



Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

zum

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Apothekenversorgung (Apothekenversorgung-Weiterentwicklungsgesetz – ApoVWG)

sowie

zum Referentenentwurf einer Zweiten Verordnung zur Änderung der Apothekenbetriebsverordnung und der Arzneimittelpreisverordnung

Stand: 31.10.2025

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeiner Teil	3
2. Kommentierung des Entwurfs eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Apothekenversorgung (Apothekenversorgung-Weiterentwicklungsgesetz – ApoVWG)	5
• Zu Artikel 1 Nummer 1 b) § 129 SGB V	5
• Zu Artikel 1 Nummer 1 c) § 129 SGB V.....	6
• Zu Artikel 1 Nummer 1 g) § 129 SGB V	7
• Zu Artikel 1 Nummer 4, 5 und 6 §§ 341, 346 und 352 SGB V	8
• Zu Artikel 6 Nummer 2 § 48 a) und b) Arzneimittelgesetz	10
3. Kommentierung des Entwurfs einer Zweiten Verordnung zur Änderung der Apothekenbetriebsordnung und der Arzneimittelpreisverordnung	11
• Zu Artikel 2 Nummer 2 § 3 Arzneimittelpreisverordnung.....	11
• Zu Artikel 2 Nummer 3 § 3a Arzneimittelpreisverordnung	13
• Zu Artikel 2 Nummer 5 § 5 Arzneimittelpreisverordnung.....	15
• Zu Artikel 2 Nummer 6 § 7a Arzneimittelpreisverordnung	16

1. Allgemeiner Teil

Apotheken sind eine tragende Säule der Gesundheitsversorgung. Patient:innen müssen sich jederzeit auf eine schnelle und zielgenaue Versorgung mit Arzneimitteln verlassen können – sowohl in strukturstarken als auch in strukturschwachen Regionen. Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) unterstützt daher grundsätzlich die Zielsetzung der Gesetzentwürfe, die Apotheken zu stärken und ein flächendeckendes Apothekennetz in Deutschland, und besonders auf dem Land, erhalten zu wollen.

Hinsichtlich der Sicherung der Arzneimittelversorgung in strukturschwachen Regionen schlagen die Entwürfe mit vielen Regelungen die richtige Richtung ein. Durchaus hilfreich für Apotheken in strukturschwachen Regionen ist die geplante Erhöhung der Nacht- und Notdienstpauschale sowie die Einführung von Zuschüssen für Teilnotdienste. Positiv hervorzuheben ist, dass die Finanzierung der Pauschalen zumindest teilweise über die Umverteilung der Gelder zur Erstattung pharmazeutischer Dienstleistungen (pDL) erfolgen soll. In diesem Zusammenhang bleibt jedoch offen, wofür die vorhandenen Gelder im Fonds für pDL stattdessen aufgewendet werden sollen. Derzeit sind ca. 500 Millionen Euro aus den Beitragsgeldern der Versicherten im Fonds für pDL gebunden. Vor dem Hintergrund der finanziellen Situation der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) müsste der Fonds für pDL eigentlich aufgelöst und die Gelder an die Krankenkassen zurückgeführt werden. Alternativ könnten die aufgelaufenen Mittel für geleistete Notdienste verwendet werden, ohne dass, wie im Referentenentwurf zum ApoVWG vorgesehen, weitere 0,20 Euro pro Packung erhoben werden müssen. Unter der Annahme, dass die Vergütung für Notdienste verdoppelt werden soll, könnten die Notdienste darüber für ca. drei Jahre finanziert werden.

Positiv mit Blick auf den Erhalt von Apotheken in ländlichen Räumen ist auch die geplante Flexibilisierung der Vorgaben zur Gründung und zum Betrieb von Apotheken, und dass Apotheker:innen ihren Pharmazeutisch-Technischen Assistent:innen (PTA) für einen begrenzten Zeitraum die Apothekenleitung übertragen können, wenn diese eine Zusatzqualifizierung erworben haben.

