



Das Bundesministerium für Gesundheit hat seinen Gesetzentwurf zur Umwälzung der Arzneimittelversorgung vorgelegt. Die Vorschläge sind ein Konglomerat aus Entprofessionalisierung und Qualitätsabbau. Der selbstständige Heilberufler, der Verantwortung für die Arzneimittelversorgung in seiner Region und damit für die Gesundheit seiner Mitmenschen übernimmt, wird in einem bisher unvorstellbaren Maß ausgehöhlt. Große Strukturen scheinen zwischen Zeilen überall durch. Die Arzneimittelversorgung verkommt zur Warendistribution, Beratung wird zur Glückssache. Die brüchige Honorierung wird um keinen Cent aufge bessert, vielmehr verschärft die geplante Umstrukturierung das Problem. Kurz: Die Pläne lösen keines der drängenden Probleme der Arzneimittelversorgung, im Gegenteil, sie schaffen viele neue. Was können wir tun? Diese Sonderinformation ist mit dem Ziel entstanden, die deutlichen Widersprüche und falschen Versprechungen des Referentenentwurfes aufzudecken und die Hintergründe zu erklären. Sie können sie nutzen, um die Zukunft der Arzneimittelversorgung in Thüringen an den Wahlständen in Ihrer Region zu diskutieren. Nicht jede Landespolitikerin, nicht jeder Landespolitiker ist in der Gesundheitspolitik zuhause. Aber die Auswirkungen dieses Gesetzes werden sehr konkret in Thüringen spürbar werden. Diejenigen, die sich zur Wahl stellen, wollen sich für das Wohlergehen der Menschen in Thüringen einsetzen. Nehmen Sie sie beim Wort und zeigen Sie ihnen, was auf sie, auf uns zukommt.

Bessere Arzneimittelversorgung in der Fläche?

Das Ziel des Apotheken-Reformgesetzes ist es „die notwendigen Rahmenbedingungen für eine bessere Arzneimittelversorgung durch Apotheken in der Fläche“ zu schaffen. Welche Regelungen des Apotheken-Reformgesetzes machen die Arzneimittelversorgung konkret besser?

Apotheke ohne Apothekerin?

Warum ist eine Apotheke ohne Apothekerin vor Ort besser für die sichere Arzneimittelversorgung als eine Apotheke, in der garantiert eine Apothekerin anwesend ist?

Keine „teuren“ Arzneimittel auf dem Land?

Das Apotheken-Reformgesetz sieht auch eine Änderung der Arzneimittel-Preisverordnung vor. Zukünftig soll der Apothekenzuschlag von 8,35 € + 3 % Apothekeneinkaufspreis (AEP) auf 9,00 € + 2 % AEP umgestellt werden. Damit sollen die Apotheken auf dem Land gestärkt werden, die nach dieser Argumentation weniger teure Arzneimittel abgeben. Warum findet die Arzneimittelversorgung im Rahmen einer „teuren“ Arzneimitteltherapie nicht in Apotheken auf dem Land statt, oder anders, warum stärkt die Umverteilung des Arzneimittelhonorars gezielt die Apotheken auf dem Land?

Was ist eine „teure Arzneimitteltherapie“?

Was bedeutet die Umstellung konkret? Für Arzneimittel bis zu einem Apothekeneinkaufspreis (AEP) von 65 € wird die geplante Preisreform eine erhöhte Honorierung für die Apotheke bedeuten. Bei 65 € AEP sind 1 % gleich 65 Cent, die Honorierung wäre unverändert. Jedes Arzneimittel, das mehr kostet, bedeutet auch für „Landapotheken“ eine Kürzung der Apothekenvergütung. Warum halten Sie die Umgestaltung des Honorars für eine zielgenaue Förderung der flächendeckenden Versorgung auf dem Land? Gibt es dort keine Typ 1 Diabetiker oder warum wird die Apothekenvergütung bei der Begleitung beispielsweise einer Insulintherapie gekürzt?

Inflationsausgleich für die Apotheken?

