

Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zum Entwurf eines Gesetzes für eine Apothekenhonorar- und Apothekenreform (Apotheken-Reformgesetz – ApoRG)



vorgelegt von der Freien Apothekerschaft e.V.

Die Freie Apothekerschaft e. V. vertritt über 1300 Mitglieder des eingetragenen Vereins mit ihren insgesamt ca. 2000 Haupt- und Filialapotheken.

Die Probleme der Apotheken vor Ort in Deutschland sind allseits bekannt, und daher wird diesbezüglich hier nicht noch einmal im Detail auf diese eingegangen. Vielmehr wird die Chance genutzt, sowohl Verbesserungsvorschläge als auch neue Ideen zu unterbreiten und bestimmte Vorschläge des Entwurfs kritisch zu hinterfragen. Außerdem werden in diesem Zusammenhang auf rechtliche wie tatsächliche Probleme hingewiesen.

Der Entwurf befasst sich mit verschiedenen Themen, auf die im Einzelnen eingegangen wird:

1. Pharmazeutische Kompetenzerweiterung:

Um die Versorgung in der Fläche zu gewährleisten und den Ärztemangel zu kompensieren, sollten für die Berufsgruppe der Apotheker Erleichterungen bei der Arzneimitteltherapie erfolgen:

- Ärzte legen die Therapie fest, verordnen die erforderlichen Wirkstoffe inkl. Dosierung, sodass in der Apotheke unter Berücksichtigung der Patienten-Compliance das bedarfsgerechte Arzneimittel und die Arzneiform festgelegt und abgegeben werden.
- Erweiterung des Impfangebots mit Totimpfstoffen, z. B. FSME (ist im Referentenentwurf enthalten und unterstützt insbesondere die junge pharm. Generation von

Apothekerinnen und Apothekern, präventiv zu arbeiten, und minimiert die Folgekosten innerhalb des Solidarsystems).

- Erweiterung der pharm. Dienstleistungen durch Apothekerinnen und Apotheker mit angemessener Vergütung, um dem erhöhten Beratungsaufwand gerecht zu werden, zur Entlastung der Arztpraxen und Minimierung der Folgekosten innerhalb des Solidarsystems:
 - Beratung bei der „Pille danach“, denn oft muss eine ärztliche Konsultation erfolgen oder es ist aufgrund von Unwissenheit die Anwendung nicht mehr möglich
 - Beratung bei Parasiten (Läuse, Würmer, Zecken)
 - Einweisung, Überprüfung, Problemlösung bei defekten techn. Geräten wie Blutzuckermessgerät, Blutdruckmessgerät, Inhaliergeräten, Milchpumpen
 - Beratung Familienplanung, Schwangerschaft, Stillprobleme, Verhütung
 - Automat. Versorgung der Diabetiker mit Teststreifen zur Blutzuckermessung, Nadeln und Lanzetten entsprechend ihrer Geräte, Pens und Stechhilfen zur Entlastung der Arztpraxen
 - Screening-Aktionen innerhalb der Bevölkerung (Blutzucker, Gesamtcholesterin, Blutdruck, Impfstatus, Knochendichtemessung, Covid19, Influenza A oder B, etc.)
 - Beratung zu online-Produkten, die der Patient sich bestellt hat, um Missbrauch-, Fehlgebrauch, Wechselwirkungen mit Dauermedikation zu verhindern (Senkung Folgekosten der Solidargemeinschaft)

Weiterhin sollte es unbedingt möglich sein, dass anhand des Medikationsplans die Abgabe kleinster im Handel befindlicher verschreibungspflichtiger Arzneimittel (RX) zur Akutversorgung über den Apotheker oder die Apothekerin möglich ist, um die Notfall- und Notdienstversorgung aufrecht zu erhalten und die Notfallzentren bzw. Bereitschaftspraxen zu entlasten. Ein Anwendungsfall könnte in der Situation zu sehen sein, wenn die Dauermedikation nicht bis zum nächsten Werktag reicht, um einen Arzt aufzusuchen. Dazu sollte es eine vorgegebene Liste geben mit Notfallspray (Salbutamol) bei Asthma, Schmerzmittel, Antibiotikum bei Blaseninfekten, Notfall-AM bei allergischen Reaktionen u./o. Insektenstichen, Verhütungsmitteln, Arzneimittel zur Herzprophylaxe. Die Finanzierung könnte durch den Patienten direkt erfolgen, da in den Apotheken zu der Zeit keine E-Verordnungen ausgestellt werden können, um die GKV zu entlasten. Die Eigenverantwortung des Patienten ist hier zu nutzen, und die finanzielle Belastung ist aufgrund der geringen Kosten dieser Arzneimittel minimal. Für alle diese Arzneimittelgruppen liegen generische und somit preiswerte Produkte vor.

