

# FAQ ZUM APOTHEKENREFORMGESETZ

## **1. Worum geht es bei der Apothekenreform?**

Mit Blick auf die dramatisch sinkende Apothekenzahl sieht Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach die Zukunft der Arzneimittelversorgung bedroht. Doch anstatt anzuerkennen, dass der Grund für die beschriebenen Probleme in einer seit über zwanzig Jahren aufgebauten chronischen Unterfinanzierung des Systems liegt, versucht das Bundesgesundheitsministerium nun durch Umverteilungen innerhalb des Systems und einen Verzicht auf die bewährte Versorgungsqualität das Problem zu lösen. Werden die Pläne des Ministeriums umgesetzt, würde dies grundlegende Veränderungen hin zu einem System bedeuten, das nur gewinnorientiert und ohne Rücksicht auf die Menschen agiert. Letztendlich wird die Gesundheit der Menschen einem mehr als zweifelhaften Wirtschaftlichkeitsideal geopfert.

Geht es nach dem Bundesgesundheitsministerium (BMG), gibt es bald die Apotheke vor Ort nicht mehr, wie wir sie kennen. Zunächst sollen Apotheken ohne Präsenz eines verantwortlichen Apothekers oder einer verantwortlichen Apothekerin Arzneimittel einfach nur abgeben. Filialverbünde sollen in überregionalem Maßstab ermöglicht werden. Zudem sollen Zweigapotheken – Betriebsstätten mit vermindertem Leistungsspektrum – gefördert werden und werden bisherige Vollapotheken wirtschaftlich unter Druck setzen. Damit wird anonymen Ketten schnell Tür und Tor geöffnet. Das bewährte System, das auf dem Grundsatz „Apotheker in seiner Apotheke“ fußt wird abgeschafft. Kompetente Beratung und die wohnortnahe Versorgung gehören dann der Vergangenheit an.

Schon jetzt lassen sich viele Apotheken – entgegen dem verbreiteten Vorurteil – kaum wirtschaftlich betreiben. Dass schon in den vergangenen zehn Jahren rund 16 Prozent der Apotheken weggefallen sind, belegt das. Allein im vergangenen Jahr gab es rund 500 Schließungen – mehr Apotheken, als es im gesamten Bundesland Thüringen gibt! Und auch für den pharmazeutischen Nachwuchs wird die Gründung neuer Apotheken immer unattraktiver. 2023 wurden lediglich 62 Apotheken neu eröffnet! Doch anstatt die Apotheken wirtschaftlich zu stabilisieren, soll das Apothekenhonorar nach den Plänen des BMG weiterhin nicht an steigende Kosten und Inflation angepasst werden. Das Apothekenhonorar ist somit seit über 20 Jahren nahezu unverändert! Die strukturelle Unterfinanzierung macht es in vielen Apotheken unmöglich, ihren Mitarbeitenden Gehälter zu zahlen, die im Vergleich zu anderen Arbeitgebern und Berufen angemessen wären. Neben den ökonomischen Folgen für die Mitarbeitenden besteht so ein krasses Missverhältnis zwischen der hohen Verantwortung, die zu tragen ist und dem dafür gezahlten Einkommen. Darunter leidet sowohl die Attraktivität des Arbeitsplatzes Präsenzapotheke als auch die Attraktivität der pharmazeutischen Berufe. Beides verschärft die Personalnot zusätzlich und bedroht letztlich weiter die Zukunft von Apotheken und Patientenversorgung.

## **2. Warum lehnt die ABDA die geplante Reform in Gänze ab?**

Ganz grundsätzlich kann der Angriff auf einen ganzen Berufsstand, denn nichts anderes ist die Idee von Apotheken ohne Apotheker, keine Gesprächsgrundlage sein. Darüber hinaus entsteht durch Herrn Lauterbachs Vorschlag auch ein konkretes Versorgungsproblem. Pharmazeutisch-technische Assistentinnen und Assistenten (PTA) sollen zwar bei Bedarf eine Apothekerin oder einen Apotheker aus anderen Apotheken via Videokonferenz hinzuziehen. Aber: Wird ein bestehendes Problem bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten durch die nicht akademisch geschulten PTA nicht richtig erkannt, so wird auch keine fachkundige Apothekerin

bzw. kein fachkundiger Apotheker hinzugezogen. Das ist fatal, denn so werden Probleme von Patientinnen und Patienten nicht erkannt und können letztlich auch nicht gelöst werden.

