

Antrag

der Abgeordneten Kordula Schulz-Asche, Maria Klein-Schmeink, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Dr. Bettina Hoffmann, Kerstin Andreae, Katja Dörner, Dr. Anna Christmann, Kai Gehring, Erhard Grundl, Ulle Schauws, Margit Stumpp, Beate Walter-Rosenheimer, Anja Hajduk, Britta Haßelmann, Beate Müller-Gemmeke, Tabea Rößner, Corinna Rüffer, Stefan Schmidt und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Sicherung einer patientennahen und bedarfsgerechten Arzneimittelversorgung durch Apotheken

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Arzneimittel sind ein wesentlicher Bestandteil guter Gesundheitsversorgung. Patientinnen und Patienten haben darauf einen Anspruch ebenso wie auf eine fachkompetente Beratung. Ganz gleich, ob sie in der Stadt oder auf dem Land leben, ob sie dringend am Tage oder in der Nacht ein Medikament benötigen, ob sie chronisch krank sind oder nur einen kurzen Infekt haben.

Eine patientennahe, flächendeckende Versorgung mit Arzneimitteln durch Apotheken ist unverzichtbar. Als Experten der Arzneimittelversorgung können Apothekerinnen und Apotheker ein Plus an medizinischer Behandlungsqualität, bessere Arzneimittelsicherheit und weniger Fehlmedikationen schaffen. Sie sind häufig erste Anlaufstellen im Krankheitsfall und gewährleisten die Arzneimittelversorgung am Tag und in der Nacht. Sinnvoll vernetzt mit Ärztinnen und Ärzten sowie weiteren Gesundheitsberufen, ist diese pharmazeutische Kompetenz vor Ort – egal, ob in Stadt-, Land- oder Randlagen, egal, ob mit oder ohne Versandhandel – unverzichtbar. Ohnehin wird künftig die flächendeckende regionale Gesundheitsversorgung im Interesse der Patientinnen und Patienten durch stärkere Zusammenarbeit aller Gesundheitsberufe auf Augenhöhe geprägt sein müssen.

Weitere Herausforderungen der Arzneimittelversorgung kommen auf uns zu: neue Therapien und individualisierte Medizin, der steigende Anteil älterer Menschen sowie Menschen mit mehreren chronischen Erkrankungen. Auch der gesellschaftliche Wandel – insbesondere bei Fachkräften, der mit erhöhter Mobilität und dem Wunsch nach einer besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie einhergeht, stellt neue Anforderungen an die heutigen Versorgungsstrukturen in unserem Gesundheitswesen und so auch in der Arzneimittelversorgung.

Um diese Aufgaben der Gesundheitsversorgung heute und in Zukunft zu erfüllen, muss die Arzneimittelversorgung durch Apotheken bundesweit wohnortnah, vor Ort tags und nachts gewährleistet sein.

Dass die bedarfsgerechte Apothekenversorgung allerdings keinesfalls garantiert ist, zeigen verschiedene Gutachten. So belegt das Gutachten zur „Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) geregelten Preise“ aus dem Jahr 2017, welches vom Bundeswirtschaftsministerium in Auftrag gegeben wurde, dringenden Handlungsbedarf. Das umfangreiche Gutachten erhob erstmals seit 2004 Primärdaten zur Einkommenssituation und Leistungen der Apotheken. Demnach sind 7.600 Apotheken in ihrer Existenz gefährdet, davon 5.300 in städtischen und großstädtischen Räumen und 2.300 in ländlichen Kreisen. 2.600 Apotheken seien in einer sehr kritischen Situation mit einem Betriebsergebnis von weniger als 30.000 Euro. Das Gutachten ermittelte gleichzeitig große Überschüsse am besser verdienenden Ende der Apotheken. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt auch ein Gutachten der Apothekengenossenschaft NOWEDA aus dem Jahr 2017, nach dem rund die Hälfte der ca. 15.600 (Haupt-)Apotheken gut bis sehr gut verdient, während die andere Hälfte in ihrer Existenz gefährdet ist.¹

