



## Wortprotokoll der 104. Sitzung

### Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 16. September 2020, 14:00 Uhr  
Marie-Elisabeth-Lüders-Haus, Saal 3 101, Adele-  
Schreiber-Krieger-Straße 1, 10557 Berlin

Vorsitz: Erwin Rüdell, MdB

## Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

### Tagesordnungspunkt

Seite 4

- a) Gesetzentwurf der Bundesregierung

#### Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken (VOASG)

**BT-Drucksache 19/21732**

#### **Federführend:**

Ausschuss für Gesundheit

#### **Mitberatend:**

Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz

#### **Gutachtlich:**

Parlamentarischer Beirat für nachhaltige Entwicklung

- b) Antrag der Abgeordneten Detlev Spangenberg, Dr. Robby Schlund, Jörg Schneider, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

#### Apotheken – Botendienste sichern und ausbauen

**BT-Drucksache 19/22194**

#### **Federführend:**

Ausschuss für Gesundheit



- c) Antrag der Abgeordneten Christine Aschenberg-Dugnus, Michael Theurer, Grigorios Aggelidis, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

**Versorgungssicherheit mit Arzneimitteln gewährleisten  
- Produktion in Europa stärken**

**BT-Drucksache 19/18931**

**Federführend:**

Ausschuss für Gesundheit

**Mitberatend:**

Ausschuss für Wirtschaft und Energie

- d) Antrag der Abgeordneten Sylvia Gabelmann, Susanne Ferschl, Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

**Gute und wohnortnahe Arzneimittelversorgung erhalten  
- Versandhandel mit rezeptpflichtigen Arzneimitteln  
verbieten**

**BT-Drucksache 19/9462**

**Federführend:**

Ausschuss für Gesundheit

**Mitberatend:**

Ausschuss für Bau, Wohnen, Stadtentwicklung  
und Kommunen

- e) Antrag der Abgeordneten Kordula Schulz-Asche, Maria Klein-Schmeink, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

**Sicherung einer patientennahen und bedarfsgerechten  
Arzneimittelversorgung durch Apotheken**

**BT-Drucksache 19/9699**

**Federführend:**

Ausschuss für Gesundheit

**Mitberatend:**

Ausschuss für Wirtschaft und Energie

Ausschuss Digitale Agenda

Ausschuss für Bau, Wohnen, Stadtentwicklung  
und Kommunen

**Mitglieder des Ausschusses**

	<b>Ordentliche Mitglieder</b>	<b>Stellvertretende Mitglieder</b>
CDU/CSU	Henke, Rudolf Hennrich, Michael Irlstorfer, Erich Kippels, Dr. Georg Krauß, Alexander Kühne, Dr. Roy Maag, Karin Monstadt, Dietrich Pilsinger, Stephan Riebsamen, Lothar Rüddel, Erwin Schmidtke, Dr. Claudia Sorge, Tino Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Brehmer, Heike Hauptmann, Mark Knoerig, Axel Lezius, Antje Nüblein, Dr. Georg Pantel, Sylvia Schummer, Uwe Stracke, Stephan Tiemann, Dr. Dietlind Weiß (Emmendingen), Peter Zimmer, Dr. Matthias
SPD	Baehrens, Heike Dittmar, Sabine Franke, Dr. Edgar Heidenblut, Dirk Mattheis, Hilde Moll, Claudia Müller, Bettina Stamm-Fibich, Martina Völlers, Marja-Liisa	Bahr, Ulrike Baradari, Nezhahat Bas, Bärbel Freese, Ulrich Katzmarek, Gabriele Steffen, Sonja Amalie Tack, Kerstin Westphal, Bernd Ziegler, Dagmar
AfD	Podolay, Paul Viktor Schlund, Dr. Robby Schneider, Jörg Spangenberg, Detlev Witt, Uwe	Braun, Jürgen Gehrke, Dr. Axel Oehme, Ulrich Wildberg, Dr. Heiko Wirth, Dr. Christian
FDP	Aschenberg-Dugnus, Christine Helling-Plahr, Katrin Schinnenburg, Dr. Wieland Ullmann, Dr. Andrew Westig, Nicole	Alt, Renata Kober, Pascal Nölke, Matthias Theurer, Michael Willkomm, Katharina
DIE LINKE.	Gabelmann, Sylvia Kessler, Dr. Achim Weinberg, Harald Zimmermann, Pia	Krellmann, Jutta Movassat, Niema Schreiber, Eva-Maria Wagner, Andreas
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Hoffmann, Dr. Bettina Kappert-Gonther, Dr. Kirsten Klein-Schmeink, Maria Schulz-Asche, Kordula	Dörner, Katja Kurth, Markus Rottmann, Dr. Manuela Rüffer, Corinna



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei



Beginn der Sitzung: 14:01 Uhr

Der **Vorsitzende**, Abg. **Erwin Rüdgel** (CDU/CSU): Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer, sehr verehrte Sachverständige, sehr verehrte Vertreter der Bundesregierung, ich begrüße Sie alle sehr herzlich zu unserer öffentlichen Anhörung im Ausschuss für Gesundheit, die heute wieder in einer Mischung aus Präsenzsitzung und Online-Meeting mit den Sachverständigen stattfindet. Vorab möchte ich die Sachverständigen bitten, sich mit ihrem Namen in Webex anzumelden, sodass ihre Teilnahme für uns eindeutig erkennbar ist. Bitte achten Sie darauf, dass Sie sich nicht mit dem Namen der Mitarbeiter Ihres Sekretariats anmelden. Außerdem möchte ich Sie bitten, Ihre Mikrofone vorerst stummzuschalten. Die im Saal anwesenden Abgeordneten bitte ich, sich mit einem Endgerät in die Sitzung einzuwählen und dieses Gerät ebenfalls stummzuschalten. Ihre Fragen stellen Sie über die Tischmikrofone. Meine Damen und Herren, wir beschäftigen uns in der heutigen öffentlichen Anhörung mit dem Gesetzentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken“, sowie den dazugehörigen Änderungsanträgen. Des Weiteren steht auf der Tagesordnung der Antrag der Fraktion der AfD „Apotheken – Botendienste sichern und ausbauen“, der Antrag der Fraktion der FDP „Versorgungssicherheit mit Arzneimitteln gewährleisten – Produktion in Europa stärken“, der Antrag der Fraktion DIE LINKE. „Gute und wohnortnahe Arzneimittelversorgung erhalten – Versandhandel mit rezeptpflichtigen Arzneimitteln verbieten“, sowie ein Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Sicherung einer patientennahen und bedarfsgerechten Arzneimittelversorgung durch Apotheken“. Der Gesetzentwurf der Bundesregierung, sowie die Anträge der Opposition beschäftigen sich unter anderem mit dem einheitlichen Abgabepreis für rezeptpflichtige Arzneimittel, dem Verbot von Rabattanreizen für Apotheken, sowie der Erweiterung von Befugnissen der Apothekerinnen und Apotheker, mit der Sicherung des Apothekenbotendienstes, der Stärkung der Arzneimittelproduktion in Europa, dem Versandhandelsverbot von rezeptpflichtigen Arzneimitteln, sowie der Sicherung einer patientennahen und bedarfsgerechten Arzneimittelversorgung durch Apotheken. Soweit ein kurzer Überblick dessen, was wir heute diskutieren.

Bevor wir anfangen, will ich kurz den Ablauf der Anhörung erklären. Die Anhörung dauert insgesamt 90 Minuten. Diese 90 Minuten wurden auf die Fraktionen entsprechend ihrer Stärke verteilt. Auf die CDU/CSU entfallen 32 Minuten, auf die SPD 19, auf die AfD 11 und auf die FDP 10 Minuten. DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN haben jeweils 9 Minuten Fragezeit. Ich darf alle Fragenenden und auch die Sachverständigen bitten, sich möglichst kurz zu fassen, damit wir viele Fragen stellen und diese beantwortet werden können. Die aufgerufenen Sachverständigen sollten vor der Beantwortung der Frage daran denken ihr Mikrofon und ihre Kamera freizuschalten und sich mit Namen und Verband vorzustellen. Sobald sie Ihren Redebeitrag beginnen, sind sie für uns auf dem Videowürfel im Saal zu sehen. Des Weiteren bitte ich alle im Saal Anwesenden ihre Mobiltelefone auszuschalten. Ein Klingeln kostet 5 Euro für einen guten Zweck. Ich weise darauf hin, dass die Anhörung zeitversetzt im Parlamentsfernsehen, Kanal 2, gezeigt wird. Das Wortprotokoll der Anhörung wird in den nächsten Tagen auf der Internetseite des Ausschusses veröffentlicht. An dieser Stelle möchte ich jenen Sachverständigen herzlich danken, die eine schriftliche Stellungnahme eingereicht haben. Wir beginnen jetzt die Anhörung mit dem Fragerecht der CDU/CSU Fraktion.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Meine erste Frage richtet sich an die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände. Wie bewerten Sie den vorliegenden Gesetzentwurf insgesamt? Wir wollen neben einer sicheren Medikamentenversorgung für die Bürgerinnen und Bürger auch die Vor-Ort-Apotheken stärken.

**SV Friedemann Schmidt** (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA)): Sie wollen die Apotheken stärken und gleichzeitig die Arzneimittelversorgung sichern. Dieses Ziel ist praktisch kongruent, weil spätestens in der Corona-Pandemie haben wir gelernt, wenn man die Arzneimittelversorgung sicherstellen will, muss man die Apotheken vor Ort stärken. Insofern begrüßen wir den Gesetzentwurf und das damit verbundene Anliegen. Wir glauben auch, dass dieser Gesetzentwurf geeignet ist diese beiden Ziele zu erreichen, nämlich einerseits die Rechtssicherheit in bestimmten Bereichen für die Apotheken zu stärken, auf der anderen Seite



aber auch eine Entwicklungsperspektive für die Apotheken zu eröffnen, in denen insbesondere der neue Bereich honorierungsfähiger pharmazeutischer Dienstleistungen eingeführt wird. Wir weisen natürlich daraufhin, dass insbesondere in dem Bereich Herstellung von Rechtssicherheit, hier bezogen auf die Frage des einheitlichen Apothekenabgabepreises im verschreibungspflichtigen Bereich, der Gesetzentwurf nur eine Teillösung herbeiführt, zugegebenermaßen eine relevante Teillösung, aber der Bereich der PKV-Versorgung und der Selbstzahler-Versorgung im grenzüberschreitenden Arzneimittelversandhandel bleibt nach dem jetzigen Entwurf offen. Hier haben wir in unserer Stellungnahme einen entsprechenden Vorschlag gemacht.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Ich würde gerne anschließen an die letzte Bemerkung der ABDA. Wir regeln mit dem Gesetzentwurf die Verankerung der Gleichpreisigkeit im SGB V, was eine gewisse Logik hat und es gibt eine sehr breite und intensive Diskussion darüber, ob diese Gleichpreisigkeit europarechtskonform verankert werden kann und damit ausgedehnt wird auf privatversicherte Selbstzahler und Beihilferechtigte. Mich würde da die Position der ABDA interessieren und des Verbands der Privaten Krankenversicherung. Wie bewerten Sie das? Ist das rechtlich möglich oder kann es da zu Schwierigkeiten kommen?

**SV Friedemann Schmidt** (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA)): Die rechtliche Bewertung entzieht sich meiner Kompetenz, die europarechtliche Bewertung, da sind sicher Anwesende sprechfähiger. Wir halten grundsätzlich an unserer Auffassung fest, dass die jetzt gefundene Lösung auf jeden Fall europarechtlich möglich sein muss, weil sie ganz klar Zuständigkeiten in den Blick nimmt, die nach unserer Interpretation ganz eindeutig in die Zuständigkeit der Mitgliedstaaten fallen, das heißt Regelungen im sozialrechtlichen Bereich. Daher sehen wir der möglichen Überprüfung der Regelungen, die jetzt im Gesetz vorgesehen sind, mit Zuversicht entgegen. Wir würden hinsichtlich der aufgeworfenen Frage zu den privatversicherten Selbstzahlern dazu raten, die entsprechende Bestimmung im § 78 Absatz 1 Satz 4 AMG nicht zu streichen, die im Grunde eine umfassende Erstreckung der Preisbindung auch auf

den kritischen Bereich der PKV-Selbstzahler erreichen würde und auch hier die Diskussion mit den europäischen Institutionen mit Zuversicht anzugehen. Nach unserer Auffassung gibt es durchaus neue Entwicklungen in den letzten drei Jahren, insbesondere hinsichtlich der absehbaren Etablierung des E-Rezeptes, die eine neue Bewertung, auch rechtliche Bewertung, der grenzüberschreitenden Preisbindung für sämtliche Arzneimittel, rezeptpflichtigen Arzneimittel, rechtfertigen ließe.

