STELLUNGNAHME

der

ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V.

zum

Gesetz für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen

(Bundestagsdrucksache 21/8279)

vom 12. Oktober 2026

Allgemeine Anmerkungen zum Gesetzentwurf

Die ABDA begrüßt das Anliegen des Gesetzgebers, die Digitalisierung des Gesundheitswesens und der Pflege weiter voranzutreiben, die elektronische Patientenakte (ePA) für die Versorgung noch besser nutzbar zu machen und die Durchführung des Europäischen Gesundheitsdatenraums vorzubereiten. Der vorliegende Regierungsentwurf, die Stellungnahme des Bundesrates und die Gegenäußerung der Bundesregierung zeigen zugleich, dass der Entwurf an mehreren zentralen Stellen noch nachjustiert werden muss, damit digitale Prozesse die Versorgung tatsächlich stärken.

Aus Sicht der ABDA ist entscheidend, dass Apotheken als niedrigschwellige, wohnortnahe und zunehmend digital eingebundene Leistungserbringer in sämtlichen versorgungsrelevanten digitalen Prozessen angemessen berücksichtigt werden. Der Bundesrat hat einzelne apothekenbezogene Anliegen aufgegriffen, insbesondere die Einbeziehung pharmazeutischer Unterstützungsangebote in § 25b Absatz 4 Satz 2 SGB V und die Erweiterung der Dokumentationsmöglichkeiten nach § 349 Absatz 3 SGB V. Diese Änderungen werden begrüßt, sind jedoch nicht ausreichend. Erforderlich sind insgesamt versorgungsadäquate Zugriffs- und Dokumentationsrechte für Apotheken. Darüber hinaus plädiert die ABDA für klare Grenzen einer datenbasierten Versorgungssteuerung durch Krankenkassen.

Die nachfolgenden Anmerkungen sind thematisch geordnet. Aufgrund ihrer hohen Bedeutung und Aktualität bekräftigt die ABDA zunächst ihre Forderung nach wirkungsvollen und praktisch durchsetzbaren Vorschriften zur Einhaltung der sozialrechtlichen Arzneimittelpreisbindung, insbesondere nach einem klarstellenden Verbot des Zuzahlungsverzichts. Dieses Gesetzgebungsverfahren bietet angesichts der in ihm enthaltenen zentralen Weichenstellungen für die digital gestützte Gesundheitsversorgung die passende Gelegenheit für den Gesetzgeber, hier die erforderliche Nachschärfung des geltenden Rechts vorzunehmen. Der zweite Teil behandelt die Datenauswertungsbefugnisse der Krankenkassen und ihre Rolle in der Versorgung. Der dritte Teil betrifft die Ausgestaltung der digitalen Versorgung, insbesondere ePA, E-Rezept, Telematikinfrastruktur und digitale Versorgungspfade. Weitere arzneimittel-, preis- und finanzierungsbezogene Änderungsbedarfe werden im vierten Teil dargestellt.

I. Klarstellendes Verbot des Zuzahlungsverzichts

Der Gesetzgeber hat im Jahr 2020 mit dem Gesetz zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken (VOASG) seinen Standpunkt bekräftigt, dass notwendige Steuerungsinstrumente im Rahmen des Sachleistungsprinzips für die Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten bleiben und weiterhin funktionieren müssen. Eine unsachliche Beeinflussung von Versicherten durch einen Preiswettbewerb oder sonstige Zuwendungen hat der Gesetzgeber ausdrücklich verboten. Gleichzeitig hat der Gesetzgeber besonders betont, dass die dynamische Marktentwicklung insbesondere aufgrund der fortschreitenden Digitalisierung und der damals noch bevorstehenden flächendeckenden Einführung elektronischer Verschreibungen eine intensive Beobachtung und Evaluation erfordert. Der mittlerweile erreichte Stand, die im jetzigen Gesetzgebungsverfahren angelegte grundlegende Weiterentwicklung hin zur „TI 2.0“ sowie die Vorbereitung auf den Europäischen Gesundheitsdatenraum zeigen einen konkreten Nachjustierungsbedarf auf.

