

Stand: 3. November 2023

ARGUMENTATIONSPAPIER DER ABDA

zum Plan des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)

zur

„VERSORGUNGSSICHERSTELLUNG

UND FACHKRÄFTESICHERUNG IN APOTHEKEN“

vom 27. September 2023



Apotheken stärken. Jetzt!

Vorbemerkung

Am 26. September 2023 berichtete die Frankfurter Allgemeine Zeitung (FAZ) über einen internen Plan des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zur Strukturreform des Apothekenwesens. In einer digitalen Zuschaltung zur Eröffnung des Deutschen Apothekertages in Düsseldorf am 27. September 2023 erläuterte Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach diesen Plan näher. Das BMG veröffentlichte daraufhin ein auf denselben Tag datiertes, ohne Absender versehenes, einseitiges Papier mit der Überschrift „Versorgungssicherstellung und Fachkräftesicherung in Apotheken“ (Anhang). Die einzelnen Punkte werden im Folgenden aus Sicht der ABDA bewertet.

I. GENERELLE BEWERTUNG DER BMG-VORSCHLÄGE

1. FRAGWÜRDIGER REGELUNGSANSATZ ZUR FÖRDERUNG DER FILIAL- UND ZWEIGAPOTHEKEN

- » Die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln ist aktuell im ganzen Bundesgebiet ausreichend gewährleistet. Gesundheitspolitisches Ziel muss es sein, die vorhandenen Apotheken zu stärken und wirtschaftlich zu stabilisieren, um die lückenlose Funktionsfähigkeit des Apothekennetzes aufrecht zu erhalten.
- » Es gibt kein lösungsbedürftiges Problem, auf das diese Regelungen reagieren.
- » Die „geringeren Struktur- und Personalanforderungen“ werden – aufgrund des damit verbundenen hohen wirtschaftlichen Risikos – nicht zu der erwarteten Gründung neuer Betriebsstätten in strukturschwachen Gebieten führen. Die damit unausgesprochen angenommenen finanziellen Erleichterungen wird es bei bestehenden Filial- und Zweigapotheken nicht geben, weil diese Ausstattung in den Apotheken schon vorhanden ist.
- » Die Regelungen stehen im Widerspruch zur Absicht des Bundesministeriums für Gesundheit, die flächendeckende Versorgung mit Arzneimitteln auch mittelfristig sicherzustellen. Unverzichtbar bleibt aber die Anpassung der Vergütungen der Apotheken zum Ausgleich der enormen Kostensteigerungen. Die letzte geringfügige Anpassung ist im Jahr 2013 erfolgt, woraus sich dringender Nachholbedarf ergibt, der in den Plänen des BMG unberücksichtigt geblieben ist.

2. GEFÄHRDUNG DER FUNKTION DER APOTHEKEN

- » Mit der beabsichtigten Neuregelung wird der Pflichtenkatalog für Filialapotheken reduziert. Dies geht zu Lasten ihrer Funktionalität im regionalen Umfeld.
- » Filialapotheken, in denen Rezepturarzneimittel nicht hergestellt werden können, sind auch nicht geeignet, Nacht- und Notdienstfunktionen wahrzunehmen. Die Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln verschlechtert sich aufgrund längerer und zeitintensiverer Anfahrtswege während dieser Zeiten.
- » Das in den Filialapotheken beschäftigte Personal wird entprofessionalisiert.
- » Die Zahl der Ausbildungsstätten für den pharmazeutischen Nachwuchs wird reduziert, da in Betriebsstätten mit geringeren Anforderungen und Ausstattung nicht ausgebildet werden kann.

3. WETTBEWERBSVERZERRUNGEN ALS FOLGE

- » Filialapotheken (und Zweigapotheken) mit erleichterten Anforderungen erfüllen die Gemeinwohlpflichten schlechter, werden aber strukturell und wirtschaftlich bevorzugt.
- » Der Verdrängungswettbewerb zu Gunsten von Betriebsstätten mit niedrigerer Leistungsfähigkeit und damit niedrigerer Versorgungsqualität wird gefördert.

