

Resolution

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker greift das Angebot zum Dialog von Frau Gesundheitsministerin Warken auf und erwartet Nachbesserungen an den vorgestellten Eckpunkten.

Sie fordert die Bundesregierung und die Fraktionen der CDU/CSU und SPD auf, die Vereinbarungen im Koalitionsvertrag unverzüglich umzusetzen: eine sofortige Erhöhung des packungsbezogenen Honorars für öffentliche Apotheken als Soforthilfe gegen das Apothekensterben. Ebenso fordern wir eine klare Ablehnung der Idee einer „Apotheke ohne Apotheker“.

Wir erwarten von der Bundesregierung Verlässlichkeit, besonders in Zeiten großer Herausforderungen für unser Gesundheitssystem. Nur durch starke Apotheken vor Ort und eine stabile, wohnortnahe Arzneimittelversorgung können diese bewältigt werden.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2025 – Düsseldorf
Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

**1. Sicherstellung der Versorgung
durch öffentliche Apotheken**

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2025 – Düsseldorf

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache L 1 zu 1.1.1 - 1.1.2
angenommen

Antragsteller: ABDA-Vorstand
Apothekerverband Nordrhein e. V.

Antragsgegenstand: Koalitionsvertrag/Ordnungsrechtliche
Rahmenbedingungen für Apotheken

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert die Bundesregierung und den Gesetzgeber auf, bei der Umsetzung der im Koalitionsvertrag zwischen CDU/CSU und SPD vereinbarten Maßnahmen die ordnungsrechtlichen Rahmenbedingungen für die ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung der Bevölkerung durch öffentliche Apotheken und Krankenhausapotheken im Sinne einer resilienten und krisenfesten Versorgungsstruktur, die auf der pharmazeutischen Kompetenz der Apotheker*innen als freiem Heilberuf aufbaut, zu festigen und auszubauen. Insbesondere sind die folgenden Punkte des Koalitionsvertrages zeitnah umzusetzen:

- Erhöhung des Apothekenpackungsfixums einmalig auf 9,50 Euro bzw. in Abhängigkeit vom Versorgungsgrad insbesondere für ländliche Apotheken in einem Korridor bis zu 11,00 Euro und dessen regelmäßige Dynamisierung
- Aufhebung des Skonti-Verbotes
- Ausbau der Strukturen in den Vor-Ort-Apotheken für Präventionsleistungen
- Erleichterung der Abgabe und des Austausches von Arzneimitteln
- Entlastung von der Bürokratie und den Dokumentationspflichten
- Abschaffung von Nullretaxationen aus formalen Gründen
- Vereinheitlichung der Vorgaben für Vor-Ort-Apotheken und Versandapotheke, insbesondere bei der Einhaltung von Kühlketten und Nachweispflichten
- Den Apothekerberuf heilberuflich weiterzuentwickeln

Begründung

Im Koalitionsvertrag der aktuellen Bundesregierung haben CDU/CSU und SPD ausdrücklich vereinbart, Apotheken zu stärken und den Apothekerberuf als Heilberuf weiterzuentwickeln. Dieses übergeordnete Ziel ist unbedingt begrüßenswert. Die im Vertrag konkret aufgeführten Einzelmaßnahmen (z. B. Ausbau von Präventionsleistungen, Bürokratieentlastung und Abschaffung von Nullretaxationen aus formalen Gründen, Stärkung von Apotheken im ländlichen Raum) besitzen ein großes Potential zur Sicherung der flächendeckenden Versorgungsstruktur in Deutschland.

Wichtig bei der Konzeption und Umsetzung aller Maßnahmen wird es sein, die bewährten ordnungsrechtlichen Rahmenbedingungen sowohl für öffentliche Apotheken als auch für Krankenhausapotheke zu beizubehalten und punktuell noch zu verbessern. Hierzu zählen neben dem im Koalitionsvertrag ausdrücklich genannten Fremdbesitzverbot insbesondere auch das Mehrbesitzverbot (Vorgaben für Filialapotheke), die grundsätzliche Apothekenpflicht für Arzneimittel, die einheitliche Preisbildung für verschreibungspflichtige Arzneimittel (Rx-Arzneimittel), die gleichberechtigte Vertragspartnerschaft zwischen dem Spaltenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) und dem Deutschen Apothekerverband e. V. (DAV) sowie die jeweils sektorale Zuständigkeit von öffentlichen Apotheken und Krankenhausapotheke. Durch diesen Regulierungsrahmen nutzt der Gesetzgeber die heilberuflichen Kompetenzen der Apotheker*innen sinnvoll für die Erfüllung der ihm obliegenden verfassungs- und unionsrechtlichen Pflicht, eine sichere und flächendeckende Arzneimittelversorgung in Deutschland zu gewährleisten.

