



**Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten e. V.**

VdPP  
Goldbekufer 36  
22303 Hamburg  
[info@vdpp.de](mailto:info@vdpp.de)

Hamburg, 12. Februar 2026

**Stellungnahme des Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten, VdPP e. V. zum Gesetzentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit. Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Apothekenversorgung (Apothekenversorgung-Weiterentwicklungsgesetz – ApoVWG)**

Die Absicht des Bundesgesundheitsministeriums, ein „flächendeckendes Apotheken-netz“ und eine „wohnortnahe Arzneimittelversorgung“ über Apotheken als „tragende Säule in der Arzneimittelversorgung“ und „wichtige, niedrigschwellige Anlaufstelle für Bürgerinnen und Bürger bei Fragen zur Gesundheit“ zu erhalten, unterstützt der VdPP. Neben dringend zu verbessernden wirtschaftlichen Bedingungen für Apotheken muss aus Sicht des VdPP das Apothekenwesen auch weiterentwickelt werden, um die Herausforderungen der Arzneimittelversorgung in der Zukunft, insbesondere im Bereich der Arzneimitteltherapiesicherheit, zu meistern.

Der VdPP stimmt der Analyse zu, dass „Fachpersonalmangel, Strukturwandel und sinkende Wirtschaftlichkeit“ dem heutigen Apothekenwesen zusetzen und insbesondere kleinere und ländliche Apotheken vor großen Herausforderungen stehen. Der VdPP möchte hier allerdings hinzufügen, dass hauptsächlich kleinere Apotheken an strukturell und sozioökonomisch benachteiligten Standorten gefährdet sind. Diese Ergänzung ist wichtig, weil einerseits das Kriterium „ländlich“ nicht viel darüber aussagt, ob es dieser Apotheke wirtschaftlich gut oder schlecht geht, andererseits der Versorgungs- und Beratungsbedarf durch kleinere Apotheken an strukturell und sozioökonomisch

benachteiligten Standorten nach unserer Ansicht besonders hoch einzuschätzen ist. Solche Apotheken brauchen deshalb besondere Unterstützung durch eine Reform des Apothekenwesens.

Der VdPP kann das Anliegen, Bürokratie abzubauen, unterstützen und befürwortet auch Anstrengungen, Fachkräfte für die Arbeit in öffentlichen Apotheken leichter als bisher zu gewinnen und sie flexibler einsetzen zu können. Allerdings darf das Qualitätsniveau der Arzneimittelversorgung nicht vermindert und die berechtigten Erwartungen von Patient:innen und Verbraucher:innen an eine „ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung“ dadurch nicht enttäuscht werden. Ganz im Gegenteil erfordern die Herausforderungen in der Zukunft eine weitere Steigerung des Versorgungsniveaus.

Vom Grundsatz her kann der VdPP auch die Aussage über Apotheken bestätigen, dass „ihre vor Ort verfügbare pharmazeutische Expertise ... eine wertvolle Ressource dar(stellt), die besser als bisher für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung genutzt werden soll, beispielsweise in der Prävention.“

Zur Verbesserung der Arzneimittelversorgung und für mehr Arzneimitteltherapiesicherheit sind die vorgeschlagenen Lösungen des Entwurfs eines ApoVWG allerdings nicht ausreichend. Im Sinne einer eigentlich notwendigen verbesserten Interprofessionalität bei der Arzneimittelversorgung sind sie sogar kontraproduktiv.

Hinsichtlich einer tatsächlich zukunftssträchtigen Weiterentwicklung des Apothekenwesens wird eine echte Strukturreform benötigt,

- die qualitativ hochwertiges pharmazeutisches Arbeiten fördert,
- die gesellschaftlich, insbesondere von den Patient:innen, breit getragen wird,
- die sich viel mehr als bisher am Gemeinwohl orientiert, ohne dadurch seine wirtschaftliche Basis einzuschränken und vor allem
- die durch interprofessionelles Arbeiten geprägt ist; der VdPP weist diesbezüglich auch auf die bisherigen VdPP-Stellungnahmen zu den Vorhaben der damaligen Ampel-Regierung bzw. zu den Positionen der ABDA hin.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> [Das Apothekenreform-Gesetz \(ApoRG\) – Flickschusterei statt erfüllter Hoffnungen! Apothekenreform-Gesetz bringt keine Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit \(AMTS\) in der Primärversorgung.](#)

Gemeinsame Stellungnahme des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe, DBfK, des Vereins demokratischer Ärzt\*innen, vdää\* und des Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten, VdPP, vom 12. Juli 2024 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für eine Apothekenhonorar- und Apothekenstrukturreform.

[Positionspapier des VdPP zu den Plänen von Bundesgesundheitsminister Lauterbach zur geplanten Apothekenreform, zur Verbesserung der Arzneimittelversorgung.](#) Vom 19. Juni 2024.

VdPP: Ein "Weiter so wie immer" der ABDA führt nicht weiter. [Zu den Kernpositionen der ABDA zur Bundestagswahl, Dezember 2024,](#) Vom 16. Januar 2025

Im Einzelnen:

1. Apothekenfixum pro auf ärztlicher Verschreibung abgegebener Arzneimittelpackung („Fixum“): Mit Verweis auf die finanziell prekäre Lage der Gesetzlichen Krankenversicherung verzichtet der Entwurf auf die von Seiten der Apothekerschaft zurecht geforderte und bereits im Koalitionsvertrag von CDU und SPD verankerte Erhöhung des „Fixums“.