Es besteht daher dringender Handlungsbedarf, um die Vergütung und die Rahmenbedingungen der Apothekerinnen und Apotheker schnellstmöglich so zu reformieren, dass eine patientennahe und bedarfsgerechte Arzneimittelversorgung überall – ob in der Stadt oder auf dem Land – sichergestellt ist. Denn gerade für Akutkranke und ältere Menschen ist die Versorgung durch die Apotheke vor Ort unverzichtbar.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

unverzüglich einen Gesetzentwurf vorzulegen, der:

1. die Höhe der packungsabhängigen Vergütung für die Abgabe eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels in Abhängigkeit an den Umsatz der abgebenden Apotheke koppelt, um so einer der Versorgung nicht zuträglichen Konzentration auf wenige große (Versand-)Apotheken entgegenzuwirken;
2. die heilberuflichen Kompetenzen der Apothekerinnen und Apotheker gezielter honoriert und ihnen, etwa nach dem Vorbild der „Arzneimittelinitiative Sachsen Thüringen“ (ARMIN), eine stärkere Rolle insbesondere beim Medikationsmanagement von Patientinnen und Patienten mit chronischen und Mehrfacherkrankungen zuschreibt;
3.
 - a) den besonderen Versorgungsbedürfnissen strukturschwacher und sozial benachteiligter Regionen durch die Ermöglichung flexiblerer Versorgungsangebote Rechnung trägt,
 - b) dem gesellschaftlichen Wandel mit einer stärkeren Nachfrage jüngerer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten nach Angestelltenverhältnissen Rechnung trägt, indem die Anzahl der zu führenden Filialapotheken unter bestimmten Bedingungen angehoben und das gemeinsame Betreiben von Apotheken durch mehrere Apothekerinnen und Apotheker erleichtert wird;
4. die flächendeckende Apothekenversorgung sicherstellt und den Nacht- und Notdienstfonds zu einem Sicherstellungsfonds der Apothekenversorgung weiterentwickelt;
5.
 - a) den Botendienst ausbaut und gezielt honoriert, so dass für immobile Patientinnen und Patienten bei Bedarf eine Versorgung mit Arzneimitteln inklusiver Beratung bis an die Haustür gewährleistet wird;

¹ Die Zahlen stammen aus dem Gutachten von May/Bauer/Dettling, in Auftrag gegeben von NOWEDA, 2017, und dem vom BMWi in Auftrag gegebenen Gutachten zur „Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) geregelten Preise“, 2018. Das Betriebsergebnis stellt das zu versteuernde Einkommen des inhabenden Apothekers dar.

- b) die Qualität im Botendienst wie auch im Versandhandel von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln sicherstellt, indem insbesondere ab Temperaturen von 25° Celsius eine durchgehende Kühlung der Arzneimittel verbindlich vorgeschrieben wird;
6. gemeinsam mit den Ländern, Apothekenkammern und -verbänden ein flächendeckendes, regelmäßiges und transparentes Monitoring des Apothekenmarktes, der Apothekerschaft und ihrer Assistenzberufe sowie der bedarfsgerechten regionalen Arzneimittelversorgung einführt;
7.
 - a) die durch das Urteil des europäischen Gerichtshofs von 2016 entstandene Benachteiligung inländischer Apotheken endlich aufhebt,
 - b) den Kampf gegen Steuerdumping und aggressive Steuervermeidung entschieden fortführt. Umfassende Transparenzpflichten, insbesondere eine öffentliche länderbezogene Offenlegungspflicht für multinationale Unternehmen, sind dabei von zentraler Bedeutung.

