



Wortprotokoll der 47. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 30. November 2022, 14:15 Uhr
als Kombination aus Präsenzsitzung
(Paul-Löbe-Haus, Saal E 300) und
Webex-Meeting*.

*Die Zugangsdaten zum Webex-Meeting werden an
den entsprechenden Teilnehmerkreis versandt.

Vorsitz: Dr. Kirsten Kappert-Gonther, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Tagesordnungspunkt 1

Seite 4

Antrag der Abgeordneten Martin Sichert, Jörg
Schneider, Dr. Christina Baum, weiterer Abgeord-
neter und der Fraktion der AfD

Apotheken-Botendienste sichern und ausbauen, Versorgung verbessern

BT-Drucksache 20/2590

Federführend:
Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:
Wirtschaftsausschuss
Ausschuss für Arbeit und Soziales
Ausschuss für Digitales
Haushaltsausschuss



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



Liste der Sachverständigen zur öffentlichen Anhörung „Apotheken-Botendienst“

Mittwoch, 30. November 2022, 14:15 Uhr bis 15:15 Uhr

Paul-Löbe-Haus (PLH), Sitzungssaal E 300

Verbände/Institutionen

- BARMER Institut für Gesundheitsforschung (bifg)
- Bundesverband der Versandapotheken (BVDVA)
- Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V. (ABDA)
- GKV-Spitzenverband
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
- Verband der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V. (NAV-Virchowbund)
- Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (VZBV)

Einzelverständige

- Thomas Dittrich (Deutscher Apothekerverband e. V. (DAV))
- Daniela Hänel (Freie Apothekerschaft e. V.)
- Gabriele Overwiening (Apothekerkammer Westfalen-Lippe)



Sitzungsbeginn: 14:15 Uhr

Einzigster Tagesordnungspunkt

Antrag der Abgeordneten Martin Sichert, Jörg Schneider, Dr. Christina Baum, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

Apotheken-Botendienste sichern und ausbauen, Versorgung verbessern

BT-Drucksache 20/2590

Die **stellvertretende Vorsitzende, Abg. Dr. Kirsten Kappert-Gonther (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)**: Guten Tag, meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer, meine sehr verehrten Sachverständigen, liebe Kolleginnen und Kollegen. Ich begrüße Sie sehr herzlich zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit. Diese ist so, wie wir es bereits kennen, eine Mischung aus Präsenzsitzung und Online-Sitzung mit einer Sachverständigen, muss man dieses Mal sagen, weil alle übrigen Sachverständigen sind hier im Raum, wofür wir ganz herzlich danken. Denen, die online dabei sind, möchte ich die Bitte mitgeben, sich mit ihrem Namen und ggf. ihrer Verbandszugehörigkeit in Webex anzumelden, damit wir wissen, wer an der Anhörung teilnimmt. Außerdem bitte ich Sie, Ihre Mikrofone, so wie wir das alle inzwischen kennen von hybriden Veranstaltungen, zunächst stummzuschalten. Zum weiteren Verfahren komme ich gleich zurück. Zunächst zur kurzen Illustration dessen, was wir hier heute anhören. Wir beschäftigen uns in dieser Anhörung mit einem Antrag der Fraktion der AfD mit dem Titel „Apotheken-Botendienste sichern und ausbauen, Versorgung verbessern“. Diesen können Sie nachlesen auf der Bundestagsdrucksache 20/2590. Die Fraktion der AfD stellt in ihrem Antrag fest, geht davon aus, dass durch die Apotheken-Botendienste kranke Menschen schnell mit wichtigen Arzneimitteln versorgt werden können, der Versandhandel von Medikamenten aber die Existenz von Apotheken bedrohe, so die niedergelegte Befürchtung. Dadurch sei die schnelle Versorgung kranker Menschen mit Arzneimitteln über den Apotheken-Botendienst gefährdet. Deshalb fordert die Fraktion der AfD in diesem Antrag, den wir heute anhören, dass eine Ärztin oder ein Arzt die Möglichkeit haben muss, Notfallbotendienste verordnen zu können, wenn ein Medikament sehr

schnell der Patientin oder dem Patienten zur Verfügung stehen muss. Die Honorierung der Lieferung soll dann pauschal in Abhängigkeit der Entfernung der Apotheke zur Patientin erfolgen. Über diesen Antrag werden wir heute beraten.

Jetzt einige Hinweise zum Ablauf: Insgesamt stehen für die Anhörung 60 Minuten zur Verfügung, diese beginnt, wenn wir mit der ersten Frage beginnen. In dieser Zeit werden die Fraktionen ihre Fragen abwechselnd in einer festen Reihenfolge an die Sachverständigen stellen. Es beginnt die antragstellende Fraktion, heute also die AfD-Fraktion. Die weitere Reihenfolge orientiert sich an der Stärke der Fraktionen und beruht auf einer ausschussinternen Vereinbarung. Es wird immer eine Frage an eine Sachverständige oder einen Sachverständigen gestellt. Frage und Antwort zusammen sind auf drei Minuten beschränkt. Wir messen hier die Zeit. Wenn Sie schauen möchten, wenn Sie antworten, wenn ich so mache [Geste], heißt das, es ist jetzt gleich zu Ende. Ich darf darum bitten, die einzelnen Wortbeiträge möglichst kurz zu halten, dann können sehr viele Fragen gestellt werden. Nach 60 Minuten schließe ich die Anhörung. Die aufgerufenen Sachverständigen bitte ich, jedes Mal wieder vor der Beantwortung der Frage ihren Namen und ihren Verband zu nennen. Es ist, wenn man mehrfach hintereinander adressiert wird, immer ein bisschen ungewohnt, aber wir bitten Sie darum, das zu machen. Das hat zwei Gründe. Einerseits erleichtert es die Protokollierung, wer hat was gesagt, das ist wichtig. Zum anderen müssen auch die Zuschauenden wissen, das wird später übertragen, wer gerade antwortet. Den Sachverständigen, die eine schriftliche Stellungnahme eingereicht haben, möchte ich an dieser Stelle besonders danken. Das Wortprotokoll der Anhörung wird auf der Internetseite des Ausschusses veröffentlicht. Des Weiteren bitte ich alle Anwesenden, ihre Mobiltelefone auszusuchen. Ein Klingeln kostet nach unserer internen Vereinbarung fünf Euro und wird für einen guten Zweck gespendet. Sie dürfen auch spenden, wenn Sie nicht klingeln. Zwischenrufe sind nicht gestattet. Es sind gar nicht so viele auf der Tribüne, auf die das zutreffen könnte. Jetzt beginnen wir mit der Anhörung und die erste Frage stellt die Fraktion der AfD.



Abg. **Thomas Dietz** (AfD): Meine erste Frage geht an die Einzelsachverständige Frau Hänel. Es gibt in vielen Regionen in Deutschland einen Ärztemangel. Manchmal übernimmt deshalb die einzig verbliebende Apotheke die Rolle des ersten Ansprechpartners in Gesundheitsfragen. Dafür gibt es unsere Vorschläge im Hinblick auf eine solide Finanzierung für die Apotheken und insbesondere der Solitär Apotheken. Gibt es noch weitere und andere Wege, die dafür gegangen werden müssen, und Defizite, die den Apotheken unter den Nägeln brennen?