Ausländische Versandapotheken können heute gesetzlich krankenversicherte Personen in Deutschland ohne jegliche rechtlichen oder faktischen Nachteile gegenüber örtlichen Apotheken versorgen, wie die anhaltend hohen Wachstumsraten des Anteils der Versandapotheken im Bereich der verschreibungspflichtigen Arzneimittel belegen. Nach Beitritt zum Rahmenvertrag gemäß § 129 SGB V sind sie zur Belieferung und Abrechnung berechtigt. Seit der Einführung des E-Rezepts im Jahr 2024 ist über das gerade von Versandapotheken genutzte „CardLink“-Verfahren und individuelle Apotheken-Apps ein noch einfacherer, unmittelbarer und verzögerungsfreier Kontakt zu Versicherten möglich. Erweiterte telepharmazeutische Beratung und datengestützte Versorgungsberatung (einschließlich der Unterstützung durch Künstliche Intelligenz) werden ebenfalls von Versandapotheken angeboten. Mit den im jetzigen Gesetzgebungsverfahren beabsichtigten Maßnahmen, die teilweise schon parallel erarbeitet werden (z. B. „PoPP“-Verfahren zur Ablösung von „CardLink“), wird sich diese Entwicklung fortsetzen. Umso wichtiger ist es, passgenaue regulatorische Rahmenbedingungen für eine ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung und fairen Wettbewerb zu gewährleisten, um strukturelle Nachteile für die unverzichtbare Vor-Ort-Versorgung zu vermeiden.

Der geltende § 43c Absatz 1 Satz 1 SGB V verpflichtet alle Leistungserbringer, gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen einzuziehen und mit ihrem Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse zu verrechnen. Ein vollständiger oder teilweiser Verzicht sowie jede unmittelbare oder mittelbare wirtschaftliche Kompensation zugunsten der Versicherten widersprechen dieser gesetzlichen Einziehungs- und Verrechnungsordnung. Dies gilt in besonderem Maße, wenn entsprechende Vorteile zur Absatzförderung im Versandhandel mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln eingesetzt werden.

Ausländische Versandapotheken verzichten zunehmend auf die gesetzlich vorgeschriebene Zuzahlung bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln und setzen diesen Verzicht gezielt und aggressiv als Marketinginstrument ein. Dies führt zu gravierenden Wettbewerbsverzerrungen zu Lasten der Apotheken vor Ort und untergräbt die vom Gesetzgeber beabsichtigte Steuerungs- und Dämpfungsfunktion der Zuzahlung im System der gesetzlichen Krankenversicherung. Gleichzeitig erweist sich der gesetzlich vorgesehene Sanktionsmechanismus für Preisbindungsverstöße (Paritätische Stelle nach § 129 Absatz 4 SGB V) in der Praxis wegen immens hoher haftungsrechtlicher Risiken für alle Beteiligten – die auch nach Inkrafttreten des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Apothekenversorgung (ApoVWG) fortbestehen – als dysfunktional. Mit der beschlossenen Erhöhung der Zuzahlungsbeträge zum 1. Januar 2027 wird sich die schon bestehende Problematik noch weiter verschärfen. Es besteht daher dringender Handlungsbedarf, die bestehende Konstruktion der Paritätischen Stelle durch einen staatlich organisierten Sanktionsmechanismus zu ersetzen.

Unabhängig von dieser bekannten grundsätzlichen Forderung tritt die ABDA darüber hinaus für die Etablierung zielgerichteter Vorschriften zur effektiven Verhinderung derartiger rechtswidriger Marketingmaßnahmen ein. Es ist nämlich festzustellen, dass die wettbewerbsrechtliche Verfolgbarkeit entsprechender Verstöße angesichts einer höchstrichterlichen Rechtsprechung, die zumindest im Hilfsmittelbereich eine Einstufung von Zuzahlungsvorschriften als Marktverhaltensregelung verneint hat, nennenswerten Unsicherheiten ausgesetzt ist. Mit einer gesetzgeberischen Klarstellung in § 43c SGB V sollte daher ein ausdrücklicher gesetzlicher Anknüpfungspunkt zur Unterbindung von Umgehungsversuchen geschaffen werden. Der Gesetzgeber sollte dabei in der Begründung

den Charakter dieser Vorschrift als wettbewerbsrechtliche Marktverhaltensregelung im Sinne des § 3a UWG betonen.

