

Betriebs  
Kranken  
Kassen

Magazin für Politik, Recht und  
Gesundheit im Unternehmen

# Globale Impulse

## ■ GESUNDHEITSSYSTEME

Kanada und die USA zeigen, wie es gehen kann: Innovation, Digitalisierung, politische Führung.

## ■ DIGITALPOLITIK

Bleibt unser Gesundheitssystem abgekoppelt? Digital leadership is mining power!



APOTHEKER

# REICHER GELDSEGEN – NUR: WOFÜR?

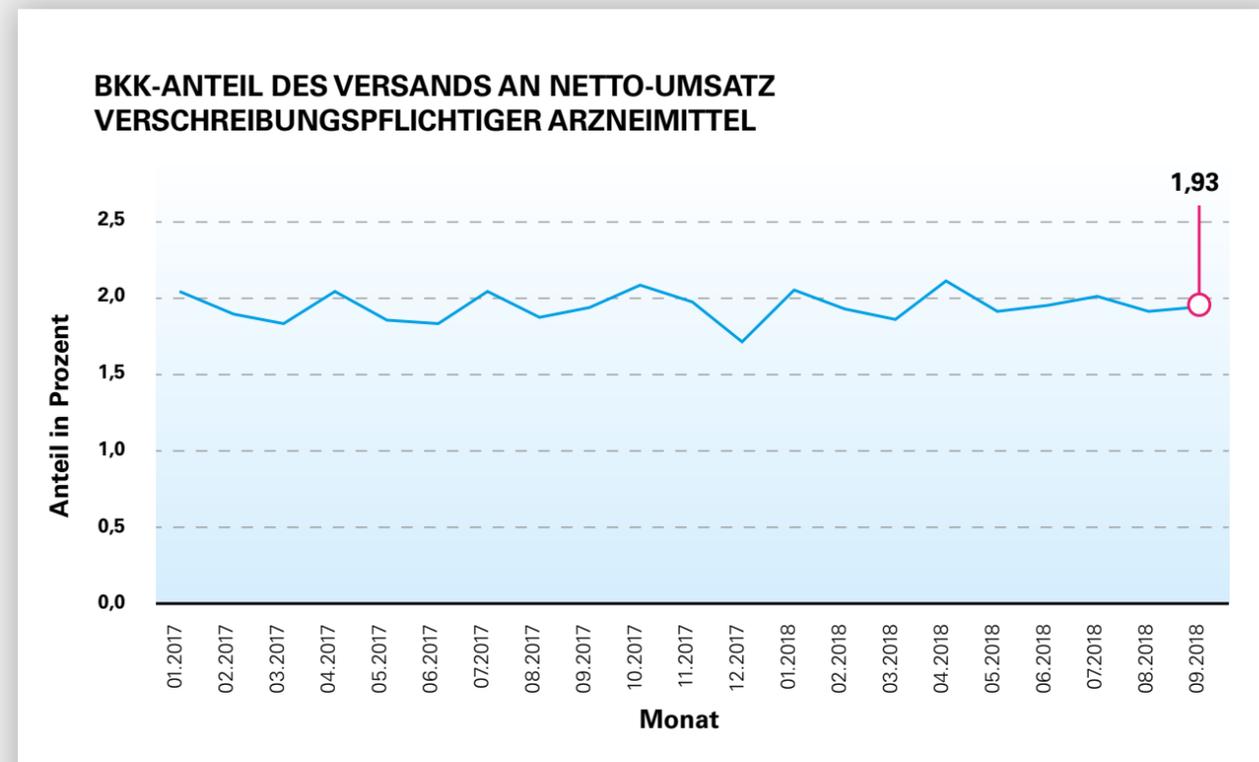
Von Natalie Kohzer, Versorgungsmanagement und  
Kerstin Macherey, Politik und Kommunikation