Die Apothekenvergütung für die Abgabe von Arzneimitteln wurde zuletzt 2013 angepasst, seit 2004 gab es eine Steigerung um ca. 5 %. Wie hoch war in diesem Zeitraum nach amtlichen Angaben die Inflation? Mit der Kürzung der prozentualen Komponente des Festzuschlags der Apotheken wird der Inflationsausgleich für die Apotheken über die Apothekenhonorierung weiter zusammengestrichen. Stattdessen sollen GKV und DAV die Preise verhandeln. Mit den Erfahrungen aus den bisherigen Verhandlungen z. B. zum Kassenabschlag und dem Umgang mit Schiedssprüchen, was lässt Sie glauben, dass dieses Verfahren im vorgegebenen zeitlichen Rahmen zu Ergebnissen führt?

Flächendeckende Versorgung?

Das Apotheken-Reformgesetzes erweitert das Impfangebot, das in Apotheken erbracht werden kann. Pharmazeutische Dienstleistungen, wie das Medikationsmanagement wurden durch die Politik ermöglicht und werden – wenn auch schrittweise – etabliert. Diese Dienstleistungen der Apotheke sind an die Apothekerin, den Apotheker gebunden. Da gleichzeitig aber Apotheken ohne anwesende Apothekerin bzw. anwesenden Apotheker möglich werden sollen, wird die Möglichkeit, diese Dienstleistungen auch wirklich dort anbieten zu können, wo sie nötig sind – in der Fläche, wo auch die ärztliche Versorgung weniger gut ausgebaut ist - sofort wieder eingeschränkt. Die Gleichwertigkeit der Versorgung in Stadt und Land wird dadurch weiter zurückgefahren. Warum ist diese These aus Ihrer Sicht nicht richtig?

Erfolgreiches Modellprojekt ohne Einsatz im Bund?

Das ARMIN-Projekt in Sachsen und Thüringen wurde wissenschaftlich begleitet, die Auswertung zeigt, dass die Mortalität um 16 % gesenkt werden konnte. Warum nutzen Sie das Apotheken-Reformgesetzes nicht dazu, dass das von Medizinerinnen und Apothekerinnen gemeinsam getragene Medikationsmanagement endlich bundesweit möglich wird?

Bürokratieabbau?

Die Komplettabsetzung von Kosten für Arzneimittel durch die GKV (Null-Retaxation) ist gerade bei hochpreisigen Arzneimitteln eine reale Existenzbedrohung für den privat-haftenden selbstständigen Apothekenleiter bzw. die Apothekenleiterin. Gleichzeitig bindet die formale Kontrolle von ärztlichen Verschreibungen in den Apotheken personelle und zeitliche Ressourcen und verschärft so den Mangel an Fachkräften. Das Ziel dieser Prüfungen ist explizit nicht die Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit, denn die ist nicht vom Vornamen des behandelnden Arztes und auch nicht von der Formulierung „D. j.“ abhängig. Die formale Prüfung ist praktisch die Definition von Bürokratie. Auch auf Seiten der GKV entstehen durch die „Gegen-Kontrolle“ Kosten und weitere Bürokratie. Warum nutzen Sie das Apotheken-Reformgesetz nicht dazu, Null-Retaxationen aus formalen Gründen zu verbieten?

Telepharmazie?

Der SPD Bundestagsabgeordnete Matthias Mieves (Mitglied des Gesundheitsausschusses und im Ausschuss für Digitales), konzentriert sich nach eigenen Angaben auf die Digitalisierung im Gesundheitswesen.

Er sagt: *„Hierbei möchte ich die Digitalisierung und Innovation im Gesundheitswesen nutzen, um für die Menschen in Deutschland mehr Transparenz zur eigenen Gesundheit zu schaffen sowie Behandlung und Vorsorge zu verbessern. Und: für die Mitarbeitenden im Gesundheitswesen den Zeitaufwand für Bürokratie und Dokumentation zu verringern – damit mehr Zeit bleibt fürs wirkliche Kümmern.“* (matthias-mieves.de)

Können Sie bitte vor diesem Hintergrund die Einführung der Telepharmazie einordnen.

- Inwieweit wird die Behandlung und Vorsorge der Patientinnen verbessert?
- Inwieweit werden Bürokratie und Dokumentation in der Apotheke verringert?
- Wenn dies so ist, wie und in welchem Umfang geschieht das?

Wann ist eine Intervention erforderlich?