### **3. Warum schließen die Apotheken eigentlich?**

Alle Apotheken stehen unter einem massiven, wirtschaftlichen Druck. Das Apothekenhonorar wurde zuletzt 2013 um 3 Prozent angepasst, ab Februar 2023 wurde es von der Ampel-Koalition darüber hinaus sogar für die Dauer von zwei Jahren abgesenkt. Die Apotheken befinden sich somit auf dem Honorarniveau von 2004. Im gleichen Zeitraum sind die Kosten der Apotheken um mehr als 60 Prozent gestiegen, die Inflation ist um knapp 30 Prozent angestiegen. Diese Entwicklung hat dazu geführt, dass einerseits immer mehr Apotheken aus wirtschaftlichen Gründen schließen müssen. Andererseits werden Neugründungen für junge Apothekerinnen und Apotheker immer unattraktiver – im vergangenen Jahr gab es lediglich 62 neu gegründete Apotheken. Statt einer kostenneutralen Eins-zu-Eins-Umverteilung des Honorars benötigen die Apotheken eine nachhaltige, finanzielle Stabilisierung des gesamten Systems und einen verlässlichen Anpassungsmechanismus für mehr Planungssicherheit.

Mehr als 10 Prozent der Betriebsstätten verzeichnen inzwischen defizitäre Betriebsergebnisse. Die weitere Absenkung des Apothekenhonorars – ganz egal an welcher Stelle – wäre fatal und würde den Wegfall vieler weiterer Apotheken bedeuten.

### **4. Sind nur die Landapotheken von Schließungen bedroht? Kann man in den Städten auf Apotheken verzichten?**

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

In den Großstädten Deutschlands sinkt die Apothekenzahl schon seit Jahren – teilweise sogar schneller als im Bundesdurchschnitt. Für die Menschen in den Kiezen bedeutet dies, dass jedes Mal ein Stück wohnortnahe Versorgung wegfällt. Die Folgen sind weitere Wege und immer weniger Zeit für persönliche Betreuung in den Apotheken.

### **5. Ist es richtig, dass die Landapotheke die billigen Arzneimittel abgeben und die Stadtapotheken nur die teureren? Muss es da einen Ausgleich geben?**

Hochpreisige Arzneimittel, welche meist mehrere Tausend Euro kosten, haben in den letzten Jahren stark an Bedeutung gewonnen und werden mittlerweile für viele Patientengruppen verordnet. Dies erfolgt unabhängig vom Wohnort der Patienten, weswegen diese Präparate auch regelmäßig in allen Apotheken – sowohl in der Stadt als auch auf dem Land – abgegeben werden.

Um für Stadt und Land gleichwertige Lebensverhältnisse (Staatsziel gemäß Art 72. Abs. 2 GG) zu schaffen, muss eine spezialisierte (und teurere) Therapie unabhängig vom Wohnort auch daheim und im Kreise der Angehörigen und der vertrauten Pflegekräfte möglich sein; das heißt, auch die

Patientinnen und Patienten auf dem Land sind auf eine sichere Versorgung mit den sogenannten Hochpreiseren angewiesen.

## **6. Warum führt die Öffnung einer Apotheke ohne anwesenden Apotheker zu einem Systemwechsel im Apothekensystem?**

Ohne Apothekerinnen und Apotheker fehlen Qualifikation, Kompetenz und die Qualitätssicherung in Sachen Pharmazie. All diese Faktoren sind unabdingbar, um eine sichere, qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen. Zudem ist die Versorgungssicherheit rund um die Uhr und an jedem Ort in Gefahr. Denn: beispielsweise die Herstellung von Parenteralia, das patientenindividuelle Stellen oder Verblistern von Arzneimitteln oder die Abgabe von Arzneimitteln mit den Wirkstoffen Thalidomid, Lenalidomid oder Pomalidomid oder von Arzneimitteln, die ausnahmsweise und im Einzelfall ohne deutsche Zulassung nach Deutschland eingeführt werden, dürfen ohne anwesenden Apotheker bzw. ohne anwesende Apothekerin grundsätzlich nicht durchgeführt werden. Eine apothekerlose Apotheke würde somit zu einer Kürzung des Leistungsangebots führen, die der amtierende Bundesgesundheitsminister zu Beginn seiner Amtszeit eigentlich vehement ausgeschlossen hatte.

