

zum

Gesetzentwurf der Bundesregierung
**Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung
der Apothekenversorgung (Apothekenversor-
gung-Weiterentwicklungsgesetz – ApoVWG)**

Drucksache 21/4084

anlässlich der öffentlichen Anhörung
vor dem Ausschuss für Gesundheit
am 4. März 2026

- Der PKV-Verband begrüßt das Ziel, Apotheker als Heilberufler und die Apotheke als niedrigschwellig zugängliche Anlaufstelle für Gesundheitsfragen zu stärken.
- Zu begrüßen sind die neuen Kompetenzen der Apotheker im Bereich von Schutzimpfungen und bei der Abgabe von Arzneimitteln der Dauermedikation im Einzelfall. Kritisch betrachtet werden die neuen Kompetenzen bei der Abgabe von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln im Akutfall und im Bereich der Diagnostik.
- Vor dem Ausbau der pharmazeutischen Dienstleistungen wäre eine Evaluation erforderlich gewesen. Leistungen ohne nachgewiesenen Nutzen für die Versicherten sollten nicht gesetzlich verankert werden. Für Privatversicherte braucht es eine gesetzliche Flankierung zur Einzelabrechnung.
- Die Neuregelungen für Preise für Zubereitungen werden begrüßt.

I. Allgemeine Anmerkungen

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf eines Apothekenversorgung-Weiterentwicklungsgesetzes sollen Apotheken u.a. neue Kompetenzen zur Erbringung von Leistungen erhalten. Nicht Gegenstand des Verfahrens ist der Entwurf einer Verordnung zur Änderung der Apothekenbetriebsordnung und weiterer Verordnungen, mit dem u.a. die Vergütung der Apotheken neu gestaltet werden soll. Daher beschränken sich die Ausführungen dieser Stellungnahme auf die Regelungen des Gesetzentwurfes.

Der PKV-Verband unterstützt das Ziel, eine flächendeckende Versorgung mit Vor-Ort-Apotheken in Deutschland sicherzustellen. Auch eine Stärkung des Apothekers als Heilberufler und der Apotheke als niedrigschwellig zugängliche Anlaufstelle für Gesundheitsfragen wird begrüßt. Im Detail jedoch muss sorgfältig geprüft werden, an welchen Stellen eine Aufweichung des Arztvorbehalts im Interesse der öffentlichen Gesundheit ist – dies sind die vorgesehenen erweiterten Kompetenzen für die Durchführung von Schutzimpfungen – und an welchen Stellen Risiken überwiegen. Aus Sicht des PKV-Verbandes überwiegen die Risiken im Bereich der Abgabe verschreibungspflichtiger Arzneimittel im Akutfall und im Bereich der Diagnostik.

Pharmazeutische Dienstleistungen in der Apotheke sind in der Theorie eine interessante Option für den Apotheker als Heilberufler. Seit der Verabschiedung des Vor-Ort-Apotheken-Stärkungsgesetzes sind sie jedoch ein Nischenprodukt geblieben, die im Nacht- und Notdienstfonds liegenden Mittel wurden nicht abgerufen. Ohne eine grundlegende Evaluation des Instruments sieht der Gesetzentwurf neue, gesetzlich definierte pharmazeutischen Dienstleistungen vor. Dabei wurde noch nicht einmal für die bestehenden Leistungen der Beleg über den Bedarf oder den Nutzen in der Versorgung geführt.

Künftig soll Apotheken ermöglicht werden, in bestimmten Fällen verschreibungspflichtige Arzneimittel ohne ärztliche Verschreibung abzugeben. Der PKV-Verband begrüßt die Möglichkeit im Falle einer einmaligen Anschlussversorgung bei Dauermedikation, sieht aber die Regelungen zur Akutversorgung in § 48b AMG-E kritisch.