II. ZU DEN EINZELNEN VORSCHLÄGEN

1. FILIAL- UND ZWEIGAPOTHEKEN

1.1 Anzahl zulässiger Filialapotheken pro Hauptapotheke

Aktuelle Rechtslage

Ein Apotheker darf derzeit eine (Haupt-)Apotheke mit bis zu drei Filialapotheken betreiben (§ 1 Abs. 2 Apothekengesetz – ApoG).

Vorschlag des BMG

Erhöhung der Anzahl möglicher Filialapotheken pro Hauptapotheke.

Bewertung

Der Vorschlag wird abgelehnt.

Begründung

- » Die Möglichkeit, mehr als drei Filialen zu betreiben, führt zu keiner Verbesserung der Flächendeckung in der Arzneimittelversorgung. Nur ein sehr kleiner Teil der Inhaberrinnen und Inhaber nutzt die volle Zahl der zulässigen Filialen aus (348 = 2,7 Prozent der Inhaber/innen). Selbst wenn diese 348 Inhaberrinnen und Inhaber jeweils eine weitere Apotheke eröffnen würden, wäre der Effekt auf die Versorgung verschwindend gering. Es ist auch nicht davon auszugehen, dass diese politisch erwünschten Neugründungen gerade dort entstehen, wo sie im Zweifel benötigt werden, d. h. in dünn besiedelten Regionen mit schrumpfender Infrastruktur.
- » Auch mit den vorgeschlagenen „Erleichterungen“ ergeben sich keine betriebswirtschaftlichen Anreize, neue Filialen zu gründen (siehe auch Abschnitt 1.3). Im ersten Halbjahr 2023 wurden sogar mehr Filialapotheken geschlossen als eröffnet. Auch niedrigere Anforderungen an ihren Betrieb würde die Gründung zusätzlicher Filialapotheken in strukturschwachen Regionen nicht wesentlich begünstigen. Haupt- und Filialapotheken müssen in räumlicher Nähe zueinander liegen, d. h. innerhalb desselben Kreises oder derselben kreisfreien Stadt oder in einander benachbarten Kreisen oder kreisfreien Städten.

Die räumliche Begrenzung der Betriebsstätten hat der Gesetzgeber als notwendig

erachtet, „um dem Betreiber der Apotheken die persönliche und somit effektive Kontrolle der Filialapotheken zu ermöglichen. Damit soll auch weiterhin die persönliche Verantwortung des Apothekers für seine Apotheke gestützt und die Beeinflussung durch Dritte verhindert werden. [...] Die zahlenmäßige, geographische und auf den Mehrbesitz ausgerichtete Eingrenzung ist auch deshalb berechtigt, da mit Fremdbesitz von öffentlichen Apotheken in einem Gesundheitssystem wie dem deutschen keine verlässlichen Erfahrungen vorliegen, die im Hinblick auf den Verbraucherschutz, die Arzneimittelsicherheit und die Versorgungssicherheit notwendig sind“ (BT-Drucksache 15/1525, Seite 160).

- » Bei mehr als vier Betriebsstätten (Hauptapotheke plus drei Filialen) ist dem/der Apothekenleiter/in die Wahrnehmung seiner/ihrer persönlichen Verantwortung für die Apotheken nicht mehr vollständig möglich.

1.2 Zweigapotheken

Aktuelle Rechtslage

Nach § 16 Abs. 1 ApoG kann die zuständige Behörde im Falle eines Notstandes in der Arzneimittelversorgung dem Inhaber einer nahegelegenen Apotheke auf Antrag die Erlaubnis zum Betrieb einer Zweigapotheke für einen Zeitraum von fünf Jahren erteilen. Sie wird nach § 16 Abs. 3 ApoG für einen Zeitraum von fünf Jahren erteilt, kann jedoch danach erneut erteilt werden.

