



Stellungnahme des IKK e.V.

zum

**Referentenentwurf eines Gesetzes zur
Weiterentwicklung der Apothekenversorgung**

sowie zum

**Referentenentwurf zur Zweiten Verordnung zur Änderung
der Apothekenbetriebsordnung und der
Arzneimittelpreisverordnung**

vom 20.10.2025

07.11.2025

IKK e.V.
Hegelplatz 1
10117 Berlin
030/202491-0
info@ikkev.de

Inhalt

Grundsätzliche Anmerkungen.....	3
Kommentierung zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Apothekenversorgung	7
Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	7
§ 129 Absatz 4c SGB V:.....	7
§ 129 Absatz 4d Satz 2 SGB V:	9
§ 129 Absatz 5e Sätze 2 bis 7 SGB V:.....	10
§ 2 Absatz 6 SGB V:	12
Kommentierung zum Referentenentwurf zur Zweiten Verordnung zur Änderung der Apothekenbetriebsordnung und der Arzneimittelpreisverordnung	13
Zu Artikel 2 (Änderung der Arzneimittelpreisverordnung)	13
§ 3 Absatz 1 Satz 1 AMPreisVO:.....	13
§ 3 Absatz 1c AMPreisVO:.....	14
§ 5 Absatz 2 AMPreisVO:.....	15
Ergänzender Änderungsbedarf	16

Grundsätzliche Anmerkungen

Die Innungskrankenkassen begrüßen die Intention des Gesetzgebers, mit den vorliegenden Referentenentwürfen die Apotheken mit Blick auf die derzeitigen Herausforderungen wie Fachpersonalmangel und Strukturwandel für die Zukunft so aufstellen zu wollen, dass ein flächendeckendes Apothekennetz für eine wohnortnahe Arzneimittelversorgung der Bevölkerung sichergestellt wird.

Maßnahmen zur Fachkräftesicherung, eine flexiblere Gestaltung beim Personaleinsatz, den Öffnungszeiten und der Festlegung von Filial- und Zweigapothekenleitungen sowie die Förderung von Teilzeitarbeit gehen hier in die richtige Richtung. Die Weiterqualifizierung von pharmazeutisch-technischen Assistentinnen und Assistenten (PTA) steigert die Attraktivität, in diesem Versorgungsbereich zu arbeiten. Darüber hinaus ist die zielführende Entbürokratisierung (z. B. insbesondere die Digitalisierung der Hilfstaxe oder die Weiterleitung von E-Rezepten von der Arztpraxis an die heimversorgende Apotheke) für eine bessere Versorgung förderlich.

Wichtig ist: Das Bestreben, den Apothekenbereich zu stärken, den Fachkräftemangel zu bekämpfen und den Bürokratieabbau zu fördern, darf zu keiner Zeit – weder medizinisch noch finanziell – zu Lasten der Versicherten und Beitragszahlenden gehen.

Keine erweiterten Austauschmöglichkeiten

Laut Referentenentwurf sollen öffentliche Apotheken zukünftig bei der Einlösung von Arzneimittelverordnungen auf vorrätige Arzneimittel mit demselben Wirkstoff zurückgreifen können, sofern das rabattierte Arzneimittel nicht verfügbar ist. Der Gesetzgeber begründet diese Regelung damit, dass der beabsichtigte „erleichterte“ Austausch eine Entlastung bei den Bestellvorgängen aufgrund weniger durchzuführender Verfügbarkeitsabfragen beim Großhandel und damit eine Zeitersparnis für die Apothekerschaft bringen soll. Zudem würden Patientinnen und Patienten durch eine schnellere Versorgung und kürzere Wartezeiten profitieren.

Die geplanten Austauschmöglichkeiten werden von den Innungskrankenkassen abgelehnt. Sowohl der Gesetzestext als auch die Begründung beachten wesentliche, bewährte rahmenvertragliche Effizienzregeln nicht.

Die Innungskrankenkassen sehen es daneben als unabdingbar an, dass – wie im Referentenentwurf nun auch vorgesehen – weiterhin die nachweisliche Nichtverfügbarkeit des Rabattarzneimittels (bei zwei vollversorgenden Arzneimittelgroßhandlungen) Grundvoraussetzung für die Abgabe eines wirkstoffgleichen nichtrabattierten Arzneimittels in der Apotheke

bleibt. Ein etwaiger erweiterter Austausch bereits bei Nichtvorrätigkeit eines Rabattarzneimittels in der Apotheke hätte faktisch das Ende der Rabattverträge und damit drastische Mehrkosten für die Versicherten und Arbeitgeber als Beitragszahlende bedeutet.

