

## **Stellungnahme an den Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG)**

### **Einbindung der öffentlichen Apotheken in die Koordinierung der Anschluss- versorgung mit Arzneimitteln nach Krankenhausbehandlung**

#### **Vorbemerkung**

Der Bundesverband klinik- und heimversorgender Apotheker e.V. ist die Interessenvertretung der öffentlichen Apotheken, die aufgrund eines gesetzlich geregelten Versorgungsvertrages Krankenhäuser und Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen mit Arzneimitteln und Medizinprodukten versorgen. Wir nehmen nachfolgend zur Neuregelung des Entlassmanagements im Entwurf eines GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes Stellung, um unsere Erfahrungen aus der Krankenhausversorgung und aus der Koordinierung der Arzneimittelversorgung von Heimbewohnern in den Gesetzgebungsprozess einzubringen.

Wir legen dabei Wert auf die Feststellung, dass unsere Vorschläge nicht darauf gerichtet sind, die Anschlussmedikation nach Krankenhausaufenthalt für unsere Mitgliedsapotheken zu monopolisieren, sondern sicherstellen sollen, dass die vorgesehenen Entlassverordnungen des Krankenhausarztes bei den öffentlichen Apotheken ankommen und nicht im Wege der Rezeptsammlung und -zuweisung durch externe Dienstleister abgeschöpft und von zentralen Versandapotheken beliefert werden.

Insbesondere sind nach unserer Überzeugung institutionelle Vorkehrungen für den Fall zu treffen, dass die nahtlose Anschlussversorgung mit Arzneimitteln eine sektorenübergreifende Koordination zwischen den Leistungserbringern verlangt. Dies kann sich daraus ergeben, dass der niedergelassene Apotheker aus Gründen der Arzneimitteltherapiesicherheit bereits im Vorfeld mit der vorgesehenen Entlassmedikation befassen und den verordnenden Krankenhausarzt beraten muss. Dabei kann es z. B. um die Einbeziehung der bestehenden Medikation anderer Fachgebiete in den Therapieplan des entlassenden Arztes gehen, um so Doppelverordnungen und Wechselwirkungen von vornherein zu vermeiden werden können, aber auch um die Auswahl solcher Medikamente, die eine gute Therapietreue erwarten lassen (z. B. Kombinationspräparate, Depotpräparate mit nur einer täglichen Einnahme). Ein weiterer Grund sind die vielfältigen sozialrechtlichen Vorgaben für die ambulante Arzneimittelversorgung, bei denen der Apotheker ebenfalls eine wichtige Informations- und Beratungspflicht zu erfüllen hat. Schließlich ergibt sich die Notwendigkeit einer direkten Abstimmung häufig daraus, dass der Patient zum Zeitpunkt der Entlassung aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage ist, sein vorrangiges Recht auf freie Apothekenwahl tatsächlich wahrzunehmen.

Diese Koordination der Anschlussmedikation muss auf den direkten Kontakt zwischen Krankenhaus und öffentlicher Apotheke begrenzt werden und darf nicht zum Gegenstand externer Dienstleistungen werden, wenn man das Entstehen von kommerziellen Rezeptsammelungs- und -zuweisungsstrukturen verhindern will.

## **Einzelforderungen**

Der Bundesverband klinik- und heimversorgender Apotheker e.V. begrüßt den vorgesehenen neuen § 39 Abs. 1a SGB V, der es dem Krankenhausarzt künftig ermöglicht, eine Entlassverordnung für die Belieferung durch die öffentlichen Apotheken auszustellen, als einen Schritt in die richtige Richtung. Er kann dazu beitragen, eine Versorgungslücke am Übergang zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu schließen und endlich eine nahtlose Arzneimittelversorgung des Patienten im Anschluss an die Krankenhausbehandlung sicherzustellen. Dabei sind allerdings die Befürchtungen von Bundesrat und Bundesregierung im Hinblick auf die dadurch zusätzlich geschaffenen Möglichkeiten einer "Rezeptvermittlung" durch private Dritte zu berücksichtigen.

