

Stellungnahme
des
Bundesverbands der Arzneimittel-Hersteller e.V. (BAH)
zum
Entwurf der
Bundesregierung
Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken
vom 17. Juli 2019

Stand der Stellungnahme: 16. August 2019

Inhaltsverzeichnis

I. Allgemeine Vorbemerkung	3
II. Regelungen im Einzelnen.....	4
1) Freie Apothekenwahl	4
2) Folgeverordnungen	5
3) Gleichpreisigkeit	6
4) Zusätzliche Pharmazeutische Dienstleistungen	8
5) Gripeschutzimpfung in Apotheken im Rahmen von regionalen Modellprojekten	9
6) Abspracheverbot zwischen Ärzten und Apothekern	11

Der Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e.V. (BAH) vertritt die Interessen der Arzneimittel- und Medizinprodukteindustrie gegenüber der Bundesregierung, dem Bundestag und dem Bundesrat. Mit rund 400 Mitgliedsunternehmen ist er der mitgliederstärkste Verband im Arzneimittel- und Medizinproduktebereich. Die politische Interessenvertretung und die Betreuung der Mitglieder erstrecken sich auf das Gebiet der verschreibungspflichtigen und nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel sowie auf Medizinprodukte wie z.B. Medical Apps und digitale Gesundheitsanwendungen.

Der Verband möchte zu dem Entwurf der Bundesregierung Stellung nehmen. Die Stellungnahme bezieht sich auf einen Allgemeinen Teil sowie im Wesentlichen auf einzelne Regelungen des Sozialgesetzbuchs V, des Arzneimittelgesetzes und des Apothekengesetzes.

Der BAH begrüßt ausdrücklich die Intention des Gesetzgebers, durch die Stärkung der Vor-Ort-Apotheken für eine flächendeckende Arzneimittelversorgung der Bevölkerung sowohl im ländlichen Raum als auch in den Städten Sorge zu tragen.

I. Allgemeine Vorbemerkung

Apotheker haben den gesetzlichen Auftrag, die ordnungsgemäße Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln sicherzustellen. Dieser Versorgungsauftrag ist ganzheitlich und umfasst gleichermaßen verschreibungsfreie wie verschreibungspflichtige Arzneimittel. Der BAH setzt sich für eine patientenzentrierte, individuelle und sichere Arzneimittelversorgung der Bevölkerung ein. Hierfür bedarf es eines wohnortnahen Zuganges zu einer persönlichen heilberuflichen Beratung und zum gesamten Spektrum der Arzneimittel. Auch im Hinblick auf die Arzneimitteltherapiesicherheit ist der ganzheitliche Versorgungsauftrag wichtig. Für die Therapie mit rezeptfreien und rezeptpflichtigen Arzneimitteln nimmt der Apotheker eine wichtige Lotsen- und Beratungsfunktion gegenüber dem Patienten ein und berät dabei u.a. zu erwünschten und unerwünschten Wirkungen.

Nicht erstattungsfähige, rezeptfreie Arzneimittel in Apotheken sind ein integraler Bestandteil der ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung und daher auch bei den zukünftigen Dienstleistungen der Apotheker zur Versorgung der Menschen mit zu berücksichtigen. Dies betrifft auch Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz, der Prävention und der Gesundheitsberatung. Diese Betrachtungsweise wirkt der Trivialisierung von Arzneimitteln als beliebiges Konsumgut entgegen und stärkt zu Recht die Wahrnehmung von Arzneimitteln als „Ware besonderer Art“.

II. Regelungen im Einzelnen

1) Freie Apothekenwahl

Artikel 1 Nr. 1 Buchstabe a) zu § 31 SGB V

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung soll die freie Wahl der Apotheken durch die Versicherten auch auf die Einlösung von elektronischen Rezepten ausgedehnt werden. Patientinnen und Patienten sollen weder von verschreibenden Personen noch von Krankenkassen zur Inanspruchnahme bestimmter Apotheken veranlasst werden.

