



Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten e. V.

VdPP
Goldbekufer 36
22303 Hamburg
info@vdpp.de

Hamburg, 6. November 2025

Stellungnahme des Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten, VdPP e. V. zum

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit. Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Apothekenversorgung (Apothekenversorgung-Weiterentwicklungsgesetz – ApoVWG).

Die Absicht des Bundesgesundheitsministeriums, die „flächendeckende“ und „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. Allerdings reicht es aus Sicht des VdPP nicht aus, das bisherige Apothekenwesen zu erhalten, sondern es muss aus Sicht des VdPP 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 gewinnen und sie flexibler einsetzen zu können. Allerdings darf das Qualitätsniveau der Arzneimittelversorgung nicht vermindert und die berechtigten Erwartungen an eine „ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung“ von Patient:innen und Verbraucher:innen 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 nur bestätigen, dass „Apotheken in den letzten Jahren bewiesen (haben), dass sie auch in anderen Leistungsbereichen Tätigkeiten qualitativ hochwertig ausführen und zu einem hohen Patientennutzen beitragen können. Ihre vor Ort verfügbare pharmazeutische Expertise stellt eine wertvolle Ressource dar, 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 aber nicht ausreichend.

Hinsichtlich einer tatsächlich zukunftssträchtigen Weiterentwicklung des Apothekenwesens wird eine echte Strukturreform benötigt, die qualitativ hochwertiges pharmazeutisches Arbeiten fördert, die gesellschaftlich breit getragen 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:

- 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 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. Honorar für Dienstleistungen der Apotheken: Mit Verweis auf die finanziell prekäre Lage der Gesetzlichen Krankenversicherung verzichtet der Entwurf auf die von Seiten der Apothekerschaft geforderte Honorarerhöhung (Erhöhung des „Fixums“).
Position des VdPP: Angesichts der letzten Anpassung 2013, der allgemeinen Preis- und Gehaltssteigerungen und der vielen Apothekenschließungen ist die Forderung der Apothekerschaft nach einer Anpassung des Fixums gerechtfertigt. 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. Außerdem müssen durch eine Honorarerhöhung die in Apotheken Beschäftigten profitieren, um deren Gehälter konkurrenzfähig zu anderen Branchen zu machen und dem Fachkräftemangel in Apotheken entgegenzuwirken.
2. Aushandlung des Honorars zwischen GKV und Apothekerschaft wie bei anderen Gesundheitsberufen, nach Einigung aber noch rechtliche Entscheidung im Rahmen der Arzneimittelpreisverordnung.
Position des VdPP: Die Aushandlungslösung kann dann sinnvoll sein, wenn die dort getroffenen Entscheidungen auch verbindlich würden. Bei einer nachgelagerten Entscheidung des zuständigen Ministeriums über die Arzneimittelpreisverordnung wären langwierige Verhandlungen zwischen den Parteien aber unnötig. Stellungnahmen zur Anpassung des Honorars würden ausreichen. Der dreiprozentige Aufschlag pro Arzneimittel darf nicht angetastet werden.
3. Verhandlungen der Selbstverwaltung sollen auch gesonderte Zuschläge für Landapotheken enthalten, derzeit noch über eine Anhebung der Nacht- und Notdienstpauschale.
Position des VdPP: Bis heute gibt es keine Bedarfsplanung im Apothekenwesen. Aus Sicht des VdPP ist dies aber notwendig, um auch in Zukunft die ländliche Bevölkerung (und auch die städtische Bevölkerung in unterversorgten Gebieten) ausreichend zu versorgen. Die Verhandlungslösung kann der VdPP befürworten, wenn die unter 1. und 2. genannten Aspekte berücksichtigt werden. Die Lösung über die Verwendung der aufgelaufenen Gelder im Fonds für pharmazeutische Dienstleistungen ist mittelfristig nicht zielführend, da nach deren Ausgabe keine weitere Anschlussfinanzierung vorgesehen ist und eine Verhandlungslösung mit anschließender Änderung der Arzneimittelpreisverordnung, wenn überhaupt, erst langfristig wirksam werden würde. Angesichts des unsicheren Verhandlungsergebnisses und des Entscheidungsvorbehalts beim zuständigen Ministerium (Apothekenpreisverordnung) ist für die Landapotheken keine mittel- und langfristige zusätzliche Honorierung zu erwarten.