„Um die Apotheken vor Ort zu stärken, setzen wir uns für ein Verbot des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln ein.“ So kurz wie auch knapp greift der zwischen CDU, CSU und SPD Anfang 2018 geschlossene Koalitionsvertrag einen der sehnlichsten Wünsche der organisierten Apothekerschaft auf. Insbesondere der ausländische Versandhandel wird von diesen als ungerechtfertigterweise privilegiert angesehen, da er nach einer Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs aus dem Herbst 2016 den Patienten Rabatte gewähren darf. Ausländische Versandapotheken können demnach den Patienten bei Vorlage eines Kassenrezeptes für ein verschreibungspflichtiges Arzneimittel die Zuzahlung erlassen oder sogar zusätzliche Rabatte anbieten. Damit werden die vom Patienten zusätzlich eingekauften, nicht-verschreibungspflichtigen Arzneimittel, querfinanziert. Allerdings sollten die durch Versandapotheken gewährten Rabatt-Vorteile der gesamten Versichertengemeinschaft und nicht nur einzelnen zugutekommen. Das Arzneimittel selber wird schließlich auch von der Solidargemeinschaft finanziert.



Deutsche Apotheken unterliegen der Arzneimittelpreisverordnung. Diese garantiert deutschlandweit einheitliche Preise bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln. Für jedes Arzneimittel ist damit auch die Zuzahlung gleich hoch, egal, wo dieses eingekauft wird. So soll Patienten ein Preisvergleich erspart werden.

Der Vorteil der Versandapotheken ärgert die heimischen Apotheken maßlos. Sie malen als Drohszenario ein Abwandern der Verordnungen hin zu den Versandapotheken und ein flächendeckendes Apothekensterben an die Wand. Zahlen des BKK Dachverbands zeigen jedoch: Massiv kann dieses Abwandern nicht sein, denn der Anteil des Versandhandels liegt seit langem konstant bei zwei Prozent (Abb. 1). Den Versandhandel grundsätzlich verbieten zu wollen, ist also nicht angezeigt. Dies auch vor dem Hintergrund, dass moderne Bestell- und Lieferstrukturen von Arzneimitteln gerade in unterversorgten Gebieten ein wichtiges Instrument sind.



**Abbildung 1:** Anteil von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, die über eine ausländische Versandapotheke bezogen werden, an dem Nettoumsatz von öffentlichen Apotheken für verschreibungspflichtige Arzneimittel.

Statt des sehnlichst erhofften Versandhandelsverbotes stellte Gesundheitsminister Spahn im Dezember 2018 den Apotheken nur einen „Plan B“ vor. Die Empörung der Apotheker ist entsprechend groß, findet sich im Eckpunktepapier „Stärkung der flächendeckenden Versorgung – Weiterentwicklung der Apotheken – Sicherung der freien Apothekenwahl“ zum Versandhandel nur wenig: Zum einen soll die Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) in das Sozialgesetzbuch (SGB) eingebunden werden. Damit lägen Änderungen an Preisen und Preisspannen künftig in der Hand des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und wären nicht mehr an eine Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie (BMWi) geknüpft.

