

Stellungnahme des Sozialverbands VdK Deutschland e. V.

Referentenentwurf für eine Apothekenhonorar- und Strukturreform (Apotheken-Reformgesetz – ApoRG)

Sozialverband VdK Deutschland e. V.
Abteilung Sozialpolitik
Linienstraße 131
10115 Berlin

Telefon: 030 9210580-300
Telefax: 030 9210580-310
E-Mail: sozialpolitik@vdk.de

Berlin, 07.08.2024

Der Sozialverband VdK Deutschland e. V. (VdK) ist als Dachverband von 13 Landesverbänden mit über zwei Millionen Mitgliedern der größte Sozialverband in Deutschland. Die Sozialrechtsberatung und das Ehrenamt zeichnen den seit über 70 Jahren bestehenden Verband aus.

Zudem vertritt der VdK die sozialpolitischen Interessen seiner Mitglieder, insbesondere der Rentnerinnen und Rentner, Menschen mit Behinderung und chronischen Erkrankungen sowie Pflegebedürftigen und deren Angehörigen.

Der gemeinnützige Verein finanziert sich allein durch Mitgliedsbeiträge und ist parteipolitisch und konfessionell neutral.

1. Zu den Zielen des Gesetzentwurfs und den Maßnahmen der Umsetzung

Die Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln ist nach Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit bundesweit sichergestellt. In städtischen Gebieten ist die Versorgung jedoch besser, als in ländlichen Gebieten.

Fachkräftemangel, ein wachsendes Stadt-Land-Gefälle der Bevölkerung sowie die Abwanderung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in andere Beschäftigungszweige werden langfristig zu einer Verschlechterung der Bevölkerungsversorgung im Bereich der Arzneimittel führen. Den sich daraus ergebenden Handlungsbedarf hat das BMG erkannt und möchte mit der Apothekenreform auf diese negativen Entwicklungen reagieren. Beispielsweise soll die Verpflichtung zur Anwesenheit eines Apothekers gelockert werden und die Öffnungszeiten von Apotheken sollen flexibilisiert werden.

Zudem soll das durch die Impfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 und die Gripeschutzimpfungen etablierte Impfangebot ausgebaut werden, um die Impfquoten bei Erwachsenen deutlich zu verbessern. Die geschaffene Testinfrastruktur, die während der COVID-19-Pandemie etabliert wurde, soll ausgebaut werden.

Daneben werden einige regulatorische Anpassungen getroffen, unter anderem die Umsetzung der Ermächtigung des BMG für die Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) und die Anerkennung abgeschlossener Pharmaziestudien im Ausland.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der Sozialverband VdK Deutschland e. V. unterstreicht angesichts der schrumpfenden Zahl öffentlicher Apotheken den Reformbedarf, der durch dieses Gesetz versucht wird zu adressieren. VdK-Mitglieder äußern sich in Zuschriften immer wieder besorgt über die Sicherung der Arzneimittelversorgung.

Die öffentlichen Apotheken nehmen eine wichtige Rolle in der Arzneimittelversorgung der Bevölkerung ein. Apothekerinnen und Apotheker fördern die Adhärenz¹ der Patientinnen und Patienten und das Verständnis für die Notwendigkeit einer Arzneimitteltherapie. Zudem beantworten Apothekerinnen und Apotheker Fragen von Patienten und Angehörigen anderer Heilberufe zu Wechselwirkungen (WW), Kontraindikationen (KI) und unerwünschten

¹Einhaltung der gemeinsam von Patient und Behandler gesetzten Therapieziele im Rahmen eines Behandlungsprozesses.

Arzneimittelwirkungen (UAW). Apotheken sind zudem häufig die erste Anlaufstelle bei Symptomen einer Erkrankung oder wenn sich Patientinnen und Patienten nicht im Gesundheitssystem zurechtfinden.

Umso dramatischer ist es zu bewerten, dass die Zahl der öffentlichen Apotheken bundesweit, aber besonders in ohnehin schon strukturschwachen Gebieten, zurückgeht.

Das Aufrechterhalten der Apotheken-Infrastruktur ist dem Sozialverband VdK ein wichtiges Anliegen. Ein besonderes Problem stellt dabei der Personalmangel dar. Zwar arbeiten knapp 70 Prozent der approbierten Apothekerinnen und Apotheker in öffentlichen Apotheken, dies scheint jedoch nicht ausreichend zu sein.

Nach Angaben des Bundesverbandes der Pharmaziestudierenden in Deutschland e. V. (BPhD) spielt es eine wichtige Rolle, dass sich das Berufsbild des öffentlichen Apothekers stärker auf pharmazeutische Kernkompetenzen fokussiertⁱ. Das reine Abgeben von Arzneimitteln in öffentlichen Apotheken macht den Beruf unattraktiv. Pharmazeutische Dienstleistungen (pDL) müssen stärker in den Fokus des Berufes rücken.

Diese relevante Umstrukturierung adressiert der vorliegende Referentenentwurf jedoch kaum. Stattdessen soll durch die Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse und die Möglichkeit, im Ausland begonnene Ausbildungen zum Apotheker in Deutschland fortzuführen, das Personalproblem bekämpft werden. Der Sozialverband VdK bezweifelt jedoch, dass so viele ausländische Fachkräfte gewonnen werden können und sich diese zudem in strukturschwachen Gebieten niederlassen, damit das Personalproblem wirksam bekämpft werden kann.

Darüber hinaus schlägt das BMG vor, dass Apotheker nur noch acht Stunden pro Woche (also einen Arbeitstag bei einer Sechs-Tage-Woche) in einer öffentlichen Apotheke anwesend sein müssen. In der restlichen Zeit soll die Arbeit durch erfahrene pharmazeutisch-technische Assistenten (PTA) geleitet werden, doch selbst der Bundesverband der PTA (BVpta) lehnt diese Art der Verantwortungsübertragung und Liberalisierung der Verantwortungspolitik in öffentlichen Apotheken aus diversen Gründen abⁱⁱ.

Darüber hinaus soll nach den Plänen des BMG ein Inhaber all seine Filialen selbst leiten können. Die Pflicht, einen Filialleiter zu bestimmen, besteht dann nicht mehr. Dies kritisiert der VdK scharf; besonders in Kombination mit einer Regelung, nach welcher Apotheken eines Filialverbundes zukünftig bis zu drei Stunden reiner PKW-Fahrzeit voneinander entfernt liegen dürfen. Eine Kontrolle über die verschiedenen Apotheken kann so durch eine einzige verantwortliche Person nicht mehr ausgeübt werden.

Auch sollen die Öffnungszeiten öffentlicher Apotheken massiv eingekürzt werden können.

Diese Regeln, die auf der einen Seite Personal und Kosten sparen sollen, gehen auf der anderen Seite zu Lasten der Sicherheit der Patientinnen und Patienten.

Begrüßt wird durch den VdK hingegen die geplante Ausweitung der Schutzimpfungen, die in öffentlichen Apotheken durchgeführt werden können. Auch, dass zukünftig regelhaft Schnelltest für bestimmte Infektionserkrankungen angeboten werden sollen, befürwortet der VdK.

Die Möglichkeiten zur Prävention, die eine öffentliche Apotheke bietet, werden jedoch bei weitem noch nicht ausgeschöpft. Zudem wird in diesem Referentenentwurf die Chance

verpasst, das Konzept der Gesundheitskioske in öffentlichen Apotheken zu etablieren und die Lotsenfunktion im Gesundheitssystem auf öffentliche Apotheken zu übertragen.

