

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2024 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

1. Sicherstellung der Versorgung

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2024 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Resolution

angenommen

„Mehr Apotheke wagen“

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert die Bundesregierung auf, das von Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach vorgelegte Apothekenreformgesetz abzulehnen. Stattdessen brauchen die Patientinnen und Patienten eine Reform, die die wohnortnahe, sichere Arzneimittelversorgung durch die heilberuflich geführten Apotheken vor Ort nachhaltig stärkt und zukunftsfähig macht.

Die Pläne von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach gefährden die bewährte Versorgung der Bevölkerung massiv. Sie führen zur faktischen Abschaffung der Apothekerinnen und Apotheker in den Apotheken vor Ort und damit zu einem erheblichen Qualitätsverlust in der Patientenversorgung.

Ohne das Fachwissen und die unabhängige Beratung durch Apothekerinnen und Apotheker ist eine sichere und verlässliche Versorgung der Menschen nicht mehr gewährleistet. Für die Patientinnen und Patienten entstehen zudem Leistungskürzungen, weil viele Leistungen der vollversorgenden Apotheken ohne anwesende Apothekerinnen und Apotheker nicht mehr erbracht werden können.

Die Apotheke vor Ort als niedrighschwellige und heilberuflich geführte Einrichtung würde zu einer reinen Abgabestelle degradiert. Dieser Rückschritt wäre verheerend für die Gesundheitsversorgung in Deutschland. Statt Apotheken zu schwächen, müssen ihre Kompetenzen gestärkt und ausgebaut werden.

Zudem fordert die Hauptversammlung die Bundesregierung auf, umgehend finanzielle Soforthilfen für Apotheken bereitzustellen, um die akute Schließungswelle zu stoppen.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2024 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 1.1
angenommen

Antragsteller: Geschäftsführender ABDA-Vorstand

Antragsgegenstand: Vor-Ort-Apotheke als unverzichtbarer Teil einer resilienten Gesundheitsversorgung

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber auf, die Resilienz der inhabergeführten öffentlichen Apotheken in Deutschland zu erhöhen und damit die Arzneimittelsicherheit zu gewährleisten, um das Patient*innenwohl zu schützen und so eine resiliente Gesellschaft zu erhalten. Deshalb wird dazu aufgefordert, verantwortlich mit den vielseitigen Vorschlägen zur Reform im Apothekenwesen umzugehen und in Bezug auf apothekenrelevante Prozesse am Patient*innenwohl orientierte, verlässliche ordnungsrechtliche Rahmenbedingungen sicherzustellen.

Arzneimittel sind beratungsbedürftige und sensibel zu handhabende Güter, deren Abgabe eine besondere Ausbildung sowie Vorsicht, Umsicht und Information erfordern. Der Trivialisierung von Arzneimitteln ist entschieden entgegenzuwirken; insbesondere muss die Apothekenpflicht als wesentliches Instrument des Verbraucherschutzes aufrecht erhalten bleiben. Dies sollte auch zu einer Überprüfung der Anforderungen bei der Abgabe apothekenpflichtiger Arzneimittel im Wege des Fernabsatzes führen.

Je digitaler, automatisierter und damit unpersönlicher der hoch sensible Vorgang der pharmazeutischen Betreuung von Patient*innen ausgestaltet wird, desto mehr wird die hohe Qualität, der aufeinander abgestimmten Prozesse und die auf alle Feinheiten eingehende, unabdingbare persönliche Begleitung der Patient*innen durch Apotheker*innen gefährdet. Die Apotheke vor Ort ist aufgrund des niederschweligen Zugangs und der sozialen Kontaktmöglichkeiten das Bindeglied zwischen allen Teilen der Gesellschaft und der Gesundheitsversorgung.

Es ist unverzichtbar die Apotheke als widerstandsfähige Einrichtung der Gesundheitsversorgung zu erhalten, damit das Apothekenwesen weiterhin einen wesentlichen Beitrag zu einer resilienten Gesellschaft leisten kann.

Begründung

Das System der Arzneimittelversorgung durch die inhabergeführten öffentlichen Apotheken in Deutschland hat sich seit Jahrzehnten bewährt. Durch technische Fortschritte, die Digitalisierung und die Einführung des E-Rezepts stehen die Apotheken aber vor besonderen Herausforderungen. Bewährt haben sich die Bindung des Arzneimittels an eigenverantwortlich, frei- und heilberuflich von Apotheker*innen geführte Apotheken, flankiert durch einheitliche Abgabepreise bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln und eine Fokussierung auf den Leistungs- anstelle eines ausschließlich an merkantilen Zielen ausgerichteten Preiswettbewerbs. Die zum Schutz dieses Vertriebsweges geschaffenen Instrumentarien sind zu stärken und zu gewährleisten.

Dabei ist einerseits das hohe Gesundheitsschutzniveau für Patient*innen zu wahren, und andererseits für inhabergeführte öffentliche Apotheken existenzgefährdende Marktverhältnisse zu verhindern. Mit der Apothekenpflicht, der apothekerlichen Kompetenz in jeder Betriebsstätte und dem Fremd- und Mehrbesitzverbot sowie dem einheitlichen Apothekenabgabepreis für verschreibungspflichtige Arzneimittel, unterhält der Gesetzgeber ein Ordnungssystem, das diese Ziele im Zusammenwirken all seiner Elemente erreicht, sie aber verfehlt, wenn einzelne Elemente in Frage gestellt oder beseitigt werden.

Eine Verkaufsstelle ohne Apotheker*in ist keine Apotheke. Einem Systemwechsel von der inhabergeführten öffentlichen Apotheke zu einem Apothekenladen ohne Apotheker*in ist entschieden entgegenzuwirken und gefährdet im erheblichen Maße die verfassungsrechtlichen Rechte der Patient*innen. Das Bundesverwaltungsgericht äußerte sich zu der Bindung der Abgabe von Arzneimitteln an die Aufsicht des*der Präsenzapotheker*in dahingehend, dass diese „bezweckt im Interesse einer geordneten Arzneimittelversorgung und damit zum Schutze der Gesundheit der Bevölkerung eine unkontrollierte Arzneimittelabgabe zu verhindern und eine fachkundige Information und Beratung durch den Apotheker und sein pharmazeutisches Personal sicherzustellen“.¹

Angesichts der Zuständigkeit der Mitgliedstaaten für die Organisation ihrer Gesundheitssysteme (Artikel 168 AEUV) und der diese Grundvorgabe berücksichtigenden EU-Richtlinien und -Verordnungen sowie der EuGH-Rechtsprechung, obliegt es dem deutschen Gesetzgeber, entsprechende gesundheitspolitische Wertungen und Grundentscheidungen zu treffen. Ein Wechsel des geordneten und gesicherten Systems der Arzneimittelversorgung für die Bevölkerung durch den*die Präsenzapotheker*in in einer voll ausgestatteten Apotheke hin zu einem Minus an dessen, was die derzeitigen Regelungen des Apothekengesetzes und der Apothekenbetriebsordnung beschreiben, entspräche nicht der durch die Bundesregierung sicherzustellenden flächendeckenden und sicheren Versorgung der Patient*innen durch Personen mit verfassungsrechtlich begründet hohen Fachkenntnissen.

Es ist Aufgabe und Verpflichtung des Staates, das Primat der öffentlichen Apotheken vor Ort in Abgrenzung zum Arzneimittelladen sicherzustellen und zu unterstützen, wenn er für eine optimale Arzneimittelversorgung Sorge tragen will. Er hat dabei auch einer Trivialisierung des Arzneimittels entgegenzuwirken, die zwangsläufig entsteht, wenn, beispielsweise durch Arzneimittelläden, Versandhandel, Plattformökonomien und Preisdumping, es im Hinblick auf Vertrieb und Liefervorgang von einem beliebigen Konsumgut nicht mehr unterscheidbar ist. Patient*innen, die den besonderen Charakter des Arzneimittels nicht mehr erkennen, nehmen auch die Medikation nicht mehr als Risikoprozess wahr, für den sie erforderlichen Rat suchen, annehmen und dauerhaft befolgen. Der Schutzgedanke für die Gesundheit der einzelnen Patient*innen, welcher die Verschreibungs- und Apothekenpflicht rechtfertigt, wird in jüngerer Zeit durch einige Reformvorschläge seitens des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) gerade im Hinblick auf den Arzneimittelladen und Kettenstrukturen gefährdet.

¹ BVerwG Urteil vom 18. Oktober 2012, Az.: 3 C 25/11, Rn. 15.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2024 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache L 1 zu
1.2.1 - 1.2.2
angenommen

Antragsteller: Landesapothekerkammer Hessen
Apothekerkammer Nordrhein

Antragsgegenstand: Apotheke nur mit Apotheker*in

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber auf, unverzüglich Maßnahmen zu ergreifen, um die bewährte Struktur zur Sicherstellung der Arzneimittelversorgung der Bevölkerung durch öffentliche Apotheken zu schützen und zu stärken, statt durch die Etablierung neuer, qualitativ geringwertiger Abgabestellen, wie Apothekenfilialen ohne Apotheker*in oder Arzneimittelausgabestellen in Notfallzentren, nachhaltig zu schwächen.

Insbesondere ist das verfassungsrechtlich legitimierte Leitbild des*der Apotheker*in in seiner*ihrer Apotheke zu beachten und zu erhalten.

Begründung

Die öffentlichen Apotheken sichern in Deutschland seit Jahrzehnten die Arzneimittelversorgung der Bevölkerung auf einem unverändert hohen qualitativen Niveau. Tagtäglich erkennen Apotheker*innen im direkten Patient*innengespräch Probleme und Unklarheiten, die vor der Abgabe des Arzneimittels - häufig auch mit dem*der verordnenden Arzt*Ärztin - geklärt werden müssen. Hierfür ist die apothekerliche Präsenz unabdingbar. Trotz der Lieferengpässe für viele, lebenswichtige Arzneimittel in einem nicht gekannten Ausmaß seit Bestehen der Bundesrepublik, schaffen es die in den öffentlichen Apotheken tätigen Apotheker*innen Tag für Tag die Patient*innen zu versorgen. Dies gelingt nur mit hohem persönlichem Einsatz sowohl der Angestellten als auch der Apothekeninhaber*innen. Trotz dieses Einsatzes, trotz der Tatsache, dass die öffentlichen Apotheken während der Corona-Pandemie mit der Organisation der Maskenausgabe, dem Angebot von Corona-Tests oder der Ausstellung der Impfbefreiungsscheine wesentlich dafür verantwortlich waren, dass Deutschland und das deutsche Gesundheitswesen die Pandemie gemeistert haben, trotz des Engagements der Apothekerschaft bei der Umsetzung des E-Rezeptes, enthält die vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) verantwortete Politik den Apotheken eine gerechte Entlohnung seit Jahren vor.

Und statt endlich das Apothekenhonorar merklich zu erhöhen, versucht das BMG jetzt die bestehenden Strukturen und den Beruf des*der Apotheker*in als arzneimittelfachkundige Person zu schwächen und Abgabestellen zu etablieren, in denen den Patient*innen die Kompetenz der Apotheker*innen nicht mehr oder nur noch vermittelt über Dritte zur Verfügung steht. Diese unverantwortliche Politik führt zwangsläufig zu Arzneimittelabgabestellen, die mit einer öffentlichen Apotheke heutigen Zuschnitts nur noch wenig gemein haben und für die Patient*innen eine deutliche Verschlechterung ihrer Versorgung bedeuten. Diese Politik tragen wir als Berufsstand nicht mit!

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2024 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 1.3
Änderungsantrag angenommen

Antragsteller: Apothekerverband Nordrhein e. V.
Apothekerkammer Hessen

Antragsgegenstand: Verzicht auf das Apotheken-Reformgesetz (ApoRG) in
aktueller Fassung

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, auf ein Apotheken-Reformgesetz (ApoRG) zu verzichten, sofern es Strukturveränderungen vorsieht, die Apotheken ohne Apotheker*innen zu etablieren und öffentliche Apotheken nach einer über 10 Jahren nicht erfolgten Honoraranpassung in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) immer noch nicht ausreichend zu finanzieren.

Begründung

Es kann und darf niemals ein ernsthaftes Ziel einer Bundesregierung sein, als Gesetzgeber Weichenstellungen im Gesundheitswesen vorzunehmen, mit denen die Qualität bei der Arzneimittel- und Gesundheitsversorgung der Bürger*innen irreparabel und durchgängig auf ein unverantwortliches Niveau reduziert wird. Das gilt auch für eine Degradierung von Arzneimitteln zum Konsumgut und der Verzichtbarkeit der Apotheke und des*der Apotheker*in, indem der Gesetzgeber die umfassende Arzneimittelversorgung faktisch negiert und durch reine Logistik und Handel ersetzen will. Ein solches Vorhaben ist verantwortungslos und würde zu einer gravierenden Verschlechterung der Arzneimitteltherapie- und der Patient*innensicherheit führen und sogar absehbar die Sozialsysteme mit Folgekosten belasten. Die inhabergeführte Apotheke würde nicht nur finanziell und strukturell ruiniert, sondern auch eine massenhafte Vernichtung von Arbeitsplätzen für approbierte Apotheker*innen und die Anbahnung für die Zulassung des Fremdbesitzes an Arzneimittelvertriebsstellen wären weitere drastische Konsequenzen. Durch die Zulassung von Betriebsstätten, die ohne vor Ort anwesende*n Apotheker*in betrieben werden, wird der Begriff „Apotheke“ des ihn ausmachenden Wesenskerns entwertet, die Apothekenpflicht faktisch abgeschafft.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2024 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 1.4
angenommen

Antragsteller: Apothekerkammer Berlin

Antragsgegenstand: Freiberuflichkeit schützen und weiterentwickeln

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert die Bundesregierung auf, politische Rahmenbedingungen zu schaffen, die alle freien Berufe schützen und fördern. Die freien Berufe schützen mit ihrer Unabhängigkeit gegenüber starken wirtschaftlichen Interessen und strengen Regularien durch den Staat die Bevölkerung vor Übervorteilung in daseinsvorsorgenden Bereichen. Der akademische freie Heilberuf Apotheker*in muss gerade in den Apotheken gefördert werden, um eine nachhaltige und qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Bewährte Strukturen sind nicht nur zu erhalten, sondern auch zukunftsfähig zu gestalten. Fehlentwicklungen, wie einer deutlichen Qualitätsminderung der Arzneimittelversorgung der Bevölkerung durch Verzicht auf die Anwesenheit von Apotheker*innen, ist entschieden entgegenzuwirken.

Begründung

Die freien Berufe sind ein Grundfeiler der Demokratie und schützen die Bevölkerung in existentiellen Bereichen im staatlichen Auftrag und mit einer starken Selbstverwaltung. Apotheker*innen versorgen die Bevölkerung tagtäglich mit Arzneimitteln. Grundlagen dafür sind eine hohe Eigenverantwortlichkeit und die Unabhängigkeit gegenüber jeglicher Einflussnahme durch Dritte. Ob ein*e Apotheker*in selbstständig arbeitet oder angestellt ist, spielt dabei keine Rolle. Um eine hochwertige Arzneimittelversorgung zu erhalten, ist es unerlässlich, das Prinzip der Freiberuflichkeit zu schützen und zu fördern. Dies erfordert politische und finanzielle Rahmenbedingungen, die eine unabhängige und eigenverantwortliche Tätigkeit ermöglichen und eine angemessene Vergütung sicherstellen.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2024 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 1.5
angenommen

Antragsteller: Apothekerkammer Nordrhein

Antragsgegenstand: Weiterentwicklung der Arzneimittelversorgung im Rahmen der Notfallversorgung nur mit verantwortlicher Rolle der Apothekerschaft

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber auf, bei gesetzgeberischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Arzneimittelversorgung im Notdienst die rechtliche Verantwortung der Apotheken bzw. der Apothekerkammern in allen Bereichen zu wahren und ggf. die rechtlichen Möglichkeiten der verfassten Apothekerschaft zur Sicherstellung der Arzneimittelversorgung in integrierten Notfallzentren (INZ) zu erweitern.

Begründung

Mit dem Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung (NotfallG) soll die Verantwortung für Arzneimittelversorgung in integrierten Notfallzentren an Organisationen außerhalb der Apothekerschaft übertragen werden. Die Verantwortlichkeit für den Abschluss eines Versorgungsauftrages einer Apotheke soll bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und dem jeweiligen Krankenhausträger liegen. Die in den meisten Bundesländern rechtlich verankerte für die Sicherstellung des Notdienstes muss in den Händen der Apothekerschaft verbleiben. Deshalb sind Apothekerkammern auch in den Kreis der Beteiligten des Gemeinsamen Landesgremiums aufzunehmen. Auch ist zu überlegen, ob und wie verfassten Apothekerschaft gesetzliche Möglichkeiten zur Sicherstellung der Arzneimittelversorgung in INZ in Verantwortung der beruflichen Selbstverwaltung geschaffen werden.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2024 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 1.6
angenommen

Antragsteller: Landesapothekerkammer Hessen

Antragsgegenstand: Strategiepapier 2040

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker spricht sich dafür aus, basierend auf dem Perspektivpapier 2030 ein Strategiepapier 2040 und mit einer breiten Basis zu entwickeln, um dem demographischen Wandel zu begegnen.

Begründung

Der demographische Wandel wird zum Ende des Jahrzehntes massiv spürbar werden. Innerhalb weniger Jahre wird die Zahl der über 70-jährigen Menschen drastisch zunehmen und zeitgleich die Anzahl der Leistungserbringer im Gesundheitssystem rapide abnehmen. Die 67- bis 79-Jährigen werden von heute ca. 10 Millionen auf ca. 15 Millionen in 2035/2036 ansteigen. Die über 80-jährigen werden sich gegenüber heute bis 2050 verdoppeln.

Um in den 2030er eine flächendeckende Versorgung mit Arzneimitteln aus der öffentlichen Apotheke vor Ort gewährleisten zu können, müssen wir in den nächsten 1-2 Legislaturperioden die Weichen stellen. Als erster Schritt sollte ein Strategiepapier auf Basis unseres Perspektivpapiers 2030 erarbeitet werden, dass die pharmazeutische Versorgung der Patient*innen ganzheitlich unter Einbeziehung der fortschreitenden Technisierung betrachtet und der Politik unsere Vorschläge für diese gesamtgesellschaftliche Herausforderung darlegt.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2024 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 1.7
angenommen

Antragsteller: Apothekerkammer Berlin
Berliner Apotheker-Verein
Apotheker-Verband Berlin (BAV) e. V.