Ergibt sich sechs Monate nach öffentlicher Bekanntmachung eines Notstandes, dass weder ein Antrag auf Betrieb einer Apotheke noch einer Apotheke gestellt worden ist, kann die zuständige Behörde die Erlaubnis zum Betrieb einer Apotheke unter Leitung eines von ihr anzustellenden Apothekers erteilen (§ 17 ApoG).

Vorschlag des BMG

Vereinfachte Gründung von Zweigapotheken in strukturschwachen Gebieten

Bewertung

Der Vorschlag wird abgelehnt.

Begründung

- » Wenn ein Notstand in der Arzneimittelversorgung besteht, kann die Einrichtung einer Zweigapotheke auch heute schon problemlos erfolgen. Voraussetzung ist, dass ein Apothekenleiter in diesem Gebiet eine Zweigapotheke gründen möchte, was immer auch mit einem wirtschaftlichen Risiko verbunden ist. Vereinfachungsbedarf besteht dabei nicht. Wenn dagegen kein Notstand in der Versorgung besteht, gibt es auch keinen Grund, von den allgemein geltenden Bedingungen für die Gründung einer Apotheke Ausnahmen zu machen. Dass es im Grundsatz keinen Notstand gibt, zeigt die seit Jahren mehr oder weniger konstante, äußerst geringe Zahl an Zweigapotheken in Deutschland. Im Jahr 2022 gab es 11 Zweigapotheken in ganz Deutschland.

- » Der Gesetzgeber hat aus gutem Grund vorgesehen, dass bei einem Notstand in der Arzneimittelversorgung als ultima ratio eine „Gemeindeapotheke“ errichtet werden kann, sofern sechs Monate nach Bekanntmachung eines Notstandes kein Apotheker einen Antrag auf Betrieb einer Apotheke oder Zweigapotheke gestellt hat. Die geringe Zahl der Zweigapotheken (s. o.) sowie die Tatsache, dass es seit Bestehen dieser Regelung unseres Wissens keine „Gemeindeapotheke“ gegeben hat bzw. gibt, zeigen deutlich, dass es im Grundsatz keinen Notstand in der Arzneimittelversorgung gibt.

1.3 Erleichterte räumliche Anforderungen an Filial- und Zweigapotheken

Aktuelle Rechtslage

Nach § 4 Abs. Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) muss eine Apotheke, d. h. Haupt- und Filialapotheke gleichermaßen, wie folgt ausgestattet sein:

- » Offizin
- » Laboratorium
- » Ausreichend Lagerraum
- » Nachtdienstzimmer
- » Grundfläche mindestens 110 m²

Eine Zweigapotheke hingegen muss mindestens aus einer Offizin, ausreichendem Lager-raum, einem Rezepturarbeitsplatz und einem Nachtdienstzimmer bestehen. Das Erfordernis der Mindestgröße von 110 m² entfällt (Vergleich siehe nachfolgende Tabelle).

Anforderung ApBetrO	Filialapotheke	Zweigapotheke
Grundfläche 110 m ²	☒	☒
Offizin	☒	☒
Ausreichend Lagerraum	☒	☒
Laboratorium	☒	☒
Rezepturarbeitsplatz	☒	☒
Nachtdienstzimmer	☒	☒

Vorschlag des BMG

Erleichterte räumliche Anforderungen für Filial- und Zweigapotheken: Pflicht zur Vorhaltung eines Labors, eines Rezepturerstellungsplatzes und eines Notdienstzimmers entfällt.

Bewertung

Der Vorschlag wird abgelehnt.

