

**STELLUNGNAHME**

der

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

**vom 19. Mai 2020**

zum

**Regierungsentwurf**

**eines Gesetzes zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telematikinfrastruktur  
(Patientendaten-Schutz-Gesetz – PDSG)**

**BT-Drucksache 19/18793**

Wir begrüßen die Bestrebungen der Bundesregierung, die Chancen, welche die Digitalisierung bietet, für Verbesserungen in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zu nutzen. Besondere Beachtung muss dabei der Schutz der Patientendaten und der Erhalt fairer Wettbewerbsbedingungen zwischen den Leistungserbringern finden. Diesen Vorgaben wird der vorliegende Gesetzentwurf in wesentlichen Punkten, etwa mit den vorgesehenen Regelungen zu einem Zuweisungs- und Makelverbot, gerecht. Gleichwohl besteht aus unserer Sicht an anderen Stellen Nachbesserungsbedarf, beispielsweise bei der Nutzung von Daten der elektronischen Verordnung durch Anbieter außerhalb der Telematikinfrastruktur.

Die aus Sicht der Apothekerinnen und Apotheker zentralen Themen des Regierungsentwurfs sind Folgende:

### *Zuweisungs- und Makelverbot*

Die vorgesehenen Ergänzungen des § 31 Abs. 1 SGB V und des § 11 Abs. 1 ApoG werden von uns ausdrücklich begrüßt. Die rechtliche Absicherung des Zuweisungsverbotes ist wichtig, um die freie Apothekenwahl dauerhaft zu sichern.

Auch das nun in der Fassung des Regierungsentwurfs in § 11 Abs. 1a ApoG statuierte Makelverbot, welches es ausschließt, dass nicht an der Versorgung der Patienten beteiligte Dritte an der Verteilung von Rezepten im eigenen kommerziellen Interesse partizipieren, erachten wir als unbedingt notwendig, um die Patienten vor einer sachwidrigen Beeinflussung durch Dritte zu schützen und um im Interesse der Patienten dauerhaft eine wohnortnahe Arzneimittelversorgung durch Vor-Ort-Apotheken sicherzustellen. Da es sich in der Vergangenheit schon im Hinblick auf das Abspracheverbot nach § 11 Abs. 1 ApoG im Einzelfall als schwierig erwiesen hat, Verstöße dagegen gerichtlich zu ahnden, weil die von den Zivilgerichten geforderten Nachweise konkreter Absprachen bzw. tatsächlicher Zuweisungen von den klagenden Wettbewerbschützern und den geschädigten Mitbewerbern häufig nicht beigebracht werden können, sollte bereits die Werbung für Vertriebsmodelle, die gegen das Makelverbot verstoßen, verboten werden.

### *Sichere eRezept-App*

Da vielfältige Versuche zu erwarten sind, das Makelverbot zu umgehen, und die Verfolgung von Rechtsverstößen, die unter Nutzung des Internets begangen werden, außerordentlich schwer ist, muss aus unserer Sicht das Makelverbot auch technisch abgesichert werden. Dies ist mit dem Gesetzentwurf bisher nicht geschehen. Für den Zugriff des Versicherten auf seine elektronischen Verordnungen (sog. eRezept) sollte gesetzlich festgelegt werden, dass der Versicherte mit einer einheitlichen, ihm zur Verfügung gestellten App unmittelbar die Auswahl der ihn versorgenden Apotheke vornimmt. Eine Weitergabe von Verordnungsdaten an Apps von Drittanbietern, wie sie der Gesetzentwurf derzeit vorsieht, oder die Steuerung des Einlösevorgangs des Rezeptes durch diese Apps sollte ausgeschlossen werden. Sinnvolle ergänzende Angebote für die Versicherten sind nicht auf Grundlage der Verordnungsdaten, sondern nur auf Grundlage der Dispensierdaten denkbar. Wettbewerbsmöglichkeiten für Drittanbieter sollten daher nach der Abgabe der Arzneimittel eröffnet werden, nicht jedoch vor diesem Zeitpunkt.