Zur Gewährleistung einer einheitlichen Rechtsanwendung, der Absicherung der gesetzgeberisch gewünschten Lenkungswirkung der Zuzahlung und fairer Wettbewerbsbedingungen sollte in § 43c Absatz 2 SGB V daher ein ausdrückliches Verbot für Leistungserbringer aufgenommen werden, auf den Einzug der gesetzlichen Zuzahlung zu verzichten. In der Begründung sollte klargestellt werden, dass hiervon selbstverständlich auch ein Teilverzicht oder eine wirtschaftlich gleichwertige Kompensation durch anderweitig gewährte Vorteile erfasst sind. Die Regelung muss unabhängig vom Sitz des Leistungserbringers sämtliche Arzneimittelabgaben an Versicherte in Deutschland sowie die Werbung mit entsprechenden Vorteilen erfassen.

II. Datenauswertungsbefugnisse der Krankenkassen und ihre Rolle in der Versorgung

Zu § 25b SGB V: Datengestützte Erkennung von Gesundheits- und Pflegerisiken

Die ABDA hält an ihrer Forderung fest, gesetzlich eine klare Grenze zwischen zulässiger Information, gesundheitsbezogener Empfehlung und unzulässiger Versorgungs- beziehungsweise Therapielenkung durch Krankenkassen zu ziehen. Die vom Bundesrat beschlossene Ergänzung des § 25b Absatz 4 Satz 2 SGB V um Hinweise auf „pharmazeutische“ Unterstützungsangebote wird allerdings begrüßt. Zugleich ist aber sicherzustellen, dass Hinweise der Krankenkassen nicht zu einer kassengetriebenen Steuerung von Versorgungspfaden führen.

Zu § 284a SGB V: Reallabore der Krankenkassen

Die ABDA lehnt die ausschließlich den Krankenkassen eingeräumte Möglichkeit ab, Reallabore zur Nutzung hochsensibler Gesundheitsdaten zu errichten. Die Empfehlungen des Bundesrates zielen auf stärkere datenschutzrechtliche Sicherungen und teilweise auf Verfahrensänderungen. Dies beseitigt jedoch nicht die strukturelle Schieflage zugunsten der Kassen. Innovationsräume dürfen nicht einseitig bei Kostenträgern angesiedelt werden. In jedem Fall muss das zwingend erforderliche hohe Datenschutzniveau gewährleistet sein.

Zu § 341 SGB V: Gesundheitsdaten der Kranken- und Pflegekassen in der ePA

Die ABDA lehnt die Erweiterung der ePA um „bei den Kranken- und Pflegekassen verarbeiteten Gesundheitsdaten“ (Nr. 20 (neu)) weiterhin ab. Die ePA ist vorrangig eine versorgungsbezogene Dokumentations- und Kommunikationsstruktur. Sie darf nicht zu einem Instrument werden, mit dem Krankenkassen ihre Datenbestände in die Versorgung einspeisen und dadurch ihre Steuerungsrolle ausweiten.

Zu § 345 SGB V: Verarbeitung und Speicherung von ePA-Daten durch Krankenkassen

Die Erweiterung der Datenverarbeitungsbefugnisse der Krankenkassen begegnet erheblichen Bedenken. Sie verschiebt die Rolle der Krankenkassen von Kostenträgern hin zu eigenständigen datenbasierten Akteuren im Versorgungsgeschehen. Die Versorgung muss durch die hierfür verantwortlichen Leistungserbringer geprägt bleiben.

Zu § 345a SGB V: Digitaler Versorgungseinstieg

Eine exklusive oder faktische Gatekeeper-Rolle der Krankenkassen beim digitalen Versorgungseinstieg wird abgelehnt. Apotheken sind als niedrigschwelliger, wohnortnaher und digital integrierter Versorgungseinstieg angemessen zu berücksichtigen. Dies gilt in besonderem Maße für die Arzneimittelversorgung, Prävention, chronische Erkrankungen und pharmazeutische Dienstleistungen.

III. Ausgestaltung der digitalen Versorgung

Zu § 86 SGB V: Bundesmantelverträge im Benehmen mit der gematik

Die Mitwirkung der gematik ist auf Fragen der technischen Ausgestaltung zu beschränken. Soweit Regelungen zu elektronischen Verordnungen, deren Einlösung oder sonstigen Belangen der Arzneimittelversorgung getroffen werden, ist neben der gematik auch der Deutsche Apothekerverband im Benehmen zu beteiligen. Die bloße Vereinbarkeit mit dem Rahmenvertrag nach § 129 Absatz 4a SGB V kann diese Beteiligung nicht ersetzen, insbesondere weil absehbare Weiterentwicklungen in Verhandlungsverfahren frühzeitig in den Blick genommen werden sollten.