ESVe **Daniela Hänel**: Die von Ihnen bezeichneten Solitär Apotheken übernehmen alle Aufgaben für eine persönliche Betreuung der Patienten, die vor Ort wichtig ist. Insbesondere die Versorgung mit Arzneimitteln, Hilfsmitteln, Medizinprodukten, Trinknahrung und speziellen Diätetika. Zusätzlich erfolgt die Versorgung von Pflegediensten, Pflegeheimen und Arztpraxen mit Sprechstundenbedarf. Es erfolgt die Substitution von ehemaligen Drogenabhängigen mit Ersatzpräparaten in Zusammenarbeit mit Arztpraxen. Der Nacht- und Notdienst wird durchgeführt, der in der Fläche öfter stattfindet als in Städten. Die pharmazeutischen Dienstleistungen und die Impfungen haben begonnen und können von den Apotheken dort durchgeführt werden. Diese Solitär Apotheken in der Fläche versorgen Menschen, die nicht konzentriert an einer Stelle oder einem Fleck wohnen, sondern in der Fläche verteilt sind. Die Apotheken sind sehr oft, wie auch die Apotheken in den Städten, die ersten Ansprechpartner bei gesundheitlichen Problemen für Mensch und für Tier. Der aktuelle Botendienst von 2,50 Euro netto darf nur für verschreibungspflichtige Arzneimittel zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen aufgrund einer ärztlichen Verordnung abgerechnet werden. Diese 2,50 Euro decken überhaupt nicht die Unkosten für die Entfernung zwischen Apotheke und Patient, für die Energie- und Kraftstoffkosten, für die vorliegenden Versicherungen und für die Kosten des zusätzlich vorzuhaltenden Personals. Ihr Vorschlag für die Apotheken vor Ort, die zu einer Entlastung der Apotheken führen soll, wird mit dem Botendienst alleine nicht ausreichen. Der Vorschlag mit den einzelnen Kilometern müsste dann so einfach werden, dass eine zusätzliche Dokumentation, eine weitere, nicht mehr händelbare Bürokratie, nicht vorkommt.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Meine Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband. Die Schaffung der Verordnungsfähigkeit von Notfallbotendiensten ist Bestandteil des Koalitionsvertrages. Die Bundesregierung bereitet derzeit eine umfassende Notfallreform vor. Halten Sie eine isolierte, vorgezogene Regelung für dringlich erforderlich oder sollte die Thematik im Zusammenhang mit der Notfallreform ganzheitlich geprüft werden?

SV **Dr. Michael Bäumlner-Sundmacher** (GKV-Spitzenverband): Das kann ich relativ kurz beantworten. Es macht aus unserer Sicht wenig Sinn, eine Sonderregelung für Apotheken zu treffen. Man sollte vielmehr danach schauen, wenn diese Gesamtnotfallversorgung neu konzipiert wird, dass auch die Apotheken passgenau in diesen Plan integriert werden.

Abg. **Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU): Unsere Frage richtet sich an die ABDA, an Frau Overwiening. Beschreiben Sie bitte die derzeitige Versorgungssituation durch Apotheken und Botendienste. Gibt es vor allen Dingen Unterschiede in der Versorgung zwischen Städten und dem ländlichen Bereich?

SVe **Gabriele Overwiening** (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V. (ABDA)): Wir haben hier natürlich eine Situation, die im Ländlichen sowie im Städtischen etwas unterschiedlich ist, aufgrund der unterschiedlichen Entfernung von Apotheken zu Apotheken und der unterschiedlichen Entfernungen von Apotheken zu den Patientinnen und Patienten. Wir haben in den letzten Jahren erhoben, dass die Apotheken im Durchschnitt etwa 222 Botendienste pro Monat in Deutschland vornehmen. Das sind weniger Botendienste im städtischen Bereich, das zeigt auch die Erhebung der BARMER, und mehr in ländlichen Bereichen. Die ländlichen Bereiche sind wieder etwas zu unterscheiden. Sie haben zum Beispiel Gebiete, die recht große Städte haben und dann ein großes Umland. Sie haben aber auch, wie ich es aus Westfalen kenne, eben sehr große flächige Gebiete, wo sie nur ganz kleine Mittelzentren haben. Also das muss man noch mal fein unterscheiden. Wichtig ist aber, dass die Menschen in der Versorgung über die Apotheken den Botendienst brauchen und ihn auch sehr gut angenommen haben. Wir haben das



sehr verantwortungsvoll getan als Apotheken. Wir haben das nicht, seit es bezuschusst wird, mit den 2,50 Euro, in einem überschwänglichen Maß gemacht, so wie viele zuvor befürchtet haben – wenn den Apotheken das gezahlt wird, dann wird wahrscheinlich da, wo gar keiner gebraucht wird, auch ein Botendienst gemacht. Dies ist nicht der Fall, sondern es wird sehr wohl dosiert und angesehen, wo braucht es jemand wirklich. Die Vergütung mit 2,50 Euro ist natürlich im ländlichen Bereich, wo sie zum Teil weite Strecken haben und 15 bis 20 Kilometer keine Seltenheit sind, eine deutliche stärkere Unterfinanzierung eines solchen Botendienstes als möglicherweise im städtischen Bereich, wo Sie vielleicht mit Fahrrad diese Strecke machen können. Auch dort ist es noch unterfinanziert, das muss man deutlich sagen, weil die Personalkosten dazukommen. Es ist nicht nur der Weg hin, sondern auch der Weg zurück zur Apotheke.

Abg. Dr. Paula Piechotta (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Unsere erste Frage richtet sich an Herrn Nikolaus Schmitt. Die Vergütung wurde Anfang April 2020 auf 2,50 Euro reduziert. Konnten Sie Auswirkungen auf die Inanspruchnahme der Apothekenbotendienste durch diese neue Vergütung nachweisen und was leiten Sie daraus ab? Und insbesondere noch mal die Frage: Frau Overwiening hatte gesagt, dass sich ländliche und städtische Regionen in der Inanspruchnahme deutlich unterscheiden. Aber wir haben auch regionale Spitzen, insbesondere Rheinland-Pfalz und Saarland. Wie lassen sich diese erklären und was leiten Sie daraus ab?

SV Nikolaus Schmitt (BARMER Institut für Gesundheitsforschung (bifg)): Die Vergütung ist tatsächlich zum Oktober 2020 halbiert worden, von fünf Euro netto auf 2,50 Euro netto. Das hat allerdings bei der Leistungserbringung, also bei den abgerechneten Botendiensten, keinerlei Effekt weder nach oben noch nach unten. Im Gegenteil, die Botendienstquote ist sogar leicht angestiegen, nachdem die Vergütung halbiert worden ist. Insofern würde ich es mal in BWL-Deutsch sagen: Die Preiselastizität geht gegen null. Die zweite Frage dagegen ist deutlich schwieriger zu beantworten, das ist nämlich die Warum-Frage. Warum ist etwas passiert? Also erst mal haben wir festgestellt, dass in den Bundesländern, wenn man es regional aufgliedert, gerade im Saarland und Rheinland-Pfalz eine

fast dreifach höhere Botendienstquote vorliegt als beispielsweise in Berlin. Das ist im Saarland aber verbunden mit den aller kürzesten Wegen der Botendienste. Was wir dazu noch untersucht haben, ist, ob es vielleicht daran liegt, dass mehr Apotheken jeweils liefern, dass der Quotient der Apotheken, die überhaupt Botendienste abrechnen, in den Ländern höher ist. Dies ist nicht der Fall. In allen Ländern ist der Quotient etwa 90 Prozent, also fast alle Apotheken rechnen schon seit dem ersten Monat 2020 Botendienste ab. Was die Länder mit den hohen Quoten unterscheidet, ist, dass die Apotheken, die dort liefern, sehr viel intensiver den Botendienst bedienen. Also im Saarland und in Rheinland-Pfalz haben wir zehn Prozent der Apotheken, die zwischen 20 und 50 Prozent ihrer abgegebenen Arzneimittel per Botendienst ausliefern. Das gibt es sonst in keinem anderen Bundesland. Beispielsweise liegt Bayern, was die Quote angeht, auf dem drittletzten Platz. Woran es auf jeden Fall auch nicht liegt, insofern muss ich meiner Vorrednerin etwas widersprechen: Die Regionalisierung nach Verdichtungsräumen zeigt keine signifikanten Unterschiede bei der Botendienstquote, also [es gilt] nicht, je ländlicher, umso mehr Botendienste. Das ist eher auf einem einheitlichen Niveau in den letzten 24-monatigen Inanspruchnahmen.

