



ENTWURF EINES GESETZES ZUR STÄRKUNG DER ÖFFENTLICHEN GESUNDHEIT

STELLUNGNAHME DER KBV ZU DEN FACHFREMDEN
ÄNDERUNGSANTRÄGEN DER KOALITIONSFRAKTIONEN,
BT-DRUCKSACHE 20(14)226.1 VOM 14. OKTOBER 2024

29. OKTOBER 2024

INHALT

ZUR KOMMENTIERUNG	3
ZUSAMMENFASSUNG	3
KOMMENTIERUNG	3
ÄNDERUNGSANTRAG 1 ZU ARTIKEL 4A, 4B, 4C, 4D UND 4E (§§ 6, 8, 20C, 24, 75 IFSG; § 21 APOG; § 132E SGB V; §§ 1A, 35A APBETRO; § 12 HWG)	3
Artikel 4a, 4b, 4c, 4d – Impfungen durch Apotheken; Testungen in Apotheken und durch Pflegefachpersonen	3
Artikel 4a, § 24 IFSG - Feststellung und Heilbehandlung übertragbarer Krankheiten, Verordnungsermächtigung	6
Artikel 4e - Änderung des Heilmittelwerbegesetzes	8
ÄA 5 Zu Artikel 4 (§ 361 Abs. 1, § 361c u. § 397 Abs. 1 SGB V) - Favorisierte Apotheken	8
ÄA 8 Zu Artikel 4I (§ 12a Apothekengesetz) - Unmittelbare Übermittlung von Verschreibungen an heimversorgende Apotheken	9

ZUR KOMMENTIERUNG

Zu einzelnen Regelungsinhalten wird im Folgenden kommentiert. Sofern keine Anmerkungen getätigt werden, wird die Regelung durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) begrüßt oder sie sieht die Interessen der Vertragsärzte und -psychotherapeuten durch die Regelung nicht betroffen beziehungsweise steht dem Regelungsvorschlag neutral gegenüber.

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde meist nur eine Form der Personenbezeichnung verwendet. Hiermit sind auch alle anderen Formen gemeint.

ZUSAMMENFASSUNG

Die KBV wurde nicht zur öffentlichen Anhörung zum „Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der öffentlichen Gesundheit“ (BT-Drs. 20/12790) im Ausschuss für Gesundheit des Dt. Bundestages am 16. Oktober 2024 geladen.

Kurz vor der Anhörung ist ein Konvolut an fachfremden Änderungsanträgen (BT-Drs. 20(14)226.1) bekannt geworden, dass in vielerlei Hinsicht erhebliche verfassungsrechtliche, rechtliche sowie fachliche Bedenken aufwirft und die Belange der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten tangiert. Daher nimmt die KBV nachfolgend Stellung und bittet um entsprechende Prüfung und Änderung der Anträge.

KOMMENTIERUNG

ÄNDERUNGSANTRAG 1 ZU ARTIKEL 4A, 4B, 4C, 4D UND 4E (§§ 6, 8, 20C, 24, 75 IFSG; § 21 APOG; § 132E SGB V; §§ 1A, 35A APBETRO; § 12 HWG)

ARTIKEL 4A, 4B, 4C, 4D – IMPFUNGEN DURCH APOTHEKEN; TESTUNGEN IN APOTHEKEN UND DURCH PFLEGEFACHPERSONEN

Gem. Artikel 4a sollen die Möglichkeiten der Impfung in Apotheken erweitert werden. Die bestehende Berechtigung zur Durchführung von Gripeschutzimpfungen sowie Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS CoV-2 im Infektionsschutzgesetz soll auf weitere Schutzimpfungen mit Totimpfstoffen erstreckt werden.

Die Apotheker, welche die Impfung durchführen, müssen zum Personal einer öffentlichen Apotheke gehören und ärztlich geschult sein, wobei das Mustercurriculum für die Schulung bzw. Ergänzungsschulung von der Bundesapothekerkammer in Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer (BÄK) entwickelt wird.

Auch für diese künftig in Apotheken erbringbaren Impfungen gilt, dass diese die Aufklärung, Anamnese, Impfberatung, die Feststellung der aktuellen Befindlichkeit zum Ausschluss akuter Erkrankungen oder Allergien, die Einholung der Einwilligung der zu impfenden Person sowie die Beobachtung im Anschluss an die Schutzimpfung und auch das Beherrschen und unter Umständen Anwenden von Notfallmaßnahmen im Falle von akuten Impfreaktionen umfasst. Erforderlich sind weiterhin Kenntnisse der Apotheker über Indikationen und Kontraindikationen in Bezug auf die jeweilige Schutzimpfung sowie Fähigkeiten und Fertigkeiten zu deren Beachtung.