Stellungnahme des BAH

Der BAH begrüßt ausdrücklich die Absicht der Bundesregierung, die freie Wahl der Apotheke auch in der Zukunft zu erhalten, in der die Abläufe zwischen den Leistungserbringern digitalisiert werden. Der Verband unterstützt ferner nachdrücklich, dass die freie Apothekenwahl auch nicht durch eine Zuweisung durch Ärzte oder Krankenkassen noch durch eine (verdeckte) Steuerung durch Algorithmen oder andere Softwareeinstellungen beeinträchtigt werden soll.

In diesem Zusammenhang weist der BAH darauf hin, dass bei der Einführung des elektronischen Rezeptes nicht nur die Muster 16-Verordnung, sondern auch das „Grüne Rezept“ sowie das Privatrezept elektronisch prozessiert werden sollten. Das Grüne Rezept ermöglicht dem Arzt, rezeptfreie Arzneimittel zu verordnen, ohne dabei sein Budget zu belasten. Den Patienten gibt die schriftliche ärztliche Verordnung auf Grünem Rezept Sicherheit und Orientierung. Das Grüne Rezept ist somit ein wichtiges Instrument zur Erweiterung der Therapieoptionen beim Arzt. Mit rund 50 Mio. „grünen Verordnungen“ rezeptfreier Arzneimittel im vergangenen Jahr (unter Einbeziehung von GKV- und Privatrezepten) umfassen diese fast ein Drittel der Verschreibungen aller OTC-Arzneimittel.¹ Dies zeigt die hohe Bedeutung des Grünen Rezepts für die Arzneimittelversorgung. Vor diesem Hintergrund ist es notwendig, auch das Grüne Rezept als elektronische Verordnung fortzuführen.

Änderungsvorschlag des BAH

Der BAH schlägt vor, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung, der Deutsche Apothekerverband und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gesetzlich verpflichtet werden, in den Bundesmantelverträgen und im Rahmenvertrag nach § 129 Abs. 2 SGB V auch für das Grüne Rezept und das Privatrezept die Verschreibung in elektronischer Form zu regeln.

¹ IQVIA: Medieninformation (Einsatz des grünen Rezepts in 2018 mit Tendenz nach oben) vom 26. April 2019

2) Folgeverordnungen

Artikel 1 Nr. 1 Buchstabe b) zu § 31 SGB V

Artikel 5 Nr. 1 zu § 48 AMG

Artikel 7 zu §§ 2, 4 AMVV

Beabsichtigte Neuregelung

Mit diesen Regelungen wird eine Praxis eingeführt, die es in der regulären Arzneimittelversorgung bisher nicht gibt. Der Arzt darf zukünftig im Einzelfall für Versicherte, die eine kontinuierliche Versorgung mit einem bestimmten Arzneimittel benötigen, Arzneimittel für eine bis zu drei Mal zu wiederholende Abgabe verordnen. Die Verschreibung ist entsprechend zu kennzeichnen. Sie darf bis zu einem Jahr nach Ausstellungsdatum durch die Apotheke beliefert werden. Ziel dieser Regelung ist es, die Befugnisse des Apothekers als Heilberuf zu stärken.

Stellungnahme des BAH

Der BAH unterstützt die Bemühungen der Bundesregierung, die heilberufliche Kompetenz des Apothekers zu stärken. Der Apotheker kann als niedrigschwelliger Ansprechpartner und Lotse des Patienten wirken und gleichzeitig in Verbindung mit dem Angebot weiterer pharmazeutischer Leistungen diese Rolle verstärken. Im Hinblick auf die nun unter bestimmten Voraussetzungen mögliche Verordnung von Folgerezepten begrüßt der BAH, dass dies für geeignete Arzneimittel in der Dauermedikation Anwendung finden kann.