II. Zu ausgewählten Regelungen des Gesetzentwurfs

Zu Artikel 1 Nr. 3 Buchstabe e (§ 129 Abs. 5c SGB V – Zubereitungen aus Fertigarzneimitteln)

Vorgeschlagene Regelungen

Die Neuregelung sieht vor, dass Preise für Zubereitungen aus Fertigarzneimitteln nicht nur zwischen Deutschem Apothekerverband und GKV-Spitzenverband verhandelt werden, sondern dass das Benehmen mit dem PKV-Verband herzustellen ist. Damit gelten diese Regelungen auch für die PKV.

Gelten für Fertigarzneimittel in Zubereitungen keine derartigen Vereinbarungen, berechnet die Apotheke ihre tatsächlich vereinbarten Einkaufspreise, höchstens jedoch die Apothekeneinkaufspreise, die bei Abgabe an Verbraucher gemäß Arzneimittelpreisverordnung gelten (jeweils abzüglich der Abschläge nach § 130a Abs. 1 und 3a SGB V). Kostenvorteile durch die Verwendung von Teilmengen von Fertigarzneimitteln sind zu berücksichtigen.

Der GKV-Spitzenverband schließt mit dem PKV-Verband eine Vereinbarung über die angemessene Beteiligung der Unternehmen der Privaten Krankenversicherung an den Kosten für den Abschluss der Vereinbarungen und an den Kosten für das Verfahren der Schiedsstelle.

Bewertung:

Der PKV-Verband begrüßt diese Regelung ausdrücklich. Mit der Einbeziehung der PKV-Versicherten und Beihilfeberechtigten in den Geltungsbereich der Hilfstaxe wird gewährleistet, dass Effizienzreserven aus den Preisverhandlungen auch zugunsten der PKV-Unternehmen und ihrer Versicherten gehoben werden können.

Die circa 250 Zytostatika-Apotheken in Deutschland erzielen bei der Herstellung von Krebsmedikamenten sehr hohe Gewinne. Diese entstehen, weil pharmazeutische Unternehmen den Apotheken beim Kauf der Arzneimittel teilweise hohe Rabatte gewähren. Die im GKV-Bereich geltende Hilfstaxe garantiert, dass die Krankenkassen an den Rabatten zumindest teilhaben können. Anders im PKV-Bereich: Die Private Krankenversicherung ist bislang an die nominalen Preise nach der Arzneimittelpreisverordnung gebunden. PKV-Versicherte sind also mit den regulären Listenpreisen für parenterale Zubereitungen konfrontiert, die weit über den tatsächlichen Einkaufspreisen der Apotheken liegen. Es ist dringend geboten, die Ungleichbehandlung der PKV-Versicherten und Beihilfeberechtigten zu beenden.

Seitens einzelner Beteiligter wurde vereinzelt die Befürchtung geäußert, dass bei privat Krankenversicherten ein finanzielles Ausfallrisiko bestehen könnte. Dieses mögliche Risiko dürfte jedoch nur in absoluten Einzelfällen auftreten. Bereits heute bestehen zahlreiche Direktabrechnungsvereinbarungen zwischen dem Verband der Zytostatika herstellenden Apothekerinnen und Apotheker e.V. (VZA) und einzelnen Unternehmen der Privaten Krankenversicherung, die ein solches Risiko beseitigen.

Mit § 129 Abs. 5c S. 9 bis 13 SGB V wird das Auskunftsverfahren gegenüber den Apotheken zu den Nachweisen der Preise, Bezugsquellen und verarbeiteten Mengen mit elektronischen Vorgaben und strukturierten Abfragen versehen. Diese gesetzliche Grundlage schafft nicht nur

Rechtssicherheit, sondern fördert aktiv die Umstellung auf moderne digitale Verfahren. Besonders die Implementierung eines elektronischen Prozesses für Preisanfragen stellt einen wichtigen Schritt zur Effizienzsteigerung und zum Bürokratieabbau dar. Durch die digitale Abwicklung können Informationen strukturierter erfasst, übermittelt und ausgewertet werden. Dies führt zu höherer Transparenz der Preisgestaltung und ermöglicht eine präzisere Steuerung des gesamten Verfahrens. Darüber hinaus dürfte sich der administrative Aufwand auf Seiten der Apotheken, Krankenkassen und Hersteller erheblich reduzieren. Insgesamt wird das Verfahren dadurch schneller, transparenter und für alle Beteiligten praktischer gestaltet. Daher wird die vorgeschlagene Regelung unterstützt.

