

# Konsequenzen des Entwurfes für ein Apothekenreformgesetz aus dem Bundesgesundheitsministerium

25. Juni 2024

Am 14. Juni 2024 hat das Bundesgesundheitsministerium einen Entwurf für eine Apothekenhonorar- und Apothekenstrukturreform (ApoRG) vorgestellt. Die darin enthaltenen Maßnahmen bedrohen die Arzneimittelversorgung in Deutschland, weil sie für die Bevölkerung diverse Leistungskürzungen und Qualitätseinbußen nach sich ziehen. Durch die geplanten Maßnahmen wird ein Systemwechsel in der Versorgung eingeleitet. Die damit systematisch veränderte Qualität der Abgabe von Arzneimitteln würde auf einem deutlich niedrigeren Niveau etabliert. Das bestehende System der Arzneimittelversorgung durch die heilberuflich geführten Apotheken ist bis heute ein Garant für patientennahe hohe Versorgungssicherheit. Mit diesem Gesetz wird eine Kommerzialisierung der Versorgung betrieben, die das Bundesgesundheitsministerium in anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung nach negativen Erfahrungen ausdrücklich bekämpfen will. Es bleibt festzustellen, dass durch das geplante Apothekenreformgesetz tatsächliche Gefahren für die Patientensicherheit entstehen.

Die hier beschriebenen Entwicklungen sind unvermeidbare Konsequenzen aus den geplanten Neuregelungen.

## **1. Pseudo-Apotheken ohne Apothekerinnen und Apotheker schaden den Patientinnen und Patienten**

Apotheken sollen nach den Ministeriumsplänen künftig ohne Apothekerinnen und Apotheker betrieben werden können, wenn ein Approbierter / eine Approbierte per Video zugeschaltet werden kann. Es soll ausreichen, wenn sich ein für die jeweilige Apotheke verantwortlicher Apotheker oder eine Apothekerin mindestens acht Stunden pro Woche in der jeweiligen Apotheke aufhält. In der restlichen Zeit dürfen Pharmazeutisch-technische Assistenten die Patientinnen und Patienten allein bedienen. Ferner wird der Abstand, der zwischen Hauptapotheke und Filialen bestehen darf, über die Grenzen des benachbarten Kreises hinaus auf eine Fahrtzeit von bis zu drei Stunden ausgeweitet. Unter solchen Bedingungen findet de facto keine persönliche Leitung der Apotheke durch eine Apothekerin oder einen Apotheker mehr statt.

Ohne dauerhafte Präsenz einer Apothekerin oder eines Apothekers sind deren Kontrollfunktionen und Beratungsleistungen in der Praxis nicht mehr realisierbar. Daran ändert auch die vorgeschriebene bloße Möglichkeit (!) einer Kontaktaufnahme per Videoschaltung nichts. Die Arzneimittelversorgung wird trivialisiert und zu einem bloßen Handel ohne Verknüpfung mit einer qualifizierten pharmazeutischen Beratung gemacht. Unter dem Strich steht eine massive Patientengefährdung, weil der eigentliche Beratungsbedarf von Patientinnen und Patienten in vielen Fällen nicht erkannt werden kann. Aufgrund des Laienwissens der Patientinnen und Patienten ist auch nicht davon auszugehen, dass die Beratung nachgefragt wird. Mit den Regelungen des Gesetzentwurfs werden daher die Patientensicherheit und die Sicherheit der Arzneimitteltherapie massiv gefährdet.

Der Verzicht auf die dauerhafte Präsenz der Apothekerin/des Apothekers führt auch zu massiven Leistungskürzungen für die Patientinnen und Patienten. Apothekenleistungen wie beispielsweise die Abgabe von starken Schmerzmitteln (Betäubungsmitteln), das Erkennen von Einnahme-

problemen, Medikationsanalysen, die Herstellung von Arzneimitteln vor Ort (Rezepturen) oder Impfungen fallen in den Zeiten, in denen keine Apothekerin oder kein Apotheker anwesend ist, entweder komplett weg oder sind nur noch nach aktiv von Patienten-initiiertes Terminvereinbarung zu erhalten.