Berlin, den 9. April 2019

Katrin Göring-Eckardt, Dr. Anton Hofreiter und Fraktion

Begründung

Zu 1.: Während an mancher Ecke in Großstädten gleich mehrere Apotheken in Sichtweite stehen, beklagen Patientinnen und Patienten in strukturschwachen ländlichen und städtischen Regionen Probleme in der bedarfsgerechten Apothekenversorgung. Die Apothekenvergütung erfolgt starr in Abhängigkeit des Umfangs der erbrachten Leistungen. Eine durchschnittliche Apotheke erwirtschaftet rund 80 bis 85 % ihres Umsatzes durch die Abgabe von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln. Diese Vergütung, welche je abgegebener Arzneimittelpackung erfolgt, beinhaltet neben der Entlohnung für die pharmazeutische Leistung auch einen Kostenanteil, der die Betriebskosten decken soll. Es ist jedoch davon auszugehen, dass diese Betriebs- und andere Kosten nicht proportional mit dem erwirtschafteten Umsatz steigen, sondern im Gegenteil bei steigendem Umsatz relativ gesehen rückläufig sind. So kann eine umsatzstarke Großapotheke andere betriebliche Skaleneffekte erzielen als eine kleine inhabergeführte Apotheke mit wenigen Mitarbeitern und geringerer Zahl abzugebender Arzneimittel. Um diese unterschiedlichen betriebswirtschaftlichen Kostenstrukturen adäquat in der Vergütung zu berücksichtigen, ist daher eine packungsabhängige Vergütung notwendig, die sich an dem Umsatz der Apotheke orientiert. Größere Apotheken sollen aus diesen betriebswirtschaftlichen Gründen je Packung eine niedrigere Vergütung erhalten als kleinere Apotheken. Schon eine Reduzierung der packungsabhängigen Vergütung von einem Euro für die umsatzstärksten zehn Prozent der Apotheken könnte ein Umverteilungspotential zugunsten kleinerer Apotheken im dreistelligen Millionenbereich bedeuten. Der Großteil der Apotheken, bis zu einem durchschnittlichen Umsatz von derzeit 2,31 Millionen Euro (entspricht ca. 60 % der Apotheken) soll dabei aber nicht belastet werden, sondern könnte im Gegenteil sogar begünstigt werden. Bei der Ausgestaltung soll auch darauf geachtet werden, dass bestehende Überversorgung in Ballungsräumen nicht weiter zementiert wird.

Durch die Abschöpfung der höheren Gewinne bei größeren Apotheken sollen Mittel frei werden, um patientennahe Dienstleistungen wie das Medikationsmanagement und den Sicherstellungsfonds zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung zu finanzieren.

Zu 2.: Nach Angaben des GKV-Spitzenverbandes nehmen in Deutschland ca. 20 Millionen Patienten mehr als zwei verschreibungspflichtige Arzneimittel gleichzeitig ein. Mit dem demographischen Wandel ist zukünftig mit einem noch höheren Anteil multimorbider Menschen zu rechnen, die gleich mehrere Medikamente einnehmen

müssen. Bereits heute sind jedoch jährlich 250.000 Krankenhauseinweisungen auf vermeidbare Medikationsfehler zurückzuführen.²

Seit Oktober 2016 haben Patienten mit Polymedikation einen Anspruch auf die Erstellung und Führung eines Medikationsplanes durch ihre Ärztinnen und Ärzte. Apotheken sind am Medikationsmanagement bislang nicht hinreichend beteiligt. Das ist nicht nachvollziehbar, denn wer könnte Medikationspläne besser auf etwaige kritische Wechselwirkungen zwischen Arzneien, Nebenwirkungen und Fehldosierungen hin prüfen als Pharmazeuten?

Wir wollen Apothekerinnen und Apotheker im Arzneimittelmanagement daher aufwerten. Im Einverständnis mit den Patienten soll ab drei gleichzeitig einzunehmenden Medikamenten ein Plan erstellt oder, falls vom Arzt vorgefertigt, weitergeführt werden. In ihm sollen sich verschreibungspflichtige wie auch apothekenpflichtige (OTC) Arzneimittel wiederfinden. Mögliche Arzneimittelrisiken sollen so früh identifiziert und von Apotheken in enger Abstimmung mit den Patienten sowie verschreibenden Ärztinnen und Ärzten minimiert werden.