Begründung

- » Das Laboratorium ist zur Herstellung von Arzneimitteln, soweit diese nicht am Rezepturarbeitsplatz erfolgt, zur Herstellung von Prüfmitteln sowie zur Prüfung und Untersuchung von Arzneimitteln und Prüfmitteln bestimmt.
- » Die Ausdünnung der Apotheken, die aufgrund der räumlichen Anforderungen Rezepturarzneimittel herstellen können, verschlechtert die Versorgung der Bevölkerung. Beispielhaft seien genannt die Herstellung der Rezepturarzneimittel für Kinder in Dosierungen, die als Fertigarzneimittel nicht zur Verfügung stehen, oder Rezepturarzneimittel bei Lieferengpässen von Fertigarzneimitteln.
- » Apotheken, die kein Notdienstzimmer haben, können zwangsläufig nicht an diesem Dienst teilnehmen, da dieses aus Gründen des Gesundheits- und Arbeitsschutzes zwingend notwendig ist.
- » Apotheken, die Rezepturarzneimittel nicht herstellen können, können auch nicht am Nacht- und Notdienst teilnehmen. Damit werden die Apotheken mit Vollausrüstung stärker belastet. Gleichzeitig wird das flächendeckende Netz der Notdienst-habenden Apotheken ausgedünnt. Dies verschlechtert durch längere Anfahrtswege die Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln.
- » Pharmazeutisches Personal, das in Apotheken arbeitet, die kein Laboratorium und keinen Rezepturarbeitsplatz haben, wird entprofessionalisiert, da es keine Möglichkeit hat, die Herstellung und Prüfung von Arzneimitteln praktisch durchzuführen.
- » Apotheken, die kein Laboratorium und keinen Rezepturarbeitsplatz haben, können kein pharmazeutisches Personal ausbilden, da die Herstellung und Prüfung der Arzneimittel Gegenstand der praktischen Ausbildung sind. Das Netz der Apotheken, die ausbilden wird, ausgedünnt. Die Ausbildung dürfte aufgrund längerer Anfahrtswege zu ausbildenden Apotheken an Attraktivität verlieren. Dies gilt insbesondere für nicht urbane Gebiete mit schlechter Verkehrsanbindung.

1.4 Zusammenfassung

- » Die Erhöhung der Zahl möglicher Filialapotheken wird nicht zu einer Verbesserung der Versorgung insbesondere in Räumen mit vergleichsweise geringer Apothekendichte führen, somit keinen Beitrag zur Sicherstellung der flächendeckenden Arzneimittelversorgung leisten.
- » Bei mehr als vier Betriebsstätten ist dem/der Apothekenleiter/in die Wahrnehmung seiner/ihrer persönlichen Verantwortung für die Apotheken nicht mehr vollständig möglich.
- » Das Instrument der Zweigapotheke reicht aus, um auf Notstände in der Arzneimittelversorgung zu reagieren.
- » In Gegenden, in denen eine Apotheke, d. h. auch eine Zweigapotheke wirtschaftlich nicht tragbar ist, können Rezeptsammelstellen und Botendienste die Versorgung sicherstellen.
- » Filialapotheken mit geringeren Anforderungen als Vollapotheken werden einen Konkurrenzdruck erzeugen, den letztere wirtschaftlich nicht aushalten werden. Dies wird zur Umwandlung von Vollapotheken in Filialapotheken oder gar Schließung von Vollapotheken führen. Die Flächendeckung wird noch geringer und die Qualität der Versorgung sinkt.
- » Die Erfahrungen aus anderen Ländern, wie Dänemark, zeigen, dass Apotheken nach

der Erweiterung des Mehrbesitzes fast immer in stark frequentierten Lagen und in Stadtnähe, nicht jedoch in strukturschwachen Gebieten, gegründet werden.

- » In Kombination mit der Idee, die virtuelle Erreichbarkeit eines Apothekers oder einer Apothekerin ausreichen zu lassen, werden sich keine rechtlich durchgreifenden Argumente gegen Abgabeautomaten mehr ergeben. Derzeit illegalen Versorgungsmodellen (Beispiel Hüffenhardt), bei denen die Beratung durch einen approbierten Apotheker umgangen werden sollte, wird dann ein neues Einfallstor geöffnet. Dies würde der Trivialisierung des Arzneimittels mit ihren negativen Folgen für den Schutz vor Gesundheitsrisiken weiter Vorschub leisten.