Zur Erinnerung: Arzneimittelrabattverträge mit pharmazeutischen Unternehmen leisten einen unverzichtbaren Beitrag zur finanziellen Stabilität und zur Versorgungssicherheit in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und tragen zu einer guten Planungssicherheit in der flächendeckenden Arzneimittelversorgung bei. Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) wurde deshalb zum 1. April 2007 vom Gesetzgeber eingeführt, dass die Apotheken die Ersetzung durch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel grundsätzlich nur vornehmen dürfen, wenn für dieses ein Rabattvertrag besteht. Diese Regelung machte es möglich, dass die GKV z. B. im Jahr 2024 ca. 6,25 Milliarden Euro Einsparungen durch vertraglich vereinbarte Rabatte mit pharmazeutischen Unternehmen für ihre Versichertengemeinschaft erzielen konnte. Dies entspricht einer Größenordnung von ca. 0,3 Beitragssatzpunkten. Demgegenüber würde bereits ein moderater Rückgang der Umsetzungsquote der Rabattverträge von z. B. nur 20 Prozent einen Verlust für die GKV in Höhe von 1,25 Milliarden Euro pro Jahr ausmachen.

Keine kostenproduzierenden Maßnahmen ohne Mehrwert für die Versorgung

Begrüßt wird zunächst, dass von einer pauschalen Erhöhung des Fixums für alle Apotheken abgesehen worden ist. Ein höheres Apothekenfixum würde – wie bereits im Vorfeld von den Innungskrankenkassen kritisiert – nur Fehlanreize schaffen und einer langfristigen Stabilisierung der Beitragssätze in der GKV im Wege stehen. Insofern ist es wichtig, dass der Gesetzgeber nicht nur vorläufig, sondern auf Dauer auf diese kostensteigernde Maßnahme verzichtet.

Keine (pauschale) Anpassung der Honorare über Verhandlungslösung

Wie der GKV-Spitzenverband sehen auch die Innungskrankenkassen die Gefahr, dass die vorgesehene sogenannte Verhandlungslösung zur Bestimmung der Vergütung in Verbindung mit dem Kriterium des Verbraucherpreisindex zu ansteigenden Ausgaben führen wird. Bei einer Erhöhung des Fixums für alle Apotheken würden – entgegen der nachvollziehbaren Gesetzesintention einer Stärkung der flächenversorgenden Apotheken – besonders Apotheken mit ohnehin hohen Packungszahlen profitieren. Zugleich wäre mit diesen Mehrkosten keine unmittelbare Verbesserung in der Arzneimittelversorgung verbunden, weshalb diese Regelung für kritisch erachtet wird.

Keine handelsüblichen Skonti durch den Großhandel

Die Gewährung von Skonto-Rabatten des Großhandels wird von den Innungskrankenkassen abgelehnt. Zum einen kontrahieren die oft willkürlich anmutenden Rabattgewährungen gegenüber Apotheken den ordnungspolitischen Rahmen der Arzneimittelpreisverordnung und führen zu einer Störung des Wettbewerbs innerhalb der Apothekenlandschaft. Zum anderen sind bestehende Effizienzpotentiale zu Gunsten einer Preisreduzierung für die Versichertengemeinschaft zu nutzen.

Keine kostentreibenden Maßnahmen ohne Datengrundlage

Insgesamt sollte der Gesetzgeber darauf achten, kostentreibende Maßnahmen zu Lasten der Versichertengemeinschaft nur für solche Bereiche zu planen, die bereits über eine gesicherte und aussagekräftige Datengrundlage verfügen. Vergütungen für die gestaffelte Anhebung des Fixums für Apotheken auf dem Land oder die Erhöhung der Vergütung für Nacht- und Notdienste entbehren dieser Grundlage und gehen „ins Blaue“ hinein. Im Hinblick auf die angespannte Finanzlage im Gesundheitswesen sind diese Regelungen deshalb für die GKV-Gemeinschaft und deren Versicherten ohne den Nachweis einer verbesserten Versorgung nicht akzeptabel.

