

## **Stellungnahme des BVKA zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV- Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VStG)**

### **Vorbemerkung**

Der Bundesverband klinik- und heimversorgender Apotheker e.V. ist die Interessenvertretung der öffentlichen Apotheken, die Krankenhäuser und Heime mit Arzneimitteln und Medizinprodukten versorgen. Die besonderen Voraussetzungen und Anforderungen an die Klinik- und Heimversorgung sind in den §§ 12a und 14 Apothekengesetz (ApoG) sowie in der Apothekenbetriebsordnung geregelt. Ziel des BVKA ist die ständige Verbesserung der pharmazeutischen Leistungsfähigkeit seiner Mitgliedsapotheken zum Wohle der Patienten in Krankenhäusern und Alten- und Pflegeheimen.

Wir nehmen nachfolgend zu dem Referentenentwurf eines GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes aus Sicht der klinik- und heimversorgenden Apotheker Stellung. Wir würden es begrüßen, unsere Änderungsvorschläge im Rahmen der Anhörung am 11. November 2014 auch mündlich erläutern zu dürfen.

### **§ 39 Abs. 1a SGB V - Entlassmanagement**

Der BVKA begrüßt den vorgesehenen neuen § 39 Abs. 1a SGB V, der es dem Krankenhausarzt künftig ermöglichen wird, eine Entlassverordnung für die Belieferung durch die öffentlichen Apotheken auszustellen. Dies beseitigt eine Versorgungslücke am Übergang zwischen der ambulanten und stationären Versorgung, auf die von den öffentlichen Apotheken seit langem aufmerksam gemacht wird.

Die Neuregelung greift aus unserer Sicht jedoch zu kurz, weil sie die Türen für eine Auslagerung der Anschlussmedikation auf externe Managementgesellschaften öffnet und damit das Gegenteil einer fachgerechten sektorenübergreifenden Anschlussversorgung hervorruft. Dies liegt insbesondere daran, dass der Bundesgerichtshof in einer wettbewerbsrechtlichen Entscheidung nicht nur das bestehende Zuweisungs- und Zusammenwirkungsverbot zwischen Apothekern und Krankenhäusern (§ 11 Abs. 1 ApoG) unter Bezugnahme auf die sozialrechtlichen Vorschriften zum Versorgungsmanagement aufgeweicht hat, sondern dies auch auf externe Marktbeteiligte erstreckt hat. Dies ist sowohl gesundheitspolitisch als auch ordnungspolitisch nicht akzeptabel, sondern geeignet, die flächendeckende Arzneimittelversorgung der Patienten durch öffentliche Apotheken in Frage zu stellen.

Wir halten deshalb folgende ergänzenden Regelungen für erforderlich:

## 1. Änderung des § 39 Abs. 1a S. 3 SGB V / RefE

### (Übertragung von Aufgaben des Entlassmanagements an Apotheken)

§ 39 Abs. 1a S. 3 SGB V i.d.F. d. RefE GKV-VStG wird wie folgt gefasst:

*„Das Krankenhaus kann mit Leistungserbringern nach §§ 95 Absatz 1 Satz 1, 129 Abs. 3 vereinbaren, dass diese Aufgaben des Entlassmanagements wahrnehmen.“*

#### **Begründung:**

Öffentliche Apotheken stellen flächendeckend die Versorgung der Patienten nach der Krankenhausbehandlung mit Arzneimitteln und Medizinprodukten sicher. Dieser Weg wird durch die begrüßenswerte Ermächtigung der Krankenhausärzte zur Verordnung der Entlassmedikation gem. § 39 Abs. 1a S. 5, 6 SGB V weiter erleichtert. Zur Sicherstellung einer nahtlosen Versorgung ist es in vielen Fällen sinnvoll, direkte Absprachen zwischen Krankenhäusern und öffentlichen Apotheken zu treffen. Die Apotheken sollten daher ausdrücklich in dieser Regelung aufgenommen werden.

## 2. Änderung des § 39 Abs. 1a S. 7 SGB V / RefE

### (Einbeziehung der Apotheker in den Rahmenvertrag zum Entlassmanagement)

§ 39 Abs. 1a S. 7 SGB V i.d.F. d. RefE GKV-VStG wird wie folgt geändert:

Nach "Kassenärztliche Bundesvereinigung" werden **ein Komma** und folgende Wörter eingefügt:

*"die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker"*

#### **Begründung:**

Zum nahtlosen Entlassmanagement gehört die Abstimmung der Anschlussmedikation mit dem Apotheker. Ein zentraler Inhalt der Rahmenvereinbarung sind Umfang und Ausgestaltung des neuen Ordnungsrechts der Krankenhäuser und die Aufgabenverteilung zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen. Es ist daher erforderlich, dass auch die maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker für die Versorgung der GKV-Versicherten, der Deutsche Apothekerverband, in die Regelung der Rahmenvorgaben einbezogen wird.