2. Behebung des Fachkräftemangels:

Neben einer wesentlich besseren Vergütung, die nur über eine Anpassung des Fixaufschlages finanzierbar ist, müssen weitere Lösungen gefunden werden. Die Kompetenzerweiterung der Pharm.-Techn.-Assistenten (PTA) muss durch Zusatzzertifikate oder Aufbaustudien ermöglicht werden, um den Status der Pharm.-Ing. zu erreichen. Somit können diese mehr Verantwortung in Form von temporärer Vertretung des approbierten Personals übernehmen. Aufgrund der Digitalisierung kann der/die Apothekeninhaber/in bzw. Approbierte jederzeit mittels Face-to-Face Technik (sog. Telepharmazie) kontaktiert werden.

Die Telepharmazie ist im Entwurf enthalten, was wir prinzipiell begrüßen. Eine komplette Leitung einer Apotheke im Filialverbund bzw. als Zweigapotheke mit nur temporären Aufenthaltspflichten für approbierte Apothekerinnen und Apotheker lehnen wir ab. Zum einen ist das Risiko der Haftung für den Apothekeninhaber enorm groß. Darüber hinaus bestehen an dem im Entwurf enthaltenen Regelungskonzept zur Telepharmazie verfassungsrechtliche Bedenken, da es sich um eine wesentliche Modifikation des geltenden Apothekenrechts handelt, die dem demokratisch legitimierten Gesetzgeber vorbehalten ist und nicht in der Apothekenbetriebsordnung geregelt werden darf (vgl. dazu auch unten).

Es sollte die Möglichkeit von Fortbildungs- und Weiterbildungsmöglichkeiten für PTA in Bezug auf Impfungen geben, ähnlich wie bei MFA in Arztpraxen, die ein vergleichbares fachliches Niveau wie PTA aufweisen. Ferner sprechen wir uns für die Einführung der dualen Ausbildung der PTA deutschlandweit aus (ohne Schulgeld). Darüber hinaus sehen wir dringenden Bedarf für die Etablierung neuer Lehrstühle in den Ländern, um den PTA Aufstiegsmöglichkeiten innerhalb der Apotheke vor Ort zu ermöglichen. Hier kann die Ausbildung der Pharmazie-Ingenieure – sei es als Direkt- oder Fernstudium – zu Grunde gelegt werden.

In jedem Bundesland muss die Möglichkeit zum Hochschulstudium der Pharmazie gegeben sein. Zur Sicherstellung eines hohen Niveaus der Arzneimittelversorgung in Deutschland ist eine akademische Ausbildung unverzichtbar. Positiv bewerten wir die im Entwurf vorgesehene Verschneller- und Vereinfachung der Qualifikationsanerkennung zugezogener Fachkräfte.

3. Entlastung der Apotheken vor Ort

Eines unserer wichtigsten Anliegen ist der Abbau und die Entschlankung unnötiger Bürokratie und sinnbefreiter Dokumentationsaufgaben. Wir sprechen uns dafür aus, dem oder der Apothekenleiter:in wieder mehr Spielraum bei der Entscheidung zu geben, was zu dokumentieren ist. Wir wollen wieder zurück zu mehr Pharmazie und weniger Bürokratie.

Zur Entlastung der Apotheken sind die Notdienstgebiete zwingend zu vergrößern und zeitlich enger zu begrenzen. Dies kann mit Teilzeitdiensten ermöglicht werden. Zusätzlich sollte (ggf. in besonderen Fällen) eine Rufbereitschaft in Abkehr einer strikten Anwesenheitspflicht im Notdienst ermöglicht werden. Der oder die Inhaber:innen sollten idealerweise selbst entscheiden können, ob aufgrund der

zu erwartenden Inanspruchnahme der oder die notdienstleistende Apotheker:in permanent während des Notdienstes in der Apotheke vor Ort ist.

Eine unverbindliche Arzneimittelberatung in Akut- oder Notfällen sollte der Notfall-Nummer 116 117 deutschlandweit angeschlossen werden, besetzt mit Apothekern/Ärzten.