Zu § 339 SGB V: Zugriffsvoraussetzungen ePA / E-Rezept-Token; Verlängerung der Zugriffsdauer für Apotheken

Die Zugriffsmöglichkeit über E-Rezept-Token wird grundsätzlich befürwortet. Die vorgesehene Beschränkung auf bestimmte Datenkategorien und die weiterhin auf sieben Tage begrenzte Standardzugriffsdauer für Apotheken werden der Versorgungsrealität jedoch nicht gerecht. Für die ordnungsgemäße Erbringung pharmazeutischer Dienstleistungen nach § 129 Absatz 5e SGB V ist eine Zugriffsdauer von 90 Tagen erforderlich. Dies gilt aufgrund der durch das VOASG eingeführten und durch das ApoVWG fortentwickelten pharmazeutischen Dienstleistungen insbesondere für die erweiterte Medikationsberatung bei Polymedikation, die pharmazeutische Betreuung bei oraler Antitumortherapie, die pharmazeutische Betreuung von Organtransplantierten, das pharmazeutische Medikationsmanagement bei neu verordneter Dauermedikation und das pharmazeutische Medikationsmanagement bei komplexer Dauermedikation. Die Verlängerung ist erforderlich, weil pharmazeutische Dienstleistungen regelmäßig weit über den unmittelbaren Patientenkontakt hinausreichen. Die AMTS-Prüfung, notwendige Rücksprachen mit Arztpraxen und die Nachbereitung führen häufig erst deutlich später zu dokumentierbaren Ergebnissen; ein erneutes Stecken der eGK ist dann nicht möglich. Die Zugriffsdauer sollte daher für Apotheken auf 90 Tage ausgedehnt werden.

Zu § 352 SGB V: Lese- und Schreibrechte der Apotheken

Die im Regierungsentwurf vorgesehene Erweiterung der Zugriffsrechte ist ein wichtiger Schritt, bedarf jedoch einer hinreichend bestimmten Ausgestaltung. Apotheken müssen die für ihre gesetzlichen und apothekenrechtlich zulässigen Aufgaben erforderlichen Daten auslesen, speichern und verwenden können. Zugleich sollte gesetzlich oder durch verbindliche untergesetzliche Vorgaben festgelegt werden, welche Datenkategorien bei einer Arzneimittelabgabe, einem konkreten Beratungsanlass oder einer bestimmten pharmazeutischen Dienstleistung jeweils erforderlich sind. Dabei ist insbesondere zu klären, ob und unter welchen Voraussetzungen eine Medikationsanalyse einen weitergehenden Zugriff rechtfertigt als eine Standardabgabe und in welchem zeitlichen Umfang zurückliegende Daten eingesehen werden dürfen. Soweit im Rahmen pharmazeutischer Dienstleistungen, Präventions- oder Diagnostikleistungen versorgungsrelevante Daten entstehen, müssen Apotheken diese auch in die ePA einstellen können. Die Bundesratsempfehlung zu § 349 Absatz 3 SGB V weist insoweit in die richtige Richtung, sollte aber durch klare Vorgaben für die Dokumentation flankiert werden. Die Speicherung muss auf die jeweilige apothekenrechtlich zulässige Dienstleistung und die hierfür erforderlichen Daten beschränkt bleiben. Festzulegen sind insbesondere die dokumentationsfähigen beziehungsweise dokumentationspflichtigen Datenarten, die Kennzeichnung der erstellenden Apotheke und der zugrunde liegenden Dienstleistung, der Umgang mit Messwerten, Verdachtsbefunden und vorläufigen Ergebnissen sowie die Abgrenzung zwischen objektiv erhobenen Daten und pharmazeutischer Bewertung. Außerdem bedarf es eindeutiger Berichtigungs- und Ergänzungsverfahren sowie einer transparenten Information der Patientinnen und Patienten vor der Einstellung der Daten in die ePA.

Zu § 360 SGB V: E-Rezept und Drittanbieter-Apps

Die ABDA begrüßt die Präzisierung der elektronischen Ausstellungspflichten und der Nutzung der Telematikinfrastruktur. Gleichwohl bleibt die Öffnung für kommerzielle Drittanbieter-Frontends kritisch. Das E-Rezept ist kein beliebiger digitaler Marktplatzbestandteil, sondern ein zentraler Bestandteil der öffentlichen Gesundheits- und Arzneimittelversorgung. Zugang, Integrität und Authentizität müssen vorrangig über öffentlich verantwortete, versorgungsbezogene Wege gesichert werden.