2. FACHKRÄFTESICHERUNG

2.1 Erweiterte Vertretungsmöglichkeiten für PTA

Aktuelle Rechtslage

Der Apothekenleiter hat die Apotheke persönlich zu leiten (§ 7 ApoG, § 2 Abs. 2 ApBetrO). Eine Apotheke darf nur geöffnet sein und betrieben werden, wenn der Apothekenleiter, ein anderer Apotheker oder eine nach § 2 Abs. 6 Satz 1 ApBetrO vertretungsberechtigte Person anwesend ist (§ 3 Abs. 3 ApBetrO). Außer Apothekern können vertretungsberechtigte Personen Pharmazieingenieure oder Apothekerassistenten sein.

§ 7 Abs. 3 des Gesetzes über den Beruf der pharmazeutisch-technischen Assistentin und des pharmazeutisch-technischen Assistenten (PTAG) stellt klar, dass pharmazeutisch-technische Assistent/innen (PTA) zur Vertretung in der Leitung einer Apotheke nicht befugt sind.

PTA arbeiten grundsätzlich unter Aufsicht eines Apothekers oder einer Apothekerin (§ 3 Abs. 5 ApBetrO). Die Pflicht zur Beaufsichtigung kann unter bestimmten Voraussetzungen im Einzelfall entfallen. Dies gilt allerdings nicht

- » bei der Herstellung von Arzneimitteln zur parenteralen Anwendung,
- » beim Patientenindividuellen Stellen oder Verblistern,
- » bei der Abgabe von Betäubungsmitteln
- » bei Arzneimitteln mit Lenalidomid, Pomalidomid oder Thalidomid sowie
- » bei der Abgabe von importierten Arzneimitteln nach § 73 Abs. 3 Arzneimittelgesetz.

Vorschlag des BMG

Erweiterte Vertretungsmöglichkeiten für erfahrene PTA in Filial- und Zweigapotheken bei Nutzung technischer Einrichtungen zur Videokonsultation (Telepharmazie).

Bewertung

Der Vorschlag wird abgelehnt.

Begründung

- » PTA haben derzeit keine Vertretungsbefugnis, deshalb können sie auch keine „erweiterten Vertretungsbefugnisse“ erhalten.
- » Der/die Apothekenleiter/in ist verpflichtet, seine Apotheke persönlich und in eigener Verantwortung. Er/sie bestimmt die wesentlichen pharmazeutischen und wirtschaftlichen Betriebsvorgänge. Kann er/sie seiner Leitungsfunktion vorübergehend nicht nachkommen, muss er sich durch eine/n Apotheker/in vertreten lassen. Pharmazieingenieure/innen und Apothekerassistent/innen sind unter bestimmten Voraussetzungen zwar ebenfalls vertretungsberechtigt. Dies ist jedoch nicht in ihrer Qualifikation begründet, sondern aufgrund erworbener Rechte. Auch bei PTA kann nicht davon ausgegangen werden, dass sie aufgrund ihrer Qualifikation den/die Apothekenleiter/in mit allen Pflichten eigenverantwortlich vertreten können.
- » Die pharmazeutischen Anforderungen sind in Haupt-, Filial- und Zweigapotheken identisch und hoch. Die Ausbildung zur PTA in Kombination mit „Erfahrung“ reicht nicht aus, um in jedem einzelnen Fall den Beratungsbedarf bei Patientinnen und Patienten richtig einzuschätzen. Insofern ist es ein Trugschluss, dass erfahrene PTA in Filial- oder Zweigapotheken den/die Apothekenleiter/in fachlich vertreten können.
- » Es ist realitätsfern anzunehmen, dass PTA, die eine Filialapotheke leiten, bei Bedarf sofort eine/n Apotheker/in in einer anderen Apotheke per Videokonsultation erreichen, da diese/r dort selbst vielfältige Aufgaben wahrnehmen muss.
- » Es wäre ein Widerspruch, wenn PTA eigenverantwortlich den/die Apotheker/in in einer Filiale vertreten dürfen, gleichwohl eine telepharmazeutische Kommunikation mit einem/r Apotheker/in als notwendig erachtet würde. Dies lässt den Schluss zu, dass das BMG selbst Zweifel an der Befähigung der PTA zur Leitung einer Filial-/oder Zweigapotheke hat. Leitung bedeutet, dass alle damit verbundenen Pflichten eigenverantwortlich erbracht werden.

