegen gesundheitsschützende Normen verstoßen. Hier besteht ein erhebliches Gefährdungspotenzial für arglose Internetnutzer, dessen sich die Politik annehmen muss, um den hohen Verbraucher- und Gesundheitsschutz auch in digitalen Zeiten weiter sicherzustellen.

Antrag angenommen

GESCHÄFTSFÜHRENDER ABDA-VORSTAND

OTC-Rabattwerbung

Drucksache 4.16

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, die heilmittelwerblichen Vorschriften zur Rabatt- und Preiswerbung für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel an die unionsrechtlichen Vorgaben gemäß der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) anzupassen.

Begründung

Arzneimittel unterscheiden sich aufgrund ihrer therapeutischen Wirkung substantiell von anderen Waren. Ein Fehlgebrauch, aber auch ein Überverbrauch können nicht nur bei verschreibungspflichtigen, sondern auch bei nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zu schwerwiegenden gesundheitlichen Folgen führen. Der Trivialisierung und dem Mehrgebrauch von Arzneimitteln insgesamt ist daher entgegenzuwirken.

Aufgrund dieser Erkenntnis enthält das Heilmittelwerbegesetz (HWG) ein grundsätzliches Werbeverbot für rezeptpflichtige Arzneimittel außerhalb von Fachkreisen sowie insgesamt für Arzneimittel in Bezug auf bestimmte Werbeaussagen, die nach der Wertung des Gesetzgebers und nach den Vorgaben der Richtlinie 2001/83/EG zur Schaffung eines Gemeinschaftskodexes für Humanarzneimittel einem übermäßigen Gebrauch Vorschub leisten. Nach § 7 HWG bestehen für die Werbung für OTC-Arzneimittel in Deutschland aber Ausnahmen, die eine Werbung mit Rabatten unter bestimmten Voraussetzungen zulassen.

Der EuGH hat in seiner Entscheidung vom 22. Dezember 2022 „EUROAPTIEKA“ (Az. C-530/20) eine verbindliche Auslegung der Richtlinie 2001/83/EG zur Schaffung eines Gemeinschaftskodexes für Humanarzneimittel vorgenommen, die einer solchen Ausnahmeregelung entgegensteht. Der EuGH hat entschieden, dass die Mitgliedstaaten verbieten müssen, dass in die Öffentlichkeitswerbung für nicht verschreibungspflichtige und nicht erstattungsfähige Arzneimittel Elemente einbezogen werden, die den unzumutbaren Einsatz solcher Arzneimittel fördern können (Rz. 63, 64 a.a.O.). Werbeelemente, die den Verbrau-

cher über das wirtschaftliche Element des Preises zum Kauf von nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln veranlassen, würden einen solchen unzumutbaren Einsatz indes fördern, weil der Verbraucher dieses Arzneimittel kauft und einnimmt, ohne dass eine sachliche Prüfung anhand der therapeutischen Eigenschaften des Arzneimittels und des konkreten medizinischen Bedarfs vorgenommen wird (Rz. 66 a.a.O.).

Die Werbevorschriften des deutschen HWG müssen dementsprechend an diese unionsrechtlichen Vorgaben angepasst werden. Während die freie OTC-Preisbildung und die sachliche Information über diese Preise auch nach dem genannten EuGH-Urteil als zulässig einzustufen sind, müssen „unzumutbare“ Werbeformen wie z. B. Rabatte bei Erreichen von Mindestbestellwerten oder -mengen untersagt werden.

Antrag angenommen

LAK THÜRINGEN

Sichere Arzneimittelanwendung statt „Risiken und Nebenwirkungen“

Drucksache 4.17

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, im Pflichttext einer Werbung für Arzneimittel außerhalb der Fachkreise nach § 4 Heilmittelwerbegesetz (HWG) die Worte „Zu Risiken und Nebenwirkungen“ durch „Zur sicheren Arzneimittelanwendung“ zu ersetzen.

Begründung

„Zu Risiken und Nebenwirkungen ...“ Diese Textpassage prägt seit inzwischen Jahrzehnten das Bild von Arzneimitteln in der Öffentlichkeit. In der Folge verbinden Patientinnen und Patienten die Anwendung von Arzneimitteln mit Gefahren. Daraus resultieren Skepsis, in besonderen Fällen sogar Angst und Ablehnung, die einer gelingenden Therapie, die ja nicht zuletzt die Bereitschaft und das Vertrauen der Anwendenden voraussetzt, entgegenstehen. Dabei ist nichts so gut geprüft, kein Verfahren, keine Anwendung von Produkten so auf Sicherheit der Anwenderinnen und Anwender ausgerichtet wie die Arzneimitteltherapie und -anwendung.

„Risiken und Nebenwirkungen“ sind in der Werbewelt ein „Alleinstellungsmerkmal“ von Arzneimitteln. Abgesehen von Tabakprodukten muss kein Genussmittel, weder Alkohol noch Schokolade, auf Risiken oder krankheitsfördernde Nebenwirkungen hinweisen. Die Tatsache, dass die „Nutzen-Risiko-Bewertung“ bei jedem Arzneimittel vor der Zulassung stets positiv ausfallen muss, garantiert, dass die Aussicht auf die heilende Wirkung des Arzneimittels, die potenziell möglichen „Risiken und Nebenwirkungen“ rechtfertigen.

Natürlich haben Arzneimittel Nebenwirkungen und eine nicht bestimmungsgemäße Anwendung birgt auch Risiken, daher unterliegen sie aus gutem Grund im Regelfall der Apothekenpflicht. So wird sichergestellt, dass Arzneimittel viel Leid und belastende Erkrankungen lindern, sie sind eine der großen Errungenschaften der modernen Welt. Und genau deswegen ist der Pflichttext so „irreführend“, denn das Kennzeichen von Arzneimitteln sind eben nicht „Risiken und Nebenwirkungen“, sondern geprüfte und nachvollziehbare Sicherheit – von der Herstellung bis zur Beratung bei der Ärztin oder dem Arzt und in der Apotheke.

Daher regen wir an, die Vorgaben des Pflichttextes in dieser Hinsicht umzuformulieren.

Durch den Passus „Zur sicheren Arzneimittelanwendung ...“ würden Patientinnen und Patienten auf den besonderen Charakter von Arzneimitteln hingewiesen, ohne dass bei ihnen Angst und Sorge getriggert werden.

Antrag abgelehnt

AK SAARLAND, SAARLÄNDISCHER APOTHEKERVEREIN E. V.

Aufhebung Fälschungsschutzrichtlinie

Drucksache 4.18

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert die Bundesregierung auf, dass diese auf Ebene der Europäischen Union (EU) dafür eintritt, die seit 9. Februar 2019 geltende Fälschungsschutzrichtlinie aufzuheben.