Gewährleistung einer medizinisch sicheren Versorgung

Schließlich ist sicherzustellen, dass das Wohl und Wehe der Patientinnen und Patienten oberste Priorität behält.

Gerade diese Prämisse sehen die Innungskrankenkassen jedoch im Hinblick auf die beabsichtigten Ausnahmen in Bezug auf die Abgabe von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln *ohne ärztliche Versorgung* gefährdet. Zwar soll die Ausnahme „nur“ bei akuten, unkomplizierten Formen bestimmter Erkrankungen (z. B. harmlose Harnwegsinfekte) oder bei bekannter Dauertherapie chronisch Kranker möglich sein. Zudem soll in diesen Fällen „nur“ die kleinste Packungsgröße abgegeben werden dürfen und das auch nur, wenn die Fortführung der Therapie keinen Aufschub erlaubt.

Fraglich ist dennoch, ob in diesen Fällen grundsätzlich auf eine vorhergehende medizinische Untersuchung bzw. differenzialdiagnostische Abklärung – eine diagnostische Ausbildung fehlt im Pharmaziestudium – verzichtet werden kann. Denn auch bei „harmlosen“ Erkrankungen ist der Ausschluss einer schwerwiegenden Erkrankung unverzichtbar.

Unabhängig davon ist dem Gemeinsamen Bundesausschuss zuzustimmen, der statt der angedachten Regelung vorschlägt, in der AMVV die „zur Abgabe freigegebenen Arzneimittel“ zu listen“ bzw. – so auch der GKV-Spitzenverband – die bestehende Verschreibungspflicht in Frage kommender Arzneimittel kritisch zu überprüfen.

Was die *Ausweitung der Impf-Möglichkeiten* in Apotheken auf weitere Nicht-Lebend-Impfstoffe angeht, so mag dies ein zielführender Weg sein, die Impfquoten in der Bevölkerung zu steigern und Arztpraxen zu entlasten. Voraussetzung dafür ist aber, dass die Apothekerschaft dementsprechend qualifiziert geschult und ausgebildet wird. Zudem sind die anfallenden Kosten ins Verhältnis zu den in Arztpraxen anfallenden Gebühren zu setzen, um eine Mehrkostenbelastung der GKV zu unterbinden.

Der IKK e.V. nimmt im Folgenden Stellung zu einzelnen weiteren Aspekten des Referentenentwurfes eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Apothekenversorgung sowie der Zweiten Verordnung zur Änderung der Apothekenbetriebsverordnung und der Arzneimittelpreisverordnung.

Im Übrigen wird auf die detaillierte Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes, deren Inhalt zuvor mit den Innungskrankenkassen abgestimmt wurde, verwiesen.

Kommentierung zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Apothekenversorgung

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1 b)

§ 129 Absatz 4c SGB V:

Beabsichtigte Neuregelung

Der neue § 129 Absatz 4c SGB V sieht die unmittelbare Abgabe eines vorrätigen (bislang: lieferbaren) Arzneimittels bei Nichtverfügbarkeit eines Rabattarzneimittels vor.

Die Änderung ist auf ein Jahr befristet und im Anschluss zu evaluieren.

Bewertung

Die Notwendigkeit und der Nutzen der vorgesehenen Änderung sind nicht erkennbar. Die Innungskrankenkassen halten es für weiterhin zumutbar und geboten, bezüglich der Abgabe von Arzneimitteln in den öffentlichen Apotheken auf die bewährten rahmenvertraglich fixierten Vorgaben sowie die Berücksichtigung von Wirtschaftlichkeitskriterien (Abgaberangfolge, Preisgünstigkeit) abzustellen.

Die geplante Regelung kann ebenfalls nicht im Interesse der jeweils verordnenden Person sein, die sich möglicherweise dafür z. B. im Rahmen von Überprüfungen der Wirtschaftlichkeit von Verordnungen zu verantworten hat, wenn ein (im Verhältnis) teureres Produkt von der Apotheke abgegeben und abgerechnet wird. Für einen Austausch bei Nichtverfügbarkeit sollte daher weiterhin auf die etablierten Regelungen im Rahmenvertrag abgestellt werden.

