



## Wortprotokoll der 33. Sitzung

### Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 4. März 2026, 16:00 Uhr  
als Kombination aus Präsenzsitzung  
(Paul-Löbe-Haus, Saal E 300) und  
Zoom-Meeting

Vorsitz: Dr. Tanja Machalet, MdB

## Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

### Einzigiger Tagesordnungspunkt

Seite 8

#### a) Gesetzentwurf der Bundesregierung

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

**BT-Drucksache 21/4084**

**Federführend:**

Ausschuss für Gesundheit

**Mitberatend:**

Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz

#### b) Antrag der Abgeordneten Martin Sichert, Dr. Christina Baum, Carina Schießl, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

**Flächendeckende Arzneimittelversorgung mit Apotheken zukunftssicher machen**

**BT-Drucksache 21/2553**

**Federführend:**

Ausschuss für Gesundheit

**Mitberatend:**

Ausschuss für Wirtschaft und Energie

Ausschuss für Arbeit und Soziales

Ausschuss für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Ausschuss für Digitales und Staatsmodernisierung

Haushaltsausschuss



- c) Antrag der Abgeordneten Ates Gürpınar, Nicole Gohlke, Dr. Michael Arndt, weiterer Abgeordneter und der Fraktion Die Linke

**Federführend:**  
Ausschuss für Gesundheit

**Apotheken stärken – Arzneimittelversorgung verbessern**

**BT-Drucksache 21/3829**

**Mitglieder des Ausschusses**

<b>Fraktionen</b>	<b>Ordentliche Mitglieder</b>	<b>Stellvertretende Mitglieder</b>
CDU/CSU	Beek, Sascha van Borchardt, Simone Hiller, Dr. Matthias Janssen, Anne Müller, Axel Pauls, Dr. Thomas Pilsinger, Dr. Stephan Schmidt, Sebastian Seitz, Nora Streeck, Dr. Hendrik Theiss, Dr. Hans Weiss, Dr. Maria-Lena Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Aumer, Peter Demuth, Ellen Ehm, Lars Grasse, Adrian Knoerig, Axel Ludwig, Dr. Saskia Müller, Sepp Reddig, Pascal Rupprecht, Albert Staffler, Katrin Stegemann, Albert Timmermann-Fechter, Astrid
AfD	Baum, Dr. Christina Bloch, Joachim Dietz, Thomas Ebenberger, Tobias Hess, Nicole Schießl, Carina Sichert, Martin Weiss, Claudia Ziegler, Kay-Uwe	Bessin, Birgit Birghan, Dr. Christoph Bollmann, Gereon Fetsch, Thomas Giersch, Alexis L. Kempf, Martina Möller, Stefan Przygodda, Kerstin Schmidt, Dr. Paul
SPD	Machalet, Dr. Tanja Mieves, Matthias David Moll, Claudia Pantazis, Dr. Christos Schwartz, Stefan Seitzl, Dr. Lina Yüksel, Serdar	Ahmetovic, Adis Dittmar, Sabine Glöckner, Angelika Kersten, Dr. Franziska Peick, Jens Schmidt, Dagmar Stadler, Svenja
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Dahmen, Dr. Janosch Fischer, Simone Heitmann, Linda Kappert-Gonther, Dr. Kirsten Wagner, Johannes	Grau, Dr. Armin Nick, Dr. Ophelia Piechotta, Dr. Paula Rietenberg, Sylvia
Die Linke	Gürpınar, Ates Merendino, Stella Schötz, Evelyn Stange, Julia-Christina	Arndt, Dr. Michael Brückner, Maik Fey, Katrin Gebel, Kathrin



---

## Liste der Auskunftspersonen

### Öffentliche Anhörung

am 4. März 2026, 16 Uhr, Paul-Löbe-Haus, E 300

Apothekenversorgung-Weiterentwicklungsgesetz (ApoVWG)

---

#### Auf Vorschlag aller Fraktionen zur öffentlichen Anhörung eingeladen:

- ABDA – Bundesverband Deutscher Apothekerverbände
- ADEXA – Die Apothekengewerkschaft
- ADKA – Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker
- Akkreditierte Labore in der Medizin (ALM)
- Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS)
- AOK-Bundesverband
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)
- Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) (Keine Teilnahme)
- BKK Dachverband
- Bundesapothekerkammer (BAK)
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW)
- Bundesärztekammer (BÄK)
- Bundesverband der Versorgungsapotheker (BVVA)
- Bundesverband Deutscher Apothekenkooperationen (BVDAK)
- Bundesverband Deutscher Versandapotheken (BVDVA)
- Bundesverband Medizintechnologie (BVMed)
- Bundesverband Pharmazeutisch-technischer AssistentInnen (BVpta)
- Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (BVPG)



- Deutsche Stiftung Patientenschutz
- Deutscher Pflegerat (DPR) (Keine Teilnahme)
- Deutscher Landkreistag (Keine Teilnahme)
- Deutscher Städte- und Gemeindebund (Keine Teilnahme)
- Deutscher Städtetag
- gematik GmbH (Keine Teilnahme)
- GKV-Spitzenverband
- Hausärztinnen- und Hausärzteverband
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
- PHAGRO – Bundesverband des pharmazeutischen Großhandels
- Pharma Deutschland
- Pro Generika
- Sozialverband Deutschland (SoVD)
- ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (Keine Teilnahme)
- Verband der Diagnostica-Industrie (VDGH)
- Verband der Ersatzkassen (vdek)
- Verband forschende Arzneimittelhersteller (vfa)
- Verband der privaten Krankenversicherung (PKV-Verband)
- Verband der Zytostatika herstellenden Apothekerinnen und Apotheker (VZA)
- Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) (Keine Teilnahme)
- Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VdPP)
- via – Verband Innovativer Apotheken



**Auf Vorschlag einzelner Fraktionen eingeladen:**

- Daniela Hänel (Freie Apothekerschaft)<sup>1</sup> (Keine Teilnahme)
- Iris an der Heiden (IGES Institut GmbH)<sup>2</sup>
- Marc Raddatz (Initiative Vor-Ort-Apotheken)<sup>3</sup>
- Thomas Rochell (Apothekerverband Westfalen-Lippe (AVWL))<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Auf Vorschlag der Fraktion der AfD zur öffentlichen Anhörung eingeladen.

<sup>2</sup> Auf Vorschlag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zur öffentlichen Anhörung eingeladen.

<sup>3</sup> Auf Vorschlag der Fraktion der CDU/CSU zur öffentlichen Anhörung eingeladen.



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



**Beginn der Sitzung: 16:00 Uhr**

**Einziges Tagesordnungspunkt**

a) Gesetzentwurf der Bundesregierung

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

**BT-Drucksache 21/4084**

b) Antrag der Abgeordneten Martin Sichert, Dr. Christina Baum, Carina Schießl, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

**Flächendeckende Arzneimittelversorgung mit Apotheken zukunftssicher machen**

**BT-Drucksache 21/2553**

c) Antrag der Abgeordneten Ates Gürpınar, Nicole Gohlke, Dr. Michael Arndt, weiterer Abgeordneter und der Fraktion Die Linke

**Apotheken stärken – Arzneimittelversorgung verbessern**

**BT-Drucksache 21/3829**

Die **Vorsitzende**, Abg. **Dr. Tanja Machalet** (SPD): Meine sehr geehrten Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer, sehr verehrte Sachverständige hier bei uns, sehr geehrte Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung, insbesondere Herr Staatssekretär Dr. Kippels und auch alle, die online zugeschaltet sind. Ich darf Sie recht herzlich begrüßen, hier zu unserer öffentlichen Anhörung des Gesundheitsausschusses. Wie immer ein Online-Meeting und vorab möchte ich die Sachverständigen, die per Zoom zugeschaltet sind, bitten, sich mit ihrem Namen anzumelden, sodass ihre Teilnahme für uns auch erkennbar ist. Außerdem möchte ich Sie bitten, Ihre Mikrofone vorerst stumm zu schalten. In der heutigen Anhörung geht es um den Gesetzentwurf der Bundesregierung, „Gesetz zur Weiterentwicklung der Apothekenversorgung“ auf der Drucksache 21/4084, und um den Antrag der Fraktion DIE LINKE, „Apotheken stärken - Arzneimittelversorgung verbessern“ auf Drucksache 21/3829. Sehr geehrte Damen und Herren, in unserer heutigen Anhörung beschäftigen wir uns mit Apotheken und der Versorgung durch Apotheken. In Ihrem

Gesetzentwurf stellt die Bundesregierung fest, dass Apotheken eine tragende Säule der Arzneimittelversorgung und eine wichtige Anlaufstelle für Bürgerinnen und Bürger bei Gesundheitsfragen sind. Allerdings stünden vor allem kleinere und ländliche Apotheken vor Herausforderungen durch Personalmangel, Strukturwandel und sinkende Wirtschaftlichkeit. Ziel der Bundesregierung ist es daher, mit ihrer Reform die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für inhabergeführte Apotheken zu verbessern. Es soll Bürokratie abgebaut und die Eigenverantwortung von freiberuflichen Apothekeninhaberinnen und Apothekeninhabern gestärkt werden. Zudem sollen öffentliche Apotheken weitere Aufgaben in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung übernehmen. DIE LINKE kommt in ihrem Antrag zu dem Schluss, dass bei Apothekerinnen und Apothekern nicht der Versorgungsauftrag, sondern die kostengünstige Arzneimittelabgabe im Vordergrund steht, wobei eine Vielzahl von bürokratischen Vorschriften zu beachten sei. Das führe zu Fehlentwicklungen in der Versorgung und mangelnder Wirtschaftlichkeit. Die Fraktion formuliert deshalb ein umfangreiches Maßnahmenbündel, um das Missverhältnis zwischen Beratung und wirtschaftlichem Agieren wieder ins Lot zu bringen. Über den Gesetzentwurf sowie über den Antrag wollen wir heute mit Ihnen, sehr verehrte Sachverständige, diskutieren. Bevor wir beginnen, will ich noch einige Anmerkungen zum Ablauf der Anhörung machen. Viele kennen das. Es stehen uns heute 60 Minuten zur Verfügung. Die 60 Minuten werden entsprechend der Stärke der Fraktion in Verbindung mit einer ausschussinternen Verabredung auf drei Frageblöcke verteilt. Es entfallen auf die CDU/CSU 20 Minuten, auf die AfD 14 Minuten, auf die SPD 12 Minuten, Bündnis 90/Die Grünen 8 Minuten und auf Die Linke 6 Minuten Fragezeit. Ich darf sowohl die Fragenden als auch die Sachverständigen bitten, sich möglichst kurz zu fassen. Nur so können viele Fragen gestellt und beantwortet werden. Die Anhörung wird live im Parlamentsfernsehen übertragen und das Wortprotokoll der Anhörung auf der Internetseite des Ausschusses veröffentlicht. Die aufgerufenen Sachverständigen, die online teilnehmen, weise ich noch darauf hin, dass sie, sobald sie ihren Redebeitrag beginnen, für uns hier im Sitzungssaal auf einem Video-Würfel zu sehen und zu hören sind. Ihr Bild wird dann auch im Parlamentsfernsehen bzw. im Videostream übertragen. Bitte beachten Sie auch, dass Ihr Bild