Eine Apothekerin, die bzw. der in einer Apotheke vor Ort ist und dort ihre bzw. seine Aufgaben wahrnimmt, soll durch den Referentenentwurf zum Apotheken-Reformgesetz in die Lage versetzt werden, die apothekerliche Beratung in weiteren Apotheken des gleichen Filialverbundes zu gewährleisten. Dank des absolvierten Pharmaziestudiums ist eine Apothekerin in der Lage zu bewerten, inwieweit eine Intervention notwendig ist oder nicht. Eine PTA hat diese Ausbildung nicht. Sie bzw. er wird ein Problem im Zweifel nicht erkennen und die Beratung durch die oder den „Teleapprobierten“ gar nicht auslösen können. Warum geht der Gesetzgeber dieses Risiko in Bezug auf die Sicherheit der Arzneimitteltherapie von Patientinnen ein?

Die Einführung der „Telepharmazie“ als gleichwertige Beratung bereitet gleichzeitig die Aufhebung des Mehrbesitzverbotes vor. Eine Apothekerin, die oder der in einer Apotheke vor Ort arbeitet, hat alle Hände voll zu tun. Es zeugt von wenig Lebenserfahrung davon auszugehen, dass diese Apothekerin, dieser Apotheker kurzfristig in eine andere Apotheke „geschaltet“ werden kann, um dort die telepharmazeutische Beratung vorzunehmen. Dieses Konzept funktioniert erst dann effektiv, wenn diese Apothekerinnen nichts anderes tun, also in einem „Approbierten-Call-Center“ sitzen und in beliebige, möglichst viele Apotheken - eines Unternehmens - geschaltet werden. Dem eigentlichen Ziel, dass Apothekerinnen aufgrund ihrer Ausbildung und Berufserfahrung selbstständig einschätzen, welche Beratung erforderlich ist und diese dann auch ausführen, wird der wesentliche erste Schritt und damit die Basis entzogen.

Warum macht dies die Versorgung besser?

Haftungsfragen geklärt?

Der Referentenentwurf für das Apothekenreformgesetz ermöglicht es, dass Apotheken betrieben werden, in denen die Leiterinnen nur 8 Stunden in der Woche vor Ort anwesend sein müssen. Das heißt, die Apotheke kann allein durch nicht approbiertes pharmazeutisches Personal offengehalten werden. Im Bedarfsfall ist eine Apothekerin hinzuzuziehen, digital oder mit „Mitteln der Telekommunikation“. Wann dies zu geschehen hat, muss im Vorfeld festgelegt werden. Allerdings ist die Zahl der denkbaren pharmazeutischen Probleme, die das Hinzuziehen einer Apothekerin, eines Apothekers erforderlich machen, so groß, dass diese Liste nie vollständig sein kann. Insofern ist davon auszugehen, dass die Apothekenleitung das Haftungsrisiko tragen muss, ohne die Ausführung beaufsichtigen zu können. Im Zweifelsfall sind die Patientinnen die Leidtragenden. Warum schafft die Politik dieses neue Risiko?

Abschaffung der Dienstbereitschaft?

Die Abschaffung der ständigen Dienstbereitschaft stellt die Notdienstplanung auf den Kopf. Da an keiner Stelle im Referentenentwurf definiert wird, was unter Notdienst zu verstehen ist, greift die einzige bisher bestehende Definition aus dem Apothekengesetz. Hier wird der Notdienst in Bezug zur Honorierung als Dienstbereitschaft zwischen 20 und 6 Uhr definiert. Und auch nur dieser Zeitraum wird honoriert, egal ob es sich um einen Werk- oder Sonn- bzw. Feiertag handelt. Gleichzeitig soll durch das Notfallgesetz die Arzneimittelversorgung an Wochenenden und an Feiertagen zentralisiert auf die Notfallzentren gelenkt werden. Der regionale Apothekennotdienst, der von allen Apotheken getragen wird, wird dadurch zu einer Dienstbereitschaft zwischen 20 bis 6 Uhr, einem Nachtdienst könnte man sagen. Ist das so gewollt?

Ärztliches Dispensierrecht?