Besonders problematisch sind dagegen die geplanten erweiterten Möglichkeiten für Apotheker:innen, von einer wirtschaftlichen Arzneimittelauswahl abzuweichen und mit in der Apotheke vorrätigen wirkstoffgleichen Arzneimitteln zu versorgen. Mit der geplanten Regelung könnte die Rabattvertragssystematik, die mit jährlichen Entlastungen von 6,2 Milliarden Euro effektiv zu einer wirtschaftlichen Versorgung beiträgt, vollständig unterlaufen werden. Die Versorgung mit Arzneimitteln wäre damit vom Lagerbestand einer Apotheke und dem Einkaufsverhalten der Apotheker:innen abhängig und setzt den Fehlanreiz, mit unwirtschaftlichen Arzneimitteln zu versorgen. Das Ergebnis wäre eine erhebliche Verteuerung der Versorgung. Schon ein leichter Rückgang der umgesetzten Rabattverträge von beispielsweise 20 Prozent würde die GKV mit 1,25 Milliarden Euro pro Jahr belasten. Darüber hinaus besteht durch die Rabattverträge aktuell eine hohe Planungs- und Versorgungssicherheit, die mit der Neuregelung eben-

falls nicht aufrechterhalten werden könnte. Fragwürdig ist auch die vorgesehene Möglichkeit zur Abgabe verschreibungspflichtiger Arzneimittel ohne ärztliche Verordnung. Bisher ist nicht klar geregelt, wer die Kosten des Arzneimittels und die Aufwandspauschale von fünf Euro für die Apotheke tragen soll. An dieser Stelle ist eine gesetzliche Klarstellung notwendig, dass Medikamente, die auf diesem Weg abgegeben werden, ausschließlich auf Selbstzahlerbasis abgegeben werden und eine nachträgliche Erstattung der Kosten durch die GKV ausgeschlossen ist.

Begrüßt wird, dass das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) vor dem Hintergrund der angespannten finanziellen Situation in der GKV auf die im Koalitionsvertrag angekündigte Erhöhung des Packungsfixums verzichtet. Die in diesem Zusammenhang alternativ angedachte Einführung einer Verhandlungslösung zur Vereinbarung der Apothekenhonorare in den Händen der Selbstverwaltung ist klar zu bevorzugen. Offen bleibt jedoch, wie die im Verordnungsentwurf genannten Leitplanken konkret in die Verhandlungen einbezogen werden sollen, um einen unverhältnismäßigen Ausgabenanstieg in der GKV zu vermeiden. An dieser Stelle ist eine Konkretisierung notwendig, damit die Verhandlungen konstruktiv geführt und unkalkulierbare finanzielle Risiken vermieden werden können.

Ohnehin sind Mehrkosten für die GKV wahrscheinlich. Diese entstehen vor allem durch den erweiterten Auswahlspielraum der Apotheken zur Versorgung mit vorrätigen (womöglich unwirtschaftlichen) Arzneimitteln. Kurz- und mittelfristig könnten Rabattvertragseinnahmen reduziert werden, die unverzichtbar für die Kontrolle der Arzneimittelausgaben sind.

Der vdek begrüßt auch die Zielrichtung, die Kompetenz von Apotheker:innen bei pharmazeutischen Fragestellungen stärker zu nutzen. Die Erbringung von Leistungen zur Verbesserung der Sicherheit und Wirksamkeit einer Arzneimitteltherapie durch Apotheker:innen wird daher grundsätzlich befürwortet. Gleiches gilt für die Befugniserweiterung zur Verabreichung von Schutzimpfungen, die einen wichtigen Beitrag dazu leisten kann, die niedrigen Impfquoten in Deutschland deutlich zu erhöhen. Maßnahmen der Prävention und Früherkennung sind hingegen nicht per se pharmazeutische Tätigkeiten. Ein konkreter Patientennutzen ist zudem zu bezweifeln, sodass die Erbringung von Leistungen im Präventionsbereich abgelehnt wird.