2.2 Flexibilisierung Öffnungszeiten

Rechtslage

Die Apotheken sind nach § 23 ApBetrO grundsätzlich zur ständigen Dienstbereitschaft verpflichtet. Ausnahmen bestehen

- aufgrund der Befreiung von der Dienstbereitschaft eines Teils der Apotheken in den Zeiten des Nacht- und des Notdienstes an Wochenenden und Feiertagen und
- aufgrund von Befreiungen für die Dauer der ortsüblichen Schließzeiten, der Mittwochnachmittage, Sonnabende oder der Betriebsferien und, sofern ein berechtigter Grund vorliegt, auch für andere Zeiten, wenn die Arzneimittelversorgung in dieser Zeit durch eine andere Apotheke, die sich auch in einer anderen Gemeinde befinden kann, sichergestellt ist.

Die Befreiungen erteilt die zuständige Landesbehörde nach ihrem Ermessen.

Apotheken, die aufgrund von Ausnahmeregelungen zeitweise nicht dienstbereit sein müssen, können geöffnet bleiben, soweit nicht die Ladenschlussgesetze nach Landesrecht die Öffnungszeiten begrenzen.

Vorschlag des BMG

Ermöglichung flexibler Öffnungszeiten, um diese an Personalressourcen und Bedürfnisse der Versorgung vor Ort anzupassen.

Bewertung

Der Vorschlag ist diskussionswürdig, wobei die Pflicht zur Dienstbereitschaft nicht zu Lasten der Versorgung der Bevölkerung gehen darf.

Begründung

- » Es ist in vielen Fällen möglich, die Öffnungszeiten von Apotheken zu reduzieren, ohne eine allgemeine Verschlechterung der schnellen und wohnortnahen Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln herbeizuführen. In diesen Fällen ist die Reduzierung der Öffnungszeiten daher vertretbar und kann zu einer deutlichen Verbesserung der Wirtschaftlichkeit des Apothekenbetriebs beitragen.
- » Die Erlaubnis zur Reduzierung der Öffnungszeiten wird bereits heute in vielen Kammerbezirken durch Ausnahmegenehmigungen (in der Regel im Wege der Allgemeinverfügung) herbeigeführt. Ob hierzu weiterer Regelungsbedarf besteht, kann diskutiert werden.

2.3 Neugründungen durch im Ausland approbierte Apothekerinnen und Apotheker

Aktuelle Rechtslage

Apotheker, die ihr Diplom im Ausland erworben haben, dürfen eine Apotheke nur betreiben, wenn diese seit mindestens drei Jahre besteht (§ 2 Abs. 2 ApoG). Dies gilt nicht, sofern der Apotheker bereits mindestens drei Jahre ununterbrochen in Deutschland seinen Beruf ausgeübt hat (§ 2 Abs. 2a ApoG).

Die Regelung setzt Artikel 21 Abs. 4 der Berufsqualifikations-Richtlinie (2005/36/EU in der aktuellen Fassung). Dieser zu Folge sind die Mitgliedstaaten nicht verpflichtet, Ausbildungsnachweise für die Errichtung von neuen, der Öffentlichkeit zugänglichen Apotheken zuzulassen. Als solche gelten auch Apotheken, die zu einem weniger als drei Jahre zurückliegenden Zeitpunkt eröffnet wurden. Diese Ausnahmeregelung darf auch nicht auf Apotheker angewandt werden, deren förmliche Qualifikationen bereits durch die zuständigen Behörden des Aufnahmemitgliedstaats für andere Zwecke anerkannt wurden, und die tatsächlich und rechtmäßig die beruflichen Tätigkeiten eines Apothekers mindestens drei Jahre lang ununterbrochen in diesem Mitgliedstaat ausgeübt haben.

