

**Stellungnahme**  
**der ABDA - Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände**  
**zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der**  
**Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung**  
**(Drucksache 17/6906)**

Die ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände unterstützt die Zielsetzung des Gesetzentwurfs, die flächendeckende bedarfsgerechte und wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Hierbei muss auch die pharmazeutische Versorgung der Versicherten Berücksichtigung finden. Wir halten deshalb ergänzende Regelungen zur Sicherstellung des Nacht- und Notdienstes der Apotheken, einen Ausgleich der Unterdeckung bei der Herstellung von Rezepturen sowie bei der Abgabe von Betäubungsmitteln, eine Klarstellung zur Anpassung des Apothekenabschlages ab 2013 sowie eine gesetzliche Umsetzung des von ABDA und KBV entwickelten Zukunftskonzeptes zur Weiterentwicklung der Arzneimittelversorgung für erforderlich.

Darüber hinaus sehen wir zu einzelnen Regelungen des Regierungsentwurfes Änderungsbedarf, den wir nachstehend ebenfalls erläutern.

#### **1. Artikel 1 Nr. 2 (§ 11 Absatz 6 SGB V)**

*Zusätzlich zum allgemeinen Leistungskatalog werden die Angebotsmöglichkeiten für Satzungsleistungen der Krankenkassen ausgeweitet, u. a. auf nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, sowie Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern.*

Wir halten es für erforderlich, dass die neue Satzungsleistung, die sich auf „nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel“ bezieht, auf „**apothekenpflichtige** nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel“ begrenzt wird. Ansonsten könnten Versorgungsweisen gefördert werden, die insbesondere in Kombination mit der Formulierung „Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern“ einer sicheren Arzneimittelversorgung sowie der Arzneimitteltherapiesicherheit und damit den Zielen des Koalitionsvertrages entgegenstehen.

#### **Formulierungsvorschlag:**

„Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung zusätzliche vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht ausgeschlossene Leistungen in der fachlich gebotenen Qualität im Bereich der medizinischen Vorsorge- und Rehabilitation (§§ 23, 40), der künstlichen Befruchtung (§ 27a), der zahnärztlichen Behandlung ohne die Versorgung mit Zahnersatz (§ 28 Absatz 2), bei der Versorgung mit **apothekenpflichtigen** nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln (§ 34 Absatz 1 Satz 1), mit Heilmitteln (§ 32) und Hilfsmitteln (§ 33), im Bereich der häuslichen Krankenpflege (§ 37) und der Haushaltshilfe (§ 38) vorsehen. Die Satzung muss insbesondere die Art, die Dauer und den Umfang der Leistung bestimmen. Die zusätzlichen Leistungen sind von den Krankenkassen in ihrer Rechnungslegung gesondert auszuweisen.“

## **2. Artikel 1 Nr. 8 (§ 39 Absatz 1 SGB V)**

*Die Regelung unterstreicht, dass die Krankenhausbehandlung auch ein Entlassmanagement zur Lösung von Problemen beim Übergang in die Versorgung nach der Krankenhausbehandlung umfassen soll.*

Die ABDA begrüßt die vorgesehene Regelung. Insbesondere bei Entlassung aus dem Krankenhaus kann es bei der Arzneimittelversorgung zu Problemen für die Patienten kommen, denen wir uns aktiv stellen. Um den Versorgungsübergang zu verbessern, regen wir zusätzlich an, die Einbeziehung der betroffenen Leistungserbringer vor Ort gesetzlich zu verankern. Aus diesem Grund sollte eine Pflicht zur rechtzeitigen Information durch das entlassende Krankenhaus an den einweisenden Arzt und der vom Patienten zu benennenden Apotheke in das Gesetz aufgenommen werden.

## **3. Artikel 1 Nr. 45 (§ 127 SGB V)**

*§ 127 soll um einen neuen Absatz 6 ergänzt werden, mit welchem der GKV-Spitzenverband und die Spitzenorganisationen der Leistungserbringer die Kompetenz erhalten, gemeinsame Rahmenempfehlungen zur Durchführung und Abrechnung der Hilfsmittelversorgung zu treffen. Die Regelung soll dem Bürokratieabbau dienen.*

Die ABDA begrüßt das Ziel des Bürokratieabbaus sowie die mit dem Vorschlag verbundene Einbeziehung der Sachkunde des GKV-Spitzenverbandes und der Spitzenorganisationen der Leistungserbringer.