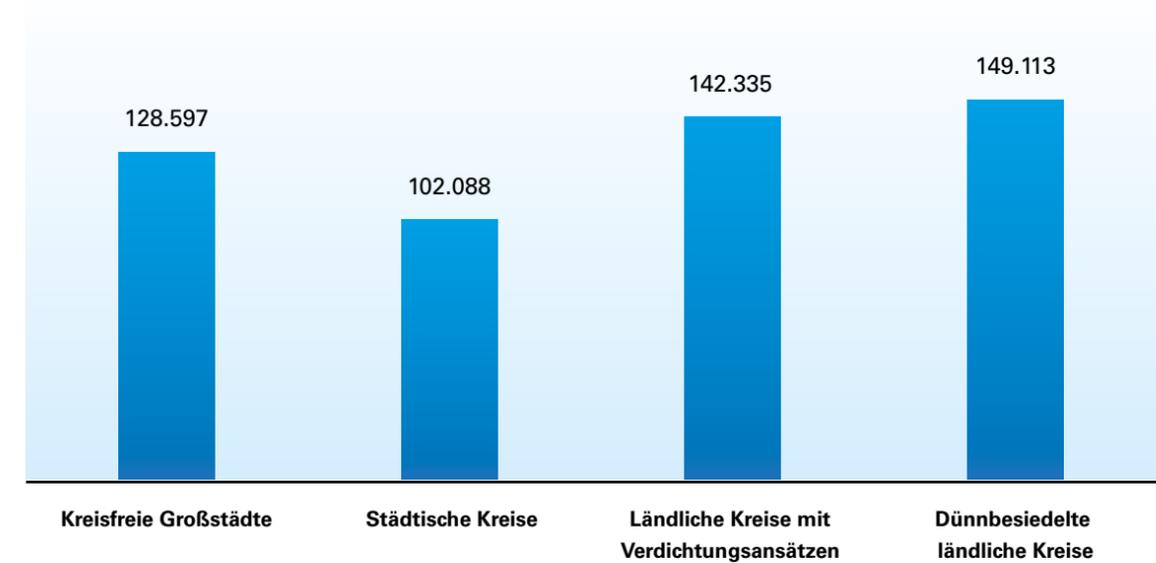
Welche Passagen der AMPreisV genau gemeint sind, geht aus dem Eckpunktepapier nicht eindeutig hervor. Die Einbindung aller Regelungen der AMPreisV würde jedoch bedeuten, dass die gesamte Preisbildung den Verhandlungen zwischen dem Deutschen Apothekerverband (DAV) und dem GKV-Spitzenverband (GKV-SV) unterläge. Die Erfahrung aber zeigt: Verhandlungslösungen mit den Apothekern sind langwierig, in der Regel mit Preissteigerungen verbunden und ohne Konfliktlösungsmechanismus nicht erfolgversprechend.

Vermutlich soll jedoch nur eine Regelung in das SGB V aufgenommen werden, um die Boni auf 2,50 Euro je Packung im ausländischen Versand zu begrenzen. Zusätzlich soll der Marktanteil ausländischer Versandapotheken auf 5 % beschränkt werden. Ob diese Vorhaben (europa-)rechtlich überhaupt Bestand haben können, bleibt abzuwarten.

Die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) fasste die Enttäuschung über Spahn in ihrem Weihnachtsbrief zusammen. „Dieser Punkt steht im eklatanten Widerspruch zu unserem zentralen Ziel.“ Dabei wird völlig außer Acht gelassen, dass anstelle des Gewünschten Minister Spahn den Apotheken mit einem bunten Blumenstrauß an neuen Vergütungen ein 375 Mio. Euro großes, finanzielles Trostpflaster präsentiert. Die große Enttäuschung überrascht, bedeuten die Vorschläge des Eckpunktepapiers damit doch pro Apotheke fast 19.000 Euro zusätzlich, ohne dass die Versorgung der Patienten grundlegend verbessert würde.

Was sehen die Regelungen im Einzelnen vor?

Das Volumen des Nacht- und Notdienstfonds soll verdoppelt werden. Jeder Notdienst würde neu mit 550 Euro je Apotheke vergütet. Die Verdoppelung dieses Wertes ist ein Vorschlag des sogenannten Honorar-Gutachtens des BMWi aus dem Jahr 2018<sup>1</sup>. Allerdings sieht das Gutachten eine Vielzahl an Maßnahmen vor, die in Summe sogar zu Einsparungen von 1,24 Mrd. Euro für die GKV führen. Derzeit scheint das BMG jedoch nur einzelne Aspekte selektiv herauszugreifen, nicht aber das ganze Vergütungssystem angehen zu wollen. Mit Wirkung zum August 2013 wurde mit dem Gesetz zur Förderung des Notdienstes von Apotheken der sogenannte Nacht- und Notdienstfonds eingeführt. Für jede verschreibungspflichtige Arzneimittelpackung fließen 16 Cent an eine zentrale Stelle, die im Jahr 2017 fast 116 Mio. Euro für einen pauschalen Zuschuss eingesammelt hat. In diesem

**BRUTTOBETRIEBSÜBERSCHUSS DER APOTHEKEN VOR  
STEUERN NACH BRUTTOINVESTITIONEN (IN EURO)**

**Abbildung 2:** Quelle: Honorar-Gutachten des BMWi, 2018

Zusammenhang weist das BMWi-Gutachten darauf hin, dass im Nacht- und Notdienst natürlich auch nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel abgegeben werden. Die Hälfte des Umsatzes speist sich aus diesen Arzneimitteln. Insofern erscheint es nicht zwangsläufig sinnvoll, zur Erhöhung des Nacht- und Notdienstfonds alleine auf verschreibungspflichtige Arzneimittel abzustellen, wie dies das Eckpunktepapier vorsieht.

