

Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung
Wortprotokoll
87. Sitzung

Berlin, den 19.01.2005, 14:30 Uhr
Sitzungsort: Reichstag, SPD-Fraktionssaal 3 S001

Vorsitz: Wolfgang Zöllner, MdB
Klaus Kirschner, MdB

TAGESORDNUNG:

Öffentliche Anhörung zum

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Apothekengesetzes

BT-Drucksache 15/4293

Anlage
Anwesenheitsliste
Sprechregister

Anwesenheitsliste*

Mitglieder des Ausschusses

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses

Stellv. Mitglieder des Ausschusses

SPD

Dreßen, Peter
Hovermann, Eike
Kirschner, Klaus
Lewering, Eckhart
Lohmann, Götz-Peter
Lotz, Erika
Mattheis, Hilde
Ober, Erika, Dr.
Reimann, Carola, Dr.
Schmidbauer, Horst
Schmidt, Silvia
Schönfeld, Karsten
Schösser, Fritz
Spielmann, Margrit, Dr.
Stöckel, Rolf
Volkmer, Marlies, Dr.
Wodarg, Wolfgang, Dr.

Bätzing, Sabine
Elser, Marga
Friedrich, Lilo
Gradistanac, Renate
Haack, Karl-Hermann
Heß, Petra
Hoffmann, Walter
Jäger, Renate
Kühn-Mengel, Helga
Lehn, Waltraud
Marks, Caren
Mützenich, Rolf, Dr.
Roth, Karin
Rupprecht, Marlene
Schaich-Walch, Gudrun
Zöllmer, Manfred Helmut

CDU/CSU

Bauer, Wolf, Dr.
Brüning, Monika
Butalikakis, Verena
Faust, Hans Georg, Dr.
Hennrich, Michael
Hüppe, Hubert
Lanzinger, Barbara
Michalk, Maria
Müller, Hildegard
Seehofer, Horst
Sehling, Matthias
Spahn, Jens
Storm, Andreas
Straubinger, Max
Weiß, Gerald
Widmann-Mauz, Annette

Bietmann, Rolf, Dr.
Blumenthal, Antje
Falk, Ilse
Fischbach, Ingrid
Fuchs, Michael, Dr.
Grund, Manfred
Kaupa, Gerlinde
Laumann, Karl-Josef
Luther, Michael, Dr.
Meckelburg, Wolfgang
Philipp, Beatrix
Reiche, Katherina
Singhammer, Johannes
Strebl, Matthäus
Weiß, Peter
Zöllner, Wolfgang

B90/GRUENE

Bender, Birgitt
Deligöz, Ekin
Kurth, Markus
Selg, Petra

Hajduk, Anja
Höfken, Ulrike
Krüger-Jacob, Jutta
Vogel-Sperl, Antje, Dr.

FDP

Bahr, Daniel
Kolb, Heinrich L., Dr.
Thomae, Dieter, Dr.

Kauch, Michael
Lenke, Ina
Parr, Detlef

*) Der Urschrift des Protokolls ist die Liste der Unterschriften beigelegt.

Bundesregierung

Bundesrat

Fraktionen und Gruppen

Sprechregister Abgeordnete	Seite/n	Sprechregister Sachverständige	Seite/n
Amtierender Vorsitzender Abg. Wolfgang Zöllner (CDU/CSU)	5	SV Prof. Dr. Wolf-Henning Roth	5,11,15,18,19
Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD)	5	SV Prof. Dr. Berthold Göber	6,14
Abg. Götz-Peter Lohmann (SPD)	6	SV Armin Ehl (Marburger Bund)	6,8,11,17
Abg. Dr. Erika Ober (SPD)	7	SV Dr. Steffen Amann (Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker e.V. (ADKA))	7,10,12,14,16
Abg. Andreas Storm (CDU/CSU)	8	SV Dr. Klaus Peterseim (Bundesverband klinik- und heim-versorgender Apotheker e.V. (BVKA))	7,17
Abg. Dr. Wolf Bauer (CDU/CSU)	9,18,19	SV Lutz Tisch Bundesvereinigung deutscher Apothekerverbände (ABDA))	8,13,17,18
Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	11,12	SV Hartmut Vaitiekunas (Bundesvereinigung deutscher Apothekerverbände (ABDA))	9
Abg. Dr. Heinrich L. Kolb (FDP)	13	SV Klaus Grimm (Bundesverband klinik- und heim-versorgender Apotheker e.V. (BVKA))	11,18
Abg. Daniel Bahr (Münster) (FDP)	14	SV Dr. Martin Walger (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG))	12,13,14,16
Abg. Dr. Carola Reimann (SPD)	14	SV Wolfgang Kaesbach (Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK))	13
Abg. Rolf Stöckel (SPD)	15	SV'e Dr. Irene Krämer (Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker e.V. (ADKA))	15
Abg. Hilde Mattheis (SPD)	16	SV Prof. Dr. med. Norbert Presselt	15
Abg. Michael Hennrich (CDU/CSU)	16		
Abg. Matthias Sehling (CDU/CSU)	17		
Abg. Verena Butalikakis (CDU/CSU)	18		
Vorsitzender Abg. Klaus Kirschner (SPD)	19		

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Apothekengesetzes

BT-Drucksache 15/4293

Beginn der Sitzung: 15.30 Uhr.

Amtierender Vorsitzender Abg. **Wolfgang Zöllner** (CDU/CSU): Meine sehr verehrten Damen und Herren, ich darf Sie recht herzlich zu unserer Anhörung Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Apothekengesetzes, Bundestagsdrucksache 15/4293 begrüßen.

Ich hätte eine Bitte, wenn Sie im Verlaufe der Anhörung befragt werden, sagen Sie kurz Ihren Namen, damit er im Protokoll vermerkt werden kann.

Die Fraktion der SPD beginnt.

Abg. **Dr. Marlies Volkmer** (SPD): Ich habe eine Frage an den Sachverständigen Prof. Roth.

Verstößt der derzeitige § 14 des Apothekengesetzes gegen europäisches Recht? Wenn ja warum? Welche Konsequenzen hätte das vom Bundesrat geforderte Abwarten auf ein Urteil des europäischen Gerichtshofs, um darauf basierend eine EU-rechtlich maßgeschneiderte Regelung für die pharmazeutische Krankenhausversorgung zu erarbeiten?

SV **Prof. Dr. Wulf-Henning Roth**: Die jetzige Regelung des § 14 verstößt eindeutig gegen Artikel 28 des EG-Vertrages. Ich habe das gerade meinen Kollegen gesagt, wenn ich diesen Fall in einer Europarechtsvorlesung als Abschlussklausur stellen würde, gäbe es nur eine Antwort und nicht eine vertretbare Antwort dahingehend, dass es sich nicht um eine europarechtswidrige Regelung handelt. Der Artikel 28 EG-Vertrag, der seit 30 Jahren unmittelbar Anwendung findet setzt voraus, dass der zwischenstaatliche Handel beschränkt wird und das wird er. Das ist keine Frage. Dadurch, dass wir das Regionalprinzip in dieser etwas verkürzten Form, wie immer darüber geredet wird, haben, bedeutet das, dass Deutsche Krankenhäuser bei ausländischen Apotheken, Apotheken mit Sitz in anderen EG und EWR-Staaten nicht nachfragen können. Dadurch wird der zwischenstaatliche Handel be-

schränkt. Das ist eine eindeutige Beschränkung. Europarechtliche Feinheiten möchte ich mir schenken. In einigen der Stellungnahmen ist auf die Keckrechtsprechung hingewiesen worden, die hier völlig falsch verstanden wird. Die Keckrechtsprechung betrifft nicht die Nachfragefreiheit von Krankenhäusern die hier beschränkt wird. Damit hat das überhaupt nichts zu tun. Insofern möchte ich mich kurz fassen und die Frage, liegt eine Beschränkung im Sinne des Artikels 28 vor, 100 %ig mit Ja beantworten.

Die zweite Frage ist, ob diese Beschränkung gerechtfertigt ist. Und dort finden die europarechtlichen Auseinandersetzungen statt. Man wird sagen müssen, dass der Artikel 30 EG-Vertrag einen Rechtfertigungsgrund für den Schutz der Gesundheit der Bevölkerung gibt, das ist überhaupt keine Frage. Der Gerichtshof sagt, das ist ein hohes Gut, aber dieser Schutz der Gesundheit der Bevölkerung muss mit geeigneten erforderlichen und verhältnismäßigen Mitteln verfolgt werden. Das Regionalprinzip, wie es derzeit gehandhabt wird und in § 14 verankert ist, ist eine geeignetere Regelung. Das würde ich im Hinblick auf die Versorgung der Krankenhäuser und den Gesundheitsschutz nicht beschreiten wollen. Aber es ist keine erforderlichere Regelung. Erforderlichkeit wird in der Rechtsprechung des Gerichtshofs so geprüft, dass man sich fragt, ob es weniger den zwischenstaatlichen Handelsverkehr beschränkende Regelungen geben kann, die in gleicher Weise das verfolgte Ziel, sprich Gesundheit und Patientenversorgung in den Krankenhäusern sicherstellt. Und da wird man sicher sagen können, das es sich hier um keine erforderliche, sondern eine übermäßige Regelung handelt, weil die Beratungsleistungen, die die ortsansässigen Apotheken erbringen in gleicher Weise von nicht ortsansässigen Apotheken und von ausländischen Apotheken erbracht werden können. Um das auf nur eine Formel zu bringen, ausländische Apotheken, mit ausländisch meine ich Apotheken mit Sitz in einem EG, EU oder EWR-Staat, können inländische Apotheken z. B. einschalten, um solche Beratungsleistungen zu erbringen. Das ist ein logistisches Problem für die ausländischen Apotheken. In gleicher Weise ist es ein logistisches Problem für die Krankenhäuser, ob sie aus dem Ausland beziehen und oder im Inland Beratungsleistungen nachfragen. Es

gibt vergleichbare Fälle. Das darf ich Ihnen sagen, bei der Dienstleistungsfreiheit hat der Gerichtshof genau hingeschaut, solche Konstellationen kennen wir schon aus Anfang der 90-iger Jahre. Der Gerichtshof wird mit 100 %iger Sicherheit die Erforderlichkeit der Deutschen Regelung verneinen.

Ich weise auf Ihre letzte Frage, was können wir abwarten, hin. Nachdem wir in aller Klarheit wissen, dass die Regelung des § 14 ApoG europarechtswidrig ist, können Entschädigungsansprüche gegen die Bundesrepublik Deutschland entstehen. Von privaten Krankenhausträgern, die im Ausland nicht nachfragen können und ausländische Apotheken, den ein Gewinn dadurch entgeht, dass sie auf dem Deutschen Markt ihre Produkte nicht absetzen können.