### **3. Einführung eines neuen § 12b Apothekengesetz (Vereinbarung mit Krankenhäusern über Entlassmedikation)**

Nach § 12a ApoG wird folgender neuer § 12b eingefügt:

#### **„§ 12 b**

*(1) Der Inhaber einer Erlaubnis zum Betrieb einer öffentlichen Apotheke ist verpflichtet, zur Wahrnehmung von Aufgaben des Entlassmanagements einen schriftlichen Vertrag mit dem Krankenhaus oder dessen Träger zu schließen. Der Vertrag bedarf zu seiner Rechtswirksamkeit der Genehmigung der zuständigen Behörde. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn*

- 1. die öffentliche Apotheke und das Krankenhaus innerhalb desselben Kreises oder derselben kreisfreien Stadt oder in einander benachbarten Kreisen oder kreisfreien Städten liegen;*
- 2. die ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung der Patienten unmittelbar nach der Entlassung (Entlassmedikation) gewährleistet ist, insbesondere die rechtzeitige Einbeziehung des Inhabers der Erlaubnis nach Satz 1 oder des von ihm beauftragten Apothekers seiner Apotheke in die Entlassplanung, die Ansprechpartner und Kommunikationswege zwischen Apotheke und Krankenhaus, die Übermittlung der Entlassverordnung und die Abgabe des Arzneimittels an die Patienten unmittelbar vor oder nach der Entlassung vertraglich festgelegt sind;*
- 3. die Apotheke die Arzneimittel, die die entlassenen Patienten zur akuten medizinischen Versorgung besonders dringlich benötigen, unverzüglich und bedarfsgerecht abgibt und die Arzneimittel, wenn es erforderlich ist, an den Aufenthaltsort der Patienten zustellt,*
- 4. die persönliche Beratung der Patienten und des ärztlichen und pflegerischen Personals des Krankenhauses durch den Inhaber der Erlaubnis nach Satz 1 oder den von ihm beauftragten Apotheker der seiner Apotheke bedarfsgerecht und im Notfall unverzüglich erfolgt;*
- 5. die Apotheke gewährleistet, dass das Personal des Krankenhauses im Hinblick auf eine zweckmäßige und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie von ihr kontinuierlich beraten wird;*
- 6. der Vertrag die freie Apothekenwahl der Patienten nicht einschränkt und*
- 7. der Vertrag keine Ausschließlichkeitsbindung zugunsten einer Apotheke enthält und, soweit mehrere Apotheken an dem Entlassmanagement des*

*Krankenhauses beteiligt sind, deren Zuständigkeitsbereiche klar abgegrenzt sind.*

*Nachträgliche Änderungen oder Ergänzungen des Vertrages sind der zuständigen Behörde unverzüglich anzuzeigen.*

*(2) Die Versorgung ist vor Aufnahme der Tätigkeit der zuständigen Behörde anzuzeigen.*

**Begründung:**

Der Vorschlag ist eng an §§ 12a, 14 Abs. 4, 5 ApoG angelehnt, da er einen vergleichbaren Sachverhalt betrifft und - ebenso wie diese - eine gesetzlich klar abgegrenzte Ausnahmeregelung vom Zusammenwirkungsverbot gem. § 11 Abs. 1 ApoG enthält.

Das GKV-VStG ebnet durch den neu eingefügten § 39 Abs. 1a SGB V den Weg für eine verbesserte Überbrückung der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung, indem es dem Krankenhaus die Möglichkeit eröffnet, Aufgaben des Entlassmanagements an andere Leistungserbringer zu delegieren und eine Anschlussverordnung für die Versorgung unmittelbar im Anschluss an die Entlassung auszustellen. Für eine nahtlose Versorgung ist eine Abstimmung zwischen Krankenhaus und Apotheke erforderlich, um die rechtzeitige Verfügbarkeit und Erstattungsfähigkeit des verordneten Arzneimittels sicherzustellen. Es handelt sich beim Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V um einen direkten Anspruch der Patienten an die Krankenhäuser denen die Krankenhäuser allerdings bisher nur in Teilen gerecht werden können.

Bislang sind öffentliche Apotheken und Krankenhäuser aufgrund der geltenden Zusammenwirkungsverbote, insbesondere § 11 Abs. 1 ApoG, daran gehindert, zweckmäßige Kooperationsvereinbarungen im Hinblick auf die Sicherstellung der Arzneimittelversorgung im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung zu treffen. Ebenso wie bei der Krankenhaus- und Heimversorgung durch öffentliche Apotheken (§§ 12a, 14 ApoG) sind daher im Hinblick auf die Einbeziehung der öffentlichen Apotheken in die Entlassmedikation Ausnahmeregelungen zu treffen, die die Voraussetzungen für ein Zusammenwirken zwischen Krankenhäusern und öffentlichen Apotheken festlegen.