Die ursprüngliche Idee bei Einführung des Nacht- und Notdienstfonds war es zudem, Apotheken zu fördern, die zumeist in strukturschwachen Regionen überproportional viele Notdienste ableisten. Grundsätzlich ist die Idee zu begrüßen. Sind in einem Notdienstgebiet weniger Apotheken ansässig, erhalten die Apotheken eine bessere Vergütung, die in geringer Zahl ein größeres Gebiet versorgen. Die Monopolkommission<sup>2</sup> hingegen sieht die weitere Instrumentalisierung des Notdienstfonds als Strukturinstrument mit Problemen verbunden. „So würde der Strukturzuschlag zur Notdienstvergütung auch Apotheken zugutekommen, die zur Sicherstellung der Versorgung nicht erforderlich sind. Vor allem aber entstünden unerwünschte Anreize bezüglich der von den Landesapothekerkammern individuell vorgenommenen Abgrenzung der Notdienstgebiete, wenn erhöhte Mittel aus diesem Topf bereitgestellt würden. Ursächlich ist, dass der Notdienst durch einen finanziellen Zuschlag attraktiv werden könnte. Eine engere Abgrenzung von Notdienstgebieten hätte zur Folge, dass mehr Apotheken zu dem entsprechenden Notdienst herangezogen würden und auf den Strukturtopf zugreifen könnten.“ Genau dieser Effekt könnte durch die Verdoppelung des Nacht- und Notdienstfonds jedoch eintreten.

Statt mit der Gießkanne zu verteilen, sollte daher die Vergabe zusätzlichen Geldes unbedingt an Kriterien gebunden werden. Es sollte definiert werden, welche Regionen tatsächlich strukturschwach und welche Apotheken für die Versorgung wirklich erforderlich sind.

Denn für Apotheken besteht eine Niederlassungsfreiheit. Es gibt keine regionalen Beschränkungen. Der Apotheker kann sich als Kaufmann frei entscheiden, an welcher Stelle er seine Apotheke eröffnet. Mit dieser unternehmerischen Entscheidung geht er gewisse Risiken ein, die nicht von der GKV zu kompensieren sind. Interessanterweise zeigt das BMWi-Gutachten, dass Apotheken in dünn besiedelten Gebieten durchschnittlich mehr Umsatz machen als Apotheken in dichter besiedelten Regionen. In dünn besiedelten ländlichen Kreisen liegt der Bruttobetriebsüberschuss fast 50 % höher als in städtischen Kreisen (Abb. 2).

Gleichzeitig fehlen in dem Eckpunktepapier Aussagen dazu, wie durch strukturelle Maßnahmen die Versorgung regional da gestärkt werden könnte, wo es wirklich nötig ist. Es gibt keine Antwort auf die drängende Frage, wie Patienten in unterversorgten Gebieten ihre dringend benötigten Arzneimittel erhalten können.

Zur Verbesserung von Versorgungsdefiziten wären aus Sicht der Betriebskrankenkassen verschiedene Maßnahmen denkbar: Die Gründung von Apotheken in strukturschwachen Regionen könnte attraktiver werden, indem die Anforderungen an den Betrieb einer Apotheke in diesen Regionen insbesondere hinsichtlich Laborvorhaltung, Herstellungen etc. verringert werden. Auch Rezeptsammelstellen, erweiterte Botendienste, Abholfähcher, der Apothekenbus, Apothekenautomaten und natürlich der Erhalt des Versandhandels auch mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln sind zu überlegen. Zusätzlich könnte das Modell von Zweigapotheken ausgeweitet und erleichtert werden.