Grundsätzlich muss bei der Definition pharmazeutischer Dienstleistungen der Patientennutzen im Vordergrund stehen. Dazu sollte die Selbstverwaltung weiterhin den Auftrag haben, entsprechende Leistungen zu vereinbaren. Die geplante gesetzliche Vorgabe konkreter pDL lehnen wir ab. Dies beschneidet die Kompetenzen der Selbstverwaltung und kann die bewährten Qualitätsmaßstäbe des SGB V umgehen. Insgesamt darf bei pDL nicht die Frage im Vordergrund stehen, welche Leistungen Apotheker:innen wirtschaftlich stärken könnten. Vielmehr müssen Leistungen angeboten werden können, bei denen tatsächliche Versorgungsprobleme bestehen und für deren Erbringung Apotheker:innen die nötigen Kompetenzen vorweisen können.

2. Kommentierung des Entwurfs eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Apothekenversorgung (Apothekenversorgung-Weiterentwicklungsgesetz – ApoVWG)

Zu Artikel 1 Nummer 1 b)
§ 129 SGB V

Beabsichtigte Neuregelung

Apotheken sollen die erweiterte Möglichkeit bekommen, von den Vorgaben zur wirtschaftlichen Arzneimittelauswahl abzuweichen und ein in der Apotheke **vorrätiges** wirkstoffgleiches Arzneimittel abzugeben. Diese Regelung ist auf ein Jahr befristet und soll evaluiert werden.

Bewertung

Die nochmals erweiterten Abgabemöglichkeiten durch Apotheken werden abgelehnt. Damit könnte die Rabattvertragssystematik vollständig unterlaufen werden und die wirtschaftliche Versorgung würde vom Lagerbestand bzw. dem Einkaufsverhalten der Apotheke abhängen. Die Bereitschaft von pharmazeutischen Herstellern, sich an einer Ausschreibung zu beteiligen, könnte in der Folge erheblich sinken und die Rabattvertragsinnahmen wären gefährdet.

Darüber hinaus könnte die Regelung Konfliktpotenzial bei der Abrechnungsprüfung bergen, da die Krankenkassen keine Informationen über die Lagerbestände von Apotheken haben.

Die geplante Evaluation ist essenziell, müsste allerdings zeitlich an die Umsetzung der Regelung angepasst werden. Mit der jetzigen Formulierung ist der Bericht bereits vorzulegen, wenn noch der Evaluationszeitraum läuft.

Änderungsvorschlag

Streichung.

Zu Artikel 1 Nummer 1 c)
§ 129 SGB V

Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht einen Ausschluss von Null-Retaxationen vor, wenn, wie in Absatz 4c vorgegeben, ein verordnetes Arzneimittel entgegen den Regelungen aus dem Rahmenvertrag durch ein im Lager befindliches ausgetauscht wird.

Bewertung

Die Regelung wird abgelehnt, da somit die Systematik von Rabattverträgen unterlaufen werden würde. Die enthaltenen Vorgaben sind zudem interpretationsfähig, sodass zu erwarten ist, dass eine Einigung der Vertragspartner auf Fälle, in denen die Arzneimittelsicherheit nicht wesentlich tangiert ist, schwer umzusetzen sein wird.

Änderungsvorschlag

Streichung.

Beabsichtigte Neuregelung

Apotheken sollen mit neuen zusätzlichen pDL stärker in die Prävention und Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus und tabakassoziierten Erkrankungen eingebunden werden. Während die Definition der Leistungen der pDL bisher in den Händen der Vereinbarungspartner in der Selbstverwaltung liegt, entfällt diese Gestaltungsmöglichkeit der Selbstverwaltung durch die gesetzliche Vorschrift der aufgeführten neuen Leistungen. Ebenso soll es zukünftig möglich sein, bestimmte pDL ärztlich zu verordnen. Die Apotheke wird verpflichtet, die Durchführung dieser pDL in der elektronischen Patientenakte (ePA) zu dokumentieren, sofern dies technisch möglich ist. Zudem soll die Apotheke den behandelnden Arzt über die Durchführung der pDL informieren, wenn erforderlich.