Das Impfen in Apotheken steht unter dem Vorbehalt der Zulässigkeit durch das Berufsrecht der Apotheker.

Bewertung

Gegen die geplante Regelung bestehen erhebliche verfassungsrechtliche, weitere rechtliche sowie fachliche Bedenken. Zudem ist mehr als fraglich, ob das Ziel der Erhöhung der Impfquoten bei Erwachsenen durch dieses angeblich „niederschwellige“ Angebot vor dem Hintergrund weiterer geplanter Regelungen, die einerseits die Öffnungszeiten der Apotheken verkürzen und die durchzuführenden Aufgaben erweitern sowie andererseits die Anwesenheitspflicht eines Apothekers (und nur dieser darf in der Apotheke impfen) aussetzen, überhaupt realistisch ist.

Verfassungswidrigkeit der Regelung

- › Die Erweiterung der Möglichkeit von Impfungen in der Apotheke stellt – wie bereits die bisher in Apotheken durchgeführten Impfungen – einen Verstoß gegen den Arztvorbehalt dar, da es sich bei der Impfung als solcher sowie bei den Begleitleistungen um die Ausübung von Heilkunde handelt.
- › Zudem verfügt der Bundesgesetzgeber über keine Gesetzgebungskompetenz, Ausnahmen vom Arztvorbehalt zu bestimmen. Die Regelung begegnet bereits deshalb verfassungsrechtlichen Bedenken.
- › Aufgrund des berufsrechtlichen Vorbehalts der Apotheker und der diesbezüglichen unterschiedlichen Vorgaben der Berufsordnungen der Landesapothekerkammern, ergibt sich bundesweit eine unterschiedliche Versorgungsstruktur bei den entsprechenden Impfungen.

Rechtliche Bewertung

Nach § 1 Abs. 2 Heilpraktikergesetz ist die Ausübung der Heilkunde jede berufs- oder gewerbsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen, auch wenn sie im Dienst von anderen ausgeübt wird. Die Ausübung von Heilkunde ist – abgesehen von Heilpraktikern im Rahmen einer Erlaubnis – Ärzten vorbehalten. Der Begriff „Heilkunde“ ist nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts weit auszulegen (vgl. BVerfG, Urteil vom 24.10.2022, Az. 1 BvF, Rn. 166 ff.). Ausgenommen sind hiervon lediglich solche Behandlungen, die keine Fachkenntnisse voraussetzen. Demgegenüber gehören zur Heilkunde insbesondere gefährliche Behandlungen gesunder Menschen. Entscheidend ist, ob die Tätigkeit nach allgemeiner Auffassung ärztliche oder heilkundliche Fachkenntnisse voraussetzt, sei es im Hinblick auf das Ziel, die Art oder die Methode der Tätigkeit oder für die Feststellung, ob im Einzelfall mit der Behandlung begonnen werden darf und die Behandlung gesundheitliche Schädigungen verursachen kann (BVerwG, Urteil vom 10.2.82, Az. 3 C 21/81, Rn. 19).

Bereits die Impfung als solche stellt durch die Injektion einen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit des Patienten dar, so dass nach deren Art und Methode potenzielle Risiken für den Patienten bestehen. Beim Eintritt einer Impfreaktion, die mit erheblichen gesundheitlichen Gefährdungen verbunden sein kann, ist eine sofortige Behandlung erforderlich, welche heilkundliche Fachkenntnisse verlangt.

Diese werden vom Gesetzgeber gesehen, indem in § 20c Abs. 2 IfSG u. a. die Erhebung der Anamnese einschließlich der Impfanamnese und der Feststellung der aktuellen Befindlichkeit zum Ausschluss akuter Erkrankungen oder Allergien sowie die Kenntnis von Notfallmaßnahmen bei eventuellen akuten Impfreaktionen sowie Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Durchführung dieser Notfallmaßnahmen gefordert wird. Bereits die Erhebung der allgemeinen Anamnese setzt voraus, dass die impfende Person die Art von Erkrankungen des Patienten und die Auswirkung der Impfung auf diese Erkrankungen bzw. die Wechselwirkung von z. B. Arzneimitteln, die der Patient zur Behandlung dieser Erkrankungen einnimmt, mit dem Impfstoff und andere damit verbundene Risiken fachlich zutreffend einschätzen kann. Ebenso erfordert die Durchführung von Notfallmaßnahmen, die bis zur Behandlung eines anaphylaktischen Schocks reichen können, weitreichende Kenntnisse in der Notfallmedizin.