Weiterhin muss die Möglichkeit bestehen, dass das Labor inkl. Rezeptur innerhalb eines Filialverbundes verkleinert werden kann und im Ergebnis nur in einer Apotheke vorzuhalten ist, sofern der Filialverbund unmittelbar und zeitnah erreichbar ist. Vollwertige Apotheken sollten aufgrund von Pandemie und Versorgungsengpässen stets über ein Labor mit Rezeptur verfügen.

Es muss dabei aber die Möglichkeit bestehen, anstelle von Rezepturen auch Fertigware abgeben zu können, die der Verordnung entspricht, sofern keine pharm. Bedenken vorliegen. Dadurch sind Einsparungen innerhalb des Solidarsystems möglich, und das pharm. Personal könnte weitaus effizienter eingesetzt werden, sodass die pharm. Kompetenz innerhalb der Apotheke gesteigert wird.

4. Finanzierung der Apotheken und Anpassung des Apothekenhonorars

Alternativlos ist die sofortige Anpassung der Apothekenhonorare für die Apotheken vor Ort, die alle Leistungen bereitstellen, angefangen bei der Herstellung individueller Rezepturen, dem Nacht- und Notdienst, dem Vorhalten eines Notfallsortiments etc. . Wenn die seit langem geforderten Honoraranpassungen ausbleiben, können die Apotheken ihre Hauptleistungen nicht mehr wirtschaftlich erbringen. Dies hat unmittelbar zur Folge, dass deren Dienste durch andere Einrichtungen erbracht werden müssen, die kein pharmazeutisches Niveau haben. Das Ergebnis ist eine sinnlose Kostenumverteilung bei gleichzeitiger Qualitätsabsenkung zu Lasten der Solidargemeinschaft.

Die unterbliebene Anpassung des Fixums hat zur Folge, dass sich ein bereits bestehender Zustand unerträglicher Rechtswidrigkeit intensiviert. Dies hat das BVerfG für den Beruf des Notars bereits ausdrücklich festgestellt: *„Eine Verpflichtung, berufliche Leistungen für ein Entgelt zu erbringen, das erheblich unter diesen als angemessen geltenden Regelgebühren liegt, ist verfassungsrechtlich als Einschränkung der freien Berufsausübung zu beurteilen.“* (BVerfG, Beschluss vom 01.03.1978 – 1 BvR 786/70 u.a. Rn. 103 ff.). Durch die Herstellung eines angemessenen und damit verfassungsrechtlich nicht zu beanstandenden Zustandes könnten überdies künftige und aktuelle Klageverfahren sowie Nachforderungen vermieden werden, die den Haushalt vor enorme zusätzliche Herausforderungen stellen werden.

Das Fixum von aktuell 8,35 € muss sofort auf 12 € angepasst werden.

Alternativ könnte das Fixum auf 10,00 € festgesetzt und der in § 130 SGB V enthaltene Krankenkassenrabatt ersatzlos gestrichen werden. Letztere Alternative hätte den Vorteil einer erheblichen Entbürokratisierung für Apotheken und Krankenkassen. Durch die E-Rezepte ist es mittlerweile möglich, sofort mit den entsprechenden Krankenkassen abzurechnen.

Durch das Skonto-Urteil des BGH vom 08. Februar 2024 (BGH, Urteil vom 08. 02. 2024 – I ZR 91/23) ist eine Skontogewährung bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln durch den pharmazeutischen Großhandel und die Pharmazeutische Industrie nicht mehr möglich. Der BGH erklärte diese Praxis mit dem geltenden Apothekenrecht unvereinbar. Das die Apotheken einseitig belastende Skonto-Urteil ist durch eine Änderung der Arzneimittelpreisverordnung aufzuheben.

Laut Entwurf soll mit Wirkung zum 01.01.2027 eine Anpassung des Fixums durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) per Vereinbarung erfolgen. Die Verhandlungen sollen unmittelbar nach Inkrafttreten der entsprechenden Regelungen aufgenommen werden. Die Vereinbarungsparteien können im Rahmen der Verhandlungen ein gemeinsames Gutachten in Auftrag geben. Bei der Vereinbarung haben sie Anpassungen, insbesondere unter Berücksichtigung der Entwicklung der Versorgungssituation zur Sicherstellung einer flächendeckenden Arzneimittelversorgung und der Änderungen des Verbraucherpreisindex sowie der Grundlohnsumme zu beachten. Bis spätestens zum 30. Juni 2026 muss eine Vereinbarung für die Anpassung des Packungsfixums mit Wirkung zum 1. Januar 2027 vorliegen. Eine regelmäßige Anpassung des Fixums ist erforderlich, um die Fehler der letzten 20 Jahre nicht zu wiederholen.