Maßnahmen zur weiteren Digitalisierung der Gesundheitsversorgung werden von der deutschen Apothekerschaft befürwortet. Apotheken sind – wie sich am Beispiel der Einführung der elektronischen Verschreibung belegen lässt – oft Vorreiter bei der praktischen Umsetzung. Gerade in einem zunehmend digitalisierten Umfeld ist es aber umso wichtiger, die Apotheke vor Ort als erste Anlaufstelle in der Gesundheitsversorgung strukturell zu stärken, wie es der Koalitionsvertrag vorsieht.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2025 – Düsseldorf

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache L 2 zu 1.2.1 - 1.2.5
angenommen

Antragsteller:

ABDA-Vorstand
Apothekerkammer Westfalen-Lippe
Apothekerkammer des Saarlandes
Saarländerischer Apothekerverein e. V.
Apothekerkammer Hamburg
Apothekerkammer Berlin

Antragsgegenstand:

Apotheke der Zukunft (AdZ)

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert die Bundesregierung und den Bundesgesetzgeber auf, die Kompetenzen der deutschen Apotheker*innen zum Wohle der Patient*innen im Sinne des Positionspapiers „In eine gesunde Zukunft mit der Apotheke“ der ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V. noch stärker zu nutzen sowie die notwendigen Rahmenbedingungen zu schaffen, um die Apotheken vor Ort zu stärken und die Übernahme neuer Aufgaben zu ermöglichen.

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker spricht sich dafür aus, zügig an konkreten Konzepten mitzuwirken und so aktiv die Transformation des Berufsbildes und der Apotheke vor Ort zu gestalten.

Begründung

Damit eine gute Gesundheitsversorgung auch in Zukunft gewährleistet bleibt, müssen alle vorhandenen Fachkräfte bestmöglich eingesetzt werden – für eine schnelle, professionelle, qualitätsgesicherte und wohnortnahe Versorgung der Patient*innen. Die approbierten Apotheker*innen als akademisch hochqualifizierte Arzneimittelexpert*innen bieten großes Potenzial für die Gesundheitsversorgung der Menschen. Es gilt, diese Kompetenzen noch gezielter zu nutzen.

Im Jahr 2014 verabschiedete der Deutsche Apothekertag in München mit großer Mehrheit das Perspektivpapier „Apotheke 2030“. In diesem Papier wurden zentrale Zukunftsaufgaben, wie z. B. Medikationsanalyse und Medikationsmanagement sowie die Stärkung der heilberuflichen Rolle der Apotheker*innen, definiert.

Angesichts zunehmender Versorgungsprobleme – darunter Lieferengpässe, überfüllte Notfallambulanzen, Haus- und Facharztpraxen sowie der demografische Wandel – hat die ABDA im Juli 2024 zur Weiterentwicklung des Perspektivpapiers die Task-Force „Apotheke der Zukunft“ eingesetzt. Ihr Auftrag: Auf Basis der bisherigen Vorarbeiten, konkrete Leistungsangebote für die zukünftige Rolle der Apotheken vor Ort zu entwickeln.

Auf Grundlage der erarbeiteten Ergebnisse wurde im Frühjahr 2025 ein Entwurf für ein strategisches Positionspapier erstellt. Dieser Entwurf wurde weiter überarbeitet: Anregungen und

Rückmeldungen des Gesamtvorstandes und der Mitgliedsorganisationen wurden aufgenommen und in enger Abstimmung mit dem ABDA-Vorstand weiterentwickelt. Mit dem am 9. April 2025 veröffentlichten Positionspapier „In eine gesunde Zukunft mit der Apotheke“ macht die ABDA Vorschläge, welche weiteren Aufgaben Apotheken vor Ort zukünftig übernehmen können – immer mit dem Ziel, die Gesundheitsversorgung in Deutschland nachhaltig zu stärken. Die vorgeschlagenen Aufgaben in der Primärversorgung und Prävention zielen darauf ab, das Potenzial der Apotheker*innen als hochqualifizierter akademischer Heilberuf in den etwa 17.000 Apotheken vor Ort stärker zu nutzen. Diese sind stets am Bedarf der Patient*innen ausgerichtet und darauf ausgelegt, den Herausforderungen im Gesundheitswesen wirksam zu begegnen. Gleichzeitig verdeutlicht das Positionspapier, dass eine bedarfsgerechte und patient*innenzentrierte Weiterentwicklung apothekerlicher Leistungen eine enge Zusammenarbeit zwischen allen Akteur*innen des Gesundheitswesens erfordert.

Des Weiteren wurde in dem mit „Verantwortung für Deutschland“ betitelten Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD für die 21. Legislaturperiode apothekenbetreffend wie folgt ausgeführt¹:

„Die Vor-Ort-Apotheken sind häufig erste Anlaufstelle in der Gesundheitsversorgung. Das Fremdbesitzverbot bekräftigen wir und stärken insbesondere Apotheken im ländlichen Raum. Wir bauen Strukturen in den Vor-Ort-Apotheken für Präventionsleistungen aus, erleichtern die Abgabe und den Austausch von Arzneimitteln und entlasten sie von Bürokratie und Dokumentationspflichten.“

Nullretaxationen aus formalen Gründen schaffen wir ab. Das Skonti-Verbot heben wir auf. Wir erhöhen das Apothekenpackungsfixum einmalig auf 9,50 Euro. In Abhängigkeit vom Versorgungsgrad kann es insbesondere für ländliche Apotheken in einem Korridor bis zu 11,00 Euro betragen.