auch nach Ihrem Redebeitrag möglicherweise noch hier gesehen und im Internet bzw. im Parlamentsfernsehen übertragen werden kann. Ich bitte die Sachverständigen, entsprechend der Regelung in § 70 Abs. 6 Satz 3 der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages beim ersten, aber wirklich nur beim ersten Aufruf etwaige finanzielle Interessenverknüpfungen in Bezug auf den Beratungsgegenstand offenzulegen. Das soll unsere öffentlichen Anhörungen sowohl für die Abgeordneten als auch für die Zuschauerinnen und Zuschauer noch transparenter machen. Ich danke auch den Sachverständigen, die eine schriftliche Stellungnahme eingereicht haben. Diese sind auf der Ausschussseite im Internet veröffentlicht. Dann noch ein paar Hinweise an die Gäste auf der Galerie. Beifallsbekundungen und Zwischenrufe sowie die Aufzeichnung der Anhörung mit dem Smartphone oder anderen Geräten sind nicht gestattet. Das waren jetzt alle Hinweise. Wir können mit der Anhörung beginnen. Die ersten Fragen stellt die Fraktion der CDU/CSU für zehn Minuten. Liebe Kollegin Borchardt, Sie haben das Wort.

Abg. **Simone Borchardt** (CDU/CSU): Meine erste Frage geht an die ABDA. Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf sollen die Rahmenbedingungen für Apotheken verbessert werden, um ein flächendeckendes Apothekennetz für eine wohnortnahe Arzneimittelversorgung der Bevölkerung zu erhalten. Wie beurteilen Sie die Maßnahmen im Gesetzentwurf insbesondere mit Blick auf das Ziel der Aufrechterhaltung der Versorgung im ländlichen Raum?

Die **Vorsitzende**: Herr Preis bitte.

**Thomas Preis** (ABDA – Bundesverband Deutscher Apothekerverbände): Ich habe keine Interessenkonflikte hier anzumelden. Der Gesetzentwurf geht in die richtige Richtung. Es ist jetzt wichtig, dass zur Aufrechterhaltung der sicheren Arzneimittelversorgung eine Erhöhung des Fixums stattfindet. Das ist leider im Gesetz nicht vorgesehen. Aber es ist in einer begleitenden Verordnung vorgesehen. Wir haben eine noch funktionierende Versorgung. Aber wir haben seit 13 Jahren ein regelmäßiges oder ein starkes Abschmelzen der Apotheken. Deshalb ist die Gefahr, dass in der Zukunft die Versorgung

nicht mehr so gewährleistet sein kann, wie das erforderlich ist. Deshalb sind einige Maßnahmen gut und richtig. Vor allem muss schnell gehandelt werden. Was wir in dem Gesetzentwurf nicht brauchen, ist ganz klar eine Runterskalierung der Leistungen, eine Deprofessionalisierung durch Apotheken ohne Labore und Apotheken ohne Apothekerinnen und Apotheker.

Abg. **Simone Borchardt** (CDU/CSU): Meine nächste Frage geht an den Bundesverband des Pharmazeutischen Großhandels. Wie bewerten Sie im Kontext des Gesetzentwurfs die bestehende Rechtslage zur arzneimittelrechtlichen Überwachung beauftragter Logistikunternehmen im Versandhandel im Sinne des § 64 Arzneimittelgesetzes? Besteht aus Ihrer Sicht Klarstellungsbedarf hinsichtlich Zuständigkeit und Durchsetzbarkeit der Überwachung oder Länderüberwachung?

Die **Vorsitzende**: Herr Porstner bitte.

**Thomas Porstner** (PHAGRO - Bundesverband des pharmazeutischen Großhandels): Keine Interessenkonflikte. Die mit dem parallelen Verordnungsgebungsverfahren vorgesehene Einbeziehung der Logistikdienstleister von Versandapotheken in den Anwendungsbereich der Arzneimittelhandelsverordnung und damit die Anwendbarkeit der Leitlinien für die gute Vertriebspraxis ist ausdrücklich zu begrüßen und ist im Interesse der Patientensicherheit. Aus unserer Sicht besteht allerdings dringender gesetzlicher Klarstellungsbedarf, damit diese Regelungen, insbesondere die Einhaltung der Lager- und Transporttemperaturen durch die Logistikdienstleister, auch durchgesetzt werden können, d. h. durch die zuständigen Aufsichtsbehörden kontrolliert werden können, und zwar bei den Logistikdienstleistern, auch aus Gründen der Patientensicherheit. Die Bundesregierung geht davon aus, dass von Apotheken beauftragte Logistikunternehmen bereits heute über den Begriff des Inverkehrbringens nach § 4 Absatz 17 AMG der Überwachung nach § 64 AMG unterliegen würden. Diese Rechtsauffassung teilen wir nicht. Denn bei einem Blick ins Gesetz, insbesondere in § 43 AMG, kann diese Einordnung nur falsch sein und führt dazu, dass das vom Wissenschaftlichen Dienst des Bundestages vom 3. September 2020 bestätigte



Zuständigkeitsmikado fortgesetzt wird. Mit der Folge, keiner ist und keiner fühlt sich zuständig. Nach § 43 AMG und der maßgeblichen Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts erfolgt die arzneimittelrechtliche Abgabe an Endverbraucher im Versandhandel ausschließlich durch die Apotheke selbst. Das beauftragte Logistikunternehmen übernimmt lediglich eine Transportfunktion als Besitzmittler. Es bringt selbst keine Arzneimittel in Verkehr. Wenn aber kein eigenes Inverkehrbringen vorliegt, greift die Überwachung nach § 64 AMG gerade nicht. Denn der darin enthaltene Zuständigkeitskatalog ist abschließend und umfasst gerade nicht die Logistikdienstleister von Versandapotheken wie UPS, DHL, Hermes usw. Genau hier liegt die Regelungslücke, da liegt das Vollzugsdefizit. Wenn nun im Versandhandel vergleichbare logistische Prozesse stattfinden, ohne dass eine ebenso geregelte und durchsetzbare Überwachung besteht, entsteht ein strukturelles Sicherheitsrisiko für die Patientinnen und Patienten. Außerdem ist es auch ein eklatanter Wettbewerbsnachteil für diejenigen Marktteilnehmer wie Vor-Ort-Apotheken und pharmazeutischer Großhandel, die die vollständigen regulatorischen Anforderungen erfüllen, die dafür notwendigen Aufwendungen schultern und für die Patientensicherheit Sorge tragen. Patienten- und Arzneimittelsicherheit darf nicht davon abhängen, über welchen Vertriebsweg ein Arzneimittel zum Patienten gelangt und ob dieser kontrolliert werden kann, wie im Falle der Nutzung von Logistikdienstleistern durch Versandapotheken oder eben gerade nicht.

Abg. **Simone Borhardt** (CDU/CSU): Meine nächste Frage geht an Pro Generika. Wie hoch ist bei in Deutschland in die Versorgung gebrachten patentfreien biotechnologisch hergestellten biologischen Arzneimitteln der Anteil mit Wirkstoffproduktionsstätten in der EU bzw. im EWR im Verhältnis zu Produktionsstätten in Drittstaaten? Wie wichtig ist es aus Ihrer Sicht, Anreize zu schaffen, damit Wirkstoffe in der EU bzw. im EWR produziert werden? Wie können aus Ihrer Sicht verschiedene Formen von Rabattverträgen dazu beitragen?

Die **Vorsitzende**: Herr Bretthauer.

**Bork Bretthauer** (Pro Generika): Ich habe keine Interessenkonflikte. Es ist so, dass rund 56 Prozent der Biosimilars, die wir in der Versorgung in Deutschland brauchen, aus der EU-Produktion kommen. Sie können davon ausgehen, dass 54 europäische Unternehmen Wirkstoffe für biologische Arzneimittel herstellen und dass Deutschland EU-weit die meisten Hersteller für die Wirkstoffe von Biosimilars hat. Wir sind also, sagen wir so, in einer sehr robusten, sehr komfortablen Situation mit einem starken, robusten europäischen Standort und global diversifizierten Lieferketten. Das ist die Voraussetzung dafür, dass wir beides haben: hohe Einsparungen für die Krankenkassen, aber auch resiliente Versorgung. Wenn Sie so wollen, angesichts der heutigen Krisenlage, geradezu ein Idealzustand aus politischer Sicht im Hinblick auf den Ausgleich zwischen Effizienz und Resilienz. Im Hinblick auf die von Ihnen angesprochenen Rabattverträge kommt es nun darauf an, dass wir ein System haben, das diese Effizienz und Resilienz erhält und nicht gefährdet. Da gibt es ein Modell, das auch von den Krankenkassen wie der AOK Bayern schon angewandt wird, nämlich das Modell der Open-House-Verträge mit einer Standortdifferenzierung, eine rechtssichere Anwendung, die also beides ermöglicht - höhere Einsparungen künftig für die GKV und gleichzeitig eine resiliente Versorgung. Wir plädieren sehr stark für eine sehr schnelle gesetzliche Klarstellung, dass exklusive Ausschreibungen, so wie sie von Spektrum K vergangenen Freitag gestartet worden sind für Biosimilars, unterbunden werden. Denn wir wissen aus dem Bereich der Generika, dass exklusive Ausschreibungen immer zulasten von Resilienz gehen, weil Unternehmen aus der Versorgung ausgeschlossen werden.