Bezüglich der Einbeziehung der Abrechnung in die Rahmenempfehlungen stimmen wir dem Vorschlag zu. Die Erfahrung bei der Umsetzung des Abrechnungsverfahrens nach § 302 SGB V hat gezeigt, dass hier ein hoher Bedarf an Vereinheitlichung und Bürokratieabbau gegeben ist. Allerdings sollte klar gestellt werden, dass von den Rahmenempfehlungen abweichende Regelungen zwischen einzelnen Krankenkassen oder deren Verbänden und den Verbänden der Leistungserbringer möglich sind, damit die Besonderheiten der verschiedenen Leistungsbereiche bei einvernehmlich festgestelltem Bedarf Berücksichtigung finden können.

Soweit der Gesetzentwurf auch die „Durchführung“ der Versorgung zum Gegenstand der Rahmenempfehlungen machen will, lehnen wir den Vorschlag ab. Hierunter könnte man auch Leistungsinhalte und Qualitätsanforderungen verstehen, welche einer einheitlichen Regelung nicht zugänglich sind. Vor allem blieben in einheitlichen Rahmenempfehlungen die Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen von Leistungserbringern unberücksichtigt. Des Weiteren liefe diese Regelung dem gesetzlichen Ziel des Vertragswettbewerbs zuwider. Schließlich würden bezogen auf Qualitätsanforderungen nicht auflösbare Abgrenzungsprobleme zwischen diesen Rahmenempfehlungen und dem aufgrund des § 126 Absatz 1a SGB V konstituierten Präqualifizierungsverfahrens entstehen.

## **4. Artikel 1 Nr. 77 (§ 300 SGB V)**

*Die für Arzneimittel geltende Verpflichtung zum Auftragen eines bundeseinheitlichen Kennzeichens auf das Rezept und zur elektronischen Übermittlung von Abrechnungsdaten nach § 300 soll künftig auch für alle übrigen Leistungen gelten, die in den Leistungsanspruch nach § 31 einbezogen sind sowie für Impfstoffe nach § 20d Absatz 1 und 2.*

Wir halten es für erforderlich, für die an der Veranlassung und Durchführung der Arzneimittelversorgung beteiligten Vertragspartner auf Bundesebene eine einheitliche Datenbasis sicherzustellen, damit sie ihren gesetzlich zugewiesenen Aufgaben einschließlich der Versorgungsforschung umfassend nachkommen können. Dies sollte für die beiden Spitzenorganisationen der Krankenkassen und der Apotheken auf Bundesebene ebenso gelten wie derzeit für die Kassenärztlichen Vereinigungen.

### **Formulierungsvorschlag:**

§ 300 Absatz 2 Satz 3 und Satz 4 werden wie folgt gefasst:

„Die Rechenzentren **sowie Apotheken und weitere Anbieter von Leistungen nach § 31, auch wenn diese zur Erfüllung ihrer Verpflichtung nach Absatz 1 keine Rechenzentren in Anspruch nehmen**, übermitteln die Daten nach Absatz 1 auf Anforderung den Kassenärztlichen Vereinigungen, soweit diese Daten zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach § 73 Absatz 8, den §§ 84 und 305a erforderlich sind, **an die Vertragspartner des Rahmenvertrages nach § 129 Absatz 2 SGB V zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben und für Zwecke der Versorgungsforschung** sowie dem Bundesministerium für Gesundheit oder einer von ihm benannten Stelle im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern. Dem Bundesministerium für Gesundheit oder der von ihm benannten Stelle **sowie den Vertragspartnern nach Satz 3 für Zwecke der Versorgungsforschung** sind die Daten nicht arzt-, **nicht apotheken-** und nicht versichertenbezogen zu übermitteln.“

### **5. Artikel 1 Nr. 78 (§ 302)**

In einem neuen Absatz 4 wird den Rahmenempfehlungen nach Nr. 45 des Gesetzesentwurfs der Vorrang vor den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zugewiesen.

Diese Regelung begrüßen wir, da dies dem Ziel der Vereinheitlichung des Abrechnungsverfahrens dient.