Die stufenweise Absenkung des prozentualen Anteils der Apothekenvergütung von 3 Prozent auf 2 Prozent führt dazu, dass eine Vorfinanzierung der Arzneimittel insbesondere im Hochpreissegment nicht mehr finanzierbar ist. Die Zinsen für Zwischenfinanzierungen insbesondere bei innovativen oder höherpreisigen Arzneimitteln können damit nicht gestemmt und finanziert werden. Daher wird die Mehrheit der Apothekeninhaber:innen, die mit ihrem Privatvermögen haften, in eine noch größere Schieflage gelangen, da die Wenigsten finanzielle Reserven und Mittel haben, um Waren im Wert von mehreren tausend Euro vorzufinanzieren, zumal die Großhändler und die Industrie keine verlängerten Zahlungsziele anbieten und Skonti, wie gezeigt, für unzulässig erklärt wurden. In diesem Fall erwarten wir die Aufhebung des Kontrahierungszwanges.

Perspektivisch und einhergehend mit den rechtlich gebotenen Bestandsschutzregelungen sollte eine sukzessive Ankopplung der Apotheken an die Bedarfsplanung der Ärzteschaft angestrengt werden. Dabei ist zu beachten, dass das Scheinargument „Weniger Apotheken = Weniger Kosten“ gerade nicht verfängt. Denn die Existenz weniger Apotheken hat nur zur Folge, dass die Kosten umverteilt und in andere Statistiken fallen würden. Eine Ersparnis würde aus volkswirtschaftsrechtlicher Perspektive indes nicht eintreten. Der Bedarf für Leistungen der Apotheken wird aufgrund des demographischen Faktors überdies massiv zunehmen und wird nicht absinken.

Seitens der Politik und der GKV werden Apotheken nicht mehr verdienen, sondern mit der dort angegebenen Kalkulation noch mehr finanziell belastet.

Die Arzneimitteltherapien sind in den letzten 20 Jahren durch neue, innovative Arzneimittel immer fortschrittlicher geworden, was einen entsprechenden Beratungsbedarf erfordern wird, wobei aber die Compliance, die Therapietreue und Lebensqualität der Patienten massiv verbessert wird. Allein die Betrachtung der Behandlung von Diabetes mellitus zeigt, wie fortschrittlich die Entwicklungen

sind. Mit neuen Produkten brauchen sich die Patienten nur noch 1 Mal pro Woche zu spritzen, wohingegen früher bisweilen mehrere Spritzen täglich nötig waren.

Seit über 20 Jahren wurde die Eigenbeteiligung, also die gesetzliche Zuzahlung für die Arzneimittel – zu Lasten der GKV – nicht angepasst, nicht einmal der Inflation entsprechend. Über eine solche Anpassung kann sehr einfach und effektiv die Vergütung der Apotheken vor Ort gestärkt und umgesetzt werden. Die Löhne, die Besoldung, die Renten und Sozialleistungen innerhalb der Bevölkerung wurden über die letzten 20 Jahre immer wieder in regelmäßigen Abständen angepasst – eine Ausnahme stellen die Apotheken dar. Hier gilt die seit 2003 festgelegte und mit dem GMG in 2004 gültige Arzneimittel-Preis-Verordnung. Die einmalige Erhöhung im Jahre 2013 wurde durch den erhöhten Kassenrabatt aufgrund des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes kassiert.

Patienten, deren finanzielle Möglichkeiten begrenzt sind, werden durch die jeweilige Krankenkasse von der Zuzahlung befreit. Sie werden somit nicht belastet. Indes steigen die Arzneimittelausgaben laut GKV, wobei die tatsächlichen Ausgaben für die Apotheken vor Ort sinken und insgesamt unter 2 Prozent Gesamtausgaben der GKV liegen. Es ist nicht nachvollziehbar, weshalb an dieser Stelle zulasten der Apotheken nicht nachgesteuert wird. Der Vorschlag unsererseits zur Überarbeitung und Anpassung der gesetzlichen Zuzahlung wäre eine praktikable Möglichkeit zur Honorierung der Apotheken vor Ort. Diese erbringen alle Leistungen – von der Herstellung der individuellen Rezepturen bis hin zum Nacht- und Notdienst, was Versender gerade nicht ermöglichen.