## **7. Würden die vorgesehenen Regelungen letztendlich das Fremd- und Mehrbesitzverbot gefährden?**

Eindeutig ja. Das Fremdbesitzverbot ist kein Selbstzweck, sondern gewährleistet, dass eine Apotheke nur durch einen Apotheker/eine Apothekerin betrieben werden darf, der/die hierfür die volle persönliche Verantwortung trägt. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass Arzneimittel Güter besonderer Art mit einem hohen Risikopotential sind. Nur der Apotheker/der Apothekerin, dem/der die ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung der Bevölkerung obliegt, ist aufgrund seiner Ausbildung befähigt, apothekenpflichtige Arzneimittel abzugeben oder abgeben zu lassen. Seine Anwesenheit in der Apotheke stellt dabei sicher, dass stets korrigierend eingegriffen werden kann, um Fehlentscheidungen zu Lasten der Patientinnen und Patienten zu verhindern.

Die Regelungen des Apothekenrechts sind – wie alle Rechtsvorschriften, die die Ausübung eines Berufs regeln – an der verfassungsrechtlich geschützten Berufsausübungsfreiheit zu messen. Sie darf eingeschränkt werden, wenn dies dem Schutz hochrangiger Rechtsgüter dient. Leben und Gesundheit zählen zu den überragenden Rechtsgütern, die durch das Grundgesetz geschützt werden.

Der Gesetzgeber hat bei der Ausgestaltung gesetzlicher Regelungen einen weiteren Handlungsspielraum. Zwingend erforderlich ist aber, dass die Regelungen insgesamt in sich wertungswiderspruchsfrei sind; sie müssen konsistent sein. Durch den vorgelegten Gesetzentwurf wird die Konsistenz der apothekenrechtlichen Vorschriften in mehrfacher Hinsicht angegriffen. Die Begründung für die Apothekenpflicht wird ausgehöhlt, wenn Arzneimittel in Einrichtungen an die Endverbraucher abgegeben werden, die der Bezeichnung „Apotheke“ nicht mehr gerecht werden, weil kein Apotheker oder keine Apothekerin vor Ort anwesend sind, um bei Bedarf auch initiativ zu Arzneimitteln beraten, etwa wenn der Verbraucher oder Angehörige, die nicht zum approbierten Personal gehören dies verkennen. Das Fremdbesitzverbot wird überdies durch die vorgesehenen Lockerungen an den Betrieb von Filialapotheken in Frage gestellt. Wenn der Gesetzgeber es für ausreichend erachtet, dass der Betreiber einer Apotheke innerhalb von drei Autostunden seine

Betriebsstätten erreicht, kann von einer vollverantwortlichen Leitung keine Rede mehr sein. Die Regelungen des geplanten Apothekenreformgesetzes können insofern juristisch als Tritthilfe genutzt werden, um das Fremdbesitzverbot anzugreifen und zu Fall zu bringen.

### **8. Würden die Maßnahmen die Apotheken nicht wirtschaftlich entlasten (geringere Lohnkosten, verkürzte Öffnungszeiten usw.)?**

Die vorgesehenen Kosteneinsparungen betreffen vorrangig neu gegründete Apothekenfilialen, die nicht die umfassenden Anforderungen einer vollversorgenden Apotheke erfüllen müssen. Bestehende Apotheken hätten aufgrund der Gegebenheiten in ihrem unmittelbaren Wettbewerbsumfeld kaum Möglichkeiten, ihre Kosten zu senken.

Eine Kompetenzerweiterung und die Übernahme zusätzlicher Verantwortung von PTA und Pharmazieingenieuren wird mit höheren Lohnkosten einhergehen. Zudem ist PTA ein Engpassberuf, es herrscht also auch hier Fachkräftemangel.

