

Bundesministerium für Gesundheit
Mauerstr. 29
10117 Berlin

z.H. Herrn Referatsleiter
Thiemo Steinrücken

Stellungnahme zum Referentenentwurf des BMG zum Apotheken- Reformgesetz – ApoRG

Der BVDAK e. V. nimmt zu den Vorschlägen des Bundesgesundheitsministeriums zu einem Apotheken-Reformgesetz vom 13. Juni 2024 wie folgt Stellung:

1

Der Referentenentwurf beinhaltet Licht und Schatten.

Die Problematik der unzureichenden finanziellen Wertschätzung der Apotheke und des freien Heilberufes als solchen bleibt auch im Referentenentwurf zum ApoRG weitgehend unberücksichtigt und wird vom BVDAK deutlich kritisiert.

A. Die Vergütung der stationären Apotheken in Deutschland wurde seit 01.01.2013 nicht angepasst. Ganz im Gegenteil, die Apotheken mussten durch § 130 Abs. 1a SGB V eine weitere Kürzung ihrer Vergütung hinnehmen. Zwar ist es ein Lichtblick, dass grundsätzlich in Zukunft eine regelmäßige Anpassung vorgesehen ist, so dass sich eine derartige *Durststrecke*, wie sie die Apotheken in den vergangenen zwölf Jahren erleben mussten, nicht wiederholen sollte. Nicht nachvollziehbar ist allerdings, dass trotz der insbesondere in der jüngeren Vergangenheit extrem gestiegenen Kosten des Betriebs einer Apotheke keine Erhöhung der Vergütung insgesamt vorgesehen ist, sondern es lediglich zu einer Umverteilung kommt, die an den Bedürfnissen vorbeigeht. Während

andere freie Heilberufler allein für 2024 einen Honoraranstieg von 3.85% verzeichnen dürfen, erhalten die Apotheken ungeachtet der Kostenexplosion der letzten 11 Jahre faktisch nichts.

B. Eine Apotheke ohne Apotheker lehnen wir grundsätzlich und entschieden ab.

Dies würde einen Systembruch bedeuten, der die bisher qualitativ hochwertige und flächendeckende Arzneimittelversorgung in Deutschland erodieren lassen würde. Die Leidtragenden wäre die gesamte Bevölkerung.

Ein Flugbegleiter darf auch kein Flugzeug fliegen, obwohl das Wort „Flug“ in seiner Berufsbezeichnung vorkommt. Nicht umsonst ist die Ausübung des Apothekerberufes an ein Studium geknüpft.

C. Positiv am Entwurf ist hervorzuheben, dass durch den Vorschlag der hohen Bürokratisierung des Apothekenberufs begegnet werden soll. Die Apothekenlandschaft ist, auch wenn alle Apotheken zur flächendeckenden Versorgung mit Arzneimitteln beitragen, in sich gleichwohl heterogener als das Gesetz es bisher vorsieht. Um den Unterschieden zwischen Apotheken, die sich auf besondere Versorgungsformen spezialisiert haben, sowie Apotheken, die in der Fläche die allgemeine Versorgung aufrechterhalten, gerecht zu werden, ist es erforderlich, insoweit den teilweise unterschiedlichen Anforderungen an den Betrieb der Apotheken gerecht zu werden. Dieses Bedürfnis nimmt der Referentenentwurf teilweise auf.

2

1. Endbürokratisierung und Sicherstellung der Versorgungsqualität

Es ist im Grunde nach den Vorschlägen im Referentenentwurf zuzustimmen, dass der Betrieb einer Apotheke vereinfacht werden kann und muss. Derartige Vereinfachungen dürfen jedoch nicht auf Kosten der Versorgungsqualität einhergehen.

