

**STELLUNGNAHME**

der

**ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V.**

**vom 20.05.2016**

zum

**Rahmenvertrag Entlassmanagement**

**gemäß § 39 Absatz 1a Satz 9 SGB V**

**(Stand 29.04.2016)**

## I. Rahmenvertrag

### § 3

#### **Zu Absatz 7 Satz 3**

Die avisierte Erreichbarkeit des Krankenhauses von montags bis freitags in der Zeit von 9 bis 15 Uhr ist zu kurz bemessen. Typischerweise kommt der Patient Freitagabends oder am Samstag mit dem Entlassrezept in die Apotheke. Bei unklaren Verordnungen hätte der Apotheker aufgrund des vorliegenden Entwurfs demnach nur eingeschränkt die Möglichkeit, eine Klärung herbeizuführen. Es ist daher die Ausweitung der Erreichbarkeit, auch am Wochenende, erforderlich.

### § 4

#### **Zu Absatz 1**

Absatz 1 ist um folgenden Satz 3 zu ergänzen:

*„Eine Überprüfung der Einschränkung nach den Sätzen 1 und 2 durch den die Verordnung ausführenden Leistungserbringer erfolgt nicht.“*

Diese Ergänzung begründet sich damit, dass die Apotheke die Voraussetzungen für das Verordnungsrecht nach § 39 Absatz 1a Satz 6 SGB V nicht überprüfen kann. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass einzelne Krankenkassen die Apothekenabrechnung beanstanden, wenn sie der Auffassung sind, dass ein Entlassrezept nicht erforderlich gewesen wäre. Diese Befürchtung speist sich aus den Erfahrungen, welche Apotheken in den vergangenen Jahren mit Retaxationen durch Krankenkassen gemacht haben.

Desweiteren befürworten wir den Vorschlag von GKV-SV und KBV, die entsprechende Anwendung von § 73 Absatz 8 SGB V anzuordnen. Dies ist der korrekten Ausstellung der Entlassrezepte durch die Krankenhäuser förderlich und dient somit dem reibungslosen Versorgungsablauf beim Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung.

#### **Zu Absatz 2**

Folgender Satz 3 ist anzufügen:

*„Eine Überprüfung der Wirtschaftlichkeit durch den Leistungserbringer erfolgt nicht.“*

Zur Begründung verweisen wir auf unsere Ausführungen zu Absatz 1.

#### **Zu Absatz 3**

Absatz 3 sollte um einen neuen Satz 2 ergänzt werden, der wie folgt lautet:

*„Ist keine Packungsgröße mit dem kleinsten definierten Packungsgrößenkennzeichen gemäß Packungsgrößenverordnung im Verkehr, kann eine Packung mit dem nächst größeren Packungsgrößenkennzeichen gemäß Packungsgrößenverordnung verordnet werden.“*

Der Fall, dass ein Packungsgrößenkennzeichen nicht definiert oder keine entsprechende Packung im Verkehr vorhanden ist, kommt regelmäßig vor. Es bedarf daher der oben genannten Auffangregelung.

Die folgenden Formulierungsvarianten, die die Verhandlungspartner anbieten, bilden dann die Sätze 3 ff. Insofern lehnen wir die vom GKV-SV geforderte Beachtung der Verträge nach den §§ 130a Absatz 8, 130b und 130c SGB V ab, da kein Bezug zum ärztlichen Verordnungsrecht zu sehen ist, welches hier Regelungsgegenstand ist.

Wir regen ferner an, dem Absatz 3 am Ende einen weiteren Satz anzufügen, der wie folgt lautet:

*„Änderungen und Ergänzungen zu einer Verordnung gemäß § 39 Absatz 1a SGB V können auch durch den Apotheker nach Rücksprache beim verordnenden Arzt erfolgen, was der Unterschrift des Apothekers mit Datumsangabe sowie des sinngemäßen Vermerks „nach Rücksprache mit dem Arzt“ bedarf.“*