Wichtig bleibt, dass der Patient von der Apotheke seiner Wahl, verbunden mit einer hohen Beratungsqualität, versorgt wird. Seine Apotheke muss die Leistung für den Patienten als

Ganzes organisieren, selbst wenn sie künftig nicht mehr alle Leistungen selbst erbringt und z. B. Rezepturen aus Schwerpunktapotheken oder Herstellbetrieben bezieht. Ebenso wäre denkbar, dass ein Apotheker nicht zwingend vor Ort sein muss, aber z. B. mittels einer Pharmahotline oder einer Videosprechstunde verfügbar ist. Die Weiterentwicklung könnte ergänzt werden durch Pharmazeutisch-technische Assistenten, die durch eine Zusatzausbildung und spezielle Qualifizierung erweiterte Kompetenzen erlangen. Letztlich entstehen so vielfältige neue Möglichkeiten zur Verbesserung der Versorgung der Patienten.

Ein kleiner erster Schritt in diese Richtung ist der Vorschlag des BMG, den Botendienst zu flexibilisieren, wobei eine gute pharmazeutische Beratung weiterhin gewährleistet sein muss. Der Vorschlag ist insbesondere für ländliche und strukturschwache Regionen zu begrüßen, damit die Patienten dort besser versorgt werden können. Gerade in Notfällen kann dieses eine große Unterstützung sein.

Das Eckpunktepapier des BMG sieht ferner eine zusätzliche Vergütung von pharmazeutischen Dienstleistungen vor. Je verschreibungspflichtiger Packung sollen 32 Cent abgeführt werden, die für konkrete Beratungsleistungen von der organisierten Apothekerschaft zu verteilen sind. Dieses Vorhaben soll ein Volumen von weiteren 240 Mio. Euro umfassen. Die bessere Vergütung von pharmazeutischen Dienstleistungen ist seit langem eine Forderung des BKK Dachverbands. Apotheken sollen sich mehr über einen Qualitäts-, Leistungs- und Servicewettbewerb voneinander differenzieren als über den Preis eines Arzneimittels. Denn durch den packungsbezogenen Fixzuschlag besteht derzeit kein Anreiz für eine gute und ausführliche Beratung. Entsprechend soll die Vergütung der Apotheken perspektivisch nicht mehr nur von der Zahl der abgegebenen Packungen abhängig sein, sondern Beratungs- und Serviceleistungen besser berücksichtigen. Ein derartiges Vergütungsmodell

würde neue Anreize zur Versorgung der Versicherten und auch zur Wahl des Standortes einer Apotheke setzen. Derzeit siedeln sich Apotheken vor allem dort an, wo sie am meisten Rezepte erwarten können.

Auch bei dieser veränderten Vergütungssystematik gilt es jedoch, auf keinen Fall Mittel auszuschütten, denen keine adäquaten pharmazeutischen Leistungen gegenüberstehen. Zu bevorzugen ist eine gezielte Vergütung für nachgewiesene und vom Patienten quittierte Beratungsleistung aus einem Katalog, der erst einmal GKV-einheitlich hinsichtlich Preis und Leistungsumfang sowie der Qualität zu definieren ist. Apotheker sollten sich außerdem für ihre zusätzlichen Dienstleistungen entsprechend qualifizieren und auch dies den Krankenkassen nachweisen müssen.

So definierte Beratungsleistungen könnten analog einer Einzelleistungsvergütung separat vergütet werden. Dazu könnten beispielsweise Schulungen für Devices bei Asthma und Diabetes gehören, wie auch ein Arzneimitteltherapiesicherheits-Check. Einer besonderen Bedeutung kommt dem Medikationsplan zu. Dieser sollte zukünftig nicht nur von Ärzten, sondern auch von Apothekern erstellt und aktualisiert werden. Dabei ist insbesondere der Nutzen des Plans für den Patienten zu vermitteln. Die Apotheker könnten ergänzend einen Wechselwirkungscheck durchführen und ausführlich zur korrekten Einnahme informieren. Wird der Medikationsplan in die elektronische Patientenakte aufgenommen, könnte die Apotheke auch das abgegebene Arzneimittel, im Idealfall mit der Chargennummer (Securpharm), dokumentieren. Damit wird das Medikationsmanagement zum Programm und ist nicht nur ein Schlagwort. Insgesamt würde ein Qualitätswettbewerb zwischen den Apotheken befördert und Versorgungsverbesserungen für besonders sensible Patientengruppen erreicht.