Abg. Lars Lindemann (FDP): Meine Frage richtet sich auch an das BARMER Institut, an Herrn Schmitt. In der eben angesprochenen Auswertung kommen Sie zu dem Ergebnis, dass man dem Gesetzgeber wohl ein Stück weit eine Zielverfehlung vorwerfen muss, so wie das jetzt konstruiert ist. Vor allem heben Sie darauf ab, dass die vulnerablen Gruppen, um die es dabei geht, gerade eben damit nicht erreicht werden. Welche Handlungsempfehlung würden Sie dem Gesetzgeber an dieser Stelle mitgeben?

SV Nikolaus Schmitt (BARMER Institut für Gesundheitsforschung (bifg)): In der Tat bezog sich unser Ergebnis, dass wir eine Zielverfehlung bei der gesetzlichen Intension feststellen müssen, darauf, dass möglichst viel Kontaktvermeidung bei vulnerablen Gruppen erreicht werden sollte. Es wird aber nur jedes 11. Medikament an Versicherte im Alter von 80 bis über 90 Jahre ausgeliefert. Das kann man jetzt als viel empfinden, wir fanden es nicht übermäßig viel, denn schließlich werden über



90 Prozent der Medikamente immer noch abgeholt. Wir wissen natürlich nicht, ob sie vom Versicherten selber abgeholt werden oder von Verwandten, vom Pflegedienst oder sonst was. Das kann sich aus unseren Daten nicht ergeben. Aber der unmittelbare Botendienst trägt zur Kontaktvermeidung nur bei jedem 11. Medikament etwas bei. Aber auch das ist nur eine Aussage auf empirischer Basis. Die zweite Zielverfehlung, die wir attestiert haben, war, wenn man insbesondere ländliche Apotheken wirtschaftlich stützen möchte, müsste man auch Leistungen erfinden, die vor allem im ländlichen Raum honoriert werden. Aber wir stellen fest, dass die Botendienstquote fast flächendeckend überall gleich ist und die Menge in Großstädten sogar höher.

Abg. **Thomas Dietz** (AfD): Meine nächste Frage geht noch einmal an Frau Hänel. Wie beurteilen Sie die Stellungnahme des BARMER Instituts für Gesundheitssystemforschung zu den Apothekendiensten? Warum wurde in dem ausgewerteten Zeitraum nicht mehr Botendienst zum Nutzen der Patienten abgerechnet?

ESVe **Daniela Hänel**: Zu Ihrer zweiten Frage an mich kann ich nur sagen, dass ich mir diese Untersuchung des BARMER Instituts für Gesundheitssystemforschung angeschaut habe und über verschiedene Zahlen gestolpert bin, unter anderem eben auch über die Anzahl der Apotheken. Man geht in der Studie hinten noch mal darauf ein, dass mehr Institutionenkennzeichen (IK) von Apotheken Botendienste abgerechnet haben, als es eigentlich Apotheken gibt. Dies ist für mich schon ein Widerspruch, weil jede Apotheke kann nur einmal Botendienst über einen IK abrechnen. Das Zweite ist, dass man insbesondere bei dieser vulnerablen Gruppe der über 80-Jährigen, um die es hier geht, bedenken muss, dass ich nur verschreibungspflichtige Arzneimittel abrechnen darf, wenn ich eine Verordnung habe. Diese über 80-Jährigen leben meistens entweder schon im Pflegeheim, sofern sie noch leben, oder selten alleine. Da kommt dann ein Pflegedienst. In diesem Zeitraum, das muss man auch beachten, waren die Leute durch diesen Lockdown und die Kontaktbeschränkungen weniger krank. Das sieht man auch an den Umsätzen der Pharmafirmen und der Apotheken. Alle Mittel, die

für eine Therapie der Symptome von COVID genutzt worden sind, waren damals apothekenpflichtige Arzneimittel, die man a) nicht zu Lasten der Krankenkasse abrechnen kann und b) auch nicht mit dem Botendienst bringen kann. Das heißt, wenn, dann war das eine Serviceleistung der Apotheke, die nirgendwo auftaucht, auch nicht in dieser Statistik.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Meine Frage geht an die ABDA. Sehr geehrte Frau Overwiening, die KBV schlägt in ihrer Stellungnahme vor, den Ärztinnen und Ärzten einen auf die Notfallversorgung und die Abgabemöglichkeit von akut benötigten Arzneimitteln, zum Beispiel Schmerzmitteln, ein beschränktes Dispensierrecht einzurichten. Sie sagt, das würde die Patientenversorgung verbessern. Was halten Sie von diesem Vorschlag? Könnte das auf der anderen Seite auch eine Verschlechterung der Versorgung bedeuten?

SVe **Gabriele Overwiening** (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V. (ABDA)): Wir können ganz deutlich feststellen, dass ein Dispensierrecht für Ärzte in überhaupt keiner jeweils ermittelten Studie, in keiner Erhebung, bei keiner Befragung von Patientenbeauftragung, irgendeinen Bedarf darstellt. Es gibt diesen Bedarf einfach nicht. Die Deutlichkeit muss man vielleicht noch mal herausarbeiten. Wenn man sich vorstellt, dass die Versorgung für Patienten über den ärztlichen Notdienst so erfolgt, dass der Patient zu dieser Notdienstpraxis fährt, dort bekommt er dann die entsprechende Verordnung und dann fährt er von dieser Notdienstpraxis wieder nach Hause. Er ist also mobil. Insofern besteht überhaupt keine Notwendigkeit. Wenn an dieser Stelle aus einer Notfallpraxis heraus dispensiert würde, dann frage ich mich ..., dann hätte es echte Nachteile, weil die Apotheke, die Notdienst hat, möglicherweise geringer frequentiert würde, obwohl sie den Notdienst vorhält. Wenn der Arzt, der zum Patienten fährt, einen Hausbesuch macht, dann kann der Arzt, wenn es wirklich drängend und dringend ist, eine Anwendung eines Arzneimittels vornehmen, zum Beispiel ein Schmerzmittel spritzen. Aber wenn darüber hinaus eine Abgabe eines Arzneimittels nötig wäre, dann kann er das Arzneimittel verordnen. Denn welches wollte er denn mitnehmen? In unseren Apothekenlager liegen zwischen 8 000 und 20 000



Präparaten. Wie viele davon will er denn in seinem Koffer dabei haben, um dann eine entsprechende Auswahl zu treffen? Da müsste er vorher schon wissen, was er dort abgeben möchte. Was wäre mit der Lagerung von Kühlartikeln, was ist mit Secur-Pharm, also der Fälschungssicherheit? Woher bezieht der Arzt dann überhaupt seine Arzneimittel? An der Stelle sehe ich ein großes Risiko. Oder sind es gerade Arztmuster, die abgegeben werden, weil die gerade da sind? Aber sie sind gerade nicht das, was für den Fall vielleicht das beste Arzneimittel wäre. An der Stelle kann ich noch einmal sagen, bei 2,7 ärztlichen Verordnungen im Notdienst im Durchschnitt pro Apotheke ist kein Bedarf.

Abg. **Dirk Heidenblut** (SPD): Ich kann mich sozusagen an die Frage anschließen und komme zu dem Antrag zurück. Ich richte meine Frage auch an die ABDA. Frau Overwiening, es wäre nett, wenn Sie mir die Frage beantworten würden, ob aus Ihrer Sicht eine ärztliche Verordnung, wie sie im Antrag vorgesehen ist, speziell von Notfallbotendiensten sinnvoll ist. Ich wäre dankbar, wenn Sie auf die Frage Vorhaltekosten und personelle Ressourcen in den Apotheken eingehen würden.