Dass notdienstpraxisversorgende Apotheken wirklich die Arzneimittelversorgung in den Notfallzentren übernehmen, erscheint mehr als fraglich. Während die ärztliche Notfallversorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen, also durch „viele Menschen“ getragen wird, ist es nicht möglich, in die Arzneimittel-Notfallversorgung mehrere Apotheken einzubinden, vielmehr muss eine Apotheke allein jeden Tag im Jahr realisieren. Allein für die geplanten „Mindest-Notdienstzeiten“ entstehen im Normalfall zusätzlich 39 Wochenstunden. Da im Notdienst die Abgabe von BtM nicht ausgeschlossen und eben auch nicht auf „angemessene Zeit“ verschoben werden kann, müssen weiterhin Apothekerinnen und Apotheker die Versorgung sicherstellen. Da niemand diesen Job an jedem Wochenende, jedem einzelnen Feiertag und täglich in den Abendstunden übernehmen kann, geschweige denn will, läuft diese Planung auf ein ärztliches Dispensierrecht hinaus. Ist das so gewollt?

Sorgfalt?

Das Bundesgesundheitsministerium veröffentlicht eine grundlegende Gesetzesänderung nach der anderen. Die Befürchtung, dass dies auf Kosten der Sorgfalt geht, wurde dadurch bestätigt, dass im Falle der Freigabe von Cannabis zu Genusszwecken bereits nach sechs Wochen eine Novellierung des gerade verabschiedeten Gesetzes notwendig wurde. Ähnliches deutet sich wieder an. Durch das vom Kabinett gerade verabschiedete Notfallgesetz soll § 23 ApBetrO geändert werden, die ständige Dienstbereitschaft wird dabei nicht in Frage gestellt. Im später vorgelegten Apotheken-Reformgesetz, das die ständige Dienstbereitschaft aufhebt, wird die im Notfallgesetz vorgeschlagene Änderung nicht erwähnt, beide Gesetzesvorhaben widersprechen sich also. Auch dieses Papier zeigt viele Punkte auf, die man als handwerkliche Fehler bezeichnen muss. Ist eine solche Vorgehensweise aus Ihrer Sicht der Wichtigkeit des Themas angemessen?

Rezepturen im Notfall?

Zweigapotheken und ggf. auch Filialapotheken müssen durch den Entwurf zum Apotheken-Reformgesetz im Regelfall selbst keine individuellen Rezepturarzneimittel herstellen, sondern können sie innerhalb des Filialverbundes beziehen. Schon aus „Effizienzgründen“ wird dies auch so geschehen. Trotzdem haben alle diese Apotheken die Pflicht, ein Nachtdienstzimmer vorzuhalten. Auch der Ableger der notdienstpraxisversorgenden Apotheke (Stichwort 2. Offizin und Lagerraum) kann keine individuellen Arzneimittel herstellen. Heißt das, der Gesetzgeber sieht keinen Bedarf für die Notfallversorgung mit individuell herzustellenden Arzneimitteln?

Verfügbarkeit von Arzneimitteln?

Apotheken sind verpflichtet, bestimmte Arzneimittel für die unverzügliche Abgabe vorzuhalten. In diesem sogenannten Notfallsortiment sind unter anderem starke Schmerzmittel enthalten, die Betäubungsmittel sind. Diese Arzneimittel dürfen jedoch nur abgegeben werden, wenn eine Apothekerin die Abgabe beaufsichtigt. In Apotheken ohne Apothekerin, können diese Arzneimittel also auch im Notfall nicht mehr unverzüglich abgegeben werden. Aus welchem Grund hält der Gesetzgeber die Notfallversorgung mit diesen starken Schmerzmitteln nicht mehr für erforderlich?

Stichwort Lieferengpässe?

Wenn ein Arzneimittel nicht lieferbar ist, muss eine Lösung gefunden werden, die in der Regel auf die Abgabe eines anderen Arzneimittels hinausläuft. In vielen Fällen ist es die Abgabe einer anderen Packungsgröße oder Wirkstärke des gleichen Arzneistoffes. Eine solche veränderte Abgabe kann auf der Verordnung durch Apothekerinnen vermerkt werden, allerdings muss diese Änderung persönlich abgezeichnet werden. PTA können das nicht. Auch hier wird es zu deutlichen Verzögerungen in der Versorgung von Patientinnen kommen, die vom Gesetzgeber eingeschränkte Anwesenheitspflicht einer Apothekerin bzw. eines Apothekers in der Apotheke erst ermöglicht werden. Warum hat dies aus Ihrer Sicht keinen negativen Einfluss auf die Qualität der Arzneimittelversorgung der Menschen in unserem Land?