Die Fixkosten/Betriebskosten in der Apotheke bleiben die gleichen, unabhängig von dem Umfang der Öffnungszeiten. Auch der Arbeitsumfang bleibt auch bei einer Reduktion der Öffnungszeiten allein durch das Vorhalten der vielfältigen Leistungen hoch.

Die Maßnahmen können unter Umständen zu einer Versorgungsverschlechterung der Patientinnen und Patienten führen. Denn Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach will das bewährte System der Arzneimittelversorgung über die inhabergeführten Apotheken aushöhlen, Leistungen für die Bevölkerung gezielt kürzen und die vollversorgenden Apotheken in der Konsequenz abschaffen. Durch die geplanten Maßnahmen entstehen Gefahren für die Patientensicherheit, weil damit eine grundlegend veränderte, qualitativ niedrigwertigere Abgabe von Arzneimitteln etabliert wird. Das bislang praktizierte System der Arzneimittelversorgung durch die heilberuflich geführte Apotheke vor Ort wird beseitigt.

### **9. Nutzt eine Umverteilung der Honorare, um die Situation der Apotheken zu verbessern?**

Es ist eine Illusion zu glauben, dass die Unterfinanzierung des Apothekensektors durch eine Umverteilung behoben werden kann. Berechnungen haben gezeigt, dass die geplante Umverteilung der Honorare keine Finanzwirkung zeigt, welche die wirtschaftliche Situation von kleinen Apotheken entscheidend verbessert. Ertragsschwache Apotheken wären auch nach Umverteilung weiterhin wirtschaftlich gefährdet. Hinzu kommt, dass sämtliche Apothekenbetriebsstätten seit vielen Jahren von der wirtschaftlichen Entwicklung abgekoppelt sind und zwingend eine Honorarverbesserung benötigen, um den gestiegenen Betriebskosten begegnen zu können.

Das Apothekenhonorar wurde zuletzt 2013 angepasst und ist seitdem fast vollständig von jeglicher Preisentwicklung abgekoppelt. Die Apotheken vor Ort sind bereits jetzt strukturell unterfinanziert. Zunächst einmal muss ein Status wiederhergestellt werden, indem die apothekerliche Leistung angemessen vergütet wird.

In der bisherigen apothekerlichen Vergütung ist der variable Zuschlag der einzige Parameter, der in gewissem Maße die gesamtwirtschaftliche Entwicklung in das Vergütungsmodell miteinbezieht.

Wird dieser von 3,0 v.H. auf 2,0 v.H. reduziert, koppelt das die Apotheke umso mehr von der wirtschaftlichen Gesamtentwicklung ab.

### **10. Wie könnten konstruktive Alternativen zur geplanten Reform aussehen?**

Wo Apotheke drauf steht, muss auch eine Apothekerin bzw. ein Apotheker drin sein. Insofern ist es in erster Linie wichtig, die vorhandenen Strukturen mit Blick auf die Patientensicherheit zu erhalten. Die beste „Alternative“ ist also, das bestehende und gut funktionierende System der qualitativ hochwertigen Versorgung über die inhabergeführte Apotheke vor Ort zu stärken.

Auch die ABDA will das Apothekensystem und somit die Versorgung der Bevölkerung weiterentwickeln. Gerade mit Blick auf die alternde Gesellschaft braucht unser Land deutlich mehr pharmazeutische Kompetenz in der Fläche.

Anstatt Versorgung und Leistung abzubauen, sollte der Staat die Apotheken vor Ort deutlich stärken. Hierzu gehört einerseits die dringend notwendige Anpassung der Honorierung (Stichworte dazu sind Kostenentwicklung, Inflation, ein de facto seit 20 Jahren eingefrorenes Apothekenhonorar).

Zudem sollten Apothekerinnen und Apotheker noch stärker in die gesundheitliche Versorgung der Patientinnen und Patienten eingebunden werden, z. B. durch Präventionsangebote, Impfangebote, oder pharmazeutische Dienstleistungen. Versorgungskonzepte aus anderen Ländern zeigen, dass die Apotheken durch die Erbringung solcher Aufgaben die Gesundheit der Bevölkerung deutlich verbessern und dazu beitragen können, schwere Krankheitsverläufe zu vermeiden.