Sve **Gabriele Overwiening** (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V. (ABDA)): Diese vorgelegten Überlegungen in diesem Antrag, honorierte ärztliche Verordnung eines Notdienstes aus den Apotheken heraus, halten wir als Apothekerinnen und Apotheker für überhaupt nicht zielführend. Wenn ein ärztlich verordneter Botendienst möglich wäre, so wie ich den Antrag verstanden habe, ist es nur für den Notdienst gedacht, also nicht für den regulären Dienst der Apotheke, wenn sie den Boten schickt, würde das bedeuten, dass ich in einem Notdienst permanent ein Fahrzeug und Personal vorhalten muss. Ich kann meine Apotheke nicht verlassen, wenn ich einen verordneten Botendienst bekomme, würde aber, das wäre die Konsequenz, einen Kontrahierungszwang haben, wenn es eine ärztliche Verordnung gäbe. Ich könnte dann meine Apotheke nicht verlassen, weil ich Notdienst habe, könnte aber auch den Botendienst nicht ausführen, weil ich kein Personal vorhalten kann. Dies wäre eine überbordende Belastung. Ich weiß nicht, ob tatsächlich die gesetzliche Krankenversicherung dazu bereit wäre oder der Gesetzgeber dazu bereit ist, diese Vorhaltekosten zu

finanzieren, für das erforderliche Personal. Zudem muss man auch sagen, dass die Häufigkeit, die wir hier erwarten dürfen, vermutlich so gering ist, dass auch grundsätzlich gar keine Verhältnismäßigkeit besteht. Also die Idee, dass man die einzelnen Kilometer irgendwie zur Grundlage macht, ist völlig an der Zielsetzung vorbei, gegebenenfalls Apotheken stärken zu wollen durch so etwas. Dies ist genau das Gegenteil. Denn 7,50 Euro als Kilometerpauschale helfen nicht, wenn ich für meine letzten fünf Notdienste eine Kollegin und ein Auto vorrätig gehalten habe, was nicht gebraucht wurde, um das irgendwie auszugleichen. Wir lehnen das wirklich von unserer Seite her ab.

Abg. **Erwin Rüdgel** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den GKV-Spitzenverband. Der Antrag sieht vor, dass eine Verordnungsfähigkeit für Notfallbotendienste in der ambulanten Versorgung geschaffen wird. Wie bewerten Sie die Notwendigkeit einer ärztlichen Verordnung?

SV **Dr. Michael Bäumler-Sundmacher** (GKV-Spitzenverband): Fangen wir mal so an: Das Problem, was wir mit dem jetzigen Botendienst haben, ist, dass es allein im Ermessen der Apotheke steht, wann eine Belieferung im Rahmen des Botendienstes erfolgt. Wir hatten schon über die BARMER Untersuchung gehört, dass das eventuell nicht ganz zielführend ist. Wir hätten gerne einen objektiven Maßstab, wo dann festgestellt wird, es ist tatsächlich ein Botendienst unbedingt erforderlich zur Versorgung dieser Person. Dann kann dieser guten Gewissens finanziell zu Lasten der Solidargemeinschaft erbracht werden. Da erscheint es uns einfach wichtig, dass es einen objektivierbaren Maßstab gibt, wann das tatsächlich der Fall ist. Es muss jetzt nicht unbedingt die ärztliche Verordnung sein. Man müsste wahrscheinlich noch einmal tiefergehend darüber nachdenken, was es alles sein kann. Es gibt auch andere Kriterien, beispielsweise der Schwerbehindertenausweis mit einer außergewöhnlichen Gehbehinderung o. ä. Aber es muss auf jeden Fall objektivierbar sein, wann ein Botendienst erbracht werden kann.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage richtet sich auch an Frau Overwiening von der ABDA. Im Anschluss an die



Diskussion zur Notfallversorgung und Verschreibungsmöglichkeit der Apothekenbotendienste möchte ich fragen, wie die ABDA vor diesem Hintergrund den Vorschlag einer gesetzlichen Regelung, mit der kleine Medikamentenmengen, zum Beispiel N1 Packungsgrößen, auch durch Krankenhausnotaufnahmen über die Krankenhausapotheke, zum Beispiel im Rahmen einer Generaldelegation der Krankenhausapotheken, abgegeben, und entsprechend kostendeckend abgegeben werden könnten, bewertet.

Sve Gabriele Overwiening (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V. (ABDA)): Es gibt ein Entlassmanagement, was wir sehr diffizil ausgearbeitet haben. Jemand, der aus dem Krankenhaus oder aus der Krankenhausambulanz kommt, kann ein Rezept bekommen, sodass er von der Notdienst habenden Apotheke oder jeder anderen Apotheke, wenn es außerhalb der Notdienste ist, ein Medikament bekommt. Da wäre eher anzuregen, dass wir, statt einer Abgabe aus der Krankenhausapotheke, die auch nicht immer diese Packungsgrößen da hat, das stellt man sich etwas anders vor, die Krankenhausapotheken sind zum Teil ganz anders ausgestattet, was die Packungsgrößen, was auch die Art der Arzneimittel betrifft, das Entlassmanagement von den Krankenhäusern besser umsetzen würden. Leider sind es viele Krankenhäuser, die das Entlassmanagement so noch nicht realisiert haben. Das wäre hilfreich.

Abg. Lars Lindemann (FDP): Ich würde gerne noch mal an Herrn Schmitt vom BARMER Institut eine Frage richten. Unabhängig davon, ob wir jetzt alle miteinander gemeinsam einen objektiven Grund finden, dass auch validierbar ist, dass jetzt jemand beliefert werden muss, stellt sich aber dennoch die Frage, das ist am Ende Ihrer Antwort so ein bisschen angeklungen, dass die richtigen ökonomischen Instrumente gewählt werden müssen. Wir haben auch an anderen Stellen das Problem, dass Vorhaltung nicht so sehr bezahlt wird, sondern eben nur Menge. Wenn wir es nur über die Menge machen, dann hängen bestimmte ökonomische Probleme wieder dran. Würden Sie uns noch einmal ein, zwei Dinge dazu sagen, wie Sie sich vorstellen können, wie man das Problem löst?

SV Nikolaus Schmitt (BARMER Institut für Gesundheitsforschung (bifg)): Ja, in der Tat driftet letztendlich eine mengenbezogene Vergütung mit einem strukturbezogenen Ziel immer auseinander. Das hat gar nichts mit Apotheken zu tun, das ist in Krankenhäusern auch so. Wenn man eine bestimmte Struktur haben möchte, wie beispielsweise ländliche Apotheken stützen, dann ist eine mengenabhängige Vergütung natürlich dort besonders wirksam, wo besonders viel Menge gemacht wird. Damit muss aus unserer Sicht zur Zielgenauigkeit bestimmt werden, welches Ziel mit welcher Vergütung man überhaupt verfolgt. Die Eierlegende Wollmilchsau, die haben wir alle noch nicht erfunden und die gibt es auch im Vergütungssystem nicht. Wenn man Struktur fördern möchte, dann muss man sie gezielt fördern und nicht eins für alle, dies funktioniert in der Regel nicht.

Abg. Thomas Dietz (AfD): Meine nächste Frage geht an den GKV-Spitzenverband, Herrn Dr. Bäumlere-Sundmacher. Kürzlich warb sogar der Bundesgesundheitsminister für einen Botendienst, nämlich für den Botendienst der Hausärzte für das Corona-Medikament Paxlovid. Wenn das in diesem Fall so gut funktionieren soll, wäre dann nicht der Botendienst durch Ärzte auch für alle anderen Arzneimittel ein Instrument, das den Botendienst bedingt und damit unseren Antrag obsolet machen würde.