Bereits bisher kann der Apotheker im ambulanten Bereich nach Rücksprache mit dem Arzt Änderungen auf der Verordnung vornehmen, was vor allem in den Regelungen nach § 17 Absatz 5 Satz 2 Apothekenbetriebsordnung sowie § 12 Absatz 2 Satz 1 Betäubungsmittelverschreibungsverordnung zum Ausdruck kommt. Hinter diesen Regelungen steht § 11 Absatz 1 Satz 2 Arzneimittelrichtlinie zurück, welcher sich unmittelbar nur an den verschreibenden Arzt richtet. Dennoch bedarf es auch hier wegen des oben beschriebenen Risikos von Retaxationen durch die gesetzlichen Krankenkassen einer Klarstellung für die Versorgung im Entlassmanagement. Diese würde erheblich erschwert, wenn Apotheken aufgrund jedweden Formfehlers die Verordnung an das ausstellende Krankenhaus zurückschicken müssten, weil sie ansonsten Retaxationen durch die Krankenkassen zu befürchten hätten. Dem Zweck der unmittelbaren Versorgung des Patienten mit notwendigen Arzneimitteln liefe dies zuwider.

#### **Zu Absatz 4**

Hier sollte folgender Satz 2 hinzugefügt werden:

*„Fehlen einzelne Angaben nach Satz 1 oder sind diese nicht korrekt, darf die Versorgung dennoch erfolgen, soweit Aussteller, Empfänger und die verordnete Leistung identifizierbar sind und eine vorgeschriebene ärztliche Unterschrift vorliegt.“*

Satz 1 enthält die begrüßenswerte Regelung, dass das Krankenhaus bzw. der Krankenhausarzt das Vorliegen eines vollständigen und korrekten Entlassrezepts zu gewährleisten hat. Da der Umgang mit Rezepten für den ambulanten Bereich jedoch für die Krankenhäuser neu ist und auch eine Rücksprache zwischen dem veranlassenden Arzt und Krankenhaus und Apotheker nicht immer möglich sein wird, sollte im Sinne der Patientenorientiertheit davon Abstand genommen werden, in jedem Fall das Vorliegen eines vollständigen Rezepts zu verlangen.

#### **Zu Absatz 5 Satz 2**

Wir schlagen aus gesetzessystematischen Gründen folgende Formulierung für Absatz 5 Satz 2 vor:

*„Die Abgabe der vom Krankenhausarzt im Rahmen des Entlassmanagements verordneten Arznei- und Verbandmittel, Harn- und Blutteststreifen gemäß § 31 Absatz 1 Satz 1 SGB V erfolgt in öffentlichen Apotheken.“*

Absatz 5 Satz 3 des Entwurfs nennt das Recht des Patienten der freien Apothekenwahl gemäß § 31 Absatz 1 Satz 5 SGB V. Dort wiederum wird auf § 31 Absatz 1 Satz 1 SGB V Bezug genommen.

### **Zu Absatz 6**

In Absatz 6 schlagen wir vor, sowohl den zweiten Halbsatz in Satz 1 zu streichen als auch einen neuen Satz 2 einzufügen, der wie folgt lautet:

*„Gesetzliche Vorgaben, nach denen eine Einschränkung auf bestimmte Leistungserbringer erfolgt, kommen im Rahmen der Versorgung nach § 39 Absatz 1a SGB V nicht zur Anwendung.“*

Die bisherigen Sätze 2 bis 4 werden zu den Sätzen 3 bis 5.

Versicherte im Übergang aus dem stationären in den ambulanten Bereich bedürfen im besonderen Maße einer schnellen, effizienten und unbürokratisch durchgeführten Versorgung. Diese wäre erheblich erschwert, wenn der Versicherte auf einen kleinen Kreis von Exklusiv-Versorgern beschränkt wäre.

## **§ 6**

### **Zu Absatz 1**

Wir begrüßen die im Vorschlag von GKV-SV und KBV vorgesehene Sonderkennzeichnung „Entlassmanagement“, da diese der Identifizierbarkeit des Rezepts als Entlassrezept in der Apotheke dient.

Bezüglich der Befüllung des Feldes „Vertragsarztstempel“ schlagen wir vor, dem Entwurf von GKV-SV und KBV folgenden Satz anzufügen:

*„Eine Prüfpflicht der Leistungserbringer besteht insoweit nicht.“*

Der Satz dient der Klarstellung, da die besagten Regelungen sich an den Arzt und nicht an die Apotheken richten.