Für eine Sicherstellung der Arzneimitteltherapiesicherheit und eine Erhöhung der Therapietreue der Patienten kommt dem Apotheker gerade bei Folgeverordnungen eine wichtige Rolle zu. Insofern sollte im Gesetz klargestellt werden, dass der Apotheker den Patienten im Rahmen einer Folgeverordnung persönlich in Augenschein zu nehmen hat. Dies stellt eine niedrigschwellige Therapieerfolgskontrolle sicher und ermöglicht, z.B. die richtige Handhabung von Applikationshilfen zu kontrollieren und ggf. korrigierend und unterstützend tätig zu werden.

Maßgeblich dabei ist, dass die Ausstellung von Folgeverordnungen immer eine Ermessensentscheidung des Arztes bleibt.

Kritisch sieht der BAH, dass Regelungen für die Ausgestaltung und die Umsetzung der Folgeverordnungen in der Praxis im Gesetz nicht vorgesehen sind. Aus Sicht des BAH bedarf es klarer gesetzlicher Vorgaben für eine Anpassung der Bundesmantelverträge und des Vertrages nach § 129 Absatz 2 SGB V auf der Ebene der Selbstverwaltung. Nur so wird eine transparente und nachhaltige Umsetzung der vorgesehenen Regelung möglich.

Änderungsvorschlag des BAH

Der BAH schlägt vor, dass der Apotheker zur Therapieerfolgskontrolle den Patienten im Rahmen der Folgeverordnung persönlich in Augenschein zu nehmen hat. Der BAH schlägt zudem vor, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung, der Deutsche Apothekerverband und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gesetzlich verpflichtet werden, in den Bundesmantelverträgen und im Rahmenvertrag nach § 129 Abs. 2 SGB V die Möglichkeit von Folgeverordnungen transparent und nachhaltig umzusetzen.

3) Gleichpreisigkeit

Artikel 1 Nr. 2 Buchstaben a) und b) zu § 129 SGB V

Artikel 5 Nr. 2 zu § 78 AMG

Beabsichtigte Neuregelung

Die nach dem Urteil des Europäischen Gerichtshofs vom 19. Oktober 2016 vorhandene Ungleichbehandlung inländischer und ausländischer Versandapotheken hinsichtlich der Preisgestaltung bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln soll mit dieser Regelung aufgehoben werden. Apotheken sollen verordnete Arzneimittel an Versicherte der GKV als Sachleistung nur abgeben dürfen und unmittelbar mit den Krankenkassen abrechnen können, wenn der Rahmenvertrag nach § 129 Abs. 2 SGB V für sie Rechtswirkung hat. Apotheken, die dem Rahmenvertrag nach § 129 Abs. 2 SGB V unterliegen, sollen bei der Abgabe von Arzneimitteln an Versicherte zur Einhaltung der Regelungen der Arzneimittelpreisverordnung verpflichtet werden. Die Einführung von Sanktionen soll diese Maßnahme flankieren. Die Regelung zur Anwendung der Arzneimittelpreisverordnung auch auf ausländische Versandapotheken in § 78 Abs. 1 Satz 4 AMG wird aufgehoben.

Stellungnahme des BAH

Der BAH befürwortet die Bestrebungen der Bundesregierung, die Preisbindung für verschreibungspflichtige Arzneimittel für alle Apotheken, die Patienten in Deutschland versorgen, einzuführen. Die Arzneimittelpreisbindung ist ein bedeutender und unverzichtbarer Stabilitätsfaktor, um eine flächendeckende und wohnortnahe Versorgung mit Arzneimitteln zu garantieren. Dies erachtet der BAH für alle Handelsstufen, in denen Arzneimittel abgegeben werden, für unerlässlich. Bereits das Urteil des OLG Düsseldorf (20. Zivilsenat), Urteil vom 16.05.2019 - I-20 U 126/18 macht deutlich, welche Gefahren drohen, wenn dies nicht vom Gesetzgeber unmissverständlich geregelt wird. Das OLG Düsseldorf hat ausgeurteilt, dass die nationalen Vorschriften, die den einheitlichen Herstellerabgabepreis regeln, bei Vorliegen eines grenzüberschreitenden Sachverhalts keine Anwendung finden. Konsequenterweise gibt es dann auch für den Großhandel bei grenzüberschreitenden Sachverhalten weder einen einheitlichen Einkaufs- noch Abgabepreis. „Ausländische“ Hersteller und Großhändler könnten somit zu ihren Gunsten von den einheitlichen Preisen abweichen.