Abg. **Götz-Peter Lohmann** (SPD): Meine Frage geht an den Sachverständigen Prof. Dr. Göber und den Marburger Bund.

Wie Sie wissen, ist im Gesetzentwurf die Möglichkeit vorgesehen für die Lieferung von Arzneimitteln und anderer Apothekerleistungen getrennte Versorgungsverträge abzuschließen. Wird die Trennung von Lieferung und Beratung zu Qualitäts- und Sicherheitseinbußen führen und sind Auswirkungen auf den Arbeitsalltag der Klinikärzte zu erwarten? Wenn ja, welche?

SV **Prof. Dr. Berthold Göber**: Prinzipiell ist klar, wenn wir in Europa leben, wir keine Grenzen in der Belieferung mit Arzneimitteln ziehen können. Unter diesem Aspekt ist meine Antwort so zu verstehen, ich gehe dabei auch davon aus, dass der Apothekerberuf in der Versorgung des Patienten, des Arztes, des Krankenhauses einheitlich ist. Das heißt, dass hier eine Leistung erbracht wird, die Logistik und Beratung immer einschließt. Für mich war der Gesetzentwurf Anlass darüber nachzudenken, ob es Möglichkeiten gibt hier eine Trennung vorzunehmen, d. h., der eine verdient daran und der andere macht die Arbeit, wenn man das so sehen will. Da muss ich sagen, dass ich dort Schwierigkeiten in meiner Endaussage habe und glaube, dass das rein formal möglich ist, ich bin aber kein Gesetzesexperte. Vom Inhalt her im Sinne der Optimierung der Patientenversorgung hätte ich nachdenkenswert Anregungen, dass man auf diese Trennung prinzipiell verzichten sollte. Ob man das unbedingt machen muss weiß ich nicht, wie gesagt, ich bin kein Rechtsexperte. Von der Sache her würde ich sagen, da die Versorgung des Krankenhauses mit den Überlegungen beginnt, was an Arzneimitteln kommt für die Versorgung des Krankenhauses in Fra-

ge, dass Überlegungen der Wirtschaftlichkeit sofort mit eingehen und die ordnungsgemäße Versorgung im Krankenhaus gemeinsam mit Apotheker und Arzt geschieht. Ich glaube, dass es sinnvoller wäre diese Dinge in einer Hand zu lassen. Das ist die eine Seite. Die andere Seite ist natürlich, man könnte auch getrennte Hände haben, dann müssten in den Verträgen, wie sie im Gesetz ausgewiesen sind, diese Aufgaben explizit und genau definiert werden. Und die Zustimmung der aufsichtsführenden Behörde wäre hier einer zunehmenden Sorgfallspflicht unterworfen. Das heißt, die Sachkompetenz von Arzt und Apotheker wäre bei Vertragsabschluss weit aus größer einzuordnen als sie bisher ist. Ich spreche nur aus den Erfahrungen, die ich durch meine Ausbildungsfragen und viele Gespräche und Bekannte und Verwandte in Krankenhäuser habe, ein Sohn ist z. B. in einem Universitätskrankenhaus tätig und er sagt, ein Apotheker der nicht gleichzeitig bei der Bestellung dabei ist, kann er sich nicht vorstellen. Bestellung und Belieferung sind zwei unterschiedliche Fragen auch für mich. Das ist klar, dort bin ich kein Fachmann. Ich von meiner Seite aus sehe, historisch gesehen seit Friedrich II. in Staufen hat der Apotheker die Versorgungspflicht insgesamt und ich würde meinen, dass es zu überlegen ist, ob diese Trennung sinnvoll ist.

SV **Armin Ehl** (Marburger Bund): Aus Sicht des Marburger Bundes möchte ich noch einen Schritt vorgehen. Die Verantwortung für die medizinische Versorgung und die Therapien im Krankenhaus haben natürlich die Krankenhausärztinnen und -ärzte und insofern möchten wir diese Versorgung auch in einer Hand behalten, um es pauschal zu sagen. Die Patientenversorgung steht bei uns an erster Stelle und nicht Wirtschaftlichkeitsüberlegungen. Insofern muss man das ein wenig differenzieren und dann ist es für uns interessant zu sehen, dass wir die Krankenhäuser, die bereits über eine Krankenhausapotheke verfügen und solche die nicht über eine Apotheke verfügen, auseinander halten. Für die Ärztinnen und Ärzte ist es unbedingt notwendig im klinischen Alltag jemand zu haben der sie beraten kann. Dazu kann ich nachher noch einige Beispiele nennen. In den Krankenhäusern in denen es bislang keine eigene Apotheke gibt, wurde durch das Regionalprinzip sichergestellt, das relativ schnell eine solche Beratung abgefragt werden kann. Wir sehen Probleme, wenn dieses Regionalprinzip aus dem Gesetz herausgenommen würde, dass dieses einheitliche und bewährte System der Zusammenarbeit zwischen Ärzte und Apothekern in den Krankenhäusern nicht mehr gewährleistet wäre. Insbesondere sehen wir Probleme in kleineren

Krankenhäusern, die sich unter Umständen das, was sie angedacht haben durch die Festbeschreibung der Einstellung eines Apothekers nicht leisten können. Das kann noch im Einzelnen ausgeführt werden.

Abg. **Dr. Erika Ober** (SPD): Meine Frage geht an den Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker, Bundesverband der klinik- und heim-versorgender Apotheker und den Marburger Bund.

Wir haben es schon vom Marburger Bund gehört. Die Aufgaben eines Krankenhausapothekers sind vielfältig und er trägt Verantwortung sowohl in wirtschaftlicher Hinsicht als auch für die Qualität der Arzneimitteltherapie im Krankenhaus und berät das medizinische Personal hinsichtlich Einkauf und Therapiebegleitung und wirkt auch noch in der Arzneimittelkommission mit. Ist zu Erfüllung dieser Aufgaben die persönliche Anwesenheit des Apothekers im Krankenhaus erforderlich? Und wie kann diese persönliche Anwesenheit wenn sie erforderlich ist, organisatorisch gewährleistet werden?

SV **Dr. Steffen Amann** (Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker e.V. (ADKA)): Wir haben in unserer Stellungnahme und im Kommentar des Gesetzes bereits darauf hingewiesen, dass die Anstellungen der Apotheker im Krankenhaus einer gewissen Bedarfsorientierung der Leistungen des Krankenhauses entsprechen. Wir brauchen eine versorgungsleistungsbezogene Anzahl von Apothekern, die im Krankenhaus zur Verfügung stehen. Optimalerweise tun sie das bereits in dem anerkannten Bestenversorgungsmodell zur Arzneimittelversorgung der Krankenhäuser, in der eigenen Krankenhausapotheke. Diese angemessenen Zahlen kann man beziehen auf, z. B. die Angaben des Deutschen Krankenhausinstituts die angeben, dass es für die Beratung eines Apothekers pro 25 Ärzte bedarf oder des bayrischen Kommunalen Prüfungsverbandes der von Zahlen von einem Apotheker pro 75 oder 130 Betten je nach Fachrichtungen ausgeht.

Wir fordern diese Anstellung von Krankenhausapothekern mit in den Gesetzestext mit aufzunehmen und nicht nur einen unbestimmten Artikel, weil bewiesen ist, auch in verschiedenen Studien belegt, dass Apotheker, die im therapeutischen Team mitarbeiten Medikationsfehler reduzieren können und das geht nur in der körperlichen Anwesenheit des Apothekers in der dauernden Mit- und Zusammenarbeit des Apothekers mit den Ärzten und Pflegenden im Krankenhaus. Medikationsfehler

sind bewiesener Maßen in Deutschland einer der häufigsten Todesursachen in den Krankenhäusern und daher ein Problem, dem man sich widmen muss. Der wirtschaftliche Nutzen der Krankenhausapotheker ist in verschiedenen Studien belegt und wesentlich höher als die Kosten die dadurch entstehen. Ein Fremdversorger hat naturgemäß andere wirtschaftliche Interessen und kann die Beratung in den Prozess der Entscheidung und Arzneimittel-anwendung nicht so erfüllen. Die Leistungen der Apotheker in den Krankenhäusern sind die Teilnahme an den Visiten an der klinisch-pharmazeutischen Betreuung, die Mitarbeit bei der Erarbeitung von Behandlungsfäden und Leitlinien, Mitarbeit bei der Arzneimittelanamnese und Entlastberatung der Patienten sowie vor allem zukünftig interessant die Schnittstellen Managementtätigkeit bei der integrierten Versorgung. Wir machen eine Patientenschulung und die Schulung der Pflege zur Arzneimittelanwendung, um zur Vermeidung beizutragen, das ist eine wesentliche Aufgabe. Dazu bedarf es des Kontakts des Apothekers mit den Patienten und der im Augenscheinnahme des Patienten. Die Patientenindividuelle Herstellung von Arzneimitteln ist nach wie vor eine sehr relevante Tätigkeit. Befreit das Personal von dem Umgang mit gefährlichen Arzneistoffen, wie z. B. Zytostatika oder auch andere Parenteralien müssen zeitnah und ortsnahe für die Patienten hergestellt werden können und auch hier ist eine Belieferung oder Fremdversorgung auf weiten Weg nicht möglich. Die Überprüfung der Arzneimittelvorräte auf der Station ist eine ganz historische Aufgabe der wir nach wie vor nachkommen.

Zusammengefasst kann man sagen, wenn ein Regionalprinzip aufgehoben werden soll, dann erhöht sich logischer Weise das Sicherheitsrisiko der Arzneimitteltherapie im Krankenhaus und das ist durch eine angemessene Festanstellung von Apothekern zu kompensieren, weil ansonsten die Trennung der Logistik und Beratung bis zum Patienten vollzogen würde und das wäre eine Trennung von Verantwortung und Kompetenzen der Arzneimittelversorgung mit allen Risikofolgen für den die Verantwortung tragenden Arzt und den im Zweifelsfalle Leidtragenden Patienten. Die verantwortlichen Apotheker müssen auch in Zukunft im Krankenhaus über alle pharmazeutischen Fragen vollständig informieren.

SV **Dr. Klaus Peterseim** (Bundesverband klinik- und heim-versorgender Apotheker e.V. (BVKA)): Ich kann mich in wesentlichen Teilen den Ausführungen des Kollegen Amann anschließen.