E-Rezepte werden von den verordnenden Ärztinnen und Ärzten erstellt und in den Fachdienst der Telematikinfrastruktur eingestellt. Apotheken müssen darauf vertrauen dürfen, dass diese Verordnungen den technischen Spezifikationen der gematik sowie den gesetzlichen Vorgaben, insbesondere der Arzneimittelverschreibungsverordnung, entsprechen. Die Praxis zeigt jedoch, dass dieses Vertrauen nicht immer gerechtfertigt ist. Wiederholt treten Fehler bei der Erstellung elektronischer Verordnungen auf, die für die Apotheke weder erkennbar noch beeinflussbar sind. Dies gilt insbesondere für technische Mängel, etwa bei der qualifizierten elektronischen Signatur der verordnenden Person. Solche Fehler werden häufig erst nach erfolgter Belieferung des Patienten festgestellt. Die Folgen tragen derzeit allein die Apotheken: Trotz ordnungsgemäßer und wirtschaftlicher Versorgung des Versicherten drohen Retaxationen bzw. der vollständige Wegfall der Vergütung. Dies ist nicht sachgerecht, da die Apotheke weder Verursacherin des Fehlers ist noch über eine effektive Möglichkeit verfügt, dessen Vorliegen vor der Abgabe zuverlässig zu erkennen.

Zur Wahrung der Rechtssicherheit und zur Vermeidung einer unangemessenen Verlagerung technischer Risiken auf die Apotheken fordern wir daher eine Ergänzung des § 360 Absatz 2 SGB V. Danach sollen elektronische Verordnungen mit der Annahme durch den Fachdienst als technisch und fachlich ordnungsgemäß erstellt gelten. Nach dem Abruf durch die Apotheke müssen sie zudem eine ordnungsgemäße Grundlage für die Arzneimittelabgabe und Abrechnung bilden.

Zu § 360b SGB V: Digitale Bedarfseinschätzung

Die vom Gesetzgeber beabsichtigte Einführung einer digitalen Bedarfseinschätzung muss im Kontext der derzeitigen Diskussion über die künftige Strukturierung der Primärversorgung bewertet werden. Ziel muss eine bedarfsgerechte, möglichst unmittelbare Steuerung auf die jeweils geeignete Versorgungsebene sein. Öffentliche Apotheken leisten hierzu als niedrigschwellige, flächendeckend erreichbare Anlaufstellen einen eigenständigen Beitrag, insbesondere bei arzneimittelbezogenen Anliegen, Fragen der Selbstmedikation und präventiven Unterstützungsbedarfen. Die Bundesapothekerkammer ist daher in das Benehmensverfahren nach § 360b Absatz 1 Satz 5 SGB V aufzunehmen. Öffentliche Apotheken sind ferner als geeignete Versorgungsebene in die Anforderungen der digitalen Bedarfseinschätzung nach Absatz 3 Nummer 3 aufzunehmen. Andernfalls droht eine digitale Vorstrukturierung von Versorgungspfaden, die einseitig auf die ärztliche Versorgung ausgerichtet ist und pharmazeutische Expertise und niedrigschwellige Apothekenversorgung nicht angemessen abbildet.

Zu § 349 Absatz 3 Satz 1 SGB V: Digital gestützter Laborprozess und Schreibrechte der Apotheken

Aufgrund der im ApoVWG vorgesehenen Möglichkeit, venöse Blutentnahmen in Apotheken vorzunehmen, benötigen Apotheken Zugriff auf die hierfür erforderlichen Laborbefunddaten in der ePA. Laborbefunde werden künftig der Dokumentenkategorie nach § 341 Absatz 2 Nummer 1a SGB V zugeordnet. Apotheken benötigen im Zusammenhang mit der venösen Blutentnahme nicht nur ein Leserecht nach § 352 Satz 1 Nummer 5 SGB V, sondern gemäß § 349 Absatz 3 Satz 1 SGB V auch die Berechtigung, die von ihnen veranlassten oder im Rahmen der Leistung empfangenen Laborbefunde sowie weitere hierfür erforderliche Dokumente dieser Dokumentenkategorie in die ePA einzustellen. Die vom Bundesrat vorgeschlagene Ergänzung des § 349 Absatz 3 Satz 1 SGB V um Daten, die „im Rahmen der Erbringung einer nach apothekenrechtlichen Vorschriften zulässigen Dienstleistung“ erhoben werden, ist daher zu unterstützen. Andernfalls bleibt die apothekenrechtlich eröffnete Leistung digital unvollständig abgebildet.

