

BVND Geschäftsstelle, c/o GRÜN med info GmbH,
Hainenbachstraße 25, 89522 Heidenheim

4. November 2025

Kommentar des Bundesverbandes der Niedergelassenen Diabetologen (BVND) zum Referentenentwurf des Apothekenversorgung-Weiterentwicklungsgesetz (ApoVWG)

Aus Gründen des Leseflusses wird nur eine Form der Personenbezeichnung verwendet, damit werden alle anderen Formen berücksichtigt.

Einleitung

Mit dem Referentenentwurf zur Apothekenreform möchte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) - insbesondere im ländlichen Raum - die Apotheken stärken und die ambulante Versorgung entlasten. Aus Sicht der vorwiegend im hausärztlichen Bereich tätigen Diabetesschwerpunktpraxen besteht dabei aber die Gefahr, dass durch die Ausweitung der pharmazeutischen Tätigkeit in den ärztlichen Bereich hinein, neben der Schaffung neuer teurer Doppelstrukturen in der Versorgung, bei unzureichender Koordination von Leistungsangeboten ein erhöhter Beratungsbedarf in den Praxen entsteht. Gerade für die den ländlichen Raum versorgenden Praxen wäre das schwer zu verkraften.

Zum SGBV, Artikel 1, § 129, Absatz 4, 1. b:

... Ist ein rabattiertes Arzneimittel bei Vorlage der ärztlichen Verordnung nicht verfügbar, ist die Apotheke unmittelbar zur Abgabe eines lieferbaren wirkstoffgleichen Arzneimittels ... berechtigt. ...

Hier sehen wir zur Sicherstellung der Versorgung im Notfall eine sinnvolle Änderung der gesetzlichen Vorgabe, die eine vielerorts schon übliche Praxis legalisiert. Der guten Ordnung halber weisen wir aber darauf hin, dass es sich auch hier um eine Verletzung des Arztvorbehalts handelt und damit einem zentralen Bestandteil der Patientensicherheit nicht nachgekommen wird.

Artikel 1, § 129, Absatz 4, 1. g:

Die dort aufgeführten pharmazeutischen Dienstleistungen zur Prävention und Früherkennung von Erkrankungen und Erkrankungsrisiken und zur Verbesserung der Sicherheit und Wirksamkeit einer Arzneimitteltherapie, auf die Versicherte jeweils in einem zeitlichen Abstand von je mindestens zwölf Monaten Anspruch haben, sollen insbesondere die pharmazeutische Betreuung von Patientinnen und Patienten in Gebieten mit geringer Apothekendichte berücksichtigen.

Auf Menschen mit Diabetes trifft in ihrer überwiegenden Mehrheit zu

- eine Anwendung bestimmter Wirkstoffe, die nur in besonderen Therapiesituationen verordnet werden
- eine Behandlung chronischer schwerwiegender Erkrankungen
- eine Behandlung von Mehrfacherkrankungen und Mehrfachmedikation



Bundesverband Niedergelassener Diabetologen e.V.

Geschäftsstelle

c/o GRÜN med info GmbH
Hainenbachstraße 25
89522 Heidenheim

Telefon: 07321 9469190

Telefax: 07321 9469183

E-Mail: mail@bvnd.de

Internet: www.bvnd.de

VR-Nr.: VR 661143

Amtsgericht Ulm

Bankverbindung

Deutsche Apotheker- u. Ärztebank

Konto: 5 433 460

BLZ: 300 606 01

IBAN: DE57 3006 0601 0005 4334 60

BIC: DAAEDEDXXX

Vorsitzender

Toralf Schwarz

Stellv. Vorsitzende

Dr. Iris Dötsch

Dr. Tobias Wiesner

Schatzmeisterin

Antje Weichard



- eine Behandlung, die besondere Aufmerksamkeit und fachliche Unterstützung bei der Arzneimitteltherapie benötigt.

Der Referentenentwurf sieht vor, dass lediglich das pharmazeutische Medikationsmanagement bei komplexer oder neu verordneter Dauermedikation ärztlich zu verordnen ist. Aus Sicht des BVND sollten alle diese Dienstleistungen, wenn sie zu Lasten der GKV erbracht werden, einem Verordnungsvorbehalt unterliegen. Das entlastet Arztpraxen und ermöglicht eine gezielte Leistungserbringung in der Apotheke.