### *Klare Vorgaben auch für ausländische Arzneimittelversender*

Im Sinne eines fairen Wettbewerbs begrüßen wir es, dass die Vorgaben des § 11 Abs. 1 ApoG

auch auf ausländische Apotheken erstreckt werden sollen. Aus Gründen des Verbraucherschutzes und zur Erhöhung der Rechtssicherheit sollte neben der im Entwurf vorgesehenen Ergänzung des § 11 Abs. 1 ApoG an zentraler Stelle zusätzlich geregelt werden, welche anderen Rechtsvorschriften beim Versandhandel mit Arzneimitteln für die ausländischen Anbieter gelten sollen. Wir haben hierzu den Vorschlag einer Ergänzung des § 73 Abs. 1 AMG unterbreitet, der im Folgenden unter Ziffer 2 lit. b dargestellt wird.

## **Zu den Regelungen im Einzelnen:**

### **1. Artikel 1: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

#### **a. Nummer 4 lit. a (§ 31 Absatz 1 Satz 5 und Satz 6 SGB V)**

Wir begrüßen es, dass sich die Verfasser des Regierungsentwurfs mit der Ergänzung des § 31 Abs. 1 SGB V deutlich zum Erhalt des Grundsatzes der freien Apothekenwahl bekennen. Das sozialrechtliche Zuweisungs- und Beeinflussungsverbot für Vertragsärzte und Krankenkassen ist eine wichtige Maßnahme, um das Recht des Versicherten auf die freie Wahl der ihn versorgenden Apotheke zu schützen. Es ist auch konsequent und richtig, diesen Schutz auf die Versorgung mit Hilfsmitteln zu erstrecken (Art. 1 Nr. 6 des Entwurfs).

Die vom Bundesrat geforderten Ausnahmen (Bundesrat Drucksache 164/20) vom Zuweisungsverbot lehnen wir ab.

#### **b. Nummer 10 (§ 86 Absatz 3 SGB V)**

Soweit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen aufgegeben wird, die notwendigen Regelungen für die Verwendung von Empfehlungen von apothekenpflichtigen, nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln in elektronischer Form („grünes eRezept“) zu schaffen, ist sicherzustellen, dass diese Vereinbarungen auch eine praxismgerechte Handhabung dieser elektronischen Arzneimittelempfehlungen in der Apotheke ermöglichen. Insbesondere darf den Apotheken kein Mehraufwand, etwa im Hinblick auf die Dokumentation der Belieferung der vertragsärztlichen Arzneimittelempfehlung zur Vorlage des Versicherten bei seiner Krankenkasse, entstehen. Die Handhabung der Empfehlung muss sich deshalb an den Vorgaben für die Verwendung von elektronischen Verordnungen nach § 86 Abs. 1 SGB V orientieren.

Wir regen daher an, in § 86 Abs. 3 SGB folgenden Satz anzufügen:

*„Die Regelungen müssen die berechtigten Interessen der Apotheken bei der Verwendung von vertragsärztlichen Empfehlungen von apothekenpflichtigen, nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln in elektronischer Form berücksichtigen.“*

#### **c. Nummer 31 (§ 311 Absatz 1 Nummer 10 SGB V)**

Wir begrüßen die Vorgabe, dass die App, mit welcher der Versicherte auf das eRezept zugreifen kann, integraler Bestandteil der Telematikinfrastruktur werden soll, um die sensiblen Verordnungs- und Dispensierdaten zu schützen und sicherzustellen, dass nur Berechtigte Arzneimittel verordnen und dispensieren können.

In gleicher Weise muss aber gewährleistet werden, dass auch das Makel- und Beeinflussungsverbot zugunsten der Versicherten technisch durchgesetzt wird, wozu die derzeitigen Regelungen im Regierungsentwurf nicht ausreichen. Es bedarf einer klaren gesetzlichen Vorgabe für die zu erlassende Rechtsverordnung, dass die in § 360 Abs. 5 Satz 2 SGB V-RegE vorgesehenen Schnittstellen zu Drittanbieter-Apps keine Funktionen auf diesen Drittanbieter-Apps unterstützen dürfen, mit denen aus diesen Apps heraus elektronische Verordnungen oder die Rezeptschlüssel hierzu an Apotheken übermittelt werden können. Diese Funktion ist ausschließlich der von der gematik für die Versicherten bereitzustellenden TI-Komponente vorzubehalten, damit jegliche sachfremde Einflussnahme auf die Auswahl der Apotheke ausgeschlossen

bleibt. Ein Verbot des Imports von Rezeptschlüsseln von Drittanbieter-Apps und des Exports von Rezeptschlüsseln zu Drittanbieter-Apps erachten wir dabei als probates Mittel der Umsetzung.