Die Notwendigkeit von einheitlichen Einkaufs- und Abgabepreisen gilt jedoch nicht nur für die Preisfestsetzung und Abrechnung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung. So müssen auch Versicherte außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung einbezogen werden (PKV, Selbstzahler, Beihilfe). Auch ihnen gegenüber muss diese Preisbindung gelten, so wie dies z.B. bei den Erstattungsbeträgen nach § 130b SGB V gesetzlich geregelt ist.

Aus der Sicht des BAH ist ein einheitlicher Apothekenabgabepreis essentiell. Er gehört zu den maßgebenden Säulen des deutschen gesetzlichen Krankenversicherungssystems. Eine Vielzahl von sozialrechtlichen Instrumentarien zur Erstattung von Arzneimitteln in der gesetzlichen Krankenversicherung fußt auf dem einheitlichen Hersteller- und Apothekenabgabepreis. Hierzu gehören u.a. die Festbetragsregelung sowie die Abschläge nach §§ 130, 130a SGB V, die Durchführung der Rabattverträge etc. Darüber hinaus gelten viele Regelungen analog für die private Krankenversicherung. Selbst eine nur teilweise Lockerung der Arzneimittelpreisbindung hätte erhebliche Konsequenzen und somit eine umfassende Überarbeitung des Sozialrechts zur Folge.

Hinzukommen die negativen Auswirkungen auf die Struktur des Apothekenmarktes. Zu erwarten sind eine geringere Apothekendichte, ein steigender Konzentrationsprozess, eine sinkende Angebotsvielfalt sowie eine sozialrechtlich wie gesellschaftspolitisch mehr als fragwürdig zu betrachtende Benachteiligung der Landbevölkerung, die im Wettbewerb höhere Preise in der Vor-Ort-Apotheke zu zahlen hätte.

Der BAH begrüßt damit ausdrücklich die Intention der Bundesregierung. Allerdings möchte er vorsorglich darauf hinweisen, dass die Umsetzung dieser Intention auch europäischem Recht entsprechen muss. Dies gilt insbesondere im Rahmen des derzeit laufenden Vertragsverletzungsverfahrens hinsichtlich der Vereinbarkeit des § 78 Abs. 1 S. 4 AMG mit Art. 34 AEUV und eines Notifizierungsverfahrens. Unabhängig davon, in welchem Gesetz die Gleichpreisigkeit geregelt wird und ob die eigene Zuständigkeit der Bundesrepublik Deutschland gegeben ist, müssen die Bestimmungen über die Verkehrsfreiheiten beachtet werden. Daher muss die Eignung einheitlicher Apothekenabgabepreise für verschreibungspflichtige Humanarzneimittel zur Gewährleistung einer flächendeckenden und gleichmäßigen Versorgung mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln nachgewiesen werden. Dieses Ziel muss auch in kohärenter und systematischer Art und Weise erfolgen. Das wäre sie insbesondere dann, wenn sie für die gesamte Bevölkerung, d.h. auch für die privat gegen das Risiko Krankheit Versicherten gilt. Gerade letzteres ist derzeit nicht vorgesehen.

Auch wenn der von der Bundesregierung beschlossene Gesetzentwurf keine Überführung der Arzneimittelpreisverordnung in das SGB V vorsieht, wurde eine solche im Vorfeld in den sogenannten Eckpunkten formuliert. Aus diesem Grund weist der BAH vorsorglich darauf hin, dass Modelle, mit denen die Regelungen der Arzneimittelpreisverordnung in das SGB V überführt werden sollen, aus folgenden grundlegenden Überlegungen abzulehnen sind:

Arzneimittel sind zwar Waren „besonderer Art“ und unterliegen deshalb hohen Sicherheitsvorkehrungen, was die Wirksamkeit und Qualität sowie den Vertrieb und die Abgabe angeht. Betriebs- und volkswirtschaftlich betrachtet sind es aber eben Waren – mithin Wirtschaftsgüter. Deshalb ist es gut und richtig, dass die grundlegenden Regularien, die die Preisbildung dieser Wirtschaftsgüter betreffen und aus dem Arzneimittelgesetz und der Arzneimittelpreisverordnung entstammen, der Aufsicht des Bundeswirtschaftsministeriums unterliegen. Eine Überführung in die Regeln des SGB V führt dazu, dass aus dem

Wirtschaftsgut eine „soziale“ Ware wird, die allein den Maßgaben des Wirtschaftlichkeitsgebotes des SGB V und der Beitragssatzstabilität unterliegen würde. Dies ist aber nicht Selbstverständnis einer sozialen Marktwirtschaft, in der es für Wirtschaftsgüter eine freie Preisfindung geben muss. Die Erstattungsregelung für zu Lasten der GKV abgegebene Arzneimittel findet sich – nach der grundsätzlichen Preisfindung – in einem weiteren Schritt im SGB V und zeichnen sich unter anderem durch Rabattvertrags-, Erstattungsbetrags- Preismoratoriums- Festbetragsregelungen aus. Damit ist ausreichend sichergestellt, dass das System der GKV nicht überbelastet wird. Ein weiteres Steuerungsinstrument ist weder notwendig noch zielführend.

Änderungsvorschlag des BAH

Der BAH schlägt eine gesetzliche Regelung vor, nach der auch bei der Abgabe verordneter Arzneimittel an PKV-Versicherte, Beihilfeberechtigte und Selbstzahler die in der nach § 78 AMG erlassene Rechtsverordnung festgesetzten Preisspannen und Preise einzuhalten sind.

4) Zusätzliche Pharmazeutische Dienstleistungen

Artikel 1 Nr. 2 Buchstabe d) zu § 129 Absatz 5d, 5e (neu) SGB V

Beabsichtigte Neuregelung

Mit dieser Regelung sollen die Apotheker die Möglichkeit erhalten, pharmazeutische Dienstleistungen anzubieten und damit die heilberufliche Kompetenz des Apothekers zugunsten der Versorgung der Versicherten zu stärken

Stellungnahme des BAH

Die Ausweitung der heilberuflichen Angebote für Versicherte, um Versorgungsdefizite auszugleichen und niedrigschwellige Angebote für die Versicherten anzubieten, wird vom BAH ausdrücklich begrüßt. Auswahlkriterium für die Inanspruchnahme der zusätzlichen pharmazeutischen Dienstleistung muss der individuelle Bedarf des jeweiligen Patienten sein. So kann beispielsweise ein Patient, der neben verschreibungspflichtigen Arzneimitteln mehrere rezeptfreie Arzneimittel einnehmen muss, hiervon überfordert sein. Ferner kann es bei der Einnahme am Therapieverständnis, also an der Therapieakzeptanz zur sachgerechten, regelmäßigen Einnahme fehlen. Der BAH befürwortet vor diesem Hintergrund die Stärkung der Lotsen- und Beratungsfunktion des Apothekers, wenn ihm erlaubt wird, genau diese Entscheidung selbst vor Ort zu treffen.

Dies umso mehr, als dass aufgrund des demographischen Wandels die Anzahl der Menschen, die eine gute Versorgung mit Arzneimitteln, inklusive Beratung und Betreuung benötigen, steigen wird. Aus den Ergebnissen des Deutschen Gesundheitsmonitors des BAH² ist abzulesen, dass die Bevölkerung ein hohes Vertrauen in die Kompetenz der

² Der BAH-Gesundheitsmonitor ist eine repräsentative Bevölkerungsbefragung zur Gesundheitsversorgung, die vom Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e.V. (BAH) beauftragt und von The Nielsen Company durchgeführt wird. Der aus den Antworten generierte Versorgungsindex spiegelt das Empfinden der Bevölkerung zur Versorgungssituation in Deutschland wider. Neben

Apotheker setzt und damit viel dafürspricht, dass entsprechende Angebote angenommen werden würden.