Bei der ebenfalls vom Apotheker geforderten Aufklärung muss der Apotheker nach § 630e Abs. 1 BGB den Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufklären. Dazu gehören insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie.

Bei der Aufklärung ist auch auf Alternativen zur Maßnahme hinzuweisen, wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können. Diese an die Aufklärung zu richtenden Maßstäbe setzen umfassende und eingehende ärztliche Fachkenntnisse voraus.

Somit stellt nicht nur die Impfung selbst, sondern auch deren Vorbereitung die Ausübung von Heilkunde dar. Entsprechendes gilt für eine etwaige Intervention bei Impfreaktionen. Zur Ausübung von Heilkunde bedarf es einer ärztlichen Approbation nach § 2 BÄO, die durch die gesetzlich angeordnete Schulung keinesfalls ersetzt werden kann.

Darüber hinaus besitzt der Bundesgesetzgeber keine Gesetzgebungskompetenz, eine Ausnahme vom Arztvorbehalt zu regeln.

Grundsätzlich liegt nach den Art. 30 und 70 GG die Gesetzgebungskompetenz bei den Ländern, es sei denn, dem Bund ist ein konkreter Kompetenztitel zur gesetzlichen Regelung einer bestimmten Materie zugewiesen. Art. 74 Nr. 19 GG verleiht dem Bund die Kompetenz, Maßnahmen gegen gemeingefährliche oder übertragbare Krankheiten bei Menschen und Tieren, Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen und zum Heilgewerbe sowie das Recht des Apothekenwesens, der Arzneien, der Medizinprodukte, der Heilmittel, der Betäubungsmittel und der Gifte zu regeln.

Unter den „Maßnahmen gegen gemeingefährliche oder übertragbare Krankheiten bei Menschen und Tieren“ fallen auch Impfungen als solche. Allerdings ist die Kompetenz des Bundes insoweit darauf beschränkt, die Impfung als solche zu regeln. Eine weitergehende Regelungsbefugnis, Ausnahmen zum allgemein geltenden Grund des Arztvorbehalts konkret im Zusammenhang mit den Impfungen zu statuieren, lässt sich aus diesem Kompetenztitel nicht ableiten.

Entsprechendes gilt für die in derselben Verfassungsbestimmung geregelte „Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen“. Die Zulassung betrifft den Zugang zum Arztberuf als solchen, und nicht die Ausübung ärztlicher Tätigkeiten durch Nicht-Ärzte.

Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, dass aufgrund des Vorbehalts der Zulässigkeit durch das Berufsrecht der Apotheker diese Option in einigen Bundesländern nicht zum Tragen kommt. Nur einige Apothekerkammern sehen in ihren Berufsordnungen (z. B. Nordrhein, Westfalen-Lippe, Berlin, Bayern und Bremen) Öffnungsklauseln vor, wonach die Ausübung von Heilkunde für Apotheker insoweit zulässig ist, als dies durch andere gesetzliche Vorschriften erlaubt wird.

Infolgedessen ergibt sich bundesweit eine ungleiche Versorgungsstruktur bei den entsprechenden Impfungen.

Fachliche Bewertung

Mit diesem „zusätzlichen, niederschweligen Impfangebot“ sollen die Impfquoten bei der erwachsenen Bevölkerung verbessert werden. Durch das flächendeckende, wohnortnahe Netz von 100.000 Arztpraxen besteht für Versicherte derzeit bereits ein ausreichender und niederschwelliger Zugang zu Impfberatungen und Impfungen. Aus Sicht der KBV ist insofern – auch vor dem Hintergrund der anderen vorgesehenen Regelungen – nicht nachvollziehbar, dass dieses Ziel mit den geplanten Regelungen tatsächlich erreicht werden kann.