### **6. Artikel 1 Nr. 79 (§§ 303a ff. SGB V)**

*Mit der Regelung werden die Vorschriften zur Datentransparenz in der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich neu geregelt.*

Der politische Wunsch nach einer umfassenden, sektorübergreifenden und einheitlichen Datenbereitstellung für Zwecke der Versorgungsforschung ist nachvollziehbar. Dabei sollte dafür Sorge getragen werden, dass vor allem die relevanten Leistungserbringer und Kostenträger einen schnellen und umfassenden Datenzugriff erhalten.

Zusätzlich zu den in § 303e genannten Einrichtungen, die die bei der Datenaufbereitungsstelle gespeicherten Daten verarbeiten und nutzen dürfen, sollten auch die Arzneimittelkommissionen der Kammern der Heilberufe (§ 62 AMG) genannt werden, die die Daten insbesondere zur Verbesserung der Qualität der Versorgung, zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit und zur Vermeidung von Arzneimittelmisbrauch nutzen könnten. Darüber hinaus sollten auch die Bundesapothekerkammer, die Landesapothekerkammern sowie die Landesapothekerverbände Nutzungsrechte erhalten.

## **7. ABDA/KBV-Konzept zur Weiterentwicklung der Arzneimittelversorgung**

*Das gemeinsame Zukunftskonzept von ABDA und KBV zur Verbesserung der Arzneimittelversorgung wurde der Politik und der Öffentlichkeit ausführlich dargestellt. Mit seinem strukturellen und strukturierten Ansatz dient es dazu, die Arzneimittelversorgung insbesondere für chronisch kranke Menschen spürbar zu verbessern und das GKV-System (und mittelbar die PKV) um über 2 Mrd. Euro zu entlasten.*

Wir setzen uns mit Nachdruck dafür ein, dass das Konzept in das Gesetz aufgenommen wird. Zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit, der Therapietreue der Versicherten sowie der Kommunikation zwischen Arzt, Patient, und Apotheker soll ein Medikationsmanagement im SGB V verankert werden, das auf einem Anspruch der Versicherten auf eine neue Leistung durch Arzt und Apotheker basiert.

Weitere Bestandteile des Konzeptes zur Weiterentwicklung der Arzneimittelversorgung sind die Wirkstoffverordnung inklusive einer besseren Lesbarkeit des Wirkstoffnamens auf der Arzneimittelpackung sowie ein Medikationskatalog. Zu diesen Bestandteilen des ABDA/KBV-Konzeptes verweisen wir auf die Ausführungen sowie die Formulierungsvorschläge der Kassenzentralen Bundesvereinigung in der Stellungnahme zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz.

### **Medikationsmanagement - Problembeschreibung**

Versicherte mit chronischen Krankheiten nehmen in der Regel eine Vielzahl verschreibungspflichtiger, systemisch wirkender Arzneimittel dauerhaft ein (Polypharmazie). Hinzu kommen häufig noch Arzneimittel im Rahmen der Selbstmedikation. Bei den Patienten selbst handelt es sich darüber hinaus häufig um ältere Menschen, bei denen weitere Risikofaktoren hinzukommen können. Aufgrund dieser Gesamtkonstellation erhöht sich das Risiko für unerwünschte Arzneimittelereignisse sowie für eine mangelnde Therapietreue (Non-Compliance) erheblich. Mittels einer gezielten Erfassung, Prüfung und Koordination der Gesamtmedikation durch einen Arzt und Apotheker können diese Risiken erheblich reduziert werden (Medikationsmanagement): Durch die Abstimmung zwischen Arzt und Apotheker wird die gesamte Medikation des Patienten erfasst und auf potentielle Risiken überprüft, der Patient erhält einen vollständigen Medikationsplan. Des Weiteren wird die Umsetzung der Arzneimitteltherapie insbesondere bezüglich der Compliance sowie der Arzneimitteltherapiesicherheit durch Arzt und Apotheker kontinuierlich begleitet.

Das Medikationsmanagement reduziert Arzneimittelrisiken und Non-Compliance, wodurch Folgekosten (insbesondere in der ambulanten Versorgung, im Krankenhaus und in der Pflege) gesenkt werden können und eine Qualitätsverbesserung in der Arzneimittelversorgung erreicht werden kann.