Auch die Chance, öffentliche Apotheken enger in die Arzneimitteltherapie einzubinden, um so die Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) der Patientinnen und Patienten deutlich zu erhöhen, wird verpasst.

Dieser Entwurf kann daher nur ein erster Aufschlag sein und muss im parlamentarischen Verfahren gründlich überarbeitet werden.

2. Zu den Regelungen im Einzelnen

Im Folgenden nimmt der Sozialverband VdK Deutschland zu ausgewählten Punkten Stellung.

2.1. Artikel 1 – Änderung des Apothekengesetzes (ApoG)

2.1.1. Änderungen des § 2

Die Regelung, nach der Apothekerinnen und Apotheker, die im Ausland studiert haben, nur dann eine Apotheke als Inhaber leiten dürfen, wenn diese seit mindestens drei Jahren betrieben wird, oder, die mindestens drei Jahre in einer öffentlichen Apotheke in Deutschland gearbeitet haben, wird gestrichen. Durch diese Aufhebung soll es ausländischen Apothekerinnen und Apothekern ermöglicht werden, in Deutschland schneller eine Apotheke zu eröffnen. Gleichzeitig soll so die Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln sichergestellt werden. Die sonst zu erfüllenden Bedingungen, um eine Apotheke zu eröffnen, bleiben bestehen.

Die bisherige Regelung, nach der ein Apotheker insgesamt vier Apotheken (eine Hauptapotheke, drei Filialapotheken) nur innerhalb desselben Kreises oder derselben kreisfreien Stadt oder in direkt aneinander angrenzenden Kreisen oder kreisfreien Städten betreiben darf, wird dahingehend angepasst, dass sich die Apotheken oder die ggf. betriebenen Zweigapotheken in einer Entfernung zu einander befinden müssen, die dem Apothekenleiter die „Wahrnehmung seiner persönlichen Verantwortung als Betreiber erlaubt.“ Das BMG gibt eine maximale Entfernung von drei PKW-Fahrstunden als „realistisch“ an.

Das BMG möchte so die Chancen erhöhen, dass Apothekeninhaber auch in weniger gut besiedelten Gebieten eine Apotheke eröffnen. Die persönliche Verantwortung für die Apotheken verbleibt jedoch beim Apothekeninhaber.

Der Apothekeninhaber ist persönlich für seine Apotheken (Hauptapotheke, Filial- und Zweigapotheke) verantwortlich, er wird zukünftig nicht mehr verpflichtet sein, einen Filialleiter zu bestimmen, die Möglichkeit besteht jedoch weiterhin. So soll es dem Inhaber ermöglicht werden (Personal-) Kosten einzusparen.

Erstmals wird der Begriff des Filialverbundes für mehrere Apotheken eingeführt, der in seiner Größe auf eine Hauptapotheke, drei Filialapotheken und zwei Zweigapotheken begrenzt ist. Er muss mindestens eine seiner Apotheken persönlich führen (Hauptapotheke). Die Leitung der übrigen Apotheken (bis zu drei plus zwei Zweigapotheken) kann er auf je einen oder zwei Apothekerinnen und Apotheker übertragen (Filialleiter). Dies ist der zuständigen Behörde

anzuzeigen. Bestimmte Tätigkeiten, wie die Überprüfung von Ausgangsstoffen oder die Prüfung von Rezeptur Arzneimitteln, sind weiterhin mit dem Inhaber abzusprechen.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Nach Angaben der Arbeitsgemeinschaft deutscher Apothekerverbände (ABDA) ist der Personalmangel in Apotheken ein großes Problemⁱⁱⁱ und lässt viele Apothekeninhaberinnen und -inhaber pessimistisch in die Zukunft blicken. Gerade vor diesem Hintergrund ist es klug, ausländische Fachkräfte in die Arzneimittelversorgung der Bevölkerung einzubeziehen und es ihnen schneller zu ermöglichen, eine Apotheke zu betreiben.

Auch die strikten Vorgaben, die für die räumliche Verortung von Apotheken eines Filialverbundes galten, etwas aufzulockern, hält der Sozialverband VdK für grundsätzlich sinnvoll. So können wirtschaftlich stärkere Apotheken eine Apotheke, die sich in einem dünn besiedelten Gebiet befindet, wirtschaftlich unterstützen und die Arzneimittelversorgung kann auch in strukturschwachen Gebieten sichergestellt werden.

Der VdK kritisiert jedoch stark, dass sich die Apotheken in einer Entfernung von bis zu 3 PKW-Fahrstunden befinden können. Der VdK nimmt an, dass sich diese Entfernung auf die Distanz zwischen Haupt- und Filialapotheke bezieht. Eine direkte Einflussnahme des Apothekeninhabers auf die Geschehnisse in der entfernten Filiale und das Ausüben der persönlichen Verantwortung des Inhabers, ist nach Einschätzung des VdK so nicht mehr möglich. Zudem können Fälle eintreten, in denen zwei Filialapotheken bis zu sechs PKW-Fahrstunden voneinander entfernt liegen. Das Eingreifen in Notsituationen wird dem Inhaber damit nicht mehr zeitnah möglich sein. Die maximal mögliche Entfernung muss deutlich reduziert werden.

Ebenfalls kritisiert der VdK, dass der Inhaber einer Apotheke zukünftig keine Filialleitungen mehr einsetzen muss, welche die Apotheke in seinem Auftrag leiten. Ein Apotheker kann nicht gleichzeitig vier Apotheken, im schlimmsten Fall sogar sechs Apotheken, persönlich leiten und gleichzeitig die wirtschaftliche Organisation seines Filialverbundes übernehmen. Der VdK fordert daher, dass die Pflicht zum Einsetzen eines Filialleiters (ausgenommen der Hauptapotheke) für alle Filialen inklusive der Zweigapotheken eines Filialverbundes bestehen bleibt.

2.1.2. § 12a Absatz 4 – neu

Zukünftig wird es möglich sein, dass Apotheken, die ein Heim versorgen, Absprachen mit Ärztinnen und Ärzten treffen, um Verschreibungen zu sammeln und weiterleiten zu können. Die freie Apothekenwahl der Heimbewohnerinnen und -bewohner darf dadurch jedoch nicht eingeschränkt werden. Eine Absprache darf also nur für diejenigen Heimbewohner getroffen werden, die der Belieferung ihrer Verschreibung durch die heimversorgende Apotheke zugestimmt haben. Durch diese Regelung sollen Mehraufwände für Patienten und Heimverwaltungen vermieden werden. Die Regelung bezieht sich auf Arzneimittel und apothekenpflichtige Medizinprodukte. Auch die Weiterleitung von elektronischen Rezepten ist eingeschlossen.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Mit der Einführung des E-Rezeptes sind vielfach Beschwerden seiner Mitglieder an den VdK herangetragen worden, die von massiven Problemen bei der Versorgung von Menschen mit Arzneimitteln, die in Pflegeeinrichtungen leben, berichten. Denn die Einführung des E-Rezeptes hat es einer heimversorgenden Apotheke erschwert, die Rezepte einzusammeln. Zudem haben viele behandelnde Ärzte das E-Rezept nicht ausgedruckt, damit diese an die Apotheke hätten weitergegeben werden können.

Vor diesem Hintergrund begrüßt es der Sozialverband VdK, dass eine Lösung für das Problem gefunden wurde. Es ist dennoch darauf hinzuweisen, dass die freie Apothekenwahl und die freie Arztwahl der Patientinnen und Patienten einer Pflegeeinrichtung bestehen bleiben muss. Diese darf nicht durch die direkte Zuweisung von Verschreibungen oder andere Absprachen eingeschränkt werden.