Antragsgegenstand: Zuerst in die Apotheke vor Ort

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber auf, im Dialog mit der ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V. und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung KdöR (KBV) geeignete Maßnahmen abzustimmen und zu ergreifen, um Apotheken als zusätzliche Säule der Erstversorgung bzw. Ersteinschätzung von leichteren akuten Erkrankungen als honorierte Leistung fest im Gesundheitswesen zu etablieren, wie es in anderen europäischen Ländern wie Großbritannien oder der Schweiz bereits der Fall ist.

Begründung

Das Gesundheitswesen in Deutschland steht vor großen Herausforderungen. In den kommenden Jahren wird sich das Verhältnis von gesetzlich Krankenversicherten, die das Rentenalter erreichen und vermehrt auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Pflegeversicherung angewiesen sind, zu den GKV-Versicherten, die in einem Beschäftigungsverhältnis sind und in deutlich geringerem Ausmaß Leistungen der GKV in Anspruch nehmen müssen, drastisch verändern. Die Ausgaben für die gesetzlichen Krankenkassen werden demzufolge unweigerlich weiter steigen, während die Zahl der in der Gesundheitsversorgung tätigen Fachkräfte deutlich sinken wird. Um die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung dennoch auch künftig weiter sicherzustellen, wird die fortschreitende Digitalisierung im Gesundheitswesen einen wesentlichen, aber dennoch nicht ausreichenden Beitrag leisten. Daher gilt es, schon heute die Weichen für die kommenden Jahrzehnte richtig zu stellen und sämtliche Ressourcen im Gesundheitswesen entsprechend ihren Kenntnissen und Fähigkeiten optimal zu nutzen. Apotheker*innen und Vor-Ort-Apotheken können in diesem Kontext aufgrund ihrer Ausbildung sowie des einfachen wohnortnahen Zugangs der Vor-Ort-Apotheken eine tragende Rolle einnehmen. Sie können die Funktion der ersten Anlaufstelle bei gesundheitlichen Problemen einnehmen, die nach ggf. digital gestützter Einschätzung der Betroffenen keinen lebensbedrohlichen Zustand darstellen. Im Rahmen der assistierten Telemedizin besteht darüber hinaus die Möglichkeit, Ärzt*innen digital zuzuschalten, wenn der Zustand der Betroffenen eine ärztliche Konsultation, ggf. auch die Verordnung eines rezeptpflichtigen Arzneimittels erfordert. In der Regel ist es für von leichten akuten Erkrankungen Betroffene mit weniger Aufwand verbunden, sich zunächst an eine nahegelegene Apotheke zu wenden. Darüber hinaus könnten auf diese Weise Ersteinschätzungsstellen in integrierten Notfallzentren entlastet werden. Anders als vom Bundesgesundheitsminister derzeit mit dem Notfallreformgesetz vorgesehene Maßnahmen zur Sicherstellung der Arzneimittelversorgung in Notdienstpraxen, die

u. a. die Einrichtung einer zweiten Offizin an diesen Standorten vorsieht, ist es insbesondere vor dem Hintergrund der Sicherstellung der Gesundheits- und Arzneimittelversorgung aller Menschen ressourcensparender, wenn die Betroffenen sich zunächst an eine Apotheke in ihrer Nähe wenden, in der sie in den meisten Fällen unmittelbar mit notwendigen Arzneimitteln versorgt werden können.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2024 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 1.8
in den Ausschuss verwiesen

Antragsteller: Landesapothekerkammer Hessen
Apothekerkammer Nordrhein
Apothekerkammer Berlin

Antragsgegenstand: Symptom-Checker – Apotheken als Anlaufstelle für Patient*innen

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker spricht sich dafür aus, dass Apotheken als Anlaufstelle bei Symptom-Checkern für Erkrankungen genannt werden.

Begründung

Immer mehr Anbieter stellen online sogenannte Symptom-Checker zur Verfügung, die Patient*innen eine erste Orientierung bei der Einschätzung ihrer Beschwerden geben sollen. Das Ergebnis dieser Checker beschränkt sich jedoch meist auf die Empfehlung, entweder sofort, bei Gelegenheit oder gar nicht einen*eine Arzt*Ärztin aufzusuchen. Die wohnortnahe Apotheke als niedrighschwellige Anlaufstelle für eine kompetente Erstberatung bleibt dabei unerwähnt, obwohl sie gerade bei Symptomen, die durch Selbsttherapie behandelbar sind, eine wichtige Rolle im Gesundheitssystem spielen kann.

Wir sind daher der Überzeugung, dass Symptom-Checker auch auf die Möglichkeit hinweisen sollten, sich in einer Apotheke Rat zu holen, wenn die Beschwerden in den Bereich der Selbsttherapie fallen. Denn Apotheker*innen können mit ihrer Expertise weiterhelfen und den*die Patient*in fachkompetent beraten. Sie leisten damit auch einen wertvollen Beitrag zur Entlastung der ärztlichen Versorgung.

Um ein stärkeres Bewusstsein für diesen Beitrag der Apotheken zu schaffen und Patient*innen bestmöglich zu unterstützen, plädieren wir nachdrücklich dafür, die Apotheke als Anlaufstelle konsequent in die Handlungsempfehlungen von Symptom-Checkern zu integrieren. Wo immer möglich, sollte die Apotheke als wohnortnahe, kompetente und niedrighschwellige Erstanlaufstelle bei leichteren Beschwerden erwähnt und empfohlen werden. Dies käme letztlich allen Beteiligten und den Patient*innen im Gesundheitssystem zugute.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2024 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

ad hoc-Antrag 1.9
angenommen

Antragsteller: Robin Brünn, Otto Quintus Russe, Renè Waigand,
Stephan Tang, Annette Dunin v. Przychowski,
Maximilian Buch, Karl Sydow, Beatrice Teschner,
Daniela Kolberg, Stephanie Trede

Antragsgegenstand: Ablehnung der Satzungsänderung der ABDA

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker versteht sich weiterhin selbstverständlich als ein wesentliches Organ der verfassten Apothekerschaft. Vor diesem Hintergrund sind die von der ABDA-Mitgliederversammlung getroffenen und den Apothekertag betreffenden Änderungen der Satzung (§§ 2 und 4 Abs. 2 und 4) abzulehnen.

Die ABDA-Mitgliederversammlung wird aufgefordert, diese Änderungen zu revidieren und weitergehend zu prüfen, inwieweit der Apothekertag als legitimes Gremium der Apothekerschaft ausgebaut und gestärkt werden kann.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2024 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

ad hoc-Antrag 1.11
angenommen

Antragsteller: Sächsische Landesapothekerkammer
Sächsischer Apothekerverband e.V.

Antragsgegenstand: Apothekenreformgesetz

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert das BMG auf, mit der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V. (ABDA) unverzüglich in einen konstruktiven und strukturierten Abstimmungsprozess zur Sicherung der flächendeckenden Arzneimittelversorgung über inhabergeführte Apotheken einzutreten. Eine Blockadehaltung des BMG gegenüber der verfassten Apothekerschaft ist in diesem Zusammenhang weder angebracht noch zielführend.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2024 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

ad hoc-Antrag 1.12
angenommen

Antragsteller: Landesapothekerkammer Rheinland-Pfalz

Antragsgegenstand: Begleittext zu Arzneimittelwerbung

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber auf, den Pflichthinweis gemäß § 4 Abs. 3 HWG wie folgt anzupassen: "Zu Risiken und Nebenwirkungen lesen Sie die Packungsbeilage und holen Sie apothekerlichen oder ärztlichen Rat ein."

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2024 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

ad hoc-Antrag 1.13
angenommen

Antragsteller: Apothekerverband Nordrhein e. V.

Antragsgegenstand: Lieferengpässe von Medikamenten

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber angesichts gravierender Lieferengpässe bei Arzneimitteln dringend auf, die öffentlichen Apotheken so zu stärken, dass eine schnellere und effizientere Versorgung von Patientinnen und Patienten gewährleistet wird und so Therapieverzögerungen vermieden werden.

Gleichzeitig würden die verordnenden Ärztinnen und Ärzte von bürokratischem und zeitlichem Aufwand entlastet. Dafür müssen Apothekerinnen und Apotheker mehr Handlungsspielraum beim Austausch von verordneten Arzneimitteln bekommen. Es muss verhindert werden, dass betroffene Patienten in ein Karussell zwischen Arztpraxis und Apotheke kommen, wenn ein Arzneimittel nicht lieferbar ist.

Dafür müssen zunächst die folgenden Rahmenbedingungen gewährleistet sein:

- Die Austauschregeln, die während der Pandemiezeit galten, müssen wieder gelten und sogar erweitert werden.
- Dokumentationen, insbesondere gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen, müssen so minimalisiert werden, dass Taxbeanstandungen weitgehend ausgeschlossen werden.
- Für den zusätzlichen Aufwand bei der Bewältigung von Lieferengpässen muss ein angemessener finanzieller Ausgleich geschaffen werden. Die Lieferengpasspauschale muss angehoben werden.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2024 – München
Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

2. Rahmenbedingungen der Berufsausübung

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2024 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 2.1
angenommen

Antragsteller: Apothekerverband Nordrhein e. V.

Antragsgegenstand: Öffentliche Apotheken stärken, Arzneimittelversorgung flächendeckend sichern

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, öffentliche Apotheken zu stärken, damit die Arzneimittelversorgung flächendeckend gesichert ist.

Für eine gesicherte Arzneimittelversorgung der Bevölkerung müssen die folgenden Rahmenbedingungen gewährleistet sein, damit Apotheken ihren Versorgungsauftrag weiterhin wahrnehmen können:

- Die Kernaufgaben der Apotheken müssen dringend angemessen honoriert werden. Das kann nur durch eine seit über 10 Jahren nicht erfolgte Erhöhung des in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) festgelegten Fixums geschehen.
- Darauf aufbauend muss das Fixum durch einen regelhaften Mechanismus an die Kostenentwicklungen angepasst werden (regelhafte Dynamisierung), ohne dass es gesonderte Maßnahmen des Gesetzes- oder Verordnungsgebers bedarf.
- Der Kassenabschlag ist angesichts der enormen Einsparungen durch Apotheken im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (allein etwa 5 Milliarden pro Jahr) durch die Umsetzung der Rabattverträge der Krankenkassen nicht mehr zeitgemäß und muss abgesenkt werden.
- Zusätzlich müssen Sonderleistungen wie Botendienste, Betäubungsmitteldokumentation oder Rezepturanfertigung angemessen honoriert werden.
- Elektronische Verordnungen (E-Rezept) sollen frei von Formfehlern sein, wenn sie von der Apotheke aus der Telematikinfrastruktur (TI) abgerufen werden. Solange die Praxisverwaltungssysteme dies nicht sicherstellen können, sind Taxbeanstandungen aufgrund von Formfehlern auszuschließen. Im Interesse der Patient*innen müssen daher schnellstmöglich geeignete Maßnahmen ergriffen werden, die zumindest während der üblichen Praxis- und Apotheken-Öffnungszeiten das Ausstellen und Einlösen von E-Rezepten über die Elektronische Gesundheitskarte (eGK), den Ausdruck und die E-Rezept-App der gematik störungsfrei sicherstellen.
- Die Austauschregeln, die während der Pandemiezeit galten, sollen weiter verstetigt werden. Hier muss dringend nachgebessert werden durch Austauschregeln im gedachten Sinn und eine deutliche Erhöhung der Lieferengpasspauschale. Für den zusätzlichen Aufwand bei der Bewältigung von Lieferengpässen muss ein angemessener finanzieller Ausgleich geschaffen werden.

- Die Handlungsfreiheiten von Apotheker*innen müssen dringend ausgeweitet werden: Größere Entscheidungsfreiheiten ermöglichen eine schnellere und effizientere Versorgung von Patient*innen und vermeiden in deren Interesse Therapieverzögerungen insbesondere bei Lieferengpässen. Gleichzeitig werden die verordnenden Ärzt*innen von bürokratischem und zeitlichem Aufwand entlastet.
- Es ist eine Klarstellung in der AMPreisV erforderlich, nach der echte Skonti zusätzlich zum Rabatt ausdrücklich gestattet sind.
- Ablehnung der geplanten Apothekenreform, bei der Apotheken ohne Apotheker*in etabliert werden sollen.

Begründung

Die Umsetzung dieser Forderungen muss als Stärkung der öffentlichen Apotheken gewährleistet sein, damit die Arzneimittelversorgung für Bürger*innen durch öffentliche Apotheken flächendeckend auch zukünftig gesichert bleibt.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2024 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 2.2
in den Ausschuss verwiesen

Antragsteller:	Apothekerkammer Nordrhein Bayerische Landesapothekerkammer
Antragsgegenstand:	Implementierung der Telepharmazie unter Wahrung der Arzneimitteltherapiesicherheit

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, die Rahmenbedingungen für Telepharmazie unter Wahrung der Arzneimitteltherapiesicherheit und des hohen Gesundheitsschutzniveaus für die Bevölkerung festzulegen. Unter Telepharmazie im Sinne dieses Antrags werden alle patient*innenindividuellen Kommunikationsvorgänge im Rahmen pharmazeutischer Leistungen, welche durch entsprechend befugtes und angestelltes Personal der Apotheke auf räumlicher Distanz unter Nutzung synchroner und asynchroner digitaler Kommunikationswege erbracht werden, verstanden. Dabei müssen insbesondere datenschutzrechtliche sowie apotheken- und arzneimittelrechtliche Vorgaben – wie räumliche und technische Anforderungen, Einsatz von durchgehend, weisungsgebundenen Apothekenpersonal unter Verantwortung der Apothekenleitung – eingehalten werden. Sie umfasst sowohl die Kommunikation zwischen Apotheke und Patient*in, sofern die persönliche Anwesenheit des*der Kund*in bzw. Patient*in aus fachlicher Sicht nicht geboten ist, als auch die inter- und intraprofessionelle Kommunikation.

Begründung

Der direkte, physische Patient*innenkontakt soll auch künftig der primäre, bevorzugte Kommunikationsweg zwischen pharmazeutischen Personal und Kund*innen bleiben; zumindest der Erstkontakt sollte in der Apotheke stattfinden. Im Zeitalter der Digitalisierung und einer zunehmend älter werdenden Bevölkerung sind jedoch in bestimmten (Einzel-)Fällen weitere Formen der Information und Beratung sowie des inter- und intraprofessionellen Austausches unter Nutzung synchroner und asynchroner Kommunikationswege erforderlich. Hierfür sind jedoch zwingend entsprechende Standards im Hinblick auf die Wahrung des Datenschutzes, aber auch apotheken- und arzneimittelrechtliche Vorgaben (u. a. Einsatz des jeweiligen Apothekenpersonals entsprechend ihrer Qualifikation, räumliche und technische Anforderungen) festzulegen.

Einerseits wird Telepharmazie auf eine pharmazeutische Beratung insbesondere von Kund*innen oder Patient*innen durch befugtes Personal der Apotheke mittels einer synchronen Echtzeit-Videoverbindung beschränkt. Andererseits gibt es bereits jetzt schon Überlegungen zu „telepharmazeutischen Modellen“ mittels Einbindung von Künstlicher Intelligenz, respektive Avataren. Umso wichtiger ist es, im Sinne der Fortentwicklung der Telepharmazie und des Erhalts einer flächendeckenden und qualitativ hochwertigen Arzneimittelversorgung für die zunehmend älter, aber auch digital affiner werdende Bevölkerung Rahmenbedingungen für und Anforderungen an einen gezielten Einsatz der Telepharmazie zu definieren, um deren qualitätsgesicherten Einsatz in Apotheken zu garantieren.

Die zu implementierenden Rahmenbedingungen sollen dafür Sorge tragen, dass der etablierte hochstehende Versorgungsstandard der vollversorgenden Apotheken weiter im Sinne der verantwortlichen Arzneimittelversorgung der Bevölkerung gestärkt und visionär gestaltet wird und in keinem Fall dazu führen, dass bestehende pharmazeutische Standards untergraben werden.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2024 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 2.3
angenommen

Antragsteller: Apothekerkammer Hamburg

Antragsgegenstand: Verbesserung der Versorgung von Patient*innen durch das Angebot assistierter Telemedizin in Apotheken

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker spricht sich dafür aus, assistierte Telemedizin in Apotheken anzubieten. Hierzu sollen verschiedene Szenarien des Einsatzes der assistierten Telemedizin aktiv in die Verhandlungen zur Ausgestaltung und Honorierung nach § 129 Absatz 5h Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zwischen dem Deutschen Apothekerverband e. V. (DAV) und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) eingebracht werden.

Begründung

Mit dem Digitalgesetz, das am 26. März 2024 in Kraft getreten ist, haben Apotheken die Möglichkeit erhalten, assistierte Telemedizin anzubieten (Vgl. §129 Absatz 5h SGB V).

Die assistierte Telemedizin kann die Patient*innenversorgung dabei in verschiedenen Bereichen verbessern.

Ein Versorgungs-Szenario für die assistierte Telemedizin ist beispielsweise die Versorgung von Patient*innen in Not- und Akutsituationen. Das Thema Notfallversorgung hat politisch aktuell einen hohen Stellenwert. Der Referentenentwurf zur Reform der Notfallversorgung vom 3. Juni 2024 sieht die Versorgung von Patient*innen über integrierte Notfallzentren vor. Die Medikamentenabgabe soll nach dem Entwurf in bestimmten Fällen dort auch durch ein Dispensierrecht der Ärzt*innen erfolgen.

Die Antragstellerin spricht sich dafür aus, im Rahmen der Notfallversorgung die Möglichkeit der assistierten Telemedizin anzubieten, um Patient*innen niederschwellig zu versorgen und Notarztpraxen und Notaufnahmen zu entlasten. Viele Patient*innen können von einer assistierten telemedizinischen Versorgung in Apotheken profitieren, vor allem außerhalb der regulären Öffnungszeiten von Arztpraxen in Notfallsituationen, in denen eine schnelle und kompetente medizinische Hilfe erforderlich ist.

Praxisbeispiel: Bei einem Harnwegsinfekt könnte der*die Patient*in statt in die Notaufnahme in die Apotheke kommen (die er*sie häufig sowieso vor der Notaufnahme aufsucht). Dort bekommt er*sie den Hinweis auf ein telemedizinisches Angebot. Die Apothekenmitarbeitenden assistieren technisch bei der telemedizinischen Sitzung und können bei Bedarf auch unterstützend z. B. eine Urinuntersuchung mit Urinteststreifen durchführen und dem*der Arzt*Ärztin zur Auswertung vorlegen. Es erfolgt eine entsprechende Honorierung für die Apothekenleistung. Assistierte Telemedizin in Apotheken kann damit einen wichtigen Beitrag zur Entlastung der Notaufnahmen leisten, die häufig an oder über ihren Kapazitätsgrenzen laufen. Auch eine Kosteneinsparung für das Gesundheitswesen wird dadurch erwartet.