Abg. **Dr. Stephan Pilsinger** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den Bundesverband Deutscher Apothekenkooperation. Sie schlagen eine gesetzliche Klarstellung zur Abrechnung von Rezepturarmitteln vor. Können Sie aus der Versorgungspraxis erläutern, welche konkreten Probleme durch die derzeit nach wie vor vorhandene Retaxationspraxis entstehen und warum eine Klarstellung hinsichtlich der abrechnungsfähigen Packungsgröße aus Ihrer Sicht notwendig ist, um Rechtssicherheit und eine wirtschaftliche, stabile Rezepturversorgung zu gewährleisten?



**Dr. Stefan Hartmann** (Bundesverband Deutscher Apothekenkooperationen (BVDAK)): Ich habe ebenfalls keine Interessenkonflikte. Aus der praktischen Versorgungsperspektive besteht weiterhin eine erhebliche Unsicherheit bei der Abrechnung von Rezeptur Arzneimitteln. Dabei ist die Ausgangslage mehr als eindeutig. Apotheken sind verpflichtet, bei der Rezepturherstellung die kleinste im Markt verfügbare Packungsgröße einzusetzen. Die Apotheken können nicht bedarfsgerecht konfektioniert einkaufen. Aber genau so verlangt es die geltende Rechtslage. Trotz einer aktuellen klaren, höchst-richterlichen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts erleben Apotheken weiterhin Retaxationen durch zahlreiche Krankenkassen. Wenn ihnen ihre gesetzeskonforme Vorgehensweise im Nachhinein finanziell angelastet wird, entsteht ein strukturelles Risiko, das die Rezepturversorgung insgesamt untergräbt. Das Problem ist daher nicht fehlendes Recht, sondern dessen bewusste Nichtbeachtung. Es entsteht nämlich für uns der Eindruck einer systematischen Inanspruchnahme struktureller Überlegenheit der gesetzlichen Krankenversicherung insofern, weil Retaxationen in dem Wissen, dass nicht jede Apotheke die finanziellen und zeitlichen Ressourcen hat, jede einzelne Kürzung gerichtlich überprüfen zu lassen, ausgesprochen werden. Das führt derzeit zu erheblichem Verwaltungsaufwand und zu wirtschaftlichen Schäden. Was wir jetzt auch nicht brauchen, sind Überlegungen zu einer Positivliste. Eine solche Liste würde nur Abgrenzungsfragen schaffen, zusätzliche Bürokratie erzeugen und neue Streitigkeiten provozieren. Wer bestehendes Recht nicht anwendet, löst das Problem nicht durch neue Listen. Die Lösung ist deutlich einfacher. Eine gesetzliche Klarstellung würde Rechtssicherheit schaffen, Streitfälle reduzieren und die Versorgung stabilisieren ohne zusätzliche finanzielle Belastungen für das System. Es geht also nicht um höhere Vergütung, es geht um Rechtssicherheit und es geht um die Sicherung einer wirtschaftlich tragfähigen Rezepturversorgung für die Patientinnen und Patienten. Denn am Ende darf nicht derjenige benachteiligt werden, der sich rechtstreu verhält und Versorgung sicherstellt.

Die **Vorsitzende**: Dann wäre jetzt die AfD an der Reihe. Herr Sichert, bitte.

Abg. **Martin Sichert** (AfD): Erste Frage an die Bundesärztekammer: Wir haben jetzt diese vorgesehene Regelung, dass verschreibungspflichtige Arzneimittel ohne Vorlage einer ärztlichen Verordnung durch Apotheker vergeben werden sollen. Welche Probleme und Risiken sehen Sie dadurch und insbesondere natürlich auch, wenn es dann um Arzneimittel bei chronischen Erkrankungen geht? Könnten Sie das vielleicht einmal darlegen?

Die **Vorsitzende**: Herr Langenberg.

**Ulrich Langenberg** (Bundesärztekammer (BÄK)): Wir sehen diese Regelungen in der Tat kritisch. Wir glauben, dass Ärzte und Apotheker sehr stark von einer guten Kooperation profitieren. Das findet auch in der Praxis an vielen Stellen überwiegend so statt. Wir glauben allerdings, dass beide Berufsgruppen in diese Kooperation ihre originären Kompetenzen einbringen sollten, die sie im Rahmen des Studiums und der Weiterbildung erworben haben. Dazu gehört bei Ärztinnen und Ärzten die Verschreibung von Arzneimitteln und bei Apothekerinnen und Apothekern alles, was mit der Abgabe zusammenhängt. Deswegen glauben wir, dass diese Grenzverschiebung keine sinnvolle Maßnahme ist. Es ist auch ein bisschen eigenartig, dass sie als Selbstzahlerleistung ausgestattet ist, sodass auch die Frage ist, was machen Menschen, die das vielleicht nicht selbst bezahlen können oder wollen. Eigentlich braucht man es auch nicht. Denn wir leben ja jetzt in der Zeit der Digitalisierung. Das heißt, eine Patientin/ein Patient, ganz egal, ob es um ein neues Medikament geht oder eine Dauerverordnung, hat ja erst recht, wenn dann auch über die Notfallreform die Strukturen weiterentwickelt sind, dann über die 116 117 die Möglichkeit, Kontakt aufzunehmen, auch mit dem ärztlichen Bereitschaftsdienst. Ein Rezept, das dann auf der Basis erstellt wird, kann elektronisch in die elektronische Patientenakte bzw. auf die Gesundheitskarte vermittelt werden, sodass das eigentlich der richtige Ansatz wäre, bei dem dann auch jede Berufsgruppe das tut, wofür sie da ist. Wir sehen natürlich Risiken, denn die Verordnung eines Medikamentes, auch einer Dauermedikation, setzt eine ärztliche Kompetenz voraus. Es hat Gründe, warum Menschen dann auch nochmal ärztlich gesehen oder zumindest nochmal ärztlich angeschaut werden müssen, ob ein Medikament weiter verordnet



werden kann. Es gilt natürlich erst recht bei Medikamenten, die in Akutsituationen neu verordnet werden sollen. Letzte Bemerkung dazu. Wir haben in Bezug auf die neu verordneten Medikamente ein etabliertes Verfahren, mit dem darüber entschieden wird, ob ein Medikament verschreibungspflichtig oder nur apothekenpflichtig ist. Das kann auch geändert werden. Das wird auch immer wieder mal durch die entsprechenden Gremien geordnet verändert. Diesen Weg kann man gehen, wenn man meint, dass da irgendwo Bewegung notwendig ist. Deswegen ist diese neue Regelung aus unserer Sicht auch an der Stelle keine gute Idee.

Abg. **Martin Sichert** (AfD): Nochmal eine kurze Frage an die Bundesärztekammer. Ich habe im Vorfeld zu diesem Gesetzentwurf mit vielen Apothekern gesprochen, und da kam in dem Zusammenhang mit der Kompetenzerweiterung der Apotheker auch immer diese Bedenken auf seitens der Apotheker, die gesagt haben, es ist schon seit längerem in der Diskussion, dass eventuell auch die Kompetenz der Ärzte an der Stelle möglicherweise ausgeweitet werden soll, dass Ärzte künftig auch in einem gewissen Zusammenhang Medikamente stärker vergeben dürfen. Würden Sie das dann ähnlich kritisch sehen seitens der Bundesärztekammer?

**Ulrich Langenberg** (Bundesärztekammer (BÄK)): Ärztinnen und Ärzte haben keine Sehnsucht danach, Aufgaben zu übernehmen, die in der Kompetenz von Apothekerinnen und Apothekern liegen und haben auch genug zu tun mit ihrer originären Patientenversorgung. Was wir für erforderlich halten, ist zu überlegen, wie denn im Rahmen einer Notfallversorgung und der jetzt hier angedachten integrierten Notfallzentren sichergestellt wird, dass ein Patient, der dort versorgt wird, ein Medikament verschrieben bekommt, dann auch in unmittelbarer Nähe einen Apothekennotdienst findet, der das sicherstellt. Das sollte im Rahmen der Reform geprüft werden. Dazu sollten gute Wege gefunden werden. Wenn das über die Notdienstapotheken nicht sichergestellt werden kann, kann man auch über die Krankenhausapotheken nachdenken. Für uns wäre dann erst im letzten Schritt der Gedanke da, dass ausnahmsweise der Arzt im Notdienst das Medikament übergibt. Aber wir würden uns eigentlich wünschen, dass auch an der Stelle jeder bei seinen Kompetenzen bleibt und der Apothekennotdienst

dann entsprechend gestaltet ist, dass das auch gut ineinander greift mit der ärztlichen Notdienstversorgung.

Abg. **Martin Sichert** (AfD): Meine nächste Frage geht an den Bundesverband Pharmazeutisch-technischer AssistentInnen. Sie haben in Ihrer Stellungnahme geschrieben, Sie begrüßen die Intention des Gesetzgebers, den pharmazeutisch-technischen Assistenten mehr Befugnisse zu übertragen, schreiben aber dann im nächsten Absatz gleich: „Drei Staatsexamen lassen sich nicht nivellieren“, und Sie sehen dringend notwendig eine verpflichtende Zusatzqualifikation. Verstehe ich Sie richtig, dass Sie die Intention zwar gut finden, aber es tendenziell kritisch sehen, dass die PTAs jetzt dann Vertretungsaufgaben, wenn auch nur zeitweise von Apothekern übernehmen sollen?

Die **Vorsitzende**: Frau Zierath ist online dabei.

**Anja Zierath** (Bundesverband Pharmazeutisch-technischer AssistentInnen (BVpta)): Wir halten die Vertretungsbefugnis ohne verpflichtende Weiterqualifizierung für problematisch. Mehr Verantwortung erfordert für uns einfach auch ein Mehr an Wissen, gerade in einem heilberuflich geprägten Bereich, zumindest in der Apotheke, ist eine strukturierte Zusatzqualifikation unverzichtbar, um einfach auch Qualität, Patientensicherheit und Rechtssicherheit zu gewährleisten. Der ursprüngliche Referentenentwurf mit einer berufsbegleitenden Weiterqualifizierung hätte hier einen sinnvollen Weg für uns aufgezeigt und sogleich auch eine wichtige Karriereperspektive für erfahrene PTAs geschaffen. Nach dem Wegfall des Pharmazieingenieurs fehlt seit Jahrzehnten eine solche Zwischenqualifikation. Aber wir sehen einfach die Problematik ohne Weiterqualifizierung - auch mit in der Stadt-Land-Trennung, die gemacht wurde. Wir haben das Anliegen, dass es bundesweit einheitlich qualifikationsgebundene Lösungen gibt, die Verantwortung, Qualität und Attraktivität des PTA-Berufs miteinander verbinden.