Die nachfolgenden Änderungsforderungen dienen der Verdeutlichung unseres Anliegens und sind als Formulierungsvorschläge zu verstehen. Wir würden es sehr begrüßen, wenn wir unsere Forderungen auch mündlich erläutern dürften, und stehen für weitere Rückfragen gerne zur Verfügung.

### **1. Änderung des § 39 Abs. 1a SGB V in der Fassung des Gesetzentwurfes eines VSG**

#### **a) Änderung von Satz 3**

§ 39 Abs. 1a Satz 3 wird wie folgt gefasst:

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

#### Begründung

Durch den eingefügten Verweis auf § 129 Abs. 3 wird den Krankenhäusern die Möglichkeit eröffnet, auch öffentliche Apotheken in die Wahrnehmung von Aufgaben des Entlassmanagements einzubeziehen. Dies ist zum einen in Fällen sinnvoll, in denen der Versicherte zum Zeitpunkt der Entlassung nicht in der Lage ist, eine öffentliche Apotheke aufzusuchen. In diesen Fällen ist eine Koordinierung der Anschlussmedikation mit der öffentlichen Apotheke erforderlich. Dies betrifft zum einen die Sicherstellung der rechtzeitigen Verfügbarkeit des Arzneimittels sowie Ort und Zeitpunkt der erwarteten Abgabe. Zum anderen betrifft dies die sozialrechtlichen Besonderheiten der ambulanten Arzneimittelversorgung, z.B. Festbeträge, Rabattverträge, Aut-idem-Regelungen usw., die nach Satz 5 Halbs. 2 vom Krankenhaus einzuhalten sind. In den genannten Fällen muss die direkte Einbeziehung der öffentlichen Apotheken in die Koordination und Abwicklung der Anschlussmedikation durch das Krankenhaus möglich sein.

#### **b) Einfügung eines neuen Satzes 4**

In § 39 Abs. 1a wird nach Satz 3 folgender neuer Satz 4 eingefügt:

„Soweit zur nahtlosen Anschlussversorgung des Versicherten mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten eine Koordinierung der Arzneimittelabgabe erforderlich ist, hat diese im direkten Verhältnis zwischen dem Krankenhaus und den öffentlichen

Apotheken zu erfolgen; die Einzelheiten regelt die Rahmenvereinbarung nach Satz 7; § 31 Absatz 1 Satz 5, §§ 11 Apothekengesetz und 78 Absatz 2 und 3 Arzneimittelgesetz bleiben unberührt, § 73 Absatz 7 gilt entsprechend.“

### Begründung

Der Vorschlag trägt den Befürchtungen von Bundesrat und Bundesregierung Rechnung, die sich auf die durch die Entlassverordnung zusätzlich geschaffenen Möglichkeiten einer kommerziellen "Rezeptvermittlung" durch private Dritte beziehen (BR-Drs. 641/14 (B), S. 17, BT-Drs. 18/4095, S. 263). Diese Befürchtungen werden nicht nur durch das Urteil des Bundesgerichtshofs (BGH) vom 13. März 2014 („Patientenring“) bestärkt, sondern haben aufgrund bereits bestehender Versorgungsstrukturen im Bereich nicht apothekenpflichtiger Produkte einen realen wirtschaftlichen Hintergrund. Es muss daher klargestellt werden, dass auch bei der Entlassverordnung durch das Krankenhaus die freie Apothekenwahl des Patienten nicht eingeschränkt werden darf (Verweis auf § 31 Abs. 1 SGB V) und der einheitliche Apothekenabgabepreis Geltung hat (Verweis auf 78 Abs. 2 u. 3 AMG). Ferner ist das Verbot der entgeltlichen Patientenzuweisung auf das Verhältnis Krankenhaus – öffentliche Apotheke entsprechend anzuwenden (Verweis auf § 73 Abs. 7 SGB V).