SV Dr. Michael Bäumlere-Sundmacher (GKV-Spitzenverband): Ja, der Gedanke ist jetzt ein bisschen über den Antrag hinaus. Tatsächlich muss man sagen, ich glaube nicht, dass die Kernkompetenz von Ärzten ein Botendienst ist. Wir haben per se erst mal verschiedene Berufe in unserem Gesundheitswesen, die wir so nutzen sollten, wie sie am effizientesten genutzt werden können. Deswegen sehe ich keinen Zusammenhang zwischen einer ärztlichen Berufung und dem Botendienst von Apotheken und tatsächlich auch nicht im Zusammenhang mit diesem Antrag. Wenn wir uns auf die Notfallstrukturen konzentrieren, würde ich noch einmal auf die allererste Frage verweisen, die mir gestellt wurde. Man sollte insgesamt, die Notfallversorgung als Gesamtpaket denken und nicht einzelne Stücke ausgreifen.



Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Meine Frage richtet sich an Frau Overwiening von der ABDA. Wenn Herstellerrabatte nicht bezahlt werden, werden Apotheken mit den ausstehenden Zahlungen, also den fälligen Herstellerrabatten belastet. Was hat das für Konsequenzen beziehungsweise wie groß ist das Inkassorisiko für Apotheken?

Sve **Gabriele Overwiening** (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V. (ABDA)): Durch das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz ist der Herstellerrabatt von sieben auf zwölf Prozent erhöht worden. Solange es diesen Herstellerrabatt gibt, haben die Apotheken das Inkasso für diesen Herstellerrabatt. Wir bezahlen den Krankenkassen diesen Rabatt und holen uns im Nachhinein das Geld wieder bei den Herstellern. Für dieses Inkasso gibt es natürlich insofern ein Risiko, dass, wenn wir Insolvenzen auf der Seite der Hersteller haben, die Apotheke in der Rangliste der Insolvenzverwaltung sehr weit unten rangiert und im Normalfall von dem Geld nichts mehr da ist, wenn wir an der Reihe sind. Wir haben jüngst eine Insolvenz eines Unternehmens erlebt. Das bedeutet für die Apotheken, dass sie diesen Herstellerrabatt letztendlich bezahlt haben und ihn auch finanzieren müssen.

Abg. **Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband. Welche Erfahrungen werden aus Ihrer Sicht von den Versicherten zum Thema Botendienst geschildert. Welche Probleme und gegebenenfalls welcher Handlungsbedarf bestehen?

SV **Dr. Michael Bäumler-Sundmacher** (GKV-Spitzenverband): Tatsächlich muss ich bei der Frage passen. Wir haben jetzt keinen direkten Kontakt zu den Versicherten und können leider auch keine Antwort darauf geben, da wir einfach keine Erfahrung haben.

Sve **Gabriele Overwiening** (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V. (ABDA)): Die Patientinnen und Patienten sind durchweg sehr zufrieden mit dem Botendienst, den die Apotheken anbieten. Häufig wird sogar gesagt: „Ich will Ihnen jetzt nicht die Last machen, ich frage noch mal meinen Nachbarn.“ Auch so etwas gibt es. Es ist ja nicht so, dass diese Menschen uns nicht bekannt

sind, die bei uns in der Apotheke auflaufen. Wir kennen diese Menschen, wir wissen auch, und deswegen sind diese Erhebungen der BARMER ein kleines bisschen irreführend, ob vielleicht die Tochter noch im Haus wohnt, die gut fahren kann. Dann wird man es eben verantwortungsbewusster Weise nicht so leicht anbieten. Wenn man weiß, es ist nicht so, dann bietet man es wesentlich eher an. Die Menschen kennen das auch von uns und fragen auch oft nach: Um welche Uhrzeit kommen Sie? Wir können in der Regel die Uhrzeiten gut vorher-sagen. Es gibt mittlerweile auch Tools, die die Apotheken nutzen, damit der Verlauf des Botendienstes gut beobachtet werden kann. Also da sind wir schon sehr modern aufgestellt. Wir haben natürlich diese Bezuschussung auch dazu genutzt, um uns hier noch weiter zu professionalisieren als Apothekerinnen und Apotheker. Ich glaube, wenn man das noch mal sagen darf, die Erwartung auf der einen Seite, macht bis zu 20 Prozent der Botendienste. In der Realität sind es etwa sieben bis acht Prozent der Arzneimittel, die per Botendienst gebracht werden. Da muss man sich vielleicht noch mal fragen, die Versicherten sind damit zufrieden. Aber diejenigen, die als Sprecher für die Versicherten da sind, GKV oder auch BARMER, sagen, sie hätten doch hier große Sorge, dass Apotheken das nicht objektiv machen und nicht verantwortungsbewusst machen. Was denn jetzt? Sollen wir mehr machen oder sollen wir weniger machen? Die Patienten sind damit zufrieden.

Abg. **Dirk Heidenblut** (SPD): Meine Frage geht auch an die ABDA und Frau Overwiening. Der Antrag richtet sich durchaus darauf zu klären, inwieweit die Versorgung verbessert werden kann und inwieweit das Apothekensterben verhindert oder unterbunden werden kann. Es war ja schon relativ deutlich, dass die Botendienste sich so wohlmöglich nicht retten können. Ich würde gerne danach fragen: Wenn eine Dosierangabe fehlt oder andere Angaben fehlen, können Apotheken zurzeit mit einer sogenannten Nullretaxation, also dass sie überhaupt keine Erstattung bekommen, rechnen. Können Sie etwas zu diesen Belastungen sagen und ob die verwaltbar wären?



Sve **Gabriele Overwiening** (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V. (ABDA)): Die Arzneimittelverschreibungsverordnung ist die Verordnung, die regelt, was der Arzt auf das Rezept schreiben muss, damit diese Verordnung von der Apotheke beliefert oder versorgt werden darf. Wenn darauf jetzt Dinge fehlen, wie zum Beispiel ein d.j., was so viel heißt, wie die Dosierung ist bekannt. Wenn das der Arzt nicht vermerkt hat, müsste ich nachfragen, ob die Dosierung bekannt ist, müsste dann zur Arztpraxis fahren und müsste das nachtragen lassen. Das ist übrigens auch so etwas wie ein Botendienst, die Korrektur von solchen Rezepten. Wenn ich das d.j. übersehe, das hat immer versorgungsqualitativ keine weiteren Auswirkungen, ist es ein formaler Fehler und die Krankenkasse hat dann das Recht, das ist auch vom Bundessozialgericht bestätigt worden, dieses belieferte Rezept für mich auf null zu retaxieren. Das bedeutet nicht nur meine Dienstleistung, die ich vielleicht im Auge des Versicherers nicht richtig erfüllt habe, würde abgezogen, sondern auch der Warenwert wird abgezogen. Das heißt, mein gesamter Einkauf, wenn ich ein Präparat für 600 Euro oder 2 000 Euro gekauft habe, würde auf null retaxiert werden. Man würde mir das Geld wieder wegnehmen. Diese Nullretaxation ist für die Apotheken ein ganz großes Wagnis. Wir wissen überhaupt nicht, ob man irgendwo einen kleinen Fehler gemacht hat. Diese Unverhältnismäßigkeit ist eine Bedrohung für die Apotheken. Vor allem, wenn Sie sich sehr teure Medikamente vorstellen, die vielleicht bei 20 000 Euro liegen, wäre das durchaus mit einer Insolvenz für eine solche Apotheke einhergehend.

Abg. **Erwin Rüdell** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an Frau Overwiening. In welcher Konkurrenzsituation beziehungsweise in welchem Verhältnis stehen die Botendienste zum Versandhandel mit Medikamenten?