Der **Referentenentwurf zum Apotheken-Reformgesetz vom 14. Juni 2024** sieht u. a. vor, dass die Öffnungszeiten von Apotheken deutlich reduziert werden können. Außerdem soll die Möglichkeit geschaffen werden, öffentliche Apotheken auch ohne Anwesenheit eines Apothekers öffnen zu dürfen, sofern beispielsweise eine telepharmazeutische Anbindung an Apotheker im Filialverbund sichergestellt ist. Hinzu kommen weitere Aufgaben der Apotheken aus aktuellen Gesetzgebungsverfahren u. a. aus dem Regierungsentwurf für ein „**Gesundes-Herz-Gesetz**“ (BT-Drs. 20/13094) (weitere pharmazeutische Dienstleistungen), die bei verkürzter Öffnungszeit neben den üblichen Aufgaben der Apotheke bewältigt werden sollen. Nach Auffassung der KBV ist die Möglichkeit eines niederschweligen (direkt verfügbare Impfungen, keine lange Wartezeit etc.) Impfangebotes hierdurch bereits eingeschränkt.

Das in Deutschland bestehende hohe Qualitätsniveau von Impfleistungen darf nicht durch die beabsichtigten Regelungen hinsichtlich der grundsätzlichen Einbeziehung der Apotheken in die Durchführung von Schutzimpfungen mit Totimpfstoffen bei Personen ab 18 Jahren abgesenkt werden.

Die Durchführung einer Impfung ist nicht ohne Grund eine originär ärztliche Aufgabe. Wir verweisen hierzu auf die bereits in mehreren Gesetzgebungsverfahren gemachten Ausführungen, u. a. zur erforderlichen Impfanamnese, Aufklärung zur Impfung, zum Ausschluss von akuten Erkrankungen und Kontraindikationen sowie bei bestehenden Erkrankungen zur Bewertung, ob eine Impfung durchgeführt werden kann. Damit stets verbunden ist die in Frage zu stellende Befähigung von Apothekerinnen und Apothekern, hier adäquat zu handeln. Neben schweren akuten Komplikationen (bis hin zum anaphylaktischen Schock), die eine sofortige ärztliche Behandlung erfordern, zeigen – laut einer Auswertung des Paul-Ehrlich-Instituts aus dem Jahr 2023 – bis zu 26 Prozent der von einer Impfnebenwirkung betroffenen Patientinnen und Patienten eine prolongierte unerwünschte Reaktion auf die Impfung. Bei 3,3 Prozent der Betroffenen wurde sogar ein bleibender Schaden nach einer Impfung berichtet. Sowohl die verlängerte unerwünschte Impfreaktion als auch der bleibende Schaden nach einer Impfung stellen unter Umständen dauerhaft ärztlich zu behandelnde Krankheitsbilder dar. Ob die Schäden durch eine beim Arzt durchgeführte Impfung zu vermeiden gewesen wären, kann nicht abschließend beurteilt werden. Tatsache ist jedoch, dass die (unter Umständen lebenslange) Weiterbehandlung nach einer Impfreaktion durch Ärzte zu erfolgen hat.

Zudem ist die Ungleichbehandlung von Ärzten und Apothekern hinsichtlich des Bezugs von Impfstoffen und die damit einhergehende Gefahr von Regressen bzw. Retaxationen nicht nachvollziehbar. Während Ärzte beispielsweise im Rahmen der saisonalen Grippeimpfung strengen Mengenkontrollen unterliegen, gibt es nach heutiger Erfahrung bei der Grippeimpfung in Apotheken keine diesbezügliche Überprüfung durch die gesetzlichen Krankenkassen. Zudem werden Apotheken vielmals andere Vorbestellwege bzw. Retourenmöglichkeiten der pharmazeutischen Hersteller eingeräumt. Gleiches gilt für abweichende Bezugswege von Impfstoffen in der ärztlichen Praxis. Während Ärzte für die alternative Ausstellung einer Einzelverordnung im Rahmen von Lieferunfähigkeiten mit Regressen rechnen müssen, sind Apotheker in der Bestellung und Abrechnung mit den gesetzlichen Krankenkassen völlig frei.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

Ersatzlose Streichung der vorgesehenen Regelung zur Erweiterung durchführbarer Impfungen in Apotheken.