Dem GKV-Spitzenverband liegen die konkreten Zahlen der Arzneimittelumsätze und -absätze vor, sodass es ohne weiteres möglich wäre, die Mehreinnahmen zu errechnen, die den Apotheken zugutekommen sollen. Es ist nachvollziehbar, dass Apotheken bei dem ihnen zukommenden und vom BVerfG mehrmals betonten (staatlichen) Versorgungsauftrag einen 20 Jahre vorgesehenen und nicht gezahlten Inflationsausgleich nachfordern.

Im Rahmen der Digitalisierung bezahlen die Kunden die Zuzahlung fast ausschließlich elektronisch (insb. Kreditkarte) oder auf Rechnung. Diese Zahlungswege kosten die Apotheken nicht unerhebliche Gebühren, die nicht erstattet werden. Für den damit einhergehenden Mehraufwand ist überdies keine Vergütung vorgesehen. Es ist unverhältnismäßig, dass stets mit dem Hinweis, in diesem sei alles eingepreist, auf das Honorar aus dem Jahre 2004 verwiesen wird. Viele (kostspielige) Tätigkeiten sind in den Jahren hinzugekommen, die 2004 noch nicht bekannt oder geplant waren.

Die innovative Arzneimitteltherapie mit der Vielzahl an „Hochpreisern“ muss zusätzlich dringend angepasst werden. Hierzu wäre auch eine Zusatz-Versicherung denkbar. Wer mehr als die Basis-Versorgung möchte, muss einen höheren Versicherungsbeitrag leisten. Bei den privaten Krankenkassen ist dies seit langem die Realität.

Im GKV-Bereich ist dies bei der Hilfsmittelversorgung seit den festgelegten Erstattungsbeträgen ebenfalls der Fall.

Beispiel: Inkontinenz-Versorgung

Wer mehr benötigt oder eine bessere Qualität für sich beansprucht, zahlt zusätzlich die Preisdifferenz zur gesetzlichen Zuzahlung. Um die Akzeptanz der Rabatt-Arzneimittel innerhalb der Bevölkerung weiter zu stärken, sollten diese grundsätzlich frei von der Zuzahlung sein.

Die Zuzahlung muss angepasst werden, weil die Preise der patentgeschützten Arzneimittel weiter steigen. Weiterhin muss dem Patienten die Wertigkeit seiner Medikation damit vermittelt werden.

Beispiel: Packungsgrößenbezogen

N1 = 5 €

N2 = 15 €

N3 = 30 € (entspricht oft Quartalspackungen, somit 10 €/Monat)

oder preisbezogen:

von 0,01 – 50,00 €	Zuz. 5 €
von 50,01 – 100,00 €	Zuz. 10,00 €
von 100,00 – 1000,00 €	Zuz. 15,00 €
von 1000,00 – 2000,00 €	Zuz. 20,00 €
von 2000,00 – 5000,00 €	Zuz. 25,00 €
ab 5000,00 €	Zuz. 30,00 €

Bei den Hilfsmitteln zum Verbrauch sollte die Zuzahlung von 10 % auf max. 20 % steigen, und Blutzuckerteststreifen sollten mit eingebunden werden.

Es darf überdies auch keine Rabattierung auf die gesetzliche Zuzahlung erfolgen, unabhängig vom Sitz der Apotheke, die dt. Patienten zu Lasten der GKV beliefert. Eine Absenkung der Mehrwertsteuer zur Entlastung der GKV ist umzusetzen, denn der Zugang zu Arzneimitteln für die Gesundheit der Bevölkerung ist wichtiger und essentieller als Luxusartikel mit abgesenkter Mehrwertsteuer.

Außerdem sprechen wir uns für eine längst überfällige Anhebung der Notdienstgebühr auf mind. 10 € pro Patient aus, die vom Patienten zu finanzieren ist. Dies dient auch der Vermeidung missbräuchlicher Inanspruchnahme des Notdienstes. Wir empfehlen das gleiche Handling bei Inanspruchnahme des ärztlichen Bereitschaftsdienstes. Vorreiter sind die Tierärzte mit wesentlich höheren Abrechnungsgebühren.

Die Erhöhung der Notdienstpauschale von 21 auf 28 Cent pro RX-AM wird mit einer Steigerung von 30 Prozent angegeben. Gleichzeitig erfolgt eine Kürzung um 35 Prozent der pDL-Pauschale von 20 auf

13 Cent pro RX-Packung. Wenn die pDL ausgebaut werden sollen, dann bedarf es dort finanzieller Sicherheit, die durch diese Kürzungen nicht mehr gegeben ist. Die Auszahlung der Beträge für erbrachte pharmazeutische Dienstleistungen ist priorisiert und budgetiert.

