



Bundesverband der Versorgungsapotheker e.V.

HEIM-, KLINIK-, PALLIATIV- & SUBSTITUTIONSVERSORGUNG

BVVA e.V. Reinhardtstraße 19 10117 Berlin

Bundesministerium für Gesundheit
Referat Grundsatzfragen Apothekengesetz,
Pharmaberufe, Apothekenbetrieb
Referatsleiter Thiemo Steinrücken

per E-Mail: 121@bmg.bund.de

24. Juni 2024

Stellungnahme des Bundesverbandes der Versorgungsapotheker (BVVA) e.V.

zum

Referentenentwurf eines Gesetzes für eine Apothekenhonorar- und Apothekenstrukturreform

Der Referentenentwurf ist nicht geeignet, um die sichere und qualifizierte Arzneimittelversorgung durch die Apotheken für die Zukunft zu sichern. Das formulierte Ziel des Gesetzes, ein flächendeckendes Apothekennetz mit persönlicher Vor-Ort-Beratung als Kern für die Arzneimittelversorgung der Bevölkerung zu erhalten und zu stärken, wird von einer Reihe von Regelungsvorschlägen konterkariert und ins Gegenteil verkehrt. Es entsteht der Eindruck, man möchte einen Systemwechsel im Apothekenwesen, jedenfalls weg von der inhabergeführten, heilberuflich tätigen Apotheke, vorbereiten. Davor möchten wir sehr eindrücklich warnen, denn derzeit erfüllen die Inhaberinnen und Inhaber der ca. 17.000 Apotheken in Deutschland den heilberuflichen Auftrag, die Bevölkerung überall im Land mit Arzneimitteln zu versorgen und die Gesundheitsbelange der Menschen durch pharmazeutische Dienstleistungen zu fördern. Will man das erhalten, muss man festhalten, dass der Referentenentwurf eine Vielzahl von tatsächlichen Problemen in den Apotheken nicht adäquat adressiert und daher noch einmal grundlegend überarbeitet werden muss.

Im Folgenden greifen wir in einer ersten Stellungnahme insbesondere solche Regelungen des Entwurfs auf, die die Apothekerinnen und Apotheker mit speziellen Versorgungsbereichen betreffen.

1. Zur Apothekenstrukturreform

a) Zu Art. 1 § 16a ApoG – Betrieb von Zweigapotheken

Wir bezweifeln, dass zusätzliche Zweigapotheken in dünn besiedelten Regionen mit niedriger Kundenfrequenz künftig tatsächlich betrieben werden. Es gibt „die Landapotheke“, wie sie der Referentenentwurf wohl im Blick hat, nicht. Apotheken auf dem Land haben gerade mit langen



Anfahrtswegen der Patientinnen und Patienten und mit der Akquise qualifizierten Personals in besonderem Maße zu kämpfen, nicht jedoch damit, keine Zweigapotheke gründen zu können. Nach unserer Einschätzung ist der Regelungsansatz einer Zweigapotheke eher verlockend für Lagen in Ballungszentren und damit in Hochfrequenzlagen. Dort wiederum braucht man sie jedoch nicht.

b) Zu Art. 5 § 3 Abs. 3a ApoBetrO-E – kein Betrieb von Apotheken ohne anwesende Pharmazeutinnen und Pharmazeuten

Die vorgesehene Öffnung des Betriebs von Apotheken allein durch qualifizierte pharmazeutische Assistentinnen und Assistenten lehnen wir ab. Dieser Regelungsansatz verkennt – auch wenn er mit der Telepharmazie kombiniert ist – die immense Bedeutung der persönlichen Beratungs- und Versorgungsleistungen der Apotheken in der Fläche und gerade auch auf dem Land.