Hinsichtlich der Beteiligung des PKV-Verbandes im Rahmen des Benehmens besteht Klarstellungsbedarf. Bereits bei vergleichbaren Regelungen, wie bei der Vereinbarung der pharmazeutischen Dienstleistungen (§ 129 Abs. 5e SGB V) hat sich gezeigt, dass die Benehmensregelung in der Praxis regelmäßig zu Auslegungs- und Verfahrensfragen führt. Dies betrifft insbesondere die rechtzeitige Einbindung des Verbandes und die Bereitstellung der für die Beurteilung erforderlichen Informationen und Unterlagen. Um dem PKV-Verband eine sachgerechte Mitwirkung und Entscheidung zu ermöglichen, ist es erforderlich, ihm einen angemessenen Zugang zu den relevanten Unterlagen einzuräumen und die Teilnahme an den Verhandlungsterminen zu gewährleisten. Eine über die bloße Mitteilung des Verhandlungsergebnisses hinausgehende, angemessene Beteiligung des PKV-Verbandes ist daher geboten.

Vorschlag

Nach § 129 Abs. 5c S. 14 SGB V wird eingefügt:

„Der Verband der Privaten Krankenversicherung kann an den Verhandlungen der Vereinbarungspartner zu der Vereinbarung nach Satz 1 teilnehmen. Der Verband der Privaten Krankenversicherung erhält von den Vereinbarungspartnern die entscheidungserheblichen Unterlagen und Daten rechtzeitig und vollständig vor den Verhandlungen.“

Zu Artikel 1 Nr. 3 Buchstabe g (§ 129 Abs. 5e SGB V – Pharmazeutische Dienstleistungen)

Vorgeschlagene Regelungen

Die Neuregelung sieht eine gesetzliche Definition der pharmazeutischen Dienstleistungen (pDL) vor. Umfasst sind insbesondere Maßnahmen der Apotheken zur Prävention und Früherkennung von Erkrankungen sowie zur Verbesserung der Sicherheit und Wirksamkeit einer Arzneimitteltherapie. Diese pDL sollen insbesondere die pharmazeutische Betreuung von Patientinnen und Patienten in Gebieten mit geringer Apothekendichte berücksichtigen.

Die pDL „Pharmazeutisches Medikationsmanagement bei komplexer Dauermedikation“ und „Pharmazeutisches Medikationsmanagement bei neu verordneter Dauermedikation“ sind zwingend ärztlich zu verschreiben; die anderen pDL können ärztlich verordnet werden. Die pDL ist in der ePA zu dokumentieren.

GKV-Spitzenverband und DAV treffen eine Vereinbarung im Benehmen mit dem PKV-Verband über das Nähere zu den Anspruchsvoraussetzungen, zur Vergütung und Abrechnung.

Bewertung

Mit der Verabschiedung des Vor-Ort-Apotheken-Stärkungsgesetzes wurde die Möglichkeit für Apotheken geschaffen, pharmazeutische Dienstleistungen anzubieten und abzurechnen. Das Ziel war es, Apotheken eine aktivere Rolle in der Gesundheitsversorgung zu ermöglichen. In der Apothekenpraxis haben sich pharmazeutische Dienstleistungen jedoch als Nischenthema erwiesen. Mit der Neuregelung versucht der Gesetzgeber, das Potenzial der pDL für die Versorgung zu heben (erwähnt werden Personengruppen, die nicht primär über Arztkontakte erreicht werden) und kontroverse Diskussionen über Vereinbarungen zu beenden.

Der PKV-Verband hätte es begrüßt, wenn vor der Neuregelung der pDL eine strukturierte Evaluation der bestehenden Dienstleistungen erfolgt wäre. Aus der Vereinbarungslösung einfach eine gesetzliche Definition zu machen und diese auch noch zu erweitern, belegt nicht den Nutzen in der Versorgung und die Patientenakzeptanz.