Bewertung

Grundsätzlich gilt, dass neue Leistungen für die Versicherten in der GKV evidenzbasiert sein müssen, einen Nutzen haben und einen Mehrwert in der Versorgung bringen müssen. Dieser Pfad wird durch die geplante gesetzliche Definition von pDL verlassen. Zudem wird verhindert, dass die Selbstverwaltung angemessene Lösungen auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse findet. Die geplante gesetzliche Vorgabe für konkrete pDL wird deshalb abgelehnt. Nicht nur würden gesetzliche Vorgaben die Handlungsspielräume der Selbstverwaltung erheblich einschränken, auch die etablierten Qualitätsstandards des SGB V könnten unterlaufen werden.

Hinsichtlich der Einbindung von Apotheker:innen in die medizinische Versorgung ist es sinnvoll, die pharmazeutische Kompetenz von Apotheker:innen stärker zu nutzen. Die Erbringung von Leistungen zur Verbesserung der Sicherheit und Wirksamkeit einer Arzneimitteltherapie durch Apotheker:innen wird daher grundsätzlich positiv bewertet. Maßnahmen der Prävention und Früherkennung sind hingegen nicht per se pharmazeutische Tätigkeiten, ein konkreter Patientennutzen ist zudem zu bezweifeln. Zudem erscheint es nicht sinnvoll, das Personal in Apotheken mit solchen Leistungen zu beschäftigen. Die Erbringung von pDL in Form von Maßnahmen der Prävention und Früherkennung wird daher abgelehnt. Wünschenswert wäre zudem die Öffnung für selektiv-vertragliche Vereinbarungen, sofern Krankenkassen und Apothekerverbände weitere Maßnahmen als geeignet ansehen.

Änderungsvorschlag

Beibehaltung der Vertragskompetenz der Selbstverwaltung bei der Definition der Leistungen und Streichung der Definition von Maßnahmen der Prävention und Früherkennung als pharmazeutische Dienstleistung (Insbesondere die Leistungen 1, 2 und 9).

Öffnung für Selektivverträge zu pDL, die einen Qualitätswettbewerb auslösen können.

Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Schaffung neuer Leistungen der Apotheken (pharmazeutische Dienstleistungen nach § 129 Absatz 5e sowie Abgaben verschreibungspflichtiger Arzneimittel ohne Verschreibung nach §§ 48a und 48b Arzneimittelgesetz), die in der elektronischen Patientenakte (ePA) hinterlegt werden sollen, sind Anpassungen in den §§ 341, 346 und 352 SGB V vorgesehen. Hierfür werden neue gesetzliche Befüllungsverpflichtungen der Apotheken geregelt, sofern die Versicherten dem Zugriff oder der Speicherung der Daten in der ePA nicht widersprochen haben. Zudem soll die Spitzenorganisation der Apotheker die Festlegungen zu Inhalten, Struktur und Formaten für die Speicherung in der ePA treffen.

Bewertung

Die Ausweitung pharmazeutischer Aufgaben mit Blick auf die Datennutzung wird gesetzlich an ePA geknüpft. Das ist zu begrüßen, da die ePA der zentrale Ort für die Gesundheitsdaten der Versicherten ist. Durch die Dokumentation weiterer pharmazeutischer Informationen in der ePA wird sich deren Nutzung stärker in den Versorgungsalltag integrieren und damit die interprofessionelle Zusammenarbeit verbessern. Dadurch kann die ePA gleichzeitig im Bereich des digitalen Medikationsmanagements weiter ausgebaut werden. Die Standardisierung bzw. Interoperabilität (IOP) von Daten ist die Basis, damit Informationen in den Anwendungen im Gesundheitswesen systemübergreifend genutzt werden können. Bei der Festlegung von Interoperabilitätsvorgaben, etwa zu Inhalten, Struktur und Form von Arzneimitteldaten in der ePA, sind daher zwingend die bestehenden Festlegungen zu berücksichtigen (Vgl. § 342 Absatz 2a Nummer 1 SGB V). Dies ist unabdingbar, um die Konsistenz zu den heutigen Arzneimittel- und Medikationsdaten innerhalb der ePA sicherzustellen. Nur dadurch lässt sich die Zusammenarbeit zwischen den Akteuren des Gesundheitssektors optimal gestalten.