Allgemein ist in vielen Bereichen zu beobachten, dass durch den Einsatz von technischen Lösungen versucht wird, für den Kunden ein höheres Maß an *Convenience* zu schaffen. Allein, aus Gründen der Convenience darf es im Gesundheitswesen im Allgemeinen und bei der Versorgung mit Arzneimitteln im Besonderen nicht zu Qualitätseinbußen kommen. Wie auch

der BGH (GRUR 2022, 391 Rz. 45 - Gewinnspielwerbung II) bereits anerkannt hat,¹ ist der Verbraucher häufig gar nicht in der Lage selbst zu erkennen, ob und welche Beratungsleistung er tatsächlich in seiner konkreten Situation benötigt. Insoweit ist festzustellen, dass das Bedürfnis nach einer qualitativ hochwertigen Beratung in der Apotheke zunimmt und nicht abnimmt. Denn gerade die teilweise nicht geprüften Angebote im Internet führen dazu, dass das Risiko der Bagatellisierung der Arzneimittelversorgung zunimmt, der durch eine Aufrechterhaltung eines hohen Qualitätsstandards entgegengetreten werden muss.

Daher sind die Vorschläge im Einzelfall dahingehend zu prüfen, ob sie das Risiko in sich bergen, dass es zu einer Bagatellisierung der Arzneimittelversorgung kommt oder ob auch unter Berücksichtigung der Änderungen die qualitativ hochwertige Versorgung, so wie sie in Deutschland nach wie vor in weiten Teilen aufrechterhalten wird, gewährleistet ist.

1.1. (+) Erleichterung bei Rezepturen:

Die Möglichkeit, sowohl die Identitätsprüfung von Ausgangstoffen als auch Rezepturen an sich zentral innerhalb eines Filialverbundes durchführen zu lassen, ist im Anschluss an die Rechtsprechung zu § 17 Abs. 6c Satz 2 Nr. 2 ApBetrO konsequent, wonach eine Konzentration der Rezepturerstellung innerhalb eines Filialverbundes zulässig ist (OVG Lüneburg, Beschl. v. 21. 02. 2017 – 13 LA 187/16).

Innerhalb von Filialverbänden im ländlichen Raum, in denen zwar regelmäßig Rezepturen nachgefragt werden, jedoch insgesamt das Aufkommen an Rezepturen überschaubar ist, führt die Möglichkeit der Konzentration sowohl bei der Herstellung als auch der Prüfung dazu, dass hier ein höheres Maß an Qualität gewährleistet wird.

¹ cc) Nach den Feststellungen des Berufungsgerichts werden Patienten, denen ein verschreibungspflichtiges Arzneimittel verordnet worden ist, durch die in Rede stehende Gewinnspielwerbung dazu verleitet, auf eine objektiv in ihrem Interesse liegende unaufgeforderte und umfassende Beratung in einer stationären Apotheke zu verzichten. Hat ein Arzt ein Arzneimittel verschrieben, ist zwar davon auszugehen, dass er den Patienten im Hinblick auf dieses Arzneimittel beraten hat und ihn insbesondere über Risiken und Nebenwirkungen des verschriebenen Arzneimittels aufgeklärt hat. Dies bedeutet jedoch nicht, dass in jedem Fall eine zweite unaufgeforderte Beratung durch einen Apotheker entbehrlich ist. Der Apotheker hat nach § 20 Abs. 2 ApoBetrO bei der Abgabe von Arzneimitteln an einen Patienten durch Nachfrage festzustellen, inwieweit dieser gegebenenfalls weiteren Informations- und Beratungsbedarf hat, und eine entsprechende Beratung anzubieten. Der Verzicht auf ein solches Beratungsangebot kann für einen Patienten, dem ein verschreibungspflichtiges Arzneimittel verschrieben worden ist, objektiv betrachtet unvernünftig sein, wenn nach einer Beratung durch den verschreibenden Arzt Fragen offengeblieben sind. Die Entscheidung des Patienten für den Bezug eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels bei einer in- oder ausländischen Versandapotheke statt bei einer stationären Apotheke, die eine objektiv benötigte Beratung leisten kann, soll nach der Zielsetzung des Heilmittelwerbegesetzes nicht durch aleatorische Reize beeinflusst werden.

Dagegen wird man nicht einwenden können, dass dies zu einer niedrigeren *Resilienz* führt nämlich in dem Fall, dass die Apotheke, aus welchen Gründen auch immer, ausfällt. Auch wenn in der jüngeren Vergangenheit etwa durch die Flutkatastrophen im Ahrtal und zuletzt in Bayern vereinzelt Apotheken beschädigt wurden, können derartige singuläre Ereignisse nicht begründen, flächendeckend in Deutschland Strukturen aufrechtzuerhalten, die über das Erforderliche insoweit hinausgehen.