**SV Jenny Wernecke** (Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)): Der PKV-Verband begrüßt das Anliegen, vier Jahre nach dem Urteil des EuGH Rechtssicherheit herstellen zu wollen. Die vorgeschlagene Lösung birgt allerdings Probleme. Erstens, Herr Schmidt hat es ja gesagt, anders als behauptet, wird durch den Gesetzentwurf keine Gleichpreisigkeit hergestellt, da keine Lösung für alle Versicherten geschaffen wird. Zweitens gibt es teilweise, es ist umstritten, erhebliche europarechtliche Bedenken gegen die vorgeschlagene Lösung. Drittens, wenn die neue Regelung europarechtlich keinen Bestand hätte, dann könnte es durch die Streichung von § 78 Absatz 1 Satz 4 AMG zum deregulierten Markt kommen im Bereich der verschreibungspflichtigen Arzneimittel, denn damit würde die Basis der Vergütung sowohl für GKV und PKV entfallen und das wäre für alle Versicherten und alle Kostenträger die schlechteste Lösung. Selbst wenn man nicht von diesem Worst-Case-Szenario ausgeht, könnte die vorgeschlagene Regelung aber zu schweren Verschiebungen im Markt führen. *Das IGES-Institut prognostiziert in der Folge steigende Preise im OTC-Segment. In der PKV werden OTC, wenn sie ärztlich verordnet und in der Apotheke abgegeben wurden, erstattet. Steigende OTC-Preise sind also unmittelbar für die PKV-Unternehmen ausgabenrelevant. Abschließend: Der PKV-Verband steht zur AMPreisV. Sie ist ein Instrument des Verbraucherschutzes. Im Bereich der Versorgung von Patienten insbesondere mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln funktionieren die üblichen Preismechanismen nicht. Anders als bei anderen Gütern wirkt der Preis hier nicht als Lenker. Die Nachfrage wird nicht durch den Preis, sondern durch die medizinische Notwendigkeit bestimmt. Das gilt im Übrigen nicht nur für verschreibungspflichtige, sondern auch für OTC-Arzneimittel, was sehr gern übersehen wird. Es sol-*



*len die Verbraucher, unabhängig vom Versicherungsstatus, und die Sicherungssysteme im Hinblick auf die Unverzichtbarkeit medizinisch notwendiger Leistungen und das Fehlen der Verbrauchersouveränität vor überhöhten Preisen geschützt werden. Die ABDA schlägt zur Herstellung der Gleichpreisigkeit vor, § 78 Absatz 1 Satz 4 AMG beizubehalten. Es ist allerdings gerade das Anliegen des Gesetzgebers, mit dieser Regelung dem Urteil des EuGH gerecht zu werden. Würde die Passage fortbestehen, wäre dies für die PKV und die Privatversicherten von Vorteil. Ob dies den Intentionen des EuGH entsprechen würde, würde ich bezweifeln, und ich kann dies aber auch nicht abschließend beurteilen.*

Kursiv: Antwort wurde wegen Tonausfall schriftlich nachgereicht.

Abg. **Dietrich Monstadt** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Herrn Dr. Maywald. Im Gesetz haben wir zusätzliche pharmazeutische Dienstleistungen der Apotheker vorgesehen, zu denen alles weitere in Verträgen zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und Apotheker auf Bundesebene vereinbart werden soll. Würden Sie hier auch regionalere Ansätze beispielsweise auf der Landesebene für sinnvoll erachten?

**ESV Dr. Ulf Maywald:** Ich denke, ich bin heute als Einzelsachverständiger hier, weil wir uns in Sachsen und Thüringen schon intensiv mit den pharmazeutischen Dienstleistungen auseinander gesetzt haben in Form des Medikationsmanagementprojektes ARMIN [Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen]. Ich denke definitiv, dass es eine bessere Idee wäre, die pharmazeutischen Dienstleistungen regional zu verankern, denn eine Pauschal- und Gleichverteilung von Mitteln ist nicht wirklich an regionalen Versichertenbedarfen orientiert. Die Frage ist auch, wenn die regionale Infrastruktur unterschiedlich ist, ob die Versicherten das einlösen können, wenn ich alles gleich verteile. Ein Beispiel beim Medikationsmanagement: Wir haben Regionen, da sehen die Ärzte das in ihrer Hand, da läuft das in Hausarztverträgen, Wir haben Regionen, da ist das interprofessionell, da vertragen sich Ärzte und Apotheker. Beim Impfen ist es genau so, in der einen Region impfen die Apotheker mit Einverständnis der Ärzte, in der anderen Region läuft das

nicht. Es macht Sinn für den Patienten neue pharmazeutische Dienstleistungen mit bestehen Angeboten und auch mit einem bestehenden Spektrum von Leistungserbringern zu verzahnen, dass da wirklich eine runde Sache draus wird. Wir haben einfach Sorge, wenn wir das so wie jetzt machen, also wirklich alles pauschal, dass wir dieselbe, ich sage es mal salopp, Bauchlandung erleben wie damals bei der Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung. Damals als wir 0,5 Prozent von jedem Leistungssektor abgezogen haben, das war dann ein Hamsterrad, wo letztendlich Trivialleistungen bezahlt worden sind, weil es, in Anführungszeichen, kein echtes Geld gekostet hat. Es macht aus unserer Sicht, um es zusammenzufassen, klar, dass es mehr Sinn hat, das regional zu machen und das zu öffnen und zu sagen, die Krankenkassen und Verbände können oder sollen, je nachdem wie stark man das politisch anfassen möchte, pharmazeutische Dienstleistungen vereinbaren. Was allerdings auch bedeuten würde, und das ist mein letzter Satz, dass man dann auch diesen Artikel 6, die Anpassung von § 3 AMPPreisV, streichen müsste, wenn man es wirklich regional macht. Ansonsten hat man das Problem, dass im Zweifel Geld für Trivialleistungen ausgegeben wird.

Abg. **Rudolf Henke** (CDU/CSU): Ich richte die Frage an die ABDA, an den Deutschen Caritasverband und an die BAG-SELBSTHILFE e. V. Wir haben mit der Sars-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung eine befristete Regelung zu einem Botendiensthonorar bekommen. Meine Frage ist, wie stehen Sie dazu, dass zu verstetigt? Wäre das notwendig oder nicht?

**SV Friedemann Schmidt** (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA)): Wir halten das für notwendig und sinnvoll. Diese honorierte Botendienstlösung innerhalb der Sars-CoV-2-Pandemie, die immer noch anhält, hat dazu geführt, dass tatsächlich in erheblichem Umfang Patientenkontakte, insbesondere gefährdeter Gruppen, in den Apotheken und auch in den Arztpraxen reduziert werden konnten, zu einem Zeitpunkt als das sinnvoll war. Für viele gefährdete Personengruppen ist das immer noch sinnvoll. Aber auch darüber hinaus muss man sagen, dass diese Möglichkeit, Botendienste vergütet anzubieten, wobei wir festhalten müssen, sowohl die jetzt gewährte Vergütung,





als auch die im Gespräch befindliche halbierte Vergütung, keine tatsächliche Honorierung dieses Botendienstes darstellt, sondern ein Anreiz, ein Finanzierungszuschuss, ähnlich wie im Fall des Nacht- und Notdienstes, Apotheken in eine Lage versetzt, tatsächlich aufsuchende Leistungen, Botendienstleistungen anzubieten. Wir haben auch in den letzten Monaten gelernt, dass diese Möglichkeit von den Apotheken ausgesprochen verantwortungsbewusst wahrgenommen worden ist. Wir haben eine Ausnutzung oder ein Ausmaß an Angebot, das weit hinter dem vom BMG in der Begründung zur Eilverordnung damals vorgesehenen Umfang zurückgeblieben ist. Das ist auch gut und richtig so und zeigt, dass man diese Leistung tatsächlich in den Apotheken mit hoher Verantwortung wahrgenommen hat. Dabei wird es auch bleiben und deswegen sprechen wir uns ganz klar dafür aus, diese Möglichkeit des honorierten, teilweise honorierten, Botendienstes beizubehalten.

**SV Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband): Wir sehen das nicht ganz so. Der Botendienst während der Pandemie war sehr sinnvoll, da die Pandemie anhält, sollte die Lösung auch so lange die Pandemie besteht, weiter verfolgt werden, aber eine Verstetigung, pandemieunabhängig in der vorliegenden Form, lehnen wir zumindest ab und zwar aus dem folgenden Grund. Der Botendienst ist eine gute Lösung oder ist eine einfache Lösung für Ballungsgebiete und für städtische Zentren und davon profitieren vor allem die Versicherten in diesen städtischen Zentren. Was wir jedoch bräuchten, wäre eine Förderung des Botendienstes im strukturschwachen ländlichen Raum. Wie Dr. Maywald vorhin ausgeführt hat, brauchen wir hier regionale Lösungen, und ich denke § 129 Absatz 5 SGB V bietet mit den ergänzenden Rahmenverträgen bereits heute die Möglichkeit Botendienste regional zu vereinbaren. Dieser Weg sollte bestritten werden, statt das Geld hier pauschal mit der Gießkanne über alle Apotheken auszuschütten.

**SV Dr. Siiri Doka** (BAG-SELBSTHILFE e. V.): Wir können uns dem weitgehend anschließen, was Frau Dr. Fix ausgedrückt hat. Wir würden es auch sehr befürworten, wenn die Regelung innerhalb der Pandemiezeit verlängert würde. Darüber hinaus, denke ich, muss man tatsächlich prüfen, ob man hier mit

einem Anreizsystem arbeitet. Das wäre das Honorar, oder ob man nicht einfach eine Verpflichtung für einen Botendienst festlegt. Denn nach der UN-Behindertenrechtskonvention sind auch Menschen mit Behinderungen, also mobilitätseingeschränkte Menschen zu versorgen und das muss in manchen Fällen auch durch den Botendienst geschehen. Insofern wäre unser Petition, dass es einen Anspruch der Patienten auf einen Botendienst gibt, der unter Umständen entsprechend entlohnt werden sollte, aber dass wir hier das Honorar generell nur als Anreizsystem befürworten, würden wir über die Pandemie hinaus nicht unbedingt befürworten.

**Abg. Karin Maag** (CDU/CSU): Meine Frage geht an die BAG-SELBSTHILFE. Sie begrüßen in Ihrer Stellungnahme die vorgesehenen Regelungen zur Gleichpreisigkeit im Gesetzentwurf. Könnten Sie uns das noch näher erläutern?

**SV Dr. Siiri Doka** (BAG-SELBSTHILFE e. V.): Wir begrüßen die Regelung vor allem, weil dadurch auch die Möglichkeit der Spezialversender erhalten bleibt, die bei einem generellen Versandhandelsverbot unter die Räder kommen würden. Dieser Spezialfachhandel ist gerade für Menschen mit seltenen Erkrankungen eine wichtige Möglichkeit vernünftig versorgt zu werden, weil diese Versandhandelspartner sich spezialisiert haben auf die Versorgung von schwierigen Erkrankungen. Ein Beispiel ist Mukoviszidose, Spina bifida ein anderes. Da müssen unter Umständen auch die entsprechenden Sets aufwendig sterilisiert werden, was bei vielen Vor-Ort-Apotheken nicht so ohne weiteres zugesagt werden kann. Insofern begrüßen wir das Thema Gleichpreisigkeit vor allem vor dem Hintergrund, dass die Möglichkeit der Spezialversender erhalten bleibt. Wir sehen aber natürlich durchaus auch die Wichtigkeit der Vor-Ort-Apotheken, die gerade für Menschen mit chronischen Erkrankungen eine sehr hohe Bedeutung haben.