Vorsorglich weisen die Innungskrankenkassen darauf hin, dass ein möglicherweise perspektivisch angedachter noch weitergehender Austausch bei Nichtverfügbarkeit des/ der Rabattarzneimittels in der Apotheke die Grundpfeiler der Arzneimittelrabattverträge zerschlagen sowie unmittelbar zu drastischen Kosten- und Beitragssatzsteigerungen führen würde. Zudem wäre die durch die zweijährigen Rabattverträge der Kassen klar geregelte Versorgung mit fixen Vertragsarzneimitteln aufgehoben und fast einer Willkür der jeweils abgebenden Apotheke ausgesetzt. Darüber hinaus würden schlechte Lagerhaltung belohnt, was ebenfalls im Widerspruch zum Versorgungsauftrag der deutschen Apotheken stehen würde. Entsprechende Entwicklungen werden von den Innungskrankenkassen strikt abgelehnt.

Änderungsvorschlag

Streichung.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1 c)

§ 129 Absatz 4d Satz 2 SGB V:

Beabsichtigte Neuregelung

§ 129 Absatz 4d SGB V benennt Sachverhalte, in denen eine Retaxation ausgeschlossen wird. So soll eine Vollabsetzung nicht mehr möglich sein, wenn trotz ordnungsgemäß ausgestellter vertragsärztlicher Verordnung das abgegebene Arzneimittel nicht den Vorgaben des Rahmenvertrages entspricht und der Fehler die Arzneimittelsicherheit nicht wesentlich tangiert. In diesen Fällen soll nur der Anspruch auf die Apothekenvergütung nach § 3 Absatz 1 Satz 1 AMPreisV entfallen.

Bewertung

Für die Kassen bleibt mit dem Wegfall der vollständigen Retaxationsmöglichkeit bei „geringfügigen Abweichungen, solange die Arzneimittelsicherheit nicht wesentlich tangiert wird“, die Retaxation nur ein „stumpfes Schwert“. Damit besteht die Gefahr, dass Apotheken nach individuellen Erwägungen die ärztliche Verordnung bedienen. Rabattverträge und die „vier günstigsten Arzneimittel“ in Märkten ohne Rabattvertrag werden antizipierbar bei den individuellen Erwägungen eine untergeordnete Rolle spielen. Die Apotheke verliert durch die geplante Neuregelung in diesen Fällen lediglich die Vergütung gemäß § 3 Absatz 1 Satz 1 AMPreisV, d. h. der Listeneinkaufspreis wird erstattet.

Dies läuft dem Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V zuwider, da teurere Arzneimittel abgegeben werden und die vertraglich vereinbarten Einsparungen entfallen. Krankenkassen sind gesetzlich verpflichtet, die wirtschaftliche und sparsame Verwendung ihrer Mittel sicherzustellen. Durch die Entschärfung des Retaxationsrisikos wird es für die Apotheken attraktiver, von wirtschaftlichen Vorgaben abzuweichen.

Änderungsvorschlag

Streichung.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1 g)

§ 129 Absatz 5e Sätze 2 bis 7 SGB V:

Beabsichtigte Neuregelung

Die Strukturen für Präventionsleistungen in den Vor-Ort-Apotheken sollen ausgebaut werden. Um die Zusammenarbeit zwischen Ärzte- und Apothekerschaft zu stärken, ist vorgesehen, dass die Durchführung von pharmazeutischen Dienstleistungen (pDL) künftig in der elektronischen Patientenakte (ePA) – sofern vorhanden – dokumentiert wird sowie teilweise eine direkte Rückmeldung an die behandelnde ärztliche Person zu geben ist.

Bewertung

Bislang ist weder erkennbar, dass die pharmazeutischen Dienstleistungen benötigt werden, Akzeptanz erfahren, beziehungsweise an welcher Stelle ihre Ergebnisse die Versorgung der Versichertengemeinschaft relevant verbessern. Damit ist die Tatsache gemeint, dass die pDL angeboten werden, wenn sie der zeitlichen und personellen Situation der Apotheke gelegen kommen, in der Fläche aber nicht die Patientinnen und Patienten mit dem meisten Bedarf erreichen.

Gleichwohl ist die Intention des Bundesgesundheitsministeriums nachvollziehbar, die pDL zu nutzen, um langfristig die heilberufliche Unterstützung der Patientinnen und Patienten auf eine breitere Basis zu stellen und für die Zukunft auszurichten. Die Dienstleistungen sollten dazu als unterstützende Maßnahmen der Praxen in Zeiten des Fachkräftemangels ausgelegt, gegebenenfalls in Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft/den Kassenärztlichen Vereinigungen entwickelt werden.