Die einheitliche eRezept-App muss sicherstellen, dass

- Versicherte ohne Beteiligung Dritter ihre eRezepte einsehen können,
- Versicherte ihre eRezepte verwalten, transportieren und gegebenenfalls eigenhändig vernichten können,
- es jedem Versicherten möglich ist, eine unverbindliche und anonyme Verfügbarkeitsanfrage in einer Apotheke seiner Wahl zu platzieren, und
- dass das eRezept persönlich oder digital in jeder Apotheke nach Wahl des Versicherten eingelöst werden kann, ohne dass dem Versicherten im Vergleich zur analogen Vergangenheit Nachteile entstehen.

Der Deutsche Apothekerverband e.V. (DAV) wäre in der Lage, den Betrieb einer entsprechenden Web-App und der zugehörigen Komponenten im Auftrag der gematik zu übernehmen oder die gematik bei der Entwicklung zu unterstützen. Mit der Beauftragung bzw. Beleihung des DAV zum Betrieb der Rezept-App wäre, wie bei der Verwaltung des Nacht- und Notdienstfonds seit Jahren erfolgreich praktiziert, eine effiziente und kostengünstige Umsetzung möglich.

#### **d. Nummer 31 (§ 317 SGB V)**

Auf Grundlage des bisherigen § 291a Abs. 5f SGB V (§ 340 Abs. 1 SGB V-RegE) in Verbindung mit den Heilberufskammergesetzen der Länder sowie § 291b Abs. 4 SGB V (§ 315 Abs. 1 SGB V-RegE) geben die Apothekerkammern die elektronischen Heilberufsausweise (HBA) und Institutionskarten (SMC-B) für die Apothekerinnen und Apotheker in der Bundesrepublik Deutschland aus. Sowohl im Rahmen dieses Ausgabeverfahrens als auch bezüglich der Datenlieferungen für den elektronischen Verzeichnisdienst nach § 291h Abs. 6 SGB V (§ 313 Abs. 5 SGB V-RegE) haben die Festlegungen der gematik für sie unmittelbare Relevanz. Bisher sind die Apothekerkammern in der gematik jedoch nicht repräsentiert. Im Hinblick darauf sollte die Bundesapothekerkammer als Repräsentant der Apothekerkammern auf Bundesebene berechtigt sein, einen Vertreter in den Beirat der gematik zu entsenden.

Wir regen daher an, in § 317 Abs. 1 Satz 3 SGB V nach Nummer 9 folgende Nummer 10 zu ergänzen:

*„10. einem Vertreter der Bundesapothekerkammer.“*

#### **e. Nummer 31 (§ 340 Absatz 4 SGB V)**

Wir gehen davon aus, dass auch die Organisationen der Leistungserbringer und die Apothekerkammern der Länder, etwa im Rahmen der Datenlieferung für den elektronischen Verzeichnisdienst, einen sicheren Zugang zur Telematikinfrastruktur benötigen. Bisher ist jedoch nicht geregelt, wer die Komponenten zur Authentifizierung für diese Organisationen ausgibt. Aus unserer Sicht wäre es sachgerecht, wenn diese Aufgabe der gematik übertragen werden würde.

Insoweit regen wir an, § 340 Abs. 4 SGB V dahingehend zu ergänzen, dass die Gesellschaft für Telematik die Komponenten zur Authentifizierung an die Leistungserbringerorganisationen sowie die Apothekerkammern der Länder zur Wahrnehmung ihrer Ausgaben nach Maßgabe des SGB V ausgibt. § 340 Abs. 5 SGB V darf in diesem Fall nicht zur Anwendung kommen.

