

STELLUNGNAHME

der

ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V.

vom

15. Januar 2019

zum

**Regierungsentwurf eines Gesetzes
für schnellere Termine und bessere Versorgung (TSVG)**

(Bundestag-Drucksache 19/6337 vom 7. Dezember 2018)

Die ABDA unterstützt das grundsätzliche Anliegen des Gesetzentwurfs, eine qualitativ gute und gut erreichbare Versorgung aller Patienten in Deutschland zu sichern. Nachfolgend nehmen wir zu den im Entwurf angesprochenen Aspekten Stellung, die für die deutsche Apothekerschaft von Belang sind, und schlagen weitere Inhalte vor, die nach unserer Auffassung noch ergänzend geregelt werden sollten.

I. Zu den Inhalten des Gesetzentwurfs

Artikel 1: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

1. Nummer 48 (§§ 89 und 89a SGB V, Schiedsamt)

Wir begrüßen die Verwirklichung eines weitgehend einheitlichen Schiedswesens in dem überarbeiteten und neu strukturierten § 89 SGB V. In redaktioneller Hinsicht empfehlen wir, zur Vermeidung von Missverständnissen den Änderungsbefehl in Nummer 48 dahingehend zu konkretisieren, dass die neuen §§ 89 und 89a SGB V die bisherigen §§ 89 und 89a SGB V ersetzen. Nach dem Wortlaut des Regierungsentwurfs soll lediglich § 89 SGB V ersetzt werden.

a) § 89 Absatz 6 Satz 3 SGB V; Regelungen für die Schiedsstelle nach § 129 Abs. 8 SGB V

Da aufgrund des vorgesehenen Verweises auf § 89 Absatz 6 Satz 3 SGB V in Nummer 69 Buchst. b) in § 129 Absatz 8 Satz 4 SGB V auch die Schiedsstelle nach § 129 Absatz 8 SGB V von den Änderungen betroffen ist, merken wir folgendes an:

Die Amtszeit der Mitglieder des Schiedsamts beträgt vier Jahre. Dabei wird allerdings in den neuen Regelungen nicht danach unterschieden, ob die unparteiischen Mitglieder durch Einigung der Parteien besetzt wurden oder ob die Aufsichtsbehörde die Besetzung festgelegt hat. Die Besetzung durch die Aufsichtsbehörde soll das bisher vorgesehene Losverfahren ablösen. In den bisherigen Fällen betrug die Amtszeit aber bei einem durch Losverfahren bestimmten unparteiischen Mitglied nur ein Jahr. Da auch bei der Bestimmung durch die Aufsichtsbehörde die Gefahr nicht vollständig ausgeschlossen werden kann, dass die Akzeptanz der so bestellten Schiedsperson bei den Parteien eingeschränkt ist, schlagen wir vor, die beschränkte Amtszeit in diesen Fällen beizubehalten. Wir schlagen daher vor, die Formulierung im Referentenentwurf zu § 89 Absatz 6 Satz 3 mit einem Semikolon abzuschließen und um folgenden Halbsatz zu ergänzen:

„die Amtsdauer beträgt in diesem Fall ein Jahr.“

b) § 89a SGB V; Sektorenübergreifendes Schiedsgremium

Die Zusammenfassung der Regelungen zu sektorenübergreifenden Schiedsämtern in § 89a SGB V unter Verzicht auf die bisherige Regelung in § 64a Absatz 2 Satz 3 SGB V halten wir für sachgerecht.

Wir verweisen auch hier auf unsere Ausführungen zu Nummer 45 zur Amtszeit bei einem durch die Aufsichtsbehörde festgelegten unparteiischen Mitglied des Schiedsamtes und schlagen vor, auch bei dem sektorenübergreifenden Gremium die Amtszeit auf ein Jahr zu reduzieren. Demzufolge schlagen wir vor, die Formulierung im Gesetzentwurf zu § 89a Absatz 6 Satz 2 mit einem Semikolon abzuschließen und um folgenden Halbsatz zu ergänzen:

„die Amtsdauer beträgt in diesem Fall ein Jahr.“

2. Nummer 74 (§ 132e SGB V)

Der Gesetzentwurf macht mit der Änderung des § 132e SGB V besondere Vorgaben für die Regelungen in den Arzneilieferungsverträgen zwischen den Verbänden der Krankenkassen und den Landesapothekerverbänden zur Impfstoffversorgung. Wir sehen an dieser Stelle erheblichen Änderungsbedarf.