2.1.3. Neufassung § 16 (Zweigapotheken)

In Orten oder Ortsteilen, in denen die Arzneimittelversorgung eingeschränkt ist, kann auf Antrag eine Zweigapotheke errichtet werden. Bedingung ist, dass der Antragsteller bereits Inhaber einer Apotheke ist und geeignete Räumlichkeiten zur Verfügung stehen. Ein Inhaber darf insgesamt zwei Zweigapotheken eröffnen. Die Erlaubnis für eine Zweigapotheke wird für zehn Jahre erteilt, kann jedoch erneut ausgestellt werden. Zuvor war die Erlaubnis auf fünf Jahre beschränkt.

Durch die Anpassung der Regelungen für Zweigapotheken, soll die Arzneimittelversorgung in unterversorgten Gebieten leichter gesichert werden können. Zudem haben Antragsteller einen Anspruch auf die Erteilung der Erlaubnis, sofern die Voraussetzungen gegeben sind; zuvor lag dies im Ermessen der zuständigen Behörde.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Um die Versorgung der Bevölkerung in strukturschwachen Gebieten zu sichern, ist es wichtig, die Ausnahmeregelung zur Errichtung von Zweigapotheken zu lockern. Bei Zweigapotheken handelt es sich um Apotheken, die nicht den vollen Anforderungen der Apothekenbetriebsordnung an eine öffentliche Apotheke entsprechen. So kann beispielsweise auf die kostspielige Einrichtung eines Labors verzichtet werden.

Der VdK befürwortet diese Erleichterungen und hofft, dass von der Möglichkeit, Zweigapotheken zu errichten, häufiger Gebrauch gemacht wird, um die Arzneimittelversorgung auch in strukturschwachen Gebieten zu sichern. Dennoch fordert der VdK eine scharfe Definition, ab wann eine Arzneimittelversorgung in einem Gebiet eingeschränkt ist.

2.1.4. Änderungen des § 21 Abs. 2

In der Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) können zukünftig nicht nur Regelungen zu Gripeschutzimpfungen und Impfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 getroffen werden, sondern für Schutzimpfungen im Allgemeinen. Zudem müssen die Vorgaben zur Dienstbereitschaft und zur Einteilung von Notdiensten angepasst werden. Zukünftig werden Apotheken auch Einrichtungen zur Telepharmazie vorhalten müssen.

Zudem kann in der ApBetrO zukünftig die Sicherstellung der Arzneimittelversorgung etwa bei Ausfällen anderer Apotheken, in Großschadens- und Katastrophenfällen oder Pandemiezeiten geregelt werden.

Langfristig soll die Vorgabe zur dauerhaften Dienstbereitschaft durch eine Vorgabe zur Dienstbereitschaft in bestimmten Fällen abgelöst werden. Die zuständigen Behörden können Apotheken zudem zu Notdiensten einteilen, um die Arzneimittelversorgung, insbesondere an Sonn- und Feiertagen, sicherzustellen.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der Sozialverband VdK Deutschland begrüßt, dass zukünftig Schutzimpfungen mit Totimpfstoffen grundsätzlich in Apotheken durchgeführt werden können. Vgl. Abschnitt 2.6.

Die Anpassung der Dienstbereitschaftszeiten wird hingegen kritisiert. Vgl. Abschnitt 2.4.5.

2.2. Artikel 3 – Änderung der Bundes-Apothekerordnung (BApO)

§ 11 Abs. 5 BApO – neu

In Ausnahmefällen kann eine Erlaubnis zur vorübergehenden, beaufsichtigten Ausübung apothekerlicher Tätigkeiten auf Antrag Personen erteilt werden, die im Ausland eine pharmazeutische Ausbildung begonnen, aber nicht abgeschlossen haben, wenn das Pharmaziestudium im Ausland bestanden wurde und die pharmazeutische Tätigkeit in Deutschland zum Abschluss der Ausbildung im Ausland notwendig ist. Es handelt sich dabei nicht um eine vollwertige Berufserlaubnis.

So soll bereits vorqualifizierten Personen eine berufliche Perspektive in Deutschland als Apothekerin oder Apotheker geboten werden, die aufgrund besonderer Umstände (Kriege, Katastrophen) ihre Ausbildung nicht beenden können.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK begrüßt, dass es Pharmazeuten, die ihr Pharmaziestudium im Ausland absolviert haben, ermöglicht werden soll, ihre praktische Ausbildung in Deutschland fortzusetzen. Vgl. Abschnitt 2.1.1.

2.3. Artikel 4 – Änderung der Approbationsordnung für Apotheker (AAppO)

Änderung des § 22 Abs. 4 – Anrechnung von Ausbildungszeiten und Prüfungen

Im Ausland begonnene und noch nicht abgeschlossene pharmazeutische Ausbildungen werden anerkannt und deren Fortführung sowie der Abschluss der Ausbildung kann nach den Vorschriften der AAppO gestattet werden, wenn das Pharmaziestudium bereits beendet wurde und die Ausbildung im Herkunftsstaat aus besonderen Gründen, die nicht bei der Person liegen, nicht abgeschlossen werden kann. Die betreffende Person muss in einer schriftlichen Prüfung den Nachweis erbringen, dass der Ausbildungsstand den Anforderungen des deutschen Pharmaziestudiums entspricht.

Durch diese Regelung wird es ausländischen Pharmazeuten ermöglicht, die Approbation nach deutschem Recht zu erhalten. Des Weiteren sollen Menschen, die mit einer Grundqualifikation nach Deutschland kommen, eine berufliche Perspektive erhalten. Außerdem soll so dem Fachkräftemangel entgegengewirkt werden.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK unterstützt, dass es ausländischen Pharmazeuten einfacher gemacht werden soll, die deutsche Approbation zu erhalten, vgl. Abschnitt 2.1.1.

Grundsätzlich fordert der VdK jedoch eine weitreichendere Novellierung der AAppO, vgl. Abschnitt 3.

2.4. Artikel 5 – Änderung der Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO)

2.4.1. Änderung des § 1a ApBetrO – Begriffsbestimmungen

Es handelt sich um eine Ausweitung des Begriffs „Schutzimpfungen“ auf alle im Infektionsschutzgesetz als in Apotheken durchführbar definierten Impfungen.

Zudem wird der Begriff Telepharmazie als pharmazeutische Beratung insbesondere von Patienten oder Kunden durch entsprechend befugtes Personal der Apotheke oder einer Apotheke des Filialverbundes mittels einer synchronen Echtzeit-Videoverbindung definiert. Die Beratung kann nicht durch externe Anbieter erfolgen. Die Telepharmazie kann auch zur Beratung Angehöriger anderer Gesundheitsberufe eingesetzt werden.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der Sozialverband VdK begrüßt, dass eine telepharmazeutische Beratung per Definition nicht durch externe Anbieter erfolgen kann, sondern durch das Personal der Apotheke vor Ort durchgeführt werden muss. Grundsätzlich ist der VdK der Ansicht, dass eine telepharmazeutische Beratung in der Apotheke vor Ort nur dann durchgeführt werden darf, wenn die Patientinnen und Patienten damit einverstanden sind. Eine persönliche Beratung darf nicht vollständig durch digitale Angebote substituiert werden.

2.4.2. § 3 Absatz 3a-neu – Apothekenpersonal

Eine Apotheke darf zukünftig auch dann geöffnet sein und betrieben werden, wenn eine Person, für die die Pflicht zur Beaufsichtigung entfallen ist (Pharmazeutisch-technische Assistenten, PTA, mit mehrjähriger Berufserfahrung und weiterer Einschränkungen) oder ein Pharmazieingenieur (altes Berufsbild aus der DDR) anwesend ist, oder ein Apotheker der Apotheke bzw. des Filialverbundes mittels Telepharmazie jederzeit zur Verfügung steht und an mindestens acht Stunden pro Woche die persönliche Anwesenheit des Apothekenleiters in der Apotheke sichergestellt ist.