ARTIKEL 4A, § 24 IFSG - FESTSTELLUNG UND HEILBEHANDLUNG ÜBERTRAGBARER KRANKHEITEN, VERORDNUNGSMÄCHTIGUNG

Beabsichtigte Neuregelung

Der Arztvorbehalt zur Feststellung übertragbarer Krankheiten wird aufgehoben und der berechtigte Personenkreis erweitert auf:

- › Apotheker und deren pharmazeutisches Personal
- › Pflegefachpersonen sowie
- › auf Zahn- und Tierärzte für die Labordiagnostik aller meldepflichtigen Krankheitserreger § 7 IfSG nach Rechtsverordnung durch das BMG und Zustimmung durch den Bundesrat.

Die Liste der frei verkäuflichen Infektionsdiagnostika für „patientennahe Schnelltests“ soll gesetzlich um direkte Erregernachweise bei Atemwegsinfekten (Adeno-, Influenza-, RS-Virus) und bei gastrointestinalen Infekten (Adeno-, Noro- und Rotavirus) ergänzt und später durch eine Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates erweitert werden können.

Der Änderungsantrag enthält keine Regelungen zu einer Kostentragung durch die GKV und zur Patientensicherheit, wie beispielweise Vorgaben zur Qualitätssicherung.

Bewertung

Die KBV lehnt die Neufassung des § 24 IfSG „Feststellung und Heilbehandlung übertragbarer Krankheiten, Verordnungsermächtigung“ aufgrund der Einführung der Krankenbehandlung in Apotheken und der Ermächtigung zur Ausweitung per Rechtsverordnung ab.

Die bewährten und gesetzlich geregelten Pfade zur Leistungsbewertung und -einführung durch die Selbstverwaltung werden ohne hinreichende Begründung aufgegeben. Der Änderungsantrag schafft darüber hinaus auch keine Klarheit, ob die Feststellung übertragbarer Krankheiten durch Apotheker und Pflegefachpersonen als Krankenbehandlung von den Krankenkassen zu finanzieren ist oder nicht. Für die „patientennahen Schnelltests“ fehlt bislang eine Legaldefinition. Die Regelungen zur Qualitätssicherung fehlen gänzlich.

Der Änderungsantrag zur Neufassung des § 24 IfSG greift den Ergebnissen der sich abzeichnenden Einsetzungen von Enquetekommissionen zu Maßnahmen der Corona-Pandemie auf Bundes- und Landesebene vor. Deren Ergebnisse und die nachfolgende parlamentarische Diskussion sollten abgewartet werden. Ein dringender Handlungsbedarf besteht derzeit nicht und wird auch in der Gesetzesbegründung nicht beschrieben.

Bewertung im Detail

Die Ausweitung der Diagnostik meldepflichtiger Erreger von infektiösen Erkrankungen der Atemwege, des Gastrointestinaltraktes und auch der Konjunktivitis epidemica geht mit Meldeverpflichtungen für die diese Diagnostik durchführenden Personen bspw. Apotheker einher und erfordern ggf. die namentliche Meldung, d. h. den Identitätsnachweis, damit die Ziele des öffentlichen Gesundheitsschutzes zur Verhinderung der Ausbreitung insbesondere nosokomialer Infektionen in Gesundheits- und Gemeinschaftseinrichtungen erreicht werden. Die Neufassung wird in der Gesetzesbegründung als Maßnahme zum Erhalt der Testinfrastruktur der Pandemiejahre und mit der Stärkung der Eigenverantwortlichkeit begründet. Diese Testinfrastruktur ist nicht mehr existent, für die Untersuchung von Stuhlproben hat diese nie existiert. In Pflegeeinrichtungen mit ihren der vulnerablen Personengruppe zugehörigen Bewohnern und Apotheken dürften die räumlichen Voraussetzungen für die Arbeiten mit Infektionserregern im Stuhl nicht vorliegen. Insbesondere in Apotheken sind Untersuchungen von Infektionserregern aus menschlichem Körpermaterial neben der Zubereitung von Arzneimitteln wie Infusionslösungen für die Chemotherapie schwer vorstellbar.

Ob Testungen mittels patientennahen Schnelltests und die zugeschriebenen Verhaltensänderungen, wie in der Pandemie, mit einer Reduktion der Infektionsausbreitung einhergehen, sollte zunächst geprüft und durch die geplanten Enquetekommissionen auf Bundes- und Landesebene bewertet werden.