Künftig wird die Vergütung zwischen den Apothekerinnen und Apothekern und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) ausgehandelt. Auch vereinheitlichen wir die Vorgaben für Vor-Ort-Apotheken und Versandapothen, insbesondere bei der Einhaltung von Kühlketten und Nachweispflichten.

Den Apothekerberuf entwickeln wir zu einem Heilberuf weiter.“

Aus dem Positionspapier, der nachfolgenden Diskussion und damit Apotheken zukünftig „erste Anlaufstelle in der Gesundheitsversorgung“ sind, lassen sich vier zentrale Leistungsfelder für zukünftige Versorgungsbausteine in der Apotheke vor Ort ableiten.

1. Prävention und Früherkennung:

Apotheken vor Ort können durch die Ausweitung von Impfungen, Gesundheits-Checks und Beratungsangebote einen niedrigschwälligen Zugang zu präventiven Leistungen ermöglichen und damit noch stärker zur Vorbeugung und Früherkennung von Erkrankungen beitragen.

2. Mehr Unterstützung für Chroniker*innen:

Apotheken können durch strukturierte Angebote, wie interprofessionelles Medikationsmanagement, Begleitung von Patient*innen in den ersten Wochen der Einnahme einer neuen Dauermedikation, Unterstützung bei der Dauermedikation (z. B. Erinnerungsservice), Rezeptverlängerungen und Notfallversorgung mit einer kleinen Packung der Dauermedikation, die Arzneimitteltherapiesicherheit und Therapietreue (Adhärenzsteigerung) von Menschen mit chronischen Erkrankungen verbessern.

¹ Randziffer 3418 ff

3. Mehr Kompetenzen bei Lieferengpässen:

Apothekenteams sollen erweiterte Handlungsspielräume erhalten, um Patient*innen auch bei Engpässen zügig versorgen zu können – z. B. durch Austausch nicht verfügbarer Arzneimittel gegen wirkstoffgleiche (aut idem) oder therapeutisch vergleichbare Alternativen (aut simile) ohne erneuten Arztkontakt.

4. „Pharmacy First“ bei akuten, unkomplizierten Erkrankungen:

Apotheken können noch mehr als bisher als erste Anlaufstelle bei leichten Beschwerden fungieren. So können Patient*innen bei einer definierten Auswahl akuter, unkomplizierter Erkrankungen von Apotheker*innen nach festgelegten Handlungsempfehlungen mit rezeptpflichtigen Arzneimitteln direkt versorgt werden.

Hausarztpraxen sind vielerorts überlastet, insbesondere in ländlichen Regionen droht eine Unterversorgung. Durch den demografischen Wandel wird der Druck auf das Gesundheitswesen zunehmend weiter erhöht. Gleichzeitig zeigt die Bevölkerung eine hohe Bereitschaft, die Apotheke vor Ort als erste Anlaufstelle bei leichten gesundheitlichen Beschwerden aufzusuchen. Ein zeitgemäßes „Pharmacy First“-Modell, das ohne eine Voraussetzung eines Notfalles handlungsfähig ist, kann die Versorgung effizient verbessern, Wartezeiten reduzieren und das ärztliche System entlasten, wodurch sich Ärzt*innen auf die Behandlung schwerwiegender Erkrankungen konzentrieren können. Dabei sollen klar definierte Indikationen (z. B. unkomplizierte Harnwegsinfekte, Bindegaukutenzündung, ...) sowie ein evidenzbasierter Rahmen zur Anwendung kommen. Die Abgabe von Arzneimitteln erfolgt nach pharmazeutischer Beratung, Erfüllung festgelegter Kriterien (z. B. positiver Schnelltest, Dauermedikation) und Handlungsempfehlungen.

In Deutschland suchen viele Patient*innen bei Bagatellerkrankungen direkt die Notaufnahme auf, kontaktieren die 116117 oder nutzen die Chat-Funktion des „Patienten-Navi“. Bisher erscheinen Apotheken dort nur im Zusammenhang der Belieferung von Rezepten durch Notdienstapotheken – nicht aber als wichtige Säule der Beratung und Erstversorgung von Patient*innen mit Bagatellerkrankungen.

Eine systematische Integration der Apotheken in die Triage der 116117 – etwa durch eine explizite Empfehlung bei geeigneten Symptomen – würde:

- die Notaufnahmen und ärztlichen Bereitschaftsdienste sowie ambulante Praxen entlasten,
- die Versorgung beschleunigen und Kosten einsparen und
- die Rolle der Apotheken im Gesundheitssystem stärken.