Der BAH spricht sich jedoch dafür aus, den Anspruch des Versicherten nicht durch die Selbstverwaltung im Rahmen einer Vereinbarung, sondern in die Grundnorm in § 27 SGB V zu definieren. Ob die zusätzliche pharmazeutische Leistung honoriert wird oder nicht, ist vom Anspruch des Versicherten losgelöst zu betrachten.

Änderungsvorschlag des BAH

Der BAH schlägt vor, in § 27 Abs. 1 Satz 2 Nummer 3 nach dem Wort „Hilfsmitteln“ die Wörter „sowie auf pharmazeutische Dienstleistungen“ einzufügen.

5) Gripeschutzimpfung in Apotheken im Rahmen von regionalen Modellprojekten

Artikel 1 Nr. 4 zu § 132i SGB V

Artikel 8 Nr. 1 zu § 22 Infektionsschutzgesetz

Beabsichtigte Neuregelung

Mit dieser Regelung sollen die Apotheker die Möglichkeit erhalten, Gripeschutzimpfungen für Versicherte anzubieten. Dies soll in Form von Modellprojekten erfolgen. Krankenkassen oder Landesverbände der Krankenkassen können mit Apotheken, Gruppen von Apotheken oder Landesapothekerverbänden Verträge über die Durchführung von Modellvorhaben in ausgewählten Regionen zu Gripeschutzimpfungen vereinbaren. Ziel der Verträge ist die Erhöhung der Impfquote.

Inhalt der Verträge sollen die Voraussetzungen für die Durchführung, Vergütung, Abrechnung und Dokumentation in den Apotheken sein. Weitere Voraussetzungen für die Einführung von Modellvorhaben ist es, dass das Berufsrecht nicht entgegenstehen darf. Darüber hinaus müssen Apotheker ärztlich geschult werden. Ferner müssen in den Apotheken geeignete Räumlichkeiten mit der erforderlichen Ausstattung zur Verfügung stehen. Die Haftungsregelung entspricht der Gefährdungshaftung des Arzneimittelgesetzes. Die Verträge sind den Aufsichtsbehörden vorzulegen.

Stellungnahme des BAH

Die Intention der Bundesregierung, einen niedrighschwelligigen Zugang zu Gripeschutzimpfungen zu ermöglichen, um dadurch die Möglichkeit zu schaffen, die Durchimpfungsraten in der Bevölkerung zu erhöhen und den Impfschutz zu verbessern, ist grundsätzlich zu unterstützen. Hierdurch können nicht nur die Geimpften selbst, sondern auch ihre Mitbürger im Sinne positiver externer Effekte („Herdenimmunität“) geschützt werden. Eine

der regelmäßig jährlich durchgeführten Welle mit einer Stichprobe von 2.000 Personen werden in unregelmässigen Abständen 1.000 Personen zu aktuellen Themen befragt.

repräsentative Umfrage des Deutschen Gesundheitsmonitor des BAH unter 1.000 Personen hat in Bezug auf die persönliche Beurteilung der Gripeschutzimpfung ergeben, dass eine große Mehrheit der Deutschen (82%) Impfen für eine sinnvolle Maßnahme hält, um Krankheiten vorzubeugen. Trotz dieser erklärten hohen Impfbereitschaft gaben mehr als die Hälfte der Befragten (52 %) an, sich nie gegen Grippe impfen zu lassen.

In einigen europäischen Ländern³ (u.a. Großbritannien, Irland und Portugal) sowie außerhalb von Europa hat ein Angebot mit einem niedrigschwelligen Zugang zur saisonalen Gripeschutzimpfung in Apotheken verknüpft mit weiteren Maßnahmen zu einer signifikanten Steigerung der Impfquote geführt. Es bleibt abzuwarten, ob dieser Erfolg sich auch in Frankreich einstellen wird, wo die saisonale Gripeschutzimpfung seit Anfang 2019 landesweit auch in Apotheken appliziert werden kann.