Sve **Gabriele Overwiening** (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V. (ABDA)): Die Möglichkeit, dass wir Botendienste in der Fläche regulär aus der Apotheke tätigen dürfen, ist ein wichtiger Schritt in die Richtung, dass wir in der Fläche eine bis zur Haustür oder bis ans Krankentbett gehende Versorgung leisten können. Das ist etwas, womit der Versandhandel durchaus auch

wirbt: „Wir bringen es dir nach Hause.“ Bis zur Änderung der Apothekenbetriebsordnung vor wenigen Jahren durften wir das in einer Regelversorgung so nicht machen, sondern durften es nur in ganz bestimmten Ausnahmen machen. Dass das jetzt eine Regel ist, ist ein guter und ein in die richtige Richtung gehender Schritt, um dem Versandhandel in der Fläche ein gewisses Paroli zu bieten.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage richtet sich an Herrn Dr. Bäumler-Sundmacher vom GKV-Spitzenverband. Wir haben aus den Untersuchungen von Herrn Schmitt vom Institut für Gesundheitssystemforschung gesehen, dass es regional sehr starke Unterschiede gibt, die, wenn ich es richtig verstanden habe, nicht so ganz zu erklären sind. Wie bewertet der Spitzenverband vor diesen Hintergrund die potenzielle Stärkung von Apothekenbotendiensten, auch gerade hinsichtlich der sinkenden Zahl von Apotheken in bestimmten Regionen und ländlichen Räumen? Was wären die Vorschläge des GKV-Spitzenverbandes, um eine bedarfsgerechte Arzneimittelversorgung in Zukunft sicher zu stellen?

SV **Dr. Michael Bäumler-Sundmacher** (GKV-Spitzenverband): Ich schließe mich dem Kollegen von der BARMER ein bisschen an. Die Botendienste werden es wahrscheinlich nicht sein, die die Apotheken, die wirtschaftlich nicht gut dastehen, retten können. Wir als GKV-Spitzenverband haben prinzipiell einen anderen Ansatz, die Zukunft der Arzneimittelversorgung zu gestalten. Vom Prinzip her ist es wahrscheinlich so, dass die ländlichen Apotheken und die Solitärapotheken, wie sie jetzt genannt worden sind, die Apotheken sind, bei denen der Handlungsbedarf wahrscheinlich akuter als in dicht besiedelten Regionen, wo ich eine relativ hohe Apothekendichte habe. Unser Ansatz wäre eigentlich eher die Möglichkeit, neue Versorgungsformen schaffen zu können. Frau Overwiening hat gerade aufgeführt, der Botendienst ist eigentlich etwas Neues, jetzt unabhängig von einer Vergütung durch die GKV. Prinzipiell ist es ein guter Ansatz, neue Versorgungsformen zuzulassen. Dazu zählen Abgabeautomaten in kleineren Orten. Wir haben im Bereich der ärztlichen Versorgung viel Telemedizin. Auch das könnte man sich analog als Telepharmazie durch Apotheken vorstellen. Mobile



Apotheken, die dann an bestimmten Tagen an bestimmten Orten sind, andere Öffnungszeiten und so weiter. Da gibt es relativ viel Fantasie, wie sich das Ganze weiterentwickeln kann. Andererseits haben wir bei den Vorgaben, was Apotheken haben müssen, ein großes Stichwort ist immer das Labor, relativ strenge Anforderungen an die Ausstattung, die mit entsprechenden Fixkosten einhergehen. Aber in den Regionen, wo ich eher wenig Kundenkontakt habe, werden diese Einrichtungen auch selten genutzt, um betriebswirtschaftlich sinnvoll zu sein. Hier würden wir vorschlagen, dass andere Vorgaben gemacht werden können, dass Labore oder Rezepturbereiche zwischen Apotheken geteilt werden, dass sie das gemeinsam nutzen. Das sehen wir zum Beispiel bei der parenteralen Herstellung, wo wir nur 300 Apotheken haben, die aber theoretisch alle Apotheken mit diesen Produkten versorgen können. Es ist unser Ansatz, dass man generell an die Regulierung ran geht und sich dann sinnvollerweise überlegt, wie man das Ganze weiterentwickeln kann, damit die Arzneimittelversorgung in der Fläche gesichert ist.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Meine Frage geht an Frau Overwiening. Ich möchte den Ball, den wir gerade zugespült bekommen haben, auch gerne einsetzen. Also Abgabeautomaten, Telepharmazie und andere Öffnungszeiten ... Wir kommen beide aus dem ländlichen Raum und ehrlich gesagt, ich kann mir das nicht gut vorstellen, wie man ein Arzneimittel via Telepharmazie abgeben sollte. Andere Öffnungszeiten kriegen wir gerade schon. Dank GKV-Finanzstabilisierungsgesetz müssen Apothekerinnen ihre ländlichen, kleinen Apotheken früher schließen oder tageweise dichtmachen. Vielleicht können Sie das noch mal aus Ihrer Sicht kommentieren?

Sve **Gabriele Overwiening** (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V. (ABDA)): Bei der Kreativität, wie die Arzneimittelversorgung in der Zukunft aussehen kann, sind wirklich allen die Türen und die Tore geöffnet. Ich möchte deutlich machen, durch solche Ideen wie Abgabeautomaten oder Ähnlichem, machen Sie mit einer qualitativ schlechteren Versorgung den heute bestehenden, noch in der Fläche bestehenden Apotheken Konkurrenz. Wir wollen sie retten, schaffen aber eine irgendwie geartete Konkurrenz. Die vielen, die

5 000 Liter Desinfektionsmittel, die wir in der Pandemie herstellen sollten, und zwar flächendeckend, haben wir dank unserer Labore und dank unserer Rezepturen herstellen können. Wir machen jedes Jahr 15 Millionen, flächendeckend, Individualrezepturen. An der Stelle geht es ausschließlich darum, die heute bestehenden Apotheken weiterzuentwickeln, ihnen zu helfen, dass sie dort auch bleiben. Da muss vielleicht die Idee, dieses Junktim weg, dass da, wo ein Arzt weg ist, geht zwingend auch die Apotheke weg. Ich würde Sie gerne einladen, darüber nachzudenken, wie kann man zum Beispiel Telepharmazie oder Telemedizin einbinden, damit wir digital als Apotheke vor Ort bestehen bleiben, für die Patienten gut erreichbar sind und der Arzt ist möglicherweise weit weg und ich bin digital zu dem Arzt zugeschaltet. So kann ich die Arztpraxis in der Ferne von 20 bis 30 Kilometern auch stabilisieren, weil sie diese Patienten, die bei mir in der Apotheke auflaufen, noch versorgt. Die Kreativität ist bei uns sehr groß. Der Botendienst müsste an der Stelle auf jeden Fall eine große Rolle spielen dürfen und müsste eine entsprechend höhere Vergütung mit sich bringen, damit er von den Apotheken auch geleistet werden kann. Diese Vergütung dann aber pauschal und nicht mit weiteren bürokratischen Hürden.

Abg. **Lars Lindemann** (FDP): Ich würde gerne Frau Overwiening fragen von der ABDA. Kurz vorab: Der Versandhandel, den Sie ein bisschen eingebracht haben, macht das de facto alles kostenlos, aber das nur by the way. Ich habe vorhin von Herrn Schmitt die Antwort bekommen, dass er andere Notwendigkeiten sieht, die Dinge zu finanzieren. Ich würde Sie auch noch einmal bitten: Wenn wir miteinander unterstellen, dass Botendienste gewollt sind, aber wir die Botendienste und deren Finanzierung nicht benutzen wollen, um schon prekäre Strukturen wieder auf ein Niveau zu bringen, das wir als nicht prekär bezeichnen würden, wie würden Sie dann eine Finanzierung aus Ihrer Sicht gestalten?