4. Der bisherige Zuschlag für pharmazeutische Dienstleistungen (pDL) in Höhe von 20 Cent pro Packung verschreibungspflichtiger Arzneimittel soll dazu 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: siehe unter Ziffer 3. Langfristig müssen pDL-Gelder auch für pDL zur Verfügung stehen, und zwar nur für pDL. Versorgungsnotwendige Apotheken müssen anders finanziert werden, z. B. auf der Grundlage der Aushandlungen zwischen GKV und Apothekerschaft, die dann aber auch umgesetzt und nicht durch das zuständige Ministerium ausgebremst werden, oder durch staatliche Unterstützung.
5. 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 24.
6. Wiederfreigabe von Skonti: Wenn Apotheken als Handelsunternehmen geführt werden, dann müssen auch Skonti möglich sein.
Position des VdPP: Zustimmung.
7. 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: Der VdPP kann dies mittragen, wenn auch das Honorar für Abgabe, Information und Beratung getragen wird. Insbesondere die Befristung auf ein Jahr und die Evaluationsverpflichtung werden unterstützt. An dieser Stelle wiederholt der VdPP aber, dass von Seiten des VdPP Rabattverträge der Krankenkassen abgelehnt werden. Rabattverträge sind intransparent und belasten häufig Patient:innen.
Der im Entwurf vorliegende Wortlaut, „sofern rabattierte Arzneimittel nicht verfügbar sind“ ist ungenau, was zu Auseinandersetzungen zwischen Apothekerschaft und Krankenkassen führen wird.
8. PTA-Befugniserweiterung: Nach den Vorgaben des Referentenentwurfs für das ApoVWG sollen PTA nach einer Weiterbildung insgesamt bis zu 20 Tage Vertretung des Apothekers durch PTA möglich machen, davon 10 Tage zusammenhängend. Eine zweijährige berufsbegleitenden Weiterbildung soll dafür notwendig sein.

Position des VdPP: Der VdPP hält es zur Attraktivitätssteigerung des PTA-Berufes für notwendig, dass den PTA Weiterentwicklungsmöglichkeiten im Beruf 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 die Weiterbildungen der PTA so ausgestaltet werden, dass sich während ihrer Vertretungszeiten voraussichtlich keine Verschlechterungen der Arzneimittelversorgung und der Arzneimitteltherapiesicherheit während des Apothekenbetriebs und aufgrund der PTA-Aus- und Weiterbildung im Vergleich zu den Pharmazieingenieuren ergeben. Zudem sollte eine Prüfung der weitergebildeten Personen vor einer apotheken- und kammerunabhängigen Prüfungskommission vorgesehen werden. Weiterhin sollte die Vertretungszeit zunächst auf bis zu 20 Tage im Jahr festgelegt werden, davon aber nur zwölf Tage zusammenhängend (zwölf statt 10 aufgrund der Sechstageswoche für Apotheken). Darüber hinaus sollte wissenschaftlich evaluiert werden, wie sich diese Vertretungsberechtigungen auf Arzneimittelversorgung und Arzneimitteltherapiesicherheit auswirken. Außerdem sollte die Vertretung von der zuständigen Behörde zunächst genehmigungspflichtig sein, 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. Weitergebildete PTA sollten nur vertretungsberechtigt sein, wenn sie in der Apotheke, in der sie die Vertretung übernehmen, in den letzten 12 Monate durchschnittlich 30 Stunden/Woche gearbeitet haben. Ein Hopping durch weitergebildete PTA sollte damit unterbunden werden.

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

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

10. Neue Pharmazeutische Dienstleistungen, pDL: 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: a. Beratung mit Messungen zu Risikofaktoren von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes mellitus. b. Beratung in Form einer Kurzintervention zur Prävention tabakassoziierten 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.

11. Neue pharmazeutische Dienstleistungen:

Erweiterte Einweisung in die korrekte Arzneimittelanwendung mit Autoinjektoren. Das kann der VdPP uneingeschränkt befürworten.

Pharmazeutisches Medikationsmanagement bei komplexer oder neu verordneter Dauermedikation. Auch dies kann der VdPP befürworten. Dass vor dieser Pharmazeutischen Dienstleistung zuvor eine ärztliche Verschreibung vorliegen muss, sollte befristet werden, bis Ergebnisse dieser Regelung zwischen Apothekerschaft, Ärzteschaft, Pflegewissenschaft und Arzneimittelversorgungsforscher:innen diskutiert und Vor- und Nachteile 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.

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.

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

Position des VdPP: Dem kann der VdPP zustimmen.

13. 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. Apothekerinnen und Apotheker haben durch ihre besondere Stellung im Gesundheitswesen (öffentlicher Auftrag zur ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung) und die damit verbundenen Rechte und Pflichten den Auftrag, Patient:innen mit Einhaltung der Verschreibungspflicht zu schützen. Würde man den Verbraucherschutz an dieser Stelle aushöhlen, wäre mittelfristig auch die Position der Apothekerinnen und Apotheker in Frage gestellt.

Die 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 denkbar. Da eine solche 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 Sparinteressen der 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 im Einvernehmen 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.

14. 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).

Position des VdPP: Der VdPP lehnt diese Regelung ab aus den schon unter Ziffer 13 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 erkennt der VdPP an, 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 (PMV) die bessere Lösung sind, um die Probleme zu lösen. In solchen PMV 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 PMV 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 PMV aufgrund ihrer medizinischen Bewertung übernommen, modifiziert oder abgelehnt werden. Außerdem könnten in PMV verankerten Apotheker:innen den Patient:innen die Handhabung der verordneten Medikamente erklären und das häusliche Arzneimittelmanagement 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.