Vorbild für das Medikationsmanagement könnte etwa die „Arzneimittelinitiative Sachsen Thüringen“ (ARMIN) sein. Das Modellprojekt zwischen den Kooperationspartnern der Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und Apothekenverbänden hat sich seit seiner Gründung 2014 zum Paradebeispiel für das Medikamentenmanagement älterer, multimorbider Patienten entwickelt.

Die Vergütung der an ARMIN teilnehmenden Apotheken teilt sich auf in einen hohen zweistelligen Betrag für die Erstaufnahme von Patienten in das Programm und einen niedrigen zweistelligen Betrag für erneute Beratungen, der einmalig quartalsweise ausgezahlt wird. Die Finanzierung des Apotheken-Medikationsmanagements erfolgt aus den Einsparungen bei der Senkung der packungsbezogenen Vergütung bei besonders umsatzstarken Apotheken.

Zu 3.: Die bestehenden Regulierungen bieten kaum Möglichkeiten, flexibel auf heute sehr unterschiedliche Versorgungsbedarfe in den Regionen zu reagieren. Dabei wäre dies gerade für die Arzneimittelversorgung ländlicher und sozial benachteiligter Regionen von großer Bedeutung. Für den Betrieb einer öffentlichen Apotheke müssen beispielsweise zahlreiche formale Bedingungen erfüllt werden. Dazu gehören auch Vorgaben zu den Betriebsräumen, zur Mindestgrundfläche, zum Vorhandensein eines Labors usw., die dem wirtschaftlichen Betreiben einer Apotheke zum Teil zu hohe Hürden setzen. Hierfür ist zu prüfen, ob und wie von den Anforderungen abgewichen werden könnte. Dadurch könnte gerade in dünn besiedelten Regionen für mehr Versorgungssicherheit gesorgt werden.

Um Apothekenangebote an allen für die Versorgung relevanten Orten, aber auch in allen Lebenslagen wirtschaftlich betreiben zu können, müssen weitere Vorgaben für Apotheken auf den Prüfstand gestellt werden. Denn eine eigene Apotheke zu eröffnen oder zu übernehmen ist meist eine Entscheidung für das ganze Leben. Unternehmerische Risiken lasten dabei allein auf einer Person. Jungen Pharmazeutinnen und Pharmazeuten, die familien-gerechte Arbeitszeiten wünschen oder keine Tätigkeit in einer eigenen Apotheke anstreben, müssen entsprechende Alternativen ermöglicht werden. Gesellschaftliche Entwicklungen wie der wachsende Anteil älterer Patientinnen und Patienten, die Abwanderung vor allem junger Menschen in die Ballungsräume sowie die Bevorzugung von Angestelltenverhältnissen und geregelten Arbeitszeiten in den Gesundheitsberufen erfordern flexiblere Berufsausübungsformen für Frauen und Männer. Die Vorgaben zur erlaubten Anzahl von Filialapotheken sollten daher – unter bestimmten Bedingungen, um eine Kettenbildung zu vermeiden – gelockert und der Betrieb von Apotheken auch von mehreren Pharmazeuten gemeinschaftlich erleichtert werden.

Zu 4.: Wie schlecht es derzeit um die flächendeckende Apothekenversorgung steht, zeigt ein Gutachten im Auftrag des Bundeswirtschaftsministeriums von Ende 2017: Demnach sind 7.600 Apotheken in ihrer Existenz gefährdet, davon 5.300 in städtischen und großstädtischen Räumen und 2.300 in ländlichen Kreisen. Davon sind 2.600 Apotheken sogar in einer sehr kritischen Situation mit einem Betriebsergebnis von weniger als 30.000 Euro. Wir schlagen daher die Einrichtung eines Sicherstellungsfonds zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung vor. Die Finanzierung erfolgt über den bestehenden Nacht- und Notdienstfonds. Dieser entlohnt jene Apotheken, die im Quartier und in der Region den Nachtdienst leisten. Die Idee dabei: Versorgungsrelevante Apotheken bieten durch ihren isolierten Standort mutmaßlich relativ oft Nachtdienste an. Wenn die Vergütung für diese Dienste steigt, können versorgungsrelevante Apotheken somit gezielt quersubventioniert werden. Auch diese Mehrausgaben sollen durch eine entsprechende Absenkung der packungsabhängigen Vergütung bei besonders umsatzstarken Apotheken finanziert werden.