**Abg. Michael Hennrich** (CDU/CSU): Ich würde meine Frage an die ABDA richten. Wir haben im Gesetzentwurf Regelungen für zusätzliche pharmazeutische Dienstleistungen vorgesehen. Das ist immer wieder auch umstritten, was da möglich ist. Näheres soll dazu vereinbart werden. Mich würde zum einen interessieren, was Sie für Vorschläge





und Ideen haben, um welche pharmazeutischen Dienstleistungen es gehen kann. Und zum Zweiten, wie bewerten Sie dieses Thema der regionalen Vereinbarungen?

**SV Friedemann Schmidt** (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA)): Das Thema pharmazeutische Dienstleistung orientiert sich sehr stark am Leistungsspektrum der Apotheken. Die Hauptaufgabe der Apotheken ist die Arzneimittelversorgung und abgeleitet von diesem zentralen Prozess sehen wir, ich will mal drei Beispielbereiche nennen, einmal den Bereich der Medikationsanalyse, der sich insbesondere an Patientinnen und Patienten mit Polypharmazie, Polymedikation richtet. Das ist auch der Teil, den wir, wie Herr Kollege Dr. Maywald vorhin ausgeführt hat, im Bereich unseres Modellvorhabens in Sachsen/Thüringen umfassend untersucht haben. Der zweite Bereich ist die Therapiebegleitung, also die Sicherung der Therapietreue. Wir wissen aus einer ganzen Reihe von Studien, dass die Therapietreue insbesondere im Bereich von Langzeittherapien, Hochdrucktherapie bei teilweise unter 50 Prozent liegt, also nur jeder zweite Patient nimmt seine Medikamente so ein wie das sein sollte. Da würden wir gern ansetzen. Das Dritte ist die Anwendungsschulung insbesondere von erklärungsbedürftigen Devices, denken Sie an Insulin-Pens, an Asthma-Devices, die kompliziert sind, auch immer komplizierter werden und deswegen erklärungsbedürftig sind. Auch dazu gibt es eine ganze Menge von Untersuchungen, Studien, die wir seit vielen Jahren durchführen, die zeigen, dass das nützlich ist. Das Dritte ist die absehbar notwendige Begleitung der Patientinnen und Patienten beim Einsatz des Medikationsplans. Der Medikationsplan als zentrales Werkzeug der Arzneimitteltherapie. In der Zukunft, wenn er flächendeckend da ist, muss er aus unserer Sicht begleitet werden. Das ist nicht alleine eine Aufgabe von Ärztinnen und Ärzten, sondern hier sehen wir die Apothekerinnen und Apotheker in einer ganz wichtigen Rolle. Das erklärt eigentlich auch, warum wir uns sehr stark für eine bundesweite Lösung aussprechen, und das, was Kollege Dr. Maywald für den länderbezogenen Bereich geäußert hat, eher als ergänzende Lösung sehen. Diese Dinge, die ich jetzt beschrieben habe, müssen allen Patientinnen und Patienten in gleicher Weise zur Verfügung gestellt werden. Das setzt voraus, dass wir für die Erbringung und die Honorierung dieser

Leistungen bundesweit einheitliche Standards und bundesweit einheitliche Regulierungen finden. Sie sind so zentral für diesen Gesamtprozess der Arzneimittelversorgung, dass man sich nicht vorstellen kann, dass es zwischen Schleswig-Holstein und Bayern unterschiedlich geartete Definitionen oder Vergütungsregelungen gibt. Deswegen den Bereich der länderbezogenen Vereinbarung sehr gern, aber zunächst mal geht es jetzt darum, diesen zentralen Punkt für die Leistungen, die einheitlich allen zur Verfügung gestellt werden müssen, zu lösen.

Abg. **Dietrich Monstadt** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die ABDA, den Deutschen Caritasverband und den GKV-Spitzenverband. Wie beurteilen Sie die im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen zur Bereitstellung, Aushändigung und Ausgabe von Arzneimitteln durch automatisierte Ausgabestationen?

**SV Friedemann Schmidt** (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA)): Wir halten jegliche Form von automatisierten Ausgabestationen für Arzneimittel für überflüssig und schädlich. Wir glauben, dass, nachdem der Gesetzgeber davon ausgeht, dass es dauerhaft nebeneinander liegende oder nebeneinander existierende Versorgungssysteme geben wird, die Präsenzversorgung als Regelversorgung und die Versandversorgung als ergänzendes Versorgungssystem, dass es jetzt in erster Linie darauf ankommt, diese beiden Segmente klar auseinander zu halten, um den Patientinnen und Patienten zu jedem Zeitpunkt deutlich zu machen, wer konkret die Verantwortung für ihre Arzneimittelversorgung trägt. Automatisierte Systeme sind in diesem Sinne eigentlich überflüssig. Wenn wir eine gute Präsenzversorgung haben, ergänzt durch einen leistungsfähigen Botendienst und im Ergänzungsfall die Versandversorgung in Anspruch genommen werden kann, ist für so eine Zwischenform automatisierter Arzneimittelabgabe kein Raum.

**SV Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband): Wir teilen die Sichtweise der ABDA nicht. Wir halten die automatisierten Abgabestationen für eine gute Möglichkeit der Versorgung der Versicherten auch nach Schließung der Apotheken, beispielsweise für berufstätige Versicherte, aber auch für die



Pflegedienste, die darauf angewiesen sind, die Versicherten möglichst flexibel mit Medikamenten versorgen zu können. Sie sind ja häufig für die Abholung der Medikamente zuständig und da ist es sehr sinnvoll, solche Automaten zur Verfügung zu haben. Wir würden uns allerdings wünschen, dass eine Voraussetzung aus diesem Gesetzentwurf gestrichen wird, nämlich die Tatsache, dass der Automat immer an den Betriebsraum der Apotheke gebunden sein muss. Das ermöglicht keine flexible Lösung beispielsweise gerade nicht im ländlichen Raum, wo es schon mal nötig ist, dass die Apotheke einen solchen Automaten auch in einem anderen Ortsteil oder in einem anderen Dorf aufstellen könnte. Von daher würden wir uns eine Flexibilisierung der hier vorgeschlagenen Regelung wünschen.

**SV Stefanie Stoff-Ahnis** (GKV-Spitzenverband): Der GKV-Spitzenverband begrüßt Ansätze wie der Apothekenmarkt flexibilisiert und geöffnet werden könnte. Insofern ist auch die Abgabe aus einem Automaten aus unserer Sicht geeignet, die Versorgung zu verbessern. Die Regelung so wie sie vorgeschlagen wird, ist aber aus unserer Sicht, in der Tat differenziert zu betrachten. Es macht natürlich Sinn, dass eine Beratung bei der Abgabe von Arzneimitteln auch aus Automaten, gegebenenfalls auch telefonisch stattfinden muss. Hier teilen wir die Auffassung auch von Frau Dr. Fix. Aus unserer Sicht ist es nicht nachvollziehbar und nicht sinnvoll, dass der Automat räumlich gebunden sein muss an die Apotheke, also quasi Tür an Tür. Gerade im Hinblick auf die Versorgung in ländlichen Regionen würde es Sinn machen, wenn dieser Abgabeautomat beispielsweise am anderen Ende des Ortes stehen würde, im Sinne einer patientenfreundlichen flächendeckenden Versorgung. Wir können uns auch vorstellen, das ist im Gesetzentwurf nicht vorgesehen, dass auch eine Beratung per Videochat möglich sein sollte. Im vertragsärztlichen Bereich hat sich vieles schon weiterentwickelt. Wir würden vorschlagen, dass das auch im Apothekenbereich weiter vorangeführt wird. Insofern empfehlen wir im Sinne patientenfreundlicher Versorgung dringend, dass der Gesetzentwurf hier nachgearbeitet und nachgebessert wird.

Abg. **Rudolf Henke** (CDU/CSU): Ich möchte mich auch an den GKV-Spitzenverband wenden. Wir werden damit rechnen müssen, dass es den einen oder anderen gibt, der dem ganzen Gesetzentwurf grundsätzlich widerspricht. Deswegen wäre ich Ihnen dankbar, wenn Sie nochmal den Stellenwert des Versandhandels aus der Sicht der GKV für die Versorgung der Patienten darlegen könnten, und ob Sie Fehlanreize aufgrund der derzeit bestehenden Rahmenbedingungen sehen?

**SV Stefanie Stoff-Ahnis** (GKV-Spitzenverband): Mittlerweile gibt es seit über 15 Jahren Erfahrung mit dem Versandhandel und dieser hat sich als eine sichere Versorgungsform mit Arzneimitteln erwiesen. Insbesondere, das kam heute schon zur Sprache, in ländlichen Regionen kann der Versandhandel längere Anfahrtswege vermeiden und gerade immobilen Patienten eine Versorgung sichern. Insofern ist das aus unserer Sicht eine wichtige Ergänzung der flächendeckenden Arzneimittelversorgung auch in der Zukunft. Ein Versandhandelsverbot würde eindeutig Nachteile bringen für die Patientenversorgung. Sie sprachen an, wie der Zusammenhang zur wirtschaftlichen Situation von Apotheken durch den Versandhandel aussieht. Aus unserer Sicht, und das bestätigt auch das Gutachten, was im Auftrag des BMWi 2017 erstellt wurde, ist der Anteil der Versandhandel mit einem Prozent so gering, dass hierdurch keine wirtschaftliche Gefährdung und keine Beeinflussung der wirtschaftlichen Situation von Vor-Ort-Apotheken gegeben wäre. Zu den Fehlanreizen. Auch aus unserer Sicht müssen Einsparungen, die durch den Versandhandel erzielt werden, der gesamten Versichertengemeinschaft zu Gute kommen. Fehlanreize, die können entstehen im Falle von Zuzahlungsbefreiung, wenn dort individuelle Rabatte gewährleistet werden. Vor dem Hintergrund der EuGH-Entscheidung empfehlen wir aber, dass in dem Preiswettbewerb der Versandhändler ein Spielraum zugestanden wird. Wir haben den Vorschlag, dass man in einem engen gesetzlich festgelegten Rahmen geringe Boni zur Verfügung stellt. Die Fehlanreize, die könnten ausgeschlossen werden durch individuelle Verträge von Krankenkassen mit Versandhandelsapotheken.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Meine Frage geht nochmal an den GKV-Spitzenverband und die ABDA. Das Gesetz nimmt auch Klarstellungen zu



Herstellerabschlägen und zur Abrechnung von Teilmengen von Medikamenten vor. Wie beurteilen Sie diese Regelungen?

**SV Friedemann Schmidt** (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA)): In den beiden aufgeworfenen Punkten, also Herstellerabschlag bei all denjenigen Fällen, in denen die Rechtsgrundlage jetzt ins SGB wechselt, ebenso wie bei der Frage Herstellerabschlag bei der Abgabe von Teilmengen, stimmen wir den Formulierungen zu und unterstützen diese Frage auch aus systematischen Gründen.

**SV Stefanie Stoff-Ahnis** (GKV-Spitzenverband): Ich mache es auch sehr kurz, weil wir ein bisschen Zeit verloren haben. Auch aus Sicht der GKV wird begrüßt, dass die Abschlagspflicht, auch die Fallkonnstellation, erweitert wird.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Ich würde meine Frage an den Deutschen Caritasverband, den GKV-Spitzenverband und die BAG-SELBSTHILFE richten. Wir haben jetzt schon viel über die pharmazeutischen Dienstleistungen gesprochen. Mich würde interessieren, ob Sie sich einen Mehrwert für die Versicherten versprechen und wenn ja, in welcher Form?

**SV Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband): Grundsätzlich hätten pharmazeutische Dienstleistungen einen Mehrwert und es werden mit dem Gesetzentwurf auch die richtigen Patientengruppen in den Blick genommen. Nur ist es so, dass die Arzneimitteltherapiesicherheit eigentlich schon über Festzuschlag nach der AMPreisV geregelt ist. Die Vermeidung oder Verschlimmerung von Erkrankungen ist eigentlich eine ärztliche Aufgabe. Dass das Ziel des Gesetzentwurfs, Patienten in Räumen mit geringer Apothekendichte zu erreichen, auch nicht erzielt wird, weil nämlich diese 20 Cent pauschal an jede Apotheke gezahlt werden. Somit kann ich, wie schon Vorredner auch, nur nochmal betonen, dass es sinnvoller ist, hier regionale Projekte vorzusehen und vor allem solche, die die Zusammenarbeit von Ärzten und Apotheken in gleicherweise bei der Arzneimitteltherapiesicherheit in den Vordergrund stellen, wie das schon erwähnte ARMIN.