Die Apotheke bietet dort mit ihren vorhersehbaren, stabilen Öffnungszeiten die niederschwellige Möglichkeit, einen kompetenten und hochqualifizierten Ansprechpartner zu gesundheitlichen Fragen zu erreichen. Das ist oft lebensrettend und entlastet zudem Arztpraxen und Notfallaufnahmen.

Als erste Anlaufstelle übernehmen Pharmazeutinnen und Pharmazeuten im ländlichen Raum schon heute eine Lotsenfunktion. Patientinnen und Patienten ist es nicht zuzumuten, künftig ihre Krankheitssituation in jeder Lebenslage selbst einzuschätzen. Ihnen muss unabhängig von der Wohnlage ein kompetenter, persönlich erreichbarer Ansprechpartner zur Seite stehen.

Selbstredend sind uns unsere hochqualifizierten PTA eine große Stütze in der Patientenversorgung. Es geht auch nicht darum, ihre Leistungen in Frage zu stellen. Man muss dennoch anerkennen, dass sich eine Vielzahl von pharmazeutischen Nachfragen erst aus dem Gespräch mit den Patientinnen und Patienten ergibt und es auch den PTA nicht zuzumuten ist, selbst zu entscheiden, wie einfach oder krisenhaft sich eine bestimmte Gesundheitssituation darstellt. Mit Blick auf die Arzneimitteltherapiesicherheit und die situationsadäquate Beratung ist die erworbene pharmazeutische Qualifikation nicht wegzudenken. Kann eine Apotheke künftig ohne Pharmazeutinnen und Pharmazeuten betrieben werden, erodiert der Kontrahierungszwang und dem folgend das Angebot von spezialisierten Versorgungsleistungen (wie die Heimversorgung, die Palliativversorgung und die Substitutionsversorgung) in der Fläche.

Der Regelungsansatz führt auch zu einer Abwertung eines Pharmaziestudiums. Analog zur Problematik, ausreichend Ärzte zu finden, die bereit sind, als niedergelassene Fachärzte auch unternehmerische Verantwortung zu übernehmen und sich auf dem Land niederzulassen, würden die vorgeschlagenen Regelungen dazu führen, dass auch das Führen einer Apotheke unattraktiv würde. Dies wiederum widerspricht jedweden Anstrengungen, den ländlichen Raum zu stärken und die dortigen Lebensverhältnisse zu stabilisieren, um eine „Landflucht“ zu verhindern. Insofern ist ein Betrieb einer Apotheke ohne anwesende Pharmazeutinnen und Pharmazeuten kein probates Mittel, um eine patientenorientierte Versorgung mit hohem Qualitätsanspruch bei gleichzeitiger Attraktivitätssicherung des Arbeitsplatzes Apotheke zu gewährleisten.



c) Zu Art. 5 § 3 Abs. 5a ApoBetrO-E – keine Ausweitung des Begriffs des pharmazeutischen Personals

Wir stellen auch fest, dass uns immer wieder qualifiziertes pharmazeutisches Personal in unseren spezialisierten Apotheken fehlt. Dennoch halten wir es für den falschen Ansatz, den Begriff des pharmazeutischen Personals „aufzuweichen“ und durch nicht-pharmazeutisches Personal zu ergänzen.

Es bedarf gerade auch in der krankenhausversorgenden und der heimversorgenden Apotheke sowie in der auf Substitutionsversorgung oder Palliativversorgung spezialisierten Apotheke des pharmazeutischen Know-hows, um den jeweiligen tatsächlichen Herausforderungen gerecht zu werden.

Die durchgängig gewährleistete pharmazeutische Qualifikation derjenigen, die pharmazeutische Aufgaben in einer jeden Apotheke übernehmen, ist es doch, die die verlässliche Basis für die Arzneimittelversorgung erst abbildet. Dass Apothekerinnen und Apotheker ebenso wie ihre Mitarbeitenden in mg (oder noch kleiner) rechnen können, bedeutet auch, dass z.B. Arzneimittelkonzentrationen mit einem Blick erfasst werden und selbstredend auch müssen. Apotheken unterscheiden sich durch ihr pharmazeutisches Personal von allen anderen Abgabestellen. Dieser Qualitätsstandard muss erhalten bleiben.