Position des VdPP: Zunächst muss festgehalten werden: Nicht die Apotheken haben zu Kostensteigerungen für die Krankenkassen bei der Arzneimittelversorgung beigetragen, sondern in erster Linie der zunehmende Einsatz von hochpreisigen Arzneimitteln. Demgegenüber erfolgte die letzte Anpassung des Fixums für Apotheken im Jahr 2013, also vor 13 Jahren. Angesichts der allgemeinen Preis- und Gehaltssteigerungen und der vielen Apothekenschließungen ist die Forderung der Apothekerschaft nach einer Anpassung des Fixums gerechtfertigt. Außerdem könnten durch eine Erhöhung der Vergütung die in Apotheken Beschäftigten profitieren und wohnortnahe, familienfreundliche Arbeitsplätze erhalten werden (auch Frauenförderung). Die Gehälter müssen konkurrenzfähig zu anderen Branchen sein, um damit dem Fachkräftemangel in Apotheken entgegenzuwirken.

Aus Sicht des VdPP sollte diese Erhöhung aber auch die Notwendigkeiten einer gezielten Förderung der Apotheken und der pharmazeutischen Leistungen berücksichtigen, die besonders für die Verbesserung der Arzneimittelversorgung und der Arzneimitteltherapiesicherheit notwendig sind.

Voraussetzung für eine zielgenaue Unterstützung von bedarfsnotwendigen Apotheken ist eine Bedarfsermittlung, die die Verteilung der Apotheken und die Anzahl sowie deren Behandlungsbedarf unter Berücksichtigung von Alters- und Sozialstruktur sowie der tatsächlichen Erreichbarkeit vor Ort feststellt.

2. Aushandlung der Vergütung für Apotheken zwischen GKV und Apothekerschaft wie bei anderen Gesundheitsberufen, nach Einigung aber noch rechtliche Entscheidung im Rahmen der Arzneimittelpreisverordnung.

Position des VdPP:

Die Vergütung von Apotheken muss so gestaltet werden, dass der gesetzliche Gemeinwohlauftrag der ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung bestmöglich erfüllt wird. Die Erfahrung aus dem Apothekensektor und anderen Leistungsbereichen zeigen aber, dass Verhandlungen innerhalb der gemeinsamen Selbstverwaltung diesem Gemeinwohlauftrag keine Priorität vor Eigeninteressen der Verhandlungsparteien einräumen. Sinnvolle Strukturreformen, die es auch im Apothekenbereich braucht und zu denen auch die Vergütung beitragen muss, stehen regelmäßig hinter kurzfristigen Gewinn- bzw. Sparzielen zurück. Wir befürworten eine regelhafte Anpassung der Vergütung anhand von klar definierten Kriterien wie Grundlohnsumme oder Realkosten bei Personal, Inflation etc. Eine

Verhandlungslösung gewährleistet hier wie auch in vergleichbaren Bereichen keine Einigung, die den Versorgungsinteressen der Patient\*innen Vorrang einräumt.

Solange eine solche regelhafte Anpassung der Vergütung nicht eingeführt ist, darf der dreiprozentige Aufschlag pro Arzneimittel aus Sicht des VdPP nicht angetastet werden. Denn ein solcher Aufschlag wird unter den heutigen Umständen immer notwendiger, da aufgrund von sehr hochpreisigen Arzneimitteln oftmals eine Vorfinanzierung durch die Apotheken notwendig ist. Auch bei den pharmazeutischen Dienstleistungen (pDL) wird die Verhandlungslösung nicht zu einer hinreichenden Weiterentwicklung des tatsächlichen Versorgungsspektrums öffentlicher Apotheken führen. Die großen Herausforderungen bei der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS), aber auch andere mögliche Einsatzmöglichkeiten der öffentlichen Apotheken von Prävention/Public Health bis gate-opening für das Gesundheitssystem blieben weitgehend unangetastet. Die Apotheken müssen von rein gesundheitsökonomischen Aufgaben entlastet werden (z. B. Management von Lieferengpässen, Rabattverträgen, Importregelungen, Zuzahlungen, Vorfinanzierung hochpreisiger Arzneimittel, Aushandlung von Einkaufskonditionen usw.), die die informations- und beratungsbedürftige Arzneimittelabgabe belasten und die Apotheken weit weg vom heilberuflichen Versorgungsauftrag geführt haben. Die Senkung von Arzneimittelausgaben sollte stattdessen sachgerecht in der Arzneimittelpreisbildung durchgesetzt werden.

Darüber hinaus müssen pDL sinnvoll eingebettet sein in eine gemeinwohlorientierte Versorgung, insbesondere Primärversorgung, in der alle Heilberufe interprofessionell im Sinne einer Patient:innenorientierung zusammenarbeiten können. Finanzielle Fehlanreize, an Profiten orientierte Versorgungsansätze und überkommene traditionelle Hierarchien müssen schnellstmöglich abgebaut werden, um die dringend notwendige Patient:innenorientierung der (Arzneimittel) Versorgung zu stärken.

3. Der bisherige Zuschlag für pharmazeutische Dienstleistungen (pDL) in Höhe von 20 Cent pro Packung verschreibungspflichtiger Arzneimittel soll auf den pauschalen Notdienstzuschuss umverteilt werden, womit eine annähernde Verdopplung der Mittel für den Zuschuss erreicht wird. In den Nacht- und Notdienstfonds fließen demnach künftig 41 Cent pro Packung statt wie bislang 21 Cent

Position des VdPP: Gelder für pDL müssen auch für pDL zur Verfügung stehen, und zwar nur für pDL. Versorgungsnotwendige Apotheken müssen anders finanziert werden (Näheres zur Festlegung der Vergütung für pDL unter Punkt 2). Auch eine staatliche Unterstützung wäre aus Sicht des VdPP sinnvoll, um solche Apotheken für die Menschen vor Ort zu erhalten.

4. Künftig sollen neben der Notdienstpauschale für Vollnotdienste auch Zuschüsse für Teilnotdienste (von 20 bis 22 Uhr) gezahlt werden, und zwar in Höhe von einem Fünftel des Betrages für den Vollnotdienst.