Eine Kooperation mit der Ärzteschaft ist explizit gewünscht. So werden seitens der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) im Bereich Notfallversorgung schon heute telemedizinische Angebote gemacht. In Kooperation mit dem flächendeckenden Netz der Apotheken vor Ort kann die Qualität und die Effizienz der Gesundheitsversorgung erhöht und die Patient*innen-Zufriedenheit gesteigert werden.

Dieses Beispiel zeigt nur einen Sachverhalt im Bereich der Notfallversorgung auf.

Wir sind der Überzeugung, dass die assistierte Telemedizin neben der Notfallversorgung aber auch als Teil der Akut-Versorgung und Chroniker*innen-Versorgung zu den normalen Öffnungszeiten eingesetzt werden kann, um zu einer Entlastung der Arztpraxen und einer schnellen und unkomplizierten Versorgung von Patient*innen beizutragen. Hierzu sollten verschiedene Indikationen zwischen den Verhandlungspartnern festgelegt werden, bei deren Auftreten eine solche assistierte telemedizinische Leistung sinnvoll in Apotheken für die Patient*innen angeboten werden kann. Insbesondere in strukturschwachen Gebieten kann dieser Service einen wertvollen Zusatznutzen für in ihrer Mobilität eingeschränkte Patient*innen bieten, um lange Wege zu sparen. Es soll daher ausdrücklich keine Beschränkung auf allein die genannten beispielhaften Anwendungsszenarien stattfinden, sondern als allgemeine Leistung in Apotheken freiwillig etabliert werden können. Bei der Vereinbarung der Honorierung zwischen den Vertragspartnern sollten die unterschiedlichen Versorgungsszenarien entsprechend gewertet und berücksichtigt werden.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2024 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 2.4
angenommen

Antragsteller: Apothekerkammer Nordrhein

Antragsgegenstand: Regulatorische Rahmenbedingungen für den Einsatz des pharmazeutischen Personals in Apotheken

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker spricht sich unter Beachtung der uneingeschränkten persönlichen Leitungsverantwortung des*der Apotheker*in dafür aus, Konzepte für den intelligenten Einsatz des pharmazeutischen Personals zu entwickeln.

Begründung

Die vollumfängliche Erfüllung des gesetzlichen Versorgungsauftrag des § 1 Absatz 1 Apothekengesetz (ApoG) kann nur durch Apotheker*innen erfüllt werden.

Die Gesundheitsministerkonferenz der Länder vom 12. und 13. Juni 2024 hat in ihrem Beschluss „Erhalt der wohnortnahen Arzneimittelversorgung durch die inhabergeführte Vor-Ort-Apotheke“ festgestellt, dass die persönliche, fachkundige Medikationsberatung durch approbierte Apotheker*innen wesentlich zur Therapietreue, zur Anwendungssicherheit und damit zum Therapieerfolg beiträgt und damit einen wertvollen Beitrag bei der angespannten Arzneimittelversorgungslage leistet.

Pharmazeutische Tätigkeiten von pharmazeutischen-technischen Assistent*innen müssen daher ausnahmslos unter Aufsicht eines*einer Apotheker*in erfolgen. Vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels und unter Nutzung eventueller telepharmazeutischer Möglichkeiten, sollte der Berufsstand eine verantwortliche Diskussion zum intelligenten Einsatz des pharmazeutischen Personals in Apotheken führen und eigene Konzepte zur zukünftigen Sicherstellung der Arzneimittelversorgung entwickeln.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2024 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 2.5
Änderungsantrag angenommen

Antragsteller: Geschäftsführender ABDA-Vorstand
Dr. Christian Fehske, Dr. Stefan Schäfer,
Katharina Klaas, Björn Schittenhelm, Dr. Robin Brunn,
Edward Mosch, Jörg Nolten, Matthias Köhler,
Dr. Stephan Barrmeyer, Anne-Kathrin Haus

Antragsgegenstand: Honorierung

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Verordnungsgeber auf, die Apothekenvergütung gemäß Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) sofort angemessen zu erhöhen. Hierzu bedarf es einer deutlichen Erhöhung des Fixentgelts ohne Absenkung des 3%igen Honorierungsanteils für die Versorgung der Patient*innen mit verordneten Rx-Fertigarzneimitteln inklusive eines angemessenen, jährlichen Dynamisierungsmechanismus und einer Erhöhung der Entgelte für die diversen Sonderleistungen der wohnortnahen Apotheken, wie z. B. Botendienste, Anfertigung von Rezepturen und Nacht- und Notdienste.

Begründung

Die Kostensteigerungen der letzten Jahre setzen den Apothekenbetrieb enorm unter Druck. Hinzu kommt, dass das Apothekenhonorar von der wirtschaftlichen Entwicklung beinahe vollständig abgekoppelt ist und es seit 2013 politisch versäumt wurde, diesem Trend mit einer Anpassung der apothekerlichen Vergütung entgegenzutreten.

Im Jahr 2023 schlossen 500 Apotheken – dieser Rückgang ist der höchste seit Bestehen der Bundesrepublik. Die Schließungstendenz beschleunigt sich seit einigen Jahren. Dies zeigt deutlich, dass die aktuelle Apothekenhonorierung den wirtschaftlichen Betrieb einer Apotheke nicht sicherstellen kann. Jede Apothekenschließung hat adverse Effekte auf die Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln, welche durch weiteres Nichthandeln noch verschlechtert wird.

Der jahrelange Stillstand in der Apothekenvergütung bei gleichzeitigem Anstieg des Arbeitsaufwandes in Gegenwart von Lieferengpässen und bürokratischen Belastungen führt auch dazu, dass sich immer weniger Pharmazeut*innen dazu entschließen, eine Apotheke zu eröffnen oder diese zu übernehmen. Gleichzeitig macht es die angespannte finanzielle Lage schwierig, qualifiziertes Apothekenpersonal für die Arbeit in der öffentlichen Apotheke zu finden. Dieser Fachkräftemangel im Apothekensektor wird sich noch um einiges verschärfen, wenn politisch keine hinreichenden Rahmenbedingungen geschaffen werden. Die ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung der Bevölkerung ist die Kernaufgabe des*der Apotheker*in. Ebendiese Aufgabe muss auskömmlich vergütet werden.

Das Urteil des Bundesgerichtshofs (BGH) zum Skonto-Verbot vom 8. Februar 2024 hat noch einen weiteren Druckpunkt geschaffen. Das Urteil und seine Begründung weisen dem Verordnungsgeber klar die Verantwortung zu, eine angemessene Apothekenhonorierung mittels der AMPreisV sicherzustellen.

Der Gesetz- und Verordnungsgeber ist hier in der Pflicht, sofortige Maßnahmen zu ergreifen, um die Apothekenvergütung anzuheben, damit Apotheker*innen ihrem gesetzlichen Versorgungsauftrag weiterhin wohnortnah und flächendeckend nachgehen können.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2024 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache L 2 zu
2.6.1 - 2.6.2
in den Ausschuss verwiesen

Antragsteller: Apothekerkammer Westfalen-Lippe
Apothekerverband Westfalen-Lippe e. V.
Landesapothekerkammer Baden-Württemberg
Landesapothekerverband Baden-Württemberg e. V.

Antragsgegenstand: Erhöhung der Notdienstgebühr (§ 6 AMPreisV)

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Verordnungsgeber auf, die Notdienstgebühr (§ 6 AMPreisV) folgendermaßen anzuheben, damit sie wieder ihre Steuerungswirkung entfalten kann und um sie zudem an die aktuellen Preis- und Inflationsentwicklungen anzupassen:

1. Bei der Inanspruchnahme in der Zeit von 20 bis 6 Uhr, an Sonn- und Feiertagen sowie am 24. Dezember, wenn dieser Tag auf einen Werktag fällt, bis 6 Uhr und ab 14 Uhr können die Apotheken einen zusätzlichen Betrag von 4,20 Euro zuzüglich Umsatzsteuer berechnen.
2. Zusätzlich löst jede nächtliche Inanspruchnahme des Apothekennotdienstes in der Zeit von 24 Uhr bis 6 Uhr einen Zuschlag von weiteren 4,20 Euro zuzüglich Umsatzsteuer aus.

Begründung

Die letzte Anpassung der in § 6 der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) geregelten Notdienstgebühr fand im Jahr 2003 im Zuge des Modernisierungsgesetzes der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz) statt und liegt somit mehr als 20 Jahre zurück. Während branchenübergreifend ein Inflationsausgleich stattgefunden hat, blieb die Apothekerschaft trotz steigender Inflation unberücksichtigt. Zwar werden geleistete Vollnotdienste seit der Einführung des Nacht- und Notdienstfonds im Jahr 2013 mit einer Notdienstpauschale vergütet, diese ist jedoch unter Berücksichtigung gestiegener Personal- und Betriebskosten bei Weitem nicht kostendeckend. In Anbetracht der allgemeinen Preis- und Inflationsentwicklungen der vergangenen Jahre hat die Notdienstgebühr in Höhe von 2,10 Euro zuzüglich Umsatzsteuer zudem jegliche Steuerungswirkung verloren. Vielmehr wird der Notdienst durch Patient*innen als eine Erweiterung der üblichen Öffnungszeiten verstanden und daher vielfach nicht nur für Notfälle in Anspruch genommen. Tatsächlich stellt die ständige Dienstbereitschaft der Apotheken vor Ort nicht eine Erweiterung der wirtschaftlichen Betätigungsmöglichkeit dar, sondern in ihr spiegeln sich vielmehr die Pflichten und besondere Rolle im Rahmen der Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung der Bevölkerung wider. Daraus

folgt die Notwendigkeit, die Dienstbereitschaft als „Notdienst“ im wörtlichen Sinne zu verstehen, der der Bevölkerung das zumutbare Minimum, also eine noch „geordnete“, nicht aber in jeder Hinsicht „bequeme“ Arzneimittelversorgung gewährleistet.¹

Die Erhöhung der Notdienstgebühr auf mindestens 4,20 Euro zuzüglich Umsatzsteuer ist daher dringend nötig. Hierdurch soll die Bevölkerung nicht zuletzt wieder für den eigentlichen Sinn und Zweck des Notdienstes sensibilisiert werden. Da Kund*innen in den vergangenen Jahren zudem immer anspruchsvoller und fordernder hinsichtlich der Verfügbarkeit der Apotheken wurden und dies in den Augen der Apothekerschaft zu einer Trivialisierung des Notdienstes führt, ist es nur richtig die seit Einführung des Euro nie angepasste Notdienstgebühr anzuheben.

Die Einführung eines weiteren Nachtzuschlags von mindestens 4,20 Euro zuzüglich Umsatzsteuer für jede Inanspruchnahme des Apothekennotdienstes in der Zeit von 24 Uhr bis 6 Uhr trägt den besonderen Umständen der nächtlichen Dienstbereitschaft Rechnung. Vielerorts sind Apothekeninhaber*innen aufgrund des gravierenden Fachkräftemangels und den steigenden Personal- und Betriebskosten, denen bislang – wie eingangs geschildert – nur unzureichend gesetzgeberisch begegnet wurde, angehalten, die Notdienste selbst zu erbringen. Da für die Inhaber*innen kein Arbeitszeitgesetz gilt, bedeutet dies in praxi nicht selten 36-Stunden-Schichten. Gerade mit Blick auf die stetig zunehmenden Apothekenschließungen verschärft sich die Belastungssituation der verbliebenen Apotheken noch zusätzlich. Die persönlichen Leistungsgrenzen werden dabei nicht selten überschritten.

Die für den Notdienst so wichtige Steuerungsfunktion und damit eine Entlastung der notdiensthabenden Apotheker*innen soll durch eine adäquate Erhöhung der Notdienstgebühr und die Festsetzung des Nachtzuschlags hergestellt werden, um in der Konsequenz eine zuverlässige Arzneimittelversorgung weiterhin gewährleisten zu können.

Vorbehaltlich einer entsprechenden Beschlussfassung sollte der Deutsche Apothekerverband e. V. (DAV) flankierend an die verantwortliche Kassenärztliche Bundesvereinigung KdöR (KBV) mit der Forderung herantreten, darauf hinzuwirken, dass die Ärzt*innen entsprechend das „noctu“-Kreuz setzen. Hiermit wird sichergestellt, dass letztlich die (erhöhte) Gebühr sowie der Zuschlag in – echten – Notfällen seitens der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erstattet werden.

¹ Vgl. VG Köln Urteil vom 22. September 1971, Az.: 9 K 1089/69, NJW 1972, S. 355 = DAZ 1972, S. 227; VG Würzburg, Urteil vom 09. Februar 1972, Az.: 402 II 71.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2024 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 2.7
angenommen

Antragsteller: Apothekerkammer Westfalen-Lippe
Apothekerverband Westfalen-Lippe e. V.

Antragsgegenstand: Erhöhung der Botendienstpauschale

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber auf, die Botendienstpauschale auf 5,00 Euro zuzüglich Umsatzsteuer anzuheben.

Begründung

Die Botendienstpauschale wurde im Rahmen des Gesetzes zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken (VOASG) in § 129 Absatz 5g Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) verstetigt, um den Botendienst als qualitätsgesicherte Versorgungsform der Apotheken vor Ort zu stärken. Um den Botendienst weiterhin kostendeckend erbringen zu können, ist eine Anhebung der Vergütung auf 5,00 Euro zuzüglich Umsatzsteuer je Lieferort und Tag bei der Abgabe von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln an Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erforderlich.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2024 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 2.8
angenommen

Antragsteller: Landesapothekerkammer Baden-Württemberg
Landesapothekerverband Baden-Württemberg e. V.

Antragsgegenstand: Sicherstellung des einheitlichen Abgabepreises

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber auf, Maßnahmen zu ergreifen, die die Durchsetzung der gesetzlichen Preisvorgaben (einheitlicher Abgabepreis) für Arzneimittel sicherstellen.

Begründung

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken (VOASG) wurden die ausländischen Versender verpflichtet, sich als Partner des Rahmenvertrags an die gesetzlichen Preisvorgaben für Arzneimittel zu halten. Kontrollgremium ist die sogenannte Paritätische Stelle bestehend aus Mitarbeiter*innen des Deutschen Apothekerverbandes e. V. (DAV) und des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen (GKV-SV). Bei einem gröblichen oder einem wiederholten Verstoß gegen die Preisbindung sind Vertragsstrafen von bis zu 50.000 Euro für jeden Einzelfall möglich, wobei die Gesamtvertragsstrafe für gleichgeartete und in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang begangene Verstöße die Summe von 250.000 Euro nicht überschreiten darf.

Die sogenannte Paritätische Stelle ist handlungsunfähig, weil die einzelnen Mitglieder in bestimmten Fallkonstellationen von der betroffenen Apotheke persönlich haftbar gemacht werden könnten. Die Paritätische Stelle haftet unter Umständen auf Schadenersatz für ihre Entscheidungen. Dieses Haftungsrisiko könnte dadurch abgewendet werden, wenn eine zuständige Bundesbehörde Verstöße gegen die Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) kontrolliert und sanktioniert.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2024 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 2.9
angenommen

Antragsteller: Landesapothekerkammer Baden-Württemberg
Landesapothekerverband Baden-Württemberg e. V.

Antragsgegenstand: Honorar für Zuzahlungsinkasso

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber auf, die rechtlichen Rahmenbedingungen dahingehend zu schaffen, dass der Einzug der Zuzahlung gemäß §§ 31 Absatz 3; 33 Absatz 8; 43c Absatz 1; 61 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) durch die Apotheken in angemessener Höhe zu vergüten ist.

Begründung

Gesetzlich krankenversicherte Patient*innen müssen für die Versorgung mit verordneten Arznei- und Hilfsmitteln zu Lasten ihrer Krankenkasse (gemäß §§ 31 Absatz 3; 33 Absatz 8; 43c Absatz 1; 61 SGB V) eine gesetzliche Zuzahlung leisten. Apotheken haben als Leistungserbringer nach § 43c Absatz 1 SGB V die Zuzahlung von den Versicherten einzuziehen und mit ihrem Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse zu verrechnen.

Die Zuzahlung dient der finanziellen Entlastung der gesetzlichen Krankenkassen. Die Krankenkassen sparen durch die Zuzahlungen, die von Apotheken eingezogen werden müssen, über zwei Milliarden Euro pro Jahr, Tendenz steigend, während der mit der Einziehung der Beträge im Apothekenalltag verbundene und aktuell nicht vergütete Aufwand (z. B. Klärung des Zuzahlungsstatus, Rücksprache mit Arzt*Ärztin oder Krankenkasse, Korrektur, Einzug bei Heimpatient*innen und Rechnungkund*innen, schriftliche Zahlungsaufforderungen und Maßnahmen bei Zuzahlungsverweigerung etc.) ausschließlich in den Apotheken entsteht.

Der Aufwand im Zuge des Zuzahlungseinzuges ist dort zu vergüten, wo er entsteht und das ist in der Apotheke.

Die Höhe der Vergütung kann sich an der Höhe des Verwaltungskostenersatzes gemäß § 8 Coronavirus-Testverordnung (TestV) orientieren, welche den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) bei der Abrechnung der Leistungen zugestanden wurde.

Zudem sind die steigenden Zahlungsmittelkosten zu berücksichtigen. Je nachdem, welches Zahlungsmittel Kund*innen an der Kasse verwenden, fallen für die Apotheke höchst unterschiedliche Nebenkosten an. Girocard, Kreditkarten, mobile Zahlungssysteme und Bargeld sind mit unterschiedlichen Kosten verbunden.

Die Kosten für die Zahlungen per Girocard oder Kreditkarte setzen sich aus zwei Faktoren zusammen: den fixen Kosten für die Miete des Terminals und den transaktionsabhängigen variablen Kosten. Auch hier können die individuellen Kostensätze je nach Anbieter unterschiedlich hoch ausfallen, wobei die Girocard mit einem Kostensatz von rund 0,25 Prozent aus

Sicht des Händlers im Regelfall das günstigste Zahlungsmittel ist. Deutlich höher sind die Gebühren bei der Zahlung mit Kreditkarte, die je nach Terminalanbieter, Kartenvariante und Herausgeber 1 Prozent bis 3 Prozent des Zahlungsbetrags ausmachen können.

Die Honorierung könnte erfolgen, in dem die Apotheke nur einen Teil der eingenommenen Zuzahlung an die GKV weiterleitet.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2024 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 2.10
angenommen

Antragsteller: Landesapothekerverband Baden-Württemberg e. V.

Antragsgegenstand: Effizienzreserven im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung heben

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, Effizienzreserven im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (insbesondere bei deren Verwaltungskosten) zu heben, um damit den Erhalt bestehender Strukturen durch eine nachhaltig auskömmliche Finanzierung sicherzustellen.