Ausdrücklich wird nun geregelt, dass auch Prävention und Früherkennung von Erkrankungen und Erkrankungsrisiken neben den Maßnahmen im Rahmen einer Arzneimitteltherapie von den pDL umfasst sind. Konkret soll in den Apotheken eine Beratung zu verhaltensbezogenen Risikofaktoren (zum Beispiel Aspekte des Lebensstils wie Rauchen, Bewegungsmangel, Fehlernährung, Stress), zu Risikoerkrankungen (wie Diabetes mellitus, Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen und Adipositas) sowie zu Möglichkeiten der lebensstilbezogenen Prävention und zu Früherkennungsangeboten (beispielsweise zum „Check-up“) erfolgen. Dabei sollen insbesondere Blutdruckmessungen und Bestimmungen des Body-Mass-Index (BMI) berücksichtigt werden.

Mit pharmazeutischen Dienstleistungen sollte zwingend ein gesicherter Mehrwert für Patientinnen und Patienten einhergehen. Bei Beratungen zu den beschriebenen verhaltensbezogenen Risikofaktoren muss dieser gesicherte Mehrwert bezweifelt werden. Apotheken sind auf Pharmakologie spezialisiert, nicht auf Ernährungs- oder Bewegungstherapie. Das pharmazeutische Personal ist primär für die sichere Abgabe und Anwendung von Arzneimitteln ausgebildet, nicht für die Beratung in Ernährungswissenschaft oder Trainingslehre. Während Ernährungsberater, Diätassistenten oder Physiotherapeuten gesetzlich geregelte Qualifikationen besitzen, gibt es in Apotheken keine einheitlichen Standards für entsprechende Beratungen.

Es ist unklar, ob Beratungen in Apotheken tatsächlich zu nachweisbaren gesundheitlichen Verbesserungen führen. Eine Ernährungsberatung im Einzelfall dürfte ausgesprochen komplex sein; eine Verlaufs- und Erfolgskontrolle im Rahmen einer pDL abzubilden, ist finanziell nicht darstellbar. Effektive Ernährungs- und Bewegungsberatung muss langfristig erfolgen und erfordert Kooperation mit Ärzten, Trainern und Therapeuten – dies kann eine einzelne Apotheke kaum leisten. Abgelehnt wird die „Beratung in Form einer Kurzintervention zur Prävention tabakassoziierter Erkrankungen“ wegen fehlender Evidenz.

Warum die Einweisung in Autoinjektoren als pDL gesondert erfasst werden muss, erschließt sich nicht. Dies ist Teil der Aufgaben der Apotheke im Rahmen der Verpflichtung zur Informa-

tion und Beratung gem. § 20 Apothekenbetriebsordnung. Mithin wird die gesetzliche Verankerung der Nummern 2 und 9 abgelehnt.

Die Abwicklung der Finanzierung über den Nacht- und Notdienstfonds hat sich nicht bewährt. Die nicht abgerufenen Mittel sind Versichertengelder, die grundsätzlich bei Nichtverbrauch an diese zurückzuzahlen sind. Der PKV-Verband fordert, dass für die Abrechnung der pharmazeutischen Dienstleistungen für Privatversicherte und Beihilfeberechtigte eine Einzelabrechnung entsprechend der üblichen Abrechnungswege einzurichten ist. Nur so ist eine angemessene Beteiligung aller Kostenträger sichergestellt. Dazu bedarf es einer ausdrücklichen gesetzlichen Flankierung.

Die konkrete Ausgestaltung der Beteiligung des PKV-Verbandes im Rahmen des Benehmens in § 129 Abs. 5e SGB V wird begrüßt. Damit kann eine effiziente Beteiligung der PKV sichergestellt werden. Begrüßt wird auch die explizit vorgesehene Möglichkeit, Anpassungen bzgl. des Anspruchs von Privatversicherten vereinbaren zu können.