Was die krankenhausversorgenden Apotheken betrifft, sind wir dabei unsere Apotheker in den Apotheken in die Krankenhäuser und die Stationen zu bringen und dort tätig werden zu lassen. Insofern ist die Nähe ein wichtiges Kriterium für die krankenhausversorgende Apotheke. Das gleiche gilt für die krankenhausmitversorgende Krankenhausapotheke, auch diese muss in der Nähe sein, damit die persönliche Präsenz überhaupt realistisch darstellbar ist. Ich möchte auf zwei Aspekte noch hinweisen. Herr Amann hat die Mitwirkung bei der Entwicklung von Behandlungsleitfäden und Therapieleitlinien usw. genannt. Diese Entwicklung ist ein ständiger laufender Prozess der sich im Krankenhaus aus den therapeutischen Gegebenheiten als Daueraufgabe darstellt und diese Daueraufgabe kann nur von präsenten Apothekern mit wahrgenommen werden.

Der zweite Aspekt auf den ich hinweisen möchte, ist der, dass Probleme nicht immer von den Betroffenen selbst erkannt werden, sondern von uns als hinzukommenden Experten gesehen werden und darauf aufmerksam gemacht werden muss. Und dieses Hinzukommen, dieses Dabeisein bei der Einleitung der Therapie deckt viele Problem auf die u. U. sonst nicht erkannt werden. Daher sind Nähe und Präsenz unverzichtbar.

SV Armin Ehl (Marburger Bund): Wir sehen die Notwendigkeit sowohl einer dauerhaften als auch einer individuellen Beratung persönlich von Apothekern im Krankenhaus. Wir fürchten, dass wenn keine Apotheker mehr vor Ort sind kostengünstigere Lösungen gewählt werden die dann sehr in diese monoteristische Sichtweise kommen, dass der Patient bzw. das Patientenwohl aus dem Auge verloren wird. Für uns stellt sich vor allen Dingen die Frage, wer macht die Arbeit, wenn keine Apotheker vor Ort sind und wir fürchten, dass diese Arbeiten auf die Ärzte abgewälzt werden. Wenn man bedenkt, dass in manchen Fachgebieten heute bereits 40 % der Arbeitsleistungen Patientenferne Tätigkeiten sind, dann kann das nur zu einer Verschlechterung der Situation der Krankenhausärztinnen und Ärzte führen und das lehnen wir ab.

Abg. Andreas Storm (CDU/CSU): Meine Fragen gehen an die ABDA zum Thema Regionalprinzip.

In seiner schriftlichen Stellungnahme hat Prof. Dr. Roth dargelegt, dass es bisher im § 14, Absätze 2 und 5 Apothekengesetz verankerte Regionalprinzip gegen das Verbot der Maßnahmen gleicher Wirkung in Artikel 28 EG-Vertrag verstößt. Halten Sie diese juristische

Bewertung für zutreffend und wenn nein, welche juristischen Aspekte führen zur einer anderen Rechtsauffassung? Ich möchte weitergehend nachfragen, sofern ein Verstoß gegen den Artikel 28 EG-Vertrag gleichwohl angenommen würde, könnte das im § 14 Absätze 2 und 5 verankerte Regionalprinzip durch zwingende Gründe des Allgemeinwohls insbesondere den Schutz der Gesundheit von Menschen im Sinne des Artikels 30 EG-Vertrag gerechtfertigt sein. Dazu müssten die Regelungen im Apothekengesetz als geeignet erforderlich und angemessen gelten. Herr Prof. Roth kommt in der schriftlichen Stellungnahme zu dem Ergebnis, dass ein solcher Rechtfertigungsgrund nicht gegeben sei, da im Apothekengesetz insbesondere nicht das Kriterium der Erforderlichkeit erfüllt sei. Deswegen bitte ich Sie, noch einmal darzulegen, um das Kriterium der Erforderlichkeit bewerten zu können, welches Regelungsziel mit dem Regionalprinzip in diesem Sinne verfolgt wird und welche konkreten Tatbestände zur Einführung des Regionalprinzips im Jahre 1978 geführt haben?

SV Lutz Tisch (Bundesvereinigung deutscher Apothekerverbände (ABDA)): Es geht hier im Prinzip um drei Fragen. Die erste Frage ist, ist der Artikel 28 überhaupt berührt? Oder handelt es sich hier um eine Verkaufsmodalität. Davon geht der europäische Gerichtshof aus. Wenn Regelungen bestehen, die für alle Wirtschaftsteilnehmer gelten, die ihre Tätigkeit im Inland ausüben, ist das in Deutschland der Fall. Das Regionalprinzip gilt für alle Apotheken.

Die zweite Voraussetzung ist, dass die Regelung den Absatz der inländischen Erzeugnisse und der Erzeugnisse aus anderen Mitgliedsstaaten rechtlich und tatsächlich in gleicher Weise berührt. Auch da muss man etwas genauer hinsehen. Es ist so, dass hier die ausländischen Erzeugnisse nicht von dem Regionalprinzip beeinträchtigt oder betroffen werden, sondern sie werden von dem Zulassungssystem betroffen, das wir in den Mitgliedsstaaten der EU vorfinden, das im Einklang mit den europarechtlichen Regelungen steht. Es gibt nun unterschiedliche Rechtssprechungen des europäischen Gerichtshofs zur Frage, ob auf Handelsstufen eine Behinderung bereits den Artikel 28 betrifft oder es eine Verkaufsmodalität sein kann. Immerhin gibt es hier eine Entscheidung, die sich mit der Frage der Apothekenpflicht von Säuglingsmilch in Griechenland befasst hat und bei der der Europäische Gerichtshof zu dem Ergebnis kam, dass es sich um eine Verkaufsmodalität handle, die eine entsprechende Verletzung des Artikel 28 ausschliesse. Sollte man allerdings davon ausge-

hen wollen, dass der europäische Gerichtshof diese Verkaufsmodalität negiert und eine Beeinträchtigung der Warenverkehrsfreiheit annimmt, dann wird man zu prüfen haben, ob die betreffende Regelung erforderlich ist. Es wird um die Frage gehen, ob eine regionale Arzneimittelversorgung von Krankenhäusern aus einer Hand erforderlich ist, um eine qualitativ hochwertige und sichere Arzneimittelversorgung zu gewährleisten. Der Maßstab ist dann, ob diese Regelung dem Schutz von Gesundheit und Leben dient. Das denke ich ist unmittelbar der Fall, denn die Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen und sicheren Arzneimittelversorgung dient diesem Ziel.

Zweitens kann man feststellen, dass das Regionalprinzip geeignet ist eine sichere schnelle und umfassende Arzneimittelversorgung sicher zu stellen. Das ist auch von Prof. Dr. Roth nicht bestritten worden und die Regelung, die wir im Gegensatz dazu im gegenwärtigen Gesetzentwurf vorfinden, tut das unserer Auffassung nach nicht, da hier hinsichtlich der EU ausländischen Apotheken keine Verbindlichkeit erzeugt werden kann und die Überwachung zumindest erheblich erschwert wird. Einerseits kann die ausländische Apotheke von Deutschen Behörden nicht überwacht werden. Sind mehrere Apotheken beteiligt, stellt sich die Frage, wer die Letztverantwortung trägt. Das Krankenhaus muss überwacht werden. Und es steht an zu prüfen, ob nicht die jüngst getroffene Regelung zur Chargendokumentation nicht mehr erfüllt werden könne, weil sie gegenüber ausländischen Apotheken nicht durchsetzbar ist.

Welchen Sinn und Zweck hat das Regionalprinzip. Die damalige Gesetzesbegründung hat darauf abgestellt, dass durch die Beschränkung der Versorgung auf einen abgegrenzten räumlichen Bereich eine schnelle Zustellung der Arzneimittel ermöglicht und der zuständigen Behörde die entsprechende Überwachungstätigkeit erst ermöglicht, oder zumindest verbessert wird.

Der Bericht des Abgeordneten Jaunich aus dem damaligen Gesetzgebungsverfahren stützt sich im Wesentlichen darauf, dass man von einer reinen Belieferung zu einer Arzneimittelversorgung im Krankenhaus, einer umfassenden Versorgung die über die Bereitstellung der Produkte hinausgeht kommen wollte. Es sollte keine Lieferungen quer durch die Bundesrepublik geben und derjenige der liefert, sollte auch der umfassend Verantwortliche sein. Ich denke, aus den Beiträgen die wir gehört haben, zeigt sich, dass das erreicht worden ist. Konkrete Tatbestände die damals vorgefunden wurden, waren unübersichtliche Lagerungen. Eine Vielzahl von nicht einsatzfähigen

Arzneimitteln, z. B. verfallenden oder ungeeigneten, die von unterschiedlichen Lieferanten an das Krankenhaus geraten sind. Es gab einen erheblichen Wertverlust aufgrund dieser Tatsache, der sich nach uns vorliegenden Erkenntnissen in dreistelliger Millionenhöhe bewegte. Darüber hinaus fehlte es an den Qualitätskontrollen dieser Produkte und Arzneimittel am Krankenhaus. Ich denke, dass diese Regelungsziele heute fortbestehen. Daher wäre es fahrlässig von dem Regionalprinzip, das eine Sicherung, für den Fall darstellt, das ein Krankenhaus nicht über eine eigene Apotheke verfügt, die all das gewährleistet, abzuweichen. Dadurch, dass die von außen versorgende Krankenhausapotheke, die aus einem anderen Haus versorgende, oder die von außen versorgende öffentliche Apotheke eine gewisse Nähe zum Krankenhaus haben muss. Kann man noch gewährleisten, dass diese umfassende Versorgungstätigkeit stattfindet. Gibt man diesen räumlichen Zusammenhang auf, dann muss man damit rechnen, dass diese umfassende Versorgung nicht mehr stattfinden kann; bestenfalls verteilt auf eine Vielzahl verschiedener Schultern, die miteinander koordiniert werden müssen, an jeder Schnittstelle auch Fehleranfälligkeit aufweisen und ggf. dann zu einer schlechteren Versorgung des einzelnen Patienten am Krankenhaus führen kann.

Abg. Dr. Wolf Bauer (CDU/CSU): Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren, die zwei wichtigsten Punkte um die sich heute alles drehen sollte sind Arzneimittelsicherheit und Arzneimittelversorgung. Wenn ich die rechtlichen Probleme zunächst hinten anstelle, da kommen wir noch zu, die Parallele z. B. zum Versandhandel, wo es uns damals gesagt worden ist, wir müssen das schnell umsetzen, weil wir sonst keinen Bestand in Europa hätten, hat sich im Nachhinein herausgestellt, dass dem nicht so ist. Es wäre interessant wenn Prof. Dr. Roth nachher auf die Parallelen eingehen könnte.