Der derzeitige Beratungsaufschlag in Höhe von 8,35 Euro für jede abgegebene Packung wäre im Gegenzug auf ein niedrigeres Niveau abzusenken. Der Differenzbetrag könnte die zusätzlichen, spezifischen Beratungsleistungen gegenfinanzieren. Laut BMWi-Gutachten ist der Betrag schon heute zu hoch angesetzt und sollte auf 5,84 Euro abgesenkt werden. Würden besondere Beratungsleistungen gesondert vergütet werden, wäre eine weitere Absenkung des Betrages erforderlich.

Ein zusätzliches Vorhaben des BMG ist die Anhebung der Betäubungsmittel-Gebühr. So erhalten die Apotheken nochmal 15 Mio. Euro. Details des neuen Vorhabens sind nicht ersichtlich. Die Apotheken erhalten bereits seit 2017 mehr Geld für die Dokumentation der Betäubungsmittel. Der damals vollzogene Anstieg von 27 Cent auf 2,91 Euro lag bei über 1000%. Das BMWi-Gutachten sieht zwar ebenfalls eine Steigerung der Gebühr vor, weil eine kostendeckende Vergütung für die Aufwände mit Betäubungsmitteln noch nicht erreicht sei. Letztlich sieht das Gutachten aber erhebliche Einsparungen in anderen Bereichen. Wie bereits beschrieben, sollte das BMWi-Gutachten dafür genutzt werden, die Vergütung für Apotheken in Gänze umzustrukturieren und Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen.

Damit bleibt festzuhalten: Die neu angedachten Regelungen führen zu Mehreinnahmen für die Apotheken in Höhe von 375 Mio. Euro. Echte Versorgungsverbesserungen sind dabei allenfalls im Bereich der gesondert zu vergütenden Beratungsleistungen zu sehen.

Hinzu kommen weitere, aktuelle Gesetzesvorhaben, die bereits kurz vor der Verabschiedung stehen und den Geldregen für die Apotheker noch wärmer machen.

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) sollen Apotheken pro Impfdosis einen Euro mehr erhalten. Legt man die ABDA-Zahlen der abgegebenen Impfdosen zugrunde, erhalten die Apotheken mit dieser Maßnahme 35 Mio. Euro mehr für die Weitergabe von Impfstoffpackungen an die Arztpraxis. Es bestehen weder Dokumentations- noch Beratungsverpflichtungen. Es handelt sich lediglich um eine gut vergütete Handlingspauschale.

Blickt man in den Referentenentwurf eines Gesetzes für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV), werden weitere Regelungen die Einkommenssituation der Apotheken erheblich verbessern. Die Hämophilieversorgung wird in Teilen umstrukturiert. Die gentechnisch hergestellten Faktorpräparate sollen nur noch über die Apotheke abgegeben werden. Bisher wurden diese kostengünstig in den Hämophilie-Zentren eingekauft und an die Patienten direkt weitergegeben. Der neue verpflichtende Vertriebsweg über die Apotheke beschert den Apothekern somit zusätzliche Einnahmen, ohne dass sich die Versorgung der Bluter qualitativ verbessert. Sollte die Neuregelung umgesetzt werden, müsste für die dann geltende AMPPreisV der prozentuale Zuschlag von 3% für die Apotheken zumindest gedeckelt werden. Dieser setzt bereits heute falsche Anreize zur Abgabe höherpreisiger Arzneimittel. Der Aufwand für die Warenwirtschaft verändert sich aber nicht in Abhängigkeit von dem Preis des Arzneimittels. Zusätzlich gewinnt diese Deckelung angesichts der vermehrten Neueinführung hochpreisiger Arzneimittel an Bedeutung.