Ein weiterer Problembereich, in dem die ABDA zahlreiche alternative Reformvorschläge vorbereitet und eingebracht hat, sind die Arzneimittel-Lieferengpässe. Denn: Die Handlungsspielräume der Apotheken bei der Auswahl von Arzneimitteln nach der aktuellen Gesetzeslage geringer als während der Corona-Pandemie und sollten erweitert werden. Mit einer Erweiterung dieser Handlungsspielräume könnten Lieferengpässe noch besser bewältigt und die Patientinnen und Patienten damit schneller, flexibler und zuverlässiger versorgt werden.

Ferner sollte eine Rechtsgrundlage dafür geschaffen werden, dass Vertragsärztinnen und -ärzte sowie Apothekerinnen und Apotheker als Leistungserbringende in der Regelversorgung (nicht nur wie bisher in Modellvorhaben) bundesweit und für Versicherte aller Krankenkassen ein gemeinsames Medikationsmanagement anbieten können. Das Modellvorhaben ARMIN hat gezeigt, wie sehr die Gesundheit der Bevölkerung von einer solchen Zusammenarbeit der Heilberufler profitiert.

### **11. Wie können die Forderungen, Leistungen und Kompetenzen der Apothekerschaft den Patientinnen und Patienten vermittelt werden?**

Für das weitere Gesetzgebungsverfahren rund um die geplante Apothekenreform ist die ABDA unbedingt auf die Mithilfe der Apothekenteams angewiesen. Dabei ist es einerseits wichtig, die politischen Entscheiderinnen und Entscheider über die Gefahren der Reform und die Bedeutung der Apotheken zu informieren. Andererseits muss auch in der Gesellschaft ein besseres Verständnis dafür geschaffen werden, wie wichtig die inhabergeführten Apotheken für eine wohnortnahe Primärversorgung sind.

Um diese beiden Kommunikationsziele zu erreichen, hat die ABDA den Apothekerkammern und -verbänden, aber auch den Apothekenteams direkt, bereits zahlreiche Informationsmaterialien zukommen lassen. Um die Patientinnen und Patienten über die Gefahren der Reform zu informieren, hat die ABDA Mitte Juni, kurz nach Bekanntwerden des Referentenentwurfes, eine politische Kampagne gestartet. Sie ist zunächst im Social Media-Bereich angelaufen und wird noch auf großen Werbeflächen in ganz Deutschland ausgerollt werden. Die Apothekenteams wurden dazu aufgerufen, die Motive und die dazu gehörigen Videos auf ihren Social-Media-Kanälen zu veröffentlichen, um die Kampagne möglichst breit auszurollen. Im Spätsommer und Herbst 2024 werden dann weitere Kampagnenstränge folgen, bei denen die Gesellschaft zunächst über die unverzichtbaren Leistungen der Apotheken informiert und dann auch emotionalisierend auf die Lage in den Apotheken aufmerksam gemacht werden soll. Auch die dazu gehörigen Kampagnenmaterialien wird die ABDA den Apothekenteams wieder über [apothekenkampagne.de](http://apothekenkampagne.de) und über eine große Bestellphase zur Verfügung stellen.

Auch bei der Ansprache der Bundestagsabgeordneten, die voraussichtlich im Herbst/Winter über die Apothekenreform beraten werden, hat die ABDA die Apothekenteams mehrfach um Unterstützung gebeten. Klar ist, dass die ABDA mit den wichtigsten gesundheitspolitisch aktiven Politikerinnen und Politikern direkt und dauerhaft im Austausch steht. Es wird aber auch wichtig sein, die Abgeordneten in ihren Wahlkreisen insbesondere in der Sommerpause, also vor der parlamentarischen Beratung, zu kontaktieren. Auch hierzu hat die ABDA den Apothekenteams mehrere Info-Pakete geschnürt, die beispielsweise Muster-Einladungen, Argumentationshilfen, Präsentationen, Moderationskarten oder Info-Flyer enthalten. Auch diese Materialien sind dauerhaft über [apothekenkampagne.de](http://apothekenkampagne.de) verfügbar.