Ungeachtet dessen wird selbst dann, wenn innerhalb eines Filialverbundes die Apotheke ausfällt, in der die Rezepturen hergestellt wurden, es ohne Probleme möglich sein, die Herstellung der Rezepturen kurzfristig in eine andere Apotheke des Filialverbundes zu verlegen und dort mittels des geschulten Personals aus der vorübergehend nicht zur Verfügung stehenden Apotheke die Versorgung sicherzustellen.

1.2. (+) Filialleitung durch zwei Pharmazeuten:

Wir sehen uns in unserer Forderung bestätigt, dass die Filialleitung in einer Apotheke auf zwei Pharmazeuten aufgeteilt werden kann. Der Beruf des Pharmazeuten ist wie kaum ein anderer akademischer Beruf durch Frauen in Teilzeittätigkeit geprägt. Dies ergibt sich bereits aus dem überproportionalen Anteil an weiblichen Studierenden. Während es aktuell bei den Landesapothekerkammern zu vollkommen unterschiedlichen Handhabungen kommt, da einige Aufsichtsbehörden mindestens 35 Stunden laut Arbeitsvertrag verlangen, andere sich jedoch mit weniger Stunden zufriedengeben, ist der nun aufgezeigte Weg ein wichtiger Schritt, nicht nur die Schwierigkeit bei der Besetzung von Filialposten zu lösen, sondern auch den Einsatz engagierter Pharmazeutinnen zu fördern.

1.3. (+) Flexibilisierung der Öffnungszeiten:

Die Anpassung von § 23 ApoBetrO entspricht der Forderung des BVDAK und ihr wird grundsätzlich ebenfalls voll zugestimmt. In der Tat ist eine höhere Flexibilität der Öffnungszeiten sinnvoll und dringend geboten, zumal aus den Möglichkeiten der Reduzierung der Öffnungszeiten ja nicht zwingend folgen wird, dass Apotheken sich durchgehend auf die Mindestöffnungszeiten beschränken. So wird jeder Inhaber

genau wissen, an welchen Tagen eine längere Öffnung erforderlich ist und wann – gegebenenfalls – geringere Öffnungszeiten zur flächendeckenden Versorgung ausreichen. Zwar ergibt sich diese Möglichkeit bereits jetzt in einigen Kammerbezirken und wird auf Landesebene umgesetzt. Da jedoch manche Landesapothekerkammern dies ohne substantielle Begründung verweigern, ist eine bundesweit einheitliche Regelung dringend geboten.

Durch die Flexibilisierung der Öffnungszeiten in § 23 ApoBetrO wird den berechtigten Interessen der Apotheken Rechnung getragen;

1.4. (+) Nacht- und Notdienst im Filialverbund:

Eine weitere Erleichterung in diesem Zusammenhang ist es, innerhalb des Filialverbundes den Nacht- und Notdienst auf eine Apotheke zu konzentrieren. Denn regelmäßig ist eine Apotheke innerhalb eines Filialverbundes besser ausgestattet oder besser zu erreichen, sodass hierdurch insgesamt Vorteile für die Versorgung und damit für die Bevölkerung entstehen. Teilweise beharren die Landesapothekerkammern und Behörden jedoch auch innerhalb eines Filialverbundes auf die gleichmäßige Leistung von Nacht- und Notdienst, was in Einzelfällen dazu führt, dass eine Filiale lieber geschlossen wird. Um dies zu vermeiden, muss § 23 Abs. 2 ApoBetrO entsprechend angepasst werden und ein Anspruch des Inhabers auch auf Verlegung des Notdienstes innerhalb des Filialverbundes formuliert werden, sofern die Apotheken sich in einem Notdienstbezirk befinden.

5

1.5. (-) Keine Apotheke ohne Apotheker:

Dagegen wird der Einführung des § 3 Abs. 3 a ApoBetrO, wonach eine Apotheke auch dann geöffnet sein kann, wenn erfahrende PTAs in der Apotheke anwesend sind und Pharmazeuten nur – bei Bedarf – im Wege der Telepharmazie zugeschaltet werden, ausdrücklich und nachhaltig widersprochen.