Die **Vorsitzende**: Dann wäre die SPD-Fraktion an der Reihe. Da stelle ich als zuständige Berichterstatterin die Fragen.



Abg. **Dr. Tanja Machalet** (SPD): Zunächst geht meine Frage auch nochmal an die ABDA. Mit dem Gesetzentwurf soll der Apothekerberuf als Heilberuf gestärkt werden. Wie bewerten Sie die vorgeschlagenen Aufgaben? Sehen Sie neben der Erweiterung der pharmazeutischen Dienstleistungen auch weitere Aufgaben, bei denen die Apotheken noch mehr Verantwortung in der Patientenversorgung übernehmen könnten?

**Thomas Preis** (ABDA – Bundesverband Deutscher Apothekerverbände): Wir begrüßen die vorgesehene Erweiterung der pharmazeutischen Dienstleistungen ausdrücklich. Sie stärkt den heilberuflichen Beitrag von Apothekerinnen und Apothekern der Versorgung und entwickelt pharmazeutische Dienstleistungen konsequent weiter. Besonders wichtig ist die Klarstellung, dass pharmazeutische Dienstleistungen auch Maßnahmen zur Prävention und Früherkennung von Erkrankungen und Erkrankungsrisiken umfassen. Apotheken können in der Patientenversorgung noch mehr Verantwortung übernehmen, wenn sie auch die kontinuierliche Pflege des elektronischen Medikationsplans inklusive des Arzneimitteltherapie-Sicherheitschecks übernehmen. Gerade hier zeigt sich in der Praxis: Ohne klare Zuständigkeit bleiben Medikationspläne oft unvollständig und fehleranfällig. Dass Apotheken diese Aufgabe übernehmen, ist bislang die einzige Lösung, die in Projekten erfolgreich erprobt wurde und sich auch international, etwa in Belgien oder den Niederlanden, etabliert hat. Die Vor-Ort-Apotheke ist dafür die richtige Stelle. Sie ist nah bei den Menschen, verlässlich, heilberuflich, verantwortlich. Deshalb ist grundsätzlich der Apotheker als Heilberuf, dass er gestärkt wird, etwas Positives für Bürgerinnen und Bürger.

Abg. **Dr. Tanja Machalet** (SPD): Dann hätte ich eine Frage an die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege. Die Arzneimittelversorgung in Pflegeheimen ist von besonderer Bedeutung. Wie bewerten Sie die im Gesetzentwurf enthaltene Regelung zur Rezeptübermittlung an die heimversorgenden Apotheken und ist die Befristung aus Ihrer Sicht angemessen?

**Dr. Elisabeth Fix** (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW)): Keine

Interessenskonflikte. Die BAGFW hat sich lange dafür eingesetzt, dass die Pflegeeinrichtungen an den Fachdienst der TI angeschlossen werden, um das E-Rezept, aber auch andere E-Verordnungen effektiv managen zu können. Die Übergangsfrist halten wir für sinnvoll. Sie ist so in der Roadmap der Gematik vorgesehen und sollte allerdings nicht verlängert werden. Denn wir brauchen dringend das E-Rezept, um die Versorgung zu beschleunigen und auch die Pflegeeinrichtungen entbürokratisieren und entlasten zu können an dieser Stelle. Wir sehen auch einen Ergänzungsbedarf. Es sollte nämlich nicht nur in der Begründung, sondern im Gesetzestext selbst vorgesehen werden, dass die Einrichtungen unbedingt zu unterrichten sind, wenn ein E-Rezept zwischen Arzt und Heim versorgende Apotheke gemittelt wird. Denn die Pflegeeinrichtungen sind für die Medikamentenversorgung verantwortlich. Es ist unbedingt zu gewährleisten, dass Rezepte nicht einfach automatisch verlängert werden. Wenn sich zum Beispiel der Gesundheitszustand des Patienten in der Zwischenzeit geändert hat, ein Absetzen des Medikaments erforderlich wird oder Wechsel- oder Nebenwirkungen aufgetreten sind - darüber weiß in erster Linie die Pflegeeinrichtung Bescheid und deswegen ist es wichtig, dass sie im Informationsfluss gleichberechtigt berücksichtigt wird.

Abg. **Dr. Tanja Machalet** (SPD): Dann habe ich eine eher grundsätzliche Frage an den GKV-Spitzenverband. Wir alle wissen, dass die GKV vor großen finanziellen Herausforderungen steht. Wie bewerten Sie die Finanzwirkungen der Apothekenreformen, insbesondere auch bezogen auf die Themen vereinfachte Austauschbarkeit und den Ausschluss der Nullretaxation aus formalen Gründen?

**Dr. Markus Grunenberg** (GKV-Spitzenverband): Keine Interessenverknüpfungen. Es gibt im Grunde zwei Aspekte, was diese Frage angeht. Einmal Dinge, die unmittelbar verbunden sind mit dem vorliegenden Gesetzentwurf und dann darüber hinausgehend die Diskussion über die Frage: Wird das Apothekenfixum erhöht? Zu letzterem nur kurz: Wenn man den diskutierten Eurobetrag umsetzen würde, würde dies zu etwa 900 Millionen Euro Mehrausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung führen. Sie kennen die GKV-Finanzsituation. Das wäre schon eine schwere Belastung. Davon



unabhängig gibt es dann Dinge, die bereits in dem Gesetzentwurf enthalten sind. Das Augenmerk lege ich auf zwei Aspekte. Das eine sind die Austauschregeln für Arzneimittel. Die Lockerungen, die dort vorgesehen werden, Stichwort vereinfachte Austauschbarkeit, führen dazu, dass Steuerungsinstrumente, insbesondere die Rabattverträge, nicht mehr in dem Umfang bedient werden. Wenn Rabattarzneimittel leichter umgangen werden können, führt das dazu, dass auch die Einsparungen durch Rabattverträge geschmälert werden. Außerdem wird die Bereitschaft sinken für pharmazeutische Unternehmen, Rabatte abzuschließen oder zu gewähren. Ich will an der Stelle noch einmal darauf hinweisen: Rabattverträge führen dazu, dass Einsparungen in erheblichem Maße realisiert werden. Ganz kurz noch zum Thema Nullretaxationen: Das ist auch etwas, was in dieselbe Richtung liefert, nämlich auch Einsparungen reduzieren würde. Zudem drohen hier Rechtsstreitigkeiten aus unserer Sicht.

Die **Vorsitzende**: Dann kommen wir jetzt zur Fraktion Bündnis 90/Die GRÜNEN.

Abg. **Dr. Paula Piechotta** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)): Meine erste Frage geht an das IGES Institut. Wie hat sich in den letzten Jahren die Erreichbarkeit der deutschen Apotheken verbessert oder verschlechtert? Würde eine Erhöhung des Fixums die Erreichbarkeit der Apotheken verbessern für die deutsche Bevölkerung? Ist die aktuelle Apothekenvergütung leistungsgerecht?

Die **Vorsitzende**: Frau an der Heiden.

**Iris an der Heiden** (IGES Institut GmbH): Wie hat sich die Erreichbarkeit der Apotheken entwickelt? Wir haben die Veränderung der Erreichbarkeit von Apotheken jüngst in einem Gutachten für den GKV-Spitzenverband untersucht für den Zeitraum 2020 bis 2025. In dieser Zeit wurden 12 Prozent der Apothekenstandorte aufgegeben. In absoluten Zahlen in unserem Untersuchungszeitraum sind das 3 021 Standorte weniger. Die Erreichbarkeit der Bevölkerung im 5-km-Radius hat sich in dieser Zeit für weniger als ein Prozent der Bevölkerung verschlechtert. Es gilt weiterhin: 99,9 Prozent der Menschen erreichen mit dem Auto innerhalb von 15 Minuten eine Apotheke. Wir haben aber einen

weiteren wichtigen Aspekt untersucht. Da es in der aktuellen Vergütungsdiskussion um rezeptpflichtige Arzneimittel geht, haben wir zudem erstmalig die Erreichbarkeit von Apotheken nach einem Arztbesuch untersucht. Denn die Arztpraxis ist der Ausgangspunkt, wo die Menschen typischerweise Arzneimittelverordnungen erhalten, die sie dann einlösen wollen. Hier ist die Erreichbarkeit deutlich besser als von den Wohnorten aus betrachtet. Patientinnen und Patienten von knapp zwei Drittel der Arztpraxen können nach Verlassen ihres Arztes zu Fuß innerhalb von zehn Minuten eine Apotheke finden. In fünf Minuten fußläufig ist eine Apotheke von rund 30 Prozent der Hausarztpraxen zu erreichen. Von den Wohnorten aus betrachtet sind es dagegen nur circa 5 Prozent. Insgesamt ist die Erreichbarkeit von Apotheken als sehr gut anzusehen, trotz des Rückgangs bei der Anzahl der Standorte. Dann zu der Frage, ob die Erhöhung des Fixums geeignet ist, die Erreichbarkeit zu verbessern oder zu stabilisieren. Dazu ist folgende Perspektive hilfreich. Was hat bisher Standortaufgaben beeinflusst? Auch das haben wir untersucht. Wir wissen, Standortaufgaben gibt es überall, unabhängig davon, ob es sich um Städte, Kleinstädte oder den dörflichen Raum handelt. Es gibt keine überproportionale Standortaufgabe im ländlichen Raum. Es kommt vor allen Dingen dann zu Standortschließungen, wenn Apothekenstandorte im nahen Umfeld bereits vorhanden sind oder die Bevölkerungsdichte, insbesondere die ältere Bevölkerung und die Arztdichte dort deutlich geringer ist als anderswo. Wir sehen also im Wesentlichen eine Konsolidierung und einen Verdrängungswettbewerb, bei dem wirtschaftliche Apothekenstandorte von einem stabilen medizinischen Umfeld, insbesondere hausärztlicher Versorgung und einer größeren Einzugsbevölkerung, profitieren. Hinzu kommt, dass es anders als für Arztpraxen keine Bedarfsplanung von Standorten gibt. Daher existiert auch kein Maßstab, welche Apothekendichte und Erreichbarkeit für die Menschen bestehen sollte. Eine pauschale Erhöhung des Fixums wirkt eben nicht zielgerichtet gegen die oben beschriebenen Faktoren, die Standorte bedrohen können. Zur Frage, was die Erhöhung des Fixums bewirkt, ist ein Blick auf die Kosten- und Umsatzentwicklung der Apotheken hilfreich. Apotheken haben hohe Fixkosten - wegen der Lage und des qualifizierten Personals. Ein Fixum ist aber eine Vergütungsform, die bei der Frequenz, also der Zahl der Patientinnen und Patienten, besonders