So wurden beispielsweise im Jahr 2023 in den Apotheken rund 100.000 Grippeimpfungen spontan und rund 135.000 Covid-19-Impfungen nach Terminvorschlägen aus der Apotheke durchgeführt. An der Immunisierung der Bevölkerung gegen diese Krankheiten haben die Apotheken somit einen entscheidenden Anteil. Die apothekerlose Apotheke gepaart mit der zu erwartenden Kündigungswelle bei Apothekerinnen und Apothekern werden allerdings dazu führen, dass die erst kürzlich eingeführten Apotheken-Impfungen wieder drastisch zurückgehen. Entsprechendes gilt auch für die vom BMG befürworteten und für die Bevölkerung wichtigen pharmazeutischen Dienstleistungen.

## **2. Die Daseinsvorsorge für die Bevölkerung vor Ort wird eingeschränkt.**

Die Apotheken erbringen derzeit zahlreiche für die Gesellschaft unverzichtbare Versorgungsaufgaben. Beispiele hierfür sind die dauerhafte Verfügbarkeit des Apothekers als Arzneimittelexperte, Notdienste an Wochenenden und während der Nacht, die individuelle Herstellung von Arzneimitteln, Impfungen und Botendienste. Mit ihrem niederschweligen Zugang zum Gesundheitswesen sind sie für viele Bürgerinnen und Bürger ein unverzichtbarer Bestandteil der Versorgung. Im Bereich der Selbstmedikation sind die Apothekenteams der einzige Berater für Patientinnen und Patienten. Mit dieser Aufgabenübernahme entlasten sie nicht nur die Ärztinnen und Ärzte, sondern auch die Sozialsysteme. Durch die Erfüllung dieser Aufgaben tragen die Apotheken zum sozialen Zusammenhalt in den Kommunen bei. Sie sind eine wesentliche Säule der sozialen Infrastruktur. Durch die Pläne aus dem Bundesgesundheitsministerium wird der Zugang der Bevölkerung zu diesen Leistungen erheblich erschwert. Beispielsweise wird mit dem Entwurf die dauerhafte Dienstbereitschaft der Apotheken grundsätzlich abgeschafft. Das Bereitschaftsniveau soll dadurch dem des gemeinen Handels gleichgesetzt werden. Dadurch werden zusätzlich Lücken in der Versorgung entstehen.

## **3. Der freie Heilberuf des Apothekers / der Apothekerin wird zum bloßen Gewerbetreibenden degradiert und den Patientinnen und Patienten kompetente und unabhängige Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner entzogen.**

Der Apothekeninhaber ist im Versorgungsbild des Bundesgesundheitsministeriums kein freier Heilberufler mehr. Der freie Heilberuf wird zum reinen Gewerbetreibenden degradiert. Für die Inhaberinnen und Inhaber kommt zu dem vorhandenen, erheblichen Kostendruck ein zusätzlicher Wettbewerbsdruck, der den Abbau des qualifizierten Fachpersonals zur Folge hat. Die Kostenreduktion in den Apotheken will das BMG also durch eine massive Kündigungswelle erkaufen, die – wie oben dargestellt – für die Menschen zu massiven Leistungseinschränkungen führen wird. Die Wegnahme der pharmazeutischen Kompetenz aus den Apothekenbetrieben wird

dazu führen, dass die Apotheken vom kompetenten Gesundheitsdienstleister zur reinen Abgabestelle für Arzneimittel degradiert werden.

Die Qualität in der Versorgung wird somit als zweitrangig eingestuft. Die hochwertige Arzneimittelversorgung wird zugunsten der Ökonomisierung geopfert, weil die Inhaberinnen und Inhaber ihre Betriebe maximal wirtschaftlich optimieren müssen. Auch für Menschen in strukturschwachen Regionen wird dieser Qualitätsverlust zur Gefahr.

#### **4. Die Reform schafft keine neuen Filialapotheken, sondern vernichtet bestehende Arbeitsplätze**

Der Gesetzentwurf ignoriert die Marktmechanismen, die eingreifen werden, wenn Filialapotheken (die diesen Namen dann nicht mehr verdienen) weitgehend ohne Apothekerinnen und Apotheker betrieben werden können - oder er nimmt diese sogar billigend in Kauf. Durch die Pläne wird der Wegfall einer Vielzahl von hoch qualifizierten Arbeitsplätzen provoziert, weil die Inhaberinnen und Inhaber sich dem Wettbewerbsdruck stellen und Apothekerinnen und Apotheker durch anderes Personal ersetzen müssen. In Deutschlands Apotheken arbeiten rund 40.000 angestellte Apothekerinnen und Apotheker, deren Arbeitsplätze so gefährdet werden. Das Ministerium missachtet den Wert der Tätigkeit dieser Berufsgruppe.