Auch wenn der Staat keine unbegrenzten finanziellen Möglichkeiten hat, sodass in dem Reformvorschlag nur finanzielle Kürzungen erkennbar sind, bedarf es einer strukturellen finanziellen Anpassung, um die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung aufrecht zu erhalten. Es bedarf dieser Anpassung auch, um Mitarbeitende besser bezahlen zu können, um die Digitalisierung im Gesundheitswesen weiter auszubauen und umzusetzen, um zukunftsorientiert investieren zu können, um neue Fachkräfte auszubilden und als mittelständische Unternehmen weiterhin für die Infrastruktur vor Ort präsent zu sein. Apotheken zahlen ihre Steuern in Deutschland, wohingegen Versender diese (mit einigen Ausnahmen) grds. im jeweiligen Land des Firmensitzes zu entrichten haben. Wir schaffen Arbeitsplätze, insbesondere für Frauen mit Teilzeit, um Familie und Beruf in Einklang zu bringen und zahlen alle in unser Solidarsystem ein. All dies tun ausländische Versandapotheken nicht, werden aber derzeit von der Politik unmissverständlich bevorzugt.

Außerdem möchten wir noch folgende Aspekte zur Verbesserung der finanziellen Situation der Apotheken in Deutschland anregen:

- Das Eintreiben der gesetzlichen Zuzahlung beim Patienten ist eine gesetzliche Inkassopflicht und kostet die Apotheken Geld.
Begründung: Pro Zuzahlungsbetrag wird für die Apotheke ein Aufschlag von 20% hinzugerechnet und über die Rechenzentren verrechnet. Die Bezahlung von Rezeptgebühren zieht einen finanziellen Aufwand nach sich. Jeder Zahlungsvorgang kostet Bankgebühren, die die Apotheken nicht erstattet bekommen. Zusätzlich sollen von den Apotheken die Zuzahlungsbefreiungen der GKV-Versicherten, die Erstellung von Quittungen und Jahresübersichten, aus denen sich ergibt, was der jeweilige Patient über einen Zeitraum von 12 Monaten bezahlt hat, geprüft werden. Die Krankenkassen könnten das theoretisch selbst aus ihrem System abrufen, verlangen aber von ihren Versicherten, die Belege bei den entsprechenden Leistungsanbietern im Gesundheitswesen als Nachweis einzufordern.
- Inkasso des Herstellerrabatts durch die Apotheken sollte wegfallen. Vielmehr sollten die Krankenkassen dies direkt mit den pharmazeutischen Unternehmen abrechnen.
Begründung: Bei Insolvenzen der pharmazeutischen Unternehmen müssen die Apotheken den Herstellerrabatt zusätzlich zum eigenen Rabatt an die Krankenkassen zahlen, entsprechend der Anzahl und Umsätze der verschreibungspflichtigen Packungen des insolventen Herstellers. Dies ist derzeit noch ein weiteres finanzielles Risiko für die Apotheken. Seit 2007 erhalten die gesetzl. Krankenkassen die ausgehandelten und geheimen Rabatte für alle RX-AM, die den aktuell über 39 000 Rabattverträgen unterliegen, direkt von den Vertragspartnern der pharm. Industrie.
- Retaxationen seitens der Krankenkassen sollten nur anteilig bei Fehlern, die durch die Apotheken selbst verursacht worden sind, erlaubt sein. Wenn der Versicherte mit dem korrekten Wirkstoff versorgt wurde, darf seitens der Krankenkasse nicht retaxiert werden.

Begründung: Wegen des wirtschaftlichen Risikos sollten diese auf den Einkaufspreis gedeckelt werden. Alle Formfehler, die nicht durch die Apotheke verursacht wurden, dürfen nicht mehr auf Kosten der Apotheken in Rechnung gestellt werden.