Begründung

Die gewachsenen Strukturen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind hinsichtlich ihrer Effizienz auf den Prüfstand zu stellen.

Verwaltungskosten der GKV senken!

Die finanzielle Situation der gesetzlichen Krankenversicherung hat sich in den letzten Jahren trotz stetig gestiegener Einnahmen immer mehr zugespitzt.

Folglich sind Effizienzreserven, vor allem im Bereich der Personal- und Verwaltungskosten, bei den einzelnen Krankenkassen konsequent zu heben.

Alle Kassen in der GKV kommen ausweislich der KG1-Statistik auf 14,7 Milliarden Euro Brutto-Verwaltungskosten. Die Kassen haushalten dabei aber zum Teil mit sehr unterschiedlichen Personal- und Verwaltungskosten. Die Nettoverwaltungs-kosten je Versicherten lagen beispielweise im Jahr 2022 zwischen 78,16 Euro (BKK EUREGIO) und 237,01 Euro (AOK Bayern). Die Verwaltungskosten der GKV betragen 4,2 Prozent der GKV-Gesamtausgaben. Der Wertschöpfungsanteil der Apotheken beträgt dagegen lediglich 1,9 Prozent.

Jede Kasse hat Vorstände und eine teure Verwaltung. Durch eine Reduktion der Anzahl gesetzlicher Krankenkassen ließe sich der Verwaltungsaufwand und damit verbundene Kosten deutlich reduzieren. Selbst nach einer von der Direktkrankenkasse BIG im Jahr 2010 in Auftrag gegebenen Studie des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung (RWI) könnten die gesetzlichen Krankenkassen durch mehr Effizienz Verwaltungskosten in Höhe von jährlich 1,4 Milliarden Euro sparen. Dieser Wert dürfte im Jahr 2024 sicherlich nicht geringer ausfallen.

Mit der Reduzierung der Krankenkassenanzahl reduziert sich auch die Anzahl der Bearbeitung von Wechseln von der einen zur anderen gesetzlichen Krankenkasse. Auch in Vertrags- und anderen Abteilungen der Krankenkassen gibt es Einsparpotenzial. Synergieeffekte sind z. B. hinsichtlich des größeren personellen Spielraums bei der Einsatzplanung von den dann größer werdenden Servicecentern zu erwarten.

Auch die Ausgaben für Marketing müssen begrenzt werden. Die Ausgaben für Werbung betrugen 2016 immerhin 172 Millionen Euro, laut Bundestag-Drucksache 19/2879.

Es ist kaum vermittelbar, dass in der derzeit laut Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) extrem angespannten finanziellen Lage der GKV Versichertengelder für Fernsehwerbung verschwendet werden, während Leistungserbringern ein auskömmliches Honorar konsequent verweigert wird.

Leistung der Krankenkassen auf medizinisch notwendige Leistungen beschränken!

Dies betrifft Satzungsleistungen, wie beispielsweise Kochkurse oder Zuschüsse für andere Präventions- und Sportkurse, die vorwiegend zur Bindung/Akquise von Versicherten mit guten Risiken verwendet werden.

Beispielhaft sind hier außerdem die Zuschüsse zu ambulanten Vorsorgemaßnahmen nach § 13 Absatz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch („Kururlaube“) zu nennen.

Vereinheitlichung der Aufsicht über Krankenkassen!

Unterschiedliche Aufsichtsbehörden auf Bundes- und Landebene sind nicht effizient. Eine einheitliche Aufsicht würde zudem dem Grundsatz der Gleichbehandlung Rechnung tragen und zu mehr Rechtsicherheit und Recht Klarheit führen. Fusionen und Insolvenzen von nicht effizienten Kassen könnten besser abgewickelt werden.

Ambulantisierung: Konsequente Durchsetzung des Grundsatzes „ambulant“ vor „stationär“

Nur da, wo eine Überwachung in der Nacht oder am Wochenende medizinisch nötig ist, darf stationär versorgt werden. Zuvor müssen ambulante oder tagesstationäre Maßnahmen geprüft werden. Die Kosten für Übernachtungen und Verpflegung sind dadurch einzusparen. Deutschland hat mit 7,9 Krankenhausbetten pro 1.000 Einwohner*innen einen sehr großen stationären Krankenhaussektor. Damit ist Deutschland Spitzenreiter aller europäischen Länder die im Schnitt nur 5,3 Betten pro 1.000 Einwohner*innen haben. Damit verfügt Deutschland über eine rund 50 Prozent höhere Bettenkapazität als die europäischen Nachbarländer. Die Bettenkapazität in deutschen Krankenhäusern wurde seit dem Jahr 2000 nur um 13 Prozent reduziert. Nachbarländer wie Finnland und Dänemark haben ihre Bettenkapazität dagegen in diesem Zeitraum um mehr als 40 Prozent vermindert.

Faire Prüfungsrechte der Krankenkassen sind notwendig

Krankenkassen müssen das Recht haben, Abrechnungen auf inhaltliche Richtigkeit zu überprüfen. Pauschale Ausschlüsse der Prüfungsrechte der Krankenkassen gegenüber Krankenhäusern leisten Missbrauch Vorschub, führen zu finanziellen Einbußen und gehen damit zu Lasten der übrigen Leistungserbringer. Grenzen müssen die Prüfungsrechte da finden, wo medizinisch notwendige und ordnungsgemäße Versorgungen aufgrund reiner formaler Bagatellen nicht vergütet werden.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2024 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 2.11
angenommen

Antragsteller: Landesapothekerverband Niedersachsen e. V.

Antragsgegenstand: Absenkung Mehrwertsteuer auf Arzneimittel und
Streichung Mehrwertsteuer auf Kassenabschlag

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber auf, die Mehrwertsteuer auf Arzneimittel von derzeit 19 Prozent auf 7 Prozent abzusenken, wobei gleichzeitig der Betrag des Kassenabschlages auf einen Nettobetrag umgestellt wird. Die dadurch freigewordenen Finanzmittel sollen dazu verwendet werden, das Apothekenhonorar zu erhöhen.

Begründung

Die Absenkung der Mehrwertsteuer auf Arzneimittel von 19 Prozent auf 7 Prozent sowie die Streichung der Mehrwertsteuer auf den Krankenkassenabschlag setzt Finanzmittel frei, die für die Erhöhung des Apothekenhonorars verwendet werden sollen. Der Staat hat den Apotheker*innen die hoheitliche Aufgabe der Arzneimittelversorgung der Bevölkerung übertragen und zudem die Vergütung dieser Aufgabe stark reglementiert. Es ist deshalb die Aufgabe des Staates und damit des Gesetzgebers, die Vergütung für Apotheker*innen so zu gestalten, dass diese in der Lage sind, ihre Apotheken wirtschaftlich zu führen. Der vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) beabsichtigten Umverteilung der Finanzmittel zur Anpassung des Apothekenhonorars wäre damit Rechnung getragen.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2024 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 2.12
angenommen

Antragsteller: Apothekerkammer des Saarlandes
Saarländischer Apothekerverein e. V.

Antragsgegenstand: Gesetzlicher Ausschluss für Retaxationen

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber auf, dass:

1. im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) festgelegt wird, dass von Dritten veranlasste Verstöße gegen die Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV) von den gesetzlichen Krankenkassen nicht zum Anlass genommen werden dürfen, Retaxationen gegenüber Apotheken auszusprechen,
2. eine Retaxations-Untergrenze für von Dritten über Ziffer 1 hinausgehende veranlasste formale Fehler auf ärztlichen Verordnungen in Höhe von 50,00 Euro je Einzelfall eingeführt wird,
3. Apotheken die Möglichkeit eingeräumt wird, über Ziffer 1 und 2 hinausgehende formale Fehler im sogenannten Einspruchsverfahren zu heilen.

Begründung

SGB V:

Die Einhaltung formaler Vorgaben ist unstreitig wichtig, damit eine ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung erfolgen kann. Nicht nachvollziehbar ist aber, dass Apotheken für Formfehler in Form der Nichtbezahlung von Verordnungen haften, die Dritte verursacht haben.

Formfehler und die darauf fußenden Retaxationen durch die gesetzlichen Krankenkassen führen im Ergebnis dazu, dass Patient*innen nicht ordnungsgemäß versorgt werden können. Ob nun divergierende Nummern im Rahmen des Entlassmanagements oder fehlerhafte Facharzt*ärztin-Bezeichnungen; den Apotheken ist es weder rechtlich möglich noch tatsächlich zumutbar, durch Dritte veranlasste Fehler zu heilen. Folge ist, dass der*die Patient*in zurück in die Verordnung ausstellende Einrichtung geschickt werden muss zwecks Neuausstellung einer Verordnung. Dies unabhängig vom Vorliegen einer Muster-16-Verordnung oder eines E-Rezeptes. Dies führt nachvollziehbar zu Unmut und vor allem vermeidbarem Arbeitsaufwand bei allen beteiligten Akteuren, ob nun Patient*innen, Apotheker*innen oder Ärzt*innen. Dies gerade in Zeiten von Arzneimittellieferengpässen und Fachkräftemangel, die bedingen, dass jeder Berufsstand die zur Verfügung stehende Arbeitszeit optimal im Rahmen der Versorgung der Patient*innen einsetzt und von bürokratischen Fesseln entbunden wird.

Da die gesetzlichen Krankenkassen, und hier insbesondere der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV), nicht bereit sind, substantiellen Bürokratieabbau zu betreiben, ist

die Politik gefordert, im Rahmen der bereits bestehenden Bürokratieentlastungsgesetze (BEG) Regelungen zu treffen, die einen allgemeingültigen und bürokratieabbauenden Lösungsansatz verfolgen. Insoweit wird diesseits ein dreistufiges Modell verfolgt.

Im Einzelnen:

1. SGB V

Das Fehlen einzelner Vorgaben gemäß § 2 Absatz 1 AMVV führt immer wieder zu ungerechtfertigten Retaxationen durch die gesetzlichen Krankenkassen, obwohl originär der*die verordnende Arzt*Ärztin für die Fehlerhaftigkeit der Verordnung verantwortlich ist. Auch wurde der*die jeweilige Patient*in in der Regel ordnungsgemäß versorgt. Die Bearbeitung solcher Retaxationen verursacht sowohl einen immensen Arbeitsaufwand in den Apotheken als auch entstehen den Apotheken hohe finanzielle Verluste durch ausgesprochene Retaxation der gesetzlichen Krankenkassen.

§ 2 Absatz 6/6a AMVV sieht lediglich die Möglichkeit vor, dass Apotheken einzelne Fehler ohne Rücksprache mit der verschreibenden Person ergänzen können, wenn ein dringender Fall vorliegt bzw. wenn der Apotheke die Angaben zweifelsfrei bekannt sind. In allen anderen Fällen müssen die Apotheken die Verordnung ergänzen.

Fehlen einzelne Angaben, sprechen gesetzliche Krankenkassen zum Teil Null-Retaxationen aus, obwohl der*die Patient*in vollumfänglich durch die Apotheke versorgt wurde und die formale Fehlerhaftigkeit der Verordnung in den Verantwortungsbereich des*der Arztes*Ärztin fällt.

Das Arzneimittel-Lieferengpassbekämpfungs- und Versorgungsverbesserungsgesetz (ALBVVG) hat im SGB V „lediglich“ für den Bereich des Fehlens einer Dosierangabe/des Ausstellungsdatums auf der Verordnung einen Retaxationsausschluss geregelt.

§ 129 SGB V ist im Ergebnis dahingehend zu ergänzen, dass auch im Falle des Fehlens einzelner Angaben gemäß § 2 Absatz 6/6a AMVV zuzüglich „Berufsbezeichnung“ Retaxationen ausgeschlossen sind.

2. Retaxations-Untergrenze

Im Rahmen einer Kosten-Nutzen-Bewertung ist eine Untergrenze für Retaxationen in Höhe von 50,00 Euro je Einzelfall einzuführen. Die Retaxationsbearbeitung ist mit sehr viel Aufwand verbunden, sowohl auf Seiten der gesetzlichen Krankenkassen als auch auf Seiten der Apotheken. Neben der Tatsache, dass viele Retaxationen unbegründet sind, steht selbst bei berechtigten Retaxationen der durch die Retaxation ausgelöste Arbeitsaufwand in keinem Verhältnis zu der Höhe des Retaxationsbetrages.

3. Heilungsmöglichkeiten

Für die über das SGB V hinausgehende Fälle (siehe oben 1.) muss vorgesehen werden, dass Apotheken die Möglichkeit haben, formale Fehler im sogenannten Einspruchsverfahren zu heilen.

Die gesetzlichen Krankenkassen „missbrauchen“ Verstöße von Apotheken gegen Abgabe- und/oder Abrechnungsvorschriften dazu, die Bezahlung von Rezepten zu verweigern, obwohl die jeweilige Apotheke ihrer gesetzlichen Leistungspflicht nachgekommen ist. Im Ergebnis versorgen die Apotheken die Versicherten auf eigene Kosten, obwohl der gesetzlichen Krankenkasse durch den Verstoß gegen Abgabe- und/oder Abrechnungsvorschriften kein wirtschaftlicher Nachteil entstanden ist.

Abgabe- und/oder Abrechnungsvorschriften erfüllen einen legitimen Zweck. Dieser legitime Zweck muss betroffenen Apotheken aber die Möglichkeit einräumen, im Rahmen von Retaxationen nachgelagerten Einspruchsverfahren diese Abgabe- und/oder Abrechnungsfehler heilen zu können, um einen Zahlungsanspruch gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse auszulösen.

Da sich die gesetzlichen Krankenkassen weigern, ihrem Selbstverwaltungsauftrag gerecht zu werden und praktikable Lösungsansätze für vorgenannte Probleme mit den Apothekerverbänden zu finden, ist der Gesetzgeber gefordert, eine angemessene Regelung verbindlich vorzugeben.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2024 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 2.13
angenommen

Antragsteller:	Apothekerkammer Westfalen-Lippe Apothekerverband Westfalen-Lippe e. V.
Antragsgegenstand:	Arzneimittelbezug während Hitzewellen: Empfehlung zur Nutzung des Apothekenbotendienstes

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) auf, die Informationsmaterialien und Kampagnen des BMG im Rahmen des „Hitzeschutzplans für Gesundheit“ um den Aspekt „Arzneimittelbezug während Hitzewellen“ zu erweitern und eine Empfehlung zur Nutzung des Botendienstes der Apotheken vor Ort während Hitzewellen aufzunehmen.

Begründung

Das Problem der durch den Klimawandel immer wahrscheinlicher auftretenden Hitzewellen und deren Einfluss auf unsere Gesundheit wird im „Hitzeschutzplan für Gesundheit des BMG“¹ thematisiert. Kampagnen und Informationsmaterialien des BMG zielen unter anderem darauf ab, das Bewusstsein der Bevölkerung zu schärfen, um Schutzmaßnahmen beim Auftreten von Hitzewellen zu ergreifen.

Die Webseite „Klima Mensch Gesundheit“² der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) berücksichtigt bereits Handlungswissen für den Alltag, wie z. B. den Aspekt „Arzneimittel auf den Prüfstand stellen“, der sich mit der Hitzeverträglichkeit und der ordnungsgemäßen Lagerung von Arzneimitteln befasst. Die Informationsseite enthält aber bisher noch keine Hinweise auf relevante Unterstützungsmöglichkeiten durch öffentliche Apotheken vor Ort. Insbesondere vulnerable Gruppen könnten von dem Hinweis profitieren, dass hitzebedingte Gesundheitsrisiken durch die verstärkte Inanspruchnahme des Botendienstes der Apotheke reduziert werden können. Apotheken bieten einen Botendienst an, der einen temperaturkontrollierten Transport der Arzneimittel sicherstellt. So ist es nicht zwingend erforderlich, die kühlen Innenräume der Wohnung oder des Hauses zu verlassen, um Arzneimittel zu beziehen.

¹ [230727_BMG_Hitzeschutzplan.pdf \(bundesgesundheitsministerium.de\)](#)

² [Empfehlungen bei Hitze | alle wichtigen Tipps | BZgA - Klima - Mensch - Gesundheit](#)

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2024 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 2.14
in den Ausschuss verwiesen

Antragsteller: Apothekerkammer Berlin

Antragsgegenstand: Weiterentwicklung der Ausnahmen von der Raumeinheit

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Verordnungsgeber auf, die Liste der Räumlichkeiten, die gemäß § 4 Absatz 4 Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) in angemessener Nähe zu den übrigen Betriebsräumen der Apotheke liegen müssen, um weitere Räumlichkeiten zu ergänzen: insbesondere um Räumlichkeiten für die pharmazeutische Betreuung (insbesondere pharmazeutische Dienstleistungen), patient*innenindividuelle, pharmazeutische Leistungen auf räumliche Distanz zu den Leistungsempfängenden, assistierte Telemedizin, Point of Care-Testung und Räumlichkeiten für die Lagerung von Produkten, deren Bestand über die Vorgaben zur Vorratshaltung gemäß § 15 ApBetrO hinausgeht (Übervorratslager).

Begründung

Zur Erfüllung pharmazeutischer Dienstleistungen (pDL) und weiterer Leistungen in der Prävention (u. a. Impfen, Herzgesundheit → in Planung), der Telepharmazie, der assistierten Telemedizin gemäß § 129 Absatz 5 h Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), der Durchführung von Impfungen und Point of Care-Testungen müssen die Apotheken künftig die Möglichkeit haben, ggf. auf Räumlichkeiten zurückgreifen zu können, die in unmittelbarer Nähe der Apothekenbetriebsstätte liegen. Diese Räumlichkeiten sollen weiterhin über einen Zugang zu öffentlichen Verkehrsflächen verfügen und barrierefrei erreichbar sein. Für Lagerräume ist eine angemessene Sicherung vorzusehen.

Apotheken sind zur Sicherstellung der Arzneimittelversorgung der Bevölkerung auf gut erreichbare Standorte angewiesen. Die Einrichtung zusätzlicher Räumlichkeiten darf nicht daran scheitern, dass zwischen der Offizin und neuen Räumlichkeiten ein Hausflur oder eine kurze, in wenigen Minuten überwindbare Wegstrecke liegt.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2024 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 2.15
angenommen

Antragsteller:	Bayerische Landesapothekerkammer Bayerischer Apothekerverband e. V.
Antragsgegenstand:	Ausweitung der Testungen in Apotheken zur Steigerung der Arzneimitteltherapiesicherheit

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker spricht sich dafür aus, die Ausweitung von Testungen in Apotheken insbesondere auch im Bereich der Pharmakogenetik zur Steigerung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) zu prüfen.