#### **5. Die geplante Reform ist keine schrittweise Fortentwicklung des Systems der Arzneimittelversorgung, sondern ein radikaler Systemwechsel mit unumkehrbaren negativen Folgen**

Die Arzneimittelversorgung verkommt zum reinen Logistikprozess. Pharmazeutische Expertise und Kompetenzen spielen bei der Abgabe keine Rolle mehr. Die BMG-Reform ist im Ergebnis nur eine vorbereitende Maßnahme für weitere systembrechende und die Versorgung bagatellisierende Regelungen, die in den kommenden Jahren folgen.

Versorgungsmodelle aus anderen Ländern haben hier offenbar als Vorbild gedient: Das Wort „Apotheke“ wird dort nur noch für einen Gemischtwarenladen verwendet, in dem in der hintersten Verkaufsecke eine „Prescription corner“ Arzneimittelverordnungen entgegennimmt. Auch die Automatisierung der Versorgung wird eine unmittelbare Folge sein. Statt der persönlichen Beratung vor Ort werden die Patientinnen und Patienten von Automaten versorgt, die aus der Ferne gesteuert werden. Die mittelständische Struktur der Apotheken samt ihrer 160.000 Arbeitsplätze geht verloren. Bis zur Aufhebung des Fremdbesitzverbotes ist es dann nur noch ein kleiner Schritt: Große, international agierende Konzerne werden die Versorgung zukünftig steuern. Für diese Konzerne ist die einzig wichtige Maxime die Gewinnoptimierung und der Stakeholder Value, nicht das Patientenwohl. Die neutrale, unabhängige Versorgung durch unabhängige und freie Heilberufe vor Ort findet dann nicht mehr statt. Fakt ist auch, dass es international genügend Beispiele für gescheiterte Liberalisierungen des Apothekenwesens gibt. In Schweden haben die

neu zugelassenen Apothekenkonzerne sich nahezu ausschließlich in den Städten angesiedelt – eine verbesserte Versorgung unterversorgter Regionen blieb aus. Ein anderes Beispiel ist Dänemark: Hier hat man den Apothekeninhaberinnen und -inhabern vor Jahren die Möglichkeit gegeben, sieben statt zuvor vier Apotheken im Filialverbund zu leiten. In der Folge wurden zahlreiche Apotheken neu gegründet – allerdings wiederum nur in städtischen Gebieten. Die Versorgung in Großbritannien und den USA sind ebenso negative Beispiele.

**6. Das bestehende gute Apothekensystem muss wirtschaftlich stabilisiert werden. Weder die vorgesehene teilweise Umverteilung des prozentualen Zuschlags noch vereinzelte kostensenkende Maßnahmen tragen dazu etwas bei.**

Die Apotheken erhalten für jede abgegebene Packung eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels derzeit ein Fixhonorar in Höhe von 8,35 Euro. Hinzu kommt eine prozentuale Marge in Höhe von 3 Prozent, die sich am Arzneimittelpreis orientiert. Das Bundesgesundheitsministerium will das Honorar der Apotheken umverteilen, wobei die 3-Prozent-Marge schrittweise auf 2 Prozent abgesenkt wird, das Fixhonorar soll dementsprechend steigen. Diese Umverteilung soll kostenneutral erfolgen, für die Krankenkassen werden keine Mehrkosten entstehen.

Ziel dieser Maßnahme soll es nach der Begründung des Gesetzentwurfs sein, dass insbesondere die Apotheken in der Fläche gestärkt werden. Dazu ist diese Maßnahme jedoch nicht geeignet. Sie wird die Resilienz des Apothekennetzes nicht stärken, sondern eher schwächen. Denn klar ist: Alle Apotheken stehen unter einem massiven, wirtschaftlichen Druck. Das Apothekenhonorar wurde zuletzt 2013 um 3 Prozent angepasst, zuletzt wurde es von der Ampel-Koalition sogar für die Dauer von zwei Jahren wieder abgesenkt. Die Apotheken befinden sich somit auf dem Honorarniveau von 2004. Im gleichen Zeitraum sind die Kosten der Apotheken um mehr als 60 Prozent explodiert, die Inflation ist um knapp 30 Prozent angestiegen. Diese Entwicklung hat dazu geführt, dass einerseits immer mehr Apotheken aus wirtschaftlichen Gründen schließen müssen. Andererseits werden Neugründungen für junge Apothekerinnen und Apotheker immer unattraktiver – im vergangenen Jahr gab es lediglich 62 neugegründete Apotheken. Statt einer Eins-zu-Eins-Umverteilung des Honorars benötigen die Apotheken eine nachhaltige, finanzielle Stabilisierung des gesamten Systems.