**SV Stefanie Stoff-Ahnis** (GKV-Spitzenverband): Auch wir sehen die vorgeschlagene Regelung kritisch. Grundsätzlich würde ein Versorgungsbedarf bestehen, dann wäre es natürlich auch der richtige Weg hier über eine Vergütung zu sprechen. Hier wird der Weg andersherum gewählt und gerade vor dem Hintergrund der pandemiebedingten Ausgangssituation der GKV und der zu erhöhenden Beiträge, empfehlen wir, regional vor Ort die Möglichkeit zu belassen, Vereinbarungen zu schließen, wenn ein solcher Versorgungsbedarf gesehen wird. Es muss vermieden werden, dass wir die Leistungen doppelt vergüten, wie schon angesprochen.

**SV Dr. Siiri Doka** (BAG-SELBSTHILFE e. V.): Es wurde schon angesprochen, dass die Grenzen zwischen den neuen pharmazeutischen Dienstleistungen und dem Regelauftrag der Apotheken durchaus fließend sind. Deswegen würden wir uns tatsächlich wünschen, dass bundesweit bestimmte aufwendige Versorgungen, also Beratungen, auch finanziert werden, also zum Beispiel ein Brown-Bag-Review, dass Patienten mit Medikamentenmultimedikation in die Apotheke kommen und alle Medikamente in einer braunen Tüte dann hinsichtlich ihrer Wechselwirkung analysiert bekommen. Das ist sehr aufwendig, aber das ist eine zusätzliche pharmazeutische Dienstleistung, die auch einen Mehrwert bietet.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Meine Frage geht an den GKV-Spitzenverband. Eine ausdrückliche Zielsetzung des Gesetzentwurfes ist es, mit Regelungen zur Wahrung des Sachleistungsprinzips die flächendeckende Arzneimittelversorgung durch Apotheken sicherzustellen. Wie bewerten Sie die vorgesehenen Regelungen mit Blick auf diese Zielsetzung?

**SV Stefanie Stoff-Ahnis** (GKV-Spitzenverband): Aus unserer Sicht wird diese Zielstellung mit dem Gesetzentwurf leider nicht erreicht. Vielleicht das Positive vorangestellt: Grundsätzlich begrüßen wir, dass ein Versandhandelsverbot vom Tisch ist, aber wir sehen eine große Preisunsicherheit, die entsteht, wenn die vorgeschlagene Preisregulierung an das Sozialrecht verschoben wird. Wir haben die Sorge, dass die Regelung einer europarechtlichen



Prüfung nicht Stand halten würde. Die flächendeckende Versorgung wird aus unserer Sicht auch nicht durch die vorgeschlagenen pharmazeutischen Dienstleistungen abgesichert. Insbesondere, das wurde auch gerade schon angesprochen, würde die Lösung wie eine Art Gießkanne wirken und eher die Apotheken unterstützen, die eine hohe Kundenfrequenz haben. Apotheken, die in ländlichen Regionen mit einer geringeren Kundenfrequenz angesiedelt sind, würden hiervon nicht profitieren. Das heißt, diese pauschale Regelung ist nicht zielgenau. Diese Gießkannenregelung würde eine flächendeckende Versorgung, auch in der Zukunft, nicht absichern. Einen ähnlichen Effekt hätte auch die jetzt schon diskutierte Fortführung des Botendienstes. Das würde auch eher Apotheken zu Gute kommen, die eine hohe Kundenfrequenz haben und nicht denjenigen, die wir fördern wollen in den eher strukturschwachen Regionen. Der Vorschlag von unserer Seite für eine flächendeckende Sicherstellung der Versorgung ist, dass die Strukturen im Apothekenbereich modernisiert werden, dass wir eine Flexibilisierung hinsichtlich der Öffnungszeiten zulassen, dass wir auch digitale Versorgungsmöglichkeiten vorsehen, Telepharmazie hatte ich vorhin angesprochen und beispielsweise die Abgabe-Automaten. Die sollten nicht an die Ist-Strukturen geknüpft werden, an diese starren Strukturen, sondern hier sollten flexiblere Lösungen vorgesehen sein.

Abg. **Dr. Edgar Franke** (SPD): Meine Frage geht an die ABDA und an den GKV-Spitzenverband. Der vorliegende Gesetzentwurf begründet die Vorgabe einer Preisbindung für die Versandapotheken mit einem ansonsten drohenden Preiswettbewerb. Teilen Sie die Auffassung? Wie bewerten Sie die wirtschaftliche Lage der Apotheke unter den derzeitigen Rahmenbedingungen?

**SV Friedemann Schmidt** (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA)): Ich hatte in der vergangenen Legislaturperiode schon mal die Gelegenheit, dazu im Rahmen einer Anhörung Ausführungen zu machen. Aus unserer Sicht ist die Gewährung von Boni auf verschreibungspflichtige Arzneimittel für die allermeisten Apotheken selbst in der Höhe, die von den Kollegen vorgeschlagen wird, ein oder zwei Euro, nicht leistbar. Wir haben

durchschnittliche Betriebserträge in den Apotheken, insbesondere in den mittleren und kleineren Apotheken, und das ist die überwiegende Mehrzahl der Apotheken, die eine solche Bonifizierung ausschließen würden, also die Apotheke geriete selbst bei einem Bonus von einem Euro pro Arzneimittelpackung sehr schnell in die roten Zahlen, um das mal so platt auszudrücken. Deswegen müssen und wollen wir darauf bestehen, dass Preiswettbewerb im verschreibungspflichtigen Bereich komplett ausgeschlossen wird. Jede Form von Bonifizierung würde die flächendeckende Versorgung, insbesondere durch kleinere und mittlere Apotheken, die, das muss man ganz klar so sagen, das Rückgrat der flächendeckenden Versorgung darstellen, massiv gefährden mit solchen Modellen. Dem können wir deswegen nichts abgewinnen.

**SV Stefanie Stoff-Ahnis** (GKV-Spitzenverband): Wir sehen keine aktuelle wirtschaftliche Bedrohungssituation für niedergelassenen Apotheken, ganz im Gegenteil. Das können wir aus den Datengrundlagen der bestehenden Gutachten auch bestätigen. Im Jahr 2017 hatte das BMWi ein Gutachten beauftragt. Aus dem ging hervor, dass die Leistungsstrukturen der Apotheken mit 1,24 Milliarden Euro überfinanziert sind. Im Gesetzentwurf sind dazu Ansätze im Sinne einer Umverteilung oder Ausschöpfung dieses Potenzials für beispielsweise neue Dienstleistungen nicht erwähnt. Auch das vom BMG aktuell in Auftrag gegebene Gutachten des IGES Instituts lässt keine aktuelle Bedrohung der niedergelassenen Apotheken durch den Versandhandel erkennen. Hier ist aufgezeigt, dass selbst bei fortbestehender Boni-Regelung der Marktanteil des Versandhandels sich nicht erheblich erhöhen würde. Zurzeit beträgt er ein Prozent, er könnte sich auf 1,6 Prozent erhöhen. Es ist auch laut IGES-Gutachten nicht erkennbar, dass dieses jetzt so viel proklamierte Apothekensterben stattfinden würde. Vielmehr würde die rückläufige Zahl von Apotheken durch steigende Beschäftigungszahlen kompensiert. Das ist ein Trend, den wir natürlich auch im vertragsärztlichen Bereich wahrnehmen. Wir sehen, anders als die Frage der wirtschaftlichen Situation der Apotheken, eher Ansätze in einer Modernisierung der Strukturen und der Vergütungssysteme. Digitale Systeme hatte ich vorhin angesprochen.





Abg. **Martina Stamm-Fibich** (SPD): Meine Frage geht an den Bundesverband der Versorgungsapotheker, an die Caritas und an den GKV-Spitzenverband. Mit einem entsprechenden Änderungsantrag schlagen die Koalitionsfraktionen vor, dass künftig die Herstellung und Abgabe von patientenindividuell hergestellten Arzneimitteln zur parenteralen Anwendung von einer Apotheke an eine andere Apotheke ermöglicht wird. Wie bewerten Sie diesen Vorschlag?

**SV Michael Marxen** (Bundesverband der Versorgungsapotheker e. V. (BVVA)): Wir sehen, ehrlich gesagt, überhaupt keine Veranlassung für eine Erweiterung dieses Ausnahmetatbestandes nach § 11 Absatz 3 ApoG, denn entgegen der Einschätzung der Länder gibt es keine Engpässe bei der Versorgung ambulant behandelter Patienten mit Schmerzpumpen. Die öffentlichen Apotheken mit Steril-Labor sind sehr wohl in der Lage auch diese besonders zeitkritischen Schmerzpumpen, ohne Dreiecksbeziehungen und ohne Zeit- und Leistungsverluste sicherzustellen. Eine Erweiterung des Ausnahmetatbestandes würde die Krankenhausapotheken zu Lasten der Vor-Ort-Apotheken, also gegen den Anspruch dieses Gesetzes der Stärkung der Vor-Ort-Apotheken in die Lage versetzen, den Zugang zur ambulanten Arzneimittelversorgung mit sämtlichen patientenindividuell hergestellten parenteralen Arzneimitteln zu eröffnen, und nicht nur wie bisher die Zytostatika. Schon bei der Zytostatika-Regelung hatte der Gesetzgeber bei seiner Einführung erkannt, und ich zitiere da eine Bundesrats-Drucksache aus dem Jahr 2002; „dass es durch die Vermischung von Herstellung in einer Krankenhausapothek und Abgabe durch eine öffentliche Apotheke auf Grund unterschiedlicher Preiskalkulationsgrundlagen sowie abweichender Steuer- und Gewinnverpflichtung zu einer Marktverzerrung kommt.“ Diese Marktverzerrung und grundsätzlich die bekannten strukturellen Unterschiede zwischen Klinikapothekensystem und öffentlichen Apotheken führen uns dazu zu sagen, dass wir nicht nur eine Erweiterung des Ausnahmetatbestandes ablehnen, sondern auch die Herstellungsmöglichkeiten nach § 11 Absatz 3 ApoG sektoral begrenzen wollen würden, sodass nur Krankenhausapotheken für Krankenhausapotheken und öffentliche Apotheken für öffentliche Apotheken herstellen dürfen sollten.

**SV Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband): Wir sehen das nicht so wie mein unmittelbarer Vorredner. Uns ist sehr wohl hier und dort bekannt geworden, dass es gerade bei den opioidhaltigen Arzneimitteln und Zubereitungen für Schmerzpumpen zu Engpässen gekommen ist. Wir können diese Versorgungsengpässe aus unseren Diensten durchaus bestätigen und deswegen stehen wir diesem Gesetzesvorschlag sehr offen gegenüber, mit anderen Worten, wir begrüßen ihn.

**SV Dr. Antje Haas** (GKV-Spitzenverband): Wir begrüßen diesen Vorschlag. Wir möchten ihn eigentlich noch ein wenig erweitern. Ich sage Ihnen was genau und warum. Bisher ist es so, dass die patientenindividuellen Zytostatika-Zubereitungen weitergegeben werden können, von Apotheke zu Apotheke und man könnte das Ganze noch fortsetzen über die jetzt hier vorgeschlagenen sämtlichen patientenindividuell hergestellten Arzneimitteln zur parenteralen Anwendung auf alle patientenindividuellen Rezepturen insgesamt. Wir würden eine Spezialisierung von Apotheken für solche Bereiche, für solche Dienstleistungen mit der Erwartung höherer Effizienz, höherer Qualität begrüßen. Dann würde das auch bedeuten, dass diese Spezialisierung nicht mehr beinhaltet, dass jede Apotheke ausnahmslos Labore vorhalten muss, wenn sie ein anderes Profil verfolgt. Wir glauben, dass solche spezialisierten Strukturen der Patientenversorgung ihrer Qualität nur entgegenkommen und denken, dass man diesen Gedanken konsequent weiterentwickeln sollte.