2. Zur Apothekenhonorarreform

a) Zu Art. 8 § 3 Abs. 1 S. 1 AMPPreisV-E - Keine Absenkung des Apothekenzuschlags

Die geplante Umverteilung des Apothekenhonorars bei der Abgabe von Fertigarzneimitteln ist weder geeignet noch sachgerecht, die behaupteten Probleme, die Apotheken auf dem Land haben sollen, zu lösen. Die Landapotheke wird von dem angedachten Vergütungsmodell ebenso wenig wie alle anderen Apotheken profitieren.

Der Gesetzesentwurf geht davon aus, dass im ländlichen Raum vor allem Packungen mit niedrigerem Preisniveau abgegeben werden und aus diesem Grund eine Umverteilung des Apothekenhonorars aus dem Stadtgebiet Richtung Land stattfinden müsse. Tatsache ist aber, dass alle Apotheken – egal, ob sie die Bevölkerung auf dem Land oder in der Stadt versorgen – mittlerweile hochpreisige Arzneimittel mit einem Umsatzanteil abgeben, der weit über einem Drittel (ca. 36 % des Umsatzes) liegt. Sind Apotheken auf bestimmte Versorgungsbereiche spezialisiert (z.B. Hämophilie, HIV, Krankenhausversorgung), steigt der Anteil an abgegebenen hochpreisigen Arzneimitteln auf etwa die Hälfte aller abgegebenen Fertigarzneimittel.

Für diese hochpreisigen verschreibungspflichtigen Arzneimittel liegt der Rohertrag schon heute nur noch bei 3,1 %. Er wird durch das Absenken der prozentualen Vergütung auf 2,0 % auf einen Wert in Höhe von 2,23 % fallen. Vergleicht man diesen Wert mit den Roherträgen unterschiedlicher Branchen im deutschen Einzelhandel, rangieren die Apotheken abgeschlagen hinter jeder Branche.



Die Apotheken in Stadt und Land werden das Vorfinanzierungsrisiko der hochpreisigen Arzneimittel nicht mehr tragen können. Sind 30 oder 40 Tage vorzufinanzieren, zehrt die Zinslast den 3 %igen Aufschlag plus Fixum schon heute weitgehend auf. Nicht ohne Grund laufen Patienten heute schon mit Verordnungen über hochpreisige Arzneimittel von Apotheke zu Apotheke. Das wirtschaftliche Risiko wird schlicht und ergreifend nicht mehr getragen. Vor diesem Faktum verschließt der Gesetzesentwurf die Augen.

Weitere Risiken im Falle der Abgabe von hochpreisigen Fertigarzneimitteln, wie die Nullretaxation aufgrund eines Formfehlers, das Verlustrisiko durch Verfall, Bruch oder bei Nichtabholung durch den Patienten und zusätzliche Versicherungen im Falle eines Stromausfalls (gegen dadurch bedingte Kühlkettenunterbrechung) etc. kommen zur Vorfinanzierungslast noch hinzu. Die Lohn- und sonstigen Kostensteigerungen der Apotheken sind in den letzten Jahren um mehr als 30 % gestiegen. Der Kammerbeitrag wird nicht am Apothekenertrag, sondern am Umsatz bemessen. Das alles ist schon heute nicht mehr aus dem bisherigen Apothekenhonorar für die hochpreisigen Fertigarzneimittel zu bestreiten, da es schon seit Jahren an einer Honoraranpassung fehlt. Das gilt erst recht, wenn der prozentuale Aufschlag wie im Entwurf vorgesehen, abgesenkt werden sollte.