Darüber hinaus lehnen wir die Festlegung der Interoperabilitätsvorgaben in der Federführung durch die Spitzenorganisation der Apotheker ab. Mit dem bereits bestehenden IOP-Governance-Prozess über das Kompetenzzentrum für Interoperabilität gibt es einen strukturierten und verbindlichen Prozess für einheitliche Festlegungen im Gesundheitssystem (Vgl. § 355 und 385 SGB V; IOP-Governance-Verordnung – GIGV). Andernfalls entsteht die Gefahr von unabgestimmten Parallelprozessen und Zuständigkeiten.

Die Medikationsdaten in der ePA können grundsätzlich unvollständig sein. Das kann durch ausgestellten Papierrezepte begründet sein oder an fehlenden Zugriffen der Leistungserbringenden auf die ePA. In diesen Fällen können verschriebene Arzneimittel nicht in die ePA übertragen werden und fehlen somit. Daher sollte bei der Nachweisprüfung auf vorangegangene, verschriebene Arzneimittel der Versicherten berücksichtigt werden, dass die Datengrundlage in der ePA unvollständig bzw. nicht ausreichend konsistent sein kann.

Änderungsvorschlag

Um die Konsistenz zu Arzneimitteln und Medikationsdaten innerhalb der ePA sicherzustellen, sind zwingend die bereits bestehenden Festlegungen zu den Medikationsdaten des digital gestützten Medikationsprozesses sowie zu den E-Rezept-Daten in der ePA zu berücksichtigen und zu übernehmen.

Zur Vermeidung von unabgestimmten Parallelprozessen erfolgt die Zuständigkeit und Umsetzung von Interoperabilitätsvorgaben nach dem bestehenden IOP-Governance-Prozess über das Kompetenzzentrum für Interoperabilität (Vgl. § 385 SGB V; GIGV).

Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung soll es Apotheker:innen ermöglichen, bestimmte verschreibungspflichtige Arzneimittel in bestimmten Fällen ohne ärztliche Verschreibung abzugeben. § 48a sieht diese Möglichkeit zur Anschlussbehandlung bei bestimmten chronischen Erkrankungen vor. § 48b enthält eine Verordnungsermächtigung für die Abgabe von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln bei Vorliegen von akuten unkomplizierten Erkrankungen. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) soll dazu Vorgaben machen.

Bewertung

Die Regelung wirft zahlreiche Folgeprobleme auf, die in keinem Verhältnis zum Regelungszweck stehen. Neben haftungsrechtlichen Fragen bleibt völlig offen, wie die Finanzierung gestaltet wäre. In seiner Maßnahmenübersicht, aber nicht im Gesetzentwurf, beschreibt das BMG, dass die Abgabe der Arzneimittel auf Selbstzahlerbasis erfolgen soll, zuzüglich eines Betrages von fünf Euro für die Apotheke, der den erhöhten Aufwand in den Apotheken decken soll. Diese Finanzierungsregelung sollte in den Gesetzestext aufgenommen werden. Falls geplant sein sollte, dass die GKV nachträglich die Kosten übernimmt, muss eine Bindung an vertragliche Regelungen und damit die Einhaltung einer wirtschaftlichen Versorgung sichergestellt sein. Die entstandenen Kosten könnten Krankenkassen weder einem Arzt zuordnen noch in der Wirtschaftlichkeitsprüfung berücksichtigen – sie würden also im „luftleeren Raum stehen“. Eine nachträgliche Kostenübernahme erhöht darüber hinaus den bürokratischen Aufwand massiv. Grundsätzlich würde die Abgabe der kleinsten Packungsgröße zudem die Versorgung verteuern (im Vergleich zu Packungen für die Dauerversorgung). Auch die datentechnische Anbindung an den Risikostrukturausgleich hinsichtlich der Kosten und der Menge der verabreichten Wirkstoffdosen für die Behandlungstage wäre zu prüfen.