15. Wenn die unter Ziffer 13 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.

16. 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
17. 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. Apotheken sollten aber für Notfälle geschult sein, Impfungen durchführen zu können, z. B. bei pandemisch begründbaren Notfällen („Erste Hilfe“). Ansonsten bleiben Impfungen Aufgabe von Ärzt:innen und ÖGD. Es fehlen derzeit verlässliche Erkenntnisse, dass diese Dienstleistung überhaupt ökonomisch (für die Apotheker*innen) und aus Public Health-Sicht (Erhöhung der Impfquote) sinnvoll ist. Die bisher vorliegenden Erkenntnisse zu Impfungen durch Apotheken in der Bundesrepublik fußen weitgehend auf interessen-geleiteten Untersuchungen oder anekdotischen Informationen.
18. 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 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. 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.
19. Filialapotheken: zwei in Teilzeit beschäftigte Apotheker sollen zukünftig gemeinsam eine Filiale leiten können.
Position des VdPP: Zustimmung
20. Filialleiter können ihre Verantwortlichkeiten untereinander aufteilen.

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

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

Position des VdPP: Die Erleichterungen sollten auch in benachteiligten Quartieren von Städten möglich sein. Allerdings fehlen Vorgaben, was unter abgelegene Regionen und benachteiligten Quartieren genau zu verstehen ist.

22. Zweigapotheken sollen für 10 Jahre genehmigt werden können, anstatt wie bisher nur für fünf Jahre.

Position des VdPP: Zustimmung.

23. 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.

24. 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.

25. Apothekeninhaber:innen können künftig neben ihren Haupt- und Filialapotheken bis zu zwei Zweigapotheken betreiben.

Position des VdPP: Zustimmung.

26. Vor dem Betreiben einer Zweigapotheke muss die Erlaubnis von der zuständigen Behörde erteilt werden. Bisher besteht ein Ermessensspielraum der Behörde.

Position des VdPP: Die zuständige Behörde muss weiterhin einen Ermessensspielraum haben.

27. Zwei Apotheker:innen sollen zukünftig Zweigapotheken oder Filialapotheken leiten können, Inhaber:innen von Apothekenverbänden können auch selbst die Leitung von Zweigapotheken übernehmen.

Position des VdPP: Zustimmung.

28. Apotheker:innen mit ausländischem Abschluss soll künftig die Gründung von Apotheken möglich sein – statt wie bisher nur die Übernahme.

Position des VdPP: Zustimmung. Wie bei allen Gründungen muss die Qualität der ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung gewährleistet sein.

29. Fachpersonal im Anerkennungsverfahren soll bereits während des Verfahrens wie Personen in der Ausbildung eingesetzt werden können.

Position des VdPP: Zustimmung. Die Qualität der ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung muss gewährleistet sein.

30. Personen ohne pharmazeutische Ausbildung dürfen für Hilfstätigkeiten eingesetzt werden, auch »in der Arzneimittelherstellung oder -prüfung«. Position des VdPP: Es muss sichergestellt sein, dass tatsächlich nur Hilfstätigkeiten durchgeführt werden. Eine engmaschige Kontrolle durch pharmazeutische Fachkräfte ist notwendig. Die Qualität der ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung darf nicht gefährdet werden.
31. 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. Wetterereignisse) ausreichend versorgen zu können.
32. Die Vorgaben an die Raumeinheit – der Zugang zu allen Räumen ohne Verlassen der Apotheke – sollen für Sonderfälle flexibilisiert werden. Die zuständige Behörde darf Ausnahmen ermöglichen. Position des VdPP: Zustimmung, aber die zuständige Behörde ist bei der Planung schon einzubeziehen.
33. Die Apothekenöffnungszeiten werden 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.
34. Heimversorgung: Im Rahmen eines Heimversorgungsvertrags dürfen Arztpraxen künftig E-Rezepte für die von der heimversorgenden Apotheke versorgten Heimbewohnerinnen und -bewohner sammeln und an die heimversorgende Apotheke weiterleiten. Position des VdPP: Dem kann zugestimmt werden, denn ein solches Verfahren wird bislang mit Papierrezepten bereits schon so praktiziert, ohne dass dadurch verursachte Verschlechterungen der Versorgung der Patient:innen bekannt wurden.
35. Die Apotheken dürfen Betäubungsmittel künftig im Kommissionierer lagern. Position des VdPP: Ablehnung: Kommissionierer fallen gelegentlich aus, sodass die Versorgung gefährdet sein kann, was bei der Versorgung mit Betäubungsmitteln nicht akzeptabel ist. Außerdem stellt sich die Frage, ob dann weiterhin noch Tresore in Apotheken ohne Kommissionierer durchsetzbar sind.
36. 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 Versandhandel mit Arzneimittel, 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 aber 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

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 Landesorganisationen
- 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