Der Handlungsbedarf für eine ausdrückliche Regelung im Apothekengesetz ergibt sich auch aus einem aktuellen wettbewerbsrechtlichen Urteil des Bundesgerichtshofs (Az.: I ZR 120/13). Er leitet darin aus den sozialrechtlichen Vorschriften zum Entlassmanagement ab, dass ein Krankenhaus einen externen privaten Anbieter damit beauftragen darf, den Patienten die von ihnen im Zeitpunkt ihrer Entlassung aus der Klinik benötigten Medikamente

durch eine Apotheke an ihr Krankenbett zu liefern, falls der Patient keine Belieferung durch eine andere Apotheke wünscht.

Dies ist gesundheitspolitisch bedenklich, da hiermit statt der erforderlichen unmittelbaren fachlichen Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus bzw. Krankenhausarzt und Apotheker der Umweg über nicht qualifizierte Anbieter gefördert wird. Insbesondere ist die Auffassung des BGH unzutreffend, dass es dabei lediglich um die "operative Durchführung des Entlassmanagements" gehe, da die Abstimmung der Anschlussmedikation medizinische und pharmazeutische Fachkunde erfordert und die unmittelbare Beratung des verordnenden Krankenhausarztes durch den Apotheker notwendigerweise umfasst.

Aus ordnungspolitischen Gründen ist es geboten, die Voraussetzungen für das Zusammenwirken zwischen Krankenhaus und Apotheke bei der Entlassmedikation im Gleichklang mit den Regelungen zur Heimversorgung (§ 12a ApoG) und zur Krankenhausversorgung (§ 14 ApoG) festzulegen.

Das vorgesehene Kreisprinzip (Nr. 1), entspricht der geltenden Regelung des § 12a ApoG für die Heimversorgung und stellt sicher, dass der regionale Einzugsbereich des Krankenhauses versorgt ist.

Der Vertrag muss spezifische Regelungen zur Einbeziehung der Apotheke in den Prozess des Entlassmanagements des Krankenhauses enthalten, insbesondere zur rechtzeitigen Einbindung des Apothekers in die Entlassplanung, die beiderseitigen Ansprechpartner und die Kommunikationswege zwischen Apotheke und Krankenhaus, die Übermittlung der Entlassverordnung und die unverzügliche Abgabe des Arzneimittels an den Patienten (Nr. 3). Wenn der entlassene Patient nicht in der Lage ist, das Arzneimittel selbst oder durch eine vertraute Person in der Apotheke abzuholen, hat die Apotheke das Arzneimittel dem Patienten an seinem Aufenthaltsort zuzustellen.

Zu den Pflichten des Apothekers gehört es darüber hinaus, Patienten, Ärzte und Krankenhauspersonal umfassend über die Arzneimittel zu informieren und zu beraten (vgl. § 20 Apothekenbetriebsordnung).

Außerdem hat der Apotheker die Ärzte des Krankenhauses über Fragen der Zweckmäßigkeit, Wirtschaftlichkeit und Verfügbarkeit der Arzneimittel in der ambulanten Versorgung zu beraten, wie dies im Rahmen der Krankenhausversorgung nach § 14 ApoG bereits der Fall ist (Nrn. 4, 5). Die Übertragung des Ordnungsrechts für die ambulante Anschluss-

versorgung auf die Krankenhäuser stellt jedoch eine neue Herausforderung dar. Durch den neu gefassten § 39 Abs. 1a SGB V werden die Krankenhäuser im Hinblick auf die Entlassverordnung den Vertragsärzten gleichgestellt und haben damit insbesondere die leistungsrechtlichen Vorgaben und Wirtschaftlichkeitsbestimmungen, die für Vertragsärzte gelten, einzuhalten. Dieses umfasst eine Vielzahl arzneimittelspezifischer Regelungen und Einschränkungen, die bislang nicht für das Krankenhaus relevant waren und dort auch nicht bekannt oder verfügbar sind. Beispiele für letzteres sind die in der vertragsärztlichen Versorgung geltenden Rabattverträge und Festbeträge. Es ist daher, wie bereits in der Krankenhausversorgung nach § 14 Abs. 5 Nr. ApoG erforderlich, dass der Apotheker die Krankenhausärzte bereits im Vorfeld der Entlassverordnung informiert und berät.

Die freie Wahl der Apotheke darf durch die Vereinbarung nicht eingeschränkt werden (Nr. 6). Auch eine Exklusivvereinbarung ist nicht zulässig (Nr. 7). Vielmehr wird es in vielen Fällen sinnvoll sein, dass regionale Netzwerke von Apothekern entsprechende Verträge mit einem oder mehreren Krankenhäusern schließen. Diese Regelungen sind an § 12a Abs. 1 ApoG angelehnt.

Berlin, 03. November 2014

BVKA – Bundesverband klinik- und heimversorgender Apotheker e. V.



Dr. Klaus Peterseim, Vorsitzender