### **Medikationsmanagement - Zielstellung**

Ziele des Gesetzgebungsvorschlags sind:

- die Schaffung eines Anspruchs der Versicherten auf ein Medikationsmanagement durch Ärzte und Apotheker,
- die Reduzierung von Arzneimittelanwendungsrisiken und die Steigerung der Arzneimitteltherapiesicherheit und der Compliance,
- die Erschließung von Einsparpotenzialen in der Arzneimittelversorgung.

## **Medikationsmanagement – Lösung**

- a) Einführung eines Anspruchs der Versicherten gegenüber der Krankenkasse auf Beratung und Betreuung bei der Arzneimittelanwendung (Medikationsmanagement) durch Arzt und Apotheker
- b) Erweiterung der vertragsärztlichen und apothekerlichen Versorgung um die Leistungen des Medikationsmanagements.
- c) Abschluss eines Rahmenvertrages über das Medikationsmanagement auf Bundesebene

### **Formulierungsvorschläge zum Medikationsmanagement im SGB V:**

- a) Nach § 31 wird folgender § 31a eingefügt:

#### „§ 31a Medikationsmanagement

(1) Versicherte, die mindestens fünf systemisch wirkende Arzneimittel dauerhaft einnehmen, haben einen Anspruch auf kontinuierliche Beratung und Betreuung bei der Arzneimittelanwendung (Medikationsmanagement). Das Medikationsmanagement umfasst die persönliche und kontinuierliche Betreuung des Versicherten durch einen Arzt und Apotheker in gemeinsamem Zusammenwirken insbesondere zur Erfassung, Überprüfung und Änderung der Gesamtmedikation einschließlich der Selbstmedikation, der Erstellung eines Medikationsplans, Beratungsgespräche, die Prüfung und Aufklärung über Arzneimittelrisiken sowie die Koordination der Arzneimittelverordnung. Das Nähere zum Umfang und Inhalt der Leistung nach Satz 2 wird in der Vereinbarung nach § 131a geregelt.

(2) Der Versicherte wählt zur Durchführung des Medikationsmanagements einen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt und eine an der Versorgung von Versicherten teilnehmende Apotheke. An die Wahl des Arztes und des Apothekers ist der Versicherte für die Dauer von mindestens einem Jahr gebunden; er darf den gewählten Arzt oder Apotheker nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes wechseln.

(3) Ärzte und Apotheker wirken im Rahmen des Medikationsmanagements zusammen. Hierzu willigt der Versicherte zum Zeitpunkt der Wahl nach Absatz 2 Satz 1 gegenüber dem Arzt und dem Apotheker schriftlich in den Austausch der für die Durchführung des Medikationsmanagements erforderlichen Daten zwischen dem gewählten Arzt und dem gewählten Apotheker ein. Die Einwilligung ist Voraussetzung für den Leistungsanspruch nach Absatz 1.

(4) Bei Vorliegen der Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 1 erhält der Versicherte von seiner Krankenkasse eine schriftliche Bescheinigung über seine Anspruchsberechtigung, gegen deren Vorlage der nach Absatz 1 Satz 2 gewählte Arzt und Apotheker Leistungen nach Absatz 1 Satz 2 erbringen. Abweichend hiervon kann ein Arzt oder Apotheker der Krankenkasse mitteilen, dass die Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 1 bei einem Versicherten vorliegen und für den Versicherten die Anspruchsberechtigung geltend machen. Die Krankenkasse kann gegen die Durchführung des Medikationsmanagements innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Mitteilung unter Angabe von Gründen gegenüber dem Versicherten widersprechen; dem Arzt oder dem Apotheker, der den Anspruch für den Versicherten geltend gemacht hat, ist der Widerspruch mitzuteilen.“

b) § 73 wird wie folgt geändert:

In Absatz 2 Satz 1 Nr. 12 wird nach dem Wort „Soziotherapie“ der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nr. 13 angefügt:

„13. Maßnahmen im Rahmen des Medikationsmanagements nach § 31a.“

In Absatz 2 Satz 2 wird die Zahl „12“ durch die Zahl „13“ ersetzt.

c) § 73 Abs. 8 Satz 7 wird wie folgt gefasst:

„Vertragsärzte dürfen für die Verordnung von Arzneimitteln nur solche elektronischen Programme nutzen, die die Informationen nach den Sätzen 2 und 3 sowie über das Vorliegen von Rabattverträgen nach § 130a Abs. 8 und Angaben zur Arzneimitteltherapiesicherheit einschließlich der Möglichkeit zur Erstellung eines Medikationsplans enthalten und die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen sind.“

d) § 87a Abs. 3 Satz 5 1. u. 2. Halbsatz wird wie folgt gefasst:

„Vertragsärztliche Leistungen bei der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sind von den Krankenkassen außerhalb der nach Satz 1 vereinbarten Gesamtvergütungen mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung nach Satz 2 zu vergüten; dasselbe gilt für Leistungen des Medikationsmanagements nach § 31a.“

e) Nach § 131 wird folgender § 131a eingefügt:

„§ 131a Rahmenvertrag über Medikationsmanagement

(1) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker vereinbaren das Nähere zur Durchführung des Medikationsmanagements nach § 31a. Ein Rahmenvertrag ist erstmalig zum 30.11.2012 abzuschließen.

(2) In der Vereinbarung ist insbesondere zu regeln:

1. die Konkretisierung des Leistungsinhalts nach § 31a Absatz 1,
2. die Vergütung der Ärzte und Apotheker, die die Leistungen nach § 31a Absatz 1 durchführen,
3. die Ausgestaltung der Kommunikation zwischen den Ärzten und den Apothekern zur Durchführung des Medikationsmanagements,
4. die Geltendmachung des Anspruchs für den Versicherten durch den Arzt oder Apotheker und den Widerspruch der Krankenkasse nach § 31a Absatz 4 Sätze 2 und 3,
5. die Form und der Inhalt der Bescheinigung der Anspruchsberechtigung nach § 31a Absatz 4 Satz 1,
6. das Verfahren zur Einwilligung des Versicherten nach § 31a Abs. 3 Satz 2.

(3) Ärzte rechnen die Leistungen nach § 31a im Rahmen der Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen nach § 295 Abs. 1 gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung ab. Die Abrechnung der Apotheken erfolgt unmittelbar gegenüber den Krankenkassen; § 300 Abs. 2 gilt für die Apotheken entsprechend.

(4) Kommt eine Rahmenvereinbarung nach Absatz 1 ganz oder teilweise nicht zustande, haben sich die Partner der Vereinbarung auf eine unabhängige

Schiedsperson zu verständigen, die den Inhalt der Vereinbarung festlegt. Einigen sich die Partner der Vereinbarung nicht auf eine Schiedsperson, wird diese durch das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt. Eine Klage gegen die Festsetzung der Schiedsperson hat keine aufschiebende Wirkung.

(5) Die Vereinbarung nach Absatz 1 hat Rechtswirkung für Apotheken, wenn sie

1. einem Mitgliedsverband der vertragsschließenden Spitzenorganisationen angehören und die Satzung des Verbandes vorsieht, dass von der Spitzenorganisation abgeschlossene Verträge dieser Art Rechtswirkung für die dem Verband angehörig Apotheker haben, oder
2. der Vereinbarung nach Absatz 1 beitreten.“

f) Es wird folgender § 131b eingefügt:

„§ 131b Erprobungsregelung zum Medikationsmanagement nach § 31a und § 31a

Für eine Übergangszeit bis 31. Dezember 2014 werden der Leistungsanspruch der Versicherten und die Durchführung des Medikationsmanagements nach §§ 31a, 131a auf der Grundlage der getroffenen Vereinbarungen auf Versicherte mit Wohnort in Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigungen nach Satz 2 beschränkt, um das Konzept zu erproben und Erfahrungen für eine bundesweite Einführung zu gewinnen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung bestimmt zu diesem Zweck bis zu drei Kassenärztliche Vereinigungen, welche für die gesamte Zeit die sich aus § 31a und dem Rahmenvertrag nach § 131a ergebenden Regelungen anwenden. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung kann vorsehen, dass ein entsprechender Erfahrungsbericht über die Jahre 2013 und 2014 erstellt wird. Der Erfahrungsbericht ist dem Bundesministerium für Gesundheit zuzuleiten.“