In vielen Ländern sind Apotheken bereits fest in die Notfallversorgung integriert und übernehmen eine wichtige Rolle bei der Erstversorgung von Patient*innen mit geringfügigen Beschwerden. Sie fungieren als erste Anlaufstelle, bieten niedrigschwellige Beratung und Versorgung, leisten pharmazeutische Triage und verweisen gezielt weiter, wenn ärztliche Hilfe erforderlich ist.

Im Vereinigten Königreich beispielsweise werden über den NHS Community Pharmacist Consultation Service (CPCS) Patient*innen mit Bagatellerkrankungen direkt von

der Hotline NHS 111 an Apotheken verwiesen. Studien zeigen, dass Apotheker 98 Prozent dieser Fälle eigenständig managen können – mit hoher Patient*innenzufriedenheit und deutlicher Entlastung der Notaufnahmen.

In Frankreich übernehmen Apotheker*innen ebenfalls eine Lotsenfunktion und helfen, echte Notfälle von selbst behandelbaren Beschwerden zu unterscheiden. Die Regierung hat Apotheken gezielt in die ambulante Akutversorgung eingebunden.

Ein frühes Eingreifen kann also gesundheitsförderlich sein, die ambulante und stationäre Versorgung entlasten, Effizienzen im Gesundheitssystem steigern und Kosten für die gesetzliche und private Krankenversicherung senken. Ein „Pharmacy First“-Modell verhindert unnötige Mehrfachkontakte. Eine direkte Versorgung in der Apotheke spart somit Zeit und Wege (volkswirtschaftliche Relevanz) und stärkt das Vertrauen in ein effizient funktionierendes Gesundheitssystem.

Eine enge Abstimmung zur Einbindung in die Ersteinschätzungssysteme zwischen Politik, Vertreter*innen der Ärzteschaft und der Apothekerschaft ist unabdingbar.

Zudem ist die Etablierung eines (honorierten) Hausapothekenmodell (korrelierend zum Hausärztemodell) förderlich für die weitere Entwicklung der Apotheke, denn

Apotheken

- sind verantwortlich für die Sicherheit und Wirksamkeit des Arzneimittelgebrauchs.
- pflegen ein elektronisches Patient*innendossier, worin der aktuelle Arzneimittelgebrauch der Patient*innen registriert und überwacht wird.
- schließen mit den Patient*innen eine „pharmazeutische Behandlungsübereinkunft“ ab, die den*die Apotheker*in zur umfassenden Information der Patient*innen verpflichtet.
- informieren die Patient*innen abgestimmt auf die individuellen Kenntnisse und Bedürfnisse über den Gebrauch des verordneten Arzneimittels, die Art und das Ziel der Behandlung und die zu erwartenden Wirkungen und Nebenwirkungen der Pharmakotherapie.
- nehmen regelmäßig an Pharmakotherapiezirkeln teil, d. h. an regelmäßigen regionalen Treffen zwischen Apotheker*innen und den umliegenden Hausärzt*innen zu bestimmten Themen.

Es liegt in der Verantwortung der Politik, die notwendigen Rahmenbedingungen zu schaffen, um Apotheken die Übernahme neuer Versorgungsaufgaben zu ermöglichen. Dabei ist eine enge Zusammenarbeit zwischen allen Professionen des Gesundheitswesens entscheidend, um eine nachhaltige, zukunftsorientierte und patientenzentrierte Weiterentwicklung des gesamten Gesundheitswesens voranzutreiben.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2025 – Düsseldorf

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 1.3
angenommen

Antragsteller: Apothekerverband Westfalen-Lippe e. V.

Antragsgegenstand: Maßnahmen zur Steigerung der Existenzgründungen

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker spricht sich dafür aus, ein Bündel von Maßnahmen und Aktionen zu entwickeln, um im Berufsstand das Interesse an Selbstständigkeit und Unternehmertum zu steigern und somit der sinkenden Zahl von Existenzgründungen und Apothekenübernahmen gegenzusteuern.

Begründung

530 Apotheken sind im Jahr 2024 bundesweit geschlossen worden. 530 Betriebe, für die sich – aus vielerlei Gründen – keine Nachfolgeregelung gefunden hat. Zugleich ist die Zahl der Neugründungen verschwindend gering gewesen: Im Jahr 2024 sind gerade einmal 48 Apotheken neu eröffnet worden. 2022 waren es noch 68.