Abg. **Bettina Müller** (SPD): Ich habe eine Frage an den Bundesverband der Versorgungsapotheker. In Ihrer Stellungnahme weisen Sie darauf hin, dass Präsenzapotheken benachteiligt sind im Vergleich zu Versandapotheken, wenn es um Rezeptsammelstellen geht. Können Sie uns das kurz erläutern? Was sind Ihre Vorschläge, um das Problem zu lösen?

**SV Michael Marxen** (Bundesverband der Versorgungsapotheker e. V. (BVVA)): Es geht um die E-Rezepte, Token-Situation, vermute ich, wenn Sie meinen, dass die Gefahr besteht. Wir sehen die Gefahr, dass der E-Rezept-Token den Zugriffscodes auf ein-



zelne, elektronische Verordnungen eines individuellen Patienten enthält und es nicht möglich sein wird, diesen Zugriffscode auf dem Smartphone eines Versicherten per App zu übernehmen und außerhalb der TI exklusiv an eine bestimmte Apotheke zu schicken. Deswegen wird sich der Wettbewerb um die Belieferung der Rezepte auf die Ebene der Smartphone-Apps verlagern. Apps, die den E-Rezept-Token exklusiv an eine Apotheke weiterleiten, fallen nicht unter das jetzt formulierte Makelverbot, wenn sie von der Apotheke selbst bereitgestellt werden. Damit läuft der Neutralitätsgedanke der gematik-App, keine Geschäfte mit dem elektronischen Rezeptverkehr, freie Wahl unter allen angeschlossenen Apotheken, ins Leere. Diese Regelungslücke ist daher durch ein Verbot für solche Apps zu stopfen, wenn sie die freie Apothekwahl beschränken. Das ist unser Ansatz, warum wir die öffentliche Apotheke in der jetzigen Regelung gegen den Versandhandel nicht annähernd genügend geschützt sehen.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Meine Frage richtet sich an die ABDA. Können Sie uns angesichts der kommenden Grippesaison einen kurzen Überblick geben, wie die Modellvorhaben zur Impfung in Apotheken angelaufen sind und wie viele Apotheken sich beteiligen?

**SV Friedemann Schmidt** (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA)): Es gibt eine ganze Reihe von Bundesländern zum Modellvorhaben. Am weitesten fortgeschritten ist Nordrhein. Dort laufen bereits die Schulungen der Apotheken. Wir gehen davon aus, dass wir in mindestens vier oder fünf Bundesländern starten werden. Die Teilnehmer seitens der Apotheken, die sich zunächst einmal für die Schulung gemeldet haben, überraschen uns in der Höhe. Es ist ein hohes Interesse daran. Die Apothekenkammer Nordrhein hat ihre Kapazitäten für diese Schulung massiv ausbauen müssen. Das freut uns sehr, das heißt, diese neue Leistung wird von den Apotheken wahrgenommen werden. Natürlich wird es aber, und das ist auch so angedacht, zunächst beim Modellvorhaben bleiben. Wir haben auch Bundesländer, in denen wir sehr wahrscheinlich in dieser Runde zu keiner Vereinbarung kommen werden. Das wird Sie nicht überraschen, dass es insbesondere Abstimmungsprobleme

mit den ärztlichen Organisationen auf diesem Gebiet gibt, war nicht anders zu erwarten. Je nachdem wie man in dieser Diskussion vorankommt, wird ein Bundesland nach dem anderen sich an diesem Modellvorhaben beteiligen. Mit dem Start in Nordrhein, aber auch Bayern ist weit fortgeschritten für einzelne Regionen, werden wir in diesem Herbst Modellvorhaben sehen.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Meine Frage geht an den Bundesverband des pharmazeutischen Großhandels. Sie weisen in Ihrer Stellungnahme darauf hin, dass die vorgesehene Regelung mit dem Transfer des Gleichpreisigkeitsgebots aus dem AMG in das SGB V dafür sorgt, dass Großhändler aus der EU bei der Belieferung von deutschen Apotheken nicht mehr an die Großhandelspreise und Preisspannen gemäß AMPPreisV gebunden werden. Dadurch würden inländische Großhandlungen gegenüber ausländischen Großhandlungen im Wettbewerb diskriminiert. Können Sie das bitte erläutern, und was sind Ihre Vorschläge?

**SV André Blümel** (PHAGRO – Bundesverband des pharmazeutischen Großhandels e. V.): Bislang sorgt das Gleichpreisigkeitsgebot im AMG dafür, dass auch ausländische Großhandlungen die an deutsche Apotheken liefern, an die Preise und Preisspannen der AMPPreisV gebunden sind. Genauso wie die pharmazeutischen Großhandlungen aus dem Inland. Die Wettbewerbsbedingungen für in- und ausländische Großhändler sind somit gleich. Mit der Streichung des Gleichpreisigkeitsgebots wäre das vorbei und nicht mehr gegeben. Wir fürchten, dass das zu einem ruinösen Preiswettbewerb führt, dadurch dass sich ausländische pharmazeutische Großhändler oder auch direkt liefernde Hersteller auf attraktive Sortimente und Artikel konzentrieren und die zu sehr aggressiven Preisen in den deutschen Markt liefern könnten. Damit wären inländische Großhändler diskriminiert, die gleichzeitig weiterhin ihren Versorgungsauftrag hätten und margenschwächere und auch verlustbringende Sortimente und Artikel weiter distribuieren würden. Damit wäre die Mischkalkulation des pharmazeutischen Großhandels ausgehebelt, und wir würden eher von einer Verlustrechnung sprechen. Um weiterhin gleiches Recht für alle Marktteilnehmer zu gewährleisten fordert der PHAGRO ausdrücklich klarzustellen, dass auch





pharmazeutische Großhändler und direkt liefernde pharmazeutische Unternehmer bei der Belieferung von deutschen Apotheken aus dem EU-Ausland an die AMPreisV gebunden bleiben. Der PHAGRO schlägt deshalb vor, die Klarstellung und Erstreckung der Gleichpreisigkeit auf Großhandelsebene in der vorgesehenen Neuregelung Rx-Boni-Verbot im § 129 Absatz 3 SGB V in der Gestalt zu verankern, dass Apotheken sich beim Bezug von Arzneimitteln und somit hinsichtlich des Apothekeneinkaufspreises zwingend an die Regelungen und Preise der Preisspannen der AMPreisV halten müssen. Damit kann aus unserer Sicht eine Ungleichbehandlung deutscher Großhändler vermieden werden.

Abg. **Prof. Dr. Edgar Franke** (SPD): Meine Frage geht an die KBV. In Ihrer Stellungnahme thematisieren Sie die Einbindung der Apotheker in die Medikationsanalyse und das Medikationsmanagement und verweist auf das Modellvorhaben ARMIN in Sachsen und in Thüringen. Sie kritisieren, dass der vorliegende Gesetzentwurf hierzu keine entsprechenden Vorgaben für die vorgesehenen vertraglichen Festlegungen mache. Bitte erläutern Sie das näher. Welche Vorschläge haben Sie in diesem Zusammenhang?

**SV Dr. Sibylle Steiner** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): In der Tat haben wir den Gesetzentwurf, so wie er vorliegt, kritisiert, weil wir hier das Risiko sehen, dass mehr und mehr ärztliche Aufgaben und Leistungen in die Apotheken verlagert werden. Das ist auch im Vorfeld schon angesprochen worden. Das Medikationsmanagement ist letztlich eine ärztliche Aufgabe, weil die Verantwortung für die medikamentöse Therapie bei der Ärzteschaft liegt. Es gibt aber tatsächlich, wie in Sachsen und Thüringen bei ARMIN diesen Ansatz, dass Ärzte und Apotheker hier in abgestimmten strukturierten Betreuungs- und Kommunikationsstrukturen zusammenarbeiten und eine klare Aufgabenteilung vornehmen. Herr Schmidt hatte das vorher zum Beispiel gesagt im Zusammenhang mit der Anwendungsschulung, die dann Aufgabe der Apotheke ist und Dinge, wie das Medikationsmanagement, die Anpassung der Therapie, die kann natürlich nur von ärztlicher Seite erfolgen. Insofern sehen wir in diesen kooperativen Strukturen wie

sie in diesem Modellvorhaben in Sachsen und Thüringen gelebt wird, eine entsprechende Möglichkeit.

Abg. **Jörg Schneider** (AfD): Meine erste Frage geht an die ABDA. Sie hatten eben schon zum VOASG Stellung genommen. Ich möchte da noch einmal nachhaken. Wenn Sie etwas anders oder besser machen könnten, was wäre das?

**SV Friedemann Schmidt** (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA)): Die Grundkritik habe ich geäußert, das ist die fehlende Einbindung des Privat-Verordnungs- und Selbstzahlerbereichs in die Erstreckung der Preisbindung. Das ist unser Hauptbedenken zu diesem Teil des Gesetzes. Bei der Frage der pharmazeutischen Dienstleistungen sind wir der Ansicht, dass der angesetzte Betrag zu niedrig ist um tatsächlich flächendeckend und bundesweit zu einem vernünftigen Angebot zu kommen, und wir haben darüber hinaus eine ganze Menge weitere Detailvorschläge, die alle darauf hinauslaufen, dass die beiden Versorgungssegmente, auch das habe ich schon ausgeführt, Versand und Versorgung versus Präsenzversorgung klar und eindeutig voneinander getrennt werden. Hier gibt es einen erheblichen regulatorischen Nachholbedarf.

Abg. **Dr. Robby Schlund** (AfD): Meine Frage geht an den Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie und an den Bundesverband der Arzneimittelhersteller. Welche wirksamen Anreize können Sie sich vorstellen, um die Herstellung von Rohstoffen und Arzneimitteln wieder nach Europa zurückzuholen?

**SV Sebastian Schütze** (Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e. V. (BPI)): Grundsätzlich ist es erst einmal relevant in Deutschland und in Europa Rahmenbedingungen zu schaffen, die eine ortsansässige Produktion nicht zerstören und die Versorgung in der Breits stärken. Wir haben gemerkt, nicht erst seit Corona, dass sich der Markt extrem verdichtet hat und der generische beziehungsweise patentfreie Bereich über achtzig Prozent der Versorgung ausmachen. Die Möglichkeiten, wie man wieder Produktion in Europa und Deutschland stärken könnte, dass wäre einerseits



der Punkt der Rabattverträge, also eine Mehrfachvergabe, verpflichtend drei Zuschläge, wovon ein Los seine Produktion in Europa haben sollte. Dann natürlich der Standortbezug bei den Rabattausschreibungen. Da müsste man auf europäischer Ebene das Vergaberecht ändern, was aus unserer Sicht möglich wäre, und man müsste ein Punktesystem etablieren für die einzelnen Produktionsschritte, weil letztlich die Wirkstoffherstellung in Europa einen anderen Stellenwert für unsere Versorgung hätte, als vielleicht nur Abverpackung oder die Endfreigabe. Grundsätzlich gilt es, regulatorische Rahmenbedingungen zu schaffen, die eine europäische Privilegierung auch beim Bezug von Arzneimitteln möglich machen, dann kommen noch einige administrative Aspekte dazu, also beispielsweise die Flexibilisierung bei der Zulassung von alternativen Quellen. Das ist derzeit ein großes Problem, wenn ein Wirkstoffproduzent in Asien nicht lieferfähig ist und die Hersteller müssen umstellen. Sie haben erhebliche Probleme in den Zulassungsunterlagen, wenn sie einen neuen Wirkstofflieferanten dazu ziehen. Das kostet Zeit. Ich glaube, da könnte man mehr Flexibilisierung schaffen. Grundsätzlich kann man auch die Arzneimittelversorgung durch verbindliche Abnahmeprognozen oder Preisvereinbarungen stärken. Das wird zum Teil auch schon angedacht. Und ganz klassisch natürlich sind das dann die Instrumente von klassischer Ansiedlungspolitik und Steuerentlastung für Standortentwicklungen. Das spielt sich dann nicht im SGB V ab, aber es ist ebenso wichtig. Grundsätzlich müsste man den klaren politischen Willen voraussetzen, wir wollen wieder eine stabilere und unabhängigere Arzneimittelversorgung in Deutschland und Europa, denn unser Problem ist, dass wir zunehmend und in einigen Bereichen nur noch von ein bis zwei Anbietern weltweit, von Asien, insbesondere von Indien und China, abhängig sind.