² www.aerzteblatt.de/nachrichten/89461/Hunderttausende-Krankenhauseinweisungen-durch-Medikationsfehler.

Zu 5. a): Für Patientinnen und Patienten, denen beispielsweise in akuten Fällen das Aufsuchen einer Apotheke vor Ort aus gesundheitlichen Gründen nicht zuzumuten ist, muss auch bei akutem Bedarf die Arzneimittelversorgung gewährleistet sein. Botendienste können die Bevölkerung in diesen Fällen schneller versorgen als Versandapotheken. Daher wollen wir den Botendienst ausbauen und gezielt honorieren, so dass für Patientinnen und Patienten bei Bedarf eine zeitnahe Versorgung mit Arzneimitteln inklusive Beratung gerade auch in ländlichen Räumen bis an die Haustür gewährleistet wird.

Zu 5. b): § 11a des Gesetzes über das Apothekenwesen schreibt bereits vor, dass Versandapotheken bei dem Versand verschreibungspflichtiger Arzneimittel ein Qualitätssicherungssystem etablieren müssen, welches sicherstellt, dass die zu versendenden Arzneimittel so verpackt, transportiert und ausgeliefert werden, dass ihre Qualität und Wirksamkeit erhalten bleiben. Im Sinne des vorbeugenden Patientenschutzes sollen diese und weitere bestehende Vorgaben zu Handhabung und Transport von Arzneimitteln beim Versandhandel und Botendienst dahingehend konkretisiert werden, dass ab Temperaturen ab 25° Celsius eine Kühlkette bis zur Übergabe des Arzneimittels an die Patientin bzw. den Patienten nicht unterbrochen werden darf.

Zu 6.: Aufgrund der nach wie vor unzureichenden Versorgungsforschung in Deutschland liegen derzeit nur wenige Daten zum Apothekenmarkt und zu dessen Bewertung vor. Zahlen der Landesapothekerkammern oder der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände insbesondere zu Eröffnungen und Schließungen von Apotheken werden nur unzureichend zur Verfügung gestellt. Die bisher zugänglichen Daten weisen jedenfalls darauf hin, dass die Preisbindung gerade nicht zu einer flächendeckenden und gleichmäßigen Versorgung führt. So ist das durchschnittliche Betriebsergebnis einer öffentlichen Apotheke seit Jahren steigend, jedoch sind die Gewinne ungleich verteilt. Diese ungleiche Verteilung ist, trotz Preisbindung, seit Jahren relativ konstant. So wundert es nicht, dass neue Apotheken vor allem in lukrativeren, städtischen Regionen entstehen. Nur ein Bruchteil der Neueröffnungen befindet sich auf dem Land. Ein weiteres Indiz dieses Konzentrationsprozesses ist die stark gestiegene Beschäftigtenzahl, während die Anzahl der Apotheken heute in etwa der von 1991 entspricht. Sollte sich der Trend der leicht rückgängigen Apothekenzahlen der letzten Jahren jedoch fortsetzen, wird es voraussichtlich zu Schließungen in ohnehin bereits weniger versorgten Gebieten kommen – auch weil die Preisbindung darin versagt hat, hier einen gegenüber gefragteren Regionen wirtschaftlich attraktiven Betrieb zu ermöglichen, und auch andere Maßnahmen ausgeblieben sind, die berufliche Attraktivität zu erhalten.