Die „Arbeitsmarkt- und Bedarfsanalyse für Apotheker und Apothekerinnen sowie Apothekenberufe“ der ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V. hat ergeben, dass Ende des Jahres 2023 46,5 Prozent der Apothekeninhaber*innen 56 Jahre und älter waren. Somit ist in den nächsten Jahren mit einem besonders hohen Ersatzbedarf an Apothekeninhaber*innen zu rechnen. Mehr als ein Viertel der Apotheken steht der Analyse zufolge mit hoher Wahrscheinlichkeit vor einem Besitzerwechsel. Betrachtet man die Apothekeninhaber*innen, die bis Ende des Jahres 2033 altersbedingt in Rente gehen könnten, erhöht sich der Anteil sogar auf 42,7 Prozent. Zugleich nimmt die Bereitschaft junger Apotheker*innen, eine Apotheke zu leiten, in den Jahren 2014 bis 2023 immer weiter ab. „Die Suche nach einem/einer geeigneten Nachfolger/Nachfolgerin wird schwieriger. Daher sollten große Anstrengungen unternommen und Maßnahmen ergriffen werden, die Selbstständigkeit als Apothekeninhaber bzw. Apothekeninhaberin für den Nachwuchs attraktiv zu gestalten“, heißt es in der Analyse der ABDA.

Hauptgrund für die mangelnde Bereitschaft, eine Apotheke zu übernehmen oder neu zu gründen, dürften die schwierigen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für Apotheken sein, ebenso wie die mangelnde Planungssicherheit aufgrund immer neuer Vorgaben durch die Politik. Ermüdende Bürokratie, wirtschaftliche Risiken infolge von Retaxationen und der Vorfinanzierung von Hochpreisern sowie persönliche Haftungsrisiken kommen hinzu. ABDA, der Deutsche Apothekerverband e. V. (DAV) und die Bundesapothekerkammer (BAK) arbeiten seit Jahren an der Verbesserung dieser Rahmenbedingungen durch ein systematisches Lobbying sowie eine intensive Öffentlichkeitsarbeit. Daraus ergibt sich allerdings das Dilemma, dass die Gründungsneigung bei jungen Apotheker*innen nicht steigt, wenn der Berufsstand selbst im-

mer wieder auf die wirtschaftlichen Schwierigkeiten hinweisen muss. Dem ist durch die Betonung der positiven Aspekte des Unternehmertums gegenzusteuern, denn es gibt nach wie vor sehr viele Apotheken mit Zukunftspotenzial.¹

Ganz unabhängig von der apothekerlichen Branche verharrt die Zahl der Existenzgründungen insgesamt auf einem zu niedrigen Niveau und bleibt vor allem deutlich hinter der Zahl der Gründungsinteressierten zurück, wie eine Studie der Bertelsmann-Stiftung ergeben hat.² Mit Blick auf den demografischen Wandel und die hohe Zahl von Unternehmern aus der Boomer-Generation, die in den kommenden Jahren in den Ruhestand treten, wird dies zu einem zunehmenden gesamtgesellschaftlichen Problem.

Gründe, warum junge Menschen ihren Gründungswunsch nicht umsetzen, gibt es viele:

- kein Vertrauen in die eigene Kompetenz,
- fehlende Erfahrungen und mangelndes Wissen,
- Angst vor hoher Arbeitsbelastung und Stress,
- Scheu vor übermäßigen bürokratischen Hürden,
- ein aktuell starker Arbeitsmarkt, der viele Fachkräfte bindet und damit die Notwendigkeit reduziert, sich selbstständig zu machen,
- vor allem bei Frauen eine vergleichsweise geringe Gründungsneigung, was insbesondere in einem Beruf mit einem Frauenanteil von 72 Prozent zur Herausforderung wird. Dieser hohe Anteil spiegelt sich jedoch nicht bei den Existenzgründungen wider: Nicht einmal jeder zweite Gründende ist weiblich.³

Zumindest bei solchen vermeintlichen Hindernissen, die Gründungswillige ausbremsen, kann der Berufsstand gegensteuern, indem ABDA und/oder DAV Maßnahmen ergreifen und Aktionen realisieren, die eine gründungspositive Atmosphäre fördern und aufzeigen, wie sich Hürden überwinden lassen. Bislang fokussiert sich der Berufsstand mit seinen Maßnahmen zur Fachkräftegewinnung vor allem auf Schüler*innen sowie Student*innen.

Zu denken ist bei diesen Maßnahmen beispielweise an

- eine systematische Erfassung von Schließungsgründen, aber auch von Hemmnissen für Existenzgründungen, um daraus Maßnahmen zu entwickeln,
- die Ableitung von Maßnahmen auf Grundlage der BAK-Umfrage aus dem Jahr 2021, in der beim Berufsnachwuchs abgefragt wurde, welche Maßnahmen auf dem Weg in die Selbstständigkeit als hilfreich angesehen werden,
- Maßnahmen zur Förderung von betriebswirtschaftlichem Denken und Handeln,
- den Auf- bzw. Ausbau von Netzwerken für Gründungsinteressierte,

¹ Gute Gründe fürs Gründe, Interview mit Markus Schniedermeier, Treuhand Hannover: <https://www.apotheker-verband.de/presse/aktuelles/gute-gruende-fuers-gruenden/> (abgerufen am 09.07.2025).