Der Apothekenaufschlag muss für alle in der Apotheke abzugebenden Fertigarzneimittel so bemessen sein, dass die wirtschaftlichen Risiken davon gedeckt werden können und ein Gewinnanteil als Lohn der Apothekenleiterin oder des Apothekenleiters verbleibt. Diesem zwingenden Ansatz, eine Apotheke überhaupt führen zu können, wird man nur gerecht, wenn der prozentuale Aufschlag anstelle einer Absenkung angemessen erhöht wird.

b) Zu Art. 8 § 3 Abs. 1 S. 1 AMPreisV-E – Notdienstpauschale erhöhen, aber nicht zu Lasten der pharmazeutischen Dienstleistungen

Die Notdienstpauschalen zu erhöhen, ist notwendig und richtig. Hier haben Landapotheken durch zunehmende Schließungen in der Tat eine besondere Belastung, weil sie z.T. jede Woche Notdienst absolvieren müssen.

Die zusätzliche Vergütung jedoch aus dem Topf der pharmazeutischen Dienstleistungen durch Umwidmung zu gewinnen, ist ein Fehler und muss korrigiert werden. Der Entwurf für das Gesundes-Herz-Gesetz sieht sehr unterstützenswert vor, Apotheken in die Prävention und Früherkennung von Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabestes mellitus durch zusätzliche pharmazeutische Dienstleistungen einzubinden. Es ist ein gutes Signal, in die Prävention von Erkrankungen zu investieren und dabei auf die Kompetenz der Apothekerinnen und Apotheker zu setzen. Die damit einhergehenden Leistungen und die sich anschließende Beratung zu Lebensstilinterventionen müssen jedoch auch adäquat vergütet werden können. Dazu bedarf es des heutigen Vergütungsvolumens für die pharmazeutischen Dienstleistungen.

Daraus folgt, dass die richtigerweise anzuhebende Notdienstpauschalenvergütung nicht aus dem Vergütungsvolumen für pharmazeutische Dienstleistungen umverteilt gehört.



c) Zu Art. 8 § 3 Abs. 1 S. 2, 3 AMPPreisV-E – Festlegung des Fixums im Wege der Rechtsverordnung

Wir sehen keinerlei Mehrwert darin, das Fixum im Verhandlungsweg auf der Selbstverwaltungsebene festzulegen. Die Abgabepreise der Fertigarzneimittel sind so strikt und engmaschig reguliert, dass es keine echten Verhandlungsspielräume für die Selbstverwaltungspartner gibt.

Zuvorderst gehört es aber auch ordnungspolitisch in die gesundheits- und wettbewerbspolitische Verantwortung des Gesetz- und Ordnungsgebers, für die wirtschaftlichen Existenzbedingungen einer sicheren und in der Fläche vorhandenen Arzneimittelversorgungsstruktur für die Bevölkerung zu sorgen. Als Pendant dazu obliegt den Apotheken der entsprechende Versorgungsauftrag gemäß dem Apothekengesetz. Der Sicherstellungsauftrag als strukturell auch die Zukunft umfassende Ansatz für die ganze Versorgungsstruktur „Apotheke“ und das Wirtschaftlichkeitsgebot im SGB V als Maßgabe für das im Jetzt auszubehaltende Entgelt für eine bestimmte Leistung lassen sich inhaltlich nicht auf einen Nenner bringen.

Unseres Erachtens gehört die künftige Erhöhung des Fixums daher auch weiterhin auf die Rechtsverordnungsebene, zumal die nun genannten Anpassungskriterien (Sicherstellung der Arzneimittelversorgung der Bevölkerung, Verbraucherpreisindex, Grundlohnsumme) nicht zwischen den Akteuren der Selbstverwaltung verhandelt werden können. Es ist nicht ihre Aufgabe, Systementscheidungen wie den Fortbestand und die Entwicklung des Apothekenwesens auf der Vergütungsebene zu treffen, wie § 78 Abs. 2 AMG sehr klar formuliert.