Gemäß der Anpassung in § 23 ApoBetrO soll sich eine Mindestöffnungsdauer von 39 Stunden pro Woche ergeben. Wenn insoweit nur noch über acht Stunden (!) ein Apotheker in der Apotheke persönlich anwesend sein muss, mithin nur ca. 20% der geöffneten Zeit, entspricht dies nicht mehr dem Leitbild einer Apotheke. Daran ändert auch die Möglichkeit; einen Apotheker im Rahmen der Telepharmazie hinzuzuziehen nichts.

Wie durch die Rechtsprechung anerkannt ist, besteht die Besonderheit der Arzneimittelversorgung darin, dass im persönlichen Gespräch der Beratungsbedarf erst eruiert wird. Das Vertrauen in einen niedrigschwelligen Zugang zu dieser Dienstleistung, das durch die persönliche Anwesenheit entsprechend geschulten Personals sichergestellt wird, geht aber verloren, wenn hier mittels eines Medienbruchs ein Apotheker überwiegend nur im Wege der Telepharmazie zugeschaltet wird.

Es besteht hier Anlass zur Sorge, dass hierdurch das Vertrauen der Kunden, die sich auf die pharmazeutische Qualität der Beratung in diesem Moment verlassen, in dem sie die Schwelle zur Apotheke überschreiten, verloren geht mit der Folge, dass dann möglicherweise noch mehr Kunden auf eine persönliche Beratung verzichten. Es zeigt sich jedoch täglich, dass gerade das persönliche Gespräch die Probleme identifiziert, die einer effektiven Versorgung mit Arzneimitteln und deren Anwendung entgegensteht. Dies gilt umso mehr, als durch die Zunahme telemedizinischer Dienstleistungen das Gespräch mit den Mitarbeitern der Apotheke der einzige persönliche Kontakt ist.

Eine Apotheke ohne Apotheker lehnt der BVDAK grundsätzlich und entschieden ab.

Zudem wird die im Ergebnis zu begrüßende Klarstellung von § 3 Abs. 5 a ApoBetrO, wonach auch anderes nicht pharmazeutisches Personal mit geeigneter Ausbildung und Kenntnissen in der Apotheke eingesetzt werden kann – und damit die Rechtslage vor dem 12.06.2012² wiederhergestellt wird –, zu einer gewissen Entspannung der Lage auf dem Apothekenmarkt führen. Neben den in der

² Auch nach § 3 Abs. 3 S. 2 ApoBetrO a.F. war dies bereits möglich.

Begründung genannten Personen gehören hierzu insbesondere auch Alten- und Krankenpflegerinnen, die insbesondere in Apotheken, die in der Heimversorgung tätig sind, eingesetzt werden können. Ärzte und MFAs könnten bei Impfungen eingesetzt werden. Eine gewisse Eingrenzung der Berufe durch die Apothekerschaft ist dabei zielführend.

1.6. **(-) Keine Gründung von Zweigapotheken:**

Die erleichterte Gründung von Zweigapotheken lehnen wir ab. Auch durch Zweigapotheken wäre eine deutliche Absenkung des Versorgungsniveaus zu erwarten. Nachdem das BVerwG in seiner Entscheidung vom 23.04.2020 (3 C 16.18) zudem die Möglichkeit des sogenannten lokalen Versandes mit Botenzustellung bestätigt hat, besteht das Bedürfnis einer Regelung des § 16a ApoG nicht, um solche Gebiete zukünftig über nur rudimentär ausgestattete Zweigapotheken zu versorgen. Dies gilt umso mehr, als es rechtssicher kaum möglich sein wird zu verhindern, die Existenz solcher zweitklassigen Apotheken nicht zuzulassen. Insoweit bestünde zu befürchten, dass auch andere Inhaber versuchen würden, solche Erleichterungen in Anspruch zu nehmen. Vor allem aber würden Inhaber von voll ausgestatteten Filialapotheken beginnen, diese zu schließen und in den unterversorgten Gebieten Zweigapotheken errichten. Hierdurch würde die Versorgungslage insgesamt verschlechtert. Sollte dennoch an Zweigapotheken festgehalten werden, so ist die Genehmigung, analog zu Rezeptsammelstellen, in die Selbstverwaltung der Apotheker zu legen.