Begründung

Seit 9. Februar 2019 tragen verschreibungspflichtige Arzneimittel Sicherheitsmerkmale, die vor der Abgabe an den Patienten einer Echtheitsprüfung unterzogen werden. Die gesetzlichen Grundlagen dafür sind:

- die Fälschungsschutzrichtlinie 2011/62/EU (https://health.ec.europa.eu/system/files/2016-11/dir_2011_62_en_0.pdf)
- die Delegierte Verordnung (EU) 2016/161 (https://health.ec.europa.eu/system/files/2016-11/reg_2016_161_de_0.pdf)
- die Delegierte Verordnung (EU) 2021/457 (Brexit I) (<https://www.securpharm.de/wp-content/uploads/2021/03/CELEX-32021R0457-DE-TXT.pdf>)
- die Delegierte Verordnung (EU) 2021/1686 (Aufnahme in White List) (<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:32021R1686&from=DE>)
- die Delegierte Verordnung (EU) 2022/315 (Brexit II) (<https://www.securpharm.de/wp-content/uploads/2022/03/CELEX-32022R0315-DE-TXT.pdf>)

Zusätzlich gelten die folgenden Informationen der Europäischen Kommission (EU-Kommission):

- Questions and Answers der EU-Kommission zur delegierten Verordnung 2016/161

- (https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-06/qa_safetyfeature_en_0.pdf)
- EU-Maßnahmen zum Schutz des Patienten gegen gefälschte Arzneimittel in der legalen Lieferkette (https://health.ec.europa.eu/medicinal-products/falsified-medicines_en)

Nationale Regelungen

Die europäischen Regelungen erforderten Anpassungen im nationalen Recht:

- Bundesgesetzblatt Teil I; Jahrgang 2018 Nr. 24 Seite 1080 (https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl118s1080.pdf%27%5D__1687264895521)
- Bundesgesetzblatt Teil I, Jahrgang 2019 Nr. 30 Seite 1202 (https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl118s1080.pdf%27%5D__1687264917122)

Eine tatsächlich im Bereich der öffentlichen Apotheken nicht bestehende Problematik wurde hier zum Anlass genommen, europaweit ein System einzuführen, um Patienten:innen vor Arzneimittelfälschungen zu schützen. Der securPharm e. V. ist dabei die deutsche Organisation für die Echtheitsprüfung von Arzneimitteln und verantwortlich für den Betrieb des Systems zur Echtheitsprüfung gemäß den europarechtlichen Vorgaben. Im Ergebnis wurde ein Bürokratiemonster erschaffen.

Der „Statusbericht 2022“ des securPharm e. V. spricht davon, dass sich das securPharm-System im Betriebsjahr 2021 „aus technischer Sicht ein weiteres Mal als schnell und zuverlässig erwiesen (hat)“. Zu dem eigentlichen Zweck des securPharm-Systems, nämlich der Aufdeckung von Arzneimittelfälschungen, werden keine Ausführungen gemacht.

Übergang zum nächsten Antrag

SAARLÄNDISCHER APOTHEKERVEREIN E. V., LAK BADEN-WÜRTTEMBERG, LANDEAPOTHEKER-VERBAND BADEN-WÜRTTEMBERG E. V., JOACHIM STOLLE, SARAH JUNGHANS, MAXIMILIAN MÜLLER, TINA TÖLLNER, CLAUDIA WOLF

Bundeseinheitlich geltender Hilfsmittelversorgungsvertrag

Drucksache I 5 zu 4.19.1 – 4.19.3

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, die gesetzlichen Grundlagen dafür zu schaffen, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband), handelnd für alle gesetzlichen Krankenkassen, und der Deutsche Apothe- ➔

kerverband e. V. (DAV) verpflichtet sind, einen für alle gesetzlichen Krankenkassen geltenden Hilfsmittelversorgungsvertrag zu verhandeln, der bundesweit Geltung beansprucht und eine unbürokratische und für die Apotheken auskömmliche Versorgung der Bevölkerung mit Hilfsmitteln ermöglicht. In diesem bundeseinheitlich geltenden Hilfsmittelversorgungsvertrag sollten insbesondere rechtliche Rahmenbedingungen

1. für eine einheitliche, offene und kostenfreie Schnittstelle für die Abwicklung des elektronischen Kostenvorschlages (eKV) im Rahmen der Hilfsmittelversorgung enthalten sein und
2. für eine prinzipielle Genehmigungsfreiheit bei der Versorgung mit Hilfsmitteln, die für die Anwendung von ärztlich verordneten Arzneimitteln erforderlich sind, durch Apotheken geregelt sein, um die unmittelbare Anwendung der Arzneimittel zu ermöglichen.

Darüber hinaus wird der Gesetzgeber aufgefordert, bei der Versorgung mit Hilfsmitteln, die für die Anwendung von ärztlich verordneten Arzneimitteln erforderlich sind, durch Apotheken eine Ausnahme von der Vorgabe nach § 33 Abs. 6 Satz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) vorzusehen, wonach Versicherte nur Leistungserbringer in Anspruch nehmen können, die Vertragspartner ihrer Krankenkasse sind, bei der Versorgung mit Hilfsmitteln, die für die Anwendung von Arzneimitteln erforderlich sind.

Begründung

Die Versorgung der Bevölkerung mit Hilfsmitteln ist durch zahlreiche Hilfsmittellieferverträge organisiert. Die bestehende Vertragspluralität macht es sowohl Leistungserbringern als auch Krankenkassen immer schwerer, den Überblick zu bewahren. Selbst das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) hat festgestellt (12 siehe Sonderbericht über die Qualität der Hilfsmittelversorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung, S. 69 ff, https://www.bundesamt-sozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/allgemeine_dokumente/Sonderbericht_Hilfsmittelversorgung_digital_barrierefrei.pdf):