a. Anwendungsbereich

Die Neuregelung bezieht sich auf sämtliche Impfstoffe. Regelungsbedürftig ist mit Blick auf die aufgetretenen Engpässe aber allein der Bereich der saisonalen Impfstoffe. Grippeimpfstoffe werden spezifisch für die jeweilige „Impfsaison“ hergestellt und stellen damit an die Organisation der Versorgung besondere Herausforderungen. In allen anderen Bereichen ist die Versorgung mit Impfstoffen sowohl in Bezug auf das Verfahren als auch in Bezug auf die Preisbildung friktionsfrei geregelt. In dieses bewährte System sollte nicht unnötig eingegriffen werden.

Darüber hinaus soll ausweislich der Gesetzesbegründung die Versorgung mit Impfstoffen für den Sprechstundenbedarf geregelt werden. Die derzeitige Formulierung differenziert aber nicht zwischen Sprechstundenbedarf und Einzelverordnungen.

Wir regen deshalb dringend an, die neuen Regelungen auf saisonale Impfstoffe zu begrenzen und Einzelverordnungen von Impfstoffen von diesen Regelungen auszunehmen.

b. Grundlage der Preisbildung

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Weiterleitung von Einkaufsvorteilen durch die Apotheke an die Krankenkasse (Abrechnung auf Basis des tatsächlichen Einkaufspreises) bedeutet die Aufgabe der Gleichpreisigkeit in diesem Versorgungssegment. Damit einher geht eine überbordende Bürokratie, da die Krankenkassen sich im Einzelfall Nachweise über die Einkaufskonditionen vorlegen lassen werden. Abgesehen davon ist es praktisch unmöglich, die jeweiligen Einkaufsvorteile, die in unterschiedlicher Höhe gewährt werden können, bestimmten Packungen und damit bestimmten Krankenkassen zuzuordnen. Diese Systematik setzt aber vor allem Fehlanreize, die dem gesetzgeberischen Ziel der umfassenden und flächendeckenden Versorgung entgegenstehen. Sie fördert die Konzentration des Bezugs von Impfstoffen auf wenige Apotheken und schwächt damit die flächendeckende Versorgung. Diese Ausdünnung der Versorgungslandschaft auf Apothekenebene führt mittelfristig zur

Bildung von Oligopolen und damit auch wirtschaftlich in die falsche Richtung.

Wir schlagen deshalb vor, den Apothekeneinkaufspreis, wie er sich aus den Bestimmungen der Arzneimittelpreisverordnung ergibt, als Grundlage für die Preisberechnung vorzusehen, so dass sich der Apothekenabgabepreis aus diesem Apothekeneinkaufspreis zuzüglich der Apothekenvergütung ergibt.

c. Fristen für Preisstellung und Bestellung der Grippeimpfstoffe

Wegen des Produktionsvorlaufs und der europaweiten Verteilung der produzierten Impfstoffe durch die pharmazeutischen Unternehmen benötigen diese in der Regel bis Ende März eine verbindliche Aussage über die Menge der im Herbst benötigten Impfstoffe. Dies bedeutet, dass die Apotheken beginnend ab Februar in die Lage versetzt werden müssen, verbindliche Bestellungen in Form von Verordnungen für den Sprechstundenbedarf der Ärzte entgegen zu nehmen und die Ärzte diese Bestellungen auch verbindlich vornehmen. Das ist eine wichtige Voraussetzung zur Vermeidung von Lieferengpässen.

Ferner ist zu berücksichtigen, dass die Ärzte bei ihren verbindlichen Bestellungen in der Apotheke eine Prognose über die Menge der benötigten Impfstoffe treffen müssen. Das Risiko eines unerwarteten Rückgangs der Impfungen ist von den Krankenkassen, nicht von der Ärzteschaft, zu tragen.