Hinzu kommt, dass schon der Ansatz des Ministeriums fehlgeleitet ist. Denn nicht nur die vom Ministerium angesprochen „Apotheken in der Fläche“, also die Apotheken in ländlichen Regionen, leiden unter dem wirtschaftlichen Druck. Ganz im Gegenteil: Die nahversorgenden Kiezapotheken waren von der Schließungswelle der vergangenen Jahre sogar besonders schwer betroffen. Beispielsweise liegt die Apothekenzahl je 100.000 Einwohner in Berlin mit 19 deutlich unter dem Bundesdurchschnitt, im Berliner Bezirk Lichtenberg liegt die Apothekendichte sogar nur bei 14.

## **7. Zu den schlechten Reformplänen gibt es gute Alternativen**

Wie das Bundesgesundheitsministerium in seinem Gesetzentwurf selbst festgestellt hat, ist die flächendeckende Arzneimittelversorgung aktuell gesichert. Statt dieses System durch neue Strukturen und Qualitätsabstriche zu gefährden, sollte es innerlich gestärkt werden. Dafür gibt es reichlich Handlungsoptionen.

Ein Blick auf den demographischen Wandel zeigt, dass die alternde Bevölkerung in den kommenden Jahren einen stetig steigenden Bedarf an Gesundheitsdienstleistungen haben wird. Dafür brauchen die Menschen mehr denn je die Kompetenzen der Apothekerinnen und Apotheker, sie müssen noch stärker in die Versorgung eingebunden werden. Studien zeigen zum Beispiel, dass die Einnahmetreue bei bis zu 50 Prozent aller Arzneimitteltherapien nicht gegeben ist. Die Folgen sind Medikationsfehler, Wechselwirkungen mit anderen Wirkstoffen, unerwartete Nebenwirkungen und somit Klinikeinweisungen und Arztbesuche. All das erzeugt zusätzliche Kosten in Milliardenhöhe.

Im Arzneimittelprojekt ARMIN hat die Apothekerschaft gemeinsam mit den Ärztinnen und Ärzten bewiesen, dass eine frühzeitige und dauerhafte Einbeziehung der pharmazeutischen Kompetenzen von Apothekerinnen und Apothekern in die Arzneimitteltherapien Leben rettet. Die Patientinnen und Patienten, die im Rahmen dieses Projektes versorgt wurden, hatten ein um 16 Prozent verringertes Sterberisiko.

Mehr Entscheidungskompetenzen der Apothekerinnen und Apotheker, insbesondere bei Lieferproblemen, Anspruch der Patienten auf interprofessionelles Medikationsmanagement nach ARMIN, mehr Telepharmazie aus der Apotheke zum Patienten, assistierte Telemedizin, Erweiterung der pharmazeutischen und präventiven Dienstleistungen, mehr Möglichkeiten der Primärversorgung in der Apotheke: das sind nur einige Themen, die auf dem derzeit bestehenden Versorgungssystem der heilberuflich geführten Apotheken aufbauen, dieses aber auch als Grundlage zwingend benötigen.

### **Fazit**

Festzustellen bleibt, dass mit diesem Referentenentwurf ein grundlegender und radikaler Systemwechsel in der Arzneimittelversorgung verfolgt wird. Eine einmal zerstörte Struktur kann nicht wiederbelebt werden.

Noch versorgen und beraten die rund 53.000 Apothekerinnen und Apotheker in den etwa 17.500 inhabergeführten Apotheken rund 3 Millionen Patientinnen und Patienten pro Tag. Dieses Versorgungssystem sichert die Versorgung der Menschen mit Arzneimitteln patientennah und ist bisher auf Grund der kleingliedrigen Netzstruktur äußerst resilient. Dieses systemrelevante und wohnortnahe Netzwerk zu zerschneiden, beseitigt die Resilienz und die Sicherheit der Arzneimittelversorgung.