Nichts spricht dagegen, dass eine Arztpraxis, die selbst keine Beratungen dieser Art durchführt, diese als pharmazeutische Dienstleistung delegiert. Aber hier muss für alle zu entwickelnden SOPs* die Evidenz der Wirksamkeit gefordert werden. Falls es keine gibt, ist diese in Studien nachzuweisen.

Bei den genannten Präventionsmaßnahmen in Form von Messungen und Beratungen zu Diabetes, Hypertonus, Tabakkonsum und anderen kardiovaskulären Risikofaktoren werden Screeningverfahren, sofern standardisiert durchgeführt und in der elektronischen Patientenakte dokumentiert, von uns begrüßt. Sie dürfen aber nicht etablierte ärztliche Vorsorgeuntersuchungen wie den Check-up 35 oder in Sonderverträgen vereinbarte Untersuchungen** in den Augen der Patienten überflüssig machen. Bei auffälligen Befunden müssen die Patienten an den Hausarzt oder, falls nicht vorhanden, ggf. auch an die Arztvermittlungsstellen der jeweiligen KV verwiesen werden.

Das Positionspapier „Aufgaben der wohnortnahen Apotheke in der Prävention des Diabetes mellitus Typ 2: Möglichkeiten und Grenzen“ der Arbeitsgruppe Prävention des Typ 2 Diabetes (AGP2), der Deutschen Diabetes-Gesellschaft (DDG), der Deutschen Diabetes-Stiftung (DDS) und der Projektgruppe Prävention des Nationalen Aktionsforums Diabetes mellitus (NAFDM) aus dem Jahr 2007 zeigt den Weg für Apotheken zur Risikostratifizierung, möglichen Interventionsmaßnahmen und Definition der erforderlichen Schnittstellen.

Mit dem „Informationsbogen Blutglukose“, der „Checkliste Blutglukoseselbstkontrolle“ und dem „SOP Insulinanwendung“ hat die „Kommission Apotheker in der DDG“ (BAK/DDG) hierzu entsprechende Arbeitshilfen für die Apotheken erstellt.

Wir weisen noch einmal ausdrücklich daraufhin, dass alle o. g. Leistungen, mit Ausnahme der spezifisch pharmazeutischen Betreuung auch ärztliche Leistungen sind, die bei gleichwertiger und ausreichender Honorierung auch in den Praxen erbracht werden könnten.

Gerade im Hinblick darauf, dass hier Doppelstrukturen im unterversorgten ländlichen Raum gefördert werden, erscheint die Zielrichtung des Gesetzes unklar.

*Standard Operating Procedures

**Vertrag zur frühzeitigen Erkennung von Diabetesfolgen: Untersuchungen auf Diabetische Polyneuropathie (PNP), Lower Urinary Tract Syndrome (LUTS), Periphere Arterielle Verschlusskrankheit (PAVK), Fettleber bei Diabetes, Diabetische Nephropathie.

Zum Artikel 7, Infektionsschutzgesetz, § 20c, Absatz 1:

Da die Hausärzte die Koordinatoren der Gesundheitsleistungen sind, gehören Impf-Check, Impfaufklärung sowie die entsprechende alters- und morbiditätsangepasste Impfempfehlung - mit Impfplan - primär in das Aufgabengebiet des behandelnden Hausarztes.

Weiterhin können auch alle anderen Ärzte impfen, wenn

- Menschen keinen Hausarzt haben
- der Hausarzt keine Impfberatungen anbietet

Wenn Apotheker impfen, um Impflücken aufzufüllen, müssten sie das berücksichtigen und auch in der ePA dokumentieren. Wird dies nicht so umgesetzt und es finden unkoordinierte Einzelimpfungen statt, ist eine unkontrollierte Ausbreitung von unnötigen Doppelstrukturen zu erwarten, was besonders in ländlichen Bereichen mit geringer Apotheken- und möglicherweise auch Hausarztichte sicher nicht sinnvoll wäre.

Fragwürdig ist aber zumindest, ob angesichts der bisher zum Schutz vor Influenza und Corona SARS-CoV-2 in Apotheken dokumentierten Impffzahlen, mit der Ausweitung des Impfangebots auf weitere Totimpfstoffe, eine zufriedenstellende Erhöhung der Impfraten zu erzielen ist.

Zu bedenken ist auch, dass bei steigenden Impffzahlen mit unterschiedlich verträglichen Impfstoffen, bei Impfkomplicationen nichtärztlich geleitete Institutionen eher mit deren Einschätzung und Therapie überfordert sein könnten, so dass davon ausgegangen werden kann, dass häufiger Fremdhilfe in Anspruch genommen werden muss. Dies wäre weder im Sinne der Patientensicherheit, noch der Kostenkontrolle.