Mit Blick auf die formalen Anforderungen bei diesem Verfahren ist zu beachten, dass § 2 Absatz 5 Arzneimittelverschreibungsverordnung für ärztliche Verordnungen eine Gültigkeitsdauer von drei Monaten vorsieht, sofern der Arzt keine abweichende Gültigkeitsdauer auf dem Verordnungsblatt angibt. Dieser Zeitraum ist für den Bereich der Verordnung von Grippeimpfstoff für den Sprechstundenbedarf auf ein Jahr auszudehnen, damit die im Februar ausgestellten Verordnungen im folgenden Herbst und Winter beliefert werden dürfen.

d. Regelungsvorschlag

Wir schlagen zusammenfassend vor,

- den Verbänden der Krankenkassen vorzugeben, in Verträgen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und in den Verträgen mit den Landesapothekerverbänden nach § 129 Abs. 5 S. 1 SGB V Maßnahmen zur Sicherstellung einer rechtzeitigen und bedarfsgerechten Versorgung der Versicherten mit Grippeimpfstoffen zu vereinbaren
- die pharmazeutischen Unternehmen zu verpflichten, den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers für Grippeimpfstoffe spätestens bis zum 1. Februar des laufenden Jahres bekannt zu geben
- den Gültigkeitszeitraum für Verordnungen von Sprechstundenbedarf für saisonale Impfstoffe in der Arzneimittelverschreibungsverordnung von drei Monaten auf ein Jahr auszudehnen und
- den Vertragspartnern der Verträge nach § 129 Abs. 1 S. 1 SGB V abweichende Preisvereinbarungen zu gestatten.

3. Nummer 96 (§ 291a SGB V) und Nummer 97 (§ 291b SGB V)

Gesetzliche Regelung zur Ausgabe von SMC-B-Institutionskarten

Wir begrüßen das Vorhaben des Gesetzgebers, die Zuständigkeit für die Herausgabe von Komponenten zur Authentifizierung, die im Rahmen der Telematikinfrasturktur Verwendung finden, zu regeln.

Alternativ zu der im Gesetzentwurf vorgesehenen Ergänzung des § 291b Absatz 4 Satz 3 SGB V regen wir an zu prüfen, ob die Zuständigkeit für die Herausgabe der sog. Praxis- oder Institutionskarten (Secure Module Card Typ B – SMC-B) in gleicher Weise wie die Zuständigkeit für die Herausgabe der elektronischen Heilberufsausweise (HBA) geregelt werden kann. Aus unserer Sicht sprechen hierfür insbesondere die in § 291a SGB V vorgesehenen Einsatzmöglichkeiten für diese Karten, welche im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Einsatz des elektronischen Heilberufsausweises stehen. Zudem würde mit einer solchen Regelung den Ländern unmittelbar, und nicht erst durch einen entsprechenden Beschluss der gematik vermittelt, die Aufgabe zugewiesen, die zuständigen Stellen festzulegen, wie es einzelne Länder bereits in ihren Heilberufskammergesetzen getan haben. Auf diese Weise wird auch eine Divergenz zwischen einer etwaigen Bundesvorgabe und landesrechtlichen Regelungen vermieden.

Aus den vorgenannten Gründen schlagen wir demgemäß vor, § 291a Absatz 5d Nummer 1 SGB V wie folgt zu ändern:

„die Stellen, die für die Ausgabe elektronischer Heilberufs- und Berufsausweise sowie Institutionskarten, die für das Verfahren nach Absatz 5 Satz 6 erforderlich sind, zuständig sind, und“

Elektronisches Patientenfach und elektronische Patientenakte

Wir begrüßen die Zusammenführung des elektronischen Patientenfachs und der elektronischen Patientenakte, die Vereinfachung des Verfahrens bei der Erklärung und Dokumentation der Einwilligung des Versicherten in die medizinischen Anwendungen sowie die Möglichkeit des Versicherten, künftig auch ohne elektronische Gesundheitskarte und in Abwesenheit eines Leistungserbringers auf seine elektronische Patientenakte zuzugreifen. Hinsichtlich der Zugriffsmöglichkeit des Versicherten auf Daten des Medikationsplans nach § 31a einschließlich Daten zur Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit regen wir an, die Option eines Verzichts auf die Gesundheitskarte zu prüfen, wenn die Systemlösung für die Umsetzungsstufe B mit einem zentralen Speicher vorliegt.

Marktoffene Lösung für die elektronische Patientenakte

Die Intention, allen Versicherten die Nutzung einer elektronischen Patientenakte, die von der gematik zugelassen wurde, zu ermöglichen, wird von uns unterstützt. Wir präferieren allerdings eine marktoffene Lösung mit Wahlmöglichkeiten für die Versicherten. Hierfür sollte die Refinanzierung zur Bereitstellung der elektronischen Patientenakten durch die Krankenkassen erfolgen.