wichtig ist. Deshalb ist es kaum geeignet, wirtschaftlich gefährdete Apotheken zu stärken, da ihnen typischerweise die Frequenz fehlt, um die hohen Fixkosten zu decken. Erste Analysen von uns zeigen, dass gefährdete Apotheken durch eine Fixum-Erhöhung wenige Tausend Euro Rohgewinn im Jahr erhalten würden. Ein Großteil von den voraussichtlich entstehenden knapp einer Milliarde Zusatzausgaben ginge an Apotheken mit bereits aktuell hohem Bruttobetriebsüberschuss im Extremen sind das die Versandapotheken.

Die **Vorsitzende**: Dann ist jetzt die Fraktion Die Linke an der Reihe. Ates Gürpınar, bitte.

Abg. **Ates Gürpınar** (Die Linke): Meine Frage richtet sich an den Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten. Bitte umreißen Sie, welche Folgewirkungen die Arzneimittelversorgungsqualität für die Gesundheit und die Gesamtgesellschaft hat und wie Sie die Ansätze des Gesetzentwurfs in diesem Punkt bewerten.

**Sabine Haul** (Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VdPP)): Ich habe keine Interessenkonflikte. Ich bin Apothekerin in zwei der Hamburger Primärversorgungszentren und erlebe dort täglich, wie es an der Basis aussieht. Arzneimittel sind erhebliche Kostentreiber im Gesundheitswesen. Die Arzneimitteltherapien werden immer komplexer und immer teurer. Wir haben Zahlen für die Non-Adhärenz, zum Beispiel von rund 10 Milliarden Euro Einsparpotenzial. Die Apotheken, das erleben wir vor Ort, sind ganz wichtige Ansprechpartner, um unter anderem die Adhärenz und die Medikationssicherheit zu verbessern. Deswegen ist es wichtig, dass wir als niedrighschwellige Anlaufstelle vor Ort tatsächlich entlastet werden von der Bürokratie, von dem - was hier schon anklang, dem Thema Rabattverträge, Lieferengpässe; dass wir den Rücken frei haben. Es ist zu begrüßen, dass wir ein Aufstocken der pharmazeutischen Dienstleistungen haben. Es ist aber auch wichtig, dass wir die Zeit dafür haben, unsere Fachkompetenz auszuspielen. Ich kann wirklich von der Basis berichten, dass wir dort vor Ort eklatante Missstände haben, auch bereits in der Stadt eine Unterversorgung. Wir haben vor allen Dingen einen eklatanten Hausärztemangel. Wir haben Tausende von

Patienten in unserem Stadtteil, die keinen Hausarzt mehr haben. Dadurch verlagern sich die Fragestellungen in die Apotheke. Wir können einen erheblichen Beitrag leisten hier für die Arzneimittel- und Patientensicherheit. Was die ABDA schon angesprochen hatte: wir pilotieren als Apotheke die elektronische Patientenakte mit. Es zeigt sich auch in dieser Pilotierung, dass im Grunde genommen die kontinuierliche Pflege des elektronischen Medikationsplanes und das Anschließen einer Medikationsanalyse sehr sinnvoll ist.

Abg. **Ates Gürpınar** (Die Linke): Anschließende Frage: Sie mahnen mehr Kooperation zwischen Apotheken und Ärzten, Pflege und anderen Akteuren an. Was hindert die Apotheken denn momentan daran? Was wünschen Sie sich vom Gesetzgeber?

**Sabine Haul** (Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VdPP)): Was wir nicht gebrauchen können, sind Grabenkämpfe zwischen den Heilberuflern. Das ändert sich zwar gerade, aber wir haben immer noch sehr zu kämpfen damit. Das betrifft zum Beispiel auch die pharmazeutischen Dienstleistungen, wo jetzt vorgeschlagen wird, dass die von Ärzten verschrieben werden sollen. Das ist schwierig. Wir können nicht gebrauchen, die Heilberufe gegeneinander auszuspielen, sondern es ist ganz wichtig, dass wir im Projekt ARMIN tatsächlich die rechtlichen Grundlagen geschaffen werden für die Zusammenarbeit, Kooperation zwischen Ärzten und Apothekern, eine Vergütung für beide Seiten. Das ARMIN-Projekt hat gezeigt, dass es nicht nur zum Wohle der Patienten ist, sondern dass auch Arzt und Apotheker wirklich entlastet werden. Ich kann es aus der Praxis auch so berichten, dass es so ist, wenn man in der Lage ist, das vor Ort umzusetzen.

Die **Vorsitzende**: Dann gehen wir in die zweite Runde. Das Wort hat die Kollegin Zeulner für die CDU/CSU Fraktion.

Abg. **Emmi Zeulner** (CDU/CSU): Meine Frage geht an die Bundesapothekerkammer. Mit dem Gesetzentwurf sollen die Voraussetzungen für die Einrichtung von Zweigapotheken erleichtert werden, um Versorgungslücken zu schließen. Halten Sie



dieses Instrument für geeignet, die Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Regionen nachhaltig zu sichern? Jetzt haben wir das Glück, dass Sie nicht nur Apothekerin sind, sondern auch ausgebildete PTA. Deswegen würde ich Sie auch da fragen: Was müssten wir, Ihrer Ansicht nach, tun, um den Beruf zukunftsfest aufzustellen und attraktiv zu halten?

**Franziska Scharpf** (Bundesapothekerkammer (BAK)): Ich habe keine Interessenkonflikte. Wir halten die erleichterte Einrichtung von Zweigapotheken für einen gefährlichen Irrweg und einen falschen Weg. Sie ist nicht geeignet, die Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Regionen nachhaltig zu sichern, sondern geht an den eigentlichen Problemen vorbei. Vielmehr sehen wir die reale Gefahr, dass damit mehr Fremdbesitzstrukturen weiter aufgeweicht werden und der Einstieg in die Apothekenketten vorbereitet wird. Das würde die inhabergeführte Apotheke vor Ort unter Druck setzen und langfristig verdrängen. Am Ende droht nicht mehr Versorgungssicherheit, sondern eine Konzentration auf wenige große Anbieter mit dem Risiko, dass wirtschaftliche Interessen über die wohnortnahe und persönliche Versorgung gestellt werden. Das widerspricht dem bewährten System der persönlich verantworteten Apotheke und gefährdet die flächendeckende Versorgung gerade im ländlichen Raum. Sie hatten noch eine zweite Frage gestellt bezüglich den PTAs, was für Möglichkeiten wir wahrscheinlich sehen. Hier arbeiten wir sehr intensiv daran, Weiterentwicklungsmöglichkeiten für die PTAs zu gestalten. Es ist ein zentrales Anliegen. Wichtig für die PTAs, um die Apotheken zu stärken ist das Team Apotheker-PTA. Wir diskutieren die modulare Weiterqualifikation von PTAs im Bereich der pharmazeutischen Dienstleistung mit dem Ziel eines zertifizierten Abschlusses. Zudem erarbeitet auch gerade die Bundesapothekerkammer derzeit ein 115-stündiges Curriculum zur Qualifizierung von PTAs als Praxisanleiterinnen und -anleiter, das noch in diesem Frühjahr verabschiedet werden soll. Darüber hinaus regen wir an, Leistungen aus der PTA-Ausbildung auf das Pharmaziestudium anrechnen zu lassen, um geeignete PTAs den Übergang ins Studium zu erleichtern. Dabei ist für uns klar: PTAs können und sollen Apotheker nicht ersetzen. Wir ergänzen uns. Die heilberufliche Verantwortung muss weiterhin beim Apotheker liegen. Das braucht auch

künftig die persönliche Anwesenheit eines Apothekers in der Apotheke. Weiterentwicklung bedeutet Stärkung der Teamarbeit des Apothekers und des PTA und nicht eine Verschiebung einer Verantwortung.

Die **Vorsitzende**: Dann ist jetzt die AfD an der Reihe. Herr Bloch.

Abg. **Joachim Bloch** (AfD): Meine Frage geht an die Deutsche Stiftung Patientenschutz. Wie bewerten Sie die geplante Vertretung der Apothekenleitung durch PTA? Welche Mindestanforderungen an Aufsicht, Haftung und Qualitätsmanagement müssen aus Ihrer Sicht zwingend erfüllt sein, damit PTA-Leitungsververtretungen nicht zu Beratungs- und Sicherheitsdefiziten führen?

Die **Vorsitzende**: Frau Nouri bitte.

**Nisrin Nouri** (Deutsche Stiftung Patientenschutz): Bei mir bestehen auch keine Interessenskonflikte. Wir sehen, dass die Qualifikationen der PTAs besser genutzt werden müssen. Wir haben aber auch gefordert, dass das evaluiert werden muss. Das heißt, die Bundesapothekerkammer sollte alle zwei Jahre einen Bericht vorlegen mit anschließender Evaluation, aus dem sich ergibt, insbesondere wer die Leistungen in Anspruch genommen hat. Das sehen wir für wesentlich erforderlich, weil ärztliche Aufgaben in den pharmazeutischen Bereich verlagert werden sollen und damit eine verantwortungsvolle Gesundheitspolitik gewährleistet wird.

Abg. **Joachim Bloch** (AfD): An den Hausärzterverband: Halten Sie es für vertretbar, dass durch neue „Abwerberechte“ der Apotheken faktisch Therapieentscheidungen wie etwa „Was wird jetzt genommen?“, in die Apotheke verlagert werden? Wie wirkt sich das auf Fehl- und Doppelmedikation und die Kontinuität der hausärztlichen Versorgung aus?