„Nach den Feststellungen in diesem Bericht ist die Vertragsabdeckung häufig unzureichend, so dass eine wohnortnahe Versorgung nach dem Sachleistungsprinzip nicht immer gewährleistet ist. Festzustellen ist auch, dass für die Krankenkassen vor allem der Preis und weniger die Versorgungsqualität im Mittelpunkt ihres Verwaltungshandelns steht. Gleichzeitig wird deutlich, dass es zu einer Angleichung des Preisniveaus bei Verwendung eines fast einheitlichen Vertragsmodells gekommen ist; von der beabsichtigten Vielfalt an Verträgen ist die Praxis also weit entfernt. Insgesamt führen diese Faktoren dazu, dass keine großen Unterschiede in der Versorgung bestehen. Zudem spielt das Kriterium der Hilfsmittelangebote keine signifikante Rolle für Versicherte für die Wahl ihrer Krankenkasse. In Gesamtschau ist daraus zu folgern, dass die vom Gesetzgeber zur Verfügung gestellten Instrumente nicht im Sinne des intendierten, zum Wohle der Versicherten sinnvollen Wettbewerbs zwischen den Trägern wirken. Das Gegenteil ist der Fall,

wenn die Krankenkassen gerade durch das Vertragsmodell mit einem deutlich erhöhten Bürokratieaufwand zu kämpfen haben. Aus Sicht des BAS liegt daher die Frage nahe, ob sich die Hilfsmittelversorgung der Bevölkerung in der Gesetzlichen Krankenversicherung überhaupt als Wettbewerbsfeld eignet. Zumal gesellschaftspolitisch auch die Frage der gleichberechtigten Teilhabe aller Versicherten unabhängig von ihrer Krankenkassenzugehörigkeit berührt ist.“

Ein bundesweit für alle gesetzlichen Krankenkassen geltender Hilfsmittelliefervertrag trägt dazu bei, dass alle Patienten bundesweit mit gleichen Qualitätsstandards versorgt werden könnten. Auch würde ein solcher Vertrag maßgeblich zu einem für Apotheken spürbaren Bürokratieabbau führen, da ein Vertragsbeitritt nur noch zu einem Vertrag, der für alle gesetzlichen Krankenkassen Geltung beansprucht, erforderlich wäre.

1. Nach den Regelungen im SGB V für Hilfsmittel müssen Leistungserbringer vor Durchführung der Versorgung der Versicherten einen Genehmigungsantrag bei der Krankenkasse für die Versicherten einreichen (sog. Kostenvorschlag), es sei denn die Genehmigungsfreiheit ist vereinbart. Bereits seit vielen Jahren verlangen fast alle Krankenkassen dies in elektronischer Form. Eine gesetzliche Regelung, z. B. auch im Rahmen der Telematik, fehlt bislang. Ein Schiedspruch nach § 127 Abs. 9 SGB V legt fest, dass die Krankenkassen seit 1. Februar 2023 allen Leistungserbringern eine offene Schnittstelle für die Abwicklung eines elektronischen Kostenvorschlages (eKV) ermöglichen müssen, an die sich Dienstleister anbinden können. Apotheken sind verpflichtet, den eKV umzusetzen.

Es existieren Plattformen zur Umsetzung des eKV, z. B. ZHP (HMM), MIP (Medicomp), egeko (Opta Data), derer sich auch Krankenkassen bedienen. Hierbei ist problematisch, dass manche Kostenträger die Plattformen verbindlich vorschreiben, und dass Apotheken die Kosten für das System je Kasse und Plattform bezahlen müssen.

Eine einheitliche, offene und kostenfreie Schnittstelle, über die Apotheken und ihre Dienstleister den eKV abbilden können, entlastet die Apotheken und schafft die Grundlage für eine effizientere Hilfsmittelversorgung.

2. Es ist nicht hinnehmbar, dass Patientinnen und Patienten nicht unmittelbar mit einem Hilfsmittel versorgt werden können, das zur korrekten Applikation ärztlich verordneter Arzneimittel unabdingbar ist (z. B. Devices für die pulmonale Applikation von Arzneimitteln bei Kindern etc.), weil ein entsprechender Genehmigungsvorbehalt besteht oder ein entsprechender Vertragsbeitritt bei der jeweiligen Krankenkasse fehlt.

Antrag angenommen

SAARLÄNDISCHER APOTHEKERVEREIN E. V.

Bundeseinheitlich geltender Hilfsmittelversorgungsvertrag

Drucksache 4.19.1

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, die gesetzlichen Grundlagen dafür zu schaffen, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband), handelnd für alle gesetzlichen Krankenkassen, und der Deutsche Apothekerverband e. V. (DAV) verpflichtet sind, einen für alle gesetzlichen Krankenkassen geltenden Hilfsmittelversorgungsvertrag zu verhandeln, der bundesweit Geltung beansprucht und eine unbürokratische und für die Apotheken auskömmliche Versorgung der Bevölkerung mit Hilfsmitteln ermöglicht.

Begründung

Die Versorgung der Bevölkerung mit Hilfsmitteln ist durch zahlreiche Hilfsmittellieferverträge organisiert. Die bestehende Vertragspluralität macht es sowohl Leistungserbringern als auch Krankenkassen immer schwerer, den Überblick zu bewahren. Selbst das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) hat festgestellt (siehe Sonderbericht über die Qualität der Hilfsmittelversorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung, S. 69 ff, https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/allgemeine_dokumente/Sonderbericht_Hilfsmittelversorgung_digital_barrierefrei.pdf):

„Nach den Feststellungen in diesem Bericht ist die Vertragsabdeckung häufig unzureichend, so dass eine wohnortnahe Versorgung nach dem Sachleistungsprinzip nicht immer gewährleistet ist. Festzustellen ist auch, dass für die Krankenkassen vor allem der Preis und weniger die Versorgungsqualität im Mittelpunkt ihres Verwaltungshandelns steht. Gleichzeitig wird deutlich, dass es zu einer Angleichung des Preisniveaus bei Verwendung eines fast einheitlichen Vertragsmodells gekommen ist; von der beabsichtigten Vielfalt an Verträgen ist die Praxis also weit entfernt. Insgesamt führen diese Faktoren dazu, dass keine großen Unterschiede in der Versorgung bestehen. Zudem spielt das Kriterium der Hilfsmittelangebote keine signifikante Rolle für Versicherte für die Wahl ihrer Krankenkasse. In Gesamtschau ist daraus zu folgern, dass die vom Gesetzgeber zur Verfügung gestellten Instrumente nicht im Sinne des intendierten, zum Wohle der Versicherten sinnvollen Wettbewerbs zwischen den Trägern wirken. Das Gegenteil ist der Fall, wenn die Krankenkassen gerade durch das Vertragsmodell mit einem deutlich erhöhten Bürokratieaufwand zu kämpfen haben. Aus Sicht des BAS liegt daher die Frage nahe, ob sich die Hilfsmittelversorgung der Bevölkerung in der Gesetzlichen Krankenversicherung überhaupt als Wettbewerbsfeld eignet. Zumal gesellschaftspolitisch auch die Frage der gleichberechtigten Teilhabe aller Versicherten un-

abhängig von ihrer Krankenkassenzugehörigkeit berührt ist.“

Ein bundesweit für alle gesetzlichen Krankenkassen geltender Hilfsmittelliefervertrag trägt dazu bei, dass alle Patient:innen bundesweit mit gleichen Qualitätsstandards versorgt werden könnten. Auch würde ein solcher Vertrag maßgeblich zu einem für Apotheken spürbaren Bürokratieabbau führen, da ein Vertragsbeitritt nur noch zu einem Vertrag, der für alle gesetzlichen Krankenkassen Geltung beansprucht, erforderlich wäre.

siehe Leitantrag L 5: Antrag angenommen

LAK BADEN-WÜRTTEMBERG, LANDESAPOTHEKERVERBAND BADEN-WÜRTTEMBERG E. V.