Die vorgesehenen Änderungen wie die Dokumentation in der ePA oder Rückmeldungen an die behandelnden ärztlichen Personen über die Telematikinfrastruktur, könnten perspektivisch in einem ersten Schritt dazu führen, die Zusammenarbeit zwischen den Heilberufen – und damit möglicherweise auch die Akzeptanz der Ergebnisse – zu stärken.

Um sicherzustellen, dass die pharmazeutischen Dienstleistungen als Bereicherung von und Erleichterung für die Arztpraxen empfunden werden, sollten diese bei der Gestaltung stärker eingebunden werden.

Änderungsvorschlag

„Diese pharmazeutischen Dienstleistungen umfassen insbesondere Maßnahmen der Apotheken

1. (...)

9. Standardisierte Risikoerfassung hoher Blutdruck.

Die Bundesapothekerkammer entwickelt gemeinsam mit der Bundesärztekammer auf der Grundlage anerkannter wissenschaftlicher Standards jeweils in einer Standardarbeitsanweisung Empfehlungen für die Durchführung der in den Sätzen 2 und 4 genannten pharmazeutischen Dienstleistungen bis zum Ablauf des ... [einsetzen: Datum zwölfzwei Monate nach der Verkündung] und übermitteln diese der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten Spitzenorganisation der Apotheker sowie dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Die Standardarbeitsanweisung, für die in Satz 4 Nummer 1 genannten pharmazeutischen Dienstleistungen, soll insbesondere Festlegungen zu geeigneten etablierten Risikobewertungsmodellen und Beratungsinhalten enthalten. (...)

Bei den pharmazeutischen Dienstleistungen nach Satz 4 Nummer 3 ist der behandelnde Hausarzt, bei Satz 4 Nummer 5 bis 8 und 6 der behandelnde Arzt und bei Satz 7 der verschreibende Arzt elektronisch über ein sicheres Übermittlungsverfahren nach § 311 Absatz 6 über die Durchführung der pharmazeutischen Dienstleistung zu informieren. (...)

Die Vereinbarung nach Satz 12 und 13 ist bis zum ... [einsetzen: Datum vier Monate nach der Vereinbarung der Standardarbeitsanweisungen~~Verkündung~~] zu treffen. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 12 und 13 ganz oder teilweise nicht oder nicht fristgerecht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach Absatz 8 innerhalb von zwölf Wochen über den Inhalt der Vereinbarung. Die Vereinbarung oder der Schiedsspruch nach den Sätzen 12, 13 und 15 gilt bis zum Wirksamwerden einer neuen Vereinbarung fort. (...)

Zu Artikel 3 (Änderung der Apothekenbetriebsordnung)

Nr. 2)

§ 2 Absatz 6 SGB V:

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der geplanten Neuregelung sollen Weiterqualifizierungsmöglichkeiten für pharmazeutisch-technische Assistentinnen und Assistenten geschaffen werden, mit denen sie zur zeitlich befristeten Vertretung der Apothekenleitung befähigt werden.

Bewertung

Die angedachte Regelung ist nachvollziehbar. Sie wird dem Fachkräftemangel langfristig nicht abhelfen, kann aber helfen, Apothekenstandorte zu erhalten, die anderenfalls aufgegeben werden würden.

Die Vertretungsbefugnis sollte, ergänzend zu den bereits vorgesehenen Regelungen, in einem ersten Schritt wie folgt begrenzt werden:

- Maximal 14 Tage pro Jahr.
- Nicht an Tagen/Wochen, an denen die Apotheke zum Notdienst (Samstag, Sonntag, Feiertag, Nacht) eingeteilt ist.
- Nur im laufenden, mindestens seit einem Jahr bestehenden Anstellungsverhältnis.

Wenn sich Ausbildungscurriculum und Vertretung bewährt haben, wäre in einem zweiten Schritt eine Ausweitung auf 20 Tage pro Jahr denkbar.