- Securpharm: Pro RX-AM 0,50 Cent. Begründung: JEDE Packung eines Arzneimittels muss 2x bearbeitet (=gescannt) werden: 1. beim Wareneingang und 2. Bei der Abgabe an den Patienten. Bei Entdeckung von Sicherheitsmängeln muss die Apotheke sofort einen strikt vorgegebenen Maßnahmenkatalog abarbeiten und alle entsprechenden Behörden informieren, um Schaden von der Bevölkerung unverzüglich abzuwenden.
- Die Lieferengpasspauschale muss angepasst werden (mind. 10 € pro Arzneimittel). In diesem Zusammenhang verweisen wir auf den seitens der Kanzlei BROCK MÜLLER ZIEGENBEIN in unserem Auftrag gestellten IFG-Antrag.
- Es wird empfohlen, eine Krankenkassenreform anzustreben. Begründung: 95 gesetzliche Krankenkassen sind mit ihren 125 000 Mitarbeitern teurer als aktuell noch 17500 Apotheken mit ca. 160 000 Mitarbeitern. Die Ausgaben der GKV für Verwaltung sind gegenüber den Apotheken mehr als doppelt so hoch. Apotheken liegen bei unter 1,9 Prozent der Gesamtausgaben der GKV. Viele Tätigkeiten können durch Digitalisierung und KI vereinfacht werden. Die 95 Krankenkassen zeigen keine individuellen Angebote im Leistungs- und Kostenbereich, ein Wettbewerb ist quasi ausgeschlossen. Weiterhin muss es möglich sein, dass Versicherte sich entsprechend auch bei ausländischen Krankenkassen versichern können, wenn Arzneimittel europaweit bestellt und von der GKV bezahlt werden. Das führt ebenso zu mehr Angeboten für den Patienten und Kosteneinsparungen aufgrund des Wettbewerbs, sodass die Krankenkassen gezwungen werden, sinnvoll mit den Versichertengeldern umzugehen und diese nicht zweckentfremden, siehe Werbung in Stadien, Preisausschreiben, Wellness-Wochenenden u.v.m..

5. Sicherstellung der flächendeckenden Apothekenversorgung

Neben der unterlassenen Honoraranpassung beruht der Rückgang der „Landapotheken“ vor allem auf allgemeinen infrastrukturellen (Standort-)Problemen. („Wo kein Bäcker, wo keine Praxis, da auch keine Apotheke“). Dieses Problem ist kein apothekenspezifisches Problem und kann daher auch nicht isoliert im Rahmen einer Apothekenreform betrachtet werden. Nur durch die Behebung dieser ganzheitlichen, infrastrukturellen Defizite können „Landapotheken“ überhaupt wieder perspektivisch in Eigenverantwortung betrieben werden.

In unterversorgten Gebieten sollten sog. Kompetenz-Apotheken gegründet werden. Kompetenz-Apotheken könnten neben den Aufgaben der öffentlichen Apotheke zusätzlich Aufgaben der Selbstverwaltung, Schulungen, Qualifizierungen und weitere Spezialaufgaben übernehmen. Hierzu haben die Verbände Vorschläge zu unterbreiten.

Strikt abzulehnen sind „Zweigapotheken“, die eine signifikante Qualitätsabsenkung bis hin zur Gesundheitsgefährdung darstellen und eklatant gegen den Schutzzweck des Apothekengesetzes verstoßen. In diesem Zusammenhang hat die Freie Apothekerschaft am Tag des Erscheinens des Referentenentwurfs eine gutachterliche Stellungnahme bei der Kanzlei BROCK MÜLLER ZIEGENBEIN in Auftrag gegeben, die dieser Stellungnahme beigelegt ist. Dr. Fiete Kalscheuer und Dr. Nicolas Harding haben die Vereinbarkeit geplanter „Light-Filialen“ nach § 3 Abs. 3a ApBertrO des Referentenentwurfs mit dem Apotheken- und Verfassungsrecht begutachtet.

Das Ergebnis des Gutachtens ist als Zitat abgedruckt:

„Die geplante Änderung der ApBertrO, durch die der Betrieb von Apotheken ohne Anwesenheitspflicht für approbierte Apotheker legalisiert werden soll, widerspricht dem Leitbild des deutschen Apothekenrechts in grundlegender Weise. In Anbetracht der Tatsache, dass der mit dieser Rechtsänderung einhergehende Paradigmenwechsel auf der Ebene einer Rechtsverordnung geplant wird, erweist sich die beabsichtigte Neuregelung in § 3 Abs. 3a ApBertrO (Ref-E) als unvereinbar mit höherrangigem Recht.

Dies gilt zum einen mit Blick auf die Vorschrift des § 7 Satz 1 ApoG, die den Betrieb und die Leitung einer öffentlichen Apotheke von der persönlichen Anwesenheit eines approbierten Apothekers abhängig macht. Der Widerspruch der geplanten Neuregelung und der Vorgabe in § 7 Satz 1 ApoG fällt zulasten der Neuregelung aus, die sich bereits aus diesem Grund als rechtswidrig erweist.