Unser Vorschlag geht jedoch über die Forderung des Bundesrates hinaus, indem sie dem Krankenhaus die Möglichkeit eröffnet, unter bestimmten Bedingungen den direkten Kontakt mit einer öffentlichen Apotheke aufzunehmen, um die nahtlose Anschlussmedikation zu koordinieren. Dagegen wäre es nicht zielführend, ausgerechnet zur Verbesserung des sektorenübergreifenden Versorgungsmanagements im Bereich der Anschlussversorgung mit Arzneimitteln die direkte Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und öffentlichen Apotheken zu unterbinden. Für eine positive Regelung sprechen folgende Gründe:

- Aufgrund der sinkenden Verweildauer der Patienten in der stationären Gesundheitsversorgung steigt die Zahl der Patienten, die im unmittelbaren Anschluss an die Krankenhausbehandlung nicht in der Lage sind, ihr Recht auf freie Apothekenwahl selbständig wahrzunehmen. In diesem Fall muss es dem Krankenhaus möglich sein, den direkten Kontakt mit einer öffentlichen Apotheke herzustellen und die nahtlose Anschlussmedikation zu koordinieren, ohne dabei gegen das Zuweisungsverbot zu verstoßen.
- Die Krankenhäuser sind nicht darauf vorbereitet, die gem. § 39 Abs. 1a Satz 4 SGB V künftig beim Entlassrezept vom Krankenhaus einzuhaltenden komplexen arzneimittel-, apotheken- und sozialrechtlichen Anforderungen an die ambulante vertragsärztliche Arzneimittelversorgung zu erfüllen. Das Krankenhaus muss in der Lage sein, diese Fragen vorab direkt mit einer öffentlichen Apotheke abzustimmen.
- Ein striktes Kontaktverbot zwischen Krankenhaus und öffentlichen Apotheken ist weder geeignet, die nahtlose Anschlussversorgung in jedem Fall sicherzustellen, noch die Einschaltung privater Dritter in die Koordination der Arzneimittelversorgung zuverlässig auszuschließen. Ein apothekenspezifisches Verbot würde vielmehr ein neues unreguliertes „Geschäftsfeld Entlassmedikation“ schaffen und zum Auslagern der Arzneimittelkoordination auf private Dritte führen.
- Durch die positive Regelung werden der Vorrang des Apothekenwahlrechts des Versicherten und das Verbot der entgeltlichen Zuweisung für beide Vertragsparteien rechtssicher verankert.
- Das Verbot der entgeltlichen Zuweisung von Versicherten und Verordnungen, auch wenn es durch ein strafrechtliches Bevorzugungsverbot (§ 299a StGB gem. Referentenentwurf eines Gesetzes zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen) verschärft wird, ist allein nicht geeignet, missbräuchliche Geschäftsmodelle zu unterbinden, die den öffentlichen Apotheken die Wahrnehmung ihrer Beratungs-, Informations- und Kontrollpflichten verunmöglichen. Auch wenn die Koordination der Arzneimittelversorgung durch Dritte nicht entgeltlich

stattfindet, kann sie – wie im Fall „Patientenring“ – die öffentliche Apotheke zum reinen Auslieferungslager machen und als Teil eines umfassenden Geschäftsmodells wirtschaftlich interessant sein.

### c) Einbeziehung des Deutschen Apothekerverbandes in den Rahmenvertrag

In § 39 Absatz 1a Satz 8 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und nach dem Wort Krankenhausgesellschaft die Worte „und der Deutsche Apothekerverband“ eingefügt. Satz 9 wird gestrichen.