**f. Nummer 31 (§ 352 SGB V)**

Nach § 352 Nr. 5 SGB V-RegE wird Apothekern eine Zugriffsmöglichkeit auf die Daten der elektronischen Patientenakte eingeräumt, welche das Auslesen, die Speicherung und die Verwendung von Daten nach § 341 Abs. 2 Nr. 1, 3 bis 8, 10 und 11 SGB V-RegE sowie die Verarbeitung von Daten nach § 341 Abs. 2 Nr. 1 b, Nr. 5 und Nr. 11 SGB V-RegE umfasst, soweit dies für die Versorgung der Versicherten erforderlich ist. Nicht erfasst ist damit eine Zugriffsmöglichkeit auf Daten nach § 341 Abs. 2 Nr. 13 SGB V-RegE (sonstige von den Leistungserbringern für den Versicherten bereitgestellte Daten). Dies wäre jedoch erforderlich, damit Apotheken auf Wunsch des Versicherten auch die bei ihnen erhobene Messwerte (z.B. Blutdruck, Blutwerte) in die elektronische Patientenakte eintragen können. Eine solche Möglichkeit wäre im Sinne der Versicherten und führte zu einer Verbesserung des Datenbestandes in der elektronischen Patientenakte.

Aus den vorgenannten Gründen regen wir an, § 352 Nummer 5 SGB V wie folgt zu ergänzen:

*„Apotheker mit einem Zugriff, der das Auslesen, die Speicherung und die Verwendung von Daten nach § 341 Absatz 2 Nummer 1, 3 bis 8, 10, 11 und **13** sowie die Verarbeitung von Daten nach § 341 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe b und Nummer 5, 11 und **13** ermöglicht, soweit dies für die Versorgung der Versicherten erforderlich ist,“*

**g. Nummer 31 (§ 355 SGB V)**

Nach der Überarbeitung der Regelung des § 355 SGB V durch den Regierungsentwurf obliegen nunmehr der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nicht mehr nur die Festlegungen für Interoperabilität von Daten der elektronischen Patientenakte, sondern auch für die Daten zur Fortschreibung der Vorgaben des elektronischen Medikationsplans (eMP) und der elektronischen Notfalldaten. Sie muss hierzu das Benehmen mit den in Absatz 1 aufgeführten Institutionen, u.a. dem Deutschen Apothekerverband e.V., herstellen. Im Hinblick auf die Fortschreibung der Vorgaben zum eMP soll berücksichtigt und gewährleistet werden, dass die Festlegungen zum Medikationsplan in Papierform nach § 31a SGB V sowie die für die erste Einführungsstufe des eMP und der elektronischen Notfalldaten vorliegenden Vorgaben berücksichtigt werden. Bei der Fortschreibung der Festlegungen zum eMP soll beachtet werden, dass diese u.a. auch in den elektronischen Programmen der Apotheken einheitlich abzubilden sind (§ 355 Abs. 5 SGB V-RegE). Hierbei sind nach der Gesetzesbegründung (Seite 146) auch die entsprechenden Vorgaben der Referenzdatenbank nach § 31b SGB V zu berücksichtigen. Festlegungen zum eMP sollen daher insbesondere im Benehmen mit dem Deutschen Apothekerverband e.V., der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft getroffen werden.

Vor dem Hintergrund, dass bislang der Deutsche Apothekerverband e.V. und die Bundesärztekammer die fachliche Projektverantwortung im gematik-Projekt zum eMP innehatten, sowie der Tatsache, dass die Festlegungen zum eMP erhebliche Relevanz für die Apothekensoftware und damit für die täglichen Arbeitsabläufe in den Apotheken haben, erachten wir das Erfordernis einer „Benehmensherstellung“ als nicht ausreichend, um sicherzustellen, dass die berechtigten Interessen der Apotheken in diesen Fragen ausreichend berücksichtigt werden.

Aus den vorgenannten Gründen fordern wir, in § 355 Abs. 5 Satz 1 SGB V das Wort „*Benehmen*“ durch das Wort „*Einvernehmen*“ zu ersetzen.

## **h. Nummer 31 (§ 360 SGB V)**

### *aa. Zu Absatz 2*

Soweit in der Begründung des Referentenentwurfs noch ausdrücklich darauf hingewiesen wurde, dass keine Verpflichtung zur Ausstellung ärztlicher Verordnungen in elektronischer Form bestehe und dies vielmehr von der konkreten Behandlungssituation sowie dem individuellen Versichertenwunsch abhängen, statuiert § 360 Abs. 2 SGB V in der Fassung des Regierungsentwurfs nunmehr ausdrücklich eine Verpflichtung für Vertragsärzte und Vertragszahnärzte Verordnungen von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln in elektronischer Form auszustellen und für die Übermittlung der Verordnungen von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln Dienste und Komponenten nach § 360 Abs. 1 SGB V-RegE zu nutzen. Eine Ausnahme hiervon besteht lediglich dann, wenn die Ausstellung einer elektronischen Verordnung technisch nicht möglich ist oder die zur Übermittlung von Verordnungen von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln erforderlichen Dienste und Komponenten technisch nicht zur Verfügung stehen.