Begründung

Die Pharmakogenetik gewinnt in der personalisierten Arzneimitteltherapie zunehmend an Bedeutung. Die Anzahl an Fachinformationen für Arzneimittel, die Warnhinweise oder informative Angaben zu pharmakogenetischen Eigenschaften enthalten, werden zunehmend mehr.¹ Als Arzneimittelexpert*innen sind Apotheker*innen prädestiniert beispielsweise im Rahmen einer Medikationsanalyse zu prüfen, ob Arzneimittelinteraktionen, mangelnde Therapietreue etc. für eine unerwünschte Arzneimittelwirkung oder auch genetische Eigenschaften ursächlich sein könnten. Folglich sollten Apotheker*innen entsprechende Testungen im Bereich der Verstoffwechslung von Arzneimitteln initiieren und durchführen können, um basierend darauf entsprechende Empfehlungen der jeweiligen ärztlichen Verordnerin bzw. dem jeweiligen ärztlichen Verordner im Hinblick auf die patient*innenindividuelle Arzneimitteltherapie geben zu können. Eine patient*innenindividuelle, personalisierte Arzneimitteltherapie ist nur im interdisziplinären Team zwischen Arzt*Ärztin und Apotheker*in möglich.

Zudem sollte künftig sichergestellt werden, dass die Daten aus entsprechenden pharmakogenetischen Tests auch digital für Fachkreise zur Verfügung stehen.

¹ <https://www.pharmgkb.org/labelAnnotations>

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2024 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 2.16
angenommen

Antragsteller: Berliner Apotheker-Verein
Apotheker-Verband Berlin (BAV) e. V.

Antragsgegenstand: Impfungen durch öffentliche Apotheken

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber auf, die Impfberechtigung von Apotheker*innen, die dafür nachweislich ärztlich geschult wurden und die Schutzimpfungen für eine öffentliche Apotheke, zu deren Personal sie gehören, durchführen, auf weitere Impfungen mit Totimpfstoffen auszudehnen und adäquat zu honorieren. Ergänzend ist der gesetzliche Auftrag zum Abschluss eines Vertrages über die Durchführung von Gripeschutzimpfungen durch Apotheken in § 132e Absatz 1a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) entsprechend zu erweitern.

Begründung

Nach § 35a Absatz 3 Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) müssen Apotheken für die Aufklärung, die Anamnese, das Einholen der Einwilligung von impfwilligen Personen, die Vorbereitung und die Durchführung der Schutzimpfungen eine geeignete Räumlichkeit einschließlich Wartebereich mit der Ausstattung aufweisen, die für die Durchführung von Schutzimpfungen erforderlich ist, sofern kein aufsuchendes Impfen durchgeführt wird. Dabei können keine Räume genutzt werden, die für einen anderweitigen Zweck vorgesehen sind.

Das ganzjährige Vorhalten solcher Räumlichkeiten für Impfungen gegen Grippe und Covid-19, also für ausschließlich saisonal durchgeführte Schutzimpfungen, stellt sich vielfach als unwirtschaftlich dar und bildet daher einen limitierenden Faktor für die Durchführung der Schutzimpfungen durch Apotheken und damit letztlich für die angestrebte Erhöhung der Durchimpfungsrate.

Durch die Ausdehnung der Impfbefugnis der Apotheken nach § 20c Infektionsschutzgesetz (IfSG) auf ganzjährig durchgeführte Impfungen kann diese Hürde beseitigt werden, so dass Apotheken vermehrt in die für Impfungen notwendige Infrastruktur investieren.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2024 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 2.17
in den Ausschuss verwiesen

Antragsteller: Apothekerverband Westfalen-Lippe e. V.
Antragsgegenstand: Impfungen unter Aufsicht des*der Apotheker*in

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber auf, den Kreis der Impfberechtigten in den Apotheken vor Ort zu erweitern. Pharmazeut*innen im Praktikum (PhiP) wie auch pharmazeutisch-technische Assistent*innen (PTA) sollen künftig nach Absolvierung ärztlicher Schulungen sowie nach Anordnung und unter Fachaufsicht des*der Apotheker*in impfen dürfen. § 20c Infektionsschutzgesetz (IfSG) sowie die Approbationsordnung sind entsprechend anzupassen.

Begründung

Die Impfquoten in Deutschland sind nach wie vor weit davon entfernt, die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlenen Werte zu erreichen. In der Saison 2021/22 waren gerade einmal 35,4 Prozent der Erwachsenen mit einer relevanten Grunderkrankung gegen Influenza geimpft. In der Gruppe der Älteren lagen die Impfquoten zwar etwas höher, aber immer noch weit unter dem angeratenen Wert von 75 Prozent. Um die Impfquote zu steigern, hat der Bundesgesetzgeber in § 20c IfSG die Möglichkeit eröffnet, dass Apotheker*innen gegen Grippe und Corona impfen. Angedacht ist ferner durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), die Indikationen zu erweitern und künftig in Apotheken auch Impfungen gegen alle Erkrankungen zuzulassen, bei denen Totimpfstoffe zum Einsatz kommen.

Doch bislang impft nur ein kleiner Teil der Apotheken vor Ort; in Westfalen-Lippe sind es schätzungsweise 20 Prozent. Eine Umfrage unter den Mitgliedsapotheken des Apothekerverbands Westfalen-Lippe e. V. in der Impfsaison 2023/24 hat ergeben, dass eine zu niedrige Vergütung (20 Prozent) und fehlendes impfberechtigtes Personal (40 Prozent) die Hauptgründe dafür sind, dass Apotheken aktuell noch nicht impfen. 70 Prozent der befragten Apotheken impften mit einem bzw. maximal zwei Approbierten.

Die Erweiterung des Kreises derjenigen, die in den Apotheken impfberechtigt sind, würde ermöglichen, dass die Zahl der Impfabotheken deutlich gesteigert werden könnte. Gerade kleinere Apotheken auf dem Land, wo es aufgrund einer niedrigeren Ärzt*innendichte umso wichtiger ist, dass Apotheken Impfungen anbieten, können neben dem*der Inhaber*in kaum mehr als eine*n weitere*n Approbierte*n beschäftigen. Die Approbierten müssen aber zugleich andere an den*die Apotheker*in gebundene Aufgaben wahrnehmen und finden daher kaum Zeit für Impfungen. Die Erweiterung des berechtigten Personenkreises würde es in diesen Fällen ermöglichen, Impfungen überhaupt durchzuführen bzw. zusätzliche Zeitfenster anzubieten, innerhalb derer in den Apotheken geimpft wird. Die wesentliche Hürde für Impfungen in Apotheken würde damit abgesenkt.

Zugleich würde die Attraktivität des Arbeitsplatzes Apotheke für PTA und angehende Approbierte deutlich gesteigert. Die nachwachsende Generation Z ist dafür bekannt, dass die Angehörigen dieser Gruppe klare Anforderungen an ihren Arbeitsplatz stellen und eine sinnstiftende Tätigkeit mit Entwicklungsmöglichkeiten wünschen, wobei sie zugleich wertorientiert sind und soziale Verantwortung schätzen. Diesem Bedürfnis könnte Rechnung getragen werden, indem dem beruflichen Nachwuchs ein neues, verantwortungsvolles Aufgabenfeld eröffnet wird. Zugleich würde durch ein breiteres Aufgabenspektrum das Berufsbild der PTA noch vielfältiger und interessanter werden. Hier bietet sich die Möglichkeit einer beruflichen Weiterentwicklung.

Hinzu kommt, dass die Leistung für die Apotheken wirtschaftlich eher darstellbar wäre. Die gesetzlichen Krankenkassen haben den auf dem Wirtschaftlichkeitsgebot fußenden Anspruch, eine in ärztlichen Praxen und Apotheken erbrachte vergleichbare Leistung auch vergleichbar zu honorieren. Allerdings hat der Gesetzgeber die Rahmenbedingungen unterschiedlich vorgegeben. Damit auch Apotheken die Impfleistung wirtschaftlich erbringen können, muss in Analogie zur Möglichkeit des*der Arztes*Ärztin, die Impfleistung an die medizinischen Fachangestellten zu übertragen, den Apotheker*innen die Möglichkeit eröffnet werden, die Impfleistung an PTA und PhiP zu delegieren. Dabei bleibt die Verantwortlichkeit des*der Apothekeninhaber*in entsprechend § 2 Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) auch für neue Gesundheitsleistungen unverändert.

Der Gesetzgeber sollte demnach § 20c IfSG dahingehend anpassen, dass Apotheker*innen, PhiP wie auch PTA Impfungen vornehmen können, wenn sie ärztlich geschult wurden und die Impfungen für eine öffentliche Apotheke durchführen. Zudem sollte auf eine Änderung der Approbationsordnung sowie der Ausbildungsordnungen hingewirkt werden, sodass Impfungen bereits Teil der universitären Ausbildung von Pharmazeut*innen sowie der beruflichen Ausbildung von PTA werden.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2024 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache L 3 zu
1.18.1 - 2.18.2
angenommen

Antragsteller:	Apothekerkammer Berlin Apothekerkammer Mecklenburg-Vorpommern Apothekerkammer Sachsen-Anhalt Landesapothekerkammer Thüringen Thüringer Apothekerverband e. V. Sächsische Landesapothekerkammer Sächsischer Apothekerverband e. V. Landesapothekerkammer Brandenburg
Antragsgegenstand:	Überführung des Medikationsmanagements in die Regelversorgung der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber auf, dafür Sorge zu tragen, dass das gemeinsame Medikationsmanagement von Arzt*Ärztin und Apotheker*in möglichst bald als honorierte Regelleistung in die gesetzliche Krankenversicherung überführt wird. Eine analoge Leistung ist auch für den Bereich der privaten Krankenversicherung anzustreben.

Begründung

Die bisher durchgeführten Modellprojekte zum Medikationsmanagement haben eine Vielzahl positiver Effekte auf die Patient*innenversorgung verdeutlicht. So zeigte z. B. die Evaluation des Modellprojektes Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen (ARMIN), dass die Patient*innen, die am ARMIN-Medikationsmanagement teilnahmen, im Vergleich zu Kontrollpatient*innen ein um 16 Prozent verringertes relatives Risiko hatten zu versterben. Zudem stellte sich in diesem Zusammenhang heraus, dass drei Viertel der Patient*innen die gemeinsame Überprüfung des Medikationsplans durch den*die Hausarzt*ärztin und den*die Apotheker*in befürworteten.

Aus diesem Grund ist ein Rechtsrahmen für die Regelversorgung in der Krankenversicherung, der diese interprofessionelle Zusammenarbeit von Arzt*Ärztin und Apotheker*in ermöglicht und für alle Beteiligten fair vergütet wird, nicht nur fachlich wünschenswert, sondern auch dringend erforderlich.

Dabei müssen die Verantwortlichkeiten von Ärzt*innen sowie Apotheker*innen, wie im Modellprojekt ARMIN gezeigt, klar definiert und aufeinander abgestimmt sein. Zentrales Element für die Patient*innen muss ein stets vollständiger und aktueller Medikationsplan sein, der jeder*jedem Einzelnen entsprechend der individuellen Fähigkeiten und Kenntnisse erläutert wird. Für alle Beteiligten muss Transparenz zu Inhalt, Ausgestaltung und Umsetzung des Medikationsplans und der damit verbundenen Leistungen geschaffen werden. Eine funktionierende IT-

Unterstützung zum elektronischen Datenaustausch mit Vereinheitlichung der in der Versorgung eingesetzten Medikationspläne und Software ist dafür unabdingbar.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2024 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 2.19
angenommen

Antragsteller: Geschäftsführender ABDA-Vorstand

Antragsgegenstand: Novellierung des europäischen Arzneimittelrechts

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert die Beteiligten am Gesetzgebungsverfahren zur Novellierung des europäischen Arzneimittelrechts (insbesondere die Bundesregierung und das Europäische Parlament) auf, zusätzliche Belastungen für Apotheken zu verhindern. Sie bekräftigt ihren Beschluss aus dem Jahr 2022, dass die bewährte Defekturherstellung nicht eingeschränkt werden darf. Eine Einführung elektronischer Packungsbeilagen darf keinen Zusatzaufwand – weder finanziell noch personell – für Apotheken bedeuten; außerdem muss sichergestellt sein, dass die elektronischen Packungsbeilagen nicht werblich sind, ihr Inhalt behördlich genehmigt ist und eine Bereitstellung durch eine unabhängige Stelle erfolgt. Die Hauptversammlung unterstützt die vielfältigen Ansätze zur Bekämpfung von Lieferengpässen, spricht sich aber gegen überbordende Meldepflichten für Apotheken und gegen eine Ausweitung der securPharm-Codierung auf OTC-Arzneimittel aus. Weiterhin unterstützt sie Überlegungen, moderne Formen der Arzneimittelwerbung über soziale Medien, wie zum Beispiel so genannte „Influencer*innen“, zu regulieren.

Begründung

Die Europäische Kommission hat im April 2023 Vorschläge zur Novellierung des europäischen Arzneimittelrechts vorgelegt. Hiermit soll die jahrzehntelang bewährte Systematik einer Richtlinie („Unionskodex für Humanarzneimittel“, KOM (2023) 192) und eine Verordnung („zur Festlegung der Verfahren der Union für die Zulassung und Überwachung von Humanarzneimitteln“, KOM (2023) 193) beibehalten werden. Dies entspricht einer Forderung der Hauptversammlung aus dem Jahr 2022.

Das Europäische Parlament hat in seiner ersten Lesung, die im April 2024 kurz vor der diesjährigen Europawahl abgeschlossen wurde, umfangreiche Änderungsvorschläge zum Kommissionstext beschlossen. Diese werden nun Gegenstand der kommenden Beratungen der Mitgliedstaaten im Rat und der Trilogverhandlungen zwischen Parlament, Rat und Kommission sein. Die ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V. hat sich gemeinsam mit ihrem Europaverband ZAEU intensiv am bisherigen Gesetzgebungsverfahren beteiligt (und wird dies auch weiterhin tun). Es ist dabei gelungen, viele Anliegen der Apothekerschaft in den Änderungsvorschlägen zu berücksichtigen. So möchte das Parlament zum Beispiel die von der Kommission vorgeschlagene Ausweitung der Verschreibungspflicht für antimikrobielle Arzneimittel grundsätzlich auf Antibiotika beschränken, und es lehnt eine europaweite generelle Ersetzung gedruckter Packungsbeilagen durch elektronische ab. Gleichwohl konnte angesichts des Umfangs und der Komplexität des Gesetzgebungsverfahrens einiges noch nicht erreicht werden, beziehungsweise bestehen noch weitere Verbesserungsmöglichkeiten.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2024 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 2.20
angenommen

Antragsteller: Apothekerkammer Berlin

Antragsgegenstand: Informationen zu neuen Rechten und Pflichten der Apotheken im Umgang mit Gesundheitsdaten

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker spricht sich dafür aus, dass aufgrund neuer Rechte und Pflichten zur Datenverarbeitung in Apotheken (Gesundheitsdatennutzungsgesetz - GDNG), Informationsmaterial insbesondere über

- Identifikation personenbezogener Daten,
- Rechte und Pflichten zur Datenverarbeitung personenbezogener Daten,
- Beispiele zur Datennutzung im Rahmen der Qualitätssicherung, zur Förderung der Patient*innensicherheit und zu Forschungszwecken sowie
- Informationspflichten der Apotheken

zur Verfügung gestellt wird. Hierdurch sollen Apotheken in die Lage versetzt werden, sich möglichst aufwandsarm auf neue Anforderungen einzustellen.

Begründung

Mit dem GDNG wurden neben dem Zugang zu Gesundheitsdaten des Forschungsdatenzentrum Gesundheit (FDZ) umfangreiche Regelungen zur Nutzung personenbezogener Daten durch datenverarbeitende Gesundheitseinrichtungen, zu denen Apotheken zählen, getroffen. Die Regelungen dienen der Ermöglichung einer bundesweiten Verarbeitungsbefugnis von Versorgungsdaten zur Qualitätssicherung, zur Förderung der Patient*innensicherheit und zu Forschungszwecken. Es ist gemäß der Gesetzesbegründung die Pflicht und das Anliegen der Angehörigen der Heilberufe, die Gesundheit, das Wohlergehen und die Rechte der Patient*innen (bzw. im Falle der Arbeitsmedizin der Proband*innen) zu fördern und zu erhalten. In ihrem Einsatz für das Wohl ihrer Patient*innen sind die Angehörigen der Heilberufe dabei auf sichere, wirksame und genaue Mittel der Therapie, Diagnose, Beurteilung und Prävention angewiesen. Zudem werden die Qualität und Effizienz maßgeblich nicht nur von der Kompetenz und der Einsatzbereitschaft der einzelnen Angehörigen der Heilberufe bestimmt, sondern auch von den Arbeitsprozessen und -strukturen, in denen sie gemeinsam wirken.

Auf Apotheken kommen damit umfangreiche Rechte und Pflichten zu, die unter Umständen Personalkapazitäten binden. Den Apotheken sollen zur möglichst aufwandsarmen Einschätzung ihrer Rechte und Pflichten Informationsmaterial zur Verfügung gestellt werden.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2024 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 2.21
angenommen

Antragsteller: Apothekerverband Westfalen-Lippe e. V.
Antragsgegenstand: Reform des Präventionsgesetzes

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, das Präventionsgesetz (PrävG), wie im Koalitionsvertrag von 2021 vereinbart, zu reformieren und dabei die Apotheken vor Ort als eine tragende Säule der Prävention zu verankern. Bei der Fortentwicklung der Präventionsstrategie – zum Beispiel durch Erarbeitung eines Nationalen Präventionsplanes – ist die Expertise und Erfahrung der Leistungserbringer, insbesondere auch der Apotheken vor Ort, stets einzubeziehen. Auch die Grundlagen für die Honorierung dieser Dienstleistungen sind im Zuge der Reform zu schaffen bzw. zu verbessern.