Die **Vorsitzende**: Frau Prof. Dr. Buhlinger-Göpfarth.

**Prof. Dr. Nicola Buhlinger-Göpfarth** (Hausärztinnen- und Hausärzterverband): Keine



Interessenkonflikte. Wir sehen hier insbesondere eine Aufweichung des Arztvorbehaltes. Der ist klarstellungsbedürftig. Wann sollen Arzneimittel dann tatsächlich abgegeben werden dürfen? Handelt es sich um eine akute Erkrankung, die keinen Aufschub bedarf? Oder was für Fälle sollen das denn dann tatsächlich sein? Wir sehen weiterhin eine Aushöhlung auch des bewährten Vier-Augen-Prinzips, nämlich, dass Ärztinnen und Ärzte diagnostizieren, verschreiben und Apotheker prüfen und eben dann dispensieren. In unseren Augen besteht die Gefahr des Verlustes der Patientensicherheit und der Arzneimitteltherapiesicherheit verbunden mit unklaren Haftungsfolgen. Wir denken, dass wir im Moment eins nicht wollen - eine Fragmentierung der Versorgung. Wir machen uns doch jetzt gerade alle miteinander auf den Weg, das Gesundheitssystem besser zu steuern, Rollen zu verteilen. Und da sollte der Hausarzt den Hut aufhaben, die koordinierende Funktion haben und nicht zusätzliche Schnittstellen geschaffen werden.

Die **Vorsitzende**: Danke schön. Herr Dr. Pantazis.

Abg. **Dr. Christos Pantazis (SPD)**: Meine Frage richtet sich an die ABDA und an den GKV-Spitzenverband. Im Verordnungsentwurf der Bundesregierung ist geregelt, dass Sie künftig einen Vergütungsvorschlag für das BMG zum Fixum und dem relativen Anteil vereinbaren sollen. Wie bewerten Sie diesen Regelungsvorschlag? Bitte gehen Sie insbesondere auch auf die für die Verhandlung erforderliche Datengrundlage ein.

Die **Vorsitzende**: Herr Preis und dann Herr Dr. Bäuml-Sundmacher.

**Thomas Preis** (ABDA – Bundesverband Deutscher Apothekerverbände): Es ist existenziell wichtig, dass auf Basis der geplanten und zugesicherten Erhöhung des Fixhonorars auf 9,50 Euro Apotheken nicht wieder von den steigenden Kosten abgekoppelt werden. Das hat 13 Jahre jetzt stattgefunden. Deshalb sind Verhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband der richtige Weg. Es müssen dann die spezifischen Apothekenkosten als Grundlage dargestellt werden, damit die steigenden Kosten der Apotheken abgebildet werden. Uns ist wichtig, dass dann nachher auch der Ordnungsgeber die

Verpflichtung hat, dieses Verhandlungsergebnis eins zu eins umzusetzen, dass da keine Verzögerungen und Korrekturen kommen. Da muss im Gesetzentwurf nachgeschärft werden.

**Dr. Bäuml-Sundmacher** (GKV-Spitzenverband): Kein Interessenskonflikt. Vom Prinzip her haben wir solche Vergütungsverhandlungen auch in anderen Versorgungsbereichen. Das ist eigentlich eine klassische Aufgabe der Selbstverwaltung. Die Struktur, die wir hier haben, ist uns dann vertraut. Was allerdings wichtig ist, dass wir klare Kriterien haben. Wir haben gewisse Erfahrungen schon auch mit den Verhandlungen mit dem Apothekerverband, insbesondere der Apothekenrabatt war früher auch der Gegenstand von Verhandlungen. Damals sind die Verhandlungen gescheitert, weil wir keine repräsentative, neutrale Datengrundlage hatten. Diese Grundlage gibt es momentan hier auch nicht. Uns ist wichtig, dass das im Gesetz noch ergänzt wird. Wir könnten uns zum Beispiel einen Auftrag an das Statistische Bundesamt vorstellen, wo dann die Vereinbarungspartner mitwirken, dass dann wirklich eine gute Grundlage erstellt wird, um dann eben auch zielführend verhandeln zu können.

Abg. **Matthias David Mieves** (SPD): Meine Frage geht an Pro Generika. Wir wollen die Versorgungslage bei Basismedikamenten verbessern. Sie schlagen dafür Open-House-Verfahren vor. Wir wissen alle, dass Open-House-Verfahren in der jüngsten Vergangenheit in der Bundesrepublik nicht immer perfekt gelaufen sind, vor allem, wenn wir an das Thema Masken und an ehemalige Minister denken. Daher die Bitte: Skizzieren Sie kurz, wie Sie diese Verfahren durchführen wollen und wie diese helfen, Versorgungssicherheit und unakzeptable Kosten zusammenzubringen.

Die **Vorsitzende**: Da ist leider die Zeit vorbei. Das kann in der nächsten Runde beantwortet werden. Dann kämen wir jetzt zu Frau Dr. Pichotta, bitte.

Abg. **Dr. Paula Picotta** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine erste Frage mit Bitte um kurze Beantwortung geht an die KBV. Wir haben jetzt hier von verschiedenen potenziellen Einschnitten in den Arztvorbehalt gehört. Welcher stellt aus Ihrer Sicht das größte Problem für eine gute



Patientenversorgung dar, also zum Beispiel Impfen oder auch die rezeptfreie Abgabe von Medikamenten?

Die **Vorsitzende**: Frau Dr. Steiner.

**Dr. Sibylle Steiner** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Keine Interessenskonflikte. Beide Regelungen, sowohl die Abgabe verschreibungspflichtiger Arzneimittel durch die Apotheker als auch die Impfung durch Apotheker, führen aus unserer Sicht zum einen zu einer Aushöhlung ärztlicher Kompetenzen, aber auch zu einer Schwächung der Patientensicherheit und, wie von Frau Prof. Dr. Buhlinger-Göpfarth schon ausgeführt, auch zu einer weiteren Zersplitterung der Verantwortlichkeiten im Gesundheitswesen, wo man ja im Moment in eine andere Richtung möchte, durch mehr Steuerung. Verschreibungspflichtige Arzneimittel unterliegen nicht ohne Grund der Verschreibungspflicht. Es bedarf einer ärztlichen Diagnose, einer differenzialdiagnostischen Abklärung und einer Therapieentscheidung. Das ist nicht Gegenstand des Pharmaziestudiums. Im Hinblick auf die Impfangebote kann ich nur festhalten, dass im Moment 99,5 Prozent der Impfungen im Bereich der Gripeschutzimpfungen in den Arztpraxen stattfindet. Wenn man das wichtige Ziel hat, Impfquoten zu verbessern, dann sollte man hier viel eher die Ungleichbehandlung aufheben, weil Ärzte strengen Kontrollen, was die Mengenbestellung an Impfstoffen angeht, unterliegen - bis hin zu Regressen bei saisonalen Grippeimpfstoffen. Das sollte man eher im Blick nehmen, diese Ungleichbehandlung.

Abg. **Dr. Paula Picotta** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich würde noch gerne eine Frage an die ABDA stellen. Wir haben gehört, dass die Erhöhung des Fixums einer Apotheke umso stärker zugutekommt, umso mehr Patientenkontakte sie hat. Wir wissen jetzt, dass Versandapotheken bei einer Erhöhung des Fixums im angedachten Betrag wahrscheinlich bis zu sieben Millionen Euro zusätzlich zugesprochen bekommen. Notleidende kleine Apotheken würden wahrscheinlich nur so circa 2 000 Euro durch eine Fixumserhöhung zusätzlich bekommen. Warum kämpfen Sie hier nicht zum Beispiel für eine Erhöhung der Notdienstzuschläge,

die deutlich zielgenauer die Vor-Ort-Apotheken stützen würden?

**Thomas Preis** (ABDA – Bundesverband Deutscher Apothekerverbände): Die Notdienstzuschläge sind vorgesehen. Wir müssen darauf achten, dass es ein Zuschuss bleibt, wenn die Zuschüsse zu hoch sind, wird das steuerliche Auswirkungen haben. Im Übrigen ist die Fixumserhöhung für die Apotheken vor Ort existenziell. Deshalb setzen wir darauf. Die Versandhändler kann man durch eine Stärkung der paritätischen Stelle und durch gleichlange Spieße in Bezug auf die Temperaturkontrolle im Zaum halten. Das würden wir von der Politik erwarten.

Die **Vorsitzende**: Danke schön. Dann ist jetzt noch einmal Ates Gürpınar für Die Linke an der Reihe.

Abg. **Ates Gürpınar** (Die Linke): Meine nächste Frage richtet sich an ADEXA. Wir fordern neben vielen weiteren sehr guten Vorschlägen in unserem Antrag auch einen Punkt zur Personalbemessung in öffentlichen Apotheken für pharmazeutisches Personal unter Berücksichtigung der abgegebenen Packungszahlen. Wie bewerten Sie diese Forderung?

**Andreas May** (ADEXA – Die Apothekengewerkschaft): Ich habe auch keine Interessenskonflikte. Ich finde diese Forderung sehr gut. Es gibt bisher keine bundeseinheitliche gesetzliche Regelung, die sagt, wie viel Personal vorgehalten werden muss. Bei diesen Packungszahlen würde eine Ausgestaltung auf jeden Fall Sinn machen.

Abg. **Ates Gürpınar** (Die Linke): Nun würde ich eine weitere Frage an ABDA stellen. Sie hatten eben schon die gleichlangen Spieße zwischen Apotheken und Arzneimittelversendern angesprochen. Neben der Anforderung zum Beispiel im Temperaturmanagement: Wo würden Sie noch zusätzlichen Handlungsbedarf sehen, um die gleichlangen Spieße, um im Bild zu bleiben, herzustellen?