Aber ich möchte trotzdem, weil es für uns das Wichtigste ist von der ABDA, der ADKA, den Klinik- und heimversorgenden Apotheker und vom Marburger Bund wissen, was sind die wichtigsten Kriterien für die Arzneimittelversorgung für die Arzneimittelsicherheit im Hinblick auf die regionale Beziehung zwischen Apotheke und Krankenhaus?

SV Hartmut Vaitiekunas (ABDA): Ich halte das Regionalprinzip aus Gründen des Gesundheitsschutzes für erforderlich. Zum einen müssen Sie sich das so vorstellen, dass man nicht einfach eine Pille von A nach B in einem

Krankenhaus verbringt, sondern der Vorgang ist wesentlich komplexer als sich das in einigen Rechtsgutachten, die ich lesen musste, hier darstellt. Wenn Sie die Verantwortung für die Versorgung eines Deutschen Krankenhauses auf mehrere Schultern verlagern, es können sechs oder sieben verantwortliche Apotheker sein, ein Beratungsapotheker, einer in Estland der günstig Zytostatika beliefert, einer in Spanien, der Antibiotika besonders günstig liefern kann, dann stellt sich die Frage, wer die rechtliche Verantwortung trägt und harmonisieren diese Apotheker untereinander.

Ich glaube, dass die Fehlerhäufigkeit sich an dieser Stelle erhöhen wird und das geht zu Lasten der Patientinnen und Patienten in deutschen Krankenhäusern. Des Weiteren wird an dieser Stelle der Betrieb einer Krankenhausapothekes auf Logistik reduziert. Der Krankenhausbetrieb wie er sich heute darstellt, ist wesentlich mehr als ein Produkt von A nach B zu bringen. Die individuellen Patientenleistungen stehen im Vordergrund der deutschen Krankenhausapotheken. Ich möchte einige ausführen. Individuelle Zytostatikaherstellung für Krebspatienten, individuelle parenterale Ernährung und individuelle parenterale Herstellung von Arzneimitteln, wie Antikörper für Krebspatienten, Rezepturen für Leute mit Konservierungsallergien, Blutspiegelmessung, Patientenvisiten oder gar die lückenlose Kette der Versorgung von Patienten aus der Apotheke bis ans Krankenbett. Die Trennung von Logistik und diesen originären Herstellungstätigkeiten wird zu Fehlern führen und damit die Patienten in deutschen Krankenhäusern benachteiligen.

Die Erfolgsstory der deutschen Krankenhausapotheker ist schon im Vorgang angeklungen. In den letzten 20 Jahren ist es gelungen, die Kosten der Arzneimittel in den Deutschen Krankenhäusern auf unter 5 % zu senken. Ich erwarte eine deutliche Steigerung, indem man die Fragmentierung des Gesetzentwurfs durchsetzt. Es ist gelungen durch Einführung von Arzneimittelkommissionen, Einführung von Arzneimittellisten, Einführung von Standards, die Krankenhäuser in Deutschland aufzuräumen. Die Situation vor Einführung des Regionalprinzips war ein Chaos in den Deutschen Krankenhäusern.

In den Krankenhäusern erleben Sie, überall wo Meinungsbildner sitzen, überall wo in Deutschland Krankenhauspharmazie gelebt wird, das wir aus dem Regionalprinzip ein Zimmerprinzip machen. Das bedeutet, die Apotheker gehen vor Ort. Es ist nicht so das sie in ihrer Krankenhausapothekes verbleiben, sondern wir schicken immer mehr Krankenhausapotheker in die Patientenzimmer. In Braunschweig sind

es derzeit fünf Krankenhausapotheker, die sich damit beschäftigen. Ein aktueller Kongress sagt, 7 % der Patienten erleiden unerwünschte Arzneimittelwirkung im Krankenhaus. Und an dieser Stelle kann man sagen, dass es nur so wenig sind, ist den Krankenhausapothekern in Zusammenarbeit mit den Ärzten und Pflegekräften zu verdanken. Und ich bin sicher, wenn Sie jetzt diese Distanz erhöhen, dass diese Fehlerhäufigkeit zunimmt. Und an dieser Stelle haben Sie die Problematik der Ökonomie. Das wird viel Geld kosten. Das bedeutet, dass die Konsequenz dieses Gesetzentwurfs steigende Kosten in den deutschen Krankenhäusern für Arzneimittel wären und eine deutlich schlechtere Versorgung der Patienten mit Arzneimitteln. Insofern ist es ein Fehler zu überlegen, dass bewährte System zu zerschlagen. Ich plädiere dafür es zum Schutz der Patienten zu erhalten.

SV Dr. Steffen Amann (ADKA): Herr Vaitiekunas hat gerade im Detail viele Dinge ausgeführt, die ich nicht wiederholen möchte. Ganz klar ist, die Krankenhausapothekes ist die optimale Versorgungsform. Dort wo diese Versorgung aus einer Hand besteht, besteht die Gefahr, dass der Nutzen sinkt und umgekehrt Risiken steigen. Die Beispiele Versorgungssicherheit, Informationsdefizite, Anwendersicherheit und Wirtschaftlichkeit sind hier genannt worden.

Ich möchte nur einen Augenmerk auf die Akutversorgung legen, die scheinbar leicht von der Regelversorgung zu trennen ist. Ein Arzneimittel der Akutversorgung ist kein Arzneimittel, das per se von einem anderen Bereich zu trennen ist. Nach der Situation kann ein Arzneimittel der Regelversorgung in einem Notfall eines der Akutversorgung sein. Der Bereich der Versorgung in Katastrophensituationen oder Großschadensereignissen bedarf einer entsprechenden Vorratshaltung im Krankenhaus. Daher basiert eine sichere Arzneimittelversorgung auf der Krankenhausapothekes.

Zusammenfassend kann das so formuliert werden, dass mit dem Fernhandel alleine keine wirtschaftliche und qualitativ hochwertige Arzneimittelversorgung mit den geforderten Sicherheitskriterien bei den Anwenderpatienten und in der Arzneimittelsicherheit realisierbar ist. Wir haben in anderen europäischen Ländern, die dieses Problem der Regionalisierung nicht kennen, eine andere Lösung. Hier ist die Qualität dadurch sichergestellt, dass es eine Regelung gibt, mit der Krankenhausapothekes auf eine gewisse Größe des Krankenhauses bezogen sind ab wann sie verbindlich vorgeschrieben sind.

SV Klaus Grimm (BVKA): Ich möchte zu dem was die Vorredner gerade gesagt haben eigentlich nur noch mal auf die akute Notfallversorgung hinweisen. Wenn das Regionalprinzip aufgegeben würde, wäre es klar, dass die Routinebelieferung und die Not- und Akutversorgung getrennt werden müssten. Es wird von den Befürwortern nicht bestritten, dass man das auf mehreren Schultern verteilen müsste. Das würde dazu führen, dass die Notfallversorgung völlig abgekoppelt würde. Abgesehen davon, dass das wirtschaftlich nicht sinnvoll sein kann, weil dadurch die Kosten steigen, muss man sich darüber hinaus fragen, ob diese Notfallversorgung im Notfall in Anspruch genommen wird. Kann es nicht sogar sein, dass das Krankenhaus überlegt aus wirtschaftlichen Gründen diese Notfallversorgung nicht in Anspruch zu nehmen. Das zu reduzieren, d. h., auf ein Minimum herunter zu fahren, um die Kosten zu senken und das würde die Patienten gefährden.

Abgesehen davon, dass es, wie mein Vorredner gerade auch schon gesagt hat, sehr schwierig ist, Infarkte, Schlaganfälle oder Blutungen die Komplikationen hervorrufen vorher zu planen, bei denen eine normale Apotheke überhaupt nicht einspringen kann, sondern nur von einer Versorgungs- oder Krankenhausapotheke übernehmen kann. Ebenso im Katastrophenfall. Ich erinnere z. B. an das Brühler Zugunglück, da haben wir in der Nacht 2000 Infusionen mit Infusionsgeräten heraus gegeben. Wir haben das Brühler Krankenhaus mit versorgt und waren sofort da und ich denke, in einem solchen Fall wird man nachher nur sagen, BTM und Narkoseschmerzmittel die unter das BTMG fallen, hat keine normale Apotheke. Es wäre ein großer Verlust, wenn man in einem Katastrophenfall die Patienten nicht optimal versorgen könnte.

SV Armin Ehl (Marburger Bund): Bezüglich der Beratung brauche ich mich nicht zu wiederholen, da halten wir die Anwesenheit eines Apothekers unbedingt für notwendig. Die Aufgabe des Prinzips der Verzahnung von Logistik und Beratung halten wir aus Qualitäts- und Sicherheitsgründen dann für problematisch, wenn es sich um hochkomplexe Fälle handelt. Die wichtige Funktion eines ansässigen Apothekers steigert sich aus unserer Sicht insbesondere in multimorbiden Fällen, die eine hochkomplexe Arzneimittelversorgung mit Medikationskontrolle und permanenter Prüfung der Arzneimittelverträglichkeit etc.. erfordern. Und das können die Ärzte nur in Einzelfällen leisten. Da braucht man den Apotheker an seiner Seite.

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Zunächst habe ich eine Frage an Herrn Prof. Dr. Roth. Sie haben uns vorhin dargelegt, dass die Beibehaltung des Regionalprinzips europarechtswidrig wäre, und dass ein Festhalten an dieser Regelung zu Entschädigungsansprüchen führen könnte. Könnten Sie uns näher darlegen, welche finanziellen Risiken der Bundeshaushalt mit einer Verschleppung der Rechtsanpassung einginge?

SV Prof. Dr. Wulf-Henning Roth: Das kann ich nicht, weil man nicht weiß wer klagt und wie viel geklagt wird. Das ist Zielrecht und das liegt bei jedem einzelnen Krankenhausträger der glaubt, dass er durch eine Versorgung aus dem europäischen Ausland günstiger hätte einkaufen können. Aber ich erinnere Sie an jenen Fall der Pauschalreisen als die Richtlinie nicht rechtzeitig umgesetzt wurde. Da saßen 6000 Deutsche in Amerika und mussten zurückgefliegen werden und das kam auf dem Bundeshaushalt zu.

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Eine weitere Frage an Sie. Es ist so, dass in etlichen europäischen Ländern kein Regionalprinzip gilt, wie etwa in Finnland, Österreich, Schweden, Tschechien und der Slowakei. Können Sie uns etwas sagen über die Erfahrungen insbesondere unter Aspekten Arzneimittelsicherheit und Verbraucherschutz?