Zu Artikel 1 Nr. 3 Buchstabe h (§ 129 Abs. 5f SGB V – Preisbildung von Stoffen und Zubereitungen aus Stoffen)

Vorgeschlagene Regelungen

Die Neuregelung sieht vor, dass für die in Anlage 3 zu § 129 Abs. 5f SGB V genannten Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen Apothekeneinkaufspreise zwischen Deutschem Apothekerverband und GKV-Spitzenverband verhandelt werden. Dabei ist das Benehmen mit dem PKV-Verband herzustellen, womit die Regelung auch für die PKV gilt. Zudem ist die anteilige Berechnung nach der abgegebenen Menge bzw. für eine Rezeptur eingesetzten Menge der Stoffe vorgesehen.

Der GKV-Spitzenverband schließt mit dem PKV-Verband eine Vereinbarung über die angemessene Beteiligung der Unternehmen der Privaten Krankenversicherung an den Kosten für den Abschluss der Vereinbarungen und an den Kosten für das Verfahren der Schiedsstelle.

Bewertung

Die Regelung, nach der für die in Anlage 3 genannten Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen verbindliche Preise festzulegen sind, und die vorgesehene Einbeziehung der PKV werden begrüßt. Durch Anknüpfung an die tatsächlich abgegebenen oder eingesetzten Stoffe wird eine sachgerechte, verursachungsgerechte Grundlage für die Abrechnung geschaffen. Damit kann die Abrechnungspraxis vereinheitlicht und transparenter gestaltet werden.

Zu Artikel 1 Nr. 6 (§ 132e Abs. 1a SGB V – Vertrag über Schutzimpfungen)

Vorgeschlagene Regelungen

Der GKV-Spitzenverband schließt mit dem Deutschen Apothekerverband im Benehmen mit dem PKV-Verband einen Vertrag über die Durchführung von Schutzimpfungen durch Apotheken nach § 20c Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes. Gegenstand sind die Vergütung der Impfleistung (einschließlich Dokumentation) und die Abrechnung der Vergütung. Im Vertrag ist für die Beschaffung von Grippeimpfstoffen eine Vergütung der Apotheken von 1 Euro je Einzeldosis sowie die Umsatzsteuer vorzusehen.

Bewertung

Die Neuregelung erfolgt mit Verweis auf die Neuregelung in § 20c Abs. 1 des Infektionsschutzgesetzes. Die Regelung wird begrüßt. Dies gilt insbesondere auch für die in § 132e Abs. 1 SGB V vorgesehene Beteiligungsmöglichkeit für den PKV-Verband am Verhandlungsprozess.

Zu Artikel 3 Nr. 4 (§ 20 Abs. 1b und 1c Apothekenbetriebsordnung – Dokumentationspflichten bei Privatversicherten)

Vorgeschlagene Regelungen

Die Durchführung einer pDL muss auch für Privatversicherte, Beihilfeberechtigte und Selbstzahler in der ePA dokumentiert werden, sofern der Speicherung nicht widersprochen wurde und sie technisch möglich ist. Der behandelnde (Haus-)Arzt ist über die Durchführung der pDL über ein sicheres Übermittlungsverfahren zu informieren.

Bei einer Arzneimittelabgabe gem. § 48a AMG ist nach definierten Vorgaben zu dokumentieren (einschließlich Dosierungsanweisung).

Bewertung

Die Dokumentation durchgeführter pharmazeutischer Dienstleistungen sowie von Arzneimittelabgaben nach § 48a AMG werden begrüßt. Die Regelungen von § 48b AMG werden zwar kritisch gesehen; es stellt sich dennoch die Frage, warum die Abgabe an Privatversicherte gem. dieser Regelung nicht in der ePA dokumentiert werden muss, obwohl Informationen zur Dosierung in diesen Fällen deutlich relevanter sind als bei Abgaben von Arzneimitteln nach § 48a Arzneimittelgesetz, bei denen die Dosierungen aufgrund der Anschlussversorgung bekannt sein müssten.

Zu Art. 5 Nr. 2 – Änderung des Heilmittelwerbegesetzes

Vorgeschlagene Regelungen

Apotheker sollen u.a. die Möglichkeit der Werbung für Diagnostik gem. der vorgesehenen Neuregelung von § 24 IfSG erhalten.