4. Artikel 8: Änderung der Schiedsstellenverordnung

In § 2 Satz 1 soll der Verweis auf § 89 SGB V aufgrund der Neuordnung und Neustrukturierung des Paragraphen und der Vereinheitlichung des Schiedswesens gestrichen werden. Demnach beträgt auch bei der Schiedsstelle nach § 129 SGB V die Amtszeit der unparteiischen Mitglieder vier Jahre. Die verkürzte Amtszeit von einem Jahr entfällt, da das Losverfahren abgeschafft wurde. Wir verweisen auf unsere obigen Ausführungen und schlagen vor, dass ein Verweis auf den von uns abgeänderten § 89 Absatz 6 Satz 3 SGB V in der Schiedsstellenverordnung bestehen bleibt. Demnach würde die Amtszeit bei unparteiischen Mitglieder, die von der Aufsichtsbehörde besetzt worden sind, ein Jahr betragen.

5. Artikel 12: Änderung der Arzneimittelpreisverordnung

Wir begrüßen das Ziel, eine flächendeckende und hochwertige Belieferung der öffentlichen Apotheken mit Arzneimitteln durch den (vollversorgenden) pharmazeutischen Großhandel zu sichern.

Zur Vermeidung späterer Fehlinterpretationen weisen wir an dieser Stelle darauf hin, dass die Klarstellung der bestehenden Rechtslage nicht hindern sollte, dass unabhängig vom Rabattverbot handelsübliche Skonti, die für die Einhaltung von Zahlungszielen gewährt werden, bezogen auf den gesamten Apothekeneinkaufspreis zulässig sind. Die beiden Elemente – Rabatt und Skonto – sind unterschiedlichen Regelungskreisen zuzuordnen und ergänzen sich mithin.

II. Ergänzend aufzunehmende Inhalte

1. Vorschlag zur Änderung des Apothekengesetzes (§ 18a (neu) ApoG) im Zuge der Umsetzung der Finanzierung der Telematikinfrastruktur in den Apotheken

Wir regen an, dass bezüglich der zwischen dem GKV-Spitzenverband (GKV-SV) und dem Deutschen Apothekerverband e. V. (DAV e. V.) abgeschlossenen Vereinbarung über die Refinanzierung der telematikbedingten Aufwendungen in den Apotheken eine Anpassung des Apothekengesetzes vorgenommen wird.

Die Vereinbarung sieht insbesondere vor, dass die Abrechnung der telematikbedingten Aufwendungen auf Kassenseite über den GKV-SV erfolgen soll. Auf Apothekerseite soll die Abrechnung der vom GKV-Spitzenverband an die Apothekeninhaber auszahlenden Finanzierungsbeträge über den gemäß § 18 Abs. 1 Apothekengesetz (ApoG) beim DAV e. V. angesiedelten Nacht- und Notdienstfonds als zentrale Stelle erfolgen, welcher den Gesamterstattungsbetrag entgegennimmt und nach den in der Vereinbarung festgelegten Regularien an die einzelnen Apotheken auskehrt. Diese Institution besitzt die Infrastruktur, um besagte Aufgabe zu übernehmen.

Zwingende Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass das dem DAV e. V. als Beliehenen gesetzlich zugewiesene Aufgabenspektrum erweitert und die §§ 18 bis 20a ApoG entsprechend unseres mit dem GKV-SV abgestimmten Gesetzgebungsvorschlags ergänzt werden.

§ 18a (NEU) ApoG:

- (1) *Der gemäß § 18 Absatz 1 Satz 1 vom Deutschen Apothekerverband e. V. als Beliehener errichtete und verwaltete Fonds zur Förderung der Sicherstellung des Notdienstes von Apotheken übernimmt als zentrale Abrechnungsstelle die Abrechnung der durch die gesetzlichen Krankenkassen zu finanzierenden erforderlichen erstmaligen Ausstattungs- und laufenden Betriebskosten der Telematikinfrastruktur sowie die Vereinnahmung und Verteilung der Mittel, einschließlich des Erlasses und der Vollstreckung der hierzu notwendigen Verwaltungsakte. Das Nähere regeln der Deutsche Apothekerverband e. V. und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in einer Ergänzungsvereinbarung zum Rahmenvertrag nach § 129 Absatz 2 SGB V in Verbindung mit § 291a Absatz 7 Satz 5 und Absatz 7b Satz 4 SGB V. Die Regelungen nach § 18 Absatz 3 und § 19 Absatz 2 Satz 2 bis 9 finden entsprechende Anwendung.*
- (2) *Im Rahmen der Aufgabenerfüllung des Absatzes 1 ist der Deutsche Apothekerverband e. V. berechtigt, die hierfür notwendigen Daten bei den Apotheken, den Landesapothekerkammern, den Apothekenrechenzentren sowie auskunftsfähigen Dritten zu erheben und zu verarbeiten bzw. bereits vorliegende Daten zu verarbeiten, die durch den Fonds zur Sicherstellung des Notdienstes von Apotheken gemäß der Aufgabenwahrnehmung nach § 18 erhoben wurden.*
- (3) *Der Deutsche Apothekerverband e. V. hat die Abrechnungsstelle nach Absatz 1 getrennt vom sonstigen Vermögen des Vereins zu errichten und zu verwalten. Die ihm bei der Errichtung und Verwaltung der Abrechnungsstelle entstehenden Ausgaben werden aus den Einnahmen der Abrechnungsstelle gedeckt. Eine Vergütung im Rahmen der Ergänzungsvereinbarung zum Rahmenvertrag nach § 129 Absatz 2 SGB V gemäß § 291a Absatz 7 Satz 5 und Absatz 7b Satz 4 SGB V zwischen dem Deutschen Apothekerverband e. V. und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen geregelten Vergütung erfolgt seitens der Krankenkassen nicht. Die Finanzmittel sind bei der Bundesrepublik Deutschland Finanzagentur GmbH anzulegen. Zur anfänglichen Aufbringung der Betriebsmittel können Darlehen in angemessener Höhe aufgenommen werden.*
- (4) *Die Rechts- und Fachaufsicht über den Deutschen Apothekerverband e. V. bei der Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 1 führt das Bundesministerium für Gesundheit. Der Deutsche Apothekerverband e. V. hat der Aufsichtsbehörde auf Verlangen die Rechnungslegung des Fonds hierzu offenzulegen.*

2. Entlassmanagement (§ 39 Absatz 1a SGB V)

Es gibt zahlreiche Fälle, in denen die Normgröße N1 in der Anlage 1 zur Packungsgrößenverordnung definiert ist, sich aber keine Produkte im Handel befinden, die maximal der Normgröße N1 entsprechen. Nach derzeitiger Erfahrung muss davon ausgegangen werden, dass Krankenhausärzte die Regularien des § 39 Absatz 1a SGB V bei der Ausstellung von Entlassverordnungen häufig nicht beachten und auch die Software keine ausreichende Hilfestellung gibt. Aufgrund der eingeschränkten Packungsgrößenauswahl können sich bedrohliche Situationen der Unterversorgung von Patienten ergeben, da bei den betroffenen ca. 100 verschiedenen Indikationen auch diverse schwerwiegende bis vitale Indikationen vertreten sind, wie etwa Organtransplantationen, Schilddrüsenerkrankungen, Krebserkrankungen, Infektionskrankheiten oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Wir schlagen daher vor, § 39 Absatz 1a Satz 7 SGB V wie folgt zu fassen und in drei Sätze aufzuteilen:

„Bei der Verordnung von Arzneimitteln können Krankenhäuser eine Packung mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen gemäß der Packungsgrößenverordnung verordnen. Ist keine Packungsgröße mit dem kleinsten definierten Packungsgrößenkennzeichen gemäß Packungsgrößenverordnung im Verkehr, kann jede Packung verordnet werden, deren Packungsgröße das nächst größere definierte Packungsgrößenkennzeichen gemäß Packungsgrößenverordnung nicht überschreitet. Im Übrigen können die in § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 genannten Leistungen für die Versorgung in einem Zeitraum von bis zu sieben Tagen verordnet und die Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden (§ 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7).“

3. Importförderklausel (§129 SGB V)

Aktuelle Erfahrungen zeigen, dass die mit der grenzüberschreitenden Verbringung von Arzneimitteln einhergehende Unübersichtlichkeit der Arzneimittellogistik Kriminellen die Möglichkeit bietet, Arzneimittelfälschungen in den legalen Vertriebsweg einzubringen. Die mit der Umsetzung der Fälschungsrichtlinie einhergehende sukzessive Serialisierung verschreibungspflichtiger Arzneimittel in allen Mitgliedstaaten der Europäischen Union und deren Kontrolle werden zwar den Schutz vor Fälschungen deutlich verbessern, sie können aber allein das Einfallstor für gesundheitsgefährdende Handelspraktiken Krimineller auch nicht vollständig schließen.