**SV Wolfgang Reinert** (Bundesverband der Arzneimittelhersteller e. V. (BAH)): Auch wir sind der Auffassung, dass der Gesetzgeber Anreize setzen sollte, die Produktion von patentfreien Arzneimitteln und Wirkstoffen am Standort Europa wieder wirtschaftlich attraktiver machen. Wir schlagen dafür vor, dass die Rabattverträge so angepasst werden, dass nicht nur der Preis als Vergabekriterium ausschlaggebend ist, sondern auch ein Standortfaktor Made in Europe berücksichtigt wird. Dieser

Faktor sollte umso höher sein, je mehr Produktionsschritte in Europa erfolgen. Die Zuschlagserteilung von Rabattverträgen sollte verbindlich an drei Partner erfolgen. Wir würden uns auch dafür einsetzen, dass bei Festbeträgen ebenfalls der Standortfaktor als Zuschlagkriterium verankert wird.

Abg. **Jörg Schneider** (AfD): Meine Frage geht an den GKV-Spitzenverband. Sie halten die europarechtliche Konformität der Rückkehr zur Preisbindung für zweifelhaft. Können Sie bitte kurz erläutern warum? Welche Alternativvorschläge haben Sie?

**SV Stefanie Stoff-Ahnis** (GKV-Spitzenverband): Vorgesehen ist eine Neuregelung im SGB V, wonach die Einhaltung der Preisvorschriften und das Verbot von Zuwendungen festgeschrieben sein sollen. Das soll die Voraussetzung sein für eine Belieferung zulasten von Krankenkassen. Der Deutsche Apothekenverband und der GKV-Spitzenverband wiederum haben die Aufgabe, Sanktionen in einem Rahmenvertrag zu regeln. Die sollen reichen von finanziellen Strafen bis hin zum temporären Ausschluss von der Versorgung. Aus unserer Sicht sind genau diese Vertragsmaßnahmen, diese Sanktionen, die dann vertraglich festgelegt werden sollen, von vornherein mit einem ganz erheblichen rechtlichen Risiko verbunden, denn auch Sozialrecht ist europarechtskonform auszulegen und natürlich ist auch der Rahmenvertrag im Lichte der EuGH-Entscheidung auszulegen. Aus diesem Grunde haben wir die Sorge, ob Sanktionierungen bei Verstößen tatsächlich von EU-Recht getragen sind. Aus unserer Sicht wird das Risiko dieser Europarechtskonformität übertragen auf Versichertengemeinschaft und Apothekerschaft. Um eine tragfähige Lösung zu finden ist unser Vorschlag, dass Versandapotheken in einem engen Rahmen Boni gewähren können. Das sollte gesetzlich festgeschrieben sein. Um Fehlanreize zu vermeiden, beispielsweise bei zahlungsbefreiten Versicherten, sollten vertragliche Regelungen ergänzt werden von Krankenkassen und Versandhändlern.

Abg. **Dr. Robby Schlund** (AfD): Meine Frage geht an die KBV und an die BÄK. Apotheker sollen in Zukunft im Rahmen von regionalen Modellvorhaben Erwachsene gegen Grippe impfen können. Was



halten Sie davon und können Sie sich vorstellen im Gegenzug in Zukunft zu fordern, dass Ärzte zunächst vielleicht in regionalen Modellvorhaben zum Beispiel im Bereitschaftsdienst, nachts und am Wochenende, ein Dispensierrecht für Arzneimittel erhalten?

**SV Dr. Sibylle Steiner** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Das Thema Gripeschutzimpfung durch die Apotheker und die entsprechenden Modellvorhaben waren Gegenstand eines anderen Gesetzgebungsverfahrens. Wir haben uns hier eindeutig positioniert, dass wir das Impfen für eine originär ärztliche Aufgabe halten, vor allem natürlich aus Gründen der ausführlichen Impfanamnese, aber auch auf Grund der zugegebenermaßen seltenen Nebenwirkungen bei der Grippeimpfung. Aber hier ist aus unserer Sicht die notwendige ärztliche Expertise erforderlich. Das war aber, wie gesagt, Gegenstand eines anderen Gesetzgebungsverfahrens und ist auch mit dem Masernschutzgesetz in Kraft getreten. Ebenso ist die Frage zum Dispensierrecht nicht Gegenstand dieses Gesetzgebungsverfahrens und man müsste dieses Thema, auch weil es ein komplexes ist, an geeigneter Stelle entsprechend diskutieren.

**SV Dr. Karin Brautigam** (Bundesärztekammer (BÄK)): Auf unsere Stellungnahmen zum Thema Grippeimpfung, regionale Modellvorhaben durch Apotheker, darf ich an dieser Stelle verweisen, wie es auch meine Vorrednerin getan hat. Wir sehen natürlich bei dieser neuen gesetzlichen Regelung, wie sie heute zur Diskussion steht, dass sie im Wesentlichen, prioritär, eine Optimierung der Arzneimitteltherapie, des Patientenwohls und der Arzneimitteltherapiesicherheit bedingt. Wir sehen hier auf jeden Fall auch den Bedarf der Einbeziehung der Ärzteschaft. Das ärztliche Handeln orientiert sich natürlich an dem Auftrag, der Gesundheit des Einzelnen sowie der gesamten Bevölkerung zu dienen. Per se am Patientenwohl und damit ist die Ärzteschaft selbstverständlich bereit, bei Bedarf entsprechende Verantwortung und weitere Verantwortung für die Sicherstellung der Arzneimittelversorgung in Deutschland zu übernehmen. Ich kann aber sagen, dass ein ärztliches Dispensierrecht für Arzneimittel natürlich im vorliegenden Gesetzentwurf nicht vorgesehen ist und in den Gremien der BÄK derzeit auch nicht diskutiert wird.

Abg. **Jörg Schneider** (AfD): Ganz kurz noch einmal an die ABDA. Wie sehen Sie die Gleichpreisigkeit verschreibungspflichtiger Arzneimittel tatsächlich langfristig sichergestellt?

**SV Friedemann Schmidt** (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ADBA)): Langfristige Prognosen abzugeben habe ich mir abgewöhnt in den letzten Jahren. Dazu ist das Ganze viel zu sehr in Bewegung. Zunächst einmal ist das VOASG geeignet, die Gleichpreisigkeit in diesem tatsächlich hoch relevanten Bereich, auch wirtschaftlich hoch relevanten Bereich, der GKV-Versorgung sicherzustellen. Wir glauben auch, dass das europarechtlich darstellbar war und auch zu verteidigen ist. Wie gesagt, es bleibt offen die Frage nach PKV und Selbstzahler.

Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Meine Frage geht an den Einzelsachverständigen Herrn Prof. Dr. Kluckert. Halten Sie den von der Bundesregierung hier vorgelegten Gesetzentwurf mit dem Europarecht für vereinbar?

**ESV Prof. Dr. Sebastian Kluckert**: Die sozialversicherungsrechtliche Preisbindung, die mit diesem Gesetzentwurf implementiert wird, ist am Maßstab der Warenverkehrsfreiheit zu messen und auch der oftmals zitierte Artikel 168 Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union schirmt die deutsche Sozialversicherung nicht davor ab. Insofern besteht kein Zweifel, dass mit diesem Gesetzentwurf ein Eingriff in die Warenverkehrsfreiheit vorgenommen werden soll. Davon geht der Gesetzgeber ja auch selbst aus. Es kommt somit auf die Rechtfertigung und Argumente an. Die Argumente der Gesetzentwurfsbegründungen kann man in zwei Kategorien teilen. Die erste Kategorie betrifft Gefahren, nämlich Gefahren für die Arzneimittelversorgung, für die wirtschaftliche Situation der Apotheken und für das finanzielle Gleichgewicht der GKV. Die zweite Kategorie betrifft systemische Argumente, also das Sachleistungsprinzip und das Solidaritätsprinzip. Kurz zur ersten Kategorie der Gefahren. Da geht es im Prinzip um Argumente, mit denen die Bundesregierung bereits im Jahr 2016 vor dem EuGH gescheitert ist, weil die Gefahren nicht belegt werden konnten. Wenn ich in das neue IGES-Gutachten reingucke, gehe ich davon



aus, dass die Gefahren auch heute nicht belegbar sind. Guckt man sich die zweite Kategorie an, wird dort argumentiert, dass nur ein einheitlicher Preis mit dem Sachleistungsprinzip und dem Solidaritätsprinzip vereinbar sei. Gucken wir uns kurz das Sachleistungsprinzip an. Hier sehen wir eine Reihe von Zuschreibungen, von Attributen und Eigenschaften, die mit dem Sachleistungsprinzip überhaupt nicht verbunden sind. So wird zum Beispiel gesagt, das Sachleistungsprinzip bedeute, dass es keinen Preiswettbewerb der Leistungserbringer geben soll. Natürlich gibt es einen Preiswettbewerb der Leistungserbringer im Sachleistungsprinzip. Wir alle kennen selektive Verträge, wir alle kennen Arzneimittelrabattverträge, um nur zwei Beispiele zu nennen. Jetzt wird gesagt, mit Blick auf Versicherte, das Sachleistungsprinzip bedeute, dass wirtschaftliche Überlegungen für die Inanspruchnahme einer Gesundheitsleistung keine Rolle spielen dürfen. In dieser Allgemeinheit ist der Satz auch falsch. Das Sachleistungsprinzip bedeutet, die Vermeidung oder den Ausschluss von Zahlungen vom Versicherten an die Leistungserbringer. Die wirtschaftliche Situation des Versicherten soll für die Leistungserbringer keine Rolle spielen und auch der Versicherte soll nicht in Vorleistung treten müssen. Auf den umgekehrten Fall, Zahlungen vom Leistungserbringer an die Versicherten, ist das überhaupt nicht so übertragbar. Natürlich können wirtschaftliche Überlegungen auch für die Inanspruchnahme von Leistungen eine Rolle spielen im Sachleistungsprinzip. Beispiele sind die Festbeträge für Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel. Die Zuzahlungen, all das sind wirtschaftliche Steuerungsmechanismen und insbesondere muss man hier einmal erwähnen, die Festzuschüsse beim Zahnersatz, die sogar ökonomischen Überlegungen hinsichtlich der Auswahl des Leistungserbringers notwendig machen. Man kann also sagen, die Argumente zum Sachleistungsprinzip sind nicht kohärent und systematisch wie sie vom Europarecht verlangt werden und insofern nicht geeignet den Eingriff zu rechtfertigen. Kurzer Blick noch auf das Solidarprinzip. Auch hier muss man doch sagen, die Gelder fließen doch gar nicht aus den Kassen der GKV, sie fließen doch aus der Kasse der Versandapotheken. Wie nun der Solidargemeinschaft diese Gelder wieder zu Gute kommen sollen, wenn die Gelder nach dem Gesetzentwurf in den Kassen der Versandapotheken verbleiben, ist auch nicht

nachvollziehbar. Auch in anderen Bereichen kennen wir sogar direkte Zahlungen der Krankenkassen an Versicherte. Nehmen wir einmal die Wahltarife. Da wird auch von einer Lockerung des Solidaritätsgrundsatzes gesprochen, seit Jahren. Wenn jetzt diese Lockerung des Solidaritätsgrundsatzes genau da bekämpft werden soll, wo es um die Warenverkehrsfreiheit ausländischer Anbieter geht, glaube ich nicht, dass man den EuGH davon überzeugen kann, dass es sich bei dieser punktuellen Änderung um einen kohärenten Ansatz handelt. Im Ergebnis komme ich also zu dem Schluss, dass diese sozialversicherungsrechtliche Preisbindung mit der Warenverkehrsfreiheit der ausländischen Versandapotheken nicht vereinbar ist.

Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Auch die nächste Frage geht an Sie. Teilen Sie die Ansicht, die flächendeckende Versorgung mit Arzneimitteln durch Vor-Ort-Apotheken sei durch den ausländischen Versandhandel gefährdet?