SV Prof. Dr. Wulf-Henning Roth: Das kann ich nicht, weil ich solche Forschungen nicht betrieben habe. Ich kann aus meinen Erfahrungen aus Österreich sagen, dass die Krankenversorgung in Österreich in den Krankenhäusern ohne Regionalprinzip ähnlich gut verläuft. Ich erinnere in diesem Zusammenhang an und ich darf mir diese Bemerkung erlauben, an jene Gespensterdiskussion zum deutschen Reinheitsgebot bei Bier. Bei der argumentiert worden ist, wenn wir beim Reinheitsgebot nicht bleiben dürfen, dann stirbt uns die deutsche Bevölkerung weg, obwohl in Belgien und Frankreich das Reinheitsgebot nicht existierte. Das nur nebenbei. Ich darf Ihnen bei der Gelegenheit auf etwas hinweisen, weil das unmittelbar zusammenhängt, die bisherige Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs und das ist der berühmte Fall DocMorris. Hier ging es um den Versandhandel gegenüber Endverbrauchern. Ich bin hoch erstaunt, dass von Verbandsvertretern die Unterscheidung zwischen Ärzten als Abnehmern in Krankenhäusern oder Krankenhäuser, die durch Ärzte beraten sind und Endverbraucher nicht gesehen wird. Ich halte das gerade zu für eine Groteske, die hier gespielt wird.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die nächste Frage richtet sich an die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Die Möglichkeit der Trennung von Beratung und Vertrieb wird von den Apothekerverbänden deutlich kritisiert und es werden Qualitätseinbußen beschworen. Sie teilen diese Auffassung nicht. Können Sie uns sagen, wie Sie zu dem Ergebnis kommen und welche Maßnahmen Sie für notwendig halten, um die Qualität der Versorgung zu sichern?

SV **Dr. Martin Walger** (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): Der Gesetzgeber hat mit der Änderung des Apothekengesetz ein dreifaches Sicherheitsnetz eingezogen. Zunächst muss ein Vertrag zwischen der versorgenden Apotheke und dem Träger des zu versorgenden Krankenhauses bestehen.

Das zweite, sind die Vertragsinhalte, sie müssen bestimmte Anforderungen sicherstellen und hier ist der Gesetzgeber in dem Entwurf deutlich nach vorne gegangen. Es gibt eine ganze Liste von zusätzlichen Punkten, die ein solcher Vertrag erfüllen muss. Das fängt mit der Belieferung, die im Einklang mit § 11a ApoG stehen muss, an. Es geht zur Logistik, Arzneimittel, die besonders dringend erforderlich sind, müssen unverzüglich zur Verfügung gestellt werden können. Es muss eine wirtschaftliche Beratung durch ein Apotheker erfolgen und es muss regelmäßig und in dringenden Einzelfällen innerhalb von 24 Stunden, auch das ist eine neue Regelung, eine persönliche Beratung des Krankenhauspersonals erfolgen. Das sind alles neue Kriterien im §14 Abs. 5 ApoG, die absichern sollen, dass keine Qualitätsdefizite eintreten.

Der dritte Punkt, diese Verträge müssen von den zuständigen Behörden genehmigt werden. Das heisst, drei Sicherheitselemente, die aus unserer Sicht weit reichend sind und die auch sicherstellen werden, dass wir keine Qualitätsprobleme haben. Ich habe den Eindruck, wenn ich höre, das wir über die Abschaffung der Krankenhauspharmazie reden, wir sprechen über die Aufhebung des sog. Kreisgrenzenprinzips. Und diese Kreisgrenzenregelung ist eine höchst willkürliche und künstliche Regelung. Ich habe das selber erlebt in meiner aktiven Zeit im Krankenhaus, und sehen Sie sich das Ruhrgebiet an, die benachbarten kreisfreien Städte und benachbarten Kreise oder gehen Sie in grenznahen Regionen. Was für einen Sinn hat dort eine Kreisregelung. Das ist nicht nachvollziehbar.

Und ich möchte noch einem Punkt ergänzend sagen, jetzt mit Blick auf die Krankenhäuser. Die Krankenhäuser geraten in einen Prozess der zunehmenden Konzentration und der Leistungsspezialisierung. Das ist politisch gewollt. Das ist letztendlich Folge des DRG-Systems. Sie müssen den Krankenhäusern auch die Instrumente in die Hand geben, die für Reorganisationsprozesse und verbesserte Kooperation notwendig sind. Wir leben nicht in freier Wildbahn, sondern es gibt Verträge. Jedes Krankenhaus hat es in der Hand mit seinem Versorger über Vertragsinhalte zu sprechen und ein Krankenhaus, das wegen einem schweren Behandlungsfehler oder einem Medikationsfehler in die Öffentlichkeit kommt, ich muss das nicht weiter ausmalen was dann passiert. Das heißt, es gibt ein virulentes Eigeninteresse des Krankenhauses die Verträge so zu gestalten, dass die Qualität der pharmazeutischen Versorgung nicht beeinträchtigt wird.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an die ADKA. Sie schlagen eine im Gesetz zu verankernde Mindestquote von einem Apotheker oder Apothekerin pro 25 ärztliche Vollzeitstellen vor. Wie kommen Sie auf diesen Schlüssel?

SV **Dr. Steffen Amann** (ADKA): Ich hatte das vorher ausgeführt die Zahlen sind angelehnt an die des Deutschen Krankenhausinstitut zur Berechnung auch für die DRG-Berechnungen. Die andere Größenordnung, die wir zu Grunde gelegt haben, sind die Zahlen, die der Bayerische Kommunale Prüfungsverband angeführt und auf der Stelle für die Krankenhausapotheke eingebracht hat. Ich denke, um das noch mal klar zu machen, die Krankenhausapotheken können diese Dinge leisten. Die Frage war nur, wenn es keine Krankenhausapotheke gibt, welche Alternative haben wir und da ist die ADKA nicht der Meinung, dass wir das Regionalprinzip Art Infinitum aufrechterhalten müssen. Wenn wir das Wettbewerbsrecht europäisieren wollen, dann müssen wir auch die Qualitätsstandards europäisieren und solche Qualitätsstandards wollen wir im Gesetz finden, um die Sicherstellung der Arzneimittelversorgung zu gewährleisten. Und diese Zahlen die wir genannt haben, entsprechen den internationalen Gegebenheiten, die wir sonst in Europa oder weltweit finden, denn das Regionalprinzip ist, soweit es mir bekannt ist, weltweit eine singuläre Eigenschaft die es nur in Deutschland gibt.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich frage die DKG, was Sie von einer

solchen Mindestzahl halten und im übrigen haben Sie auch dargelegt, dass Ihnen der Gesetzentwurf nicht weit genug geht, das Sie finden Krankenhausapotheken sollten in weiteren Fällen Patienten versorgen dürfen. Woran denken Sie dabei?

SV Dr. Martin Walger (DKG): Wir halten wenig von Mindestzahlen. Wir haben uns, ich glaube vor bald einem Jahrzehnt von Mindestzahlen verabschiedet. Das ist wieder ein Hergehen mit dem Abschied aus dem so genannten Selbstkostendeckungsprinzip und einer leistungsorientierten Vergütung. Sie können als Krankenhaus, und ich sage es noch mal, im Rahmen dessen was der Entwurf an Änderung des Apothekengesetzes nun vorsieht, verschiedene Mischformen geben. Sie können Verträge in einzelnen Aufgabenbereichen splitten. Sie können auch einen angestellten Apotheker führen. Es ist nicht ein entweder oder, sondern Sie können solche Mischformen machen. Ich gehe davon aus, dass die Krankenhäuser je nach ihrer eigenen Lage und ihrem eigenem Leistungsspektrum zu solchen differenzierten Lösungen greifen werden.

Der Deutschen Krankenhausgesellschaft ist wichtig, dafür plädieren wir, dass die Abgabemöglichkeiten über die unmittelbare Anwendung hinaus ausgedehnt werden. Das heißt zur Mitgabe von Patienten die entlassen werden und nicht nur diese Überbrückungsregelung bzw. die Versorgung von Praxiskliniken, d. h. Praxen die in den Räumen des Krankenhauses von einem niedergelassenen Arzt betrieben werden. Damit sehen wir, dass die pharmazeutische Versorgung für den Patienten sich verbessern wird, wir eine Versorgung aus einer Hand bekommen.

Abg. Dr. Heinrich L. Kolb (FDP): Nachdem zumindest für mein Dafürhalten aus der bisherigen Anhörung deutlich geworden ist, dass die Aufgabe des Regionalprinzips nicht unerhebliche Nachteile insbesondere für Patienten nach sich ziehen könnte, würde mich das Volumen interessieren, d. h., wie hoch die Einsparpotentiale durch diese gesetzlichen Neuregelungen veranschlagt wären und zwar von unterschiedlichen Betroffenen. Das sind die Spitzenverbände der Krankenkassen, die DKG und die ABDA zu dieser Frage Einsparpotential äußern.

SV Wolfgang Kaesbach (Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK)): Nach der Schaffung des § 129 Abs. a – Verträge mit Krankenhausapotheken – ist das in der Region folglich umgesetzt worden, in der Regel auf der

Landesebene seitens der Krankenkassen mit dem Träger des einzelnen Krankenhauses. Grundlage der Preisberechnungen für solche Verträge ist die Orientierung an der großen deutschen Spezialitätentaxe, die vertragsweise jeweils Abschläge vom Apothekenverkaufspreis, dem öffentlichen Apothekeneinkaufspreis oder Zuschläge auf denselben bedeutet. Im Krankenhaus können wir dies nicht vornehmen, weil die Datenübermittlung nach § 300 zwar geregelt ist, aber die Auswertungen noch nicht in diesem Umfange eine verlässliche Quantifizierung erlauben. Aber die Tatsache, dass es zu Abschlägen vom Apothekenverkaufspreis bzw. lediglich geringfügigen Aufschlägen auf den Apothekeneinkaufspreis führt, weist auf eine Einsparung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung hin.

SV Dr. Martin Walger (DKG): Grundsätzlich können zwei Effekte eintreten, die in Richtung Einsparung gehen. Zum einen ist das natürlich die Bündelung des Nachfragepotentials. Was in der Tendenz zu günstigeren Einkaufskonditionen führen kann. Zum anderen werden die Krankenhäuser davon profitieren, dass sie durch die verschiedenen Möglichkeiten ihre Krankenhauspharmazie zu organisieren, bis hin zu sich ganz fremd versorgen zu lassen, einfach persönliche Effizienzgewinne in Richtung Personal möglich sind. Beide Effekte kann ich nicht beziffern.