Elektronischen Kostenvorschlag (eKV) in der Hilfsmittelversorgung

Drucksache 4.19.2

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, die rechtlichen Rahmenbedingungen für eine einheitliche, offene und kostenfreie Schnittstelle für die Abwicklung des elektronischen Kostenvorschlages (eKV) im Rahmen der Hilfsmittelversorgung zu schaffen.

Begründung

Nach den Regelungen im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) für Hilfsmittel müssen Leistungserbringer vor Durchführung der Versorgung der Versicherten einen Genehmigungsantrag bei der Krankenkasse für die Versicherten einreichen (sog. Kostenvorschlag), es sei denn die Genehmigungsfreiheit ist vereinbart. Bereits seit vielen Jahren verlangen fast alle Krankenkassen dies in elektronischer Form. Eine gesetzliche Regelung, z. B. auch im Rahmen der Telematik, fehlt bislang. Ein Schiedsspruch nach § 127 Abs. 9 SGB V legt fest, dass die Krankenkassen seit 1. Februar 2023 allen Leistungserbringern eine offene Schnittstelle für die Abwicklung eines eKV ermöglichen müssen, an die sich Dienstleister anbinden können. Apotheken sind verpflichtet, den eKV umzusetzen.

Es existieren Plattformen zur Umsetzung des eKV, z. B. ZHP (HMM), MIP (Medicomp), egeko (Opta Data), derer sich auch Krankenkassen bedienen. Hierbei ist problematisch, dass manche Kostenträger die Plattformen verbindlich vorschreiben, und dass Apotheken die Kosten für das System je Kasse und Plattform bezahlen müssen.

Eine einheitliche, offene und kostenfreie Schnittstelle, über die Apotheken und ihre Dienstleister den eKV abbilden können, entlastet die Apotheken und schafft die Grundlage für eine effizientere Hilfsmittelversorgung.

siehe Leitantrag L 5: Antrag angenommen

JOACHIM STOLLE, SARAH JUNG- HANS, MAXIMILIAN MÜLLER, TINA TÖLLNER, CLAUDIA WOLF

Genehmigungsvorbehalt bei Hilfsmitteln zur Applikation von Arzneimitteln streichen

Drucksache 4.19.3

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, die Versorgung mit Hilfsmitteln, die für die Anwendung von ärztlich verordneten Arzneimitteln erforderlich sind, durch Apotheken prinzipiell von einer Genehmigungspflicht freizustellen, um die unmittelbare Anwendung der Arzneimittel zu ermöglichen. Darüber hinaus muss die Versorgung mit Hilfsmitteln, die für die Anwendung von Arzneimitteln erforderlich sind, von der Vorgabe nach § 33 Abs. 6 Satz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), wonach Versicherte nur Leistungserbringer in Anspruch nehmen können, die Vertragspartner ihrer Krankenkasse sind, ausgenommen werden.

Begründung

Es ist nicht hinnehmbar, dass Patientinnen und Patienten nicht unmittelbar mit einem Hilfsmittel versorgt werden können, das zur korrekten Applikation ärztlich verordneter Arzneimittel unabdingbar ist (z. B. Devices für die pulmonale Applikation von Arzneimitteln bei Kindern etc.), weil ein entsprechender Genehmigungsvorbehalt besteht.

siehe Leitantrag L 5: Antrag angenommen

DR. MICHAEL SAX UND KOLLEGINNEN UND KOLLEGEN

Organisation und Infrastruktur für Impfungen in Apotheken sinnvoll verstetigen und ausbauen

Drucksache 4.20

Antrag

Die Hauptversammlung der Deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber und die zuständigen Verbände auf, Apotheken in die nationale Impfstrategie als feste Partner einzubauen und dafür faire und verlässliche Regelungen zu treffen. Dazu gehören neben einer fairen und mehr als kostendeckenden Honorierung auch die Vergütung nicht verbrauchter Impfdosen (auf Nachweis) sowie die Schaffung unbürokratischer Regelungen für die Verimpfung von Impfstoffen ohne vorherige Verordnung durch Ärztinnen und Ärzte.

Begründung

Apothekerinnen und Apotheker können als Heilberuf die ärztlichen Impfungen unterstützen und so gemeinsam wie bei der Corona- oder Grippeimpfung die Impfquote erhöhen, wo das als volkswirtschaftlich sinnvoll und gesamtgesellschaftlich wichtig angesehen wird. Dazu brauchen sie geeignete verlässliche Rahmenbedingungen sowie eine faire Vergütung, die ihrer besonderen Situation gerecht wird, die sich von der in Arztpraxen oder anderen Impfzentren deutlich unterscheidet. Hier ist seitens des Gesetzgebers/Verordnungsgebers bzw. der zuständigen Verbände nachzusteuern, um das derzeit vorhandene Ungleichgewicht auszugleichen bzw. Regelungslücken zu schließen.

*Antrag nach redaktioneller Änderung
in den Ausschuss verwiesen*

AK BERLIN

Weitere Impfangebote in Apotheken ermöglichen

Drucksache 4.21

Antrag

Die Hauptversammlung der Deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, neben Schutzimpfungen gegen Grippe und COVID-19 auch weitere Impfangebote in Apotheken gesetzlich zu ermöglichen.

Begründung

Ausweislich der Berichte des Robert-Koch-Instituts (RKI) bleiben die Impfquoten für viele von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlene Impfungen weiter hinter den wünschenswerten und angestrebten Quoten zurück (Epidemiologisches Bulletin 49/2022, Stand: 08.12.2022). Es bedarf daher gemeinsamer Anstrengungen aller Gesundheitsberufe, für Impfungen zu werben und impfwilligen Personen Impfangebote in den jeweiligen Lebenswelten zu machen.