7

1.7. **(+) Mehr pDIs, Impfungen und PoC-Tests bei besserem Honorar:**

Die Gesundheitspolitik fordert seit Jahren die Weiterentwicklung der Apotheken. Daher begrüßt es der BVDAK ausdrücklich, den Bereich der pharmazeutischen Dienstleistungen, Schutzimpfungen und der PoC-Tests weiter auszubauen. Die Apotheken haben während der Pandemie eindrucksvoll gezeigt, dass sie bereit sind, die Transformation der Apotheke zu begleiten und mitzugestalten. Die ApothekerInnen haben eindrucksvoll unter Beweis gestellt, dass sie mehr können, wenn sie nur dürfen. Dieser niedrigschwellige Zugang, auch am Freitag und am

Wochenende, wenn die Ärzte nicht mehr erreichbar sind, wird von der Bevölkerung ausdrücklich begrüßt. Zudem wird die Ärzteschaft, die ebenfalls einem fundamentalen Wandel unterliegt, spürbar entlastet.

Gerade bei PoC-Tests können Apotheken auch mit dem gezielten und hier absolut wünschenswerten Einsatz von **Telepharmazie und Telemedizin** unterstützen: Liefert ein Streptokokken-Test in 15 Minuten ein positives Ergebnis, so kann der Arzt - im Rahmen der Telemedizin konsultiert werden und dieser - unmittelbar ein eRezept ausstellen. Aber auch Kapazitäten für Schutzimpfungen sind ein wichtiger Bestandteil, etwa zum Schutz vor Frühsommer-Meningoenzephalitis, die sich ausweislich des Epidemiologischen Bulletins 9/2004 immer weiter ausweitet.

Zur Vergütung der geforderten Transformation: Die von der Politik geforderte Transformation kann aber nur dann gelingen, wenn sie finanzielle Anreize und Vergütungen zulässt. Der BVDAK stellt unmissverständlich fest, dass die bisherige Honorierung unbestritten vollkommen unzureichend ist. Diese neuen Dienstleistungen und Angebote sind aktuell unterfinanziert und müssen angemessen vergütet werden. Der BVDAK steht gerne zur Verfügung, unter Berücksichtigung der den Mitgliedern des BVDAK zur Verfügung gestellten Zahlen, eine angemessene Vergütung zu ermitteln. Eine an die Corona-Testverordnung angelehnte **PoC-Testverordnung** mit entsprechenden Abrechnungsmöglichkeiten ist unerlässlich.

Bei den **Schutzimpfungen** ist der Entwurf dahingehend abzuändern, dass sichergestellt ist, dass auch künftig Schutzimpfungen durchgeführt werden, die *„aufgrund einer Reise, des beruflichen Risikos, dem Vorliegen individueller gesundheitlicher Gefährdungen oder eines individuellen Verhaltens, das mit einem erhöhten Infektionsrisiko einhergeht“* möglich sein müssen. Sonst würden die unstrittigen Vorzüge eines niedrigschwelligen Angebotes durch die stationären Apotheken wieder und grundlos zunichte gemacht werden.

1.8. (+) **Bessere Zusammenarbeit mit Pflegediensten:**

Ein Aspekt, der aus Sicht des BVDAK ebenfalls dringend einer Regelung bedarf, ist die Zusammenarbeit von Apotheken mit Pflegediensten. Während die

Zusammenarbeit mit Heimen in § 12a ApoG geregelt ist, laufen Apotheken, denen Pflegedienste Verschreibungen vorlegen nach wie vor Gefahr, sich dem Vorwurf einer unzulässigen Absprache nach § 11 ApoG auszusetzen. Aufgrund der zunehmenden Bedeutung der Pflegedienste in einer älter werdenden Gesellschaft wäre es zu begrüßen, durch eine an die Vorgaben des § 12a ApoG angelehnte Vorschrift hier Rechtssicherheit zu schaffen.