SV Lutz Tisch (ABDA): Ich denke, dass man drei Bereiche betrachten muss, wenn man eine Prognose anstellen möchte. Das eine ist, wie funktionieren heute die Einkäufe. Es werden zum Teil gängige Arzneimittel in nicht unerheblichem Umfang den Krankenhäusern kostenlos zur Verfügung gestellt. Hier können keine zusätzlichen Preiseinsparungen erwartet werden. Dort wo Kosteneinsparungen aufgrund der Einkaufsmacht der Krankenhäuser zu erwarten wären, muss man sich ansehen, dass heute die Preise für entsprechende Arzneimittel nicht von dem einzelnen Krankenhaus ausgehandelt werden, sondern in der Regel von Verbänden, die nicht unbedingt gleichen Trägern angehören. Insoweit ist eine erhebliche Einkaufsmacht da, die die Preise festlegt. Die Belieferung erfolgt individuell an die einzelnen Häuser, für die entsprechend verhandelt wurde.

Betrachtet man den Bezug von Arzneimitteln aus dem Ausland, so muss man im Auge behalten, dass nur in Deutschland verkehrsfähige Arzneimittel für die Versorgung in Betracht kommen. Es ist nicht so, dass das in Portugal zugelassene Arzneimittel in Zukunft in die Deutsche Krankenhausversorgung geht und

damit Geld gespart wird, sondern es wird so sein, dass es Arzneimittel sind, die zunächst am Deutschen Markt erworben werden müssen und den vorgenannten Bedingungen unterliegen.

Das Zweite ist, dass eine Fragmentierung der Versorgung bedeutet, dass die Gesamtversorgung des Krankenhauses von der wir reden, auf ihre Schultern verteilt wird, die dann im Zuge der Zeit mehr verdienen wollen. Tendenziell hätte ich den Verdacht, dass hier Kostensteigerungspotential vorliegt.

Aber der wichtigste Punkt ist die Akutversorgung. Die Akutversorgung ist unverzichtbar. Die wird vor Ort geleistet werden müssen und die wird, wenn sie nicht eingebunden ist in einem umfassenden Krankenhausapothekenbetrieb oder Betrieb einer Krankenhausversorgenden öffentlichen Apotheke, zu völlig anderen Konditionen erfolgen müssen, weil es kein paralleler Einkauf mit der Versorgungsware ist, sondern weil es ein spezieller Einkauf ist für wenige Fälle. Es wird hier zu Überlagerungen kommen, Verwerfungen und völlig anderen Preisgrundlagen kommen zu denen erworben worden muss, so dass summa summarum die Versorgung aus unserer Sicht teurer werden wird.

Abg. **Daniel Bahr** (Münster) (FDP): Ich habe eine Frage an Prof. Göber, die ADKA und die ABDA. Es ist besser gewesen, als die Arzneimittelversorgung in einer Hand lag. Es ist ja aber die Möglichkeit vorgesehen das aufzuteilen spricht dass die Logistik der Arzneimittelversorgung von der pharmazeutischen Beratung getrennt erbracht werden kann. Deswegen möchte ich fragen, wie beurteilen Sie diese Möglichkeit im Hinblick auf Patientensicherheit, Effektivität und Wirtschaftlichkeit?

SV **Prof. Dr. Berthold Göber**: Diese Frage habe ich schon probiert zu beantworten. Für mich gibt es in diesem Gesetzentwurf die Schwierigkeit der Nichterfüllung des Auftrags des Apothekers. Im Prinzip diskutieren wir eine Frage, die das Berufsbild des Apothekers gesetzlich ändert. Der Auftrag an den Apotheker, wie ich das vorhin sagte ist seit langer Zeit, die umfassende Versorgung auch im Krankenhaus. Und nur der wirklich sinnvolle Zusammenhalt zwischen Arzt und Apotheker kann eine Wirtschaftlichkeit, auch wenn man immer von Apothekerpreisen spricht, der Apotheker ist nach meiner Erfahrung immer, ich sage es mal auf Hochdeutsch, ein Knauser, der wird immer versuchen möglichst wirtschaftlich zu arbeiten. Ich sage das aus Erfahrung. Das bedeutet, dass diese einheitliche Versorgung

für mich in dieser Diskussion zu einem Zentralpunkt wird. Ich persönlich bin sehr dafür die Kreisgrenzenregelung aufzuheben. Ich sehe dort keinen besonderen Vorteil. Wenn ich daran denke, in Frankfurt/Oder die gut ausgebildeten Pharmazeuten in der Nachbarwoiwodschaft können genauso gut wie wir deutschen Apotheker unsere Krankenhäuser versorgen. Da gibt es für mich überhaupt keine Frage. Aber es muss m. E. verhindert werden, dass einer versucht an Arzneimitteln zu verdienen und der andere macht die Arbeit. Ich glaube, dass es wichtig ist im Gesetzentwurf im Sinne des Patienten auch die Wirtschaftlichkeit zu verbessern, denn Wirtschaftlichkeit bedeutet für mich immer, wir verwalten das Geld des Patienten. Wir alle, die daran tätig sind, werden davon bezahlt. Und wir sind die Treuhänder für den Patienten. Es muss wirtschaftlich sein, anders geht es gar nicht. Das ist für mich die zentrale Frage.

SV **Dr. Steffen Amann** (ADKA): Das Konstrukt, das man verschiedene Leistungen von verschiedenen Dienstleistern einkaufen kann, also auch Beratungen und Lieferung, stellt sich im Akutfall als besonders problematisch dar, da es zu einer Konfession führen kann. Ich hatte schon ausgeführt, dass es nicht eindeutig ein Arzneimittel gibt, das zu dem einen oder anderen Bereich gehört, d. h., wenn im Zweifelsfall in einem Akutfall ein Abstimmungsbedarf besteht, der zu Konflikten und Schuldzuweisungen führt, ist mit erhöhten Kosten und Zeitaufwendungen und im schlimmsten Fall auch mit einem Schaden für den Patienten zu rechnen. Die Akutversorgung sieht heute so aus, dass es im Krankenhaus sofort bereit gestellt ist, weil es dort vorrätig gehalten wird und durch die festangestellten Apotheker auch im Krankenhaus bereitgestellt werden kann.

Abg. **Dr. Carola Reimann** (SPD): Ich habe eine Frage zur Akutversorgung. Die Verträge sind genehmigungspflichtig und im vorliegenden Gesetzentwurf ist bisher geregelt, dass Voraussetzung für die Genehmigung ist, dass zur akutmedizinischen Versorgung, besonders dringlich benötigte Arzneimittel unverzüglich zur Verfügung gestellt werden müssen. Und in Einzelfällen eine Beratung binnen 24 Stunden erfolgen muss. Und da frage ich die, die die Verträge abschließen müssen, also die DGK, den Bundesverband Deutscher Apotheker sowie den Sachverständigen Prof. Dr. Presselt, ob diese Regelung geeignet sind, die Akutversorgung sicher zu stellen.

SV **Dr. Martin Walger** (DKG): Zwei Punkte zum Thema Akutversorgung. Zum einen die

Logistik. Das Arzneimittel muss unverzüglich lieferbar sein und zum anderen muss die persönliche Beratung in dringenden Einzelfällen innerhalb von 24 Stunden stattfinden. Und ich sage es noch mal, das ist eine neue Regelung. Wir gehen davon aus, dass das in den Verträgen so umgesetzt wird. Das mag möglicherweise ein Hinderungsgrund sein, ein Konstrukt der Mitversorgung über eine Grenze von 800 km zu etablieren. Es muss zwangsläufig nicht so sein. Wir gehen davon aus, dass es kleinräumigere Mitversorgungsstrukturen geben wird.

SV'e **Dr. Irene Krämer** (ADKA): Wir halten im Akutfall diese Zeitregeln für zu lange. Da wir im Moment sofort aus der Apotheke liefern können bzw. sofort ein Taxi oder ein Intercity usw. bestellen können und das wir da Logistikmanagement von Arzneimitteln als Krankenhausapotheker beherrschen, um sofort zu versorgen. 24 Stunden für die Beratung können in einem wirklich dramatischen Notfall zu lange sein.

SV **Prof. Dr. med. Norbert Presselt**: Die Frage bezüglich der Notfallversorgung, wer ist der vertragsgemäße Partner. Ich kann es nur sagen aus dem klinischen Alltag. Jedes Krankenhaus hat einen vertraglich geregelten Versorgungsauftrag, der Notfälle oder Akutversorgung umfasst oder nicht. Und es ist die Aufgabe des Krankenhausträgers und der verantwortlichen ärztlichen Mitarbeiter den Partner heraus zu suchen der dies sicherstellt. Wenn ich eine Klinikapotheke habe, gibt es eine Apothekenkommission, deren geballter Sachverstand dafür da ist zu erkennen, wie viel ein Krankenhaus für Notfälle vorhalten muss. Dieser Vorrat ist ständig da. Wenn ich eine regionale Apotheke als Partner habe muss diese Apotheke das gleiche leisten. Da gibt überhaupt keinen Unterschied. Was von beiden teurer ist, ist nicht meine Aufgabe zu beantworten.

Ich kann nur eines sagen, eine Klinik die einen überregionalen Versorgungsauftrag hat, einschließlich Notfallversorgungen, kommt mit einer regionalen Apotheke nicht zurecht. Das ist die Erfahrung. Hier ist die Spezialisierung, die es in der Ärzteschaft gibt in Kürze auch von dem Apotheker zu erwarten. Die Pharmazeuten haben ein fast genau so langes Studium wie ein Mediziner und wir nutzen die Erfahrung des Apothekers am Krankenbett viel zu wenig. Dieses Gesetz gibt eine Voraussetzung dafür, dass wir damit endlich anfangen können und ich begrüße, dass wir einen deutlichen Schritt weiter kommen.

Aus meiner Sicht wird nicht die Qualität eines Pharmazeuten durch die Kreisgrenze definiert, sondern durch die Person des Betroffenen.

Noch eine Bemerkung zu den Kosten Notfallmedizin. Selbstverständlich bedarf es hier der direkten Kooperation mit einem Pharmazeuten. Es geht nicht anders. Ich bin als Chirurg, bitte nehmen Sie mir das nicht übel, ich gehöre zu den Handwerkern bei den Medizinerinnen, nicht in der Lage diese dicke Bibel von Medikamenten die in der Bundesrepublik zur Verfügung stehen, zu überschauen. Hier brauche ich den Sachverstand des Pharmazeuten. Jede große Klinik hat ihre Apotheker. Ich arbeite in einer Klinik in privater Trägerschaft. Wir haben 800 Betten und wir haben nicht nur zwei Pharmazeuten fest angestellt, wir haben vier weitere Pharmazieingenieure und dazu noch ein weiteres Fachpersonal. Das wird in Kürze nicht mehr reichen. Und genauso wie wir im Notfall Medikamentenversorgung brauchen, bedarf es hier einer Umwälzung und ständigen Aktualisierung, hier brauche ich den Sachverstand eines Pharmazeuten. Da ist der Mediziner überfordert, ich gebe allerdings zu, dass sich ein Chirurg mit einer solchen Äußerung leichter tut als ein Internist.