Apotheken können dabei als weitere, niedrigschwellige Zugangsmöglichkeit gerade auch für jüngere und gesunde Menschen einen Beitrag leisten; in Ergänzung der bestehenden Angebote durch beispielweise Hausärztinnen und Hausärzte oder betriebsärztliche Dienste. Berichte des wissenschaftlichen Dienstes des Bundestags (WD) (Verabreichung von Impfungen durch Apotheker, Hebammen und Pflegepersonal: Rechtsgrundlagen und Erfahrungen in ausgewählten Ländern, 2018 Deutscher Bundestag WD 9-3000-083/18) und der International Pharmaceutical Federation (FIP) (FIP global vaccination advocacy toolkit: Supporting and expanding immunisation coverage through pharmacists, 2019) zeigen, dass international zunehmend Apotheken ergänzende Impfangebote machen dürfen und Impfungen in Apotheken sicher sind. Die Beratungsgespräche mit impfwilligen Personen können durch die Apotheken dazu genutzt werden, weitere (insbesondere auch ärztliche) Präventionsangebote vorzustellen und für →

deren Inanspruchnahme zu werben (Check-Up 35, Darmkrebsvorsorge, Raucherprävention, o.ä.).

Erfahrungen aus anderen Ländern, bspw. aus dem Kanton Zürich (CH) zeigen, dass ein effektiver Weg zur Ausweitung der Impfangebote ein schrittweiser Ansatz sein kann. Nach Grippe und COVID-19 können in einem ersten Schritt Impfungen gegen Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) und Hepatitis-Auffrischung ermöglicht werden. Ein zweiter Schritt können Impfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Polio, Pertussis und Hepatitis-Erstimpfungen sein, gegebenenfalls gefolgt von Impfungen gegen Gürtelrose (<https://www.srf.ch/wissen/gesundheits/zuercher-apotheker-duerfen-impfen>), abgerufen am 19.06.2023, <https://www.avkz.ch/impfen>, abgerufen am 19.06.2023).

Impfungen in Apotheken sind nicht nur effektiv und sicher, zum Erhalt der im Rahmen der COVID-19-Pandemie geschaffenen Angebote sind Ausweitungen der Impfangebote auch aus struktureller Sicht geboten: Mit Übergang in die endemische Phase sind Impfungen gegen COVID-19 und Grippe primär saisonale Angebote; um die Angebote ganzjährig nutzbar zu machen, sollten diese durch Impfungen mit abweichender Saisonalität (wie FSME) und dauerhaft angezeigte Impfungen ergänzt werden.

Antrag in den Ausschuss verwiesen

AK BERLIN

Präventive pharmazeutische Beratung als pDL

Drucksache 4.22

Antrag

Die Hauptversammlung der Deutschen Apothekerinnen und Apotheker spricht sich dafür aus, gemeinsam ein Konzept für strukturierte pharmazeutische Beratungs- und Begleitungsleistungen zur Gesundheits- und Erkrankungsprävention zu entwickeln und dieses als zukünftige weitere honorierte pharmazeutische Dienstleistung (pDL) mit den zuständigen Organisationen abzustimmen.

Begründung

Derzeit ist es für Apothekerinnen und Apotheker bzw. die Apothekenteams allgemein schwierig, die vorhandene Kompetenz auch für die präventive Beratung und/oder Begleitung zu nutzen und im Rahmen von geeigneten Konzepten bspw. auch der Krankenkassen anbieten zu können. Das Element der honorierten pDL bietet die Möglichkeit, in einem gemeinsam definierten Leistungsrahmen diese Kompetenzen anbieten und für die Bevölkerung besser nutzbar machen zu können. Dabei können so unterschiedliche Angebote wie Impfpass-Check, reisemedizinische Beratung, Beratung zur Hausapotheke usw. die bisherigen pDL auch um solche weniger zeitintensiven Beratungsleistungen ergänzen.

Übergang zum nächsten Antrag

LAK BADEN-WÜRTTEMBERG, LANDESAPOTHEKERVERBAND BADEN-WÜRTTEMBERG E. V.

Ausweitung der Testung mit In-vitro-Diagnostika

Drucksache 4.23

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Ausweitung der patientennahen Schnelltests in Apotheken auf andere Erregertypen (z.B. Influenza) zu schaffen.

Begründung

In den vergangenen Pandemie Jahren hat die Apothekerschaft bundesweit mit viel Engagement kurzfristig niederschwellige und flächendeckende Angebote für die Bevölkerung zur Durchführung von patientennahen COVID-19-Testungen geschaffen und die Teststrategie von Bund und Land aktiv unterstützt. Hierbei wurde ferner teils mit Unterstützung und finanzieller Förderung durch die Länder eine Testinfrastruktur für Testverfahren auf Basis der Nukleinsäureamplifikationstechnik in Apotheken aufgebaut.

Diese Technik und die in den Apotheken geschaffene Testinfrastruktur kann auch zukünftig flexibel, kostengünstig und mit Synergien für Versicherte, Krankenkassen und Leistungserbringer eingesetzt werden. So können die Systeme, mit den entsprechenden Testkits ausgestattet, ein über SARS-CoV-2 hinausgehendes weiteres vielfältiges Erregerspektrum technisch mit nahezu an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit feststellen. Z.B. Respiratorische Synzytial-Virus-Infektionen (RSV), Influenza, Streptokokken etc.

Für den Versicherten könnte damit bereits im Vorfeld der sich anschließenden ärztlichen Behandlung schnell die Erregertypen geklärt werden, damit der Arzt umgehend die geeignete und auf den jeweiligen Erregertyp abgestellte Therapie einleiten und damit z.B. über den Einsatz von Antibiotika oder antiviralen Arzneimitteln evidenzbasiert entscheiden kann. Die PoC-NAT-Analyse ist schnell, effizient, zuverlässig und preisgünstig. Sie verschafft dem Arzt valide Informationen und ermöglicht somit entscheidende und zeitkritische therapeutische Weichenstellungen umgehend vorzunehmen. Darüber hinaus können Patienten im Fall der positiven Testung von sich aus eigenverantwortlich durch die Reduzierung von Kontakten oder Selbstisolation dazu beitragen, Infektionsketten zu unterbrechen.

In der Ausweitung der patientennahen Schnelltests, einschließlich PoC-NAT-Testverfahren, auf weitere verbreitete Erregertypen liegt enormes Potential für Versicherte, Kostenträger und Leistungserbringer.

Der derzeitige Rechtsrahmen in § 24 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz (IfSG) beschränkt die Anwendung von In-vitro-Diagnostika für patientennahe Schnelltests auf die Testung von HIV,

SARS-CoV-2 und Treponema Pallidum. In § 24 Abs. 1 Satz 2 IfSG könnten im obig beschriebenen Sinne weitere Ausnahmen bestimmt werden. Darüber hinaus wird das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in Abs. 1 Satz 3 ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates weitere Ausnahmen von § 24 Abs. 1 Satz 1 IfSG festzulegen.