2. Apothekenhonorar

Hinsichtlich der Vergütung sind die Vorschläge im Entwurf des ApoRG aus Sicht des BVDAK völlig inakzeptabel. Weniger finanzielle Wertschätzung gibt es fast nicht.

2.1. (+) Dringende Honoraranpassung notwendig:

Das Apothekenhonorar ist seit dem 01.01.2013 auf 8,35 EUR festgeschrieben und somit seit 11 ½ Jahren nicht angepasst worden.

Berücksichtigt man zudem den in § 130 Abs. 1a SGB V gestiegenen Kassenabschlag, ist es sogar zu einer Schlechterstellung der Apotheke gekommen. Gab es in den ersten Jahren dieser Zeitlinie zwischen 2013 und 2020 eine moderate Preissteigerung, hat diese in den Jahren 2021 bis 2023 massiv zugenommen. Die Zahlen sind allgemein bekannt. Insbesondere auch die Gehaltsabschlüsse in den Tarifverträgen für Apothekenmitarbeiter, die innerhalb dieses Zeitraums bei über 20% lagen – so wurde allein mit Wirkung für 2022 die Vergütung teilweise um über 10% angehoben. Zusätzlich sind Apotheken aufgrund der Vorgaben hinsichtlich der Raumtemperatur extrem energieabhängig, da sie stärker als in der Vergangenheit die Betriebsräume kühlen müssen. Dies gab Anlass zu der Erwartung, dass hier mehr Mittel für das System zur Verfügung gestellt werden.

Es ist sehr enttäuschend, durch den Gesetzentwurf erfahren zu müssen, dass der Gesetzgeber dem Apothekenpersonal keine Wertschätzung zukommen lässt und nicht einmal bereit ist, die Lohnsteigerung der Mitarbeiter auszugleichen und stattdessen lediglich eine Umverteilung innerhalb des Systems vorsieht.

Zwar wird durch die weiteren Leistungen, die Apotheken anbieten dürfen, was ausdrücklich begrüßt wird, für die Apotheke die Möglichkeit geschaffen, sich hier als niederschwelliger Anbieter von Schutzimpfungen und Gesundheitstests zu etablieren. Dies ist richtig und wichtig, um neben der flächendeckenden Versorgung mit Arzneimitteln ein hohes Gesundheitsschutzniveau aufrechtzuerhalten, da es zunehmend für Teile der Bevölkerung schwierig wird, Termine in Arztpraxen zu erhalten, zumal auch die Altersstruktur der Ärzteschaft den Zugang weiter verknappt wird.

Allein, der Vorrang der Arzneimittelversorgung, so wie in § 2 Abs. 4 ApoBetrO normiert, setzt voraus, dass auch die klassische Dienstleistung der Arzneimittelversorgung angemessen vergütet wird. Unter Berücksichtigung der Mitarbeiterkosten wäre eine sofortige **Erhöhung des Fixums um mind. 2,00 EUR auf 10,35 EUR** zu erwarten gewesen. Selbst diese Erhöhung hätte die Lohnkosten der Jahre 2013 - 2024 nicht ausgeglichen.

Wie sollen die Apotheken in Deutschland diese Transformation und Weiterentwicklung umsetzen, wenn durch fehlende Honorarerhöhungen auch die Gehälter der Mitarbeiter unberücksichtigt bleiben? Der Nacht- und Notdienstfonds (NNF) würde sich für eine wertschätzende Entlohnung geradezu anbieten. Gerne wird der BVDAK diesbezüglich seine Vorstellungen teilen.

2.2 (+/-) Arzneimittelpreisverordnung / Erhöhung des Fixums / Angedachte Honorarumschichtung:

Der Ansatz, das Fixum zu erhöhen, ist richtig. Allerdings scheint es nicht stimmig, gleichzeitig den prozentualen Anteil am Arzneimittelpreis zu senken. Es muss an dieser Stelle betont werden, dass Apotheken wirtschaftlich hohe Risiken tragen. Diese Risiken realisieren sich gerade bei der Abgabe hochpreisiger Arzneimittel. Bereits jetzt sind diese wirtschaftlichen Risiken für hochpreisige Arzneimittel tendenziell existenzgefährdend.