Vorschlag des BMG

Möglichkeit der Neugründung für approbierte Apothekerinnen und Apotheker, die ihre Prüfung außerhalb Deutschlands bestanden haben.

Bewertung

Dem Vorschlag wird grundsätzlich zugestimmt.

Begründung

- » Der Wegfall dieser Regelung im Apothekengesetz steht nicht im Widerspruch zum EU-Recht.
- » Gleichwohl dürfte der Effekt auf den Arbeitsmarkt aus mehreren Gründen insgesamt gering sein.

2.4 Fachkräfte aus dem Ausland

Aktuelle Rechtslage

Während des Verfahrens zur Anerkennung ihres Diploms in Deutschland dürfen ausländische Fachkräfte nicht als pharmazeutisches Personal arbeiten, da sie erst den Nachweis der Gleichwertigkeit ihres Diploms mit demjenigen in Deutschland führen müssen. Auch befinden sie sich nicht in der Ausbildung zu einem Beruf, der Ausübung pharmazeutischer Tätigkeiten erlaubt (§ 1a Nr. 2 in Verbindung mit § 3 Abs 5 ApBetrO).

Vorschlag des BMG

Möglichkeit der Neugründung für approbierte Apothekerinnen und Apotheker, die ihre Prüfung außerhalb Deutschlands bestanden haben.

Bewertung

Dem Vorschlag wird grundsätzlich zugestimmt.

Begründung

Jede noch so kleine Verbesserung auf dem angespannten Arbeitsmarkt ist hilfreich. Die Effekte werden nicht allzu groß sein, weil es sprachliche, aber auch soziale Barrieren gibt und auch in anderen Ländern ein Mangel an qualifiziertem Personal besteht.

4. HONORIERUNG

Aktuelle Rechtslage

Die Vergütung der Apotheken für die Arzneimittelversorgung im GKV-Bereich wird im Wesentlichen bestimmt durch: die Zuschläge nach der Arzneimittelpreisverordnung, die Sonderentgelte nach der Arzneimittelpreisverordnung, das Honorar für pharmazeutische Dienstleistungen, und die Botendienstpauschale sowie die Notdienstpauschale nach dem Apothekengesetz.

Vorschlag des BMG

Reform der Apothekenvergütung, um Honoraranreize für strukturschwache Standorte zu schaffen.

Bewertung

Bevor nicht für alle Apotheken eine auskömmliche betriebswirtschaftliche Situation durch Erhöhung des Fixums geschaffen ist, sind anderweitige Vorschläge zur Veränderung der Vergütung abzulehnen. Danach und in Ergänzung sind Honoraranreize für Standorte in strukturschwachen Regionen diskussionswürdig.

Begründung

- » Die Leistung aller Apotheken, nicht nur derjenigen in strukturschwachen Gebieten, wird aktuell nicht angemessen vergütet. Alle Apotheken sind von massiven Kostensteigerungen (Personal- und Sachkosten) betroffen, während die Vergütung seit 2013 nicht mehr angepasst wurde. Die Anhebung der allgemeinen Vergütung auf ein angemessenes Niveau würde ausreichen, um das bestehende, heute noch ausreichende Versorgungsnetz für die Zukunft hinreichend zu stabilisieren.
- » Differenzierungen zwischen „normalen“ und „strukturschwachen“ Regionen sind kaum praktikabel und führen zu Rechtsunsicherheit. Die Voraussetzungen für ein „strukturschwaches Gebiet“ sind schwer zu definieren. Die bereits bestehende Voraussetzung „Notstand in der Arzneimittelversorgung“ beschreibt die Problematik deutlich exakter und ist zudem bereits heute direkt auf der regionalen Ebene handhabbar. Wenn sich der Status als „strukturschwaches Gebiet“ ändert, müssten die damit verbundenen Privilegien wieder aufgehoben werden. Diese Planungsunsicherheit hindert die angestrebte Investition in die Gründung von Zweigapotheken.