² Bürger, Tobias e.a.: Gründungsbereitschaft junger Menschen in Deutschland, hg.v. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh 2024, online: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/Junge_Menschen_und_Wirtschaft/GenNow_Gruendungsinteresse_Junger_Menschen_2024.pdf (abgerufen am 26.05.2025).

³ Weniger Frauen bei Apothekengründungen, Pharmazeutische Zeitung vom 08.03.2024, <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/weniger-frauen-bei-apothekengruendungen-145993/>

- eine Informationskampagne, in der verschiedene Gründer und Gründungsmodelle sichtbar gemacht werden und die ein positives Bild des Unternehmertums stärkt sowie die Machbarkeit auch für verschiedene Lebensentwürfe aufzeigt,
- den erleichterten Zugang zu Startkapital,
- einen niedrigschwelligen Zugang zu neutralen Informationen,
- die Nutzung von verschiedenen zielgruppengerechten Kommunikationskanälen,
- die Durchführung eines jährlich stattfindenden Gründerkongresses,
- die Aufsetzung von Mentorenprogrammen,
- die Ermöglichung von Verbandsmitgliedschaften bereits in der Gründungsphase,
- die Entwicklung und Durchführung einer schlagkräftigen, zielgruppengerechten Medienkampagne.

Bei den genannten Punkten handelt es sich um erste beispielhafte Ideenvorschläge als Grundlage für die Entwicklung eines systematischen Konzeptes. Positive Beispiele aus anderen Branchen bzw. von anderen Organisationen – zum Beispiel der Tag der Jungen Freien Berufe des Bundesverband der Freien Berufe e. V. (BFB) – können hier als Vorbild und Ideenanregungen dienen. Zwar engagieren sich viele Landesorganisationen z. B. mit ihren Seminarangeboten sowie Existenzgründerworkshops dafür, dass sich junge Apotheker*innen selbstständig machen. Wenn aber bundesweit koordiniert vorgegangen wird, kann die Aufmerksamkeit für ein solches Paket von Maßnahmen deutlich gesteigert werden. Denkbar wäre, dass Bundes- und Landesorganisationen in einem Arbeitskreis Ideen und Erfahrungen austauschen, um so Blaupausen für ein orchestriertes Vorgehen zu entwickeln.

Weil die sinkende Bereitschaft von jungen Apotheker*innen, einen Gründungswunsch auch in die Realität umzusetzen, zunehmend zum Risiko für die sichere und qualitativ hochwertige flächendeckende Arzneimittelversorgung der Patient*innen wird, sollte die Entwicklung eines entsprechenden Konzepts im Übrigen nicht allein als Sache der wirtschaftlichen Organisationen angesehen werden, sondern des gesamten Berufsstandes und somit der ABDA.

Nicht nur verbesserte Rahmenbedingungen zu fordern, sondern sich zugleich noch besser sichtbar für ein positives Existenzgründerklima einzusetzen und entsprechende Unterstützungsangebote zu machen, und zwar im Sinne der Versorgungssicherheit und Daseinsvorsorge für die Menschen, würde im Übrigen das Standing der Berufsvertreter*innen gegenüber der Politik zusätzlich erhöhen.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2025 – Düsseldorf

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 1.4
angenommen

Antragsteller: **Apothekerkammer Berlin**

Antragsgegenstand: **Information Prävention § 25b SGB V**

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber auf, die rechtlichen Rahmenbedingungen dafür zu schaffen, dass die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) über die nach § 25b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) datengestützte Auswertung hinaus aktiv auf ihre Versicherten zugehen, um diese gezielt über präventive Angebote in Apotheken informieren zu können. Dabei sollen Apotheken neben Arztpraxen explizit als niedrigschwellige und wohnortnahe Anlaufstellen genannt werden. Den Krankenkassen soll die Möglichkeit des Verweises auf eine digitalen Terminvereinbarung in Apotheken und Arztpraxen ermöglicht werden.

Begründung

Mit § 25b SGB V wurde den Krankenkassen die Möglichkeit eingeräumt, ihre Versicherten direkt zu gesundheitsfördernden Angeboten zu informieren. Impfungen gehören zu den wirksamsten präventiven Maßnahmen im Gesundheitswesen. Apotheken leisten hier durch ihre Impfangebote (aktuell gegen Grippe und COVID-19) einen wichtigen Beitrag zur öffentlichen Gesundheit.

Durch die direkte Ansprache der Versicherten können Informationslücken geschlossen, Impfquoten erhöht und Versorgungsstrukturen entlastet werden. Die Möglichkeit einer digitalen Terminbuchung erhöht zudem die Akzeptanz und die Annahme des Angebotes. Auch weitere Information zu künftigen präventiven Leistungen in Apotheken (z. B. pharmazeutische Dienstleistungen) wäre somit möglich.