Stichwort Bürokratieabbau?

Wenn Sie schon die Möglichkeit eröffnen, dass Prüfungen im Filialverbund zentralisiert werden, warum ist dann immer noch jede Apotheke (auch im Filialverbund) verpflichtet, ein Labor vorzuhalten?

11,4 Millionen?

Im Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums zum Entwurf eines Gesetzes für eine Apothekenhonorar- und Apothekenstrukturreform (Apotheken-Reformgesetz – ApoRG) findet sich auf Seite 5 unter der Überschrift E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft der folgende Passus:

„Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft: Durch die Aufhebung der ständigen Dienstbereitschaft und die Flexibilisierung der Öffnungszeiten öffentlicher Apotheken entstehen für Apotheken Einsparungen durch die Möglichkeit eines geringeren Personaleinsatzes. Bei voller Nutzung der flexibleren Öffnungsmöglichkeiten bestünde grundsätzlich die Möglichkeit, die Wochenöffnungszeiten um 19,5 Stunden zu reduzieren. Da nicht abgeschätzt werden kann, wie viele Apotheken diese Möglichkeit ergreifen und in welchem Umfang, können die Einsparungen nicht genau beziffert werden. Bei einem angenommenen monatlichen Bruttomonatsgehalt für eine Apothekerin oder einen Apotheker in Höhe von 4.200 Euro und für eine pharmazeutisch-technische Assistentin oder einen pharmazeutisch-technischen Assistenten in Höhe von 2.900 Euro könnten sich für eine Apotheke Gehaltseinsparungen von etwa 1.300 Euro monatlich ergeben. Wenn beispielsweise die Hälfte der Apotheken entsprechende Reduzierungen vornehmen würden, könnten ungefähr 11,4 Millionen Euro eingespart werden.“

Können Sie bitte darstellen, auf welchen zeitlichen Rahmen sich die Einsparmöglichkeit von 11,4 Millionen Euro bezieht. Sind hier monatliche Einsparmöglichkeiten gemeint?

Sozial?

Ist es richtig, sozial und aus Ihrer Sicht angemessen, dass den verbleibenden Apotheken in Deutschland vorgeschlagen wird, Effizienzreserven in Höhe von 11,4 Millionen durch Entlassungen und Stundenreduktionen zu heben?

Weniger Öffnungszeiten - bessere Versorgung?

Sind Sie auch der Meinung, dass im Schnitt jede Apotheke in Deutschland in der Woche 10 Stunden zu lange offengehalten wird und diese Arbeitszeit von gut 170.000 Wochenstunden in der Arzneimittelversorgung eingespart werden kann, ohne dass die Arzneimittelversorgung der Bevölkerung verschlechtert wird?

Teure Apothekerinnen?

Der Referentenentwurf legt nahe, dass die Gehaltsunterschiede zwischen Apothekerinnen und PTA ausgenutzt werden sollen, um die Kosten einer Apotheke zu senken. Ist daraus zu schließen, dass im Moment unangemessen viele Apothekerinnen in den öffentlichen Apotheken arbeiten oder schlagen Sie vor, dass PTA Aufgaben übernehmen sollen, für die sie nicht ausgebildet und qualifiziert sind?

Weniger Geld - mehr Verantwortung?

Sind Sie der Auffassung, dass PTA bei gleicher Entlohnung mehr Verantwortung übernehmen sollen? Wenn nicht, warum erwecken Sie mit dem Referentenentwurf den Eindruck, dass hier ein Kosteneinsparpotential für die Apotheken besteht?

Einsparungen - woher nehmen?

Wenn diese Einsparungen für eine Apotheke nicht möglich sind, zum Beispiel weil sie eine Apotheke auf dem Land ist, die nur 30 Stunden in der Woche geöffnet ist und in der keine angestellten Apothekerinnen arbeiten, wie soll das fehlende Geld in dieser Apotheke generiert werden?