Mit § 48b sollen Regelungen für die Abgabe von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zur akuten Versorgung etabliert werden, für die die konsequente Nutzung des Verfahrens nach § 48 (Freigabe aus der Verschreibungspflicht ohne den erheblichen Aufwand für alle beteiligten Stellen) ausreichen würde. Die Unterteilung in verschreibungspflichtige und apothekenpflichtige Arzneimittel hat sich über Jahrzehnte bewährt, eine weitere Rubrik von Arzneimitteln, die „dazwischen“ angesiedelt ist, ist verzichtbar.

Änderungsvorschlag

Streichung.

Sofern an der Umsetzung festhalten wird, muss konkretisiert werden, dass die Kosten bei einer solchen Arzneimittelabgabe ausschließlich auf Selbstzahlerbasis von den Versicherten zu tragen sind – ohne eine nachträgliche Erstattung durch die GKV.

Dabei wäre die datentechnische Anbindung an den Risikostrukturausgleich zu prüfen und sicherzustellen.

3. Kommentierung des Entwurfs einer Zweiten Verordnung zur Änderung der Apothekenbetriebsordnung und der Arzneimittelpreisverordnung

Zu Artikel 2 Nummer 2

§ 3 Arzneimittelpreisverordnung

Beabsichtigte Neuregelung

Der Aufschlag von 0,20 Euro pro abgegebene Packung verschreibungspflichtiger Arzneimittel zur Finanzierung der pDL wird in Absatz 1 aufgehoben. Dafür findet eine Umverteilung dieser 0,20 Euro zu Absatz 1c statt und der Aufschlag zur Förderung des Notdienstes wird für einen begrenzten Zeitraum auf 0,41 Euro festgesetzt. Es wird klargestellt, dass die 0,50 Euro Austauschgebühr nur einmalig pro Austauschvorgang anfallen. Zusätzlich wird der Anwendungsbereich erweitert, in dem die Apotheke diesen Zuschlag berechnen kann. Eine Ergänzung stellt zudem klar, dass bei der Abrechnung die Packungsgröße zugrunde gelegt wird, die der tatsächlich abgegebenen Menge entspricht. Sofern aus einer größeren Packung (N3) eine Teilmenge entnommen wird, die einer kleineren Packung entspricht (N2), ist auch nur die kleine Packungsgröße abrechenbar.

Bewertung

Die Finanzierungsumstellung der pDL wird positiv bewertet. Derzeit sind 500 Millionen Euro aus den Beitragsgeldern der Versicherten im Fonds für pDL gebunden. Offen bleibt, was mit diesen bisher ungenutzten Finanzmitteln im Fonds geschehen soll. Der vdek und andere Kassen(verbände) hatten vor dem Hintergrund der finanziellen Situation der GKV mehrfach die Auflösung und Rückführung an die Kassen gefordert. Alternativ und einfacher umsetzbar wäre, die aufgelaufenen Mittel zur Stärkung der Apotheken für geleistete Notdienste zu verwenden, anstatt dafür weitere 0,20 Euro pro Packung zu erheben. Die weitere Erhebung der 0,20 Euro kann dann entfallen, wenn die bisher für die pDL erhobenen Beträge im dafür eingerichteten Fonds für die zusätzliche Vergütung der Nacht- und Notdienste verwendet würden. Unter der Annahme, dass die Vergütung für Notdienste verdoppelt werden soll, würden die Mittel für ca. drei Jahre ausreichen. Es ergäbe sich eine Ausgabenentlastung der GKV in Höhe von ca. 150 Millionen Euro pro Jahr.