Zunächst müssen die Apotheken die Arzneimittel vorfinanzieren. Durch das sogenannte Skonto-Urteil des BGH vom 9. Februar 2024 steht der dabei zu erfolgende Kapitaleinsatz in keinem Verhältnis mehr zu dem, was hier an Ertrag vorgesehen ist. Dies gilt umso mehr, als Krankenkassen nach wie vor versuchen, derartige hochpreisige Verschreibungen zu retaxieren. Durch die geplante Änderung

wird es zu einer noch weiteren Verlagerung der Abgabe solcher Arzneimittel durch einige wenige Apotheken kommen, da kleinere Apotheken – die ja eigentlich gefördert werden sollen – aufgrund des nun noch geringeren Ertrages erst recht solche Arzneimittel nicht mehr abgeben werden.

Je nachdem wann die Verschreibung eingelöst wird, muss die Apotheke das Arzneimittel vorfinanziert werden. Wird der Wareneinsatz aus dem Kontokorrent vorfinanziert liegen die Sätze hier zwischen 8% und 12%, für kleine Apotheken teilweise sogar darüber. Bei einer Vorfinanzierung von einem Monat bei 12% geht somit allein die Hälfte des nach der geplanten Absenkung noch gewährten prozentualen Anteils hierfür drauf. Hinzu kommen die umsatzabhängigen Gebühren für Abrechnung sowie der ebenfalls umsatzabhängige – nicht gedeckelte – Kammerbeitrag. Bei einer deutlich unter einem Prozent liegenden Umsatzrendite wird ein vernünftiger Apothekeninhaber nachvollziehbarerweise versuchen, aufgrund des damit verbundenen Risikos solche Geschäfte zu vermeiden.

Zudem führt die im Entwurf angedachte Umverteilung des Honorars im Jahr 2025 und im Jahr 2026 keinesfalls dazu, dass Apotheken auf dem Land gestärkt werden. Aufgrund der Honorarumstellung wird keine Apotheke länger geöffnet haben. Die meisten Apotheken profitieren durch die angedachte Umschichtung im Rohertrag nur marginal. Die hochpreislastigen Apotheken werden belastet. Zahlen des BVDAK, die gerne zur Verfügung gestellt werden können, belegen unsere Aussage.

Wir sprechen uns daher für einen für alle Apotheken gleichbleibenden Sockelbetrag in Höhe von € 15.000 p.a. für jede Apotheke aus. Damit wird eine Gleichbehandlung der Apotheken sichergestellt und die etwas kleineren, eventuell ländlichen Apotheken profitieren überproportional. Die Abwicklung erfolgt analog über den Nacht- und Notdienstfonds durch Umlage auf Rx-Arzneimittel.

2.3. (+) Schutz vor Retaxationen:

Neben der Beibehaltung des Fixums ist es mehr als nur dringend geboten, einen noch weitergehenden Schutz vor Retaxierungen zu schaffen. Zwar wurden durch § 129 Abs. 4d SGB V insoweit erste Schritte in die richtige Richtung unternommen. Gerade mit Blick auf hochpreisige Arzneimittel sollte aber der Ausschluss der Absetzung des Arzneimittelpreises nach § 129 Abs. 4d S.2 SGB V die Regel sein. Anderenfalls wird

sich der Trend verstetigen, dass noch mehr Apotheken als bisher bei hochpreisigen Medikamenten sich mit Berufung auf Lieferengpässen oder anderen Einwänden ihrer Verantwortung der flächendeckenden Versorgung entziehen müssen, wenn es bei gleichbleibend hohen Risiken nunmehr noch unattraktiver wird, derartige Arzneimittel abzugeben.