**ESV Prof. Dr. Sebastian Kluckert:** Das ist eine ökonomische Frage, die man als Jurist nicht aus eigener Kompetenz entscheiden kann. Ich habe aber einmal in das IGES-Gutachten reingeschaut, was gerade rausgekommen ist. Darin wird davon gesprochen, dass der Versandhandel weiterhin nur einen Anteil von einem Prozent aufweist, dass nur dreiundfünfzig Prozent des Rohertrags einer Apotheke auf den Rx-Bereich zurückgehen. Bei diesen Anteilszahlen ist es kaum glaubwürdig, dass die Geschäftsaufgaben inländischer Apotheken auf den Versandhandel zurückzuführen sind. Es wird davon gesprochen, dass keine Häufung umsatzschwacher Apotheken im ländlichen Raum besteht. Im Zeitraum 2006 bis 2020 haben sich die Apothekenstandorte in den ländlichen und dünn besiedelten Kreisen am geringsten verändert und 99,1 Prozent der Einwohner in Landgemeinden erreichen eine Apotheke mit dem Auto innerhalb von fünfzehn Minuten. Wenn man sieht, dass die kalibrierte Modellierung in dem Gutachten dazu kommt, dass also dieser Gesetzentwurf allenfalls einen Unterschied von 0,1 Prozent beim Rx-Marktanteil ausmachen wird, sehe ich hier keine ökonomischen Gesichtspunkte, die auf eine Gefährdung der Arzneimittelversorgung durch den Versandhandel hindeuten.





Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Meine nächste Frage geht an die BÄK. Halten Sie die in den letzten Jahren vom Gesetzgeber getroffenen Maßnahmen zur Vermeidung von Lieferengpässen bei Arzneimitteln für ausreichend? Wie bewerten Sie vor diesem Hintergrund den Antrag unserer FDP-Fraktion?

**SV Dr. Karin Brautigam** (Bundesärztekammer (BÄK)): Die Liefer- und Versorgungsengpässe bei Arzneimitteln sind in den letzten Jahren ein zunehmendes Problem in der Patientenversorgung gewesen. Immer wieder werden Ärzte, Apotheker und Patienten von Lieferengpässen überrascht und Lieferengpässe wurden in der Vergangenheit nicht hinreichend kommuniziert. Ich erinnere hier an Venlafloxin im Jahr 2019. Aus Sicht der BÄK können wir deshalb feststellen, dass die gesetzlich bereits implementierten Maßnahmen nicht ausreichend sind und deshalb unterstützt die BÄK im Grundsatz den Antrag der FDP-Fraktion als einen weiteren Vorstoß zur Verbesserung der Arzneimittelversorgung. Da geht es vor allen Dingen um den Punkt der Rückverlagerung der Produktion von Wirkstoffen und Arzneimitteln nach Europa. Wir haben hier doch in der letzten Zeit, in den letzten Jahrzehnten festgestellt, dass eine große Abhängigkeit von außereuropäischen Arzneimittelherstellern besteht und dass es schon nach Zusammenbruch von kleinen Systemen extreme Auswirkungen hat für die Arzneimittelversorgung hier bei uns in Deutschland. Ebenso unterstützen wir die Erhöhung der Anzahl von Produktionsstandorten, denn wir haben gesehen, dass gerade die Konzentration auf einen Produktionsstandort relativ schnell zur Beeinträchtigung der Arzneimittelversorgung führen kann. Wir haben gesehen, und hier unterstützen wir den Antrag der FDP-Fraktion, dass nationale Maßnahmen nicht ausreichen. Das heißt, es muss konzertierte Maßnahmen auf EU-Ebene geben, Anreize zu schaffen für pharmazeutische Unternehmer, die Arzneimittel- und Wirkstoffproduktion nach Europa zu verlagern als, wie gesagt, die Produktion an mehreren Standorten zu etablieren.

Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Nochmal an den Bundesverband der Arzneimittelhersteller. Welche Maßnahmen müssen aus Ihrer Sicht getroffen werden, um die Liefersicherheit und Versorgungssicherheit zu erhöhen?

**SV Wolfgang Reinert** (Bundesverband der Arzneimittelhersteller e. V. (BAH)): Wir würden begrüßen, dass bei den Rabattverträgen der Standortfaktor „Made in Europe“ mit berücksichtigt wird, die Zuschlagserteilung von Rabattverträgen an verbindlich drei Partner erfolgen sollte, und dass bei Festbeträgen ein Standortfaktor mit berücksichtigt wird.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Meine erste Frage geht an den Einzelsachverständigen Herrn Dr. Douglas. Die SGB-Preisbindung ist auf Sachleistungen beschränkt. Wie schätzen Sie Umgehungsmöglichkeiten über Kostenerstellungsverfahren oder Verträge mit EU-Anbietern nach §140e SGB V ein? Welche Auswirkungen hätte das auf in- und ausländische Apotheken?

**ESV Dr. Morton Douglas:** Ich glaube, wir können zur Beantwortung dieser Frage auf einige Aussagen von anderen Sachverständigen Bezug nehmen, insbesondere von Frau Stoff-Ahnis. Es wird deutlich, dass insbesondere von Seiten der GKV das Problem besteht, Einzelverträge mit ausländischen Versandapotheken zu schließen, um aus Sicht der GKV nachvollziehbare Wirtschaftlichkeitsreserven zu heben. Wir müssen aber davon ausgehen, wenn das im breiteren Maße erfolgt, dass dann im Zusammenspiel die freie Apothekenwahl riskiert wird. Es sind zwar im Gesetzentwurf weitere Regelungen getroffen worden, um die freie Apothekenwahl zu schützen. Wenn jetzt ausländische Kapitalgesellschaften mit der GKV Verträge schließen, wissen wir nicht, wie lange das hält. Dann wird es dazu führen, dass in immer breiterem Maße diese Regelungen umgangen werden. Ein weiterer Aspekt der hier berücksichtigt werden muss ist, dass die GKV bereits gesagt hat, die europarechtliche Bedenken, die nach dem Rahmenvertrag erforderlichen Maßnahmen bei Verstößen durchzusetzen. Gleichzeitig wird § 78 SGB V gestrichen, sodass es wahrscheinlich nicht mehr möglich ist für Mitbewerber und Dritte, wettbewerbsrechtliche Verstöße zu ahnden. Damit ist das Gesetz, weil es keine effektiven Sanktionsmöglichkeiten mehr gibt, von Beginn an ungeeignet, das damit verfolgte Ziel zu erreichen. Es führt letztendlich nur zu einem weiteren Freibrief, so wie wir es in vergangenen Jahren erlebt haben,



dass hier die am Kapitalmarkt notierten ausländischen Versender letztendlich machen können, was sie wollen.

**Abg. Dr. Achim Kessler (DIE LINKE.):** Die zweite Frage geht an den Einzelsachverständigen Herrn Dr. Douglas. Das Verbot des Rx-Versandhandels wird immer wieder als europarechtlich angreifbar bezeichnet, obwohl in der großen Mehrzahl der EU-Staaten ein solches Verbot existiert. Wie schätzen Sie die Machbarkeit aus EU-rechtlicher Sicht ein?

**ESV Dr. Morton Douglas:** Wenn man sich die Schwierigkeiten ansieht, die ein jetzt fast vier Jahre dauerndes Gesetzgebungsverfahren gezeigt haben, und wenn man sich vergegenwärtigt, dass wir in der Gesetzesbegründung zwar gute Argumente dafür haben, warum wir eine Gleichpreisigkeit brauchen, dann sind das alles Argumente, die gelten eigentlich für sämtliche Versicherten und nicht für die Versicherten im Sachleistungsprinzip. Deswegen wird es schwierig sein, dies durchzusetzen, weil diese Argumente nur für einen Teil gelten und das würde den europäischen Gesetzgeber wahrscheinlich nicht überzeugen. Der europäische Gesetzgeber hat in Artikel 85c des Gemeinschaftskodex für Humanarzneimittel den nationalen Vorbehalt aufgenommen, den Versandhandel mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zu verbieten. Gleichzeitig hat auch der Generalanwalt in dem Verfahren, dass das Ganze ausgelöst hat, in den Randziffer 79 und 80 seiner Schlussanträge ausdrücklich darauf hingewiesen, dass das zwar in die Berufsausübungsfreiheit der Versandapotheken sehr viel stärker eingreifende per se-Verbot zulässig sei und das kleinere Übel der Preise unzulässig sei. Das kann man nachvollziehen oder nicht. Es sind ganz klare Signale auf europäischer Ebene, dass dies zulässig ist, und dann sollte man das vielleicht versuchen, um hier eine klare Linie zu führen, mit einem klaren Ergebnis, anstatt hier eine Flickschusterei zu betreiben.

**Abg. Dr. Achim Kessler (DIE LINKE.):** Ich schließe noch eine Frage an Herr Dr. Douglas an. Die Ausführungen der Bundesregierung, dass die Arzneimittelpreisbindung für die Sicherung der Arznei-

mittelversorgung wichtig ist, haben den Europäischen Gerichtshof bisher nicht überzeugt. Wie schätzen Sie die Chance ein, dass die EU-Kommission und der EuGH bei der neuen Preisbindung im Sozialrecht zu einer anderen Einschätzung kommen werden?

**ESV Dr. Morton Douglas:** Die Argumente die vorgebracht werden, die sind alle überzeugend. Leider wurden sie 2016 nicht gehört, wobei nicht alle Argumente in der Ausführlichkeit vorgebracht wurden. Das Problem, das hier aus meiner Sicht besteht ist, dass diese Argumente, die eigentlich für alle Versicherten gelten, jetzt nur für einen Teil der Versicherten gelten sollen. Da kann man juristisch argumentieren, dann gelten Sie halt erst recht auf europäischer als auch auf deutscher Ebene. Mit solchen Argumenten ist es jedoch immer so, dass sie ihre Zugkraft verlieren, wenn man sie, obgleich sie für alle gelten müssten, nur auf einen Teil der Versicherten anwendet. Damit sind sie entkräftet. Wenn Sie dann entkräftet sind, besteht das signifikante Risiko, dass das erneut auf europarechtlicher Ebene nicht überzeugend ist. Zumal, das muss man an dieser Stelle auch hervorheben, die ganze Zeit argumentiert wird, dass man dieses Urteil umgehen will. Es gab bei der PKW-Maut einen ähnlichen Versuch. Wir alle wissen, wie das geendet ist. Diese vielen Argumentationen stimmen einen ebenfalls nicht zuversichtlich. Dabei gibt es sehr gute Argumente für das Versandverbot, insbesondere auch, da müsste man anschließen, das zunehmende Aufkommen von Plattformen im Internet, bei denen Arzneimittel und Verschreibungen zusammen angeboten wurden. Hierauf ist bereits im Januar 2020 das BMG hingewiesen worden. Es passiert hier nichts. Diese Angebote nehmen zu, sodass hier wahrscheinlich mittelfristig tatsächlich ernste Gefahren für die Gesundheit der Bevölkerung entstehen. Damit stehen zusätzliche Argumente zur Verfügung, um den Versandhandel zu verbieten.

**Abg. Harald Weinberg (DIE LINKE.):** Meine Frage geht an den Caritasverband. Für uns ist die Forderung nach einem Verbot des Rx-Versandhandels nicht in erster Linie eine ökonomische Frage, sondern eine Frage der Versorgungsqualität. Welche Vorteile haben Präsenzapotheken im Hinblick auf patientenorientierte Versorgung, moderne pharmazeutische Betreuung und Notfallversorgung?





**SV Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband): *Die Patientengruppen, die unserer besonderen Aufmerksamkeit bedürfen, sind die multimorbiden Patienten mit Multimedikation, darunter viele ältere und pflegebedürftige Menschen. Zwar kann auch der Versandhandel grundsätzlich zu Wechselwirkungen von Medikamenten beraten, dies setzt aber voraus, dass die Rezepte zu unterschiedlichen Medikamenten zu einem einheitlichen Zeitpunkt eingelöst werden, was häufig nicht der Fall ist. Gerade Menschen, die dauerhaft und viele Medikamente einnehmen müssen, bevorzugen die Versorgung durch eine Stammapotheke. Diese kann zu Wechselwirkungen auch dann beraten, wenn die Rezepte zu unterschiedlichen Zeitpunkten eingelöst werden. Außerdem haben diese Apotheken auch den Überblick über die eingenommenen OTC-Präparate. Zudem haben Präsenzapotheken eine grundsätzliche Beratungspflicht, Versandapotheken nicht. Versandapotheken tragen auch nicht zum Nacht- und Notdienst bei. Gerade dieser ist jedoch insbesondere in ländlichen Gebieten eine zentrale Säule der Versorgung. Insgesamt sollte aus Sicht der Caritas alles getan werden, um Präsenzapotheken zu stärken, insbesondere im strukturschwachen ländlichen Raum.*

Kursiv: Antwort wurde wegen Tonausfall schriftlich nachgereicht.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Ich habe eine Frage an den Bundesverband des Pharmazeutischen Großhandels. Ich bitte Sie, kurz die Unterschiede in den Anforderungen an sachgerechte Lieferungen durch pharmazeutische Großhändler und an Lieferungen durch Arzneimittelversender zu erläutern. Was bräuchte es, um zu einer Gleichbehandlung zu kommen?