Es dürfen nur Tätigkeiten ausgeführt werden, für welche die Beaufsichtigungspflicht entfallen ist. Sofern in der Zeit der persönlichen Abwesenheit eines Apothekers oder eines Pharmazieingenieurs Betäubungsmittel abgegeben werden sollen und dies dringlich erforderlich ist, sind diese dem Patienten in einer der Verschreibung entsprechend angemessenen Zeit zur Verfügung zu stellen. Verschreibungen für Betäubungsmittel sind

durch Apothekerinnen und Apotheker oder Pharmazieingenieure persönlich zu prüfen. Das eingesetzte Personal ist durch den Apothekenleiter im Vorfeld entsprechend der Verantwortlichkeiten zu unterweisen.

Im Qualitätsmanagementsystem der Apotheke sind die Abläufe festzuhalten. Insbesondere ist festzuhalten, in welchen Fällen ein Apotheker hinzuzuziehen ist.

Durch diese Regelung soll eine größere Flexibilität beim Personaleinsatz geschaffen werden und die flächendeckende Arzneimittelversorgung der Bevölkerung durch Apotheken gesichert werden. PTA dürfen in der Zeit, in der kein Apotheker vorhanden ist nur diejenigen Tätigkeiten ausführen, für die die Beaufsichtigung entfallen ist.

Von dieser Regelung darf nicht während eines Notdienstes oder einer von der Behörde angeordneten Dienstbereitschaft Gebrauch gemacht werden.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der Sozialverband VdK lehnt das Konzept einer „Apotheke ohne Apotheker“ aus Gründen der Patientensicherheit in der aktuell geplanten Form ab.

Grundsätzlich erkennt der VdK an, dass es eine Erleichterung für die Dienstplanung sein kann, wenn eine Apotheke kurzzeitig auch ohne Apotheker geöffnet wird. Eine dauerhafte Öffnung der Apotheke, ohne dass ein Apotheker anwesend ist, lehnt der VdK jedoch ab. Eine umfassende Beratung, insbesondere bei schwierigen Fragen zu Wechselwirkungen oder Kontraindikationen, kann nur durch einen Apotheker erfolgen. Häufig spielt hierbei der direkte und persönliche Kontakt zwischen Patienten und Apothekerinnen und Apothekern eine wichtige Rolle. Zudem müssen Rezepte über die Abgabe von Betäubungsmitteln (BtM) durch einen Apotheker oder einen Pharmazieingenieur persönlich geprüft werden.

Da BtM eine wichtige Rolle in der Therapie starker Schmerzen spielen können, ist es für Patienten unzumutbar, auf einen Apotheker zu warten, der im Extremfall bis zu 3 PKW-Fahrstunden benötigt, um ein Rezept kontrollieren zu können.

Auch der Bundesverband pta e. V. (BVpta) lehnt das Konzept einer Apotheke ohne Apotheker ab. Zwar gibt der BVpta an, dass PTA gerne Verantwortung übernehmen, dies könne jedoch immer nur stundenweise geschehen und nicht tageweise^{iv}. Wenn selbst diejenigen, denen mehr Verantwortung in einer Apotheke eingeräumt werden soll, die neue Regelung ablehnen, kann der VdK die Einführung der Apotheke ohne Apotheker nicht zustimmen.

Die vorgeschlagene Mindeststundenzahl pro Woche von acht Stunden, in denen ein Apotheker anwesend sein muss, ist deutlich zu gering. Dies entspricht einem Arbeitstag einer sechs-Tage Woche. In den übrigen fünf Tagen müsste eine Apotheke im schlimmsten Fall ohne Apotheker auskommen. Der VdK schlägt vor, dass eine Apotheke maximal 10 Prozent der täglichen Öffnungszeiten höchstens jedoch zwei Stunden pro Tag ohne Apotheker betrieben werden darf.

Des Weiteren stellt sich die Frage, unter wessen Verantwortung PTA arbeiten, die von der Aufsichtspflicht noch nicht freigestellt sind. Die Aufsichtspflicht müsste für diesen Zeitraum auf erfahrene und zuverlässige PTA übertragen werden. Der Gesetzentwurf weist hier eine Regelungslücke auf.

2.4.3. Änderung des § 17 – Erwerb und Abgabe von Arzneimitteln und Medizinprodukten

Automatische Abgabestationen können zur Bereitstellung, Aushändigung und Ausgabe von Arzneimitteln verwendet werden, wenn sie sich innerhalb der Apothekenbetriebsräume befinden und einen Zugriff von außen für den Empfänger ermöglichen, sofern eine Ausgabe außerhalb der Betriebszeiten in dieser Apotheke vorgesehen ist. Zuvor muss bereits eine Beratung durch diese Apotheke erfolgen. Die Beratung kann auch im Rahmen der Telekommunikation geschehen. Ergänzt wird nun, dass auch telepharmazeutische Angebote zur Beratung verwendet werden können.

Ebenfalls kann die Beratung bei der Belieferung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln durch den Botendienst einer Apotheke nicht nur telefonisch, sondern zukünftig auch im Wege der Telepharmazie erfolgen.

Wird die Beratung erst im Zusammenhang mit der Auslieferung der Medikamente durch telepharmazeutische Angebote durchgeführt, muss es sich bei den Boten nicht um pharmazeutisches Personal handeln. So soll das pharmazeutische Personal entlastet werden.

Grundsätzlich sind Verschreibungen auf schnellstem Wege zu beliefern. Da Zweigapotheken nicht über ein Laboratorium verfügen müssen und damit ggf. nicht in der Lage sind, ein verschriebenes Rezepturarzneimittel herzustellen, müssen Rezepturarzneimittel bei Vorlage einer entsprechenden Verschreibung in einer Zweigapotheke unverzüglich durch eine Apotheke des Filialverbundes hergestellt werden und an die Zweigapotheke oder direkt an den Patienten im Rahmen des Botendienstes geliefert werden.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Automatische Abgabestationen können eine sinnvolle Ergänzung für die Versorgung mit Arzneimitteln sein, wenn im Vorfeld bereits eine Beratung stattgefunden hat. Abgabestationen können gerade für diejenigen, die berufstätig sind und bspw. in eine andere Stadt pendeln und erst zu Schließzeiten der Apotheke das Arzneimittel abholen können, eine Erleichterung sein. Derzeit wird von dieser Art der Arzneimittelabgabe jedoch kaum Gebrauch gemacht.

Der VdK betont, dass diese Art der Abgabe und die reine telepharmazeutische Kommunikation zwischen Patienten und Apotheker bzw. Apothekerin nicht zum Standard werden sollte. Ähnlich bewertet der Sozialverband VdK die Regelungen zum Botendienst.

Der VdK betont, dass ein Ausbau des Botendienstes gerade für strukturschwache Gebiete Abhilfe in der Arzneimittelversorgung schaffen kann. Eine höhere Vergütung des Botendienstes in strukturschwachen Regionen sollte daher in Betracht gezogen werden.