Position des VdPP: Zustimmung. Es darf aber nicht vergessen werden, dass Vollnotdienste in ländlichen Gebieten notwendig sein können, wenn eine Bedarfsplanung dies feststellt (siehe auch Ziffer 23).

5. Wiederfreigabe von Skonti: Da Apotheken als Handelsunternehmen geführt werden (müssen), sollen Skonti wieder erlaubt werden.

Position des VdPP:

Für den VdPP ist von grundsätzlicher Bedeutung, dass Apotheken verpflichtet sind und dass es ihnen ermöglicht werden sollte, ihren Versorgungsauftrag im Gemeinwohlinteresse auszufüllen. Die aktuelle Rechtsform bringt Apotheken in einen immanenten Interessenkonflikt. Der VdPP fordert die Bundesregierung auf, die im Koalitionsvertrag festgelegte Priorisierung des heilberuflichen Charakters der Apothekerberufs klar zu untersetzen. Die Umverteilung von Geldern zwischen Großhandel und Apotheken mittels Skonti kann als problematische Aufweichung der Arzneimittelpreisbindung gesehen werden und ggf. für marktliberale Vertreter:innen eine Begründung für ihre Forderung sein, die Arzneimittelpreisbindung für verschreibungspflichtige Arzneimittel abzuschaffen.

Statt Rabatte resp. Skonti und auch Handelsspannenausgleich zwischen den Handelsstufen zuzulassen, sollte eine auskömmliche und qualitätsorientierte Vergütung der einzelnen Handelsstufen eingeführt werden. Pünktliche Zahlungen der Apotheken wären in einem solchen System selbstverständlich und Zahlungsausfälle im Vorfeld vermeidbar.

6. Streichung von Null-Retaxationen: Wenn sich eine Apotheke bei der Abgabe nicht an den Rabattvertrag halten konnte, es aber nach Abgabe eines anderen Arzneimittels zu keiner konkreten Gefährdung der Arzneimittelsicherheit kommt, soll es künftig keine Nullretaxationen mehr geben. Die GKV trägt dabei die Kosten des Arzneimittels.

Position des VdPP: Zunächst sei auf die grundsätzliche Position des VdPP, ausgeführt in den Ziffern 1, 2 und 5 verwiesen.

Der VdPP kann sich eine Streichung von Nullretaxationen vorstellen, wenn auch die Vergütung für Abgabe, Information und Beratung getragen wird. Wichtig ist allerdings, dass die vorgesehene Geringfügigkeit, die eine Retaxation verhindert, näher erläutert werden muss; ansonsten ist mit vielen juristischen Auseinandersetzungen zu rechnen. Die Befristung auf ein Jahr und die Evaluationsverpflichtung, wie sie noch im Referentenentwurf vorgesehen waren, vermisst der VdPP im Gesetzentwurf.

An dieser Stelle sei aber darauf hingewiesen, dass von Seiten des VdPP Rabattverträge der Krankenkassen abgelehnt werden. Rabattverträge sind intransparent und belasten häufig Patient:innen. Die Festbetragsregelung ist stattdessen ein erfolgreiches Instrument.

7. PTA-Befugnisweiterung: Die infolge des massiven Protests aus der Apothekerschaft und aus Kreisen der PTA gegenüber dem Referentenentwurf veränderte Regelung im Gesetzentwurf sieht eine Vertretungsbefugnis durch PTA nur noch in

wenigen Ausnahmefällen vor. Außerdem ist jetzt zunächst eine fünfjährige Erprobungszeit vorgesehen, was von Seiten des VdPP für nachvollziehbar gehalten wird.

Position des VdPP: Der VdPP hält es zur Attraktivitätssteigerung des PTA-Berufes für notwendig, dass den PTA Weiterentwicklungsmöglichkeiten in den Apotheken eröffnet werden. Die Erfahrungen mit den Pharmazieingenieuren haben gezeigt, dass während deren Vertretungszeiten bislang keine Verschlechterungen der Arzneimittelversorgung und der Arzneimitteltherapiesicherheit bekannt wurden. Allerdings wurde dies auch nicht aktiv und wissenschaftlich unabhängig untersucht. Da die PTA aber keine vergleichbare Ausbildung wie die Pharmazieingenieure erhalten haben, müssen entsprechende Weiterbildungsabschlüsse vorliegen, bevor eine PTA Vertretungen übernehmen kann. Die obligatorische langjährige Tätigkeit in einer Apotheke, in der die PTA Vertretung übernehmen soll, ist zwar nachvollziehbar, kann aber eine fundierte Weiterbildung mit Abschluss aus Sicht des VdPP nicht ersetzen. Zudem sollte eine Prüfung der weitergebildeten Personen vor einer apotheken- und kammerunabhängigen Prüfungskommission vorgesehen werden.

Es ist aus Sicht des VdPP nicht nachvollziehbar, dass eine PTA-Vertretung nur in Apotheken von ländlichen Regionen zulässig sein soll. Wenn die entsprechenden Qualifikationen und Erfahrungen vorliegen, können Vertretungen auch in städtischen Regionen erprobt werden.

Die im Gesetzentwurf vorgesehene sechs-Kilometer-Regel ist aus Sicht des VdPP in Zusammenhang mit einer PTA-Vertretungsbefugnis unsinnig und sollte entfallen. An dieser Stelle soll aber angemerkt werden, dass der VdPP diese vorgesehene Regelung als ersten (zarten) Versuch einer Bundesregierung betrachtet, Elemente der Versorgungsplanung in den Bereich des Denkbaren zuzulassen. Der VdPP befürwortet eine Bedarfsplanung für die Neuansiedlung von Apotheken oder die besondere Unterstützung von Apotheken in Regionen mit besonderem Versorgungsbedarf.