Ob diese Erfahrungen aus dem Ausland auch auf Deutschland übertragbar sind, ist nicht eindeutig prognostizierbar. Grundsätzlich sollte die Verantwortung für die Durchführung von Impfungen der Bevölkerung in der Verantwortung der Ärzte liegen. Unter den vorgesehenen Rahmenbedingungen kann in Modellprojekten erprobt werden, dass neben der Ärzteschaft auch die Apotheker als Berufsgruppe Gripeschutzimpfungen für Erwachsene vornehmen und damit einen Beitrag zu einer Steigerung der Impfquoten leisten können. Die Projekte bedürfen vor einer allgemeinen Ausweitung der Evaluation.

Zudem bedarf es aus Sicht des BAH eines übergreifenden Gesamtkonzeptes, um eine nachhaltige Steigerung der Impfquoten und damit der Durchimpfungsrate zu erreichen. Diesbezüglich sieht der BAH weitere, wichtige Aufgaben in der Apotheke, etwa in regelmäßigem Check des Impfstatus und einer gezielten Impfberatung.

Bei der Einführung von Modellprojekten ist es wichtig, dass die grundlegenden Verträge über die Durchführung von Modellvorhaben, die zwischen den Krankenkassen oder Landesverbänden der Krankenkassen mit Apotheken, Gruppen von Apotheken oder Landesapothekerverbänden abzuschließen sind, transparent und einsehbar sind. Dies ist erforderlich, um den Impfstoff-Herstellern Planungssicherheit und -transparenz für die Herstellung und Belieferung zu geben. Ferner plädiert der BAH dafür, die Impfung in der Apotheke der in Arztpraxen hinsichtlich der Preisbildung und des Erstattungsumfangs der GKV gleichzustellen.

Der BAH weist darauf hin, dass eine hohe Durchimpfungsrate damit korrespondieren muss, dass die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen und Grundlagen für die Hersteller von Impfstoffen auch in Zukunft sichergestellt sein müssen. Er lehnt Instrumente, die eine auskömmliche wirtschaftliche Situation gefährden, ab.

Änderungsvorschlag des BAH

Der BAH fordert, dass die grundlegenden Verträge für die Durchführung von Modellvorhaben transparent und einsehbar sind. Nur dann kann es für die Impfstoff-Hersteller Planungssicherheit- und -transparenz geben.

³ International Pharmaceutical Federation (FIP) An overview of current pharmacy impact on immunisation 2016

Außerdem sollten die Preisbildung und Erstattung für die Impfung in der Apotheke mit denen in der Arztpraxis gleich sein.

6) Abspracheverbot zwischen Ärzten und Apothekern

Artikel 2 Nr. 1 zu § 11 Apothekengesetz

Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelungen, die die derzeitige Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Apothekern regeln – insbesondere das Abspracheverbot und das Verbot intransparenter Konstellationen der Zusammenarbeit – sollen auch gelten, wenn das e-Rezept eingeführt worden ist. Dies soll auch für ausländische Versandapotheken gelten.

Stellungnahme des BAH

Der BAH unterstützt ausdrücklich die Intention, dass die Einführung des e-Rezeptes keine Änderung der Trennung, Zusammenarbeit und Kooperation zwischen den Berufen des Arztes und Apothekers zur Folge haben soll.

Darüber hinaus ist es zu begrüßen, dass eine solche Regelung auch ausländische Versandapotheken betreffen soll. Die Einführung des e-Rezeptes wird keine elektronische Abbildung des heutigen analogen Rezeptes sein. Es werden mehr und andere Akteure als Ärzte, Apotheker sowie die in den Praxen und Apotheken tätige Mitarbeiter sein. Auch für diese müssen Zuweisungsverbote und das Makeln von Rezepten verboten werden. Dies ist in dem Kabinettentwurf noch nicht ausreichend berücksichtigt und bedarf einer Anpassung.