#### Begründung

Die Einbindung des Deutschen Apothekerverbandes nur in Form einer Anhörung (Satz 9) wird der Aufgabe der öffentlichen Apotheken im Rahmen des Entlassmanagements nicht gerecht. Die Apotheken haben im Rahmen der Gesundheitsversorgung eine eigenständige Aufgabe zu erfüllen, die sich nicht auf die Abgabe des Arzneimittels beschränkt, sondern insbesondere die Information und Beratung der Patienten und Ärzte umfasst (§ 20 Apothekenbetriebsordnung). Die ambulante Arzneimittelversorgung erfordert die Berücksichtigung zahlreicher fachlicher und sozialrechtlicher Besonderheiten, deren Umsetzung durch die Krankenhäuser bei der Entlassmedikation ohne die Einbeziehung der öffentlichen Apotheken nicht reibungsfrei umgesetzt werden können. Die Apotheken sollten daher in den Rahmenvertrag selbst eingebunden werden.

Die namentliche Benennung des Deutschen Apothekerverbandes folgt dem Beispiel der Deutschen Krankenhausgesellschaft und räumt das Missverständnis aus, der Spitzenverband der niedergelassenen Apotheker sei – im Unterschied zu KBV und DKG – ausschließlich „zur Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen der Apotheker“ gebildet worden. Ebenso wie die anderen im Rahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung an der Weiterentwicklung der Versorgung beteiligten Verbände der Leistungserbringer vertritt der DAV dem Wohl des Patienten und der Sicherstellung einer hochwertigen Gesundheitsversorgung verpflichtete Leistungserbringer, denen die im öffentlichen Interesse gebotene Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung der Bevölkerung obliegt (§ 1 Abs. 1 Apothekengesetz). Durch seine Verträge mit den gesetzlichen Krankenkassen wirkt der DAV an der Sicherstellung der flächendeckenden Gesundheitsversorgung mit und bringt die Expertise der Apotheker in das Versorgungsgeschehen ein, wobei er sich nicht allein auf die Wahrnehmung wirtschaftlicher Interessen beschränkt.

## 2. Änderung des Apothekengesetzes

### **Einführung eines neuen § 12b Apothekengesetz**

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

„§ 12 b

(1) Wer als Träger eines Krankenhauses beabsichtigt, zur Koordinierung der nahtlosen Anschlussversorgung seiner Patienten mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten mit öffentlichen Apotheken zusammenzuarbeiten, hat jeweils mit dem Inhaber der Erlaubnis zum Betrieb der Apotheke nach § 1 Abs. 2 einen schriftlichen Vertrag zu schließen. Der Vertrag bedarf zu seiner Rechtswirksamkeit der Genehmigung der zuständigen Behörde. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn

1. der Vertrag die freie Apothekenwahl der Patienten nicht einschränkt;

2. der Vertrag keine Ausschließlichkeitsbindung zugunsten einer Apotheke enthält und die Zuständigkeitsbereiche zwischen den beteiligten Apotheken klar abgrenzt;
3. die öffentliche Apotheke und das Krankenhaus innerhalb desselben Kreises oder derselben kreisfreien Stadt oder in einander benachbarten Kreisen oder kreisfreien Städten liegen;
4. 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;
5. 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,
6. 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 und
7. die Apotheke gewährleistet, dass das Personal des Krankenhauses im Hinblick auf eine zweckmäßige und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie von ihr kontinuierlich beraten wird.

Zur Sicherstellung einer flächendeckenden Koordination sollte der Vertrag nach Satz 1 mit mehreren Apotheken abgeschlossen werden, wenn diese jeweils die Voraussetzungen des Satzes 3 erfüllen. Nachträgliche Änderungen oder Ergänzungen des Vertrages sind der zuständigen Behörde unverzüglich anzuzeigen.