Eine Befragung von Apothekern durch das Institut für Handelsforschung (IFH) im Jahr 2016 ergab, dass sie zu niedrige Apothekerhonorare, zunehmende Auflagen und eine damit verbundene Bürokratisierung sowie eine sinkende Attraktivität des Berufsbildes als die drei Hauptgründe für Schließungen ansahen.³

Vor diesem Hintergrund ist es notwendig, gemeinsam mit den Ländern, Apothekenkammern und -verbänden ein Monitoring der Entwicklung und der jeweiligen Hintergründe des Apothekenmarktes und der Arzneimittelversorgung einzuführen, um flächendeckend Veränderungen der Patientenversorgung rechtzeitig zu erkennen und geeignete Maßnahmen in die Wege zu leiten. In diesem Monitoring müssen insbesondere auch die Ausbildung und Altersstruktur der Apothekerinnen und Apotheker sowie der Assistenzberufe wie Pharmazeutisch-Technische-Assistenz erfasst werden. Aufgrund des Renteneintrittsalters der geburtenstarken Jahrgänge ist – wie bei vielen anderen hochqualifizierten Fachkräften auch – mit besonderen Herausforderungen zu rechnen.

Zu 7. a): Der Europäische Gerichtshof hob mit seinem Urteil von Oktober 2016 (Urt. v. 19.10.2016, Az.: C-148/15) die Apothekenpreisbindung für ausländische Apotheken auf, da er durch die vollständige Beschränkung des Preiswettbewerbs die ausländischen Versender von rezeptpflichtigen Medikamenten benachteiligt sah. Belege für eine aufgrund der Preisbindung bessere regionale Verteilung der Apotheken in Deutschland oder gar eine Gefährdung für die Arzneimittelversorgung im Falle ihres Wegfalls konnten nach Ansicht des EuGH nicht vorgelegt werden.

Seit dem EuGH-Urteil sind ausländische Versandapotheken nicht mehr an die hiesigen Vorgaben zu Festpreisen für Arzneimittel gebunden. Mit vergleichsweise hohen Bonuszahlungen werben sie seitdem um Patientinnen und Patienten. Um die so entstandene Benachteiligung inländischer Apotheken – und zwar sowohl der Präsenzapotheken als auch der inländischen Versender rezeptpflichtiger Arzneimittel – zu beenden, forderte die antragstellende Fraktion bereits 2017 in dem Antrag „Arzneimittelversorgung an Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientieren – Heute und in Zukunft“ (Drucksache 18/11607), dass die bisherige vom EuGH aufgehobene Festpreisbindung des Arzneimittelgesetzes in eine Höchstpreisbindung umgewandelt wird. Auch den inländischen Apotheken wäre es damit möglich, nach unten vom Höchstpreis abzuweichen. Um den in überversorgten

³ www.ifhkoeln.de/pressemitteilungen/de-tails/apokix-apotheker-fuerchten-vermehrte-apothekenschliessungen/, Stand: 13.12.2016.

Regionen entstehenden Preiswettbewerb zu regulieren, sollten gleichsam Bonuszahlungen nur im begrenzten Rahmen zugelassen werden. Diese könnten auf die Höhe der von Patientinnen und Patienten zu leistenden Zahlungen begrenzt werden. Somit würde vermieden, dass Patienten für die Einreichung von Rezepten Geld als Gegenleistung erhalten.

Zu 7. b): Eine grundlegende Reform der Besteuerung soll sicherstellen, dass Unternehmen im Zeitalter einer sich digitalisierenden Wirtschaft dort einen angemessenen Beitrag zur Finanzierung der Infrastruktur und des Gemeinwohls leisten, wo sie wirtschaftlich aktiv sind. Zudem soll eine einheitliche, verbindliche Mindestbesteuerung von Unternehmen in der EU beschlossen werden. In einem ersten Schritt dazu ist eine EU-weite konsolidierte Bemessungsgrundlage für die Besteuerung von Betrieben notwendig. Im zweiten Schritt soll eine echte EU-weite Unternehmenssteuer erhoben werden, die in den EU-Haushalt fließt.