2.4.4. § 20 Abs. 3c-neu – Information und Beratung

Eine Beratung kann (durch befugtes Personal der Apotheke) auch im Wege der Telepharmazie erfolgen. Die Verschlüsselung der Übertragung muss dem Stand der Technik entsprechen und Ende-zu-Ende verschlüsselt sein, eine synchrone Echtzeit-Videoverbindung gewährleisten und ohne Schalten von Werbung erfolgen. Auf die Datenschutzgrundsätze ist insbesondere dann zu achten, wenn für die Verbindung auf externe Videodienstanbieter zurückgegriffen wird. Die Inhalte der Beratung dürfen den Anbietern nicht zugänglich sein.

Wenn eine Apotheke ohne Apotheker geöffnet wird und das anwesende Personal die Beratung nicht erfüllen kann, muss eine Beratung mittels Telepharmazie durchgeführt werden. So soll eine qualitativ hochwertige Beratung der Patientinnen und Patienten sichergestellt werden.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Grundsätzlich unterstützt der Sozialverband VdK die Ausweitung telepharmazeutischer Angebote zur Stärkung der Versorgung, insbesondere im ländlichen Raum. Nichts destotrotz fordert der VdK, dass in Apotheken immer auch ein Apotheker anwesend sein muss. Für viele Mitglieder des Sozialverbandes VdK Deutschland e. V. ist ein direkter und vor allem persönlicher Austausch zu pharmazeutischem Fachpersonal essenziell. Gleichzeitig ist ein persönlicher Austausch wichtig, um die Adhärenz und Therapietreue, gerade bei älteren Menschen zu erhöhen und ein Bewusstsein für die Relevanz einer Arzneimitteltherapie zu schaffen.

Zur Apotheke ohne Apotheker, siehe Abschnitt 2.4.2.

2.4.5. Änderung § 23 Absatz 1 – Dienstbereitschaft

Bisher waren öffentliche Apotheken zu ständiger Dienstbereitschaft verpflichtet. Die zuständige Behörde konnte einen Teil der Apotheken von ihrer Dienstbereitschaft zu bestimmten Zeiten ganz oder teilweise befreien, sofern ein Notdienst eingerichtet ist. Dies war insbesondere nachts sowie an Sonn- und Feiertagen der Fall.

Von diesem Prinzip der ständigen Dienstbereitschaft wird nun Abstand genommen. Zukünftig sollen Apotheken nur noch zu bestimmten Zeiten zur Dienstbereitschaft verpflichtet sein:

- Montags bis freitags für die Dauer von jeweils sieben Stunden während der ortsüblichen Geschäftszeiten, sowie
- Sonnabends für die Dauer von vier Stunden während der ortsüblichen Geschäftszeiten

Zweigapotheken sind abweichend montags bis sonnabends zur Dienstbereitschaft für die Dauer von vier Stunden während der ortsüblichen Geschäftszeiten verpflichtet. Die zuständige Behörde kann zur Sicherstellung der Arzneimittelversorgung, insbesondere im Nachtdienst weitere Zeiten der Dienstbereitschaft anordnen.

Durch diese Änderung soll es den Apotheken ermöglicht werden, die Geschäftszeiten flexibler anzupassen. Auch Zweigapotheken können zu Nacht- und Notdiensten verpflichtet werden.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK kritisiert, dass aus der Vorgabe zu einer kontinuierlichen Dienstbereitschaft eine Angabe zu vagen Öffnungszeiten wird. Für die Arzneimittelversorgung ist es unerlässlich, dass Patientinnen und Patienten dauerhaft auf ein enges Netz an Apotheken zurückgreifen können. Zudem ist unklar, wer festlegen soll, was ortsübliche Öffnungszeiten sind. In Regionen, in denen kaum mehr Infrastruktur vorhanden ist, kann eine ortsübliche Öffnungszeit auch der dauerhafte Ladenschluss sein.

Zudem ist es wichtig, dass Apotheken besonders in den Randzeiten geöffnet sind. Viele Menschen sind tagsüber unterwegs oder arbeiten. Wenn sie bisher Medikamente für

Verwandte, Freunde oder ältere Nachbarn organisiert haben, wird diese Möglichkeit der Nachbarschaftshilfe eingeschränkt.

2.4.6. Änderung § 35a Absatz 3 – Vorbereitung und Durchführung von Schutzimpfungen durch öffentliche Apotheken

Die Räumlichkeiten, in denen Impfungen durchgeführt werden, dürfen nicht für anderweitige Zwecke verwendet werden. Es sind die notwendigen Hygienemaßnahmen zu treffen.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Dadurch, dass Schutzimpfungen in das Regelangebot einer Apotheke übergehen, fordert der VdK, dass alle Apotheken, die zu einem Stichtag (bspw. ein Jahr nach Inkrafttreten dieses Gesetzes) eine neue Betriebserlaubnis erhalten oder renoviert werden (sofern es die räumlichen Gegebenheiten in letzterem Fall zulassen) über einen Raum verfügen müssen, der nur für die Durchführung von Impfungen benutzt wird und dafür geeignet ist. Dieser Raum darf dann für keine anderen Tätigkeiten genutzt werden.

An den Raum könnten zudem weitere Anforderungen gestellt werden. So sollte in der Apothekenbetriebsordnung festgeschrieben werden, dass sich in dem Raum ein gesonderter Kühlschrank befinden muss, in welchem die Impfstoffe gelagert werden. Zudem sollte sich direkt in diesem Raum ein Adrenalin-Autoinjektor befinden, um im Falle eines anaphylaktischen Schocks schnell reagieren zu können. Zwar gehören diese bereits heute zur Notfallausstattung einer Apotheke, meist befinden sich diese jedoch im Notfalldepot einer Apotheke oder in einem Kommissionier-Automaten.

Die bereits bestehenden Regelungen für Räumlichkeiten, in denen in Apotheken geimpft wird, sollten übernommen bzw. angepasst werden.

2.5. Artikel 6 – Änderung des Heilmittelwerbegesetzes (HWG)

2.5.1. Änderung des § 12 Absatz 2 HWG

Bisher durfte sich die Werbung für Medizinprodukte nicht auf die Erkennung, Verhütung, Beseitigung oder Linderung bestimmter Krankheiten oder Leiden beim Menschen beziehen. Diese Regelung besteht zwar grundlegend fort, bezieht sich jedoch zukünftig nicht mehr auf Werbung für In-vitro-Diagnostika² für die Eigenanwendung. So und in Verbindung mit der Aufhebung von § 3 Abs. 4 Medizinprodukte-Abgabeverordnung soll die Abgabe von In-vitro-Diagnostika zur Eigenanwendung für alle in § 24 Infektionsschutzgesetz (IfSG) genannten Krankheiten und Erreger ermöglicht werden.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Grundsätzlich befürwortet der Sozialverband VdK, dass die Zugänglichkeit für Laien-Infektionstest ausgeweitet werden soll. Den Laintest sollte jedoch Informationsmaterial beigelegt werden, wie man sich bei einem positiven Testergebnis verhalten sollte.

²Außerhalb des Körpers („im Glas“), hier ugs. „Schnelltests“.

Werbung für solche Tests betrachtet der VdK jedoch kritisch. Eine Information über Testmöglichkeiten befürwortet der Verband, Werbung im kommerziellen Sinne lehnt der Sozialverband ab.

2.5.2. Einführung § 12 Absatz 3 HWG

Die Werbung durch Apothekerinnen und Apotheker darf sich auf die Durchführung von Testungen der genannten Krankheiten oder Leiden beziehen. So sollen breitflächige und niederschwellige Testungen durch Apotheken erleichtert werden.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK begrüßt, dass Testungen für bestimmte Krankheiten auch in Apotheken durchgeführt werden dürfen. Die Werbung der Apotheken sollte sich jedoch auf eine Information über die Möglichkeiten der Testung und die Information, dass die Apotheke solche Testungen durchführt, beschränken.