Hinzu kommt, dass Importarzneimittel nicht per se die preisgünstigsten Arzneimittel sind. Gleichwohl sind die Apotheken nach der jetzigen gesetzlichen Regelung gehalten, auch importierte Arzneimittel nach Maßgabe des Rahmenvertrages abzugeben.

Die Streichung der 15 Euro-Grenze in § 129 Absatz 1 Satz Nummer 2 SGB V, die das Bundesministerium für Gesundheit im Referentenentwurf eines Gesetzes für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV) vorgesehen hat, stellt einen ersten Schritt in die richtige Richtung dar, reicht aber noch nicht weit genug.

Vor dem Hintergrund des hohen Risikopotenzials einerseits und der geringen wirtschaftlichen Bedeutung andererseits schlagen wir deshalb vor, die Bevorzugung importierter Arzneimittel zu beenden und die Verpflichtung zur Abgabe importierter Arzneimittel in § 129 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V zu streichen. Die Möglichkeit zur Abgabe importierter

Arzneimittel und deren Einbeziehung in Regelungen zur wirtschaftlichen Arzneimittelauswahl bleibt davon unberührt.

4. Eindämmung der kommerziellen Rechnungsprüfung durch externe Dienstleister von Krankenkassen

Wir greifen ein Anliegen aus dem alltäglichen Retaxationsgeschäft auf, nämlich die Rechnungsprüfung und die Bearbeitung von Einsprüchen der Apotheken. Bislang wendet sich die Apotheke mit Einsprüchen gegen eine Retaxation üblicherweise an die beanstandende Krankenkasse als ihre direkte Ansprechpartnerin. Dieser Weg entspricht den Verfahren, wie er in den ergänzenden Verträgen nach § 129 Absatz 5 SGB V angelegt ist. Die Krankenkasse soll als Herrin des Verfahrens in streitigen Fällen selbstständig tätig werden und vor allem die notwendigen Ermessensentscheidungen selber treffen. Bei kommerziell tätigen Dritten, deren Vergütung sich häufig an der Quote der aufgegriffenen Fälle bemisst, ist in Streitfällen keine von sachfremden Erwägungen freie Entscheidung zu erwarten.

Krankenkassen gehen ungeachtet dessen vermehrt dazu über, die Retaxationsverfahren vollständig auf solche externen Prüfdienstleister auszulagern. Schreiben der Apotheken an die Krankenkassen selbst werden nicht weitergeleitet und für Nachfragen steht die Krankenkasse auch nicht mehr zur Verfügung. Diese Vorgehensweise, die häufig zu erheblichen und nicht gerechtfertigten Retaxationen führt, ist für die Apotheken nicht tragbar.

Wir regen daher an, den Rahmenvertragspartnern aufzugeben, eine Regelung zu finden, die das Beanstandungsverfahren der Krankenkassen zum Gegenstand hat und vorsieht, dass das Entscheidungsrecht über Beanstandungen bei der Krankenkasse verbleibt und nicht auf externe Dienstleister ausgelagert werden darf.

5. Weitere Änderung der Arzneimittelpreisverordnung

Mit der Anpassung der Dokumentationsgebühr durch das GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz wurde das Ziel verfolgt, die mit dem besonderen Dokumentationsaufwand einzelner Arzneimittelkategorien verbundenen zusätzlichen wirtschaftlichen Belastungen durch eine erhöhte Apothekenvergütung zu mildern. Das Ziel ist auch grundsätzlich erreicht worden. Jedoch wurden Arzneimittel, die einer besonderen Dokumentation nach den Vorgaben des Transfusionsgesetzes unterliegen, nicht in den Anwendungsbereich der erhöhten Dokumentationsgebühr einbezogen. Wir würden es begrüßen, wenn im Rahmen des vorliegenden Gesetzes eine entsprechende Einbeziehung vorgenommen würde.

Wir schlagen hierzu vor:

In § 7 AMPPreisV wird hinter „sowie bei der Abgabe von Arzneimitteln nach § 3a der Arzneimittelverschreibungsverordnung“ eingefügt:

„oder von Arzneimitteln, die den Dokumentationspflichten nach dem Transfusionsgesetz (TFG) unterliegen,“