Die Einbindung eines von der Apothekerschaft und Ärzteschaft unterstützten Terminbuchungssportals würde sicherstellen, dass interessierte Versicherte unkompliziert z. B. einen Impftermin vereinbaren können – digital, barrierearm und lokal. Dieser Antrag stärkt die Rolle der Apotheken in der Prävention und nutzt vorhandene gesetzliche Rahmenbedingungen sinnvoll zum Vorteil der Versicherten.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2025 – Düsseldorf

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 1.5

Änderungsantrag angenommen

Antragsteller: **Landesapothekerkammer Hessen**

Antragsgegenstand: **Ausdrückliches Verbot des privaten Weiterverkaufs von Arzneimitteln**

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, wirksame Maßnahmen zu ergreifen, um den privaten Verkauf von Arzneimitteln in jeglicher Form zu unterbinden.

Darüber hinaus fordert die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apothekern die zuständigen Behörden auf, Verstöße gegen diese Maßnahmen konsequent zu verfolgen und zu ahnden.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2025 – Düsseldorf

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 1.6
angenommen

Antragsteller: **Landesapothekerkammer Brandenburg**

Antragsgegenstand: **Krankenhausapotheke strukturell stärken**

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, Krankenhausapotheke und krankenhausversorgende Apotheken als Strukturmerkmale in die Leistungsgruppen der Krankenhäuser aufzunehmen, um die Qualität und Effizienz in der Behandlung von Krankenhauspatient*innen sowie die Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) zu erhalten bzw. zu verbessern.

Begründung

Krankenhausapotheke:

- tragen maßgeblich zur Reduzierung von Fehlern und somit zur Sicherheit der Arzneimitteltherapie bei,
- gewährleisten in Zeiten zunehmend instabiler Lieferketten eine zuverlässige Bereitstellung der benötigten Arzneimittel,
- bereiten nicht handelsübliche sowie patient*innenindividuelle Arzneimittel im Rahmen der Rezeptur- und Defekturherstellung für die stationäre und teilstationäre Versorgung unter Einhaltung höchster Qualitätsstandards in den Herstellungslaboren zu.

Im Rahmen der geplanten umfassenden Krankenhausreform ist es erforderlich, die Sicherheit der Patient*innen zu betrachten. In den Reformprozessen müssen daher insbesondere Hochrisikoprozesse wie die Arzneimitteltherapie einbezogen werden, die einen direkten Einfluss auf die Patient*innensicherheit, in diesem Fall die AMTS, haben.

Die Krankenhausapotheke sorgen durch ihr qualifiziertes Fachpersonal für eine effiziente und sichere Arzneimitteltherapie, auch unter pharmakoökonomischen Gesichtspunkten. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Krankenhaus trägt dazu bei, Effizienzreserven zu erschließen. Diese Punkte führen im Weiteren zu einer Gewährleistung der flächendeckenden medizinischen Versorgung im Sinne des Krankenhausreformgesetzes.

Die Berücksichtigung von Krankenhausapotheke mit eigenen Herstellungslaboren für patient*innenindividuelle Arzneimittelzubereitungen, die Durchführung des Medikationsmanagements durch Krankenhausapotheke*innen sowie der Einsatz von infektiologisch weiter-/fortgebildeten Apotheker*innen als Mindestvoraussetzung in entsprechenden Leistungsgruppen trägt maßgeblich zur Verbesserung der Versorgungsqualität bei. Sie erhöht die Flexibilität und Effizienz der medikamentösen Behandlung, unterstützt den rationalen Arzneimitteleinsatz und

stellt eine hohe AMTS sicher. Daher sind die genannten Kriterien wichtige Mindestvoraussetzungen für eine erfolgreiche Krankenhausreform, die eine sichere und wirtschaftliche Behandlung der Patient*innen im Krankenhaus in den Mittelpunkt stellt.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2025 – Düsseldorf

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 1.7
angenommen

Antragsteller: **Landesapothekerkammer Hessen**

Antragsgegenstand: **Einbeziehung von Apotheker*innen in interprofessionelle Behandlungsteams**

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, in der bundesweiten Krankenhausgesetzgebung zu regeln, dass die stationäre Arzneimitteltherapie durch interprofessionelle Behandlungsteams unter Einbezug von Apotheker*innen zu erfolgen hat. Ziel dieser Regelungen sind Erhöhung der Patient*innensicherheit, Reduktion von Medikationsfehlern, Entlastung der Pflege und Effizienzsteigerung im Arzneimittelverbrauch.