Begründung

Prävention ist ein wichtiger Baustein, um in einem Gesundheitssystem, das finanziell und personell bis an die Grenzen und teilweise bereits darüber hinaus belastet ist, Erleichterung zu schaffen. Dabei stellt sich allerdings die Frage, wer weitere Präventionsaufgaben erbringen kann? In den kommenden Jahren wird sich die Zahl der Ärzt*innen deutlich reduzieren; jeder Dritte geht absehbar in den Ruhestand. Schon heute aber fehlen laut Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach bundesweit 50.000 Mediziner*innen. Noch dramatischer ist der Fachkräftemangel in der Pflege. Zugleich droht die Zahl der Patient*innen bzw. der Pflegebedürftigen durch den demografischen Wandel deutlich zu steigen. Epidemiologen schätzen, dass sich annähernd die Hälfte aller Krebserkrankungen durch Prävention vermeiden ließen.¹ Bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen gehen Expert*innen sogar von 70 Prozent vermeidbarer Fälle aus.²

Auch wenn Studien bezüglich der Höhe des Einsparpotenzials zu verschiedenen Ergebnissen kommen, so besteht doch weitgehend Einvernehmen, dass sich durch Prävention die Kosten im Gesundheitswesen drosseln lassen.³ Vorbeugen ist nicht nur besser, sondern auch billiger als heilen. Bestes Beispiel dafür sind Impfungen: Würde in Europa die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ausgegebene Grippe-Impfquote von 75 Prozent erreicht, ließen sich rund 30.000 Krankenhausaufenthalte und rund 700.000 Arzt*Ärztin-Besuche vermeiden.⁴ Doch nicht nur im Gesundheitswesen, sondern auch volkswirtschaftlich macht sich Prävention bezahlt: So kann etwa laut Berechnungen des Kieler Instituts für Weltwirtschaft (IfW) alleine

¹ <https://www.dekade-gegen-krebs.de/de/krebsforschung/forschung-gegen-krebs/praeventionsforschung/praeventionsforschung.html?nn=474860> (abgerufen am 14.06.2024).

² <https://www.assmann-stiftung.de/rund-70-der-herz-kreislaufkrankungen-weltweit-sind-vermeidbar-325/> (abgerufen am 14.06.2024).

³ Beispielhaft: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/77827/Studie-sieht-enormes-Einsparpotenzial-durch-mehr-Prävention> (abgerufen am 14.06.2024).

⁴ <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-813> (abgerufen am 14.06.2024)

durch den krankheitsbedingten Arbeitsausfall aufgrund einer Grippewelle, wie z. B. in der Saison 2022/2023, der deutschen Volkswirtschaft ein Verlust in der Bruttowertschöpfung von 30 bis 40 Milliarden Euro entstehen.⁵

Am Beispiel der Impfungen zeigt sich auch, wie Apotheken vor Ort durch einen besonders niedrigschwelligen Zugang einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Prävention erbringen. Dies belegen Auswertungen der Impf-Modellprojekte in Deutschland ebenso wie internationale Studien: Wenn Apotheken mitimpfen, steigt die Zahl der Impfungen insgesamt. Durch die Apotheken werden Bürger*innen erreicht, die sich bislang nicht haben impfen lassen.⁶ Sie nehmen das Angebot unter anderem wahr, weil Apotheken den Patient*innen auch freitags-nachmittags und samstags offenstehen. Apotheken sind zudem ohne Termin erreichbar, sodass viele weitere Präventionsangebote wie z. B. Blutdruckmessungen unkompliziert abzurufen sind. Ferner steuern Patient*innen Apotheken im Zuge der Selbstmedikation an oder um verschreibungspflichtige Arzneimittel zu erhalten. Dabei kann im Beratungsgespräch auch der individuelle Nutzwert von Ernährungsberatung, Stillberatung, Tabakentwöhnung und vielen anderen Leistungen angesprochen werden. Und: Jeder geht irgendwann einmal in die Apotheke. Apotheken erreichen alle Bürger*innen, auch diejenigen in benachteiligten Regionen und aus Bevölkerungsgruppen mit wenig ausgeprägter Gesundheits- und Informationskompetenz.

Mit dem PräVG hat der Bundesgesetzgeber im Jahr 2015 versucht, den Erkenntnissen der Präventionsforschung Rechnung zu tragen. Wesentliche Inhalte des Gesetzes sind, dass Ärzt*innen Präventionsempfehlungen geben können, damit Patient*innen an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung teilnehmen. Diese Präventions-Kurse werden von den Krankenkassen bezuschusst. Weiterhin sieht das Gesetz vor, durch verschiedene Maßnahmen wie Impfbuch-Checks und Pflichtberatungen für Eltern Schutzimpfungen zu fördern. Die Kranken- und Pflegekassen legen zudem Präventionsprogramme für Gemeinschaftseinrichtungen (Schulen, Kitas, Betriebe, Pflegeeinrichtungen) im Wert von rund 580 Millionen Euro auf, um Menschen innerhalb ihrer jeweiligen Lebenswelt zu erreichen. Die Sozialversicherungsträger und die Sozialpartner besetzen zudem eine nationale Präventionskonferenz, die eine "nationale Präventionsstrategie" erarbeiten soll.

Der große Erfolg des PräVG ist bislang ausgeblieben. Deutschland leistet sich nach wie vor eines der teuersten Gesundheitssysteme der Welt, schneidet aber bei der Lebenserwartung der Menschen im europäischen Vergleich auf Platz 18 eher schlecht ab. Nur ein Bruchteil der Bevölkerung, nämlich etwa 1,55 Prozent, nimmt aktiv an Präventionskursen teil, wie der Präventionsbericht 2023 des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV-SV) belegt. Im Jahr 2021 haben die gesetzlichen Krankenkassen im Durchschnitt gerade einmal 7,93 Euro je versicherter Person für Aufgaben der Primärprävention und Gesundheitsförderung ausgegeben. Ob die Präventionsangebote tatsächlich die Zielgruppen erreichen, die ihrer besonders bedürfen, ist zu bezweifeln. Der Grund für den geringen Erfolg mag darin liegen, dass mit dem PräVG vor allem zeitlich befristete, modellhafte Projekte gefördert werden, nicht aber regel- und dauerhafte Lösungen getroffen worden sind. Zudem gibt es eine Vielzahl von Programmen, die von ganz verschiedenen Akteuren umgesetzt werden. In diesem fragmentierten Markt ist es für die Betroffenen schwierig, sich einen Überblick zu verschaffen – zumal für Menschen, deren Gesundheits- und Informationskompetenz ohnehin schwächer ausgeprägt ist. Die Apotheken finden im Übrigen im PräVG keinerlei Erwähnung – obgleich dies aus den oben genannten Gründen doch sinnvoll wäre, zumal sie im täglichen Kontakt zu Menschen mit Gesundheitsrisiken stehen, ohnehin alltäglich Informationsbedarf stillen und Aufklärung betreiben. Sie können im Gespräch Präventionsbedarf erkennen und Präventionsangebote unterbreiten. Bei den Impfungen hat man dieses Potenzial längst erkannt.

⁵ https://www.ifw-kiel.de/fileadmin/Dateiverwaltung/IfW-Publications/fis-import/6da36c88-34b3-4e94-acef-ab54df2bdab9-kb_stolpe_grippewelle.pdf (abgerufen am 14.06.2024).

⁶ <https://www.av-nr.de/der-verband/presse/pressemitteilungen/meldung/rueckenwind-fuer-grippeimpfungen-und-neue-versorgungsangebote-in-apotheken-309/> (abgerufen am 14.06.2024)

Der Koalitionsvertrag der Regierungsparteien sieht vor, das Präventionsgesetz weiterzuentwickeln und die Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention zu stärken. Bislang allerdings ist weder dieses Vorhaben noch die ebenfalls im Koalitionsvertrag vorgesehene Entwicklung eines nationalen Präventionsplanes wesentlich vorangetrieben worden. Nun plant Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach ein Gesetz zur Stärkung der Herzgesundheit (Gesundes-Herz-Gesetz) und will dabei die Apotheken verstärkt bei der Prävention und Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und tabakassoziierten Erkrankungen einbinden. Damit wird wiederum nur ein einzelner Schritt in die richtige Richtung gegangen, ohne die Apotheken grundlegend als Präventionsinstitution anzuerkennen.

Jeder dieser Einzelschritte aber wird stets durch intensive Diskussionen und Kritik seitens der Krankenkassen wie auch der Ärzteschaft begleitet. Das hat schon die Schaffung pharmazeutischer Dienstleistungen (pDL) wie auch die Öffnung der Apotheken für Grippe- und Coronaschutzimpfungen gezeigt. Damit einher geht auch die Uneinsichtigkeit der Kostenträger, dass diese Leistungen angemessen vergütet werden müssen. Die bisherige Nichtanerkennung der Apotheken als Präventionsinstitutionen hat zur Folge, dass viele Leistungen, für die andere Akteure honoriert werden, von den Apotheken ohne Vergütung erbracht werden – die Pflege des Medikationsplanes ist nur ein Beispiel von vielen.

Statt daher immer wieder im Einzelfall und im Jahresrhythmus nachzubessern und die Apotheken mal bei der Prävention einzubinden und mal wieder nicht, sie mal zu honorieren und mal wieder nicht, sollte die Apotheke bei einer grundsätzlichen und wirklich zielführenden Reform des PräVG als tragende Säule der Prävention fest verankert werden. Diese Anerkennung der Leistung von Apotheken muss einhergehen mit der Schaffung einer wirtschaftlichen Honorierung. Apotheken sollten schließlich ebenso wie andere Leistungserbringer auch, die täglich mit den Patient*innen zu tun haben und die Bedürfnisse wie auch Anforderungen am besten kennen, bei der Fortentwicklung der Präventionsleistungen, z. B. durch Erarbeitung des nationalen Präventionsplans, mit ihrer Expertise eingebunden werden. Zudem ist die interprofessionelle Zusammenarbeit gerade bei der Prävention unerlässlich und somit zu stärken. Damit die Interprofessionalität gelingen kann, müssen aber alle Akteure auf Augenhöhe agieren. Dies setzt eine Anerkennung der Apotheken als Präventionsinstitution zwingend voraus.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2024 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 2.22
in den Ausschuss verwiesen

Antragsteller: Apothekerverband Westfalen-Lippe e. V.

Antragsgegenstand: Reform des § 11 ApoG

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber auf, in § 11 Absatz 1 Satz 1 Apothekengesetz (ApoG) durch eine geeignete Formulierung klarzustellen, dass bei Vorliegen eines autonom gebildeten Patient*innenwillens, dem mit Blick auf die Heilbehandlung ein berechtigtes Interesse an der Zusammenarbeit der Apotheke mit einem*einer Arzt*Ärztin zugrunde liegt, kein Verstoß gegen das Zuweisungsverbot vorliegt. Darüber hinaus sind § 11 Absatz 2 und Absatz 2a ApoG zu einer generellen Ausnahmegvorschrift umzugestalten und durch einen beispielhaften Katalog von Versorgungssituationen, in denen stets eine Ausnahme vom Zuweisungsverbot besteht, zu ergänzen.

Begründung

Bereits seit dem Edikt von Salerno aus dem Jahre 1231 gilt die strikte Trennung von Arzt*Ärztin und Apotheker*in. Das damit verfolgte Ziel ist, die wirtschaftliche Unabhängigkeit beider Heilberufe sowie eine funktionelle Gesundheitsfürsorge sicherzustellen. Die rechtliche Grundlage dazu findet sich heute u. a. in § 11 Absatz 1 Satz 1 Apothekengesetz (ApoG)¹. Ausnahmen zum Zuweisungsverbot sind in § 11 Absatz 2 bis Absatz 5 ApoG geregelt.

§ 11 ApoG bedarf einer Reform. Zum einen, weil sich eine umfangreiche, nur noch schwer zu überschauende, „kleinteilige“ und insgesamt in sich nur noch wenig plausible Rechtsprechungskasuistik² herausgebildet hat. Hinzu kommt, dass dem autonom gebildeten und ausdrücklich erklärten Patient*innenwillen nahezu keine Rolle für die Beurteilung eines Verstoßes gegen die Norm zukommen soll.³ Mit der Versorgungswirklichkeit ist das häufig schwer in Einklang zu bringen. Man denke beispielsweise an die zurückliegend kontrovers diskutierte, für die Praxis sehr bedeutsame Frage, ob der*die eine*n Heimpatient*in behandelnde Arzt*Ärztin ein elektronisches Rezept (E-Rezept) via KIM an die heimversorgende Apotheke übermitteln

¹ Vgl. ferner § 14 BO AKWL; § 31 Abs. 2 BO-ÄKWL der dem*der Arzt*Ärztin jedoch bei Vorliegen eines hinreichenden Grundes eine Zuweisung im Einzelfall erlaubt, vgl. dazu auch Kieser/Wesser/Saalfrank (KWS)-Wesser, Kom. z. ApoG, § 11, Rn. 91 f.; siehe auch § 24 ApBetrO.

² Vgl. zunächst KWS-Wesser, Kom. z. § 11, Rn. 1 ff., Rn. 80 ff. mit zahlr. Nachw.; vgl. ferner u. a. BGH, Urteil v. 13.03.2014 – Az. I ZR 120/13 (Vorrang d. Entlassmanagements gegenüber § 11 ApoG); KWS-Wesser, aaO, § 12a, Rn. 3 (Vorrang einer Versorgung im Rahmen von § 12a ApoG gegenüber § 11 ApoG), OLG Saarbrücken, Urteil vom 25. September 2013 – Az.: 1 U 42/13 (sehr restriktiv).

³ So unter Hinweis auf den Schutzzweck von § 11 Abs. 1 S. 1 ApoG u.a. KWS-Wesser, Kom. z. ApoG, § 11, Rn. 6 ff mwN.

darf oder darin eine verbotene Zuweisung zu erblicken ist.⁴ Die Nichtberücksichtigung des Patient*innenwillens negiert darüber hinaus, dass dem*der Patient*in seiner*ihrerseits die durch das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) garantierten Rechte der freien Arzt*Ärztin- (vgl. § 76 Absatz 1) und Apothekenwahl (§ 31 Absatz 1 Satz 5) zur Seite stehen. Nicht zuletzt auch darin manifestiert sich das dem*der Heilbedürftigen zustehende, verfassungsrechtlich durch Artikel 2 Grundgesetz (GG) gewährleistete Selbstbestimmungsrecht⁵.

Der Apotheke als Normadressaten ist es häufig kaum noch möglich zu wissen, welche Form der Zusammenarbeit ggf. erlaubt und welche verboten ist. Dem Antragsteller sind Fälle bekannt, in denen auf Grundlage einer alles andere als überzeugenden Begründung Verstöße angenommen und infolge dessen Ordnungswidrigkeitenverfahren eingeleitet worden sind, die teilweise zu horrenden Geldbußen geführt haben. Die derzeitige Situation führt daher verständlicherweise zu einem hohen Maß an Verunsicherung, was zugleich den dringenden Bedarf einer rechtlichen Klarstellung und zudem Änderung der Norm unterstreicht.

Einer Reform braucht es zum anderen aber auch deswegen, weil der derzeitige Normwortlaut nicht die nötige „Flexibilität“ aufweist, um neuartigen Behandlungs- und Therapieformen sowie veränderten Bedürfnissen in der Patient*innenversorgung angemessen und für den Normadressaten verlässlich Rechnung zu tragen. Die aktuell im Wesentlichen nur für die Bereiche der Zyto- und Hämophilie-Versorgung (abschließend⁶) in § 11 Absatz 2 und 2a ApoG geregelten Ausnahmen sind zu eng gefasst. Darüber hinaus sind vereinzelte Ausnahmen durch die Rechtsprechung anerkannt worden, die durchaus überzeugend den Gegebenheiten im Einzelfall Rechnung getragen haben, sich jedoch nur schwer in das überkommene Verständnis des § 11 ApoG einordnen lassen. So hat beispielsweise das Oberlandesgericht (OLG) Schleswig⁷ unter dem Aspekt einer möglichen Gefährdung des Therapieerfolges eine Direktzuweisung von dem*der Arzt*Ärztin an eine Apotheke für Patient*innen im Sichtbezug für zulässig erachtet. Begründet hat das OLG die Entscheidung insbesondere mit der Notwendigkeit zur unbedingten Gewähr und Einhaltung der pharmazeutischen Versorgung, wozu ein besonderes Vertrauensverhältnis zwischen Arzt*Ärztin und Apotheker*in die Grundlage bieten kann.

Die Ausnahme zugunsten der Zytostatikaversorgung wurde vom Gesetzgeber mit Blick auf das Erfordernis einer sachgerechten Herstellung sowie aus Gründen der Patient*innen- und Produktsicherheit für erforderlich gehalten. Um die Haltbarkeit und Anwendbarkeit der Zubereitung sichergestellt zu wissen, darf diese direkt an den*die Arzt*Ärztin geliefert werden. Der Bundesgerichtshof (BGH)⁸ hat seinerseits in einem jüngeren Fall, in dem es um Applikationsarzneimittel zur Behandlung von Hepatitis-C-Patient*innen ging, trotz der mit Zytostatika durchaus vergleichbaren Komplexität der Arzneimittel eine Notwendigkeit zur Verkürzung des Versorgungsweges durch die Möglichkeit der Zuweisung ausdrücklich verneint. Zwar müsse, so der BGH, jedem*jeder Arzt*Ärztin zugestanden werden, dass er ein berechtigtes Interesse daran habe, nur Arzneimittel zur Behandlung einzusetzen, bei welchen er*sie davon ausgehen kann, dass diese ordnungsgemäß gelagert und geliefert wurden, dennoch dürfe in diesen

⁴ Der Gesetzgeber hat u. a. durch die Regelungen in § 11 Abs. 4 SGB V, § 119b SGB V und § 114 Abs. 1 SGB XI zum Ausdruck gebracht, dass er eine enge Zusammenarbeit zwischen Pflege, Arzt*Ärztin und Apotheke bei der Versorgung von Patient*innen stationärer Pflegeeinrichtungen anstrebt; so Meyer, A&R 2014, S.112 ff.; ders., Apothekenrecht Kompakt v. 05.06.2016, „Faxübermittlung der Verordnungen in der Heimversorgung“, S. 1 f., abzurufen unter: <https://www.apothekenrecht-kompakt.de/heimversorgung/faxuebermittlung-der-verordnungen-in-der-heimversorgung/>. Die Frage, ob in diesen Fällen eine Zuweisung vorliegt oder nicht, hat sich für die Zukunft jedoch möglicherweise erledigt: Das BMG hat im Rahmen der Ankündigung über einen angepassten Kabinettsentwurf zum Apotheken-Reformgesetz (ApoRG) am 16.07.2024 angekündigt, dass das Sammeln und direkte Weiterleiten von Verschreibungen (Muster-16/E-Rezept) ausdrücklich erlaubt werden soll, vgl. PZ-online v. 16.07.2024 – „Apotheken-Reformgesetz – Das steht im Kabinettsentwurf“, siehe unter: <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/das-steht-im-kabinettsentwurf-148734/>.

⁵ Vgl. Spieckhoff/Barth, Handbuch zum Medizinrecht, 4. Auflage, § 31 SGB V Rn. 6, § 76 SGB V Rn.2; ders./Steiner, aaO, Art. 2 GG. Rn. 1 ff; KWS-Wesser, Kom. z. ApoG, § 11, Rn. 100.

⁶ So BGH, Urteil vom 18. Juni 2015, Az.: I ZR 26/14.