Änderungsvorschlag

„§ 2 Absatz 6 SGB V wird wie folgt geändert:

a) Nach Satz 2 wird der folgende Satz eingefügt:

„Abweichend von den Sätzen 1 und 2 kann ein Apothekenleiter sich nicht länger als 1420 Tage im Jahr, ~~davon zusammenhängend höchstens zehn Tage~~, an denen die Apotheke nicht dienstbereit im Notdienst ist, von einem vertretungsberechtigten pharmazeutisch-technischen Assistenten vertreten lassen, wenn dieser insbesondere hinsichtlich seiner Kenntnisse und Fähigkeiten dafür geeignet ist, ~~und~~ die Voraussetzungen nach § 7 Absatz 4 Satz 1 PTA-Berufsgesetz erfüllt und mindestens seit einem Jahr dauerhaft bei diesem Apothekenleiter angestellt ist.“

Kommentierung zum Referentenentwurf zur Zweiten Verordnung zur Änderung der Apothekenbetriebsordnung und der Arzneimittelpreisverordnung

Zu Artikel 2 (Änderung der Arzneimittelpreisverordnung)

Nr. 2 a)

§ 3 Absatz 1 Satz 1 AMPreisVO:

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Änderung sollen die Definitionen für Bestandteile, Fixum und relativer Anteil eingeführt werden.

Bewertung

Die damit verbundene Umstellung der Begriffsreihenfolge im Gesetzestext führt zu relevanten Mehrkosten, weil das Fixum damit, anders als bisher, bei der Berechnung des relativen Anteils einbezogen wird.

Die Innungskrankenkassen gehen insofern davon aus, dass es sich um ein redaktionelles Versehen handelt, das jedoch eine Korrektur zwingend erforderlich macht.

Änderungsvorschlag

§ 3 Absatz 1 AMPreisVO wird wie folgt geändert:

„Bei der Abgabe von Fertigarzneimitteln, die zur Anwendung bei Menschen bestimmt sind, durch die Apotheken sind zur Berechnung des Apothekenabgabepreises ein prozentual festzulegender relativer Vergütungsanteil (relativer Anteil) von 3 Prozent zuzüglich einem festen Vergütungsanteil (Fixum) von 8,35 Euro zuzüglich 21 Cent zur Förderung der Sicherstellung des Notdienstes sowie die Umsatzsteuer zu erheben; (...).“

Zu Artikel 2 (Änderung der Arzneimittelpreisverordnung)

Nr. 2 c)

§ 3 Absatz 1c AMPreisVO:

Beabsichtigte Neuregelung

Zur Unterstützung der Apotheken im ländlichen Raum wird der bisherige Anteil zur Finanzierung der pharmazeutischen Dienstleistungen umgewidmet bis erstmals eine Vereinbarung zur Ausgestaltung dieses Zuschlags vorliegt.

Bewertung

Angesichts von Apothekenschließungen erscheint es nachvollziehbar, den Blick auf die Verteilung von Apotheken in ländlichen und städtischen Räumen zu richten, bevor die Versorgung beeinträchtigt sein könnte.

Gleichwohl bleibt zu berücksichtigen, dass Apothekeninhaber als Kaufleute frei entscheiden können, wo sie sich niederlassen und dabei in der Regel der ärztlichen Versorgung folgen. Langfristig ist eine Diskussion darüber notwendig, in welcher Höhe Finanzmittel für den Erhalt einer Struktur zur Verfügung gestellt werden, die nicht oder nur in Ausnahmefällen benötigt wird.

Kritisch zu sehen ist jedoch die Höhe des angedachten „Zuschusses“, mit der die Apothekenvergütung künftig um jährlich rund 160 Millionen Euro erhöht wird. Eine Summe, die damit einen Anker setzt für künftig durchzuführende Vergütungsverhandlungen.

Änderungsvorschlag

Nach Absatz 1a wird der folgende Absatz 1b eingefügt:

„(1c) Abweichend von Absatz 1 Satz 1 beträgt der Zuschlag zur Förderung der Sicherstellung des Notdienstes bis zum Zeitpunkt der erstmaligen Anpassung nach § 3a Absatz 1 Satz 3 31 ~~41~~ Cent.“

Zu Artikel 2 (Änderung der Arzneimittelpreisverordnung)

Nr. 5

§ 5 Absatz 2 AMPPreisVO:

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der beabsichtigten Neuregelung soll vom Gesetzgeber klargestellt werden, dass bei der Zubereitung von Stoffen der anteilige Einkaufspreis maßgeblich sein soll.

Bewertung

Die Klarstellung ist zu begrüßen und wird hoffentlich Unstimmigkeiten bei der Abrechnung der Rezepturen reduzieren.