Bewertung

Die Neuregelung in Artikel 7 Nr. 6 (§ 24 IfSG; siehe unten) wird abgelehnt. Deshalb sollte auch auf die vorgesehenen Regelungen im Heilmittelwerbeengesetz verzichtet werden.

Zu Artikel 6 Nr. 2 (§ 48a und 48b AMG – Abgabe von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln durch Apotheker zur Anschlussversorgung und bei bestimmten Erkrankungen)

Vorgeschlagene Regelungen

§ 48a: Verschreibungspflichtige Arzneimittel dürfen einmalig in der kleinsten Packungsgröße ohne ärztliche Verordnung durch eine Apotheke abgegeben werden. Dabei muss es sich um die Anschlussversorgung mit einem Arzneimittel handeln, das einem Menschen mindestens drei Quartale hinweg verschrieben wurde. Zudem darf die Fortführung der Anwendung keinen Aufschub erlauben. Als Nachweis, dass das betreffende Arzneimittel zuvor bereits über drei Quartale hinweg verschrieben wurde, gelten insbesondere in der elektronischen Patientenakte gespeicherte Daten. Eine erneute Abgabe zur Anschlussversorgung ist möglich, wenn zwischenzeitlich eine ärztliche Verordnung vorlag.

§ 48b: Auch bei definierten unkomplizierten Erkrankungen soll es Apotheken ermöglicht werden, verschreibungspflichtige Arzneimittel ohne ärztliche Verordnung abzugeben. Das BMG wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates und im Benehmen mit dem BfArM nähere Vorgaben zu machen.

Bewertung

Die Regelung des § 48a AMG wird begrüßt. Sie ermöglicht eine Abgabe von Arzneimitteln ohne ärztliche Verordnung und somit eine niedrigschwellige Anschlussversorgung für Patienten mit Dauermedikation. Damit trägt die Maßnahme dazu bei, vermeidbare Arztbesuche in Notfallsituationen zu reduzieren und die kontinuierliche Versorgung der Patienten zu gewährleisten.

Dagegen wird die Regelung des § 48b AMG, die eine Aufweichung der Verschreibungspflicht für Arzneimittel, deren Begründung das Nutzen-Risiko-Verhältnis des Arzneimittels ist, kritisch bewertet. Für die Verschreibungspflicht gibt es gewichtige Gründe: die Sicherstellung einer fachgerechten Diagnose und Behandlung, die Vermeidung von Fehlanwendung und Missbrauch, die Überwachung von Neben- und Wechselwirkungen und den Schutz vor gesundheitlichen Risiken.

Darüber hinaus sollte das Instrument der Rechtsverordnung zur Definition von (vermeintlich) unkomplizierten akuten Erkrankungen nochmals eingehend überdacht werden. Die Feststellung einer unkomplizierten akuten Erkrankung kann nur sicher erfolgen, wenn eine ausreichende patientenindividuelle Diagnostik (einschließlich Anamnese und erforderlicher Untersuchung) vorgenommen wurde. Diese Voraussetzungen sind ohne Beteiligung von ärztlichem Sachverstand in einer Apotheke schwer umzusetzen. Die Vielzahl der mit der Rechtsverordnung zu hinterlegenden Vorgaben und Pflichten würde zudem einen erheblichen bürokratischen Überbau bedingen, ohne dass in der Sache und für den Patienten eine echte Sicherheit geschaffen würde.

Das Verfahren vor dem Sachverständigenausschuss für Verschreibungspflicht beim BfArM ist bewährt: Es werden nur solche Arzneimittel aus der Verordnungspflicht entlassen, bei denen der Verzicht auf eine ärztliche Kontrolle mit Blick auf das Nutzen-Risiko-Profil vertretbar ist. Es sollte nicht dadurch unterlaufen werden, dass offiziell verschreibungspflichtige Arzneimittel ohne Verordnung abgegeben werden dürfen.