Im Zuge der am 27. Mai 2023 in Kraft getretenen Dritten Verordnung zur Änderung der Medizinprodukte-Abgabeverordnung (MPAV) wurde die Abgabe von In-vitro-Diagnostika zur Eigenanwendung für den Nachweis von Influenzaviren an Laien in der Anlage 3 zu § 3 Abs. 4 MPAV medizinprodukterechtlich erlaubt. Erst recht sollten diese Tests in der Apotheke durch fachkundiges Personal qualitätsgesichert durchgeführt werden können.

Antrag angenommen

AK SAARLAND, SAARLÄNDISCHER APOTHEKERVEREIN E. V.

Streichung der Haftung der Apotheken für den Herstellerabschlag

Drucksache 4.24

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, die Haftung der Apotheken für den Herstellerabschlag zu streichen.

Begründung

Arzneimittelhersteller sind verpflichtet, den gesetzlichen Krankenkassen für Arzneimittel einen Herstellerabschlag zu gewähren, § 130a Abs. 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Seit 1. Januar 2023, befristet bis zum 31. Dezember 2023, beträgt dieser Abschlag 12 Prozent statt regulär 7 Prozent auf den Herstellerabgabepreis ohne Mehrwertsteuer. Der Herstellerabschlag wird zunächst zwischen Apotheken und Krankenkassen abgerechnet und den Apotheken sodann von den Herstellern vergütet. Nicht erst die Insolvenz der Beragena Arzneimittel GmbH hat vor Augen geführt, dass die Haftung der Apothekerschaft für den Herstellerabschlag gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen systemfremd ist. Eine insoweit bestehende Haftung ist zu streichen.

Antrag angenommen

LAK BADEN-WÜRTTEMBERG, LANDESAPOTHEKERVERBAND BADEN-WÜRTTEMBERG E. V.

Einzug von Zahlungen nach § 43 c Abs. 1 SGB V bei Rechnungsstellung

Drucksache 4.25

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, in § 43c Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) ergänzende praktikable Regelungen für den Einzug der Zuzahlung bei Versorgung gegen Rechnungsstellung zu schaffen.

Begründung

Apotheken haben als Leistungserbringer nach § 43c Abs. 1 SGB V die Zuzahlung von Versicherten einzuziehen und mit ihrem Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse zu verrechnen. Zahlt der Versicherte trotz einer gesonderten schriftlichen Aufforderung durch die Apotheke nicht, hat die Krankenkasse die Zuzahlung einzuziehen.

Der Einzug von Zuzahlungen gestaltet sich unproblematisch, wenn der Kunde mit einem Kassenrezept in die Apotheke kommt und die Zuzahlung bei Abgabe der Medikamente oder Hilfsmittel an Ort und Stelle leistet.

Der Einzug von Zuzahlungen gestaltet sich in der Regel problematisch bei Rechnungskunden. Das können Versicherte sein, denen Arzneimittel in ein Pflegeheim, nach Hause oder direkt in die Arztpraxis geliefert werden. Denn bei Stellung der Rechnung ist noch unklar, ob der Kunde die Zuzahlung auf die Rechnung zahlt. Weil die Zuzahlung vom Vergütungsanspruch abzuziehen ist, könnte das Rezept also nicht abgerechnet werden, solange das Zuzahlungssinkasso durch die Apotheke noch läuft, was zu unbilligen Ergebnissen und erheblichen zeitlichen Verzögerungen bei der Abrechnung führen würde. Zudem sehen die Arzneimittellieferverträge durchweg eine möglichst schnelle Abrechnung von Kassenrezepten vor. Bei verspäteter Abrechnung sind in der Regel Leistungskürzungen vorgesehen.

Bei korrekter Vorgehensweise werden dadurch im Geschäftsbetrieb zahlreiche offene Vorgänge generiert, die das Retaxrisiko erhöhen, nicht innerhalb der vertraglichen Frist abgerechnet zu haben.

Aus diesem Grund bedrücken Apotheken das Rezept mit der zu leistenden Zuzahlung und geben es in die Abrechnung. Wenn der Kunde später zahlt, ist alles in Ordnung. Wenn der Kunde nicht zahlt, erweist sich der Weg über § 43c Abs. 1 SGB V bei bereits erfolgter Abrechnung des Rezeptes in vielen Fällen nicht mehr als durchsetzbar. Zu Zahlungsausfällen kommt es darüber hinaus insbesondere, wenn Heimbewohner versterben, Erben die Zahlung verweigern oder nicht feststellbar sind.

Im Ergebnis wird die als Entlastung für die Apotheken gedachte Regelung darum häufig zu

einem Bürokratiemonster, das die Abrechnung bei Rechnungskunden erheblich erschwert. Der Gesetzgeber sollte klarstellen, dass bei nicht geleisteten Zuzahlungen eine formlose Mitteilung an die Krankenkasse unter Vorlage von Rechnung und ggf. Mahnungen mit der Bitte Zahlung der restlichen Vergütung ausreicht, da dies im Verhandlungswege bei den Krankenkassen nicht durchzusetzen ist. Siehe ausführlich Fischer: Der Einzug von Zuzahlungen durch Apotheken – Die Fallstricke von § 43c Abs. 1 SGB V in A&R 5/2022

Antrag angenommen

AK NORDRHEIN, APOTHEKERVERBAND NORDRHEIN E. V.

Gewährung langer Zahlungsziele beim Kauf von Arzneimitteln durch Apotheken

Drucksache 4.26

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber auf, dafür Sorge zu tragen, dass die Belieferung von Arzneimitteln an Apotheken seitens der Hersteller und/oder des pharmazeutischen Großhandels mit ausreichend langen Zahlungszielen verbunden ist.

Begründung

Arzneimittel der Preisklasse größer 1500,00 Euro (Hochpreiser) haben einen immer höheren Anteil am Gesamtumsatz der Apotheken. Die Vorfinanzierung wird zu einer immer größer werdenden wirtschaftlichen Belastung für die Apotheken. Dem muss der Gesetzgeber entgegenwirken.

Antrag in den Ausschuss verwiesen

LAK BADEN-WÜRTTEMBERG, LANDESAPOTHEKERVERBAND BADEN-WÜRTTEMBERG E. V.

Aufbewahrung von BtM in Kommissionierautomaten

Drucksache 4.27

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) auf, in der „Richtlinie über die Maßnahmen zur Sicherung von Betäubungsmittelvorräten im Krankenhausbereich, in öffentlichen Apotheken, Arztpraxen sowie in Alten- und Pflegeheimen“ die Anforderungen an die Lagerhaltung von Betäubungsmitteln (BtM) in öffentlichen Apotheken neu zu bewerten und

die sicherungstechnischen Grundlagen für die Einlagerung von BtM-Fertigarzneimitteln in Kommissionierautomaten zu schaffen.