## **12. Warum „eskaliert“ die ABDA nicht, um das Gesetz zu stoppen?**

Gesetzgebungsprozesse unterteilen sich in unterschiedliche Beratungsphasen. Bei der Entstehungsphase, meistens in der Bundesregierung, gibt es andere Ansprechpartner als bei den folgenden Beratungen im Bundesrat. Und diese unterscheidet sich wieder grundsätzlich von den Beratungen im Bundestag.

Grundsätzlich sollte in jeder Phase der Gesetzgebung immer zuerst über Inhalte gesprochen werden. Sind diese Gespräche nicht erfolgreich, können im nächsten Schritt auch Protestaktionen sinnvoll werden. Im vergangenen Jahr, rund um das Lieferengpassgesetz (ALBVG), war es nach zahlreichen erfolglosen, inhaltlichen Initiativen beispielsweise wichtig und richtig, auch sehr deutlich in der Öffentlichkeit für die Forderungen der Apothekerschaft einzutreten.

Ein andauerndes Eskalieren oder Eskalation in der falschen Gesetzgebungsphase kann aber auch ohne Erfolg bleiben, so erlebt zum Beispiel gerade bei den Protesten der Bauern. Und schließlich können zu drastische, gegen die Politik ausgerichtete oder sogar persönliche Protestmaßnahmen und Angriffe sogar kontraproduktiv wirken. Denn: Am Ende stehen immer die wichtigen Beratungen im Deutschen Bundestag. Wer zuvor alle Ansprechpartner mit Protesten provoziert und verschreckt, wird dann keine Gesprächspartner bei der Politik mehr finden. Die ABDA steht in einem dauerhaften Austausch mit den entscheidenden Gesundheitspolitikerinnen und -politikern. Sobald der Punkt eingetreten ist, dass die inhaltlichen Gespräche an ihre Grenzen stoßen, werden sich die ABDA-Gremien schnell mit bereits vorbereiteten Protestmaßnahmen beschäftigen.

**13. Kann das Gesetz noch geändert werden, wenn die Regierung (Kabinett) es beschlossen hat?**

Ja, das ist sogar die Regel. Nahezu alle Gesetze werden im Laufe der parlamentarischen Beratung im Bundestag noch verändert. Unter dem Strich geht kein Gesetz so aus dem Bundestag, wie es reingekommen ist.

**14. Wird das Gesetz die Versorgung auf dem Land verbessern oder im Gegenteil eher verschlechtern?**

Werden die von Bundesgesundheitsminister Lauterbach vorgesehenen Maßnahmen Realität, wird sich die Versorgungsqualität auf dem Land sicher verschlechtern. Grund dafür sind die geplanten Leistungskürzungen in den Bereichen Apothekenpersonal, Beratung, Rezepturherstellung, Medikationsanalyse. Konkret heißt das: Viele Landapotheken werden dann wegen des großen wirtschaftlichen Drucks ihre angestellten Apothekerinnen und Apotheker entlassen müssen. In den übrig gebliebenen Scheinapotheken werden zahlreiche Leistungen nicht mehr oder nur noch lückenhaft angeboten, weil für diese Leistungen unbedingt eine Apothekerin bzw. ein Apotheker anwesend sein muss.

Klar ist aber auch, dass nicht nur die Landbevölkerung unter den Reformplänen leiden wird. Denn auch die Apotheken in Stadtlagen stehen jetzt schon unter einem immensen wirtschaftlichen Druck, der dort in den vergangenen Jahren zu zahlreichen Schließungen geführt hat. In Berlin liegt die Apothekendichte (19 Apotheken pro 100.000 Einwohner) beispielsweise deutlich unter dem Bundesdurchschnitt (21). Im Berliner Bezirk Lichtenberg liegt die Apothekendichte nur noch bei 14. Sollten die wenigen verbliebenen Apotheken jetzt auch noch wegen der geplanten Reform ihre Leistungen kürzen müssen, werden sich schwerwiegende Verschlechterungen in der Versorgung auch der Stadtbevölkerung ergeben.