Die Aufgabenaufteilung zwischen Arzt und Apotheker ist sachgerecht, weil sie auf einer klaren Trennung der Verantwortungsbereiche beruht, die der Sicherheit und Wirksamkeit der Arzneimittelversorgung dient. Im Einzelnen: Der Arzt ist medizinisch ausgebildet und zuständig für Diagnose und Therapieentscheidung. Er beurteilt, welche Krankheit vorliegt und welches Arzneimittel zur Behandlung geeignet ist. Der Apotheker hat eine pharmazeutische Ausbildung und ist Fachmann für Herstellung, Prüfung, Lagerung und Abgabe von Arzneimitteln sowie für deren Wirkungen, Wechselwirkungen und richtige Anwendung.

Die Trennung schafft ein Vier-Augen-Prinzip: Der Arzt verordnet, der Apotheker überprüft die Verordnung auf Plausibilität, Dosierung, Wechselwirkungen und mögliche Risiken. Dadurch werden Fehler, Missbrauch und Gefährdungen für den Patienten reduziert. Davon abgesehen soll der Arzt nicht wirtschaftlich vom Verkauf von Arzneimitteln profitieren, damit die Entscheidung für ein Medikament ausschließlich medizinisch begründet ist. Der Apotheker hingegen sorgt für die sachgerechte und wirtschaftliche Abgabe, unabhängig von der ärztlichen Diagnose. Daraus folgt das sog. Dispensierverbot für Ärzte, das aber mit der gesetzlichen Regelung zugunsten der Apotheken aufgeweicht und die tradierte Unterscheidung zwischen Arzt und Apotheker in Frage gestellt wird. An dieser grundsätzlichen Unterscheidung sollte ordnungspolitisch nicht gerüttelt werden.

Zu Artikel 7 Nr. 7 (§ 20c IfSG – Impfungen durch Apotheker)

Vorgeschlagene Regelungen

Apotheker sind unter definierten Voraussetzungen zukünftig, über die bereits bestehenden Impfberechtigungen hinaus, auch zur Durchführung weiterer Schutzimpfungen mit Totimpfstoffen an Personen über 18 Jahren berechtigt, soweit sie erfolgreich ärztlich geschult sind.

Bewertung

Der PKV-Verband begrüßt die definierte, begrenzte Erweiterung der Impfmöglichkeiten in der Apotheke. In Deutschland gibt es teilweise erhebliche Impflücken. Eine Studie der BZgA (heute: BIÖG) ergab, dass praktische Hürden – z. B. das Vergessen eines Impftermins oder der Aufwand des Arztbesuchs – dazu beitragen, dass Impfungen nicht durchgeführt werden. Erfahrungen aus anderen Ländern belegen, dass durch den niedrigschwelligen Zugang zur Apotheke die Impfquoten erheblich gesteigert werden konnten.

Impfungen durch Apotheker stärken den Apotheker als Heilberufler. Impfungen gegen SARS-Cov-2 und Grippe können in Apotheken bereits angeboten werden. Um die präventive Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zu verbessern, ist es daher sinnvoll, auf die bereits bestehen-

den Kompetenzen und die vorgenommenen räumlichen Veränderungen in den Apotheken aufzubauen.

Zu Artikel 7 Nr. 8 (§ 24 IfSG – Feststellung und Heilbehandlung übertragbarer Krankheiten)

Vorgeschlagene Regelungen

Apothekern, in der Apotheke tätigem pharmazeutischen Personal und Pflegefachpersonen in Pflegeeinrichtungen soll die Anwendung von In-vitro-Diagnostika (Schnelltests auf das Adenovirus, Influenza-Viren, das Norovirus, RSV und das Rotavirus) gestattet werden. Unabhängig von der beruflichen Qualifikation sollen In-vitro-Diagnostika, die für Schnelltests auf das HI-Virus, das Hepatitis-C-Virus, SARS-Cov-2-Virus und Treponema pallidum (Auslöser von Syphilis) verwendet werden, gestattet werden.

Bewertung

Die Neufassung wird in der Gesetzesbegründung mit Bezug zur Testinfrastruktur der Pandemiejahre, zur Unterbrechung von Infektionsketten und mit der Stärkung der Eigenverantwortlichkeit begründet. Adressiert werden zwei sehr unterschiedliche Situationen. Ist z.B. in einer Einrichtung der Pflege eine Erkrankung mit Durchfallerregern (Noro-, Rotaviren) bekannt oder mit dringendem Verdacht, kann der Einsatz der Tests die Infektionskette unterbrechen und ist sinnvoll.