### **Begründung der Formulierungsvorschläge zum Medikationsmanagement**

a) Zu § 31a

Die Vorschrift begründet den Anspruch der Versicherten auf die Leistungen im Rahmen des Medikationsmanagements. Dieses Leistungspaket setzt sich aus unterschiedlichen Leistungskomponenten zusammen, die teilweise sowohl durch Ärzte als auch durch Apotheker, zum Teil ausschließlich von einem der genannten Heilberufe erbracht werden können. Ziele sind hierbei die Erhöhung der Arzneimitteltherapiesicherheit und der Therapietreue der Patienten. Hierzu erfolgt die Erstellung eines Medikationsplans auf Basis einer vollständigen Erfassung der Gesamtmedikation und ihrer Anwendung nach Prüfung und Bewertung der Daten und gegebenenfalls einer Änderung der Medikation im Wege einer umfassenden Kommunikation zwischen Arzt und Apotheker sowie eine kontinuierliche Betreuung des Patienten im Rahmen seiner Arzneimitteltherapie durch Arzt und Apotheker in enger Abstimmung.

Diese Ziele lassen sich nur erreichen, indem der Versicherte einen konkreten Arzt und einen Apotheker benennt, die die kontinuierliche Betreuung im Rahmen des Medikationsmanagements übernehmen. Zur Wahrung der Kontinuität sollte der Versicherte mindestens ein Jahr an seine Entscheidung gebunden sein. Die Einwilligung des Versicherten dient dem für die gegenseitige Abstimmung zwischen Arzt und Apotheker notwendigen Datenaustausch.

Die Leistung beginnt in der Regel mit einer vollständigen Erfassung der Gesamtmedikation und ihrer Anwendung, die sowohl durch den Arzt als auch durch den Apotheker erfolgen kann. Soweit der Versicherte hierzu selbst einen Arzt oder Apotheker aufsucht, informiert dieser die Krankenkasse unter Hinweis darauf, dass die

Leistungsvoraussetzungen aufgrund der dauerhaften Einnahme von fünf systemisch wirkenden Arzneimitteln vorliegen. Für den Fall, dass anderweitige Leistungshindernisse bestehen, kann die Krankenkasse der Leistung widersprechen. Daneben besteht die Möglichkeit, dass der Versicherte die Leistungsvoraussetzungen vorab mit der Krankenkasse klärt und einen Gutschein erhält, gegen dessen Vorlage bei einem Arzt oder Apotheker die Leistung initiiert wird.

b) Zu § 73

aa) Folgeänderung zu § 31a und Klarstellung, dass die ärztlichen Leistungen im Rahmen des Medikationsmanagements Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung sind.

bb) Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung vom 26.04.2006 (BGBl. I S. 894) wurde mit dem ergänzten § 73 Absatz 8 SGB V die Praxissoftware, die in der vertragsärztlichen Versorgung zum Einsatz kommt, einem Zertifizierungsvorbehalt unterstellt, um so dem Arzt einen manipulationsfreien Preisvergleich von Arzneimitteln zu ermöglichen und gleichzeitig alle Informationen vorzuhalten, die für die Verordnung in der vertragsärztlichen Versorgung von Bedeutung sind (vgl. BT-Drucks 16/194, S. 9). Wie auch im Aktionsplan Arzneimitteltherapiesicherheit 2010-2012 des BMG ([www.bundesministerium.de/service/publikationen/einzelansicht.htm](http://www.bundesministerium.de/service/publikationen/einzelansicht.htm)) vorgesehen, ist es zu einer weiteren Verbesserung der Arzneimittelversorgung der Patienten erforderlich, dass dem Arzt im Rahmen des Verordnungsvorgangs EDV-unterstützt die Erstellung eines Medikationsplanes, der im Rahmen des Medikationsmanagements genutzt werden soll, ermöglicht wird und Informationen zur Arzneimitteltherapiesicherheit zur Verfügung stehen. Hierzu gehören beispielsweise Hinweise auf Wechselwirkungen zwischen verordneten Arzneimitteln oder Hinweise auf Kontraindikationen, die sich aus den klinischen Basisdaten des einzelnen Patienten ergeben können (z. B. Allergien, Nierenfunktionsstörungen, Schwangerschaft). Die Weiterentwicklung der Arzneimittelversorgung hin zur Wirkstoffverordnung als Regelfall und die Aut-idem-Substitution machen es notwendig, dass Angaben zu Besonderheiten hinsichtlich der Freisetzung des Wirkstoffs (z.B. Retardierung) in der Praxissoftware hinterlegt sind. Vor diesem Hintergrund muss auch die elektronische Gesundheitskarte nach § 291a Abs. 3 Satz 1 Nr. 3 SGB V geeignet sein, Daten zur Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit zu unterstützen. Diese Funktion der elektronischen Gesundheitskarte kann ggf. mit den elektronischen Programmen, die bei der Verordnung von Programmen zum Einsatz kommen, gekoppelt werden.