Weiterhin soll die Vertretungszeit zunächst auf bis zu 20 Tage im Jahr festgelegt werden, davon aber nur zwölf Tage (Sechstageswoche aus Sicht des VdPP) zusammenhängend. Darüber hinaus sollte gründlich wissenschaftlich evaluiert werden, wie sich diese Vertretungsberechtigungen auf die Arzneimittelversorgung und die Arzneimitteltherapiesicherheit auswirken. Die im Gesetzentwurf genutzte Formulierung, dass die zuständigen Behörden der Länder dem Bundesministerium für Gesundheit auf Anfrage Informationen und Daten zur Evaluierung der Erprobung zur Verfügung stellen müssen, reicht für eine gründliche wissenschaftliche Analyse nicht aus.

Der VdPP begrüßt, dass jetzt im Gesetzentwurf eine PTA-Vertretung von der zuständigen Behörde genehmigungspflichtig sein soll. Dies ist notwendig, damit diese einen Überblick behält, wie oft solche Vertretungen beantragt werden bzw. ob sich dadurch Beschwerden aus der Bevölkerung häufen.

Um die Versorgungsqualität, auf die Patient:innen ein Recht haben, durch Apotheker:innen abzusichern, muss während der Vertretungszeit eine direkte Verbindung zu Apotheker:innen der Haupt- oder einer anderen Filialapotheke mit einer Apotheker:in gewährleistet sein. Für filialverbundfreie Apotheken sollten die Landesapothekerkammern Lösungen erarbeiten.

8. Keine PTA-Vertretungsbefugnis für spezialisierte Apotheken (z. B. Zytostatikaherstellung).

Position des VdPP: Dies wird von Seiten des VdPP unterstützt.

9. Grundsätzliches zu neuen pharmazeutischen Dienstleistungen, pDL (s. auch unter Ziffern 2, 3 und 5):

Vorab wird von Seiten des VdPP angemerkt, dass honorierte pharmazeutische Dienstleistungen, wie sie jetzt vorgesehen sind, grundsätzlich befürwortet werden, um langfristig Beratungsleistungen im Vergütungsmix stärker zu gewichten als die reine Abgabe von Arzneimitteln. Dies ist auch aus Umweltgesichtspunkten wichtig, um Überversorgung aufgrund von Fehlanreizen in Apotheken zu vermeiden, und entspricht einer echten Weiterentwicklung des Apothekenwesens. Allerdings eignet sich die jetzt geplante Einführung neuer pDL in keinsten Weise dazu, die Interprofessionalität unter den Heilberufen mit dem Ziel der Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) zu fördern. Gerade diese Interprofessionalität ist es doch, die von allen wissenschaftlichen Berater:innen im Gesundheitswesen immer wieder dringend und zu Recht eingefordert wird. Diese lässt sich aber nicht steigern, indem man die Konfrontation zwischen den Heilberufen befeuert, wie es jetzt im vorliegenden Gesetzentwurf angelegt ist. Eine neue Positionierung der Apotheken und ihres pharmazeutischen Personals kann nur in gemeinsamen Strukturen der Primärversorgung mit gemeinnützigen Zielen erfolgreich sein. Darauf hat der VdPP in verschiedenen Stellungnahmen, zum Teil in Abstimmung mit dem Verein demokratischer Ärzt\*innen (vdää\*) und dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK), hingewiesen.<sup>2</sup> Konfrontativ angelegte pDL werden keinen Erfolg haben. Schon heute verzichten viele Apotheken auf bereits bestehende und vergütete pDL aus Angst vor Gegenmaßnahmen der vor Ort praktizierenden Ärzt\*innen. Gleiches gilt übrigens auch für die vorgesehenen zusätzlichen Impfungen in Apotheken (dazu siehe Ziffer 16).

Zur Prävention von *Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und tabakassoziierten Erkrankungen* sowie zur Früherkennung von hierfür maßgeblichen Erkrankungsrisiken werden gesetzliche Apothekenleistungen als neue pharmazeutische Dienstleistungen (pDL) vorgesehen:

---

<sup>2</sup> S. Stellungnahme vom 5. Januar 2026: [Konfrontationen zwischen Heilberufen überwinden – kooperative Strukturen der Primärversorgung aufbauen!](#)

- a. Beratung mit Messungen zu Risikofaktoren von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes mellitus.
- b. Beratung in Form einer Kurzintervention zur Prävention tabakassoziierter Erkrankungen.

Position des VdPP: Zentrale Aufgabe der Apotheken ist die ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung zur Stärkung der Gesundheit des Einzelnen und der Bevölkerung insgesamt. Zur Stärkung der Gesundheit ist neben den Informations- und Beratungsnotwendigkeiten bei der Arzneimittelabgabe auch das Hinwirken auf gesundheitliche Chancen durch verbesserte Strukturen zur Gesundheitsförderung und Lebensstiländerungen sinnvoll. Damit kommt die Apotheke an dieser Stelle der Forderung der Ottawa-Charta von 1986 nach, alle Gesundheitsdienste im Sinne der Prävention und Gesundheitsförderung neu auszurichten.

#### 10. Neue pharmazeutische Dienstleistungen:

Erweiterte Einweisung in die korrekte Arzneimittelanwendung mit Autoinjektoren.

Position des VdPP: Das kann der VdPP uneingeschränkt befürworten.

Pharmazeutisches Medikationsmanagement bei komplexer oder neu verordneter Dauermedikation.

Auch dies kann der VdPP – unter Berücksichtigung der weiter oben ausgeführten grundsätzlichen Hinweise – befürworten. Dass vor dieser Pharmazeutischen Dienstleistung zuvor eine ärztliche Verschreibung vorliegen muss, sollte befristet werden, bis Ergebnisse dieser Regelung zwischen Apothekerschaft, Ärzteschaft, Pflegewissenschaft und Arzneimittelversorgungsforschung diskutiert und ggf. verbesserte Vorgehensweisen herausgearbeitet wurden.