**SV André Blümel** (PHAGRO – Bundesverband des pharmazeutischen Großhandels e. V.): Die ganz einfache Antwort darauf lautet, gleiche Transportbedingungen für alle im Interesse der Patientensicherheit. Im letzten Jahr hat der Gesetzgeber bereits in der ApBetrO einige Änderungen vorgenommen, die in diese Richtung gehen. Das ist sehr begrüßenswert. Allerdings sind wir da erst einen Schritt in die richtige Richtung gegangen. Aus der Großhandelsperspektive sind die Anforderungen an die Arzneimittelversender und an die beauftragten Paketdienstleister in der ApBetrO deshalb nach wie

vor unzureichend. Die Qualitätsanforderung an den Transport von Arzneimitteln, die der Großhandel gemäß der AM-HandelsV und der GDP-Leitlinien [Leitlinien guter Vertriebspraxis] einzuhalten hat und die strengstens überprüft werden, sind apothekenrechtlich für den gleichen Sachverhalt, den Transport von Arzneimitteln nicht für Versender und Paketdienstleister vorgesehen. Deswegen sind unsere Forderungen ganz einfach, hier nachzuregeln, dass der gleiche Sachverhalt für alle Beteiligten gleich geregelt ist. Dies ist der eine Punkt. Der zweite Punkt sind die Aufsichtsbehörden. Der Pharmazeutische Großhandel unterliegt der strengsten behördlichen Aufsicht. Das ist auch in Ordnung so. Das erstreckt sich aber nicht auf alle Beteiligten. Hier bitten wir auf Ausweitung der behördlichen Aufsicht auch auf die Versender und Paketdienstleister.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage richtet sich an die Einzelsachverständige Frau an der Heiden. Wie bewerten Sie die vorgesehenen Regelungen des Gesetzentwurfs hinsichtlich der Möglichkeit der flächendeckenden Arzneimittelversorgung in der Sicherstellung der Stärkung der Vor-Ort-Apotheken? Welche Vorteile sehen Sie dazu in den Vorschlägen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN?

**ESV Iris an der Heiden:** Erstmal ist es so, dass wir aus Datensicht sagen können, dass es der Branche der Apotheken insgesamt gut geht. Wir haben eine gute flächendeckende Versorgung. Das schließt jedoch nicht aus, dass es Gruppen von Apotheken gibt, die wirtschaftliche Schwierigkeiten haben, und dass das in Zukunft nicht unbedingt so bleiben muss. Da die Versorgung momentan als gut anzusehen ist, ist es eigentlich wichtig von der Sachlage aus eher auf regionale oder besondere Aspekte zu achten und nicht auf eine Stärkung oder einen Schutz der Apotheken als solche insgesamt. In Bezug auf den Gesetzentwurf ist es so, dass das Boni-Verbot die Probleme schwacher Apotheken in keinem Fall alleine lösen kann, ob es jetzt umgesetzt wird oder nicht, da die Probleme der Apotheken, die jetzt die Probleme haben, vor der Erlaubnis der Boni bestanden und länger bestanden und deshalb alleine dadurch nicht zu lösen sind. Zu den ange-dachten Dienstleistungen ist zu sagen, dass diese zwar den heilberuflichen Leistungsbereich der



Apotheken stärken, aber nicht unbedingt eine wirtschaftliche Stärkung bedeuten müssen. Es gibt nämlich keine Belege dafür, dass diese Leistungen für die Apotheken wirtschaftlich attraktiv sind. Wir sehen, dass aktuelle Dienstleistungen schon jetzt nicht kostendeckend vergütet sind, wie es die AMPreisV, so wie sie aktuell umgesetzt ist, vorsieht. Insofern ist es fraglich, inwieweit schwache Apotheken durch diesen Gesetzentwurf gestärkt werden können. Der Vorteil des Ansatzes von Bündnis 90/Die Grünen ist dagegen, dass er zielgerichtet ist, und das ist in dem Fall besonders zu betonen, da es der einzige Antrag ist, der zielgerichtet zu bewerten ist. Dies ist hier in der Diskussion mehrfach angesprochen worden, dass es notwendig ist. Es gibt aber wenige Vorschläge in die Richtung. Das ist aus Datensicht und Außensicht sehr wunderbar, da einerseits immer mit den schwachen Apotheken argumentiert wird, es jedoch bisher weder Ansätze gibt zur Aufklärung der lokalen Situation beizutragen, obwohl dazu sehr gute Daten bei den Apotheken vorliegen, dass es keine Beiträge zu einer besseren Definition der flächendeckenden Versorgung durch Apotheken gibt, und dass es keine Vorschläge für Maßnahmen gibt, die die Situation schwacher Apotheken gezielt unterstützen. Da bildet der Antrag von Bündnis 90/Die Grünen jetzt eine Ausnahme.

**Abg. Kordula Schulz-Asche (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):** Meine zweite Frage richtet sich auch an die Einzelsachverständige Frau an der Heiden. Es wird häufig die Konkurrenzsituation zwischen den Versendern und den Vor-Ort Apotheken als so eklatant bezeichnet, dass sie für die zahlreichen existenzgefährdeten Apotheken verantwortlich gemacht werden. Sehen Sie das auch so? Wie Sie gesagt haben eher nicht. Aber wie lassen sich denn die unterschiedlichen wirtschaftlichen Situationen von Apotheken aus Ihrer Sicht erklären?

**ESV Iris an der Heiden:** Wegen des einen Prozentes ist es erstmal nicht möglich. Das könnte sich zukünftig ändern. Das ist schwer zu sagen. Was wir interessanterweise sehen, dass wir bei OTC einen Marktanteil von 19 Prozent haben, was erheblich ist, und was die Apotheker schwer trifft, weil der OTC-Markt und auch das Ergänzungssortiment für

den wirtschaftlichen Erfolg einer Apotheke ebenfalls sehr wichtig sind. Hier ist interessant, dass für diesen Punkt nicht politisch gekämpft wird. Das liegt vielleicht daran, dass die unterschiedliche wirtschaftliche Situation der Apotheken insgesamt weniger im Wettbewerb zu verorten ist, sondern dass die Unterschiede eher in der Regulierung und in Skalierungseffekten liegen. Das heißt, wir haben auf der einen Seite relativ hohe Fixkosten, wenn ich eine Apotheke rechtlich konform betreiben möchte. Wenn ich allerdings erst einmal eine hinreichende Größe habe, kann ich sehr stark von Skalierungseffekten profitieren. Das fängt schon mit einem günstigeren Standort an, geht über den Besitz mehrere Apothekenstandorte, geht weiter mit Betreuung von Pflegeheimen und endet letztendlich bei hochgradigen Konzentrationen und Spezialisierung des Angebots, wie wir es beim Versandhandel oder auch bei Zytostatika-Apotheken sehen. Insofern können Gewinne von Apothekeninhaberinnen und -inhabern um das zehnfache und darüber hinaus schwanken, sodass es im Moment so aussieht, dass die bestehende Regulierung in der Apothekenregulierung dazu führt, dass es zu ungewollten Effekten kommt, dass nämlich einerseits wirtschaftliche Marktzugangsbarrieren für kleine Apotheken und andererseits bessere Ertragschancen für große Apotheken bestehen.

**Abg. Kordula Schulz-Asche (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):** Die Frage richtet sich an den Bundesverband der Pharmaziestudierenden in Deutschland. Warum ist es aus Ihrer Sicht für eine öffentliche Apothekeninhaberin oder einen Apothekeninhaber so schwierig Nachfolger zu finden? Welche Maßnahmen könnten dazu beitragen, dass sich diese Situation künftig verbessert?

**SV Ilias Essaita (Bundesverband der Pharmaziestudierenden in Deutschland e. V.):** Zu unter anderem dieser Fragestellung hat der Bundesverband der Pharmaziestudierenden im vergangenen Jahr eine repräsentative Umfrage durchgeführt. Wir können da zwei große Probleme ausmachen. Zu einem ist es die Ausbildung und die Vorbereitung auf eine Tätigkeit in der Offizin. Die Studierenden fühlen sich nicht ausreichend auf eine Tätigkeit in der öffentlichen Apotheke vorbereitet. Besonders schlecht fühlen sie sich in der Selbstständigkeit als Apothekeninhaberinnen oder Apothekeninhaber einer



öffentlichen Apotheke vorbereitet. Dazu trägt unter anderem die Famulatur beziehungsweise das praktische Jahr bei. Hier soll der Kontakt mit der öffentlichen Apotheke stattfinden und entsprechend ausgebildet werden. Mangels Zeit in den öffentlichen Apotheken fällt die Ausbildung der jungen Pharmazeutinnen und Pharmazeuten zu oft hinten rüber. Daran muss man arbeiten. Zum anderen wird nicht das Wissen angewandt, was wir im Studium tatsächlich lernen. Wir haben kaum Kompetenzen. Wenn ich einmal daran denke, dass ein Rezept einfach aus Zufall oder aus kleinen Fehlern falsch ausgestellt wird, dann sind Apothekerinnen und Apotheker kaum in der Lage, diesen Fehler ohne einen nachträglichen Kontakt mit dem Arzt auszugleichen, auch wenn sie das können. Das zweite große Problem ist das Spannungsfeld zwischen Kauffrau und Kauffmann und auf der anderen Seite einer heilberuflichen Tätigkeit. Man hat als Apothekerin und Apotheker ganz schnell das Image des „Schubladenziehers“ weg, das in der Bevölkerung teilweise noch sehr stark vertreten ist. Das muss man auf der einen Seite bekämpfen, auf der anderen Seite hat man einen immensen Bürokratieaufwand. Hinzu kommt eine relativ schlechte Bezahlung von angestellten Apothekerinnen und Apothekern im Vergleich zur pharmazeutischen Industrie. Als Lösung würden wir vorschlagen, dass wir endlich eine Novellierung der Approbationsordnung angehen, die wir als Bundesverband der Pharmaziestudierenden schon länger fordern und in diesem Zug die klinische Pharmazie und die klinische Ausbildung an den Universitäten und gleichzeitig die praktische Ausbildung im praktischen Jahr in den Apotheken vor Ort stärken. Zum Zweiten brauchen wir Apothekerinnen und Apotheker mehr Kompetenzen, um diesen Beruf langfristig attraktiv zu gestalten. Deswegen befürworten wir besonders die Einführung von pharmazeutischen Dienstleistungen als Stärkung der Kompetenz, als Stärkung der pharmazeutischen Tätigkeit in den Apotheken vor Ort. Was wir allerdings an den pharmazeutischen Dienstleistungen kritisieren, und das möchte ich noch einmal zum Schluss anbringen, ist das es eine packungsabhängige Vergütung sein soll. Wir fordern ein anderes Vergütungsmodell um pharmazeutische Dienstleistungen weiterhin attraktiv zu machen, packungsunabhängig, auf die pharmazeutischen Dienstleistungen zugeschnitten. Wir müssen wegkommen von einen fi-

nanziellen Wettbewerb in den öffentlichen Apotheken hin zu einen qualitativen Wettbewerb zwischen den Apotheken.

Der **Vorsitzende**, Abg. **Erwin Rüdell** (CDU/CSU): Vielen Dank. Wir sind am Ende der Anhörung angelangt. Ich darf mich bei allen ganz herzlich bedanken für die Fragen und Antworten. Ich wünsche allen noch einen angenehmen Nachmittag und gute Beratung, damit wir dann ein entsprechend gutes Gesetz im Bundestag verabschieden können.

Schluss der Sitzung: 15.41 Uhr

Gez.

Erwin Rüdell, MdB

**Vorsitzender**