Persönliche Leitungsverpflichtung?

Die persönliche Leitungsverpflichtung einer Apotheke durch den Inhaber, die Inhaberin der Betriebslaubnis bedeutet bisher, dass er bzw. sie in der Apotheke vor Ort anwesend zu sein hat. Durch die Möglichkeit der persönlichen Leitung von mehreren Apotheken ist diese Auslegung obsolet. Wie definieren Sie „persönliche Leitungsverpflichtung“, wenn die persönliche Anwesenheit nicht mehr erforderlich ist?

Acht Stunden?

Sollten Sie die persönliche Leitungsverpflichtung auf die acht Stunden pro Woche Anwesenheit pro Apotheke und die ständige Erreichbarkeit beziehen, wie sind dann die drei Monate maximale Vertretungszeit pro Jahr durch einen Approbierten zu interpretieren? Apothekenleiterinnen müssen sich dann nur 8 Stunden in der Woche vor Ort vertreten lassen und können die Leitung der Apotheken für den Rest der Zeit „aus dem Home-Office“ heraus wahrnehmen, wo auch immer sich dieses befindet. Dies ist weder zu überwachen noch im Zweifel als Ordnungswidrigkeit zu erkennen. Wie soll unter dieser Voraussetzung die persönliche Leitungsverpflichtung durchgesetzt werden?

Aufhebung des Fremdbesitzverbotes durch die Hintertür!

Wenn die persönliche Leitungsverpflichtung durch den Erlaubnisinhaber bzw. die Erlaubnisinhaberin nicht mehr an die Anwesenheit gebunden ist, sondern allein mit einer Vertreterin oder einem Vertreter und aus dem „Home-Office“ heraus realisiert werden kann, gibt es de facto keine persönliche Leitungsverpflichtung mehr. Was spricht dann noch gegen das Fremdbesitzverbot?

Kontrolle (un-)möglich?

Wie soll die 8-Stunden-Anwesenheitspflicht unbürokratisch dokumentiert und vor allem die Einhaltung durch die Überwachungsbehörde kontrolliert werden?

Entprofessionalisierung im Gesundheitswesen?

Wenn eine Apotheke ohne eine vor Ort anwesende Apothekerin bzw. einen vor Ort anwesenden Apotheker offengehalten wird, arbeiten alle nicht approbierten Mitarbeiterinnen ohne Aufsicht. Ist es richtig, dass dann keine Mitarbeiterinnen in der Apotheke arbeiten dürfen, die nicht von der Beaufsichtigungspflicht befreit sind, da der oder die „qualifizierte PTA“ nicht die Aufsicht übernehmen können?

Neue PTA-Ausbildung schon veraltet?

Das Apotheken-Reformgesetz sieht vor, dass PTA Aufgaben von Apothekerinnen und Apothekern übernehmen können und erlaubt, dass Menschen ohne spezifische Ausbildung in Apotheken eingesetzt werden. Da die Arbeit aber dieselbe bleibt, durch die demographischen Effekte sogar mehr werden wird, führt dies dazu, dass die gleiche Arbeit schlechter bezahlt und von Beschäftigten ausgeführt werden soll, die nicht für die Tätigkeiten ausgebildet sind, die sie zukünftig ausüben sollen. Dazu kommt, dass mit dem PTA-Reformgesetz erst 2020 die Ausbildung der PTA neu geregelt wurde. Dabei wurde die Ausbildung keineswegs so gestaltet, dass PTA auf die „Leitung“ einer Apotheke oder zumindest das vollständig eigenverantwortliche Arbeiten vorbereitet werden. Muss die PTA-Ausbildung aus Ihrer Sicht wieder novelliert werden?

Abschaffung der PKA-Ausbildung?

Es gibt praktisch keinen Grund mehr, eine PKA-Ausbildung zu machen, da man für die Tätigkeiten in der Apotheke nicht mehr ausgebildet werden, sondern nur noch „geeignet“ sein muss. Warum entwerten Sie mit dem Apotheken-Reformgesetz das Prinzip der fachlich gezielten Berufsausbildung?

Warum wird dadurch die Arzneimittelversorgung der Bevölkerung besser?

Praktische Ausbildung der PTA und Pharmaziepraktikantinnen in acht Stunden pro Woche?