⁷ OLG Schleswig, Urteil vom 27. September 1994, Az.: 6 U 27/94, NJW 1995, 3064f, dass die Zusammenarbeit allerdings unter wettbewerbsrechtlichen Gesichtspunkten für zulässig erachtet hat.

⁸ BGH, Urteil vom 18. Juni 2015, Az.: I ZR 26/14.

Konstellationen das Zuweisungsverbot nicht außer Acht gelassen werden. Zugleich räumte der BGH aber auch ein, dass vom Zuweisungsverbot abgewichen werden könne, wenn ein hinreichender medizinischer Grund vorliege, beispielsweise infolge von Hilfsbedürftigkeit oder Unzuverlässigkeit der Patient*innen, und anderenfalls die rechtzeitige oder qualitätswahrende Beschaffung eines Applikationsarzneimittels nicht geleistet werden könne mit der Folge einer Gefährdung der Therapie.

Unter Berücksichtigung der divergierenden Rechtsprechung bzw. der durch diese herausgearbeiteten Kriterien ist es unseres Erachtens geboten, § 11 Absatz 2 und Absatz 2a ApoG in einem neuen Absatz 2 zusammenzuführen. Dabei bietet es sich an, zunächst die Voraussetzungen zu bestimmen, unter denen generell eine Zuweisung als zulässig anzusehen ist. Sodann kann mit Hilfe einer nicht abschließenden Aufzählung von bestimmten Versorgungssituationen die Ausnahmeregelung näher konkretisiert und der Rechtsprechung dadurch zugleich die Normanwendung erleichtert werden. Keinesfalls soll dabei natürlich der Charakter als Ausnahmevorschrift verloren gehen. Das Zuweisungsverbot ist ein wichtiger Pfeiler der Arzneimittelversorgung. Eine Aushöhlung des Anwendungsbereichs über das gebotene Maß hinaus ist unbedingt zu vermeiden. Dies gilt umso mehr unter dem Gesichtspunkt künftig (voll-)digitalisierter Strukturen wie der Nutzung des E-Rezeptes.

Auf Grundlage des vorstehend Gesagten möchten wir zur Konkretisierung des Antrages im Sinne einer ersten Diskussionsgrundlage vorschlagen, § 11 Absatz 1 Satz 1 ApoG wie folgt neu zu fassen (*Änderung/Ergänzung kursiv*):

(1) Erlaubnisinhaber und Personal von Apotheken dürfen, soweit gesetzlich nichts anderes bestimmt ist, mit Ärzten oder anderen Personen, die sich mit der Behandlung von Krankheiten befassen, oder mit Dritten keine Rechtsgeschäfte vornehmen oder Absprachen treffen, die eine bevorzugte Lieferung bestimmter Arzneimittel, die Zuführung von Patienten, die Zuweisung von Verschreibungen oder die Fertigung von Arzneimitteln ohne volle Angabe der Zusammensetzung zum Gegenstand haben, es sei denn, *das betreffende Rechtsgeschäft oder die getroffene Absprache beruht auf einem autonom gebildeten und ausdrücklich erklärten Willen des Patienten, dem mit Blick auf seine Heilbehandlung ein berechtigtes Interesse an einer solchen Zusammenarbeit zugrunde liegt.*

Ferner schlagen wir vor, § 11 Absatz 2 und Absatz 2a ApoG in einem neuen Absatz 2 wie folgt zusammenzuführen:

(2) *Abweichend von Absatz 1 ist es bei Vorliegen eines hinreichenden medizinischen Grundes dem Inhaber einer Erlaubnis zum Betrieb einer öffentlichen Apotheke gestattet, aufgrund einer Absprache Arzneimittel unmittelbar an den anwendenden Arzt abzugeben. Vom Vorliegen eines hinreichenden medizinischen Grundes ist im Regelfall auszugehen, wenn*

- *die unmittelbare Abgabe an den Arzt im Rahmen einer Notfallversorgung erforderlich ist oder*
- *die Versorgung eines hilfsbedürftigen Patienten die rechtzeitige oder qualitätswahrende Lieferung von durch den Arzt anzuwendenden Arzneimitteln erfordert oder*
- *die Versorgung eines sonstigen Patienten die qualitätswahrende Lieferung von durch den Arzt anzuwendenden, aufgrund ihrer Wirkweise, Toxizität oder aus vergleichbaren Gründen komplexen Arzneimitteln erfordert oder*
- *nur die unmittelbare Abgabe an den Arzt die Sicherstellung des Therapieerfolges gewährleistet.*

Dies ist u. a. in folgenden Versorgungssituationen der Fall:

- *die Versorgung mit Zytostatikazubereitungen oder anderen vergleichbar komplexen Applikationsarzneimitteln,*

- *die Versorgung mit zur Organisation des Notfallvorrats nach § 43 Absatz 3a des Arzneimittelgesetzes sowie mit Arzneimitteln zur spezifischen Therapie von Gerinnungsstörungen bei Hämophilie*
- *die Versorgung von Suchtpatienten im ärztlichen Sichtbezug*

Im Folgenden sind die Absätze 3 bis 5 mit dem Verweis „Der Absatz 2 gilt entsprechend.“ anzupassen.

Die Unabhängigkeit der Heilberufe sowie eine funktionelle Patient*innenversorgung sind von großer Bedeutung für unser Gesundheitssystem. Im Rahmen dessen ist § 11 ApoG ein wichtiger Baustein. Nicht zuletzt auch deswegen sollte die Norm so konturiert sein, dass für die Apotheke als Normadressaten (besser) erkennbar ist, was verboten und was ausnahmsweise erlaubt ist. Der Ausnahmetatbestand ist an die aktuellen Erfordernisse in der Praxis anzupassen. Darüber hinaus ist er derart auszugestalten, dass er auch bei künftig auftretenden Problemen eine verlässliche Abgrenzung ermöglicht. Der Antrag versteht sich insoweit als Anstoß zu einer entsprechenden Reform.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2024 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache L 4 zu
2.23.1 - 2.23.2
in den Ausschuss verwiesen

Antragsteller: Landesapothekerkammer Baden-Württemberg
Apothekerkammer des Saarlandes
Saarländischer Apothekerverein e. V.

Antragsgegenstand: Heimversorgung nach § 12a ApoG i. V. m. § 11 ApoG

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, für die durch das E-Rezept entstandenen Fragen bei der Übermittlung von ärztlichen Verordnungen für Heimpatient*innen, die in der Praxis zu relevanten Hindernissen in der Patient*innenversorgung führen, eine Lösung herbeizuführen, die den Versorgungserfordernissen aller an der Versorgung beteiligten Gruppen (Patient*in, Arzt*Ärztin, Apotheke, Heim) und systematischen Aspekten Rechnung trägt.

Begründung

Im Zusammenhang der vertraglichen Vereinbarungen von Wohn- und Pflegeheimträgern mit Bewohner*innen, willigen Letztere regelmäßig ein, bei Bedarf mit Arzneimitteln aus einer Apotheke versorgt zu werden, mit der der Träger einen Heimversorgungsvertrag gemäß § 12a Apothekengesetz (ApoG) geschlossen hat. Diese Einwilligung ermächtigt den Heimträger und sein Personal, nicht aber etwaige behandelnde Ärzt*innen zur Übermittlung von Verschreibungen des*der Patient*in an die betreffende Apotheke, sofern diese*r nicht im Einzelfall widerspricht.

§ 11 ApoG und § 31 Absatz 2 der ärztlichen Berufsordnungen verbieten im Übrigen Zuweisungen von Verschreibungen durch Ärzt*innen an Apotheker*innen sowie darauf gerichtete Vereinbarungen, sofern der*die Patient*in dem*der Arzt*Ärztin nicht im Einzelfall um die entsprechende Vorgehensweise gebeten hat.

In der Praxis der Arzneimittelversorgung von Heimbewohner*innen wird partiell gefordert, entgegen dieser zum Teil umstrittenen Rechtslage, eine unmittelbare Übermittlung ärztlicher Verschreibungen an die vertraglich mit dem Heim verbundene Apotheke durch Ärzt*innen zu organisieren.

Mit der Einführung des e-Rezepts schließt die Gematik eine entgegenstehende Vorgehensweise jedoch aus Rechtsgründen technisch aus. Sie sieht hingegen eine Übermittlung der ärztlichen Verordnung mittels KIM an das Heim vor, dessen Personal als Ermächtigte*r des*der Patient*in eine Weiterleitung an die Apotheke initiiert. Zudem ist bislang die Anbindung der Heime an die Telematik-Infrastruktur nicht flächendeckend abgeschlossen. Diesem Erschwernis in der Übermittlung der ärztlichen Verordnung in diesem Fall, soll entgegengewirkt werden.

Unter Umständen könnte diesem Erschwernis mit folgenden Maßnahmen abgeholfen werden:

- durch eine ergänzende Regelung in § 11 ApoG könnte klargestellt werden, dass eine heimversorgende Apotheke vor Ort zur Versorgung der Bewohner*innen ärztliche Verordnungen auch direkt von dem*der behandelnden Arzt*Ärztin entgegennehmen darf.
- im Rahmen der Heimversorgung nach § 12a ApoG könnte eine Direktübermittlung insbesondere des elektronischen Rezeptes (E-Rezeptes) von dem*der verordnenden Arzt*Ärztin an die jeweilige heimversorgende Apotheke nach entsprechender auch dem Heim gegenüber abgegebene Einverständniserklärung des*der Heimpatient*in gesetzlich legitimiert werden.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2024 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

ad hoc-Antrag 2.27

angenommen

Antragsteller: Dr. Christian Fehske, Katharina Klaas, Jörg Nolten,
Edward Mosch, Dr. Stephan Barrmeyer,
Dr. Ina Lucas, Tatjana Buck, Melanie Tilgner,
Barbara Straller, Henriette Feist, Daniel Mädler,
Lara Fürtges, Martin Buck

Antragsgegenstand: Grußwort von Bundesminister Prof. Dr. Karl Lauterbach

Antrag

Die Hauptversammlung der Deutschen ApothekerInnen und Apotheker fordert den Bundesgesundheitsminister auf zu benennen, welche Aspekte des Apothekenwesens so wenig funktionieren, dass eine Strukturreform zwingend erforderlich sein könnte.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2024 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

ad hoc-Antrag 2.28

angenommen

Antragsteller: Michael Ermisch, Lara Fürtges, Maximilian Buch,
Beatrice Teschner, Daniel Mädler, Stefan Feucht,
Otto Quintus Russe, Christian Fehske,
Björn Schittenhelm, Sarah Junghans, Karl Sydow

Antragsgegenstand: elmpfpass schnellstmöglich einführen

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert die ABDA auf, die Implementierung des elmpfpasses in der „ePA für alle“ kurzfristig voranzutreiben und sich für einen Zugriff für Apothekerinnen und Apotheker auf den elmpfpass einzusetzen.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2024 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

3. Digitalisierung

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2024 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 3.1
angenommen

Antragsteller: Geschäftsführender ABDA-Vorstand

Antragsgegenstand: Digitalisierung und Arzneimitteltherapiesicherheit

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber auf, verstärkt Maßnahmen zu ergreifen, um die Qualität der für die Arzneimitteltherapie relevanten Daten in der elektronischen Patientenakte (ePA) und des darin enthaltenen elektronischen Medikationsplans (eMP) zu verbessern. Nur wenn diese Daten in Apotheken verfügbar, aktuell, möglichst vollständig, in übersichtlicher, verständlicher Form auffindbar, mit den bestehenden Apothekendatenstandards interoperabel und elektronisch verarbeitbar sind, können sie für Maßnahmen zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) sinnvoll als Basis genutzt werden.

Begründung

Die Apothekerschaft begrüßt die zentrale Bereitstellung von relevanten Daten zur Arzneimitteltherapie in der ePA. Diese stellen einen Erkenntnisgewinn gegenüber dem Patient*innengespräch bzw. einer optionalen lokalen Kund*innen-/Patient*innendatei in der Apothekensoftware dar.

Um daraus jedoch einen Mehrwert für die Patient*innensicherheit generieren zu können, müssen Daten zur Arzneimitteltherapie sowie weitere relevante Daten wie Diagnosen, Allergien, Unverträglichkeiten usw. für die Apotheke einsehbar und in der Apothekensoftware be- und verarbeitbar sein. Dies setzt einheitliche Strukturierungen und Kodierungen der jeweiligen Daten in der ePA voraus, die wiederum bisher nicht hinreichend festgelegt wurden. Vielmehr sollen mehrere Kodierungen parallel zugelassen werden. Damit diese durch die Apothekensoftware ausgelesen und gemeinsam mit den etablierten Daten der Apotheke verarbeitet werden können, werden wiederum so genannte „Mappings“ benötigt, also Übersetzungen zwischen lokalen Kodierungen und in der ePA genutzten Kodierungen. Überall dort, wo Mappings grundsätzlich möglich sind, sind diese für die Verarbeitbarkeit fremder Kodierungen essenziell. Diese werden zum Teil erst langfristig zur Verfügung stehen. Somit werden zum Start der ePA und unter Umständen sogar darüber hinaus diese notwendigen Übersetzungen nicht bzw. nur unzureichend verfügbar sein.

Um wiederum eine hohe inhaltliche Datenqualität zu erreichen, müssen alle relevanten Daten vollständig, aktuell, konsistent und ohne Redundanzen in die ePA eingestellt werden. Dies gelingt, indem Datenflüsse zum Beispiel durch Automatisierungen oder definierte Zuständigkeiten zwischen den jeweiligen Heilberufler*innen geregelt werden. Auch dies ist bisher nicht hinreichend erfolgt.

Erst wenn die Daten der ePA in ausreichender Strukturierung und inhaltlicher Qualität zur Verfügung stehen, kann eine praktikable Softwareumsetzung erfolgen, sodass Apotheken ePA-Daten zielgerichtet für pharmazeutische Beratungen und Interventionen nutzen können.

Dies gilt sowohl für die Information und Beratung bei der Arzneimittelabgabe (insbesondere für CAVE- oder Interaktionschecks) als auch für die elektronisch unterstützte AMTS-Prüfung als Teil einer Medikationsanalyse und für alle weiteren AMTS-sichernden Maßnahmen, wie beispielsweise das Medikationsmanagement.

Ab 2025 sind Apotheken zudem verpflichtet, für alle Patient*innen mit einem eMP diesen zu aktualisieren und in der ePA zu speichern (vgl. DigiG § 31a SGB V Absatz 3a neu). Auch hierfür müssen zunächst die genannten Qualitätsanforderungen erfüllt sein, damit Apotheken dem gesetzlichen Auftrag effizient und verantwortungsvoll nachkommen können.

Allein die Verfügbarkeit Arzneimitteltherapie-relevanter Daten stellt keine Verbesserung der AMTS dar. Erst Daten, die die oben genannten Qualitätsanforderungen erfüllen, können die Basis für eine Verbesserung der AMTS sein. Vor diesem Hintergrund appelliert die Apothekerschaft an den Gesetzgeber, hierbei umgehend, spätestens aber zum Start des eMP in der ePa (aktuell geplant zum 15.07.2025) nachzubessern.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2024 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 3.2

Änderungsantrag in den Ausschuss verwiesen

Antragsteller: Apothekerkammer Berlin

Antragsgegenstand: Standeseigene ePA-Whitelabel-Lösung

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker spricht sich dafür aus, eine einheitliche Lösung für die Erfüllung der Aufgaben der Apotheken gemäß § 129 Absatz 5h Nummer 4 SGB V

- Beratung zur Wahrnehmung der Betroffenenrechte nach den §§ 336 und 337
- die Ermöglichung der Einsichtnahme in die elektronische Patientenakte (ePA) sowie
- die Durchführung der Löschung von Daten auf Verlangen des*der Versicherten

und zur Bearbeitung der elektronischen Medikationsliste (eML) sowie des elektronischen Medikationsplans (eMP) für den Berufsstand zu entwickeln, diese als Open Source Lizenz zur Verfügung zu stellen und deren verpflichtende Nutzung durch Apotheken gesetzlich bzw. vertraglich zu verankern.

Auf diese Weise soll die Erfüllung der Aufgaben im Kontext der ePA für alle Apotheken im gleichen Funktionsumfang, gleicher Ansicht, Stabilität und Prozessabbildung sichergestellt werden.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2024 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 3.3
in den Ausschuss verwiesen

Antragsteller: Apothekerkammer Berlin

Antragsgegenstand: Vernetzte Kommunikation in der TI

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker spricht sich dafür aus, die sichere durch die Telematikinfrastruktur (TI) gestützte digitale Kommunikation im Gesundheitswesen (KIM, TIM) so weiterzuentwickeln, dass Patient*innen künftig die Möglichkeit haben, wesentliche Inhalte aus Kommunikationsverläufen anderen berechtigten an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern oder Leistungserbringergruppen zur Einsicht zur Verfügung zu stellen. In gleicher Weise sollen Leistungserbringer die Möglichkeit haben, relevante Kommunikationsinhalte für betroffene Patient*innen verfügbar zu machen.

Begründung

Die Apothekerschaft begrüßt die neuen, datenschutzkonformen und digitalen Kommunikationswege (TIM, KIM, perspektivisch Informationsaustausch über ePA) im Gesundheitswesen, insbesondere hinsichtlich teilautomatisierter Verarbeitung von strukturierten Datenelementen.

Durch fehlende Dienstkennungen bzw. Patient*innen-Tags und Schnittstellen können für die weitere Behandlung ggf. wesentliche Informationen für die jeweils Betroffenen bisher nicht verfügbar gemacht werden (Informationssilos).

Nicht jede Kommunikation ist für die Weiterbehandlung von Relevanz, manche jedoch umso mehr. Eben jene Informationen sollen künftig in der elektronischen Patientenakte (ePA) dokumentierbar sein, um diese Patient*innen sowie anderen versorgungsbeteiligten Leistungserbringern durch berechnigte Freigabe zur Verfügung zu stellen.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2024 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 3.4
angenommen

Antragsteller: Apothekerkammer Berlin

Antragsgegenstand: Standardisierter Apothekenbrief für strukturierte pDL-Auswertung

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker spricht sich dafür aus, Daten, die im Rahmen der Durchführung pharmazeutischer Dienstleistungen (pDL) für die Bereitstellung in der elektronischen Patientenakte (ePA) bzw. die Abstimmung mit weiteren an der Versorgung des*der Versicherten beteiligten Leistungserbringer zur Verfügung gestellt werden, strukturiert sowie semantisch und syntaktisch interoperabel z. B. als Medizinische Informationsobjekte (MIO) verfügbar zu machen. Die Möglichkeit verschiedener Dienstkennungen (Dringlichkeit/Handlungsbedarf) und der Ausgabe in Patient*innen-verständlicher Sprache soll dabei einbezogen werden.