Zum Artikel 5, Heilmittelwerbegesetz, § 12, Absatz 1 Satz 2:

Das Verbot der Werbung außerhalb der Fachkreise gilt nicht:

... für die Durchführung von Testungen zum Nachweis der in Abschnitt A Nummer 1 der Anlage aufgeführten Krankheiten oder Leiden durch Apothekerinnen und Apotheker.

Die Beschränkung dieser Befreiung vom Werbeverbot auf Apotheker ist nicht nachvollziehbar. Auch Ärztinnen und Ärzte müssten für diese Leistungen werben dürfen.

Zum Artikel 6, Arzneimittelgesetz, § 48a, Absatz 1 Satz 1 u. 2:

Die Abgabe von bestimmten verschreibungspflichtigen Arzneimitteln durch Apotheker zur Anschlussversorgung kann eine sinnvolle Regelung sein, beispielsweise im Urlaub, wenn das Insulin zu Hause vergessen wurde oder an Wochenenden und Feiertagen, wenn es durch Diebstahl oder Fehllagerung nicht mehr zur Verfügung steht. Hier könnten auch Notdienstbesuche eingespart werden.

Allerdings sind sowohl die Positiv- „... sofern die Fortführung der Anwendung keinen Aufschub erlaubt ...“ als auch die Ausnahmekriterien „... ausgenommen sind Arzneimittel mit hohem Missbrauchs- oder Abhängigkeitspotential ...“ und „... die nach Fachinformation eine ärztliche Kontrolle vor der Weiterverordnung erfordern ...“ zu wenig konkret. Wenn im Einzelfall ein Patient ein Medikament ohne Verordnung aufgrund der

subjektiven Einschätzung des Apothekers auf diese Weise erhält und ein anderer in einer anderen Apotheke nicht, führt das einerseits zu einem erhöhtem Beratungsbedarf in den Praxen, andererseits könnten Apotheken auch von Patienten bevorzugt aufgesucht werden, wenn sich solche Unterschiede in sozialen Netzwerken verbreiten. Eine Positivliste der zur Abgabe zur Verfügung stehenden Arzneimittel wäre hier wünschenswert. Dies könnte über die Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV) geregelt werden.

Zum Artikel 6, Arzneimittelgesetz, § 48b, Absatz 1:

Die hier geregelte *Abgabe von bestimmten verschreibungspflichtigen Arzneimitteln durch Apotheker zur Versorgung bei bestimmten Erkrankungen - Verordnungsermächtigung* - lehnen wir ab.

Auch hier wird einmal mehr ein Unterschied zwischen den Berufsgruppen gemacht. Während Ärzte bei Verordnungen budgetiert und regressbedroht sind, könnte hier, möglicherweise auch auf Intervention der Patienten, eher ein verschreibungspflichtiges Medikament abgegeben werden als ein ausreichendes und verfügbares OTC-Präparat. Ungeachtet dessen besteht auch noch das Risiko einer symptomgesteuerten Abgabe von verschreibungspflichtigen Medikamenten, ohne dass die vermeintliche Erkrankung sicher diagnostisch und differentialdiagnostisch abgeklärt wurde.

Zusammenfassung

Dieses Gesetz ist aus unserer Sicht nicht geeignet, die Probleme der Apotheken zu lösen. Es greift aber massiv in die Betreuungsstrukturen von Diabetes-Schwerpunktpraxen ein, führt durch Doppelstrukturen zur Intransparenz in der Versorgung und zur Ungleichbehandlung von Ärzten und Apothekern. Wir fürchten einen erhöhten Beratungsbedarf aufgrund von unzureichend geregelten Schnittstellen in der Versorgung.

Der Gedanke einer frühzeitigen, präventiven Intervention in den Apotheken erscheint zunächst sinnvoll, allerdings ist uns bisher keine Evidenz dafür bekannt, dass solche Maßnahmen auch effektiv im Sinne der Risikoreduktion und Kosteneinsparung sind. Wenn Maßnahmen zur Prävention und Früherkennung von Erkrankungen und Erkrankungsrisiken eingeführt werden, müssen diese evidenzbasiert sein. Fehlt eine solche Evidenz, ist sie zuvor in Modellversuchen nachzuweisen.

Heidenheim, den 04.11.2025

Für den BVND Vorstand



Toralf Schwarz
Vorsitzender BVND



Dr. Ralf-Uwe Häußler
BVND-Vorstandsmitglied