Es sollte jedoch auch bei Fertigarzneimitteln auf den anteiligen Apothekeneinkaufspreis der üblichen Packungsgröße abgestellt werden. In der Regel ist es für die Apotheken planbar, welche Fertigarzneimittel regelmäßig für Rezepturen benötigt werden, beispielsweise weil diese vom ortsansässigen Dermatologen regelhaft verordnet werden oder weil ein Kunde seine Verordnungen in planbaren Abständen verlässlich wiederkehrend in seiner Stammapotheke einlöst. In diesen Fällen ist es nicht zumutbar und unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebots auch nicht angezeigt, auf eine kleinere Abpackung mit meist höherem Einkaufspreis abzustellen. Zur Vermeidung von Fehlinterpretationen sollte in Absatz 2 Satz 2 Nr. 2 erneut das Wort „anteilig“ ergänzt werden.

Änderungsvorschlag

§ 5 Absatz 2 wird wie folgt ergänzt:

„(2) Auszugehen ist von den für die Zubereitung eingesetzten Mengen an Stoffen und Fertigarzneimitteln. Maßgebend ist

1. bei Stoffen der anteilige Apothekeneinkaufspreis der üblichen Abpackung,
2. bei Fertigarzneimitteln der anteilige Apothekeneinkaufspreis nach § 3 Absatz 2 der üblichen erforderlichen Packungsgröße, höchstens jedoch der anteilige Apothekeneinkaufspreis, der für Fertigarzneimittel bei Abgabe in öffentlichen Apotheken gilt.
3. Als übliche Abpackung bzw. Packungsgröße wird bei nicht wiederkehrenden Rezepturen regelhaft diejenige mit dem kleinsten Verwurf, bei wiederkehrenden Rezepturen die Packungsgröße mit dem geringsten Apothekeneinkaufspreis pro Einheit betrachtet.“

Ergänzender Änderungsbedarf

§ 3 Absatz 1c NEU AMPPreisV und § 3 Absatz 1d NEU AMPPreisV

Problembeschreibung

Der Anteil zur Förderung pharmazeutischer Dienstleistungen nach § 129 Absatz 5e SGB V in Höhe von 20 Cent ist bisher in den vom Nacht- und Notdienstfonds verwalteten Fonds für pharmazeutische Dienstleistungen geflossen, aus dem die Honorare für geleistete pharmazeutische Dienstleistungen im Anschluss ausgezahlt wurden. In dem Fonds befinden sich sehr hohe Finanzreserven. Daher sieht der Referentenentwurf vor, die fortwährende Erhebung auszusetzen und den Zuschlag umzuwidmen. Die Überzahlung (dreistelliger Millionenbetrag) soll augenscheinlich im Fonds verbleiben und „aufgebraucht“ werden.

Die gesetzliche Krankenversicherung hat somit in den vergangenen Jahren regelmäßig für abgerufene Leistungen bezahlt. Es handelt sich um Versichertengelder. Die je Quartal nicht abgerufenen Beträge sind umgehend über die Rechenzentren rückabzuwickeln.

Der Fixzuschlag ist auf den Betrag festzusetzen, der sich nach den abgerechneten Leistungen des 2. Quartals 2025 ergeben würde.

Die in den letzten Jahren überzahlten Beträge für pharmazeutische Dienstleistungen sind rückabzuwickeln, parallel ist die Vergütung für die Zukunft auf einen realistischen Anteil zu begrenzen.

Änderungsvorschlag

Nach § 3 Absatz 1b (NEU) wird der folgende Absatz 1c (NEU) eingefügt:

„(1c) Abweichend von Absatz 1 Satz 1 erhalten die Apotheken ab dem ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des vierten Monats nach Verkündung]“ einen Zuschlag von 4 Cent zur Finanzierung der pharmazeutischen Dienstleistungen.“

Nach § 3 Absatz 1c (NEU) wird der folgende Absatz 1d (NEU) eingefügt:

„(1c) Die zum 31.12.2025 im Fonds angesammelten Mittel für pharmazeutische Dienstleistungen sind vollständig, pro Quartal, in dem sie entstanden sind, gemäß der zum jeweiligen Zeitpunkt aktuellen Versichertenstatistik an die jeweiligen Kostenträger auszuschütten. Das

Nähere zur Rückabwicklung vereinbaren die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten Spitzenorganisation der Apotheker sowie der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bis spätestens ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des dritten Monats nach Verkündung].