Begründung

Die Daten und Ergebnisse, die bei der Durchführung von pDL erhoben werden, sollen möglichst einfach zwischen den einzelnen Akteuren im Gesundheitswesen ausgetauscht sowie ggf. den Versicherten in der ePA zur Verfügung gestellt werden können. Dazu bedarf es strukturierter Daten, die semantisch und syntaktisch interoperabel sind. Die Erstellung und Bereitstellung dieser Informationen in Form von MIOs verbessert die interprofessionelle Zusammenarbeit und stärkt die Rolle der Apotheker*innen in der interprofessionellen Arzneimittelversorgung der Patient*innen.

Strukturierte Apotheker*innen-Briefe unterstützen somit den Stellenwert unseres Berufsstandes in der interprofessionellen Arzneimittelversorgung. Eine mit anderen MIOs (elektronischer Arztbrief, Laborbefund etc.) vergleichbare Verarbeitungsmöglichkeit sichert der unverzichtbaren pharmazeutischen Komponente einen festen Platz in der digitalen Informationsgrundlage der Gesundheitsversorgung.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2024 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 3.5
angenommen

Antragsteller: Landesapothekerkammer Hessen
Antragsgegenstand: Absicherung der TI gegen Ausfälle

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber auf, die Telematikinfrastruktur (TI) durch redundante Systeme so abzusichern, dass ein Ausfall bestmöglich ausgeschlossen ist.

Begründung

Die TI ist mit der flächendeckenden Einführung des E-Rezepts das Rückgrat der Apotheke geworden. Noch nie waren Apotheken von einer externen technischen Lösung so abhängig wie heute. Jeder Ausfall der TI führt zu nicht versorgten Patient*innen, bindet Ressourcen bei den Mitarbeiter*innen und schädigt die Apotheken wirtschaftlich. Diesen Ausfällen muss das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) als Haupteigentümer der gematik und zukünftig übergeordnetes Ministerium der zukünftigen Bundesagentur in geeigneter Art und Weise entgegenwirken.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2024 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 3.7
angenommen

Antragsteller: Apothekerverband Brandenburg e. V.

Antragsgegenstand: Umsetzung der vom BMG erlassenen Digitalisierungsbestrebungen in den eigenen Verordnungen

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) als Ordnungsgeber auf, die selbst formulierten Vorgaben an die Digitalisierung des Gesundheitswesens in den eigenen Verordnungen, wie der Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV), an die bereits umgesetzten Digitalisierungsprozesse auch materiell-rechtlich schnellstmöglich anzupassen.

Begründung

Wir halten es für erforderlich, dass auch die Regelungen der AMVV möglichst zeitnah materiell-rechtlich an die digitalen Entwicklungen des Gesundheitssystems anzupassen sind.

Zum 1. Januar 2024 ist das elektronische Rezept (E-Rezept) flächendeckend verbindlich in der Arzneimittelversorgung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Gleichwohl besteht nach wie vor in der Praxis erhebliches Streitpotential hinsichtlich der Umsetzung der Vorgaben der AMVV in der digitalen Welt. Diese Auseinandersetzungen führen dazu, dass die Arzneimittelversorgung der Bevölkerung durch Unklarheiten behindert wird, Apotheken zusätzlichen Retaxierungsrisiken ausgesetzt sind und darüber hinaus auch grundsätzlich der Erfolg der Einführung des E-Rezepts in Frage gestellt wird. Das BMG hinkt hier seinen eigenen Digitalisierungsvorgaben als Ordnungsgeber hinterher.

Vor diesem Hintergrund ist es erforderlich, die Anforderungen der AMVV an das insofern veränderte Anforderungsprofil anzupassen. Dies betrifft nicht die inhaltlichen Vorgaben, die eine AMVV aus Gründen der Arzneimittelsicherheit vorsehen muss.

In einer Stellungnahme zum Regierungsentwurf einer Einundzwanzigsten Verordnung zur Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung (Bundesrat-Drucksache 133/24 vom 14. März 2024) hatte deshalb die ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V. folgende Forderung gestellt [Auszug]:

Sofern allerdings die formalen Anforderungen, die § 2 Absatz 1 AMVV an eine ärztliche Verschreibung aufstellt, durch die Rahmenbedingungen der Telematikinfrastruktur nach den §§ 334 ff SGB V gewährleistet werden, bedarf es hierzu keiner gesonderten Vorgaben in der AMVV mehr. Dies betrifft insbesondere § 2 Absatz 1 Nummer 1 AMVV, der die Qualifikation der verschreibenden Person, und damit deren Verschreibungsbefugnis, gewährleisten soll. Nach geltender Rechtslage ist im Rahmen der Telematik-Infrastruktur durch das Erfordernis eines elektronischen Heilberufsausweises gewährleistet, dass nur ein Arzt bzw. Zahnarzt eine ordnungsgemäße elektronische Verschreibung nach § 360 SGB V ausstellen kann.

Wir regen daher an, § 2 AMVV dergestalt anzupassen, dass insbesondere die Angaben nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 AMVV nur für Verschreibungen erforderlich bleiben, für die nicht nach § 360 Absatz 1 SGB V die Telematikinfrastruktur nach dem SGB V zu nutzen ist.

Gegebenenfalls können weitergehende formale Anforderungen an das elektronische Rezept zwischen den Vertragsparteien der Bundesmantelverträge festgelegt werden.
[...]

Wir regen insofern an, in § 2 Absatz 1 AMVV als neuen Satz 2 wie folgt zu ergänzen:

„Abweichend von Satz 1 bedarf es bei einer Verschreibung, die nach Maßgabe des § 360 Absatz 1 SGB V unter Nutzung der Telematikinfrastruktur ausgestellt worden ist, keiner Angabe des Namens, Vornamens und der Berufsbezeichnung der verschreibenden Person.“

Bisher hat das BMG die digitalen Entwicklungen im Gesundheitswesen in der AMVV noch nicht angepasst.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2024 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 3.8
angenommen

Antragsteller: Apothekerkammer Berlin

Antragsgegenstand: Positionierung der Apotheken im Rahmen digitaler strukturierter Behandlungsprogramme

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) auf, im Rahmen der Implementierung digitaler strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137f Absatz 9 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) Apotheken vor Ort zu berücksichtigen, um deren Expertise als Schnittstelle digitalisierter Arzneimittelversorgungsprozesse zu nutzen und deren Bedeutung als integraler Bestandteil qualitativ hochwertiger Versorgung zu stärken.

Begründung

Als neues Angebot soll der G-BA strukturierte Behandlungsprogramme für Versicherte mit Diabetes mellitus Typ I und Typ II mit digitalisierten Versorgungsprozessen einführen (§ 137f Absatz 9 SGB V). Die Diabetestherapie basiert bereits heute in großem Maße auf der Erfassung und Auswertung von Daten und ermöglicht durch ein Zusammenführen aktuell getrennter Datenwelten bei Patient*innen sowie Leistungserbringern einen Versorgungsprozess, der unter explizitem Einsatz digitaler Möglichkeiten konzipiert wird. Die Expertise der Apotheken bleibt jedoch im Rahmen der Richtlinie ungenutzt. Dies widerspricht dem eigentlichen Versorgungsalltag und paralleler Aufträge an Apotheken (z. B. Medikationsmanagement als pharmazeutische Dienstleistung, Befüllung des elektronischen Medikationsplan sowie der elektronischen Patientenakte). Dabei dienen strukturierte Behandlungsprogramme dazu, die Qualität der Versorgung chronisch kranker Menschen zu verbessern und ihre Lebensqualität zu erhöhen. Folgeerkrankungen und Komplikationen sollen durch eine strukturierte, koordinierte, arzt- und sektorenübergreifende Betreuung und Behandlung möglichst vermieden werden.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2024 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 3.9
angenommen

Antragsteller:	Berliner Apotheker-Verein Apotheker-Verband Berlin (BAV) e. V.
Antragsgegenstand:	Hilfsmittelversorgung: einheitliche kostenlos nutzbare Schnittstelle für elektronische Kostenvoranschläge

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber auf, gesetzliche Krankenkassen und Leistungserbringer gesetzlich zu verpflichten, eine einheitliche offene Schnittstelle zur Prüfung von Leistungsanträgen in der Hilfsmittelversorgung zu definieren, die zur Übertragung, Verarbeitung und Nutzung von Kostenvoranschlägen und personenbezogenen Patient*innendaten eingesetzt wird. Die Schnittstelle muss für die Leistungserbringer systemunabhängig (plattformübergreifend) nutzbar sein.

Den Krankenkassen ist gesetzlich zu untersagen, die Einreichung von Kostenvoranschlägen und sonstigen im Rahmen der Hilfsmittelversorgung auf für Leistungserbringer kostenpflichtige Portale zu beschränken.

Begründung

Über eine einheitliche offene und standardisierte Schnittstelle, die von allen Marktteilnehmern bzw. Leistungserbringern gleichermaßen genutzt werden kann, wird ein fairer Wettbewerb ermöglicht und so der Entstehung von Oligopolen und Abhängigkeiten durch Ausnutzung von Zugangsbeschränkungen vorgebeugt.

Die Einsparung von Kosten für proprietäre und geschlossene Systeme ist einerseits im Sinne des wirtschaftlichen Umgangs mit den begrenzten Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen geboten.

Zugleich verbessert der freie Zugang über eine einheitliche offene und standardisierte Schnittstelle für alle Leistungserbringer die flächendeckende Versorgung der Patient*innen durch den Wegfall von Versorgungshemmnissen in Form von unangemessen hohen Gebühren für die Nutzung proprietärer und geschlossener Schnittstellen.

Eine offene und einheitlich definierte Schnittstelle vereinfacht nicht zuletzt zukünftig notwendige Softwareanpassungen sowohl bei Leistungserbringern wie auch bei Krankenkassen.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2024 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

ad hoc-Antrag 3.10

angenommen

Antragsteller: Lara Fürtges, Karl Sydow, Michael Ermisch,
Maximilian Buch, Beatrice Teschner, Sarah Junghans,
Otto Quintus Russe, Daniel Mädler, Sven Lobeda,
Mai Trang Luu-Frieling

Antragsgegenstand: Interoperable Datenbank für Rezepturen

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert die ABDA auf, über die wirtschaftende Tochter Avoxa/ABDATA eine interoperable Datenbank für Rezepturen für Apotheken und Arztpraxen bereitzustellen. Die Datenbank für Rezepturen soll hinsichtlich der verwendeten Terminologien und Datenstruktur im Benehmen mit der zuständigen Stelle für die Einrichtung der Referenzdatenbank für Fertigarzneimittel gemäß § 31b SGB V entwickelt werden.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2024 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

ad hoc-Antrag 3.11
angenommen

Antragsteller: Apothekerverband Schleswig-Holstein e. V.
Apothekerkammer Schleswig-Holstein
Landesapothekerverband Rheinland-Pfalz e. V.
Thüringer Apothekerverband e. V.

Antragsgegenstand: Digitalisierung

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber auf, die durch aktuelle Gesetzgebung (z. B. NIS-2) und weitere Maßnahmen zur Erhöhung der Cybersicherheit induzierten Zusatzaufwände in den Apotheken z. B. in den TI-Pauschalen vollständig und bereits dann abzubilden, wenn sie entstehen.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2024 – München
Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

4. Ausbildung und pharmazeutische Kompetenz

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2024 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 4.1
angenommen

Antragsteller: Geschäftsführender ABDA-Vorstand

Antragsgegenstand: Stärkung pharmazeutischer Kompetenzen beim Einsatz KI-gestützter Systeme

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber auf, Rechtsgrundlagen zu schaffen, die sicherstellen, dass die Verwendung von durch Künstliche Intelligenz (KI) gestützten Systemen ausschließlich empfehlenden Charakter hat, die Fachkenntnisse der Pharmazeut*innen somit unterstützen und einer menschlichen Entscheidungsfindung in der Therapie dienen. Das „letzte Wort“ bei der Entscheidung über den Zugang und die Auswahl einer Arzneimitteltherapie muss bei einem*einer Heilberufler*in in persona liegen. Damit verbleibt auch die Verantwortung bei der letztentscheidenden Person.

Begründung

Pharmazeut*innen verfügen über eine langjährige Ausbildung, Fachkenntnisse und Erfahrungen, die grundsätzlich eine kritische Bewertung von KI-Systemen ermöglichen. Obwohl KI-Systeme eine wertvolle Unterstützung bei der Entscheidungsfindung bieten können, so vermögen sie jedoch nicht, alle individuellen Aspekte des Versorgungsfalls adäquat zu berücksichtigen. Die Entscheidungsfindung erfordert die Berücksichtigung des Selbstbestimmungsrechts des*der Patient*in, ergänzender (sozial-)rechtlicher oder ethischer Aspekte und sonstiger individueller Umstände, die oft einen menschlichen Ermessensspielraum benötigen. Der Staat hat die Pflicht, die Rechtsgrundlagen für den Einsatz von KI-Systemen im Gesundheitswesen - speziell auch in den Apotheken - zu schaffen. Dabei muss gewährleistet sein, dass eine Bewertung auf Grundlage KI-gestützter System in jedem Einzelfall der abschließenden Prüfung durch die menschlichen Pharmazeut*innen bedarf.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2024 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 4.3
angenommen

Antragsteller: Apothekerkammer des Saarlandes
Saarländischer Apothekerverein e. V.

Antragsgegenstand: Pharmazeutisch-Technische Assistent*innen –
Ausbildungsvergütung

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber auf, die gesetzlichen Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass Pharmazeutisch-Technische Assistent*innen (PTA) während der Ausbildung eine Ausbildungsvergütung erhalten.

Begründung

Die PTA sind als Arbeitskräfte in der öffentlichen Apotheke unersetzlich. Der eklatante Mangel an PTA in der Apotheke zeigt aber, dass nicht nur die Attraktivität des Berufes selber, sondern bereits die Attraktivität der Ausbildung zur PTA deutlich nachgelassen hat. Dies insbesondere auch dadurch, dass die angehenden PTA während der Ausbildung im Gegensatz zu vielen anderen Ausbildungsberufen im Gesundheitswesen keine Vergütung erhalten.

Wenn aber der PTA-Beruf eine Zukunft haben soll, muss bereits die Ausbildung deutliche Anreize setzen. Dies ist nur möglich, wenn während der Ausbildung der angehenden PTA eine Ausbildungsvergütung gezahlt wird.

Der Gesetzgeber ist aufgerufen, analog zu den für die sonstigen Gesundheitsfachberufe getroffenen Regelungen zur Ausbildungsvergütung im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KFG) eine rechtliche Grundlage für eine Ausbildungsvergütung für PTA zu schaffen. Im Einzelnen:

1. Betrieblich-schulische Auszubildende in kommunalen Krankenhäusern und Unikliniken

ver.di und die Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA) haben bereits am 30. Oktober 2018 vereinbart, dass u. a. auch Auszubildende zur Medizinisch-Technischen Assistenz (MTA) in den Tarifvertrag für Auszubildende des öffentlichen Dienstes einbezogen werden sollen. Das Gleiche hat ver.di auch mit der Tarifgemeinschaft der Länder für die Universitätskliniken im Geltungsbereich des Tarifvertrages für Auszubildende der Länder vereinbart. Somit erhalten betrieblich-schulische Auszubildende in kommunalen Krankenhäusern und Unikliniken seit dem 1. Januar 2019 eine Ausbildungsvergütung und weitere Leistungen entsprechend den Auszubildenden in der Pflege.

2. Gesetzlicher Ausbildungsvergütungsanspruch

Durch das MTA-Reformgesetz (MTBG), das seit dem 1. Januar 2023 gilt, erhalten MTA, seit dem 1. Januar 2023 als Medizinische*r Technolog*in bezeichnet, eine Ausbildungsvergütung, wobei die Höhe zwischen Arbeitgeber*innen schwanken kann. Macht man die Ausbildung an

einer öffentlichen Einrichtung, richtet sich das Gehalt nach dem Tarifvertrag für Auszubildende des öffentlichen Dienstes. Einrichtungen, welche sich nicht nach Tarif richten, legen dagegen eigene Gehälter fest.

Konkurrenzsituation PTA – MTA

Auf der Webseite des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) ist zu lesen:

„Zur zukunftsgerechten Weiterentwicklung der Berufe in der medizinischen Technologie tragen insbesondere der verbindlich vorgesehene Ausbildungsvertrag mit angemessener Ausbildungsvergütung und das Verbot, für die zukünftige Ausbildung Schulgeld zu erheben, bei.“¹

Mit vorgenanntem Zitat bringt auch das BMG zum Ausdruck, wie wichtig eine angemessene Ausbildungsvergütung für die zukunftsgerechte Weiterentwicklung eines Berufes ist.

Damit dies auch für PTA möglich ist, ist eine entsprechende Ausbildungsvergütung unbedingt vorzusehen.

¹ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitsberufe/berufe-in-der-medizinischen-technologie>

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2024 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 4.5
in den Ausschuss verwiesen

Antragsteller: Apothekerkammer Berlin

Antragsgegenstand: Bundeseinheitliches Portal für Weiterbildungen

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker spricht sich dafür aus, ein digitales und bundesweit einheitliches Weiterbildungsportal für die Apothekerkammern zur Verfügung zu stellen und zu betreiben. Inhalt dieses Portals soll sowohl die digitale Registrierung und Verwaltung von laufenden Weiterbildungen als auch die Verwaltung aller Apotheker*innen mit Weiterbildung bzw. aktueller Weiterbildungsbefugnis umfassen.

Begründung

Weiterbildungen werden grundsätzlich kammerindividuell durchgeführt und registriert. Allerdings werden Seminare in einem Verteilungsmodus durch verschiedene Kammern angeboten und bescheinigt. Die Übermittlung der Bescheinigungen erfolgt durch die Apotheker*innen in Weiterbildung selbständig und ist mit Verwaltungsaufwand der für sie zuständigen Apothekerkammern verbunden. Ein einheitliches Portal gibt die Möglichkeit, Weiterbildungen zentral zu erfassen. Dies schließt ein: Erstellung eines digitalen Weiterbildungsplans, Bescheinigung der Weiterbildungsseminare, Erfassung der Fachgespräche oder Projektarbeiten und der durchgeführten Prüfung. Nach Abschluss der Fachweiterbildung kann zudem eine aktuelle Weiterbildungsbefugnis hinterlegt werden. Bei Wechsel des Kammergebietes ist somit ein einfacher Transfer aller Angaben zur Fachweiterbildung ohne großen Verwaltungsaufwand möglich. Dieses Portal kann der Bundesapothekerkammer (BAK) auch zu statistischen Zwecken dienen.