Unter den heutigen Voraussetzungen (verhärtete Position zwischen den Heilberufen aufgrund von Konkurrenz und befürchteten Kompetenzverlusten) werden Ärzt:innen voraussichtlich nur in wenigen Ausnahmefällen eine solche Verordnung ausstellen. Insofern wird die neue pDL mit ärztlichem Verordnungsvorbehalt weitgehend ins Leere laufen. Wäre bereits heute interprofessionelle Zusammenarbeit die Regel statt in der jetzigen Realität eher die Ausnahme, wäre die Regelung sinnvoll, wie sie auch in manch anderen Ländern praktiziert wird.

Wichtig ist es dem VdPP, dass eine neue, bisher noch nicht im Gesetzentwurf aufgeführte pDL den Bereich Klima-Umweltschutz, z. B. Hitzeberatung, adressiert, um gesundheitliche Folgen der Klimakrise abzuwenden und die Arzneimittelversorgung in Zeiten des Klimawandels aufrecht zu erhalten.

Für eine Abstimmung mit den behandelnden Ärzt:innen und den betreuenden Pflegefachpersonen sollten die bereits genannten interprofessionellen Vorgehensweisen eingeplant werden.

Gesetzentwurf: Die Durchführung einer pDL soll in der elektronischen Patienten-Akte, ePA, dokumentiert werden.

Position des VdPP: Eine Dokumentation ist notwendig. Allerdings ist fraglich, ob dazu (allein) die elektronische Patientenakte geeignet ist. Da einige Patient:innen die Einrichtung einer ePA nicht erlaubt haben, ist die geplante Regelung nur für

Patient:innen mit ePA möglich. Außerdem muss Patient:innen die Möglichkeit bleiben, die Dokumentation in der ePA abzulehnen, aus welchen Gründen sie dies auch immer wünschen. Wenn die ePA genutzt wird, ist auch der Eintrag von Arzneimitteln der Selbstmedikation durch die Apotheken wichtig, um einen vollständigen Überblick über die verwendeten Arzneimittel zu bekommen.

11. Außerdem sollen pDL künftig auch ärztlich verordnet werden können.

Position des VdPP: Dem kann der VdPP zustimmen.

12. Abgabe Rx-Arzneimittel (Referentenentwurf §48a): Es soll mit dem ApoVWG Apotheker:innen künftig möglich sein, verschreibungspflichtige Arzneimittel in bestimmten Fällen ohne Rezept abzugeben. Begrenzt wird das auf bekannte Langzeitmedikationen und einmalige Abgabe der kleinsten Packung unter der Voraussetzung einer bekannten Verordnung über vier Quartale und sofern die Fortführung der Therapie keinen Aufschub erlaubt. Die ePA-Einträge sollen darüber Aufschluss geben.

Position des VdPP: Der VdPP steht der Abgabe verschreibungspflichtiger Arzneimittel durch Apotheker:innen ohne ärztliches Rezept grundsätzlich sehr kritisch gegenüber. Die konsequente Abgrenzung zwischen verschreibungspflichtig und nicht verschreibungspflichtig dient dem Verbraucherschutz und der Arzneimittelsicherheit. Apotheker:innen haben durch ihre besondere Stellung im Gesundheitswesen (öffentlicher Auftrag zur ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung) und die damit verbundenen Rechte und Pflichten den Auftrag, Patient:innen durch die Einhaltung der Verschreibungspflicht zu schützen. Würde man den Verbraucherschutz an dieser Stelle aushöhlen, wäre mittelfristig auch die Position der Apotheker:innen in Frage gestellt.

Die geplante aufweichende Regelung ist auch aus Sicht der Patient:innen fast immer überflüssig. Nur in absoluten Notfällen, wenn z. B. die Notdienstregelungen der Kassenärztlichen Vereinigungen (Tel.: 116117) nicht helfen kann und das Aufsuchen einer notdiensthabenden Praxis für die Patient:innen unzumutbar ist, wäre eine Ersatzregelung im Sinne einer Nothilfe denkbar.

Da eine Veränderung der Abgrenzung der Aufgabenbereiche zwischen Apotheker- und Arztberuf grundsätzlicher Natur wäre, ohne dass sich die Versorgung substanziell verbessern würde, bestünde die Gefahr, dass weitere Schritte folgen, sei es aus Gründen einer Kürzungspolitik durch die Bundespolitik, sei es aufgrund erfolgreicher Lobbytätigkeit der Apothekerschaft. Änderungen müssen daher absoluten Notfallsituationen vorbehalten bleiben und deshalb, wenn überhaupt, soweit wie möglich eingeschränkt bleiben. Da eine gute und vertrauensvolle interprofessionelle Zusammenarbeit der Heilberufe weit wertvoller für die Arzneimitteltherapiesicherheit wäre, als die Erleichterungen in nur selten gut begründbaren Notsituationen, sollten Regelungen für diese Notsituationen von Ärzt:innen und Apotheker:innen in gemeinsamer Abstimmung erstellt werden.

Vor einer solchen Regelung sollten die bislang ähnlichen Vorgehensweisen in anderen Ländern ausgewertet und hinsichtlich der Versorgungsqualität für die der Patient:innen bewertet werden.

Dies sollte im Übrigen auch für die Abgabe von Arzneimitteln durch Ärzt:innen in Notsituationen gelten wie z. B. bei Noteinsätzen in stationären Pflegeeinrichtungen nachts oder an Wochenenden. Solche Ausnahmeregelungen im Einzelfall helfen oft, die Einweisung der Betroffenen in ein Krankenhaus zu vermeiden.