2.4. (+) Schutz vor Insolvenzrisiko beim Herstellerrabatt:

An dieser Stelle fordert der BVDAK, einen Systemfehler in § 130 a SGB V zu beheben. Im Moment sieht diese Regelung vor, dass der Herstellerrabatt, den der pharmazeutische Unternehmer der gesetzlichen Krankenkasse zahlt, von der Apotheke eingezogen wird. Wenn es – so wie kürzlich³ – bei einem Anbieter hochpreisiger Arzneimittel zu einer Insolvenz kommt, trägt aber die Apotheke das Insolvenzrisiko, obgleich es sich um einen Abschlag zu Gunsten der gesetzlichen Krankenkasse handelt. Bei einem 7%igen Herstellerabschlag führt dies bei einem Präparat mit einem Wert von 20.000,- EUR zu einer Lücke von 1.400,00 EUR und damit zu einem Vielfachen dessen, was eine Apotheke erhält. Solche Risiken darf es nicht geben. Der BVDAK schlägt daher als Ergänzung zu den bisherigen Regelungen vor, § 130 a SGB V um folgenden Satz 9 zu ergänzen:

„Erstattet der pharmazeutische Unternehmer der Apotheke oder dem pharmazeutischen Großhändler den Abschlag aus Gründen, die die Apotheke oder der pharmazeutische Großhändler nicht zu vertreten hat, nicht, so erhalten die Apotheken oder pharmazeutische Großhändler den Betrag innerhalb von zehn Tagen nach dem Nachweis der fehlenden Zahlung durch die Krankenkasse erstattet“.

Es ist weder sachlich gerechtfertigt noch entspricht es dem Solidaritätsgedanken, dass eine einzelne Apotheke das Insolvenzrisiko eines Herstellers trägt, zumal die Apotheke sich vor derartigen Risiken aufgrund des Kontrahierungszwangs nicht schützen kann.

³ Am 01. April 2024 sind die Euger Biopharmaceutical und ihre Tochtergesellschaften in die Insolvenz gegangen. Dieses Unternehmen bringt das Präparat Zokinvy® (lonafarnib) auf den Markt, bei dem ApothekenVK EUR 23.039,53 beträgt.

2.5. (+) Anpassung des Fixums ab 2027:

Der Mechanismus zur Anpassung des Fixums über ein Gremium ist zwar insoweit zu begrüßen, als nunmehr nicht wieder 12 Jahre ins Land gehen dürfen, bis es zu einer Berücksichtigung steigender Lohn- und Betriebskosten kommt. Um jedoch zu verhindern, dass von Seiten der GKV gleichwohl die zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung mit Arzneimitteln gebotenen Anpassungen blockiert oder verzögert werden können, sollten die Parameter deutlicher herausgearbeitet werden. Es fehlt zudem das klare Bekenntnis der Politik, dass steigende Lohn- und Betriebskosten durch Anpassung des Honorars berücksichtigt werden müssen.

2.6. (+) Arzneimittelpreisverordnung / Skonti und Vergünstigungen:

13

Der § 2 „Großhandelszuschläge für Fertigarzneimittel“ der Arzneimittelpreisverordnung könnte vom Gesetzgeber schneller und unkomplizierter, als über das ApoRG, geändert und angepasst werden.

Dennoch sollte die Regelung zu Skonti und Vergünstigungen in der Arzneimittelpreisverordnung erweitert werden. Zur Regelung von Skonti und Vergünstigungen hält es der BVDAK für zielführend und dringend erforderlich, dass Skonti und Vergünstigungen auf allen Handelsstufen, also sowohl zwischen pharmazeutischem Großhandel und Apotheke, zwischen Hersteller und Apotheke, sowie Hersteller und pharmazeutischem Großhandel ausdrücklich erlaubt sein sollen. Derzeit besteht die Tendenz, dass Skonti und Vergünstigungen, die bisher kaufmännischen Gepflogenheiten unterlagen, auf allen Handelsstufen mit Hinweis auf das BGH-Urteil gestrichen werden.

Fazit:

Der Bundesverband Deutscher Apothekenkooperationen e.V. (BVDAK) regen dringend an, dass der Referentenentwurf in der jetzigen Form mit Berücksichtigung der oben genannten Punkte und Vorschlägen überarbeitet wird. Im Rahmen des Apothekenreformgesetzes sollte das Wohl der PatientInnen durch eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung durch Apotheken und die Schaffung einer wirtschaftlichen Basis für die selbständigen ApothekerInnen und deren Teams das primäre Ziel der vorgeschlagenen Maßnahmen sein.

Gilching, den 25. Juni 2024

gez. Dr. Stefan Hartmann