Zu §§ 341 Absatz 2 Nummer 18 und 19, 342 Absatz 2a SGB V: Einbeziehung der Abgabe verschreibungspflichtiger Arzneimittel ohne ärztliche Verschreibung in den digital gestützten Medikationsprozess

Die durch die §§ 48a und 48b AMG eröffneten Möglichkeiten zur Abgabe verschreibungspflichtiger Arzneimittel ohne vorherige ärztliche oder zahnärztliche Verschreibung müssen im digital gestützten Medikationsprozess vollständig abgebildet werden. Zwar sieht § 20 Absatz 1c ApBetrO für Abgaben nach § 48a AMG eine Dokumentation in der elektronischen

Patientenakte vor; für Abgaben nach § 48b AMG fehlt bislang eine entsprechende Regelung. Beide Abgabekonstellationen sollten einheitlich erfasst werden.

Die hierfür in § 341 Absatz 2 Nummer 18 und 19 SGB V vorgesehenen Datenkategorien sind dem digital gestützten Medikationsprozess nach § 342 Absatz 2a SGB V bislang nicht zugeordnet. Die Abgaben erscheinen daher nicht in der elektronischen Medikationsliste, sondern müssten gesondert in der ePA dokumentiert werden. Diese Aufspaltung begründet eine sachlich nicht gerechtfertigte Paralleldokumentation und führt zu abweichenden Zugriffsrechten.

Dies ist insbesondere für Apotheken problematisch, deren tokenbasierter Zugriff auf die ePA auf die Daten des digital gestützten Medikationsprozesses beschränkt ist. Bereits erfolgte Abgaben nach den §§ 48a und 48b AMG wären für eine nachfolgend versorgende Apotheke nicht erkennbar. Angesichts der gesetzlichen Begrenzung der Abgabe ohne Verschreibung auf eine Packung besteht dadurch die Gefahr unzulässiger Mehrfachabgaben und einer Beeinträchtigung der Arzneimitteltherapiesicherheit.

Die Daten nach § 341 Absatz 2 Nummer 18 und 19 SGB V sind daher ausdrücklich in § 342 Absatz 2a SGB V einzubeziehen und als strukturierte Nachträge in der elektronischen Medikationsliste abzubilden. Nur so werden Paralleldokumentationen vermieden und bereits erfolgte Abgaben für die weitere Arzneimittelversorgung verlässlich kenntlich gemacht.

IV. Weitere arzneimittel-, preis- und finanzierungsbezogene Änderungsbedarfe

1. Anlassbezogene Übermittlung der Chargenbezeichnung

Die ABDA hält daran fest, dass die Chargenbezeichnung nicht regelhaft bei jeder Abgabe, sondern nur anlassbezogen nach einem Rückruf und nur für authentifizierungspflichtige Arzneimittel nach § 10 Absatz 1c AMG zu übermitteln ist. § 300 Absatz 3 SGB V sollte entsprechend ergänzt und § 129 Absatz 4b SGB V angepasst werden.

2. TI-Pauschale

§ 379 Absatz 2 SGB V sollte um einen Ersatzentscheidungsmechanismus ergänzt werden. Kommt eine erforderliche Anpassung der TI-Pauschale nicht innerhalb von drei Monaten nach schriftlichem Verlangen einer Vereinbarungspartei zustande, sollte das Bundesministerium für Gesundheit auf Antrag einer Vereinbarungspartei die Anpassung festlegen können.

3. Maßgeblicher Zeitpunkt für die Arzneimittelpreisberechnung

In der Arzneimittelpreisverordnung sollte klargestellt werden, dass für die Preisberechnung bei Abgaben auf der Grundlage elektronischer Verordnungen der Abruftag aus der TI und bei papiergebundenen Verordnungen der Vorlagetag maßgeblich ist, auch wenn die Abgabe zu einem späteren Zeitpunkt erfolgt. Apotheken sind ansonsten gerade bei hochpreisigen Arzneimitteln erheblichen Verlustrisiken ausgesetzt.