Hierzu muss aus unserer Sicht berücksichtigt werden, dass zumindest einzelne Versicherte Vorbehalte gegen die Nutzung von elektronischen Verordnungen haben könnten und daher möglicherweise entsprechende Verordnungen nicht einlösen werden, was wiederum mit gesundheitlichen Risiken im Hinblick auf die Arzneimitteltherapie dieser Versicherten verbunden ist. Aus diesem Grund sollte Vertragsärzten und -zahnärzten auch die Möglichkeit eingeräumt werden, auf Wunsch des Versicherten weiterhin Verordnungen (nur) in Papierform ausstellen zu können. Die entsprechende Anregung des Bundesrates (Bundesrat Drucksache 164/20, Seite 21, Nr. 27) wird von uns daher unterstützt.

### *bb. Zu Absatz 5 Satz 1*

Wie bereits bei den Ausführungen zu § 311 Abs. 1 Nr. 10 SGB V-RegE dargestellt, begrüßen wir die Entscheidung des Gesetzgebers, die Rezept-App als integralen Bestandteil der Telemedizininfrastruktur vorzusehen. Im Hinblick auf die Entwicklung und den Betrieb der Rezept-App erachten wir es jedoch nicht als zwingend, diese Aufgabe der gematik zuzuweisen. Im Hinblick auf eine effiziente Ressourcennutzung könnte diese Aufgabe dem DAV übertragen werden, der zu diesem Zweck bereits eine entsprechende Web-App entwickelt hat, die derzeit in der Praxis erprobt wird.

### *cc. Zu Absatz 5 Satz 2*

Gemäß § 360 Abs. 5 Satz 2 SGB V-RegE ist vorgesehen, das Bundesministerium für Gesundheit zu ermächtigen, per Rechtsverordnung die Schnittstellen zu den Komponenten sowie deren Nutzung durch Drittanbieter zu regeln. Soweit dies beinhaltet, dass das eRezept oder das Rezept-Token aus der gematik-Rezept-App über die Schnittstelle an die App eines Drittanbieters weitergegeben werden kann, bestehen gegen eine solche Möglichkeit unsererseits erhebliche Bedenken. Zunächst birgt eine solche Lösung die Gefahr, dass Rezeptzuweisungen/-steuerungen durch Apps der Drittanbieter vorgenommen werden, welche die Verfasser des Regierungsentwurfs durch entsprechende Ergänzungen des § 31 SGB V und des § 11 ApoG eigentlich verhindern wollen. Zudem bestehen auch datenschutzrechtliche Risiken, da die Drittanbieter regelmäßig weder überwachbar sind, noch ihnen berufsrechtliche Verschwiegenheitsverpflichtungen obliegen. Dass die Versicherten diese Risiken in jedem Einzelfall sachgerecht einschätzen können, ist zu bezweifeln.

Wir können auch keine Notwendigkeit für die Weitergabe von Verordnungsdaten an Drittanbieter vor der Abgabe erkennen. Wie wir bereits in der Einleitung zu unserer vorliegenden Stellungnahme ausgeführt haben, sind sinnvolle ergänzende Angebote für die Versicherten nicht

auf Grundlage der Verwaltungsdaten, sondern nur auf Grundlage der Dispensierdaten denkbar.

Aus den vorgenannten Gründen lehnen wir eine Übergabe von Rezeptschlüsseln und Rezeptdaten an Anbieter außerhalb der Telematikinfrastruktur vor der Belieferung des eRezeptes durch die Apotheke ab. Deswegen schlagen wir vor, § 360 Absatz 5 Satz 2 SGB V wie folgt zu ergänzen:

*„Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Schnittstellen in den Komponenten nach Satz 1 und ihre Nutzung durch Drittanbieter zu regeln; **die Nutzung der Verwaltungsdaten durch Drittanbieter vor der Erbringung der Leistungen nach § 31 ist nicht zulässig.**“*

## **2. Artikel 2: Änderung des Apothekengesetzes**

### **a. Nummer 1 lit. b (§ 11 Absatz 1 Satz 2 (neu) ApoG)**

Wir begrüßen es, dass sich die Verfasser des Regierungsentwurfs mit der Klarstellung in § 11 Abs. 1 ApoG deutlich zum Erhalt des Grundsatzes der freien Apothekenwahl bekennen.