**Thomas Preis** (ABDA – Bundesverband Deutscher Apothekerverbände): Eine grundsätzliche Bemerkung: Eine sichere Arzneimittelversorgung der Bevölkerung ist nur durch Apotheken vor Ort



möglich. 40 Millionen Packungen Antibiotika werden von den Ärzten verordnet. Jeder weiß, ein Antibiotikum muss man sofort einnehmen. Das bedeutet, statistisch gesehen braucht jeder zweite Bürger im Jahr eine erreichbare Apotheke, Tag und Nacht. Apotheken übernehmen auch in Spezialversorgung wie der Substitutionstherapie wichtige Aufgaben. Jede dritte Apotheke macht das. Deshalb ist es ganz, ganz wichtig, dass die Politik den systemzerstörenden Wettbewerb durch Versandhändler aus dem Ausland eindämmt. Ganz wichtig ist da die Stärkung der paritätischen Stelle. Das ist im Moment eine Stelle, die nicht so agieren kann, wie das vorgesehen ist, weil die Mitglieder persönlich haften müssen. Die Alternative, die wir ganz klar fordern, ist, dass der Staat diese Haftung übernimmt, damit diese Stelle auch tatkräftig und effektiv agieren kann. Denn die Versandhändler halten sich hier nicht an die Arzneimittelpreisverordnung. Das passiert tausendfach am Tag. Da haben wir eine riesige Regelungslücke unseres Staates.

Die **Vorsitzende**: Dann kommen wir jetzt zum letzten Block und es beginnt die CDU/CSU mit sieben Minuten. Herr Dr. Pilsinger, bitte.

Abg. **Dr. Stephan Pilsinger** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den Verband Innovativer Apotheken. Wie bewerten Sie die Idee im Apothekengesetz oder in der Verordnung zur Änderung der Apothekenbetriebsordnung und weiterer Verordnungen neben den Vorgaben zum lückenlosen Nachweis der Kühl- und Transportbedingungen beim Versand von kühlkettenpflichtigen Arzneimitteln, die gesetzliche Vorgabe eines GDP-konformen Versands bezüglich einer GDP-konformen Lagerung aller Medikamente, also auch der nicht kühlpflichtigen und nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel einzuführen, sodass künftig alle Medikamente im Rahmen des Temperaturintervalls zwischen 8 und 25 Grad Celsius versandt und gelagert werden, um die Patientensicherheit zu stärken? Welche Ideen haben Sie, wie ein GDP-konformer Versand und eine GDP-konforme Lagerung in Zusammenarbeit mit den Ländern flächendeckend überwacht und kontrolliert, ggf. sanktioniert werden könnte?

**Benedikt Bühler** (via – Verband Innovativer Apotheken): Ich bin auch nicht befangen. Erstmal ist es schön, dass wir nach 20 Jahren eine Richtigstellung haben, dass Arzneimittel besondere Güter sind und dass auch die Temperaturpflicht zwischen 8 und 25 Grad gilt oder vor allem unter 8 Grad. Ich möchte nochmal feststellen, dass das zurzeit ja schon heute durch die unteren Aufsichtsbehörden tagtäglich durch die Pharmazierätinnen und Pharmazieräte oder durch die Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker kontrolliert und auch sanktioniert wird. Im Übrigen gilt das auch für den Botendienst, der eine fest definierte Leistung für die Patientinnen und Patienten ist, auch im SGB V verankert, somit abrechnungsfähig und Teil der Apothekenbetriebsordnung ist. Wir schlagen vor, dass diese Kontrollen auch durch die unteren Aufsichtsbehörden durchgeführt werden, also auch durch die Länder. Das haben die Länder auch nochmal ausdrücklich vorgeschlagen. Wir möchten auch noch anregen, dass Paragraph 36 Apothekenbetriebsordnung auch bußgeldbewährt wird. Das ist heute ein zahnlöser Tiger. Wir möchten nicht das, was bei der paritätischen Stelle passiert, dass wir uns da wieder die Zähne ausbeißen. Es soll am Ende auch geahndet werden können.

Abg. **Dr. Stephan Pilsinger** (CDU/CSU): Eine Frage an Pharma Deutschland. Welche Möglichkeiten sehen Sie als pharmazeutischer Verband mit Blick auf die Stärkung der Apotheken, aber auch auf die angespannte GKV-Finanzlage für eine bedarfsgerechte und effiziente Patientenversorgung?

**Lutz Boden** (Pharma Deutschland): Keine Interessenkonflikte. Neben der zunehmenden Belastung der GKV und der Stärkung der Apotheken geht es auch um die ärztlichen Ressourcen für die Patientenversorgung, sowie für die innovativen Therapien als auch Generika. Vor diesem Hintergrund empfehlen wir das noch nicht genutzte Potenzial der Selbstmedikation zu heben. Dies betrifft vor allem das Volumen selbst behandelbarer Erkrankungen, die gegenwärtig noch zu eigentlich vermeidbaren Arztbesuchen führen. Aktuelle Berechnungen zeigen, dass bei leichten vorübergehenden Gesundheitsstörungen durch eine Ausweitung der Selbstmedikation in der GKV pro Jahr über 5 Milliarden Euro eingespart werden könnten. Hinzu kommen aus volkswirtschaftlicher Perspektive



vermiedene Arbeitsausfallzeiten, die zusätzlich einen Produktivitätsgewinn im Wert von 1,5 Milliarden Euro generieren könnten. Insbesondere würde ein schlankes und verbessertes Verfahren zur Entlassung von Arzneimitteln aus der Verschreibungspflicht, sogenannte OTC-Switches, den Zugang zu einem breiteren Spektrum an apothekenpflichtigen, rezeptfreien Präparaten erleichtern. Dafür sollte ergänzend zum bisherigen Verfahren ein Antragsverfahren auf Produktebene direkt beim BfArM gesetzlich verankert werden. Das würde die Rolle des BfArM im Switch-Prozess stärken. Insgesamt sind diese Switches ein wichtiger Hebel für einen Ausbau der Selbstmedikation. Beides würde die Apotheken und die Apothekenpflicht rezeptfreier Arzneimittel stärken sowie Patientinnen und Patienten mehr Optionen für ihre persönliche Gesundheitsfürsorge geben. Nicht zuletzt würde das GKV-System entlastet, auch bei sozialer Abfederung für wirtschaftlich schwächer gestellte Menschen.

**Abg. Dr. Stephan Pilsinger (CDU/CSU):** Eine Frage an den Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker. Ziel des Gesetzentwurfs ist es unter anderem, dass Apotheker durch Bürokratieabbau ihrer Versorgungsaufgaben mit mehr Eigenverantwortung und Flexibilität wahrnehmen zu können. Wie könnten Ihrer Meinung nach Krankenhausapotheken entlastet werden?

**Christopher Jürgens (ADKA - Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker):** Keine Interessenskonflikte. Das Gesetz verfolgt ausdrücklich das Ziel, Bürokratie abzubauen und Verantwortung zu stärken. Das begrüßen wir ausdrücklich. In unserer Stellungnahme haben wir deswegen mehrere Vorschläge gemacht, wie wir auch im Krankenhausapothekenbereich zu einer Entlastung von Bürokratie kommen könnten. Einer unserer Vorschläge adressiert die Stationsbegehungsprotokolle. Mindestens halbjährlich müssen Krankenhausapotheken Protokolle über die Überprüfung der Vorräte auf Station machen, in einem Vierfachverfahren, vier Durchschläge, echte Unterschrift. Die Protokolle müssen ausgehändigt werden, was strenggenommen heißt, sie müssen vorher ausgedruckt werden. Wir regen an, diesen Prozess zu digitalisieren und Möglichkeiten zu schaffen, dass die Protokolle digital erstellt, digital gezeichnet und auch digital verteilt werden können, um sicherzustellen, dass

an der Stelle eine Bürokratieentlastung auch gewährleistet ist. Ein zweiter Vorschlag, ganz kurz, betrifft ein Anliegen, das in der Änderungsverordnung der Apothekenbetriebsordnung bereits aufgenommen wurde, und zwar eine Erleichterung von Arzneimittelimporten im Krankenhaus. Diese Erleichterung ist in der Änderungsverordnung bereits aufgenommen. Wir sehen trotzdem hier einen Bedarf, das zu regeln, im Kontext des APOVWG, im Kontext mit dem Bürokratieabbau. Diese Erleichterung in der Apothekenbetriebsordnung ist aktuell formuliert für krankenhausversorgende öffentliche Apotheken. Wir bitten um Klarstellung, dass dies auch für Krankenhausapotheken gilt.

**Abg. Dr. Stephan Pilsinger (CDU/CSU):** Eine letzte Frage an Herrn Mark Raddatz von der Initiative Vor-Ort-Apotheken. Welche Maßnahmen sind mit Blick auf den Arzneimittelversandhandel zur Sicherstellung einer krisenresilienten, flächendeckenden und dezentral strukturierten Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln notwendig? Welche Maßnahmen sollte der Gesetzgeber treffen, um gleich lange Spieße zwischen Vor-Ort-Apotheken und sogenannten Versandapotheken herzustellen?

**Mark Raddatz (Initiative Vor-Ort-Apotheken):** Keine Interessenskonflikte. Zunächst bedarf es einer gesetzlichen Klarstellung, dass die sogenannten Versender keine Apotheken sind. Apotheken dürfen nach deutschem Recht lediglich zusätzlich zum üblichen Apothekenbetrieb Arzneimittel versenden. Die Versandhändler hingegen betreiben einen Apothekenbetrieb bestenfalls nur im Fortsatz pro forma. Keine persönliche Leitung vor Ort wird dort gewährleistet. Ähnlich die Warn- und Schutzfunktion, die Trivialisierung der Abgabe von Arzneimitteln wird nicht sichergestellt. Wir haben keine ausreichende pharmazeutische Verantwortung. Der Personalschlüssel der Versender zeigt eindeutig, dass dort die pharmazeutische Beratungsleistung nicht vorbehalten wird. Gleichlange Spieße bedeuten de facto gleiches Recht für alle. Solange diese Gesetze für die ausländischen Versender nicht gelten, gibt es keinen fairen Wettbewerb. Diese unzumutbare Diskriminierung muss aufgehoben werden.



Die **Vorsitzende**: Dann wäre jetzt die AfD an der Reihe. Frau Dr. Baum, bitte.