Sve **Gabriele Overwiening** (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V. (ABDA)): Der Versand macht es kostenlos, darauf möchte ich gerne eingehen, weil Sie es in Ihre Frage eingebunden haben, wenn ich das darf. Er hat eine ganz andere Kostenstruktur. Sie sehen hier gerade einen



einzelnen Kostenfaktor, aber die vorrätige Haltung der Arzneimittel für über eine Woche, die entsprechende Gemeinwohlpflicht, die wir übernehmen: zum Beispiel den Notdienst macht auch kein Versandhandel. Das wissen Sie alles. Ich glaube, diesen Vergleich dürfen wir nicht zulassen. Im Gegenteil, wir müssen sagen, damit in der Fläche versorgt wird, braucht die Apotheke die Möglichkeit des Botendienstes und sie braucht den Zuschuss für diesen Botendienst, damit sie diesen leisten kann. Eine Bezuschussung von einer Höhe von, ich will mal sagen, wenn wir die 2,50 Euro nehmen, die sind damals halbiert worden. Wir sind ja bei fünf Euro gestartet und die fünf Euro waren schon unterfinanziert. Das ist dann auf 2,50 Euro gegangen. Das erklärt auch, warum es nicht weniger geworden ist, als auf 2,50 Euro reduziert worden ist, weil die Apotheken es gewohnt sind, dass sie eben nur einen Zuschuss bekommen, dass sie unterfinanziert sind. In Verantwortung für die Patienten haben wir trotzdem diese Botendienste geleistet, auch als sie nur noch 2,50 Euro kosteten. Wenn Sie die heute hochrechnen, sind Sie nur im Hinblick auf Energiekosten und Inflation heute schon bei 3,70 Euro. Aber da er unterfinanziert ist, bräuchten wir mindestens sechs Euro für den Botendienst. Das wäre das, was zwingend nötig ist, damit es eine Stabilisierung ist, damit wären unsere Kosten im Durchschnitt gedeckt. Es wäre kein Gewinn.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Es ist wunderbar, dass wir diese Anhörung zu einem schwachen Antrag zu einem echten Fachaustausch nutzen. Von daher möchte ich mich auch noch mal an Frau Overwiening von der ABDA wenden. Das Präqualifizierungsverfahren soll unter anderem zu einer verbesserten Qualität und für Sicherheit in der Hilfsmittelversorgung führen. Der Prozess umfasst für Apotheken einen großen bürokratischen Aufwand. Wäre der Aufwand aus Ihrer Sicht vermeidbar?

Sve **Gabriele Overwiening** (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V. (ABDA)): Die Präqualifizierung ist historisch zu verstehen, weil es andere Anbieter im Gesundheitsmarkt gibt, die keine entsprechenden qualitativen Absicherungen haben, wie das die Apotheke hat. Die Apotheke hat eine sogenannte Betriebserlaubnis, die staatlich erteilt wird und die sich an Raum und Person bindet. Ohne diese Betriebserlaubnis dürfte ich gar keine

Apotheke betreiben. Diese Betriebe, also diese Räume, die Menschen und die Dokumentationen, werden regelmäßig von staatlicher Stelle, sprich von Amtsapotheken oder Pharmazieräten, die wieder den Kreisen unterstellt sind, geprüft. Das heißt, wir sind in einem permanenten Qualitätsprüfprozess. Jetzt hat die Krankenkasse das, was sie für andere Anbieter für notwendig erachtet hat, nämlich ein Präqualifizierungsverfahren, einfach auch auf uns übergestülpt. Damit wird bei uns alles mehrfach, vierfach, fünffach getestet und überprüft. Ich darf also durchaus spritzen, ich darf eine Grippe-spritze geben, aber ich darf ohne Präqualifizierung keine Nadel abgeben. Ich darf also hoch wirksame Arzneimittel abgeben, starke Schmerzmittel, aber ich darf nicht die Spritze abgeben, mit der dann diese starken Schmerzmittel appliziert werden. Es ist ein Anachronismus und man kann es schwer aushalten, dass Apotheken diese unsinnige Bürokratie aufgebürdet wird. Denn, wie gesagt, wir leisten diese ganzen Qualifizierungsmaßnahmen schon durchweg und konsequent.

Abg. **Erwin Rüdell** (CDU/CSU): Wieder an Frau Overwiening. Ich habe eine Frage zu der Rolle, die die Apotheken bei der Notfallversorgung spielen. Also die Rolle zwischen Botendiensten und Notfallversorgung. Wie sehen Sie die Rolle der Apotheken?

Sve **Gabriele Overwiening** (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V. (ABDA)): Die Botendienste im Notdienst kommen heute so gut wie niemals vor. Die Anzahl an ärztlichen Verordnungen aus dem Notdienst liegt pro Apotheke vielleicht bei 2,7 bis 3 verordneten Arzneimittel oder Rezepte pro Apotheke pro Notdienst. Daran sehen sie schon, wie wenig das ist. Jetzt ist es in der Woche natürlich etwas weniger. Hier kann man sagen, es gibt Apotheken, die haben auch nur eine Verordnung, weil es nur in der Nacht ist.

Da sind über Tag alle da, da bezieht sich das nur auf die Zeit nach 20 Uhr. Am Wochenende sind es dann etwas mehr. Es sind von der Zahl her vielleicht drei, fünf oder sieben Verordnungen. Sie haben nie jemanden dabei, der sagt, ich kann das Arzneimittel jetzt nicht bekommen. Wir haben in Baden-Württemberg ein Modell gestartet und gesagt,



jeder, der das möchte im Notdienst, dem schicken wir das. Wir haben mit einem Taxiunternehmen einen Vertrag geschlossen, sodass wir das Taxiunternehmen in der Nacht hätten schicken können. Dies ist nicht ein einziges Mal in Anspruch genommen worden. Ich glaube, dass wir hier an vielen Stellen von einem Problem reden, das eigentlich nicht besteht. Ich löse unheimlich gerne Probleme, aber die, die nicht existent sind, nicht so gerne.

Abg. **Thomas Dietz** (AfD): Ich denke, es war sehr wichtig, dass die AfD diese öffentliche Anhörung und diesen Antrag auf den Weg gebracht hat, damit wir zum Nutzen aller Beteiligten vorankommen in der Gesundheitspolitik. Meine Frage geht an Frau Hänel. Bisher wird nur die Lieferung verschreibungspflichtiger Arzneimittel über den Botendienst vergütet. Finden Sie das eine sinnvolle Regelung? Schließlich sagt die Verschreibungspflicht oder Apothekenpflicht eher wenig über die Notwendigkeit einer schnellen Anwendung im Einzelfall aus. Aber auch ein nicht verschreibungspflichtiges, nur apothekenpflichtiges, Arzneimittel kann von den Patienten im Einzelfall genauso sinnvoll und schnell erforderlich sein, zum Beispiel Ibuprofen. Wie sehen Sie das?