### **b. Nummer 1 lit. c (§ 11 Absatz 1 Satz 4 ApoG)**

Im Sinne eines fairen Wettbewerbs begrüßen wir, dass im Regierungsentwurf vorgesehen ist, die Vorgaben des § 11 Absatz 1 ApoG auch auf ausländische Apotheken zu erstrecken. Hierfür hat sich im Jahr 2019 auch die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker ausgesprochen.

Wie wir bereits in der Einleitung zu unserer vorliegenden Stellungnahme dargestellt haben, ist es nach unserer Auffassung notwendig und sachgerecht, dass der Gesetzgeber klare Vorgaben schafft, welche Rechtsvorschriften beim Versandhandel aus dem EU-/EWR-Ausland für die betreffenden Anbieter gelten sollen. Für das Abspracheverbot nach § 11 Absatz 1 ApoG wird dies bereits mit dem vorgelegten Gesetzentwurf mit der erforderlichen Klarheit umgesetzt. Es bedarf aber über § 11 Absatz 1 ApoG hinaus einer klaren Regelung, welche Normen des deutschen Apotheken- und Arzneimittelrechts als unverzichtbar angesehen werden, wenn Versandhandel mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln aus dem EU-/EWR-Ausland betrieben wird. Eine derartige Regelung sollte in § 73 Absatz 1 AMG verankert werden. In diesem Zusammenhang halten wir es für erforderlich, dass auch Apotheken mit Sitz in einem EU-/EWR-Staat im Interesse des Verbraucherschutzes und der Arzneimittelsicherheit lückenlos und konsequent überwacht werden

Wir schlagen vor, § 73 Absatz 1 AMG um die folgenden Sätze 4 und 5 zu ergänzen:

*„Im Falle des Verbringens nach Satz 1 Nummer 1a finden die Vorschriften des Arzneimittel- und Apothekenrechts, die im Zusammenhang mit dem Versandhandel mit Arzneimitteln stehen, insbesondere die §§ 10-12a, 14 Absätze 4, 5 und 7-9, auch in Verbindung mit § 25 Absatz 1 Nummer 4 und Absatz 3, die §§ 18-21 ApoG sowie die auf der Grundlage des § 21 ApoG erlassene Rechtsverordnung, auch in Verbindung mit § 25 Absatz 2 und 3 ApoG, §§ 5-12, 43-52, 78 AMG und die auf ihrer Grundlage erlassene Rechtsverordnung sowie die Vorgaben des Heilmittelwerbegesetzes, unmittelbare Anwendung.“*

**c. Nummer 2 (§ 11 Absatz 1a ApoG)**

Wie bereits in der Einleitung zu unserer vorliegenden Stellungnahme ausgeführt haben, erachten wir das nun in § 11 Abs. 1a ApoG-RegE normierte Makelverbot, welches es ausschließt, dass nicht an der Versorgung der Patienten beteiligte Dritte an der Verteilung von Rezepten im eigenen kommerziellen Interesse partizipieren, als unbedingt notwendig, um im Interesse der Patienten dauerhaft eine wohnortnahe und flächendeckende Arzneimittelversorgung durch Vor-Ort-Apotheken sicherzustellen. Die vorgesehene Regelung wird daher durch uns ausdrücklich begrüßt. Da es sich aber schon in der Vergangenheit im Hinblick auf das Abspracheverbot nach § 11 Abs. 1 ApoG im Einzelfall als schwierig erwiesen hat, Verstöße gerichtlich anzugreifen, weil die von den Zivilgerichten geforderten Nachweise konkreter Absprachen bzw. tatsächlicher Zuweisungen von den klagenden Wettbewerbsschützern und den geschädigten Mitbewerbern häufig nicht beigebracht werden konnten, sollte bereits die Werbung für Vertriebsmodelle, die gegen das Makelverbot verstoßen, verboten werden.

Wir regen daher an, in § 11 Abs. 1a ApoG nach Satz 1 folgenden Satz zu ergänzen:

*„Unzulässig ist auch die Werbung für die in Satz 1 genannten Verhaltensweisen.“*

Berlin, 19. Mai 2020