Abg. **Dr. Christina Baum** (AfD): Ich bitte um eine Antwort von dem Vertreter der ABDA und möchte noch mal auf die Bürokratie zurückkommen. Im Vorfeld einer Podiumsdiskussion erhielten alle, die anwesend waren, von einer Apothekenleiterin ein neun- bis zehneitiges A4-Papier mit Vorschriften, Anordnungen und Dokumentationspflichten. Mich hat das wirklich erschlagen. Ich war überrascht, was da alles einzuhalten ist. Deshalb meine Frage: Gibt es eine Schätzung, wie viel Zeit täglich ungefähr für solche Bürokratie aufgewendet werden muss?

**Thomas Preis** (ABDA – Bundesverband Deutscher Apothekerverbände): Es gibt verschiedene Zeitmodelle. Eines ist klar: Apotheken müssen unter schwierigen Rahmenbedingungen die Versorgung sicherstellen. Ein Thema ist, dass über 500 Medikamente nicht lieferbar sind. Diese Zahl von Medikamenten erfordert eine schnelle Reaktionsfähigkeit der Apothekerinnen und Apotheker in den Apotheken. Deshalb sind die Vorschläge in dem Gesetzesvorhaben, dass Apotheken erleichterte Bedingungen haben, Medikamente austauschen zu können, sehr, sehr wichtig. Wir brauchen auch Unterstützung, gerade bei den Nullretaxationen, die behindern eine schnelle und unbürokratische Versorgung. Deshalb gehen viele Dinge dort in die richtige Richtung. Wir erwarten auch, dass die Nullretaxationen auch auf Punkte ausgeweitet werden, wo undeutliche oder unklare Arztverordnungen vorliegen. Im Moment geht es nur um formale Fehler bei der Taxation der Apotheken. Das sind die wesentlichen Punkte, die ich hier erwähnen will. Die hauptsächliche Bürokratie entsteht in Apotheken bei der ordnungsgemäßen Abrechnung mit den Krankenkassen. Das muss beseitigt werden.

Abg. **Dr. Christina Baum** (AfD): Könnten Sie uns zeitnah eine ganz konkrete Liste mit den Vorschriften vorlegen, auf die man sofort verzichten könnte?

**Thomas Preis** (ABDA – Bundesverband Deutscher Apothekerverbände): Das machen wir gerne.

Abg. **Dr. Christina Baum** (AfD): Danke schön. Eine weitere Frage. Als ich die Liste gesehen habe, musste ich das so kommentieren, dass ich jetzt verstehe, warum wahrscheinlich auch Arbeitskräftemangel herrscht, also auch der Apothekenberuf nicht mehr attraktiv ist, wenn denn so viel Verwaltung verwaltet werden muss. Deshalb meine Frage vielleicht auch noch mal an Sie als Vertreter von den Apothekenverbänden: Meinen Sie, dass das auch ein Grund sein könnte, dass der Nachwuchs fehlt, weil einfach wirklich diese Bürokratie abschreckt? Denn das ist ja nicht das, was man sich unter dem Beruf vorgestellt hat.

**Thomas Preis** (ABDA – Bundesverband Deutscher Apothekerverbände): Das ist ganz wichtig. Apothekerinnen und Apotheker werden ausgebildet zu Heilberuflern. Die heilberufliche Tätigkeit leidet aber unter zu viel Bürokratie und viele potenzielle Kolleginnen und Kollegen suchen dann andere Wege. Ein großer Nachteil für die öffentlichen Apotheken ist aber auch, dass seit 13 Jahren keine Honorarerhöhung war. In Wirklichkeit sind es zwei Jahrzehnte, wo nur einmal vor 13 Jahren um drei Prozent erhöht wurde. Das führt aber auch dazu, dass Apotheken ganz große Probleme haben, mit anderen Arbeitgebern in Bezug auf attraktive Gehälter für Apothekenmitarbeitende mitzuhalten. Deshalb ist es wichtig, dass jetzt eine zeitnahe Erhöhung des Fixums, wie im Koalitionsvertrag festgelegt, stattfindet und dass wir eine sichere Verhandlungsmöglichkeit haben, damit wir auch bei dem engen Fachkräftemarkt mithalten können.

Die **Vorsitzende**: Dann wäre jetzt die SPD an der Reihe. Es ist noch eine Frage zu beantworten aus der letzten Runde. Herr Bretthauer, bitte.

**Bork Bretthauer (Pro Generika)**: Zur Frage von vorhin: Die Open-House-Verträge schlagen wir vor für Biosimilars. Warum? Es sind zum einen rechtssichere Verträge. Zweitens sind sie von den gesetzlichen Krankenkassen bewährt und seit Jahren angewandt. Der dritte Vorteil ist aus Sicht der GKV, dass die Krankenkassen Rabattsätze selber festlegen. Sie können also auch kurzfristig zu höheren Einsparungen kommen. Aus Sicht von Politik und Versorgungssicherheit haben die Open-House-Verträge den Vorteil, dass eben alle



Pharmaunternehmen teilnehmen können. Es ist keine exklusive Ausschreibung, wo immer nur eines oder zwei Unternehmen teilnehmen können. Das bedeutet im Ergebnis: Man hat maximale Versorgungssicherheit aufgrund einer maximalen Diversifizierung von Produktionsstätten und Lieferketten und kann sogar auch EU-Produktion abbilden gesondert in diesen Open-House-Verträgen. Deswegen plädieren wir dafür, dass das jetzt gesetzlich den Krankenkassen so vorgegeben wird.

Abg. **Matthias David Mieves** (SPD): Dann geht noch eine Frage an den Verband Innovativer Apotheken. Welche Ergänzungsbedarfe sehen Sie mit Blick auf den Gesetzentwurf, wenn es darum geht, dass mehr Innovationen ihren Weg in den Arbeitsalltag in den Apotheken finden?

**Benedikt Bühler** (via – Verband Innovativer Apotheken): Das machen wir ganz schnell. Erstens, wir brauchen dringend für „Muster 16-Belege“ [standardisierter Papierbeleg für die Verordnung von Arznei-, Verband- und Hilfsmitteln in Deutschland (klassisches rosa Kassenrezept)] den ersetzenden Scan, so wie es die Grundsätze zur ordnungsmäßigen Führung und Aufbewahrung von Büchern, Aufzeichnungen und Unterlagen in elektronischer Form sowie zum Datenzugriff (GOPD für Finanzthemen vorsieht. Wenn man das dann umstellt, dann würde man die Apotheken im Übrigen auch entlasten, wenn der Herstellerabschlag wieder zwischen Krankenkasse und dem pharmazeutischen Unternehmer direkt abgerechnet wird, dass die Apotheke diese Belastung nicht mehr trägt. Zweitens, die verbindliche Nutzung von KIM [Kommunikation im Medizinwesen]. Das ist zwar da, aber wir können das nicht verbindlich nutzen gegenüber den Krankenkassen zum Beispiel bei Retaxationen, Einsprüchen bei Retaxationen, Rechnungen oder elektronischen Kostenvoranschlägen - und vor allem, dass die Dokumentation für Impfungen in Apotheken an das RKI über den Fachdienst übermittelt wird, dass da nicht nochmal extra neue Aufgaben geschaffen werden. Im Übrigen, was auch uns unterstützen würde: Impfung unter apothekerlicher Verantwortung. Wir haben viele Gesundheitsberufe, die unter Verantwortung eines Apothekers in der Apotheke impfen könnten, was auch nochmal Entlastung bringen würde. Der letzte Punkt ist, dass wir Telepharmazie verbindlich

definieren und hier auch die Apothekenbetriebsordnung, die auch für die Versandapotheken gilt, Telepharmazie verbindlich vor einer Bestellung festzuzurren. Mehr Digitalisierung bedeutet auch, dass mehr online bestellt werden kann. Das muss aber dann auch per verpflichtender Videoberatung stattfinden. Das sind Innovationen, die kein Geld groß kosten und die man schnell umsetzen kann. Ich freue mich, wenn das mit aufgenommen wird.

Die **Vorsitzende**: Dann noch ganz schnell die Frage an den Bundesverband der PTAs von mir. Die Regelungen sind deutlich restriktiver ausgestaltet im Gesetzentwurf als im Referentenentwurf. Sehen Sie Nachbesserungsbedarf? Einfach nur Ja oder Nein?

**Anja Zierath** (Bundesverband Pharmazeutisch-technischer AssistentInnen (BVpta)): Ja, wir sehen ganz dringend Nachbesserungsbedarf.

Die **Vorsitzende**: Die letzte Frage. Wir haben noch eine Minute. Frau Piechotta, bitte.

Abg. **Dr. Paula Piechotta** (Bündnis 90/Die Grünen): Die Frage geht an den GKV-Spitzenverband. Wir haben jetzt gehört, dass die angedachte Erhöhung des Fixums Versandapotheken teilweise bis zu sieben Millionen Euro mehr pro Jahr bringen würde, kleinen Vor-Ort-Apotheken aber nur 2 000 Euro. Was ist aus Ihrer Sicht eine intelligenter Reform der Apothekenvergütung?

**Dr. Markus Grunenberg** (GKV-Spitzenverband): Tatsächlich würden wir vorschlagen, das Fixum zu differenzieren, und zwar nach dem Absatz der abgegebenen Arzneimittel. Das ist durchaus auch vor dem Hintergrund, den ich vorhin schon mit Redebeitrag dargestellt habe, angesichts der im Raum stehen Vergütungserhöhungen zu diskutieren. Ich will bei der Stelle noch einmal die Gelegenheit nutzen, dass es ja auch Erhöhungen in den letzten Jahrzehnten gegeben hat, vor dem Hintergrund, dass wir einen variablen Vergütungszuschlag haben, zusammen mit weiteren Zuschlägen, mit weiteren neuen Vergütungsbestandteilen im Umfang von 1,6 Milliarden Euro.



Die **Vorsitzende**: Danke. Damit sind wir am Ende der Anhörung. Ich darf mich bei Ihnen allen bedanken für die konzentrierte Beantwortung der Fragen. Wir werden jetzt schauen, was wir daraus ziehen. Ich darf Ihnen für heute noch einen schönen Abend wünschen. Wir schließen jetzt gleich die nächste Anhörung an. Dann war das heute ein gesundheitspolitisch sehr intensiver Tag nach viereinhalb Stunden regulärer Ausschusssitzung. Danke.

Schluss der Sitzung: 17:10 Uhr

gez.

Dr. Tanja Machalet  
Vorsitzende