Auf keinen Fall darf in § 3 Abs. 2 Satz ApBetrO-E von „Anpassung“ die Rede sein. Textlich muss abgebildet werden, dass es nur um eine „Erhöhung“ gehen kann. Klargestellt werden muss auch, dass § 78 Abs. 2 AMG unberührt bleibt.

d) Erhöhung der AMPPreisV-Zuschläge nach §§ 4, 5 AMPPreisV fehlt

Gar nicht bedacht worden ist im Referentenentwurf, dass die Apothekenzuschläge für Stoffe und für Zubereitungen aus Stoffen seit etlichen Jahren nicht mehr angepasst worden sind. Rezepturzuschläge von 3,50 EUR z.B. für das Herstellen eines Arzneimittels durch Zubereitung aus mehreren Stoffen bis zur Grundmenge von 500g bilden den Herstellungsaufwand nicht ansatzweise ab. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Krankenkassen die Zuschläge auch bei mehreren notwendigen Herstellungsvorgängen unter Berufung auf die aktuelle Regelung nur einmalig vergüten. Ebenso wenig sind 8,00 EUR angemessen, wenn es etwa um die Anfertigung von Tabletten bis zur Grundmenge von 50 Stück oder Zäpfchen bis zur Grundmenge von 12 Stück geht. Diese patientenindividuellen Anfertigungen von Arzneimitteln werden für Patienten, wie u.a. Kinder benötigt, für die gerade keine Fertigarzneimittel verfügbar sind.

Die letzten Jahre mit Lieferengpässen in so vielen verschiedenen Indikationen haben gezeigt, wie wichtig es ist, dass die Apotheken aus Ausgangsstoffen Arzneimittel herstellen und so versorgen können. Die Kosten der Herstellung und die angemessene Vergütung des dafür benötigten



Personals in der Apotheke muss aus der Vergütung für die Herstell- und Versorgungsleistungen bezahlt werden können.

Vor diesem Hintergrund müssen die Apothekenzuschläge in §§ 4, 5 AMPPreisV im Zuge der Apothekenhonorarreform angemessen angehoben werden.

3. Zum Impfangebot in Apotheken

Wir begrüßen zunächst, dass das Impfangebot in der Apotheke auf Totimpfstoffe ausgeweitet werden soll. Allerdings sind mit dem Referentenentwurf auch Einschränkungen für das Impfen in der Apotheke verbunden, die verfehlt sind.

So führt die Neuregelung in § 20c Abs. 1 S. 1 IfSG-E dazu, dass eine Grippeimpfung bspw. einem Rentner in der Apotheke angeboten werden kann, weil für ihn eine allgemeine Impfpflicht gilt, einer 50jährigen Berufstätigen jedoch eine Absage erteilt werden muss, auch wenn die entsprechende Impfung Satzungsleistung ihrer Krankenkasse ist.

Das ist nicht ausreichend durchdacht und wird dem gewünschten Effekt, der Bevölkerung ein niederschwelliges Impfangebot zu unterbreiten, nicht gerecht. Wir setzen uns dafür ein, das Impfen für alle erwachsenen Personen für im Entwurf adressierte Impfstoffe in der Apotheke generell zu gestatten.

Im Ergebnis möchten wir noch einmal wiederholen, dass das formulierte Ziel des Gesetzes, die Arzneimittelversorgung durch inhabergeführte Apotheken zu stärken und zu verbessern, durch die vorgelegten Regelungsvorschläge im Entwurf vollständig verfehlt wird. Wir sehen vielmehr, dass die Regelungsvorschläge das bestehende Apothekennetz und die sichere Arzneimittelversorgung in der Fläche erodieren werden. Wir bitten darum, den Entwurf grundlegend zu überarbeiten und stehen Ihnen sehr gern für den fachlichen Austausch dazu zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen


Heike Gnekow
Vorsitzende


Christiane Müller
Geschäftsführerin