**15. Welche anderen Gesetzesvorhaben werden die Zukunft der Apotheke negativ beeinflussen?**

Zurzeit kündigt der Bundesgesundheitsminister zahlreiche Gesetzesvorhaben an. Neben dem Apothekenreformgesetz, hat vor allem die geplante Notfallreform negative Auswirkungen auf die Apotheken. Mit der Reform sollen sog. Offizinen als reine Arzneimittelabgabestellen die Arzneimittelversorgung der Bevölkerung an den neu an Krankenhäusern zu schaffenden Integrierten Notfallzentren übernehmen. Dies schwächt das bestehende Apothekennetz weiter.

Falls diese Regelung nicht greift, plant der Bundesgesundheitsminister sogar dispensierende Ärzte, die anstelle der Apotheken Arzneimittel verschreiben und gleichzeitig abgeben sollen.

**16. OTC-Arzneimittel unterliegen der Apothekenpflicht und dürfen nur in einer Apotheke an Patienten abgegeben werden. Wäre dieser Regelungsbereich auch durch das ApoRG gefährdet?**

Ja, eine Apotheke zeichnet sich maßgeblich durch spezifische räumliche und personelle Anforderungen aus. Nur eine Apothekerin oder ein Apotheker darf auf der Basis seiner spezifischen Ausbildung eine Apotheke betreiben. Die im Arzneimittelgesetz geregelte Apothekenpflicht stellt das Bindeglied zwischen der Institution Apotheke und dem Arzneimittel als

beratungsbedürftigem Gut mit Risikopotential dar. Durch das ApoRG soll insbesondere der Betrieb einer Apotheke ohne Anwesenheit einer Apothekerin oder eines Apothekers ermöglicht werden. Damit würde die Apotheke zu einer reinen Abgabestelle degradiert, die der Bezeichnung Apotheke nicht mehr gerecht würde. Damit entfällt der wesentliche Grund für eine Apothekenpflicht.

### **17. Welche der Regelungen im geplanten Apothekenreformgesetz macht Abgabeautomaten wahrscheinlich?**

Das geplante Gesetz sieht vor, dass Apotheken ohne anwesenden Apotheker bzw. Apothekerin betrieben werden dürfen, sofern eine approbierte Fachkraft telepharmazeutisch hinzugezogen wird. Die im Entwurf vorgesehene Definition der Telepharmazie, die insofern lediglich der Legitimation einer Apotheke ohne anwesende Apothekerin oder anwesenden Apotheker dient, charakterisiert sich als Live-Videoverbindung. Damit würde eine Konstruktion, wie sie im baden-württembergischen Hüffenhardt unter Verwendung eines Abgabeautomaten durch einen niederländischen Versandanbieter Verwendung fand und letztendlich gerichtlich untersagt worden ist, unter der Geltung der Neuregelungen durch das geplante ApoRG wieder deutlich wahrscheinlicher werden.

### **18. Wo liegt das Problem einer erweiterten Entfernung zwischen Haupt und Filialapotheke?**

Nach dem Maßstab, den das geplante ApoRG setzt, wären Filialverbünde denkbar, deren Betriebsstätten innerhalb von drei Autostunden von der Hauptapotheke erreichbar sein müssen. Eine Hauptapotheke in Hannover könnte mit Filialen in Düsseldorf, Berlin und Kiel betrieben werden. Es ist schlicht nicht möglich, die apothekenrechtlich vorgeschriebene persönliche Leitung in eigener Verantwortung auf diese Entfernungen in der Praxis umzusetzen. Die Verantwortlichkeit des „Apothekers in seiner Apotheke“ verkäme zu einer bloßen Fiktion, die das Fremdbesitzverbot gerichtlich angreifbar machen würde. Die Regelung ist daher ein Schritt weg von der inhabergeführten Apotheke und hin zu oligopolistischen Kettenstrukturen.