Testungen durch Apotheken sollten in begründeten Verdachtsfällen durch die GKV bezahlt werden.

Das Angebot an Mini-Diagnostik in Apotheken sollte jedoch noch weiter ausgebaut werden. Vgl. Abschnitt 3.

2.6. Artikel 7 – Änderung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG)

2.6.1. Neufassung § 20c IfSG – Durchführung von Schutzimpfungen durch Apotheker

Apotheker sind zur Durchführung von Gripeschutzimpfungen, Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 und weiterer Schutzimpfungen mit Totimpfstoffen³ berechtigt. Voraussetzung ist, dass sie hierfür ärztlich geschult wurden, ihnen die erfolgreiche Teilnahme an der Schulung bestätigt wurde und, dass sie die Schutzimpfungen für eine öffentliche Apotheke, zu deren Personal sie gehören, durchführen. Die Einschränkung, dass Apothekerinnen und Apotheker nur Personen impfen dürfen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, bleibt bestehen.

Apothekerinnen und Apotheker, die bereits gegen Grippe und das Coronavirus geimpft haben, benötigen lediglich eine Ergänzungsschulung, um weitere Totimpfstoffe impfen zu dürfen.

Die Verimpfung von Lebendimpfstoffen, bleibt weiterhin grundsätzlich Ärztinnen und Ärzten vorbehalten.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK begrüßt, dass die Möglichkeit zur Durchführung von Schutzimpfungen in Apotheken ausgeweitet werden soll. In Deutschland werden noch immer nicht die Zielmarken der Durchimpfungsquoten erreicht. Nach Angaben des Robert-Koch-Institutes (RKI) wird allen Menschen in Deutschland über 60 Jahren eine Impfung gegen Influenza empfohlen⁴.

³ Impfstoffe, die keine Replikationsfähigen Erreger enthalten.

Angestrebt wird eine Impfquote von 75 Prozent. Um schwächere oder erkrankte Mitglieder der Gesellschaft wirksam vor Krankheiten zu schützen, ist eine hohe Impfquote notwendig.

Um hohe Impfquoten zu erreichen, müssen Impfungen niederschwellig und bürgernah angeboten werden. Apotheken bieten die notwendige Infrastruktur und stellen ein niederschwelliges Angebot dar, um Menschen einfach und schnell zu impfen. Das Ziel, die Durchimpfungsquoten auch bei weiteren Krankheiten, abgesehen von COVID-19 und Influenza, zu erhöhen, kann nur gemeinsam mit den Apotheken erreicht werden.

Die notwendige Schulung sollte dabei in die Approbationsordnung für Apotheker implementiert werden, damit zukünftig alle Apothekerinnen und Apotheker zum Impfen befähigt sind und keine Nachschulung notwendig ist.

2.6.2. Neufassung § 24 IfSG – Feststellung und Heilbehandlung übertragbarer Krankheiten, Verordnungsermächtigung

Die Feststellung oder die Heilbehandlung einer meldepflichtigen Krankheit oder einer Infektion mit einer Erkrankung, für deren Nachweis eine Meldepflicht besteht oder eine sonstige sexuell übertragbare Krankheit darf grundsätzlich nur durch einen Arzt erfolgen. Abweichend von dieser Regelung ist es Apothekern und dem pharmazeutischen Personal einer Apotheke, sowie Pflegefachpersonen zukünftig gestattet, In-vitro-Diagnostika, die für patientennahe Schnelltest bei Testungen auf das Adenovirus, Influenzaviren, das Norovirus, Respiratorische Synzytial Viren und das Rotavirus verwendet werden, anzuwenden. Voraussetzung ist, dass die Testung für eine Apotheke oder eine zugelassene Pflegeeinrichtung durchgeführt wird.

Durch diese Regelung soll die in der Corona-Pandemie geschaffene Testinfrastruktur in Apotheken auch langfristig genutzt werden. Patienten sollen so schneller Kenntnis über die vorliegende Erkrankung erhalten und sich ggf. schneller in ärztliche Behandlung begeben. Außerdem können Personen bei einer möglichen positiven Testung selbstständig und eigenverantwortlich Kontakte zu anderen Menschen reduzieren und so dazu beitragen, das Ausbruchsgeschehen klein zu halten oder gar zu unterbrechen.

Hochpathogene Erreger werden aufgrund der Notwendigkeit besonderer Sicherheitsvorkehrungen im Hinblick auf Hygienemaßnahmen nicht vom Arztvorbehalt ausgenommen.

Zudem wird es Personen unabhängig von ihrer beruflichen Qualifikation gestattet, In-vitro-Diagnostika, die für patientennahe Schnelltest bei Testung auf HIV, das Hepatitis-C-Virus, das SARS-CoV-2-Virus und Treponema pallidum⁴ verwendet werden, anzuwenden.

Das BMG wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates festzulegen, dass weitere In-vitro-Diagnostika in die o. g. Regelung zur Testung durch Apothekerinnen und Apotheker aufgenommen werden dürfen. Zudem darf das BMG festlegen, für welche Krankheiten die Labordiagnostik auch durch einen Zahnarzt oder einen Tierarzt erbracht werden darf.

Zudem kann geregelt werden, dass Veterinärmedizinisch-technische Assistentinnen und Assistenten die laboranalytische Untersuchung ausüben dürfen. In dringenden Fällen können

⁴ Bakterium, Erreger der Erkrankung „Syphilis“

diese Abweichverordnungen auch ohne die Zustimmung des Bundesrates erfolgen. Eine so erlassene Verordnung tritt ein Jahr nach ihrem Inkrafttreten außer Kraft.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK befürwortet, Schnelltestungen für bestimmte Erkrankungen in Apotheken anzubieten. Bei begründetem Verdacht sollten diese zulasten der GKV abgerechnet werden können.

Der VdK kritisiert jedoch, dass die Feststellung einer meldepflichtigen Erkrankung in Ausnahmefällen ebenfalls durch Tierärzte oder Zahnärzte erfolgen darf, nicht jedoch durch Apotheker. Die Qualifikation von Apothekern im Bereich der Analytik sind mindestens gleichwertig ausgeprägt. Zudem verfügen Apotheken, sofern es sich nicht um Zweigapotheken handelt, über das notwendige Labor, in denen eine Laboranalytik durchgeführt werden kann.

Die Situationen, in denen eine solche Abweichverordnung erlassen werden soll, stellen medizinische Ausnahmesituationen dar, in denen alle Testkapazitäten verwendet werden müssen, die zur Verfügung stehen. Diese Testkapazitäten sollten nicht unnötig klein gehalten werden.

Der dringende Fall, in dem eine Abweichverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates erlassen werden kann, sollte genauer definiert werden. Der VdK fordert, dass die Voraussetzung für eine solche Verordnung das Vorliegen einer epidemischen Notlage nationaler Tragweite ist, welche durch den Deutschen Bundestag festgestellt wurde.

3. Fehlende Regelungen

Die geplante Apothekenreform ist aus Sicht des Sozialverbandes VdK Deutschland e. V. nicht weitgehend genug. Aus diesem Grund macht der VdK folgende Vorschläge zur Erweiterung der Reform:

3.1.1. Gesundheitskioske

Das deutsche Gesundheitssystem ist noch immer kaum auf Prävention ausgerichtet. Zudem müssen sich die Patientinnen und Patienten häufig selbst im System zurechtfinden und sind damit nicht selten überfordert. Um die Orientierung im Gesundheitssystem zu erleichtern, sollte bereits mit dem GVSG ein neuer Wegweiser im Gesundheitssystem eingeführt werden: Die Gesundheitskioske. Doch diese sind im Entwurf des GVSG, welcher derzeit das parlamentarische Verfahren durchschreitet, nicht mehr vorhanden.