Der Vorsitzende Abg. Klaus Kirscher (SPD) übernimmt den Vorsitz.

Abg. **Rolf Stöckel** (SPD): Ich habe eine Frage an Prof. Dr. Roth und die Deutsche Krankenhausesellschaft.

Die Genehmigung eines Versorgungsvertrages ist daran geknüpft, dass die im jeweiligen Land geltenden Vorschriften hinsichtlich der Räume, Einrichtung des Personals erfüllt werden. Könnten durch diese Regelungen Qualitätseinbußen entstehen und inwieweit können in den Versorgungsverträgen die von Land zu Land verschiedenen Voraussetzungen zum Betrieb einer Versorgerapotheke ausgeglichen werden?

SV **Prof. Dr. Wulf-Henning Roth**: Zunächst muss ich eine Bemerkung vorschieben. Die Abschaffung des Regionalprinzips bedeutet nur, dass die Möglichkeit eröffnet wird, dass man außerhalb des Kreises bei Apotheken beziehen kann. Mehr bedeutet sie nicht. Man kann immer noch bei der nächsten Apotheke nachfragen, wenn das die Beste ist. Das hörte ich bei mehreren Stellungnahmen so raus, dann bricht das Chaos aus. Das ist nicht so, sondern man kann die beste Apotheke herausuchen. Und das ist für uns Patienten gut.

Ihre Frage ist in der Tat sehr interessant und will ich sie gar nicht abschließend beantworten. Eins ist klar, dass die Apotheken soweit sie im EWR oder der EU beheimatet sind, das Prinzip des Äquivalents erfüllen müssen. Wir können die Anforderungen, die wir an die Apotheken stellen auch an die ausländischen Apotheken insoweit stellen, dass sie äquivalenten Anforderungen genügen. Das Problem des Regionalprinzips ist, dass es um die Belieferung von Arzneimitteln geht, bei der die Frage Ausstattung von Räumen überhaupt keine Rolle spielt. Wenn Sie beim Europäischen Gerichtshof vortragen wollen, dass die Frage, wie groß die Räume sind und wo ich bestimmte Arzneimittel in Europa nachfragen darf, einen Zusammenhang bilden, der ist hier schlicht nicht erkennbar. Die Zahl der Räume und die Ausstattung der Räume mag für andere Fragen eine Rolle spielen, nicht aber auf die Frage in Bezug auf Arzneimittel.

SV Dr. Martin Walger (DKG): Ich möchte mich da etwas vorsichtiger äußern, weil ich nicht alle einzelnen Regelungen bezüglich den Räumlichkeiten in den anderen Mitgliedsstaaten kenne. Ich möchte darauf hinweisen, die Anforderungen nach § 11 a ApoG sind in dem Vertrag einzuhalten.

Und zweitens, schließe ich an das, was Prof. Dr. Presselt ausgeführt hat, an. Im Wesentlichen ist die Qualifikation und das persönliche Format des Krankenhausapothekers der entscheidende Moment.

Abg. Hilde Mattheis (SPD): Meine Frage richtet sich an den Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker und die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Ich möchte fragen, wie stellen Sie sich die Organisation für eine Apotheke vor, die angegliedert ist an eine Krankenhauskette und die im Prinzip sämtliche Krankenhäuser dieser Klinikette je nach deren Bedürfnissen zu versorgen hat. Ich frage nach der zentralen Logistik. Ohne Verlust der Arzneimittelverbraucher und Versorgungssicherheit. Das wäre die zentrale Frage.

SV Dr. Steffen Amann (ADKA): Vielen Dank für die Frage mit der wir zu der Ursache dieser Gesetzesänderung kommen, denn daher kam die Motivation. Ich denke, wir haben in unseren Vorschlägen zur Gestaltung der Krankenhauspharmazie diesen modernen Strukturen, die durch Konzern und Klinikketten gegeben sind, Rechnung getragen. Diese Einrichtungen müssen die Möglichkeit haben im Bereich der Arzneimittel eine Bündelung ihre Nachfrage zu realisieren und auch vor einem Konzern intern

ggf. eine Logistik kostengünstig und suffizient gestalten. Dazu haben wir als Anregung angemerkt, wenn Häuser einer Kette eigene Krankenhausapotheken haben, dass diese Krankenhausapotheken gemeinsam einen Einkaufsverbund mit der Weitervergabe von Arzneimitteln untereinander und Einkaufsgemeinschaften zu gründen. Die pharmazeutische Verantwortung beim Einkauf muss in der Hand der Arzneimittelfachleute bleiben. Auch darauf ist von verschiedenen Seiten hingewiesen worden.

Weiterhin schlagen wir vor, die Möglichkeit zur Schaffung von bedarfsorientierten Nebenstellen als Teileinheit einer zentralen Krankenhausapotheke zu schaffen, um für den Fall, dass es eine zentral einkaufende Krankenhausapotheke gibt, die andere Krankenhäuser vor Ort mit versorgt und patientenbezogene Dienstleistungen durch die Nebenstelle der Krankenhausapotheke bedarfsgerecht unter der Leitung eines Apothekers erfolgen können.

Was das Personal betrifft kann man die genannten Bezugswerte hier zu Grunde legen. Räume und Ausstattung müssten angepasst werden, je nach dem was an Bedarf aufgrund der dort geleisteten Tätigkeiten in diesen Nebenstellen entsteht.

SV Dr. Martin Walger (DKG): Natürlich ist diese Änderung insbesondere für große Krankenhauskonzerne interessant und ich stimme meinen Vorredner zu, dass wird in erster Linie um die Bildung von Einkaufsverbänden gehen, sofern das nicht schon geschehen ist.

Zum anderen, ich sage das noch mal, innerhalb des Vertragsrahmens ist das Krankenhaus frei, ob es sich komplett versorgen lässt oder es beispielsweise die Konstruktion eines angestellten eigenen Krankenhausapothekers geht oder die der Nebenstellen, wie das gerade genannt wurde. All das ist möglich, die Krankenhäuser werden das für sie beste Organisationsmodell sich aussuchen. Eine Forderung, die wir darüber hinausgehend aufgestellt haben, ist, wenn es sich nicht um Krankenhäuser derselben Trägerschaft handelt, oder die Mitversorgung von Krankenhäusern des gleichen Trägers, schlagen wir vor, dass die zuständigen Genehmigungsbehörden dies auf Antrag genehmigen, wenn der Antragsteller die ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung gewährleistet. Insofern ein vereinfachtes Verfahren für ein Mitversorgungskonstrukt innerhalb der gleichen Trägerschaft.

Abg. Michael Hennrich (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die Bundesvereinigung Deut-

scher Apothekerverbände sowie an den Bundesverband klinik- und heim-versorgender Apotheker. Wir würden uns dafür interessieren, wie viel Apotheken von dieser Aufhebung des Regionalprinzips betroffen sind und welche Sorgen das für die flächendeckende Versorgung hat.

SV Lutz Tisch (ABDA): Die Anzahl der Krankenhausversorgenden Apotheken liegt, in der Größenordnung, die der BVKA gleich ganz konkret noch mal nennen kann, bei ca. 450, die Krankenhausapotheken sind etwa 507. Alle Häuser werden heute im Rahmen des Regionalprinzips versorgt. Eine Konzentration die hier eintreten würde, wenn man Entfernungsbelieferungen zuließe, hätte mit Sicherheit Auswirkungen auf die in der Fläche bestehenden Arzneimittelvorräte. Das Thema ist vorhin am Rande angesprochen worden, Großschadensereignisse oder ähnliches, die in der Region mit dort an Krankenhausapotheken oder Krankenhausversorgenden, öffentlichen Apotheken gelagerten Arzneimitteln bewältigt werden können. Hier könnte eine nachteilige Beeinflussung eintreten.

SV Dr. Klaus Peterseim (BVKA): Ich könnte mir vorstellen, dass es sich auf den Stand von 1983 zurückentwickelt. Dort gab es ca. 200 Krankenhausapotheken und 10 bis 20 Krankenhausversandapotheken. Wir haben, wie Herr Tisch zutreffend gesagt hat, im Moment etwa 1000 Apotheken, die sich flächendeckend um das Thema kümmern. Unter dem Druck der Wirtschaftlichkeit gehen wir davon aus, dass die Zahl der Krankenhausapotheken ebenso wie die Zahl der Apotheken die Krankenhäuser mit versorgen, erheblich zurückgehen. Und das hat natürlich in den Flächenstaaten eine besondere Bedeutung. Ich möchte in diesem Zusammenhang darauf aufmerksam machen, dass die uns alle in diesen Tagen heftig beschäftigende Flutwelle auch ein Thema für die Krankenhaus und Krankenhausversorgenden Apotheken geworden ist. Da wir aufgefordert wurden, binnen Stunden die Arzneimittel für die Rettungsdienste zur Verfügung zu stellen. Und wenn Sie im Fernsehen gesehen haben, dass die Flugzeuge abgehoben sind, das die Autos gefahren sind, das Lazarette aufgebaut wurden und nach Südostasien verlegt wurden. Die wurden mit den Arzneimitteln ausgerüstet, die wir nachts und am Wochenende zwischen Weihnachten und Neujahr bereitgestellt haben. Das bitte ich Sie mit zu berücksichtigen. Und das wäre bei einer derartigen Ausdünnung, wie sie möglicherweise die Folge des Gesetzentwurfs ist, undenkbar.

Abg. Matthias Sehling (CDU/CSU): Ich habe zunächst eine Frage an die ABDA. Wie beurteilen Sie die so eben gehörten Rechtsausführungen von Prof. Dr. Roth?

Und dann möchte ich zwei Fragen an den Marburger Bund anschließen. Zum einen, wie sehen Sie den Arbeitsalltag der Krankenhausärzte durch diese Gesetzesänderung betroffen? Und zum anderen, welche Auswirkungen sehen Sie auf die Versorgung der Patienten im Krankenhaus insbesondere Qualitativ durch die geplante Änderung?