c) Zu § 87

Die Koordination und Optimierung der Arzneimittelversorgung durch das Medikationsmanagement zielt auf die Steigerung der Compliance der Versicherten und auf die Vermeidung von unerwünschten Arzneimittelereignissen und die Erschließung von Einsparpotenzialen. Eine Begrenzung des diesbezüglichen Leistungsbedarfs durch die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung würde die Realisierung dieser Zielsetzung gefährden. Eine Vergütung der ärztlichen Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erscheint daher sachgerecht. Dies ist auch aus Gründen der Gleichbehandlung mit den Apothekern geboten.

d) Zu § 131a

Die Leistungen innerhalb des Medikationsmanagements und dessen Organisation sind komplexer Natur und bedürfen daher einer Konkretisierung durch die Selbstverwaltung. Diese erfolgt im Rahmen eines dreiseitigen Vertrages zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisation der Apotheker.



Absatz 2 regelt den Mindestinhalt dieser Vereinbarung. Neben der Konkretisierung des Leistungsinhalts ist die Vergütung der Ärzte und Apotheker Gegenstand dieser Vereinbarung. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass bereits die Erfassung und Prüfung der vollständigen Medikation und ihre Anwendung für den Arzt und den Apotheker mit einem erheblichen Aufwand verbunden sind.

Als Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung erfolgt die Vergütung durch die Kassenärztliche Vereinigung, soweit die Leistung durch Ärzte erbracht wird. Die Abrechnung erfolgt somit im Rahmen der vertragsärztlichen Abrechnung. Apotheker sind hingegen nicht vertragsärztlich tätig, sodass sie ihre Leistungen regulär gegenüber der Krankenkasse – gegebenenfalls unter Einbeziehung von Apothekenrechenzentren – abrechnen.

Für den Fall, dass es zu keinem Abschluss der Rahmenvereinbarung kommt, wird deren Inhalt durch eine Schiedsperson festgelegt. Besteht ein Dissens hinsichtlich der Schiedsperson, wird diese durch das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt.

Da für die Apotheken keine § 81 Abs. 3 Nr. 1 entsprechende Bestimmung existiert, bedarf es zur Verbindlichkeit der Regelungen des Rahmenvertrages einer Vorschrift, die die Rechtswirkung der Mitglieder des Rahmenvertrages auf Seiten der Apotheker begründet.

e) Zu § 131b

Die Neuartigkeit des Konzepts und die bisher nicht erprobte intensive Zusammenarbeit von Ärzten und Apothekern bei der Durchführung eines Medikationsmanagements legen es nahe, zunächst für eine Übergangszeit die Durchführung erprobungshalber auf ausgewählte Bezirke von bis zu drei Kassenärztlichen Vereinigungen (Ost / West / Stadtstaat) zu beschränken.

Wegen der Notwendigkeit der Grundlagenregelung auf Bundesebene, der Beteiligung von Krankenkassen aller Kassenarten und dem damit verbundenen Leistungsanspruch für alle Versicherten kommen Modellvorhaben nach §§ 63, 64 SGB V nicht in Betracht.