Die Richtlinie der BÄK zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen ist für Apotheker und Pflegefachpersonen nicht einschlägig. Während der Corona-Pandemie wurden die abrechnungsfähigen Corona-Schnelltests durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte qualitätsgesichert. Der Begriff patientennaher Schnelltest bedarf zunächst einer Legaldefinition, so dass passgenaue Regelungen zur Qualitätssicherung patientennaher Schnelltests möglich werden.

Der Änderungsantrag und die Begründung enthalten keinen Hinweis und lassen deswegen offen, ob die Testungen zur Feststellung von Krankheiten durch Apotheker sowie Pflegefachpersonen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sein werden. Es ist zu befürchten, dass die Kosten, unabhängig von der medizinischen Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit für gesetzlich Versicherte, als Teil der Krankenbehandlung aufgefasst und die Krankenkassen belastet werden.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

Von der vorgeschlagenen Neufassung sollte Abstand genommen werden.

ARTIKEL 4E - ÄNDERUNG DES HEILMITTELWERBEGESETZES

Beabsichtigte Neuregelung

Nach Art. 4e Nr. 2 wird Apothekern die Werbung für die Durchführung von Testungen zum Nachweis von meldepflichtigen Krankheiten oder durch meldepflichtige Krankheitserreger verursachte Infektionen gestattet. Hierbei handelt es sich um eine Ausnahme von der Regelung in § 12 Abs. 2 HWG, wonach sich die Werbung für andere Mittel, Verfahren, Behandlungen oder Gegenstände als Arzneimittel oder Medizinprodukte außerhalb der Fachkreise nicht auf die Erkennung, Beseitigung oder Linderung u. a. der vorgenannten Krankheiten oder Leiden beziehen darf. Dieses Werbeverbot gilt für jeden, d. h. auch für Ärzte, während einzig Apotheker durch die vorbezeichnete Regelung hiervon ausgenommen werden sollen. Begründet wird diese Ausnahme damit, dass breitflächige und niederschwellige Testungen in Apotheken erleichtert werden sollen.

Bewertung

Testungen zur Diagnostik von Krankheiten sind eine originär ärztliche Aufgabe und werden von Ärzten durchgeführt. Soweit anderen Berufsgruppen die Durchführung von Testungen gestattet wird, darf dies nur unter denselben Wettbewerbsbedingungen geschehen. Wenn jedoch einer unter mehreren Berufsgruppen erlaubt wird, für eine von beiden Berufsgruppen durchgeführte Leistung zu werben, während die andere Berufsgruppe weiterhin vom Werbeverbot, dessen Verletzung zudem mit Bußgeldern bewährt sein kann, betroffen ist, entstehen erhebliche Wettbewerbsverzerrungen. Dem Adressaten der Werbung wird suggeriert, dass die Apotheken die primäre oder sogar die einzigen Anbieter der entsprechenden Testungen sind. Hiermit sind für Ärzte erhebliche Wettbewerbsnachteile verbunden.

Darüber hinaus stellt die Ausnahme vom Werbeverbot zugunsten der Apotheker eine verfassungsrechtlich nicht gerechtfertigte Ungleichbehandlung nach Art. 3 Abs. 1 GG dar. Nach dieser Verfassungsbestimmung darf gleiches nur unter der Voraussetzung des Vorliegens eines sachlichen Grundes ungleich behandelt werden. Die Ermöglichung einer breitflächigen und niederschweligen Testung stellt – zumindest außerhalb einer Pandemie – keinen solchen Rechtfertigungsgrund dar. In Arztpraxen besteht bereits ein breitflächiges und ebenso niederschwelliges Angebot zur Testung. Der Zugang zu den Testungen in Arztpraxen oder Apotheken unterscheidet sich in keiner Weise voneinander. Demzufolge sind Ärzte und Apotheker insoweit gleich zu behandeln, sei es in der Form, dass beide Berufsgruppen vom Werbeverbot betroffen sind oder beide hiervon ausgenommen werden.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

Streichung der vorgesehenen Regelung.

ÄA 5 ZU ARTIKEL 4 (§ 361 ABS. 1, § 361C U. § 397 ABS. 1 SGB V) - FAVORISIERTE APOTHEKEN

Beabsichtigte Neuregelung

Pflegebedürftige Versicherte sollen bis zu fünf favorisierte Apotheken festlegen können, die dann nach mündlicher oder schriftlicher Aufforderung durch den Versicherten eine ausgewählte Verordnung ohne Tokenausdruck oder Stecken der eGK einlösen können.