ESVe **Daniela Hänel**: Ja, ich gebe Ihnen Recht. Aktuell darf der Botendienst nur für verschreibungspflichtige Arzneimittel abgerechnet werden, zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen. Was nicht möglich ist, sind erstens apothekenpflichtige Arzneimittel. Ich spreche jetzt mal an die Problematik mit Schmerz- und Fiebersäften für Kinder. Wenn Sie eine alleinerziehende Mutter zuhause haben, mit einem fiebernden Kind, dann ist die Mutter nicht in der Lage, den Saft abzuholen, sondern es wird angefragt und die Apotheke liefert das und kann dafür kein Entgelt abrechnen. Des Weiteren, wenn Sie Patienten haben, die aus dem Krankenhaus frisch operiert entlassen worden sind, können Sie ihnen keine Verbandstoffe also Wundpflege, Wundmanagement kann nicht abgerechnet werden. Sie können keine Trinknahrung abrechnen. Sie können selbst die neuen pharmazeutischen Dienstleistungen, die für onkologische Patienten zuhause durchgeführt werden sollten, nicht abrechnen. Also Sie haben nur einen Bruchteil von Medikamenten oder Arzneimitteln, die Sie abrechnen dürfen. Sie müssen auch eines sehen, dass diese Patienten zum

Teil eine Dauermedikation haben und die Apotheken sind auch gut bestückt und können sofort helfen. Das sieht man ja anhand der Studie, dass nur jedes elfte Arzneimittel geliefert worden ist. Jedes elfte Arzneimittel, das verschreibungspflichtig ist. Daran erkennt man nicht, wie viele apothekenpflichtige abgegeben worden sind, wie viele Bestellungen haben wir online gekriegt über unsere Bestell-Apps. Also auch Vorbestellung ist möglich. Die Patienten können uns anrufen, die Patienten können per Fax bestellen. All das geht nicht mit ein in das, was wir zusätzlich als Service leisten. Hier besteht wirklich Handlungsbedarf, weil einer alleinerziehenden Mutter, einem Behinderten, einem, der immobil ist, wie zum Beispiel Patienten, die aufgrund von Erkrankungen nur mit einem Rollator raus gehen können oder gar nicht, kann dann nicht so geholfen werden. Ich selbst habe eine Apotheke an der Stadtrandlage und wir versorgen umliegende Gemeinden und Dörfer. Die Infrastruktur ist teilweise so bescheiden, dass es in manchen Regionen nur noch eine Bushaltestelle und, wenn man glücklich ist, noch eine Feuerwehr gibt. Aber es gibt keinen Arzt. Und die Apotheke ... Wir leisten vor Ort die Versorgung mit allem, was wir über die Apotheke anbieten.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage geht noch einmal an Herrn Schmitt vom Institut für Gesundheitssystemforschung. Sie haben jetzt einiges gehört, was hier gesagt wurde. Ich gehe davon aus, dass Sie im Rahmen Ihrer Untersuchung eine ganze Reihe von Problemen gesehen haben, die Sie untersucht haben, die Aussagen haben wir ja gehört. Wir haben jetzt eine demographische Situation, die alle Berufsgruppen betreffen wird. Deswegen die Frage der strukturellen Veränderungen, die gebraucht werden, die Frage von Kooperationen in diesem Fall zwischen Ärzteschaft und Apotheken und die Frage, wie vor Ort Versorgung überhaupt sichergestellt werden kann. Was würden Sie empfehlen, wie man bedarfsgerecht die Arzneimittelversorgung in Zukunft sicherstellen kann?

SV **Nikolaus Schmitt** (BARMER Institut für Gesundheitsforschung (bifg)): Erstens vermisse ich heute das Stichwort elektronisches Rezept. Das elektronische Rezept wird den gesamten Prozess von Verordnungen und Auswahl der Apotheke bis



zur Frage, ist das Arzneimittel überhaupt verfügbar, auf eine völlig neue Basis stellen können, wenn dieses elektronische Rezept als Vehikel dafür benutzt wird, um die Kommunikation zur Hilfe des Patienten, zwischen Arzt und Apotheke, entsprechend eingesetzt wird. Das ist etwas ... Sie fragten, was können wir denn tun? Da muss ich klar sagen, es gibt meines Erachtens überhaupt gar keine Regelung, die das elektronische Rezept heute im Sinne des Patienten sinnvoll für diesen Prozess umsetzen würde. Da wäre eine neue, digitale technische Plattform geschaffen. Das klingt hervorragend. Das zweite ist, dazu hatte ich jetzt trotz Fragen keine Vorschläge meiner Nachbarin. Wie sollte denn die Vergütung aussehen, wenn wir ländliche Apotheken stützen? Hier plädiere ich noch einmal dafür, dass wir sagen, es gibt von mir aus drei Strukturarten von Apotheken, das ist nicht das schützenswerte Biotop xyz. Aber wenn die Leistung ist, ich versorge in der Fläche mit einem Umkreis xyz ohne Apotheke, dann habe ich einen anderen Versorgungsauftrag, als wenn ich am Flughafen Frankfurt eine von fünf bin. Dann muss sich das meines Erachtens auch in der Vergütung niederschlagen und das tut es mit heutiger Vergütung nicht. Das wäre das Zweite, das ich empfehlen würde. Ich glaube, der GKV-Spitzenverband ist durchaus bereit, mit der ABDA in zielführende Diskussionen zu treten.

Abg. **Dirk Heidenblut** (SPD): Mir ist gerade schon das Stichwort E-Rezept geliefert worden. Ich würde gerne wieder die ABDA, Frau Overwiening fragen. Wie schätzen Sie die Wirkung des E-Rezeptes ein, auch bei der Frage des Kontaktes zwischen Arzt, Apotheke und Patienten und welche Vorteile versprechen Sie sich?

Sve **Gabriele Overwiening** (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V. (ABDA)): Dem E-Rezept unterstellen wir ein ganz großes Potenzial, eine deutlich bessere Versorgung der Menschen realisieren zu können. Die Apotheken sind schon bereit und lösen viele E-Rezepte ein. Im Moment ist es teilweise noch sehr aufwändig. Es dauert einfach viel mehr Zeit, ein E-Rezept zu versorgen. Da muss noch ganz viel daran gearbeitet werden, denn unter den jetzigen Bedingungen ist es für die Apotheke ein höherer zeitlicher Aufwand und bürokratischer Aufwand. Perspektivisch stimme ich zu, dass es in der flächendeckenden Versorgung

mögliche neue Wege geben kann, wobei es wichtig ist, dass diese Wege so bleiben wie sie heute sind, dass nämlich das Rezept vom Arzt an den Patienten geht, dass die Hoheit beim Patienten bleibt. Der Patient muss zwingend derjenige sein, diejenige sein, die entscheidet, unabhängig und frei, in welche Apotheke sie dieses digitale Rezept schicken will. Man kann sich das in der Fläche sehr schön vorstellen, dass jemand zu mir in die Apotheke kommt und sagt, mir fehlt mein Blutdruckmedikament, ich schalte den Kontakt digital zu dem entfernten Arzt und der schickt das digitale Rezept auf das Handy der Patientin oder des Patienten; oder der Patient ist bei sich zuhause, kann das alles selber machen, fordert das Rezept beim Arzt an und schickt dann von zuhause aus das Rezept digital zu mir in die Apotheke mit dem Haken, bitte bringe es mir auch per Boten, ich schaffe es heute nicht, ich kann nicht, bin immobil oder wie auch immer. Dann können wir es bringen und hätten hier tatsächlich eine strukturstabilisierende Möglichkeit. Wichtig ist die Kommunikation zwischen Arzt und Apotheker. Diese kann sehr gut über KIM oder andere geschützte Dienste erfolgen. Allerdings muss es dann nur um bestimmte Rückfragen gehen, die schneller bearbeitet werden können, und nicht um das Versenden des E-Rezeptes über solche Kanäle. Das ist wichtig zum Schutz der Apotheken, denn andernfalls haben wir das Makeln, das eigentlich ausgeschlossen werden soll, geöffnet. Darauf muss man achten.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Wir sind am Ende unserer Anhörung angekommen. Vielen Dank, dass Sie hier waren und mit ihrer Expertise zur Verfügung gestanden haben, Frau Overwiening, Frau Hänel und Herr Schmitt. Vielen Dank auch Herr Dr. Bäuml-Sundmacher, dass Sie online dabei waren. Vielen Dank für die klugen Fragen. Das war äußerst instruktiv. Auf Wiedersehen und bis zum nächsten Mal.

Schluss der Sitzung: 15:21 Uhr

gez.

Dr. Kirsten Kappert-Gonther, MdB
Stellvertretende Vorsitzende