Verhindert werden muss jedoch, dass Packungen in die Abrechnung gegeben werden, die nicht abgegeben wurden, was bei den Herstellerabschlägen nach § 130a SGB V oder auch im Erstattungsbetragsbereich nach § 130b SGB V zu Problemen führen kann, da hier auf konkrete Einzelpackungen in der Abrechnung abgestellt wird. Unklar ist auch die Ergänzung im Verhältnis zu § 3 Absatz 5 Satz 2, der den gleichen Sachverhalt regelt.

Änderungsvorschlag

Gesetzliche Klarstellung darüber, dass die Abrechnung von erbrachten pDL gegenüber der leistungspflichtigen Krankenkasse erfolgen soll, sobald der Fonds zur Finanzierung der pharmazeutischen Dienstleistungen erschöpft ist.

Umverteilung der bisher aufgelaufenen Mittel in Höhe von mehr als 500 Mio.Euro zugunsten des Nacht- und Notdienstfonds und damit Entfall der bisher erhobenen 0,20 Euro pro RX-Packung.

Beabsichtigte Neuregelung

Der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) und der Deutsche Apothekerverband sollen zukünftig die Vergütungsbestandteile gemeinsam verhandeln (erstmalige Frist: zwölf Monate nach Inkrafttreten der Regelung). Die Vereinbarung soll folgende Bestandteile haben:

- Fixum und prozentualer Anteil,
- Zuschläge für „Landapotheken“,
- Definition von „Landapotheken“.

Die gefundenen Verhandlungsergebnisse dienen dem Verordnungsgeber der Arzneimittelpreisverordnung, dem Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWE), als Empfehlung, die nach wie vor gesetzlich festgelegte Honorierung anzupassen. Bei den Verhandlungen sind insbesondere die Entwicklung des Verbraucherpreisindex und der Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu berücksichtigen. Die Definition der „Landapotheken“ hat unter Zuhilfenahme von Geodaten und der Entwicklung der Versorgungssituation in ländlichen Gebieten zu erfolgen. Sofern kein Verhandlungsergebnis vorliegt, wird dieses durch eine Schiedsperson festgelegt.

Bewertung

Die Etablierung einer Verhandlungslösung birgt ein unkalkulierbares finanzielles Risiko, ohne dass damit eine spürbare Verbesserung in der Versorgung einhergeht. Dennoch bevorzugt der vdek in Anbetracht der aktuellen politischen Diskussion die Verhandlungslösung gegenüber einer starren und ggf. kontinuierlichen gesetzlichen Erhöhung des Packungsfixums. Unklar ist, warum neben der Schiedsstelle nach § 129 SGB V eine weitere (andere) Schiedsperson für die Frage der Vergütung berufen bzw. bestimmt werden soll. Beide Institutionen beschäftigen sich mit Vergütungsfragen der Apotheken und sollten nicht unabhängig voneinander agieren. Eine Schiedslösung sollte ausschließlich durch die bereits etablierte Schiedsstelle nach § 129 Absatz 8 SGB V erfolgen.

Die über die konkret genannten Leitplanken „Verbraucherpreisindex“ sowie „Beitragssatzstabilität“ hinaus vage gebliebenen „weiteren geeigneten Indizes“ müssen konkretisiert werden, damit die Verhandlungen konstruktiv geführt werden können. Es muss sichergestellt sein, dass die Anpassungen die tatsächliche Kostenentwicklung der Apotheken bei wirtschaftlicher Betriebsführung berücksichtigen. Zudem ist eine Deckelung nach der Grundlohnsummenentwicklung zwingend erforderlich, um die Beitragssatzstabilität zu gewährleisten. Als Datengrundlage bietet sich das 2018 vom Bundesministerium für Wirtschaft und Energie beauftragte Apothekenvergütungsgutachten an, da es eine transparente und repräsentative Basis für den gesamten Markt liefert.