SV Lutz Tisch (ABDA): Ein Punkt der mir aus dem Beitrag von Herrn Prof. Dr. Roth erinnerlich ist, war die Frage, unter welchen Voraussetzungen Apotheken in anderen EU-Mitgliedsstaaten tätig werden und das dort das Prinzip der Äquivalenz gilt. Das ist korrekt. Aber das vernachlässigt, dass die Apotheken die in Deutschland an der Versorgung von Krankenhäusern teilnehmen, auf der Basis der entsprechenden Verträge einer zusätzlichen Genehmigung bedürfen. Wenn es so ist, wie Herr Prof. Roth gesagt hat, dass an die ausländischen Apotheken keine Anforderungen hinsichtlich der Räumlichkeiten und des Personals gestellt werden können, dann muss die Frage im Raum sein, wer diese Voraussetzung erfüllt. Denn die bisherigen Regelungen der Apothekenbetriebsordnung, die solches in der Vergangenheit aufgestellt haben, sind davon ausgegangen, dass in einer Apotheke, die in dem Krankenhaus war oder in dessen Nähe, all diese Voraussetzungen erfüllt waren. Wenn in Zukunft Leistungen aufgeteilt werden, wird man sich fragen müssen, an welcher Stelle müssen welche dieser Vorkehrungen getroffen sein. Das lässt der Gesetzentwurf völlig unbeantwortet.

Wenn ich, da bitte ich um Nachsicht, andere Aspekte Ihrer Frage übersehen haben sollte, wäre ich für Ihre Hilfe dankbar.

SV Armin Ehl (Marburger Bund): Sie fragten nach den Auswirkungen auf den Arbeitsalltag und die Versorgung der Patientinnen und Patienten. Wir befürchten, dass aus Geldgründen günstige Verträge abgeschlossen werden. So günstig, dass eine Beratung durch den Arzt nicht unmittelbar angefragt werden kann. Wenn ich das Beispiel Frankfurt/Oder, was vorhin genannt wurde, nehme und eine Versorgung aus einer polnischen Apotheke, dann können Sie sich vorstellen, dass z. B. eine fernmündliche oder eine sonstige Beratung des Arztes bezüglich eines Medikaments oder der Auswirkungen insgesamt schwierig ist, und dass die Arbeitsbelastung der Ärztinnen und

Ärzte in den Krankenhäusern weiter steigt. Und das hat Auswirkungen auf die Sicherheit der Patienten und die Patientenversorgung. Das Vorhaben muss von Anfang an rund sein und kein Nullsummenspiel, dass die Ärzte ausbaden müssen. Das können wir nicht akzeptieren.

Abg. Verena Butalikakis (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die ABDA und den Bundesverband klinik- und heimversorgender Apotheker. Angenommen, man würde zu dem Ergebnis kommen, dass um in Einklang mit dem EU-Recht zu sein eine Modifikation des Regionalprinzips, wie es derzeit im § 14 festgeschrieben ist, notwendig wäre. Wie würde eine Modifikation aus Ihrer Sicht aussehen? Welche Änderungen würden zu dem gewünschten Ergebnis führen?

SV Lutz Tisch (ABDA): Ich denke der Phantasie sind keine Grenzen gesetzt. Eine ganz einfache Möglichkeit wäre aus meiner Sicht die, dass man den Vorwurf eventuell ausräumen könnte, dass diese Kreisgrenzenregelung mit Bezug auf die Verwaltungsbezirke ein Problem sein könnte. Dem könnte man dadurch abhelfen, dass man entweder eine Zeit oder kilometerbezogene Regionalität herstellt oder eine Kombination aus beiden. Wir würden eine Grenze von 50 km und eine Erreichbarkeit von einer Stunde für einen Denkansatz halten. Selbstverständlich sind auch andere Überlegungen denkbar, die allerdings ein in sich geschlossenes Bild darstellen müssten. Ansätze sind in der Versorgung konkret zu suchen. Sicherlich sind dabei entsprechende Verhältnisse zu bilden. Verhältniszahlen die Versorgung betreffend, wie sie teilweise in den Raum gestellt worden sind. All das würde aus meiner Sicht erfordern, dass man mit viel Ruhe und mehr Diskussion auch der einzelnen Fragen sachgerechte Ergebnisse erarbeiten müsste. Mir scheint der Gesetzentwurf der uns vorliegt, den Nachteil aufzuweisen, dass er im Prinzip Strukturen verändert, ohne sich mit den letzten Konsequenzen daraus abschließend zu befassen. Ich glaube, dass der Handlungsdruck der aufgebaut werden soll, mit der Notwendigkeit aus EU-rechtlichen Gründen Änderungen sofort herbeiführen zu müssen, einer sachgerechten Lösung hier im Wege steht.

SV Klaus Grimm (BVKA): Ich denke, die Ausführungen von Herrn Tisch sind so völlig richtig und ich kann sie nur unterstützen. Wir haben eine große Sorge, dass durch die Verteilung der Aufgaben die Verantwortlichkeit verloren geht. Und wenn das Regionalprinzip aufgeben werden muss, so müsste man wenigstens

Dinge an die Stelle setzen, dass es eine Verantwortlichkeit gibt, die man klar zuordnen kann. Denn ich denke, das wird wie im Sport, es kann viele gute Einzelkötter geben und Sie bilden trotzdem keine gute Mannschaft. Sie brauchen aber ein Team für die Krankenhausversorgung, weil es viele Fassetten sind die versorgt werden müssen. Ich denke, es ist wichtig, dass man künftig versucht, etwas an die Stelle zu setzen, dass es klare Verantwortlichkeiten gibt und vor allen Dingen nicht etwas stattfindet, was durch das Teilen der Aufgaben letztlich minimalste Lösungen anstrebt und unter dem Kostendruck der heute entsteht, dazu führt, dass der Apotheker weitgehend aus der Krankenhausversorgung verschwindet. Ich denke, das müssen wir unbedingt gemeinsam verhindern, auch im Interesse des Patienten.

Abg. Dr. Wolf Bauer (CDU/CSU): Ich habe noch eine Frage an Prof. Dr. Roth. Zunächst mal bezüglich des Regionalprinzips, kann man sich jederzeit über eine sinnvollere Gestaltung unterhalten. Gerade mit dem Beispiel Grenz-nähe usw. ich glaube, da können wir an die Sache rangehen. Aber was mich interessiert, wie schätzen Sie die Ausführungen die 1980, vor allem seitens der SPD-Fraktion zum festhalten an dem Prinzip des regionalen Vertriebs gemacht worden sind, ein? War das damals eine Fehleinschätzung? Oder sind es andere Entwicklungen durch die europäische Gemeinschaft, aus denen sich dies ergeben hat?

SV Prof. Dr. Wulf-Henning Roth: Herr Abgeordneter, es gehört zu den erstaunlichen Dingen, wenn man das Europarecht seit 30 Jahren betreibt, dass der Deutsche Bundestag europarechtswidrige Gesetze und zwar durchaus eine ganze Reihe verabschiedet. Was mich eigentlich wundert ist, dass die Kommission damals nicht eingeschritten ist. Das lag nur daran, dass die Kommission damals noch nicht so viele Erfahrungen in der Überwachung der Gesetzgebung in den Mitgliedsstaaten hatte. Die Richtlinie aus dem Jahr 1983, die eine Meldepflicht bezüglich dieser Regelungen enthielt kam erst drei Jahre später. Dann wäre es der Kommission aufgefallen.

Ich bin nicht ganz vertraut mit den Gründen, die damals zur Einführung des Regionalprinzips geführt haben. Ich kenne zwar die Diskussion im Bundestag, und auch die Ausführungen von Seiten der SPD. Ich habe aber nicht nachgeprüft, inwieweit das wirklich ein Problem gewesen ist. Wie auch immer es gewesen ist, die Einführung des Regionalprinzips zum damaligen Zeitpunkt war europarechtswidrig.

Der Artikel damals 30, heute 28 des EG-Vertrages war seit 1970 unmittelbar anwendbar. 10 Jahre nach Inkrafttreten der unmittelbaren Anwendbarkeit stand die Rechtsprechung des europäischen Gerichtshofs im Wesentlichen am Anfang. Die grundlegenden Urteile, Dassonville und Cassis de Dijon waren allerdings schon da und es war abzusehen, dass eine Regelung, die die Freiheit Arzneimittel in anderen Mitgliedsstaaten nachzufragen statuieren, kommen würde, so dass das totale blockieren dieser Nachfragefreiheit ein Problem darstellt. Das hat sich allerdings in der Rechtsprechung in den 80ziger und 90ziger Jahren verfestigt und ich würde sagen, seit 15 Jahren ist diese Regelung europarechtlich nicht haltbar.

Abg. **Dr. Wolf Bauer** (CDU/CSU): Ich habe noch eine Nachfrage. Kann es nicht sein, dass man damals die besondere Ware Arzneimittel mehr in den Vordergrund gestellt hat und heute auf mehr auf ökonomische Zwänge reagiert?

SV **Prof. Dr. Wulf-Henning Roth**: Das mag so sein, nur würde das eine Gesetzesinitiative der Bundesregierung begründen, wenn nicht die Kommission bereits ein Vertragsverletzungsverfahren gegen die Bundesrepublik eingeleitet hat. Und dieses Vertragsverletzungsverfahren kommt nicht aus dieser Ecke der Wirtschaftlichkeit, sondern aus der Ecke des Binnenmarktes für Arzneimittel. Und diesen Binnenmarkt für Arzneimittel den gilt es zu verwirklichen. Es ist nicht nur eine Anbieterfreiheit, der Apotheken aus dem Ausland, sondern auch die Nachfragefreiheit der Krankenhäuser, die im Ausland die entsprechenden Leistungen nachfragen wollen.

Vielleicht darf ich an dieser Stelle etwas Europarechtliches nachschieben. Die Dinge mögen sich insoweit verkomplizieren, wenn ich Ihnen das beschreiben darf, was momentan das Regionalprinzip leistet. Eine Bündelung der Nachfrage von Dienstleistungen die offensichtlich unendgültig erbracht werden, wenn es über die öffentlichen Apotheken geht. Das ist eine Verkopplung von zwei Produkten. Und diese Verkopplung von zwei Produkten lässt sich weder über die Warenverkehrsfreiheit noch über die Dienstleistungsfreiheit, die auch ins Spiel kommen, rechtfertigen. Das hatte ich Ihnen aber in meinem Gutachten nachgewiesen, dass die Grundsätze nicht erfüllt sind.

Vorsitzender **Abg. Klaus Kirschner** (SPD): Ich darf mich bei den Damen und Herren Sachverständigen herzlich bedanken, dass Sie uns in dieser Anhörung zur Verfügung standen. Wir werden diesen Gesetzentwurf weiter beraten und nochmals herzlichen Dank das Sie heute hier waren. Die Sitzung ist beendet.

Ende der Sitzung 15.55 Uhr.