Zum anderen ist dem Vorbehalt des Gesetzes folgend für die geplante Rechtsänderung in jedem Fall eine parlamentsgesetzliche Regelung erforderlich. Die mit der Einführung der Telepharmazie und der Abkehr vom Leitbild der Präsenzapotheke einhergehenden (Abwägungs-)Fragen sind derart wesentlicher Natur, dass nur eine parlamentsgesetzliche Regelung ihrer Bedeutung und Tragweite gerecht werden kann.

Schließlich geht mit der geplanten Rechtsänderung auch ein nicht unerheblicher Grundrechtseingriff für die betroffenen Apotheker einher, der einer verfassungsrechtlichen Rechtfertigung nicht zugänglich sein dürfte, da es – nicht zuletzt auch mit Blick auf die mit der Neuregelung einhergehende Verminderung des Sicherheitsniveaus bei der Abgabe von Arzneimitteln – alternative Reaktionsmöglichkeiten für den Gesetzgeber gäbe, die mit weniger intensiver Eingriffswirkung verbunden wären.“

6. Klimaschutz und Nachhaltigkeit:

Im Zusammenhang mit dem Bestreben nach dringend notwendigem Klimaschutz und Nachhaltigkeit möchten wir folgende Denkanstöße einbringen:

- Minimierung der nass-chemischen Untersuchungen im Labor zur Überprüfung der Identität der Ausgangsstoffe. Analysenzertifikate des Herstellers müssen bindend sein.

- Alternativ Finanzierungsangebote und Förderungen des Staates zur Anschaffung eines IR-Spektrometers, um auf die unnötige Verwendung von Chemikalien zur Untersuchung der Ausgangsstoffe verzichten zu können.
- Recycling-System zur Aufarbeitung von Altarznei der Bevölkerung, abgelaufener Arznei- und Hilfsstoffe der Apotheke aus dem Labor- und Rezepturbereich inkl. Sammelstellen, finanziert über die Pharmaindustrie

7. Fazit

Die Aufgabe der flächendeckenden Versorgung mit Arzneimitteln mit Präsenzapotheken ist eine Herausforderung für alle an diesem System Beteiligten. Auch wir Apotheker:innen wollen in Zukunft die Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln wahrnehmen und den Anspruch der pharmazeutischen Kompetenz erfüllen.

Jeden Tag stellen wir in den öffentlichen Apotheken Neben- und Wechselwirkungen, Interaktionen, Doppelverordnungen und andere Fehler fest, die geklärt und dadurch Folgeschäden für Patienten und das Solidarsystem verhindert werden.

Bei einem Fall pro Woche und ca. 17 500 Apotheken in Deutschland entspricht das 910 000 Fällen pro Jahr. Wenn ein Fall pro Woche verhindert wird und der Patient nicht notärztlich im Krankenhaus mit stationärer Aufnahme und Untersuchungen versorgt werden muss, ersparen wir Apotheken vor Ort dem Gesundheitssystem einen Betrag von ca. 1,82 Milliarden Euro pro Jahr. Dieser Pauschale liegt eine nahezu unrealistische Pauschale von 2000 Euro/Fall zugrunde, mit der die Tätigkeit von Notarzt, Krankenwagen, Notaufnahme, entsprechenden Untersuchungen und die stationäre Aufnahme im Krankenhaus abgegolten werden.

Dieser Aspekt wird in der gesamten Debatte nie beleuchtet.

Wir bitten Sie, unsere Änderungsvorschläge in der Weiterentwicklung des Gesetzesvorhabens zu beherzigen.

Eine Etablierung eines „Runden Tisches“ mit der Maßgabe, dass zukünftige Gesetzesvorhaben zum Apothekenwesen von Anfang an mit den Apotheken vor Ort zu besprechen, ist eine Möglichkeit, Kompetenz und Planung zu vereinen, dass der Beruf der Apotheker und Apothekerinnen und damit die Stellung der Apotheke in der Gesellschaft weiterentwickelt wird. Die Apotheke genießt ein hohes Vertrauen und ist der soziale Kitt der Bevölkerung dieses Landes. Das hat sich in Not- und Krisenzeiten bewiesen. Die Freie Apothekerschaft ist bereit, daran mitzuarbeiten.

Daniela Hänel, 1. Vorsitzende
Cordula Eichhorn, stellvertretende Vorsitzende
Reinhard Rokitta, Vorstand
Freie Apothekerschaft e.V.
Geschäftsstelle Bünde
Eschstr. 42, D-32257 Bünde
vorstand@freieapothekerschaft.de
www.wir-sind-die-apotheke.de