### **19. Was wäre der Unterschied zwischen einer Haupt-, Filial- und Zweigapotheke. Was wäre eine Notapotheke? Sollen hier Änderungen herbeigeführt werden und - wenn ja - wo gibt es aus ABDA-Sicht Probleme?**

Bislang kennt das Apothekenrecht Einzelapotheken und Filialverbünde, die aus einer Haupt- und bis zu drei Filialapotheken bestehen. Hinsichtlich ihrer Ausstattung sind sowohl Einzel- als auch Filialverbundapotheken Vollapotheken, sie müssen also in personeller und räumlich-sächlicher Hinsicht komplett ausgestattet sein, damit sie das einer Apotheke obliegende Leistungsspektrum vollumfänglich erbringen können.

Zweigapotheken, die hinsichtlich der Anforderungen an ihre Räume geringeren Maßstäben genügen müssen, können gegenwärtig eingerichtet werden, wenn es einen Notstand in der Arzneimittelversorgung gibt, d.h. die Arzneimittelversorgung in der betroffenen Region kann ohne eine Apotheke für die betroffenen Einwohner nicht oder nicht rechtzeitig gewährleistet werden. Aktuell (Stand: 2023) gibt es in Deutschland lediglich zehn Zweigapotheken, in denen diese Voraussetzungen bejaht worden sind. Sollte sich kein Apotheker bzw. keine Apothekerin finden,

der/die eine Zweigapotheke gründet, ist nach der Dauer eines halben Jahres eine Notapotheke zu eröffnen, die von einer Kommune betrieben und von einer / einem bei ihr angestellten Apothekerin oder Apotheker zu leiten ist. Notapotheken existieren in Deutschland nicht.

Der Gesetzentwurf für ein mögliches Apothekenreformgesetz sieht vor, dieses Stufenverhältnis für die Zweigapotheken weitgehend aufzuheben, um Apothekengründungen unter erleichterten Voraussetzungen zu fördern. Faktisch bedeutet dies aber, dass Vollapotheken von Zweigapotheken verdrängt werden, da diese wirtschaftlicher betrieben werden können. Das Niveau der Arzneimittelversorgung wird insofern in der Fläche gesenkt.

**20. Der Minister argumentiert, dass eine Abgabe von Arzneimitteln durch PTA oder in „Abgabestellen“ immer noch besser wäre als gar keine Versorgung. Ist diese Argumentation richtig?**

Die Argumentation geht fehl, weil sie eine funktionsfähige und qualitativ hochwertige Arzneimittelversorgung der Bevölkerung zugunsten einer schlechten Qualität aufgeben würde. Daseinsvorsorge kostet Geld, das die Gesellschaft aufbringen muss, um auch in wirtschaftlich unattraktiven Situationen eine Grundversorgung der Bevölkerung zu gewährleisten.

**21. Viele der befürchteten realen Folgen des Gesetzes ergeben sich erst aus möglichen, später folgenden Gerichtsentscheidungen bzw. objektiven ökonomischen Zwängen im Wettbewerb um eine wirtschaftliche Betriebsführung. Wie kann man diese Zusammenhänge erklären?**

Der Gesetzentwurf würde zwei Weichen stellen, die hier wegweisend wären.

Durch die deutliche Erweiterung der Entfernungskriterien für die Betriebsstätten eines Filialverbundes, die erleichterte Gründung von Zweigapotheken, die deren Ausnahmeverhältnis gegenüber der „Vollapotheke“ aufheben würden, und die Zulassung des Betriebs einer Apotheke ohne anwesenden Apotheker bzw. Apothekerin werden Regelungen geschaffen, die die verfassungsrechtliche Begründung des bisherigen Leitbilds des Apothekengesetzes vom „Apotheker in seiner Apotheke“ aushöhlen können.

Neben dieser rechtlichen Schiene führen die genannten Regelungen dazu, dass Betriebserlaubnisinhaber/-innen gezwungen werden, von den Möglichkeiten zur Absenkung des Versorgungsniveaus Gebrauch zu machen, um wirtschaftlich konkurrenzfähig zu bleiben, da der Gesetzgeber eine auskömmliche Honorierung der Apothekerinnen und Apotheker verweigert.

Das bewährte System der Arzneimittelversorgung aus der inhabergeführten Apotheke würde insofern von zwei Seiten aus erodiert.