13. Abgabe Rx-Arzneimittel (Referentenentwurf §48b): Abgabe von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln in Apotheken bei z. B. leichteren und unkomplizierten Erkrankungen auf der Grundlage einer noch zu erstellenden Rechtsverordnung nach Erarbeitung von Empfehlungen durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) mit Beteiligung der Arzneimittelkommissionen der Ärzte- und Apothekerschaft.

Position des VdPP: Der VdPP lehnt diese Regelung ab aus den schon unter Ziffer 12 genannten Gründen.

Der VdPP erkennt an, dass die hausärztliche Versorgung durch Ärztemangel und aufgrund des demographischen Wandels unter Druck steht und deshalb Entlastungen für die Hausärzteschaft notwendig sind. Außerdem geht der VdPP davon aus, dass eine bessere interprofessionelle Zusammenarbeit notwendig ist, um Patient:innen schneller und sicherer versorgen zu können. Zusammen mit dem vdää\* vertritt der VdPP die Position, dass die Weiterentwicklung der Primärversorgung mittels interdisziplinär arbeitender Primärversorgungszentren (PMZ) die bessere Lösung sind, um die Probleme zu lösen. In solchen PMZ können Ärzt:innen durch dort angestellte Community Health Nurses, Sozialarbeiter:innen und Sozialpädagog:innen sowie auch Apotheker:innen entlastet werden, um ihre medizinischen hausärztlichen Pflichten besser erfüllen zu können. Apotheker:innen könnten bspw. in solchen PMZ die in der S3-Leitlinie Multimedikation geforderte Medikationsanalyse vornehmen und auf diese Weise Hausärzt:innen entlasten und beraten. Zudem könnten sie bei den ins Auge gefassten leichteren Erkrankungen Therapievorschlüsse erstellen, die von den Hausärzt:innen des PMZ aufgrund ihrer medizinischen Bewertung übernommen, modifiziert oder abgelehnt werden. Außerdem könnten in PMZ verankerte Apotheker:innen den Patient:innen die Handhabung der verordneten Medikamente erklären und das häusliche Arzneimittelmanagement in direkter Abstimmung mit der Pflege und den behandelnden Ärzt:innen begleiten, sowie die Überleitungsmedikationen an Schnittstellen managen. Damit könnten Apotheker:innen auf der Grundlage ihrer pharmazeutischen Aus- und Weiterbildung die Allgemeinärzt:innen entlasten, ihre pharmazeutischen Kompetenzen besser einsetzen als bisher und eine allseits eingeforderte Interprofessionalität der Versorgung umsetzen, ohne dass die für den Verbraucherschutz so wichtige Verschreibungspflicht ausgehöhlt werden muss und darüber hinaus auch noch die finanziellen Belastungen der Patient:innen erhöht würden (Selbstzahler). Beispiele aus anderen Ländern zeigen die

Vorteile solcher „Praxisapotheker:innen“ in Primärversorgungszentren. Auch die Erfahrungen mit Stationsapotheker:innen in Krankenhäusern zeigen, dass mit einer interprofessionellen Zusammenarbeit in einem „Haus“ für die Patient:innen mehr Versorgungssicherheit erreicht werden kann.

14. Wenn die unter Ziffer 12 genannten Bedingungen in absoluten Notsituationen gegeben sein sollten, müssen die notleidenden Patient:innen sich auch darauf verlassen können, dass sie unter den normalen GKV-Bedingungen versorgt werden. Einer Verlagerung von Kosten auf die Patient:innen (Selbstzahlerregelungen) kann der VdPP nicht zustimmen. Selbstzahlerregelungen höhlen das Solidarsystem weiter aus.

15. Erleichterter Austausch: Apotheken sollen künftig bei der Einlösung von Arzneimittelverordnungen ein vorrätiges Arzneimittel abgeben dürfen, sofern das rabattierte Arzneimittel nicht in der Apotheke oder beim Großhandel vorhanden ist. Die Regelung wird zunächst zeitlich befristet und im Anschluss auf ihre Kostenwirkung für die Kassen evaluiert. Der GKV-Spitzenverband und der Deutsche Apothekerverband sollen hierzu ein Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes einen Bericht vorlegen.

Position des VdPP: Zustimmung mit dem Hinweis, dass der VdPP die intransparenten Rabattvertragsregelungen insgesamt ablehnt.

16. Impfungen: Apotheken sollen künftig neben Grippe- und Covid-19-Impfungen alle Impfungen durchführen können, die keine Lebendimpfstoffe enthalten; beispielhaft genannt werden Tetanus und FSME.

Position des VdPP: Ablehnung. Die Verbesserung der AMTS durch intensivere Information und Beratung der Patient:innen und an Schnittstellen der Versorgung ist bereits eine so umfassende Aufgabe für Apotheken, dass die Übernahme weiterer Aufgaben zurücktreten muss (dazu die Ausführungen unter den Ziffern 2, 3, 5 und 10). Apotheken sollten aber für Notfälle geschult sein, Impfungen durchführen zu können, z. B. bei pandemisch begründbaren Notfällen („Erste Hilfe“). Ansonsten bleiben Impfungen Aufgabe von Arztpraxen und ÖGD. Es fehlen derzeit verlässliche Erkenntnisse, ob diese Dienstleistung überhaupt aus Public Health-Sicht (Erhöhung der Impfquote) sinnvoll ist. Die bisher vorliegenden Erkenntnisse zu Impfungen durch Apotheken in der Bundesrepublik fußen weitgehend auf interessengeleiteten Untersuchungen oder anekdotischen Informationen. Sollte sich herausstellen, dass niedrigschwellige Angebote neben den Arztpraxen notwendig sind, um ausreichende Impfquoten zu erreichen, sollte der ÖGD mit entsprechenden Angeboten einspringen (z. B. mobile Impfstationen).