Nicht nur die PKA-Ausbildung steht vor dem Aus. Durch die Möglichkeit, die individuelle Arzneimittelherstellung und die Prüfung von Arzneimitteln und Ausgangsstoffen aus den Apotheken auszulagern, nimmt die Zahl der Apotheken ab, die eine vollumfängliche praktische Ausbildung von PTA und Apothekerinnen überhaupt noch ermöglichen können. Bei Apothekerinnen und Apothekern kommt erschwerend hinzu, dass für die Ausbildung eine verantwortliche Apothekerin oder ein verantwortlicher Apotheker die Ausbildung vor Ort leitet. Reichen dafür 8 Stunden Anwesenheit? Warum ist dies aus Ihrer Sicht keine Gefahr für die Qualität der Ausbildung?

Verzicht auf akademische Berufe in der Arzneimittelversorgung?

80 % der Pharmaziestudierenden arbeiten später in öffentlichen Apotheken. Durch das Apotheken-Reformgesetz wandelt sich das prägende Berufsbild der Apothekerin, des Apothekers tiefgreifend. Die Selbstständigkeit ist kein Ziel mehr, den sozialen Kontakt zu den Patientinnen und Patienten übernehmen Assistenzberufe, die Perspektive ist das Gespräch mit einem Monitor aus einem Call-Center heraus. Nennen Sie bitte drei Gründe, mit denen wir zukünftig naturwissenschaftlich interessierte, junge Menschen für ein Studium der Pharmazie gewinnen können. Brauchen wir keinen akademischen Beruf mehr, der die bisher wichtige Aufgabe der sicheren Arzneimittelversorgung der Bevölkerung übernimmt?

Aushöhlung der Selbstständigkeit?

Wenn dieses Reformgesetz etwas zeigt, dann, dass die Politik bereit ist, die Regeln für das etablierte System der Arzneimittelversorgung grundsätzlich zu ändern. Das nimmt nicht allein unser Berufsstand so wahr, sondern auch Finanzinstitutionen. Selbst wenn das Fremdbesitzverbot noch nicht gefallen ist, ist seine Aufhebung dennoch deutlich wahrscheinlicher geworden, da die Bindung der persönlichen Leitungsverpflichtung für den Inhaber oder die Inhaberin nicht mehr an die Anwesenheit vor Ort gebunden ist. Damit werden durch die geplante Reform die finanziellen Risiken für Apothekenübernahmen oder gar Neugründungen erheblich steigen. Demgegenüber macht das Bundesgesundheitsministerium deutlich, dass es nicht bereit ist, mehr Geld in die Arzneimittelversorgung durch die Apotheken zu investieren. Gleichzeitig bietet der Referentenentwurf für das Apotheken-Reformgesetz die Möglichkeit, dass eine Betriebserlaubnisinhaberin bis zu sechs Betriebsstätten betreiben kann. Um diesen Verbund zu übernehmen, ist im Zweifelsfall eine höhere Kaufsumme nötig, die kaum noch extern zu finanzieren sein wird. Damit wird die Leitung einer eigenen Apotheke, eines Apothekenverbundes als Selbstständiger immer unwahrscheinlicher. Das System wird systematisch ausgehöhlt, die Freiberuflichkeit riskiert. So bleibt der Politik in wenigen Jahren „leider nichts mehr anderes übrig“ als das Fremdbesitz- und das Mehrbesitzverbot aufzuheben. Warum gehen Sie dieses Risiko ein?

Freiberuflichkeit?

Oder anders, welche Regelungen hat die Politik im Apotheken-Reformgesetz vorgesehen, um die Freiberuflichkeit zu stärken?

Verantwortung in der Politik?

Die Pharmazeutische Zeitung zitiert am 17. Juli den Bundestagsabgeordneten der Grünen Dr. Janosch Dahmen.