## **8. Nachhaltige Sicherstellung der flächendeckenden Nacht- und Notdienste der Apotheken**

Rund 2.000 Apotheken leisten an 365 Tagen im Jahr Nacht- und Notdienste. Dies summiert sich auf rund 730.000 Notdienste pro Jahr. Weder die verwaltungsaufwändige Notdienstgebühr von 2,50 Euro noch der erzielte packungsbezogene Rohertrag von Arzneimittelabgaben sind geeignet, die Kosten der Apotheken zu decken. Konservativ gerechnet haben die Apotheken beim Nacht- und Notdienst eine Unterdeckung von 192 Mio. Euro zu tragen. Um die Sicherstellung von Nacht- und Notdiensten in der Fläche nachhaltig zu gewährleisten und diejenigen, die diese Leistung erbringen, gerecht zu honorieren, ist eine Pauschalvergütung für die Dienstbereitschaft der Apotheken im Notdienst verbunden mit einer Ausgleichsregelung zwischen der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung vorzusehen. Auf das gesonderte Erheben einer Notdienstgebühr kann aus Gründen der Entbürokratisierung verzichtet werden.

Wir fordern aus den genannten Gründen die Einführung einer pauschalen Vergütung für die Dienstbereitschaft der Apotheken in Höhe von 249 Euro zuzüglich Mehrwertsteuer an Werktagen sowie in Höhe von 293 Euro zuzüglich Mehrwertsteuer an Sonn- und Feiertagen und am 24. Dezember über § 6 Arzneimittelpreisverordnung. Kostenträger dieser Pauschale sollen die gesetzlichen Krankenkassen sowie die Unternehmen der privaten Krankenversicherung im Verhältnis ihrer Versichertenzahlen sein. Näheres sollten der GKV-Spitzenverband und der Verband der Privaten Krankenversicherung in einer Vereinbarung auf Basis des SGB V regeln. Wir schlagen vor, die Abrechnung dieser Vergütung analog des

Umlageverfahrens zur Erstattung der Kosten des Sprechstundenbedarfes den jeweils zuständigen Landesverbänden der Ortskrankenkassen zu übertragen. Einzelheiten sollten der Vereinbarung nach § 300 SGB V überlassen werden.

## 9. Erhöhung der Rezepturzuschläge

Die Rezepturzuschläge nach § 5 Arzneimittelpreisverordnung wurden zuletzt im Jahr 2004 angepasst auf 2,50 Euro, 5 Euro sowie 7 Euro. Unter Berücksichtigung der Bearbeitungszeiten für Rezepturen einer durchschnittlichen Apotheke ergibt sich eine Unterdeckung von 137 Millionen Euro. Diese Größenordnung wird auch durch eine wissenschaftliche Untersuchung bestätigt.

Wir fordern daher, die Rezepturzuschläge anzupassen.

## 10. Anpassung der Betäubungsmittelgebühr

Die Betäubungsmittelgebühr in Höhe von 0,26 Euro ist seit dem Jahr 1978 unverändert. Neben den gestiegenen Dokumentationsanforderungen betragen allein die Logistikkosten ein Vielfaches der geltenden Betäubungsmittelgebühr.

Wir halten eine Anpassung der Betäubungsmittelgebühr für dringend geboten.

## 11. Basis für die Anpassung des Apothekenabschlages

Nach der Regelung des § 130 Absatz 1 Satz 2 SGB V ist aufgrund des AMNOG der Apothekenabschlag mit Wirkung für das Jahr 2013 erneut anzupassen. Da der Sparbeitrag, der mit dem AMNOG von den Apotheken eingefordert wurde, nach dem Gesetzestext ebenso wie nach den einschlägigen Begründungen ein zeitlich auf die Jahre 2011 und 2012 befristetes Sonderopfer der Apotheken darstellen soll, ist zur Vermeidung weiterer rechtlicher Auseinandersetzungen über die Höhe des Apothekenabschlages klar zu stellen, dass der Betrag von 1,75 € die Ausgangsbasis für die Anpassung des Abschlages für das Jahr 2013 ist.

### Formulierungsvorschlag:

§ 130 Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Der Abschlag nach Satz 1 1. Halbsatz ist erstmalig mit Wirkung für das Kalenderjahr 2013 von den Vertragspartnern in der Vereinbarung nach § 129 Absatz 2 **ausgehend von einem Abschlag von 1,75 €** so anzupassen, dass die Summe der Vergütungen der Apotheken für die Abgabe verschreibungspflichtiger Arzneimittel leistungsgerecht ist unter Berücksichtigung von Art und Umfang der Leistungen und der Kosten der Apotheken bei wirtschaftlicher Betriebsführung.“

13. Oktober 2011