17. Schnelltests: Wie bereits in der Corona-Pandemie sollen Apotheken auf Selbstzahlerbasis Schnelltests gegen bestimmte Erreger durchführen dürfen – genannt werden Adeno-, Influenza-, Noro-, RS- und Rotavirus. Damit könnten Infektionsketten schneller unterbrochen werden.

Position des VdPP: Es ist bedenklich, dass die (in diesem Bereich eher nicht ausreichend vorhandene) Kompetenz der Apotheker:innen dafür genutzt wird, Diagnostika in den Markt zu drücken, deren Nutzen sehr zweifelhaft sein dürfte. Sollen die Apotheker:innen eine Anamnese erstellen, um die notwendige Vortestwahrscheinlichkeit sicherzustellen? Falls nicht, werden die Patient:innen durch zusätzliche Kosten (für die überflüssigen Tests) und das Gesundheitswesen (für die Abklärung des hohen Anteils an falsch positiven Ergebnissen) belastet. Die Durchführung von Messungen kann dann sinnvoll sein, wenn die Messungen validiert sind und die dafür bereitgestellten finanziellen Mittel zu keinem Anreiz führen, die Messungen über die notwendige Anzahl hinaus durchzuführen. Für solche Tests sind Arztpraxen zuständig, nicht Apotheken und schon gar nicht Drogeriemärkte oder andere nichtmedizinische Einrichtungen. Gegenüber den Patient:innen darf kein Zwang ausgeübt werden, statt der regulären Tests in Arztpraxen vermehrt Tests in Apotheken auf Selbstzahlerbasis in Anspruch zu nehmen.

Insgesamt scheinen solche neu eingeführten Selbstzahlerleistungen (Abgabe verschreibungspflichtiger Arzneimittel, Tests) wie schon der Zwang zur Selbstmedikation bei nicht kassenfinanzierten apothekenpflichtigen Arzneimitteln die Bevölkerung immer stärker darauf vorzubereiten, bislang kassenfinanzierte Leistungen aus eigener Tasche bezahlen zu müssen. Insbesondere sozio-ökonomisch und strukturell benachteiligte Bevölkerungsgruppen haben dabei das Nachsehen.

18. Filialapotheken: Zwei in Teilzeit beschäftigte Apotheker sollen zukünftig gemeinsam eine Filiale leiten können.

Position des VdPP: Zustimmung

19. Filialleiter können ihre Verantwortlichkeiten untereinander aufteilen.

Position des VdPP: Dies ist auch notwendig, um Verantwortungsbereiche klar zu definieren.

20. Erleichterungen bei Zweigapotheken sollen für Apotheken in abgelegenen Regionen und Orten mit deutlich eingeschränkter Arzneimittelversorgung eingeführt werden.

Position des VdPP: Den Erleichterungen für Zweigapotheken kann der VdPP nur dann zustimmen, wenn dadurch Voll-Apotheken (Hauptapotheken und Filialapotheken) nicht verdrängt werden. Um Verdrängungen zu verhindern, sind die zuständigen Behörden mit Auflagenbefugnissen auszustatten, die ihnen ausreichende Handlungsmöglichkeiten geben.

Die Erleichterungen sollten auch unter der oben genannten Voraussetzung in benachteiligten Quartieren von Städten möglich sein. Allerdings fehlen Vorgaben, was unter abgelegene Regionen und benachteiligten Quartieren genau zu verstehen ist.

21. Zweigapotheken sollen für 10 Jahre genehmigt werden können, anstatt wie bisher nur für fünf Jahre.  
Position des VdPP: Zustimmung. Interessant auch hier, dass ein Element der Bedarfsplanung (sechs Kilometer Entfernung) eingeführt wird, wie schon bei der PTA-Vertretung.
22. Keine Rezeptur für Zweigapotheken mehr verpflichtend.  
Position des VdPP: Zustimmung, wenn das Versorgungsniveau für die Bevölkerung ausreichend bleibt – auch bei schlechten Wetterverhältnissen. Es muss sichergestellt sein, dass eine entsprechende qualitätsgesicherte und zeitnahe Versorgung innerhalb des (Filial-)Verbunds mit der Hauptapotheke möglich ist.
23. Zweigapotheke: Kein Notdienstzimmer mehr erforderlich.  
Position des VdPP: nur noch zwei Stunden Notdienst für Zweigapotheken tagsüber kann unzureichend sein. Der reguläre Notdienst in abgelegenen Regionen sollte nach Bedarfsplanung sichergestellt werden, sonst wird mit dieser Regelung eine weitere Benachteiligung des ländlichen Raums akzeptiert. Die zuständigen Behörden sollten hier hinzugezogen werden.
24. Apothekeninhaber:innen können künftig neben ihren Haupt- und Filialapotheken bis zu zwei Zweigapotheken betreiben.  
Position des VdPP: Zustimmung.
25. Vor dem Betreiben einer Zweigapotheke muss die Erlaubnis von der zuständigen Behörde erteilt werde. Bislang besteht ein Ermessensspielraum der Behörde.  
Position des VdPP: Das Betreiben einer Zweigapotheke sollte weiterhin von der Erlaubnis durch die zuständige Behörde abhängig sein.
26. Zwei Apotheker:innen sollen zukünftig Zweigapotheken oder Filialapotheken leiten können, Inhaber:innen von Apothekenverbünden können auch selbst die Leitung von Zweigapotheken übernehmen.  
Position des VdPP: Zustimmung.
27. Die Regelung, dass Apotheker:innen mit ausländischem Abschluss künftig die Gründung von Apotheken leichter möglich sein soll, findet sich nicht mehr im Gesetzentwurf.  
Position des VdPP: Wie bei allen Gründungen muss die Qualität der ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung gewährleistet sein. Neben pharmazeutischen und rechtlichen Kenntnissen sind auch sprachliche Voraussetzungen wichtig. Besondere zusätzliche Voraussetzungen für Apotheker:innen mit ausländischem Abschluss lehnt der VdPP ab.
28. Filialverbund, Labor, Rezeptur: Ein Labor muss künftig nur noch innerhalb eines Filialverbunds vorgehalten werden. Zur Herstellung benötigte Geräte und Fachliteratur unterfallen ebenfalls der eigenverantwortlichen Entscheidung der Apothekenleitung.  
Position des VdPP: Der VdPP kann zustimmen, aber nur, wenn vorab die zuständige Behörde zugestimmt hat, damit diese im Einzelfall entscheiden kann, ob die Rezepturherstellungsmöglichkeit in einer Filialapotheke notwendig ist, um die