Der Sozialverband VdK regt daher an, das gute Netz der öffentlichen Apotheken zu nutzen, und jede Apotheke in Deutschland zu einem Gesundheitskiosk zu machen. So geht der wertvolle Gedanke der Gesundheitskioske nicht verloren und das breite Netz der Apotheken kann sinnvoll genutzt werden. Vielfach übernehmen die Apotheken schon heute eine Art Lotsenfunktion im deutschen Gesundheitswesen.

3.1.2. Pharmazeutische Dienstleistungen und Mini-Diagnostik, Impfungen

Pharmazeutische Dienstleistungen müssen konsequent ausgebaut werden. Arzneimitteltherapien werden immer komplizierter, die ambulante Versorgung ist teilweise überlastet. Gleichwohl der VdK sich für die hausarztzentrierte Versorgung einsetzt, muss

dieses Versorgungskonzept durch fachkundige pharmazeutische Beratung unterstützt und verbessert werden.

Zudem kann die öffentliche Apotheke eine wichtige Rolle in der Früherkennung und Prävention einnehmen. Dass das Impfen in öffentlichen Apotheken ausgebaut wird, ist ein wichtiger Schritt, um Krankheiten eindämmen zu können.

Die individualisierte Medizin wird in den kommenden Jahren mehr und mehr an Bedeutung gewinnen. Die Apotheke muss langfristig so aufgestellt werden, dass sie auf der einen Seite ihrer Grundaufgabe, der Arzneimittelversorgung, personell und strukturell nachkommen kann und andererseits personalisierte Arzneimitteltherapien anbieten kann. Eine personalisierte Arzneimitteltherapie beinhaltet sowohl die Verblisterung und das patientengenaue Herstellen von Arzneimitteln und Bereitstellen von Individualmischungen, als auch das Abstimmen einer Therapie auf den Stoffwechsel der Patientinnen und Patienten.

Des Weiteren kann eine Vielzahl diagnostischer Verfahren und Methoden auch in öffentlichen Apotheken durchgeführt werden. Apothekerinnen und Apotheker haben das analytische Know-How um bspw. Blutproben auszuwerten und analysieren zu können. In Apotheken könnten zukünftig Blutbilder erstellt werden und die Elektrolytkonzentration des Blutes ausgewertet werden. So kommt es beispielsweise vermehrt zu arzneimittelbezogenen Problemen, wenn ältere Menschen klassische Antihypertonika⁵ verwenden, die der Klasse der Kalziumantagonisten angehören. In der Folge der Therapie kommt es häufig zur Ödembildung, weshalb wiederum eine harntreibende Therapie⁶ verschrieben wird, die jedoch den Kaliumhaushalt der Patienten durcheinanderbringt. Diese notwendige Kontrolle der Kaliumwerte (wichtig für die Funktion des Herzens) kann in einer Apotheke durchgeführt werden. Zudem können Apothekerinnen und Apotheker konstruktive Alternativvorschläge für eine nebenwirkungsärmere Arzneimitteltherapie machen.

Das Angebot von Mini-Diagnostik in Apotheken kann zudem dann einen Vorteil darstellen, wenn Patientinnen und Patienten aufgrund einer Eisenmangelanämie Eisenpräparate zu sich nehmen und der Erfolg der oralen Eisensubstitution ermittelt werden soll. Da diese Patientinnen und Patienten ohnehin zur Fortführung ihrer Eisentherapie in die Apotheke gehen müssen, kann auch gleich vor Ort kontrolliert werden, ob die Therapie erfolgreich ist. Dies sind nur zwei Beispiele dafür, wie diagnostische Verfahren in der öffentlichen Apotheke etabliert werden können.

Es ist anzumerken, dass die Einführung solcher diagnostischer Verfahren ggf. einige Änderungen des Heilberufsrechtes und des Berufsrechtes der Apotheker notwendig macht.

Weiterhin sollten Maßnahmen zur Erhöhung der Adhärenz und der Arzneimitteltherapiesicherheit Einzug in die öffentliche Apotheke finden. So kann beispielsweise über die Bezugsdaten eines Arzneimittels gemeinsam mit dem Patienten ausgewertet werden, ob eine Therapie konsequent durchgeführt wird, oder nicht. Gemeinsam mit den Patienten können die Gründe für ein Ausbleiben der Arzneimitteltherapie, bspw. UAW, identifiziert werden und eine Lösung für das Problem gefunden werden.

Gerade im Alter können besondere UAWs an Bedeutung gewinnen, weshalb es wichtig ist, die Patientinnen und Patienten über einen langen Zeitraum während einer Arzneimitteltherapie zu

⁵ Blutdrucksenker

⁶ Furosemid

begleiten. Da sich der Körper und der Stoffwechsel im Alter noch einmal stark verändert, sind geriatrische Patientinnen und Patienten anfälliger für arzneimittelbezogene Probleme. „Bei nichtbettlägerigen Menschen [über 65 Jahre] treten unerwünschte Arzneimittelwirkungen mit einer Häufigkeit von 50 Ereignissen pro 1000 Personenjahre auf. Die Hospitalisierungsraten aufgrund unerwünschter Arzneimittelwirkungen sind bei älteren (ca. 17%) 4-mal höher als bei jüngeren Patienten (4%).“^{vi} Zudem zeigen Ergebnisse einer Studie^{vi}, dass 66 Prozent der untersuchten Krankenhauseinweisungen auf vier Medikamente oder Medikamentenklassen zurückzuführen seien, die auch in Deutschland häufig verwendet werden: Warfarin, Insulin, orale Thrombozytenaggregationshemmer (TAH) und orale Antidiabetika. Dies ist ein Grund mehr, Arzneimittelexpertinnen und -experten vor Ort enger in die medikamentöse Therapie einzubinden und so kostspielige Krankenhauseinweisungen zu verhindern.

Für eine optimale Arzneimitteltherapie ist es zudem wichtig, dass die Serum-Konzentrationen des Arzneistoffes im optimalen Bereich liegen. Auch diese Art der Kontrolle kann gut durch eine Apotheke durchgeführt werden und so UAW durch Überdosierung oder eine mögliche Unterdosierung verhindern.

Der Sozialverband VdK regt an, diese Art der Versorgung in den Leistungskatalog der GKV aufzunehmen, um so langfristig die Arzneimitteltherapiesicherheit sowie den Therapieerfolg und damit die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten zu erhöhen. Als positiver Nebeneffekt können zudem Kosten im System eingespart werden.

Zudem sollte die Verpflichtung für Apothekerinnen und Apotheker wegfallen, sich von Patienten schriftlich bestätigen zu lassen, dass Sie eine pDL in einem Kalenderjahr noch nicht erhalten haben. Dies wirkt abschreckend auf die Patientinnen und Patienten, da die Unterschrift einer Vertragsunterzeichnung ähnelt und viele Patienten Kosten befürchten oder befürchten, finanzielle Verpflichtungen einzugehen.

Daher regt der Sozialverband VdK an, mit der Einführung der „ePA für alle“ im Jahr 2025 einen Bereich für Apothekerinnen und Apotheker einzuführen, in welchem die pDL, deren Durchführung und die Ergebnisse hinterlegt werden können. Denn auch heute ist es unüblich, vor dem Erhalt einer Behandlung beim Arzt ein Formular zu unterschreiben, ob man in diesem Kalenderjahr bereits zu dieser Krankheit beraten wurde. Dieses Prinzip sollte daher auch auf die öffentliche Apotheke übertragen werden, um mehr Menschen von einer pDL zu überzeugen und UAW oder WW und damit auch Kosten für das Solidarsystem frühzeitig zu erkennen und zu verhindern.