Ebenfalls soll laut Referentenentwurf der Arbeitspreis für parenterale Zubereitungen pro applikationsfertiger Einheit auf 110 Euro steigen. Laut Gesetzesbegründung würde dann die Arbeitsleistung der Apotheken angemessen abgebildet. Derzeit werden diese Arbeitspreise zwischen der GKV und den Apotheken auf Bundesebene vereinbart. Für die

Herstellung parentaler Zubereitungen aus zytostatikahaltigen Lösungen sind momentan 81 Euro, für Lösungen mit monoklonalen Antikörpern 71 Euro und für Calcium- und Natriumfolinat-Lösungen 39 Euro abrechnungsfähig. Die Apotheken würden somit weitere 120 Mio. Euro verdienen. Und das, obwohl das BMWi-Gutachten eine deutliche Überfinanzierung in diesem Bereich sieht. Laut diesem müssten die Arbeitspreise für zytostatikahaltige Lösungen und monoklonale Antikörper bei nur 28 Euro liegen, für Calcium- und Natriumfolinat-Lösungen bei nur 26 Euro. Es besteht also keine Notwendigkeit, in diesem Bereich eine bessere Vergütung festzusetzen.

Aber auch die 110 Euro sind den Apothekern nicht genug. Die ABDA verlangt für die Anfertigung von parenteralen Lösungen sogar 123 Euro Fixzuschlag und zusätzlich 3 % auf den gesamten Preis der jeweiligen Herstellung. Nur so könne die flächendeckende Versorgung sichergestellt werden. Dabei geht die ABDA davon aus, dass jede noch so kleine Apotheke selbst bei Herstellung nur einer Lösung kostendeckend arbeiten muss. Allerdings ist bei diesen sensiblen Herstellungsprozessen eine Spezialisierung notwendig, um eine hohe Qualität und Sicherheit zu gewährleisten. Je häufiger schwierige Herstellschritte ausgeübt werden, umso besser ist die Erfahrung und damit auch die Qualität. Herstellbetriebe oder spezialisierte Apotheken können zudem ihre Prozesse stark optimieren und verzahnen, was u. a. auch Verwürfe von nicht verbrauchten, angebrochenen Packungen reduziert. Werden die ABDA-Forderungen umgesetzt, sind die Vergütungen deutlich zu hoch und verursachen Ungleichgewichte, verbleiben die Gewinne so doch überwiegend bei den Herstellbetrieben. Würden Rezepturen hingegen nur noch in Herstellbetrieben oder durch spezialisierte Apotheken erbracht werden, könnte sich sowohl die Qualität als auch die Kostenstruktur verbessern. Eine Bündelung der Herstellungen bei weniger Apotheken wäre ohne Weiteres möglich, da die Versorgung ohnehin von den Ärzten direkt organisiert wird.

Addiert man die Kosten aller seit 2017 durchgeführten Maßnahmen zu den finanziellen Auswirkungen der gerade neu angekündigten Ideen, würden die Apotheken gut 530 Mio. Euro zusätzlich erhalten.

Mitte Januar haben die Apotheker über das 375-Millionen-Euro-Minister-Paket abgestimmt und eigene Eckpunkte beschlossen. Aus Sicht der Krankenkassen ein befremdliches Vorgehen. Denn finanziert werden alle vorgesehenen Maßnahmen über die Beiträge der GKV-Versicherten, ohne dass es zu gravierenden Versorgungsverbesserungen kommen wird. Fast alle Punkte führen zu einer besseren Vergütung der Apotheken, überwiegend nach dem Gießkannenprinzip verteilt. Echte Versorgungsverbesserungen sind allenfalls im Bereich der gesondert zu vergütenden Beratungsleistungen zu sehen. Das ist zu wenig. ■

#### Quellen

1. Honorar-Gutachten des BMWi: <https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Publikationen/Studien/ermittlung-der-erforderlichkeit-und-des-ausmasses-von-aenderungen-der-in-der-arzneimittelpreisverordnung.html>
2. Monopolkommission: [https://www.monopolkommission.de/images/HG22/HGXXII\\_Gesamt.pdf](https://www.monopolkommission.de/images/HG22/HGXXII_Gesamt.pdf)