Begründung

Nach § 15 Betäubungsmittelgesetz (BtMG) hat jeder Teilnehmer am Betäubungsmittelverkehr die in seinem Besitz befindlichen BtM gesondert aufzubewahren und gegen unbefugte Entnahme zu sichern. Das BfArM kann Sicherungsmaßnahmen anordnen, soweit es nach Art und Umfang des Betäubungsmittelverkehrs, dem Gefährdungsgrad oder der Menge der BtM erforderlich ist.

Nach den derzeitigen Richtlinien der Bundesopiumstelle des BfArM über Maßnahmen zur Sicherung von Betäubungsmitteln in öffentlichen Apotheken (Stand August 2023) erfordert die Aufbewahrung die Verwendung zertifizierter Wertschutzschränke mit einem Widerstandsgrad I oder höher, die mit einem Eigengewicht von unter 1.000 kg entsprechend EN 1143-1 zu verankern sind. Für die Aufbewahrung in Räumen sind zertifizierte Wertschutzraumtüren mit einem Widerstandsgrad II oder höher zu verwenden. Wände, Decken und Böden sind mit 240 mm stahlarmiertem Mauerwerk zu versehen.

Die Richtlinie ist überkommen. Sie wird dem aktuellen Stand der Technik hinsichtlich technisch organisatorischer Möglichkeiten und Sicherungsmaßnahmen zur Einlagerung von BtM sowie den hieraus resultierenden praktischen Bedürfnissen nicht mehr gerecht. Die Einlagerung in Kommissionierautomaten erfolgt nach einem chaotischen Lagersystem. Für Unbefugte, welche sich dennoch widerrechtlich Zugang zum Kommissionierautomaten verschaffen sollten, wären BtM-Arzneimittel als solche aufgrund der rein computergestützten Lagersystematik nicht erkennbar. In Verbindung mit zusätzlichen elektronischen Überwachungsfunktionen resultiert hieraus eine im Ergebnis höhere Sicherheit als bei der konzentrierten Lagerung in Wertschutzschränken. Zumal in der Vergangenheit Einbruchserien bekannt wurden, in denen die kompletten Wertschutzschränke aus der Apotheke herausgebrochen und entwendet wurden.

Eine entsprechende Regelung würde den Umgang mit BtM-Arzneimitteln im Apothekenalltag erheblich erleichtern.

Antrag nach redaktioneller Änderung angenommen



APOTHEKERVERBAND WESTFALEN-LIPPE E. V.

Versorgung mit autologen Serumaugentropfen

Drucksache 4.28

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, einen umfassenden Regelungsrahmen für eine zielgerichtete Versorgung der Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) mit autologen Serumaugentropfen zu schaffen. Die Versorgung durch die Apotheken vor Ort ermöglicht eine zuverlässige Versorgung der Patienten und trägt dem Sicherheitsprofil von Arzneimitteln, hier insbesondere von Blutprodukten, ausreichend Rechnung. Umso wichtiger ist es, unter Beibehaltung der Apothekenpflicht einen Regelungsrahmen zu definieren, welcher den gesamten Versorgungsablauf von Serumaugentropfen abbildet. Insbesondere muss Rechtssicherheit geschaffen und eine retaxsichere Abrechnung der ärztlichen

Muster-16-Verordnungen ermöglicht werden, um die Patienten zeitnah und unbürokratisch versorgen und beraten zu können.

Begründung

Seit vielen Jahren werden sogenannte autologe Serumaugentropfen als „letztes Mittel“ zur Behandlung verschiedener schwerer Augenerkrankungen über Apotheken an Patienten abgegeben. Das Versorgungskonstrukt von der Verordnung über die Herstellung bis zur Abgabe und Abrechnung durch die Apotheke ist ungewöhnlich komplex: Nach ärztlicher Verordnung (meist durch Augenzentren oder Universitätskliniken) wird aus dem zuvor entnommenen Vollblut eines Patienten ein Serum gewonnen. Spezialisierte Blutspendedienste verarbeiten dieses Serum zu Augentropfen, die dann vom Patienten selbst angewendet werden. Zuvor wird das hergestellte Arzneimittel vom Herstellungsbetrieb an die vom Patienten frei gewählte öffentliche Apotheke geliefert und dort gegen Vorlage des entsprechenden Rezepts abgegeben. Die Apotheke rechnet die Leistung dann mit den gesetzlichen Krankenkassen ab. Dieses Verfahren beruht auf einer Vielzahl arzneimittelrechtlicher Regelungen und entspricht in erster Linie dem Aspekt der Apothekenpflicht, wonach Arzneimittel, die nicht für den Verkehr außerhalb von Apotheken zugelassen sind, nur durch Apotheken vertrieben werden dürfen. Bei Arzneimitteln, die – wie hier – als Blutprodukte den Anforderungen des Transfusionsgesetzes (TFG) genügen müssen und damit hohen Sicherheitsstandards unterliegen, ist dies auch zwingend.

In den letzten Jahren hat sich jedoch gezeigt, dass die öffentlichen Apotheken aufgrund fehlender regulatorischer Rahmenbedingungen regelmäßig nicht in der Lage sind, den Versorgungsprozess vom Rezeptempfang über die Belieferung bis hin zur Abrechnung retaxsicher abzubilden. Stattdessen sehen sie sich mit Einzellösungen auf allen Versorgungsebenen, von den verordnenden Ärzten, Herstellerbetrieben, Krankenkassen und Aufsichtsbehörden konfrontiert. Dies führt zu umfassenden bürokratischen Auswüchsen bezüglich Logistik, Haltbarkeit, Dokumentation, Leistungszusage und Preisfindung. Letztlich resultiert dies nicht nur in Verzögerungen in der Versorgung, sondern geht gleichzeitig mit einem nicht unerheblichen wirtschaftlichen Risiko für die versorgende Apotheke einher. Diesem kann auch nicht entgegenstehen, dass es sich in den Anfängen der Versorgung allein um Einzelfälle aus spezialisierten Kliniken handelte. Mittlerweile nehmen diejenigen Stellen, die solche Verordnungen und Herstellungen veranlassen und durchführen, spürbar zu. Im Sinne einer zielgerichteten Versorgung sowie insbesondere mit Blick auf das sich ausdehnende Verordnungsvolumen ist eine nachhaltige Lösung nunmehr angezeigt. Ein Regelungsrahmen muss unter Berücksichtigung aller formalen und medizinischen Voraussetzungen geeignet sein, die Versorgungsmöglichkeiten eindeutig zu definieren und den anschließenden Leistungsprozess für alle interdisziplinär Beteiligten verbindlich abzubilden. Dazu ist es erforderlich, alle arzneimittel- und apothekenrechtlichen sowie sozialrechtlichen Fragen in ihrer Gesamtheit zu klären:

- Wie sind autologe Serumaugentropfen arzneimittelrechtlich zu definieren (Verschreibungspflicht § 48 AMG)?
- Wer darf herstellen und wer haftet (Herstellungserlaubnis § 13 AMG)?
- Handelt es sich um ein Rezepturarzneimittel oder um ein Fertigarzneimittel (§ 4 Abs. 1 AMG)?
- Wer darf das Arzneimittel an den Patienten aushändigen (Apothekenpflicht § 43 AMG, Vertriebsweg § 47 AMG)?
- Welche Verpflichtungen ergeben sich für die abgebende Apotheke ggf. mit Blick auf stichprobenartige Prüfungen von Fertigarzneimitteln (§ 12 ApBetrO)?
- Welche Verpflichtungen ergeben sich für Hersteller und Inverkehrbringer durch die Eigenschaft als Blutprodukte im Sinne des § 2 Nr. 3 TFG i. V. m. § 4 Abs. 2 Arzneimittelgesetz (AMG)?
- Ergeben sich vor dem Hintergrund des TFG mit Blick auf die zu tätigende Dokumentation bei Erwerb und Abgabe etwaige Besonderheiten (§ 17 Abs. 6a ApBetrO)?
- Haben gesetzliche Krankenkassen die Leistung der Arzneimittelversorgung zu übernehmen (§ 2 Abs. 1a SGB V) und hat der Versicherte einen etwaigen Kostenerstattungsanspruch (§ 13 Abs. 3 SGB V)? Wie ist der

Anspruch auf zukünftige Gewährung von Behandlungen mit Serumaugentropfen zu bewerten?

- Wie lässt sich das Arzneimittel sozialrechtlich im Hinblick auf Verordnungsfähigkeit auf Muster-16-Verordnungen einordnen; fällt die Krankenbehandlung unter die Leistungspflicht der GKV (§ 27 SGB V, § 31 SGB V)?
- Ist der Leistungsanspruch des Patienten über eine vertragsärztliche Verordnung im Sinne des Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) gedeckt? Wie ist in diesem Zusammenhang der Stand zur Bewertung von Behandlungsmethoden i. S. d. § 135 SGB V?
- Wie ist der einheitliche und verbindliche Apothekenverkaufspreis sicherzustellen (§ 3 AMPPreisV)?
- Welche Verpflichtungen ergeben sich für Leistungserbringer im Zusammenhang mit der jüngst beschlossenen Umsatzsteuerbefreiung (Umsatzsteueranwendungserlass 4.17.1 zu § 4 Nr. 17 UStG)?
- Wie steht es um die seitens der Kostenträger geforderte Kostenübernahmeerklärung? Einer solchen bedürfte es im Falle des Leistungsanspruchs angesichts der Arzneimittelpreisbindung nicht (§ 1 AMPPreisV).
- Wer kommt neben den Produktkosten zzgl. Honorar für die Apothekenleistung auf? Wegen des gesonderten Vertriebswegs inkl. Kühlkette, Auftauprozess, ggf. Teillieferungen und TFG-Dokumentation bedarf es eines auskömmlichen Honorars.

Auch wenn einige dieser Fragen sicherlich augenblicklich zu beantworten sind, haben verschiedene Gerichte und Fachexperten in den letzten zwei Jahrzehnten einige Grauzonen kontrovers diskutiert. Insbesondere ist es der Apotheke in der täglichen Praxis nicht möglich, die Frage der Verordnungsfähigkeit des verschreibungspflichtigen Arzneimittels oder eines etwaigen patientenindividuellen Zusatznutzens zu klären. Diese Bewertung hat nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen des SGB V auf vorgelagerten Stufen zu erfolgen. Für Fälle, in denen eine allgemeine Bewertung beispielsweise durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) nicht möglich ist, hat sich in der Praxis eine Leistungsregelung analog zur Versorgung mit medizinischem Cannabis und Dronabinol (§ 31 Abs. 6 SGB V) bewährt. Dies trifft gleichermaßen auf die Preisfindung mit angemessener Honorierung sowie die damit zwingend einhergehende Gleichpreisigkeit zu. Für die öffentliche Apotheke muss die zeitnahe und unbürokratische Versorgung und Beratung der Versicherten im Vordergrund stehen. Dies setzt eine entsprechende Rechtssicherheit sowie eine retaxsichere Abrechnung der ärztlichen Muster-16-Verordnungen voraus.

Antrag in den Ausschuss verwiesen

**APOTHEKERVERBAND
NORDRHEIN E. V.****Vollständige Erstattung ver-
sicherungsfremder Leistungen
der GKV aus Steuermitteln****Drucksache 4.29****Antrag**

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, dafür Sorge zu tragen, dass zur Stabilisierung der Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV-Finanzen) alle versicherungsfremden Leistungen nur aus Steuerzuschüssen finanziert werden.

Begründung

Vor dem Hintergrund der steigenden Ausgaben der GKV und der Ankündigung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), dass im Jahr 2024 erneut die Krankenkassenbeiträge steigen sollen, werden derzeit bereits unterschiedlichste Ideen erörtert, wie die Kosten gesenkt werden können. Die Ideen reichen von einer Selbstbeteiligung der Versicherten beim Arztbesuch bis hin zu Leistungsbeschränkungen. Aufgrund der derzeitigen finanziellen Situation müssen die Ausgaben der GKV überprüft werden, um Einsparpotentiale kenntlich zu machen. Neben unnützen Ausgaben wäre auch die Streichung bzw. die Kostendeckung von versicherungsfremden Leistungen eine Möglichkeit, um bei der Stabilisierung der Finanzen der GKV zu helfen. Die Aufwendungen der GKV für versicherungsfremde Leistungen werden durch einen Bundeszuschuss i. H. v. 14,5 Mrd. Euro (§ 221 Abs. 1 SGB V) finanziert. Der Höhe des Bundeszuschusses wurde 2017 gesetzlich festgeschrieben und seitdem nicht angepasst oder dynamisiert. Derzeit wird davon ausgegangen, dass dieser Bundeszuschuss nicht kostendeckend ist und daraus folgend die Versicherten mit Ihren Krankenkassenbeiträgen die versicherungsfremden Leistungen mitfinanzieren. Dies ist nicht hinnehmbar. Aus diesem Grund ist es notwendig, dass die versicherungsfremden Leistungen vollständig über die Steuermittel finanziert werden und nicht anteilig über Versicherungsbeträge mitfinanziert werden. Aufgrund der jetzigen schwierigen Finanzierungssituation dürfen deshalb keine Finanzmittel der GKV für versicherungsfremde Leistungen ausgegeben werden.

Antrag angenommen