3.1.3. Ausbau apothekerlicher Kompetenzen zur Sicherstellung der Arzneimittelversorgung

Die angespannte Situation der Arzneimittellieferengpässe in den vergangenen Jahren hat deutlich aufgezeigt, dass das enge Korsett der Austauschmöglichkeiten und der Defekturen⁷ in Apotheken überholt ist. Der Austausch von Arzneimitteln derselben Wirkstoffgruppe ist eine Kompetenz, die Apothekerinnen und Apotheker bereits im Studium erlernen. Sie kann notwendig werden, wenn ein spezifischer Wirkstoff nicht lieferbar ist, so kann zum Beispiel Rosuvastatin einfach gegen Simvastatin ausgetauscht werden. Dies ist heute in der

⁷ Herstellung bestimmter Arzneimittel auf Vorrat direkt in der Apotheke.

Regelversorgung nicht möglich und macht für die Patientinnen und Patienten einen erneuten Gang zum Arzt notwendig.

Darüber hinaus gab es in der Vergangenheit immer wieder das Problem der Nichtlieferbarkeit bestimmter Antibiotika (z. B. Penicillin V). Durch die verpflichtende Einführung der elektronischen Patientenakte wird es Apothekerinnen und Apothekern bei Vorlage einer Diagnose möglich, ein Antibiotikum leitliniengerecht auszutauschen. Dies ist heute nicht möglich und kann nur nach Absprache mit dem behandelnden Arzt erfolgen, wobei sich dieser häufig durch das pharmazeutische Fachpersonal sowohl aus pharmazeutischer Sicht als auch zu Fragen der Lieferbarkeit beraten lässt. Aus diesem Grund und, weil die Arztpraxen häufig zu Rand-, Stoß- und Wochenendzeiten nicht oder nur schwer erreichbar sind, sollte die einfache Substitution den Apothekerinnen und Apothekern ermöglicht werden.

Auch bei der Defektur, also der vorratsmäßigen Herstellung von Rezepturarzneimitteln zur Abgabe in einer Apotheke des Filialverbundes gibt es Optimierungsbedarf. So muss bspw. eine Apotheke über die Vorlage von Verschreibungen nachweisen, dass ein Arzneimittel derart häufig bezogen wird, dass die Herstellung auf Vorrat sinnvoll ist. Von dieser Regelung sollte Abstand genommen werden bzw. die Herstellung von Arzneimitteln in der Apotheke sollte erleichtert werden.

Darüber hinaus sind die Regelungen zur Herstellung von Arzneimitteln in der Apotheke dahingehend anzupassen, dass Apotheken flexibler auf Lieferengpässe häufig benötigter Arzneimittel reagieren können. Apotheken sollten zur Sicherstellung der Versorgung darin unterstützt werden, Arzneimittel die einfach und sicher direkt in der Apotheke hergestellt werden können, direkt vor Ort zu produzieren.

3.1.4. Apotheken Betriebsordnung (ApBetrO)

Langfristig muss sich die öffentliche Apotheke von einem Ort, der durch den Verkauf von Arzneimitteln geprägt ist, hin zu einem Ort entwickeln, an dem die Arzneimitteltherapiesicherheit und Beratung im Vordergrund stehen. Dafür muss sich auch die Struktur einer öffentlichen Apotheke ändern. Es sollten langfristig größere und mehr Räume in der ApBetrO festgeschrieben werden, die ausschließlich der Beratung, dem Impfen oder der Durchführung von In-vitro-Test dienen. Die Beratungs- und die Abgaberräume sollten aus der Sicht des VdK klarer voneinander abgegrenzt werden.

Des Weiteren kann die Struktur der Apotheken genutzt werden, um das Netz an automatisierten externen Defibrillatoren (AED, Laien-Defibrillatoren) in Stadt und Land auszubauen. Diese können zudem im Falle einer extremen Immunreaktion bei einer Impfung überlebenswichtig sein, auch wenn solche Fälle sehr selten vorkommen. Zudem können diese bei einer Reanimation im Umfeld der Apotheke zum Einsatz kommen. AED können Leben retten.

3.1.5. Approbationsordnung für Apotheker und Studienplatzzahlen

Durch den vorliegenden Referentenentwurf wird das Impfen in Apotheken mit Totimpfstoffen in der Regelversorgung implementiert. Derzeit müssen Apothekerinnen und Apotheker eine ärztliche Schulung durchlaufen, um impfen zu dürfen.

Um Zeit und Kosten zu sparen und langfristig alle Apothekerinnen und Apotheker in die Lage zu versetzen, zu impfen, fordert der Sozialverband VdK, das Impfen bereits in die Approbationsordnung für Apotheker und somit in das Pharmaziestudium zu integrieren.

Um zudem dem Personalmangel in deutschen Apotheken entgegenzuwirken, müssen die Studienplatzzahlen in Deutschland deutlich erhöht werden. Um die Versorgung in der öffentlichen Apotheke langfristig zu verbessern und auf ein neues Level zu heben, fordert der Sozialverband VdK zudem einen Ausbau des Faches Klinische Pharmazie.

4. Quellenverzeichnis

ⁱ Bundesverband der Pharmaziestudierenden in Deutschland e. V. (BPhD). Stellungnahme zum Referentenentwurf des Apothekenreformgesetzes. Juni 2024. Abgerufen von https://www.bphd.de/wp-content/uploads/2024/06/Stellungnahme_Referentenentwurf-des-Apotheken-Reformgesetzes-20240624.pdf im Juli 2024.

ⁱⁱ Stellungnahme des BVpta e. V. zum Referentenentwurf eines Gesetzes für eine Apothekenhonorar- und Apothekenstrukturreform. Abgerufen von https://www.bvpta.de/wp-content/uploads/Stellungnahme-BVpta-ApoRG_21.06.2024.pdf im Juli 2024.

ⁱⁱⁱ Pressemitteilung: Apothekenklima-Index 2023: Viel Pessimismus in den Apotheken, deutliche Forderungen an die Politik. ABDA. September 2023. Abgerufen von <https://www.abda.de/aktuelles-und-presse/pressemitteilungen/detail/apothekenklima-index-2023-viel-pessimismus-in-den-apotheken-deutliche-forderungen-an-die-politik/> im Juli 2024.

^{iv} Stellungnahme des BVpta e. V. zum Referentenentwurf eines Gesetzes für eine Apothekenhonorar- und Apothekenstrukturreform. Abgerufen von https://www.bvpta.de/wp-content/uploads/Stellungnahme-BVpta-ApoRG_21.06.2024.pdf im Juli 2024.

^v Epidemiologisches Bulletin. 49/2022. Impfquoten bei Erwachsenen in Deutschland – Aktuelles aus der KV-Impfsurveillance. 08. Dezember 2022. Abgerufen von <https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/10490/EB-49-2022-Impfquoten-Erwachsene.pdf?sequence=1&isAllowed=y> im Juli 2024.

^{vi} „Arzneimittelassoziierte Probleme bei Älteren“, J. M. Ruscin, S. A. Linnebur. University of Colorado, Überprüft im Juli 2021. MSD MANUAL, Ausgabe für medizinische Fachkreise. Abgerufen im Juli 2024 von <https://www.msdmanuals.com/de-de/profi/geriatrie/pharmakotherapie-bei-%C3%A4lteren/arzneimittelassoziierte-probleme-bei-%C3%A4lteren>.