### **Zu Absatz 3**

Wir begrüßen grundsätzlich den Vorschlag der KBV, regen aber zur Klarstellung die Aufnahme eines neuen Satzes 2 an, der wie folgt lautet:

*„Dieses Datum ist maßgeblich für den Beginn der Fristen nach § 9 Absatz 2 Ziffer 3 Satz 4, § 11 Absatz 4 Satz 2, Absatz 5 Satz 3 und Absatz 6 Satz 3 Arzneimittelrichtlinie sowie § 6a Absatz 1 Sätze 1, 2 und 4, Absatz 2 Hilfsmittelrichtlinie.“*

Der bisherige Satz 2 wird zu Satz 3.

Bezüglich der Angabe des Tagesdatums ist zu beachten, dass diese eine rechtssichere Berechnung der Fristen für die Gültigkeit des Rezepts bzw. die mögliche Versorgungsdauer in der Arznei- und Hilfsmittelrichtlinie ermöglichen muss. Dazu ist die Ergänzung erforderlich.

#### **Zu Absatz 4**

In Absatz 4 befürworten wir die Zuteilung einer Betriebsstättennummer an das Krankenhaus, da dies den bisher bereits für den ambulanten Bereich geltenden Anforderungen an die Angaben auf der ärztlichen Verordnung entspricht.

#### **Neuer Absatz 7**

Wir schlagen folgende Regelung für Absatz 7 vor:

*„Eine Prüfpflicht der Leistungserbringer hinsichtlich der Angaben nach den Absätzen 4 bis 6 besteht nicht.“*

*Die bisherigen Absätze 7 und 8 werden zu den Absätzen 8 und 9.*

Die Vorgaben nach den Absätzen 4 bis 6 dienen der Erkennbarkeit von Entlassrezepten und sind daher zu begrüßen. Gerade in der Anlaufphase des Entlassmanagements ist jedoch davon auszugehen, dass beim Aufdruck der Angaben Fehler vorkommen. Um das bereits angesprochene Risiko von Retaxationen durch Krankenkassen auszuschalten, bedarf es daher der vorgeschlagenen Regelung.

### **§ 7**

#### **Zu Absatz 3 Satz 4**

Wir schlagen folgende Formulierung vor:

*„Dieser ist grundsätzlich entsprechend den Vorgaben des § 31a SGB V zu erstellen.“*

Bisher heißt es, der Medikationsplan könne **auch** nach den Vorgaben des § 31a SGB V erstellt werden. Die Beachtung dieser Vorgaben muss jedoch auch im Rahmen des Entlassmanagements verpflichtend sein. Die einheitliche Erstellung von Medikationsplänen ist erforderlich, damit sich deren Verwendung zugunsten der Versicherten möglichst schnell bei den beteiligten Leistungserbringern einspielt.

Uns ist ferner aufgefallen, dass im Entwurf außer dem Begriff „Medikationsplan“ auch der Begriff „Medikamentenplan“ verwendet wird (etwa in § 8 Absatz 2 Satz 2). Wir regen im Sinne einer einheitlichen Begrifflichkeit an, durchweg das Wort „Medikationsplan“ zu gebrauchen.

#### **Zu Absatz 4**

Wir schlagen vor, hinter den Worten „freie Arztwahl nach § 76 SGB V“ folgende Einfügung vorzunehmen:

*„und auf freie Wahl der Apotheke nach § 31 Absatz 1 Satz 5 SGB V“*

Dies entspricht der zentralen Rolle der Apotheke bei der Umsetzung des Entlassrezepts.

## **II. Technische Anlage**

### **Punkt 2**

#### **Neuer Punkt 2.6**

Wir schlagen zur Sicherstellung der eindeutigen Zuordnung von Entlassrezepten folgendes vor:

*„Die Betriebsstättennummer gemäß § 6 Absatz 4 des Rahmenvertrages beginnt bei Entlassrezepten mit der Ziffernfolge 75.“*