(2) Die vertragliche Zusammenarbeit ist vor Aufnahme der Tätigkeit der zuständigen Behörde anzuzeigen.“

#### Begründung:

Für die Organisation einer nahtlosen und qualitativ hochwertigen Arzneimittelversorgung im Anschluss an die Krankenhausbehandlung ist in vielen Fällen eine direkte Abstimmung zwischen Krankenhaus und öffentlicher Apotheke erforderlich, z.B. um Unklarheiten auszuräumen (§ 17 Abs. 5 ApBetrO), die Krankenhausärzte über Besonderheiten der ambulanten Arzneimittelfragen zu informieren und zu beraten (§ 20 ApBetrO), insbesondere die rechtzeitige Verfügbarkeit und Erstattungsfähigkeit des verordneten Arzneimittels sicherzustellen. Zur Klarstellung, dass diese notwendige fachliche Zusammenarbeit mit § 11 ApoG vereinbar ist, wenn die freie Apothekenwahl der Patienten gewahrt ist, sind für die Einbeziehung der öffentlichen Apotheken in die Koordination der Anschlussmedikation durch die Krankenhäuser gesetzliche Regelungen zu treffen, die die Voraussetzungen, Anforderungen und Schranken für ein Zusammenwirken zwischen Krankenhäusern und öffentlichen Apotheken festlegen.

Eine positive Regelung der Zusammenarbeit im Apothekengesetz ermöglicht es, zuverlässig die kommerzielle Rezeptsammlung durch private Dritte auszuschließen, hohe Qualitätsanforderungen an die Koordinierung der Anschlussversorgung festzulegen und vorhersehbare Probleme der Krankenhäuser und Apotheken bei der Umsetzung der Entlassverordnung gem. § 39 Abs. 1a SGB V auszuräumen.

Die vorgeschlagene Regelung ist nicht auf die „Kanalisation“ der Entlassverordnungen auf die

Belieferung durch krankenhausversorgende Apotheken gerichtet, sondern eröffnet den öffentlichen Apotheken insgesamt die Möglichkeit, sich auf gesicherter gesetzlicher Grundlage an der Koordination der nahtlosen Anschlussversorgung der Patienten zu beteiligen.

Aus ordnungspolitischen Gründen ist es geboten, die Voraussetzungen für das Zusammenwirken zwischen Krankenhaus und Apotheke bei der Entlassmedikation im Gleichklang mit den Regelungen zur Versorgung der Heimbewohner (§ 12a ApoG) festzulegen. Auch dort hat die freie Apothekenwahl Vorrang vor der Möglichkeit für den Heimbewohner, die institutionalisierte Koordination der Arzneimittelversorgung durch Heim und vertraglich gebundene Apotheken wahrzunehmen.

### **Zu den Regelungen des vorgeschlagenen § 12b ApoG im Einzelnen:**

#### Zu Absatz 1 Satz 1:

Der erste Satz enthält ein Verbot mit Erlaubnisvorbehalt und stellt klar, dass der Krankenhausträger, der Koordinierungsaufgaben im Zusammenhang mit der Abgabe von Arzneimitteln im Anschluss an die Krankenhausbehandlung auslagern möchte, einen schriftlichen Vertrag mit den Apothekenleitern der beteiligten Apotheken zu schließen hat. Diese Regelung entspricht den Regelungen in § 12a Abs. 1 S. 1 bzw. § 14 Abs. 4 ApoG und schließt die Direktbelieferung durch pharmazeutische Unternehmer oder Großhändler ebenso aus, wie die Koordination durch fachfremde Dritte.

#### Zu Satz 2:

Der zweite Satz enthält die Genehmigungspflicht für den Vertrag. Auch diese Regelung entspricht den bestehenden Regelungen für die Heimhausversorgung. Sie stellt sicher, dass die Ausnahmeregelung vom Zusammenwirkungsverbot gem. § 11 Abs. 1 ApoG im Rahmen der gesetzlichen Schranken umgesetzt wird.

#### Zu Satz 3 Nr. 1:

Die freie Wahl der Apotheke darf durch die Vereinbarung zwischen Apotheke und Krankenhaus nicht eingeschränkt werden. Das an den Patienten gerichtete Angebot, die Koordination der Entlassmedikation in Zusammenarbeit mit vertraglich gebundenen öffentlichen Apotheken sicherzustellen, setzt vielmehr in jedem Einzelfall die Zustimmung des Patienten voraus. Dies entspricht der geltenden Regelung für die Heimversorgung gem. § 12a Abs. 1 S. 3 Nr. 4 ApoG.