In dem online-Artikel heißt es: „*In den Augen des Grünen-Politikers ist »die größte Gefahr« für die Vor-Ort-Apotheke »nicht die Politik, sondern absehbar die Tech-Giganten, Plattform-Ökonomie und der Versandhandel.«*“ (<https://www.pharmazeutische-zeitung.de/mir-ist-klar-dass-wir-mit-der-reform-nicht-alle-probleme-loesen-148754/>)

Die Tatsache, dass der Politiker einer Regierungsfraktion den Arzneimittel-Versandhandel als die größte Gefahr für die Vor-Ort-Apotheken bezeichnet, ist in doppelter Hinsicht bemerkenswert. Zum einen tut er so, als ob die Politik keine Verantwortung für die Zulassung des Versandhandels mit Arzneimitteln trägt. Da er es zweitens für keine gute Lösung hält, „wenn allein der Versandhandel die Versorgung in unterversorgten Regionen übernehmen würde“ (s.o.), stellt sich die Frage, ob die Politik derzeit nur das Schlimmste verhindert oder ob sie tatsächlich die Arzneimittelversorgung so gestaltet, dass die Patientinnen und Patienten bestmöglich versorgt werden. Wie bewerten Sie die Situation? Sichert das Apotheken-Reformgesetz die Arzneimittelversorgung auf dem bestmöglichen Niveau oder verhindert sie nur noch das Schlimmste? Bitte begründen Sie Ihre Einschätzung mit konkreten Beispielen!

Gewollte Unklarheit?

Die Vorgaben für die Errichtung einer Zweigapotheke sind sehr vage und damit auslegungsbedürftig. Dabei wäre es für den Gesetzgeber ein Leichtes, klare Vorgaben zu machen, was eine eingeschränkte Arzneimittelversorgung ist – z. B. keine Apotheke im Umkreis von 6 Straßenkilometern. Dann würden die Regeln überall gleich ausgelegt, die Rechtssicherheit wäre deutlich höher und letztlich würde Bürokratie vermieden. Warum sind die Vorgaben so uneindeutig, dass früher oder später Gerichte über sie entscheiden müssen?

Aktualisierung beim Notfalldepot?

Die Apothekenbetriebsordnung enthält einige Relikte. So besteht beispielsweise die Verpflichtung für öffentliche Arzneimittel kurzfristig Botulismus- und Diphtherie-Antitoxin vorrätig zu halten (**Notfalldepot**). Beide Arzneimittel sind in Deutschland nicht zugelassen und müssen auf „abenteuerlichen Wegen“ importiert werden. Etwas, was eine einzelne Apotheke nie mit angemessenem Aufwand realisieren könnte. Abgesehen davon werden diese Arzneimittel nur in der Klinik angewendet, also in dem Versorgungsbereich, der in der Verantwortung der Krankenhaus-Apotheken liegt. Diese sind wiederum von der Verpflichtung, diese Arzneimittel vorrätig zu halten nicht betroffen. Warum werden derartig widersinnige Regelungen im Rahmen einer großen Apothekenreform nicht endlich einmal der Realität angepasst?

Integration ausländischer Fachkräfte!

Personen, die die Anerkennung ihrer Ausbildung als Apothekerin, Apotheker oder PTA anstreben und sich im Anerkennungsverfahren befinden, dürfen nur sehr eingeschränkt in Apotheken arbeiten, da sie in der Regel nicht als pharmazeutisches Personal gelten und daher keine pharmazeutischen Tätigkeiten ausführen dürfen. Das dies nun endlich geändert werden soll, ist ein Ansatz, der zu begrüßen ist. Danke dafür.

Warum wird nicht berücksichtigt, dass alle Personen dieser Gruppe keine Erfahrung in pharmazeutischer Praxis und in den speziellen Rechtsgebieten haben (können)? Es ist also ein obligates Defizit, das in jedem Fall beseitigt werden muss, bevor das Arbeiten im jeweiligen Beruf und damit seiner Anerkennung in Deutschland möglich wird. Es wäre daher sinnvoll, den zuständigen Behörden die Möglichkeit einzuräumen, im Rahmen des Anerkennungsverfahrens ein verpflichtendes Praktikum in einer Apotheke anzuordnen. Damit ist es für diese Personen einfacher eine Stelle zu finden, um dieses fachlich notwendige Wissen zu erlangen, da dieses Praktikum dann gefördert werden kann. Anzuregen wäre an dieser Stelle noch, dass in der Bundesapothekerordnung der Begriff der „apothekerlichen Tätigkeiten“ durch „pharmazeutische Tätigkeiten“ ersetzt wird.