Bewertung

Mit dem Konzept der „favorisierten Apotheken“ würde ein vierter Einlöseweg für eRezepte geschaffen, der ausschließlich pflegebedürftigen Versicherten offenstehen soll. Angesichts der hohen Sicherheitsanforderungen für die Garantie der Identität des Versicherten in den anderen drei Verfahren eRezept App, Stecken der eGK oder Tokenausdruck überrascht, dass in diesem Verfahren eine formlose fernmündliche oder schriftliche Beauftragung ausreichend sein soll.

Die KBV unterstützt ausdrücklich, dass ein volldigitaler Einlöseweg für pflegebedürftige Versicherte geschaffen werden soll, schlägt aber statt eines neuen Einlösewegs mit den entsprechenden Anforderungen an Sicherheit und Garantie der freien Apothekenwahl die technische Umsetzung der institutionellen Vertretung von Pflegebedürftigen auf dem eRezept Fachdienst vor (s. Kommentierung zu ÄA 8). Dabei könnte die institutionelle Vertretung durch das Pflegeheim oder den Pflegedienst im Auftrag des pflegebedürftigen Versicherten die digitale Einlösung von Verordnungen übernehmen und wäre gleichzeitig in alle Informationen zur Verordnung (z.B. Dosierangaben) unmittelbar eingebunden.

ÄA 8 ZU ARTIKEL 4L (§ 12A APOTHEKENGESETZ) - UNMITTELBARE ÜBERMITTLUNG VON VERSCHREIBUNGEN AN HEIMVERSORGENDE APOTHEKEN

Beabsichtigte Neuregelung

Im Fall eines bestehenden Vertrages nach § 12a Absatz 1 Satz 1 Apothekengesetz wird eine Absprache zwischen der heimversorgenden Apotheke und Ärztinnen und Ärzten ermöglicht. Die Absprache bezieht sich auf das Sammeln und die unmittelbare Übermittlung von Verschreibungen einschließlich E-Rezepten, mit denen Arzneimittel und Medizinprodukte für die Heimbewohnerinnen und Heimbewohner verschrieben werden. Mit der Regelung sollen Aufwände in den Pflegeheimen durch eine bisher benötigte Weiterleitung der Verschreibungen durch die Pflegeheime an die Apotheke reduziert werden.

Bewertung

Positiv zu bewerten ist, dass für den Bereich der Heimversorgung eine eindeutige rechtliche Regelung vorgesehen ist. Aktuell entsteht an dieser Stelle des digitalen Ordnungsprozesses ein Medienbruch, da die Übermittlung der Verordnungen in der Regel über Tokenausdrucke erfolgt. Hierdurch entstehen Zusatzaufwände in den ausstellenden Arztpraxen, in Pflegeheimen sowie in heimversorgenden Apotheken.

Die vorgesehene Regelung greift allerdings nur im Fall von Heimversorgungsverträgen. Zusätzlich müssen die Patienten der Versorgung durch die heimversorgende Apotheke zugestimmt haben. Für alle anderen Szenarien, in denen die Einlösung von eRezepten durch die Pflege erfolgt, ist weiterhin keine volldigitale Lösung möglich. Mittelfristig sollte daher ein Zugriff der Pflege auf den eRezept-Fachdienst ermöglicht werden. Hiermit könnte die Pflege in Situationen, in denen die Verordnungen nicht durch die Patienten selbst oder ihre Angehörigen eingelöst werden können, als Vertreterin diese Aufgabe übernehmen. Hierzu hat die KBV gemeinsam mit DAV und der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege einen Vorschlag erarbeitet, der dem BMG vorliegt.

Ihre Ansprechpartner:

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Stabsbereich Strategie, Politik und Kommunikation
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
Tel.: 030 4005-1036
politik@kbv.de, www.kbv.de

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vertritt die politischen Interessen der rund 187.000 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten auf Bundesebene. Sie ist der Dachverband der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die die ambulante medizinische Versorgung für 73 Millionen gesetzlich Versicherte in Deutschland sicherstellen. Die KBV schließt mit den gesetzlichen Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern Vereinbarungen, beispielsweise zur Honorierung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten sowie zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen. Die KVen und die KBV sind als Einrichtung der ärztlichen Selbstverwaltung Körperschaften des öffentlichen Rechts.