Die besondere Berücksichtigung von Apotheken in ländlichen Gebieten ist grundsätzlich nachvollziehbar. Allerdings richtet sich das Vorhandensein einer Apotheke in erster Linie danach, ob und welche Arztpraxen im näheren Umfeld sind. Fehlende Ärzte

werden nicht durch Zuschläge kompensiert werden können. Die Definition einer „Landapotheke“ u. a. über geobasierte Kriterien implementiert eine apothekerliche Bedarfsplanung, wie sie bislang nur aus dem Arztbereich bekannt ist.

Änderungsvorschlag

Der Zuschlag soll sich nach der flächendeckenden Versorgung und damit der Versorgungsrelevanz richten und nicht nach der Lage auf dem Land. Ein Zuschlag für „Landapotheken“ wird deshalb abgelehnt. Die weitere (andere) Schiedsperson wird aus dem Entwurf gestrichen. Eine Konkretisierung der Leitplanken muss wie beschrieben erfolgen.

Beabsichtigte Neuregelung

Klarstellung durch den Gesetzgeber, dass bei der eingesetzten Menge eines Stoffes und Fertigarzneimittels in einer Zubereitung der anteilige Apothekeneinkaufspreis maßgebend für deren Abrechnung ist.

Bewertung

Die Klarstellung wird ausdrücklich begrüßt und greift einen Konflikt zwischen der GKV und den Apotheken auf. Um weiteres Konfliktpotential für die Abrechnung von Rezepturen zu verringern, wäre es wünschenswert, auch die Festaufschläge aus den §§ 4 und 5 der Arzneimittelpreisverordnung anzupassen. Das kann mit einer der folgenden Alternativen möglich gemacht werden:

Ergänzender Änderungsvorschlag

Alternative 1:

In § 4 und § 5 Absatz 1:

Festlegung eines angemessenen prozentualen Festaufschlags auf

- Stoffe (x Prozent, maximal a Euro)
- Fertigarzneimittel (z Prozent, mit der Maßgabe, dass $z < x$ und nicht höher als bei Abgabe gemäß § 3 Absatz 1 AMPreisV)
- Verpackungen (y Prozent, mit den Maßgaben, dass $y < x$)

Mit den prozentualen Aufschlägen soll der Aufwand für den Einsatz der jeweiligen Produkte abgegolten werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Stoffe im Gegensatz zu Fertigarzneimitteln und Gefäßen in der Apotheke labortechnisch geprüft werden müssen.

Alternative 2:

Einbeziehung der Festzuschläge aus § 4 und 5 in die Verhandlungslösung nach § 3a.

Für beide Alternativen:

Verpflichtende Vereinbarung zwischen den Vertragspartnern GKV-SV und Deutscher Apothekenverband e.V. (DAV) von Basisgrößen und -preisen in der Hilfstaxe inklusive einer Schiedsstellenlösung, um einen vertragslosen Zustand zu verhindern.

Beabsichtigte Neuregelung

Im Falle einer Abgabe eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels ohne ärztliche Verschreibung, dürfen Apotheker:innen einen zusätzlichen Betrag von fünf Euro berechnen.

Bewertung

So wie auch bei der Regelung im ApoVWG zu §§ 48 a und b Arzneimittelgesetz, fehlt eine Konkretisierung, wer die beschriebenen zusätzlichen Kosten letztlich tragen soll. Eine rückwirkende Übernahme der Kosten durch die GKV wird ausdrücklich abgelehnt.

Änderungsvorschlag

Ausdrückliche Klarstellung, dass die Kosten der beschriebenen Arzneimittelabgabe ausschließlich, auf Selbstzahlerbasis, von den Versicherten zu tragen sind – ohne nachträgliche Erstattung durch die GKV.

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Askanischer Platz 1
10963 Berlin
Tel.: 030/2 69 31 – 0
Fax: 030/2 69 31 – 2900
Politik@vdek.com