6. ENTBÜROKRATISIERUNG

Aktuelle Rechtslage

Regelungen, die bürokratischen Aufwand verursachen, finden sich in einer Vielzahl von Einzelgesetzen und -verordnungen.

Vorschlag des BMG

Weitere Befugnisse der Apotheken beim Austausch von Kinderarzneimitteln der Dringlichkeitsliste: Austausch der Darreichungsform, Anfertigung und Abrechnung von Rezepturen (Pflegestudiumsstärkungsgesetz).

Prüfung weiterer Möglichkeiten zur Entbürokratisierung bestehender Regelungen im Apothekenalltag

Bewertung

Grundsätzlich trifft das Vorhaben zur Entbürokratisierung auf Zustimmung und Unterstützung. Die ABDA hat bereits entsprechende Wege und konkrete Vorschläge aufgezeigt.

Begründung

- » Vgl. ABDA-Stellungnahme zum entsprechenden Änderungsantrag zum Pflegestudiumsstärkungsgesetz vom 25. September 2023 sowie das Schreiben der ABDA an das BMG vom 28. Juni 2023 (im Anhang)

Onepager vom Bundesministerium für Gesundheit vom 27. September 2023

Versorgungssicherstellung und Fachkräftesicherung in Apotheken

Es besteht Handlungsbedarf, um die flächendeckende Versorgung mit Arzneimitteln mittelfristig zu sichern. Die Versorgung ist derzeit sichergestellt, jedoch wird sie im ländlichen Bereich häufig von nur wenigen Apotheken übernommen. Der Fachkräftemangel, ein wachsendes Stadt-Land-Gefälle in der Bevölkerung sowie die Abwanderung in andere Beschäftigungszweige können perspektivisch zu Versorgungseinschränkungen in der Fläche führen. Entsprechend sollen zeitnah Rahmenbedingungen geschaffen werden, die eine Gründung von Apothekenstandorten mit geringeren Struktur- und Personalanforderungen erleichtern. Das BMG plant daher die Umsetzung der folgenden Maßnahmen:

1. Förderung von Filial- und Zweigapotheken

- » Erhöhung der Anzahl möglicher Filialapotheken pro Hauptapotheke sowie vereinfachte Gründung von Zweigapotheken in strukturschwachen Gebieten.
- » Erleichterte räumliche Anforderungen für Filial- und Zweigapotheken: Pflicht zur Vorhaltung eines Labors, eines Rezepturherstellungsplatzes und eines Notdienstzimmers entfällt.

2. Fachkräftesicherung

- » Erweiterte Vertretungsmöglichkeiten für erfahrene PTA in Filial- und Zweigapotheken bei Nutzung technischer Einrichtungen zur Videokonsultation (Telepharmazie).
- » Ermöglichung flexibler Öffnungszeiten, um diese an Personalressourcen und Bedürfnisse der Versorgung vor Ort anzupassen.
- » Möglichkeit der Neugründung für approbierte Apothekerinnen und Apotheker, die ihre Prüfung außerhalb Deutschlands bestanden haben. Fachkräfte aus dem Ausland können im Anerkennungsverfahren bereits wie Auszubildende für pharmazeutische Tätigkeiten eingesetzt werden.

3. Honorierung

- » Reform der Apothekenvergütung, um Honoraranreize für strukturschwache Standorte zu schaffen.

4. Entbürokratisierung

- » Weitere Befugnisse der Apotheken beim Austausch von Kinderarzneimitteln der Dringlichkeitsliste: Austausch der Darreichungsform, Anfertigung und Abrechnung von Rezepturen (Pflegestudiumsstärkungsgesetz).
- » Prüfung weiterer Möglichkeiten zur Entbürokratisierung bestehender Regelungen im Apothekenalltag.

Zeitplan: Vorlage ausgearbeiteter Vorschläge in Q4/23-Q1/24; Gesetzliche Umsetzung bis vss. Q3/24 möglich