#### Zu Satz 3 Nr. 2:

Die Vereinbarung zwischen dem Krankenhaus und der öffentlichen Apotheke darf keinen Ausschließlichkeitscharakter enthalten, sondern solle im Regelfall weitere Vereinbarungen mit anderen Apotheken umfassen. Daher sind die Zuständigkeiten zwischen den beteiligten Apotheken vertraglich abzugrenzen. Die vorgeschlagene Regelung geht im Zusammenwirken mit Satz 4 über § 12a Abs. 1 ApoG hinaus, da in der Heimversorgung regelmäßig die Versorgung durch eine einzelne Apotheke sinnvoll ist.

#### Zu Satz 3 Nr. 3:

Das vorgesehene Kreisprinzip entspricht der geltenden Regelung des § 12a ApoG für die Heimversorgung und stellt sicher, dass die Patienten im regionalen Einzugsbereich des Krankenhauses durch wohnortnahe Apotheken versorgt werden.

#### Zu Satz 3 Nr. 4:

Den sachlichen Kern des Vertrages bilden die spezifischen Regelungen zur Einbeziehung der Apo-

theke in den Prozess des Entlassmanagements des Krankenhauses, insbesondere zur rechtzeitigen Einbindung des Apothekers in die Entlassplanung, die beiderseitigen Ansprechpartner und Kommunikationswege, die Übermittlung der Entlassverordnung und die Abgabe des Arzneimittels an den Patienten.

Zu Satz 3 Nr. 5:

Die Apotheke hat Arzneimittel, die besonders dringlich benötigt werden, unverzüglich und bedarfsgerecht an den Patienten abzugeben. Mit dieser Verpflichtung zur Akutversorgung wird die bestehende Lücke in der nahtlosen Anschlussversorgung zwischen Krankenhaus und ambulanter ärztlicher Versorgung auf Seiten der Apotheken geschlossen. Die Regelung entspricht sinngemäß den Anforderungen an die krankenhausversorgende Apotheke gem. § 14 Abs. 5 S. 2 Nr. 3 ApoG. 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 Satz 3 Nr. 6:

Zu den originären Pflichten des Apothekers gehört es, Patienten, Ärzte und Krankenhauspersonal umfassend über die Arzneimittel zu informieren und zu beraten. Diese Regelung korrespondiert mit den Pflichten der öffentlichen Apotheken bei der Heim- und Krankenhausversorgung (§§ 12a S. 3 Nr. 3, 14 Abs. 5 S. 2 Nr. 4 ApoG). Die Einzelheiten dieser gesetzlichen Verpflichtung sind in § 20 Apothekenbetriebsordnung geregelt.

Zu Satz 3 Nr. 7:

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 in der Regel weder bekannt noch verfügbar sind. Beispiele hierfür sind die in der vertragsärztlichen Versorgung geltenden Rabattverträge und Festbeträge. Es dient daher der reibungslosen Abwicklung der Entlassverordnungen im Rahmen der ambulanten Versorgung der Versicherten, wenn der Apotheker die Krankenhausärzte bereits im Vorfeld der Entlassverordnung kontinuierlich über die zweckmäßige und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie berät.

Zu Satz 4:

In aller Regel ist es sinnvoll, dass mehrere oder alle Apotheken im Einzugsbereich des Krankenhauses einen Vertrag zur Koordinierung der Anschlussversorgung schließen. Satz 4 sieht dies unter der Voraussetzung vor, dass alle am Vertrag beteiligten Apotheken die in Satz 3 formulierten Anforderungen erfüllen.

Zu Absatz 1 Satz 5 und Absatz 2:

Die hier geregelten Anzeigepflichten entsprechen den Regelungen für den Heimversorgungsvertrag gem. § 12a Abs. 1 S. 4, Abs. 2 ApoG.

Berlin, den 22. März 2015

\* \* \*