Bevölkerung in unterschiedlichen Situationen (z. B. auch bei unvorhergesehenen Wetterereignissen) ausreichend versorgen zu können.

29. Die Apothekenöffnungszeiten werden mehr in die Eigenverantwortung der Apothekenleitung gestellt. Damit können vor allem Apotheken in ländlichen Regionen ihre Geschäftszeiten besser an den Bedarf vor Ort anpassen.

Position des VdPP: Zustimmung. Mit einer Bedarfsplanung könnten weitere, breit getragene Lösungen gefunden werden.

30. Heimversorgung: Im Rahmen eines Heimversorgungsvertrags dürfen Arztpraxen künftig E-Rezepte für die von der heimversorgenden Apotheke versorgten Heimbewohner:innen sammeln und an die heimversorgende Apotheke weiterleiten.

Position des VdPP: Dem kann zugestimmt werden, denn ein solches Verfahren wird bislang mit Papierrezepten schon so praktiziert, ohne dass dadurch verursachte Verschlechterungen der Versorgung der Patient:innen bekannt wurden.

31. Versandapotheken: Für den Transport kühlkettenpflichtiger und kühlpflichtiger Arzneimittel sollen geeignete Transportunternehmen unter dokumentierten Bedingungen aus Gründen der Qualitätssicherung vorgeschrieben werden.

Position des VdPP: Qualitätssicherungsverfahren, wie sie für inländische Versandapotheken gelten, müssen auch für den Versandhandel aus dem Ausland gelten. Der VdPP lehnt aber den Versandhandel mit Arzneimitteln, insbesondere mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, grundsätzlich ab. Es sollte aus seiner Sicht alles versucht werden, den Versandhandel wieder auf OTC-Arzneimittel zu reduzieren.

#### Zusammenfassend:

Arzneimittelversorgung und Arzneimitteltherapiesicherheit müssen dringend verbessert werden, um die zukünftigen Herausforderungen bewältigen zu können. Kompetenzen von Apotheker:innen und PTA in öffentlichen Apotheken sollten vielmehr als bisher dafür eingesetzt werden, in interprofessionellen Teams für mehr Arzneimitteltherapiesicherheit zu sorgen. Darauf hat der VdPP in seinen bisherigen Stellungnahmen (s. o.) schon häufig hingewiesen. Ob die bisher geltenden Voraussetzungen und durch das ApoVWG geplanten Veränderungen für Apotheken und die damit verbundenen Anreize zu einem Erhalt bzw. zu einer Verbesserung der Versorgung führen, wird von Seiten des VdPP bezweifelt. Notwendig wäre aus hiesiger Sicht neben einer dringenden Novellierung der Approbationsordnung die Einbindung von Apotheken in moderne und interprofessionell arbeitende Primärversorgungsstrukturen, wie der VdPP, auch in Zusammenarbeit mit dem Verein demokratischer Ärzt\*innen (vdää\*) und dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK), bereits mehrfach dargelegt hat.

Durch die Weiterentwicklung des Apothekenwesens darf sich die Qualität der Arzneimittelversorgung nicht verschlechtern; die Arzneimitteltherapiesicherheit muss weiter vorangetrieben werden.

Die Sicherung einer flächendeckenden Arzneimittelversorgung über stationäre Apotheken darf nicht nur ländliche Räume in den Blick nehmen, sondern auch benachteiligte städtische Gebiete. Dem VdPP ist es wichtig, dass durch eine Bedarfsplanung eine solche flächendeckende Versorgung gesichert wird, damit auch strukturschwache Gebiete im ländlichen Raum und in den Städten nicht weiter benachteiligt werden.

Pharmazeutische (Dienst-)Leistungen und neue Angebote aus Apotheken (z. B. Messungen, Tests) dürfen nicht dazu führen, dass der Leistungskatalog der GKV ausgedünnt wird, den Verbraucher:innen/Versicherten neue Selbstzahlerleistungen angeboten und Zuzahlungen erhöht oder gar neu eingeführt werden.

---

Mehr Informationen über den VdPP e. V. – [www.vdpp.de](http://www.vdpp.de)

Der Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten besteht seit Juni 1989. Im VdPP sind Kolleg:innen organisiert, die sich mit der jetzigen Situation im Gesundheitswesen nicht abfinden möchten.

Vereinsziele:

- Patientenorientierte Arzneimittelberatung und -versorgung
- Evidenzbasierte Pharmazie
- Demokratisierung des Gesundheitswesens und der Standesorganisationen
- Zusammenarbeit aller Akteure im Gesundheitswesen
- Stärkung des Verbraucherschutzes und der Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen
- Zugang aller Menschen weltweit zu einer ausreichenden Arzneimittelversorgung
- Begrenzung der Marktmacht der pharmazeutischen Industrie

Kontakt:

VdPP

Goldbekufer 36

22303 Hamburg

[info@vdpp.de](mailto:info@vdpp.de)

[www.vdpp.de](http://www.vdpp.de)