Anders gelagert ist die Situation bei einem Patienten mit einer Durchfallerkrankung unbekannter Ursache, der dann einer Testung auf o.g. Keime unterzogen werden soll. Ein negativer Test sagt nichts über die Schwere der Erkrankung oder Symptomatik, kann falsche Sicherheit vortäuschen und eine Arztkonsultation und erforderliche Maßnahmen könnten ggf. sogar unterbleiben.

Grundsätzlich sollte die Behandlung mit Anamnese, Untersuchung, ausgewählter Diagnostik und Therapie aus einer Hand erfolgen. Es ist der Arzt, der entscheiden muss, welche Diagnostik im Rahmen einer bestimmten Krankheitssymptomatik überhaupt angezeigt ist. Der Einsatz von Tests muss in diesem Zusammenhang erfolgen; die Ergebnisse müssen in diesem Kontext ausgewertet werden.

Eine allgemeine Bewerbung der Testdurchführung erscheint deshalb nicht sinnvoll, weil damit der ungerichteten Nutzung in unklaren Erkrankungsfällen Vorschub geleistet wird. Die Nutzung zur Unterbrechung von Infektionsketten braucht keine Werbung, weil die betroffenen Fachpersonen diese Option dann kennen. Auf die Aufhebung des Werbeverbots sollte deshalb verzichtet werden.

III. Weiterer Regelungsbedarf

Mit der im vorliegenden Kabinettsentwurf vorgesehenen Einbeziehung von Arzneimittelzubereitungen für privat krankenversicherte und beihilfeberechtigte Personen in die Hilfstaxe wird eine faire Beteiligung der Versicherten und ihrer Kostenträger an den hohen Rabatten der zubereitenden Apotheken sichergestellt. Dies ist gerade vor dem Hintergrund der außerordentlich hohen Kostensteigerungen für Arzneimittel sehr zu begrüßen. Dies sollte im wohlverstandenen Interesse der Versicherten und Beihilfeberechtigten für jede Abgabe von Zubereitungen gelten, insbesondere auch bei der Abgabe von Zubereitungen durch Krankenhausapotheken.

Eine aktuelle Analyse der vorgesehenen Regelungen hat ergeben, dass für Abgaben durch Krankenhausapotheken an privatversicherte und beihilfeberechtigte Versicherte die verwendeten Fertigarzneimittel weiterhin mit den vollen Listenpreisen der Lauer-Taxe in Rechnung gestellt werden können und die auch von den Krankenhäusern erzielten Rabatte von diesen vollständig einbehalten werden dürfen. Denn nach wie vor findet die Hilfstaxe für Krankenhäuser nur zu Gunsten der GKV (mittelbar als Obergrenze) über die Regelungen des § 129a SGB V Anwendung. Hier wäre eine entsprechende Ergänzung des ApoVWG von Bedeutung. Blicke es beim jetzigen Regelungsentwurf, widerspräche dies der Intention des Gesetzgebers, die auch zur Regelung des § 1 Abs. 3 Nr. 1 AMPreisV ausdrücklich dahingehend formuliert worden ist, dass Privatversicherte und Beihilfeversicherte vor überhöhten Kosten für Zytostatika zu schützen seien (BT-Drs. 18/11449, 41).

Um diesem Schutzzweck auch künftig gerecht zu werden und einen Gleichlauf mit niedergelassenen Apotheken und Herstellerbetrieben sicherzustellen, könnte z.B. eine Ergänzung in § 1 Abs. 3 AMPreisV wie folgt vorgenommen werden:

³Bei Abgabe von parenteralen Zubereitungen aus Fertigarzneimitteln in der Onkologie zur ambulanten Versorgung von substitutiv krankenversicherten Personen gelten die Preise nach § 129 Abs. 5c S.1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend, sofern der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. mit den zugelassenen Krankenhäusern keine abweichende Vereinbarung geschlossen hat.