Begründung

In den meisten Industrieländern haben Apotheker*innen im Krankenhaus eine hervorgehobene Rolle und sind federführend in die Arzneimitteltherapie der Patient*innen eingebunden. Dieses Vorgehen führt nachweislich zu positiven Effekten wie kürzerer Liegedauer, weniger Medikationsfehlern, ökonomischerem Ressourceneinsatz und erhöhter Patient*innensicherheit. Deutschland sollte hier gleichziehen und den nachweisbaren Effekt pharmazeutischer Perspektive nutzen. Hierzu gehören etwa pharmazeutische Visitenbegleitung, Konsiliardienste, interprofessionelle Fallkonferenzen sowie das patient*innenindividuelle Stellen der Medikation durch die Apotheke, um die Pflege zu entlasten und Verabreichungsfehler zu reduzieren.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2025 – Düsseldorf

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

2. Ausbildung und pharmazeutische Kompetenz

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2025 – Düsseldorf

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 2.1
angenommen

Antragsteller: **Apothekerkammer Berlin**

Antragsgegenstand: **Weiterentwicklung des Heilberufs Apotheker*in**

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker spricht sich dafür aus, Eckpunkte zu entwickeln, wie der Heilberuf der Apotheker*innen zukunftsorientiert weiterentwickelt werden kann.

Begründung

Der Heilberuf der Apotheker*innen entwickelt sich kontinuierlich weiter und ist Gegenstand des Koalitionsvertrages der aktuellen Regierung. Durch das Impfen, digitale Leistungen, pharmazeutische Dienstleistungen (pDL) u. v. m. erweitert sich das Spektrum der Tätigkeiten in der Apotheke und auch in den sogenannten WIV-Bereichen (Wissenschaft, Industrie und Verwaltung). Für eine zukunftsorientierte Weiterentwicklung des Berufsbildes soll die Bundesapothekerkammer (BAK) konkrete Vorschläge entwickeln.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2025 – Düsseldorf

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 2.2
angenommen

Antragsteller:	Apothekerkammer Berlin
Antragsgegenstand:	Dringlichkeit der Novellierung der Approbationsordnung für Apotheker*innen

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Verordnungsgeber erneut auf, die dringend benötigte Novellierung der Approbationsordnung für Apotheker (AAppO) im Sinne der Weiterentwicklung des Apotheker*innenberufs umzusetzen. Die Ausbildung soll an die insbesondere wachsenden heilberuflichen Aufgaben – wie pharmazeutische Dienstleistungen (pDL), das Impfen durch Apotheker*innen sowie weitere präventive Maßnahmen – angepasst werden.

Begründung

Die derzeit gültige AAppO, die auf dem Stand von 2001 ist, bildet die Realität des heutigen Apotheker*innenberufs und die Anforderungen an diesen nicht mehr adäquat ab. Mit der Einführung pDL, der Möglichkeit zum Impfen in Apotheken sowie weiteren präventiven Maßnahmen haben sich sowohl das Berufsbild als auch die allgemeinen Erwartungen an Apotheker*innen weitreichend verändert. Auch die wissenschaftlichen Erkenntnisse vermehren sich rasant und zu neu entdeckten Wirkmechanismen und Zielstrukturen kommen neue und neuartige Arzneimittel.

Die aktuellen Entwicklungen müssen sich zwingend in einer modernen pharmazeutischen Ausbildung widerspiegeln. Mit der Novellierung der AAppO wird angestrebt, die Qualität der Ausbildung des pharmazeutischen Nachwuchses zu verbessern und gleichzeitig zeitgemäß auszurichten. Dadurch gewinnt das Pharmaziestudium an Attraktivität – ein entscheidender Faktor angesichts des bereits bestehenden und künftig weiter zunehmenden Fachkräftemangels in pharmazeutischen Berufen. Eine moderne AAppO ist daher unerlässlich, um die Ausbildung praxisnäher, interdisziplinärer und stärker patient*innenorientiert zu gestalten. Nur so lässt sich sicherstellen, dass künftige Apotheker*innen den wachsenden Anforderungen in den Bereichen Beratung, Prävention, Medikationsmanagement und klinisch-pharmazeutische Betreuung gerecht werden.

Vor dem Hintergrund der Richtlinie 2005/36/EG, die bis März 2026 umgesetzt sein muss, ist es daher dringend geboten, die Novellierung der AAppO unverzüglich voranzutreiben.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2025 – Düsseldorf

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 2.4

In den Ausschuss verwiesen

Antragsteller: Apothekerkammer Berlin

Antragsgegenstand: WIV-Fachapothekerin und -Fachapotheker

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker spricht sich dafür aus, das Weiterbildungsgebiet „Arzneimittelinformation“ entsprechend weiterzuentwickeln oder ein Gebiet zur Weiterbildung als Fachapotheker*in einzuführen, welches sich explizit mit den inhaltlichen Anforderungen der Apotheker*innen aus Wissenschaft, Industrie und Verwaltung (WIV) beschäftigt. Insbesondere die Themen Inverkehrbringen, Zulassung, Marktzugang und Preisgestaltung sollten dabei unter Einbeziehung von Apotheker*innen überarbeitet und ausgeweitet werden.

Begründung

Seit jeher sind Apotheker*innen in Fragen der Zulassung und des Inverkehrbringens von Arzneimitteln integraler Bestandteil der Gesundheitsversorgung. Um diesem Bereich eine fundierte und einheitliche Weiterbildung zu geben, die die apothekerliche Stellung unterstreicht, soll in Zusammenarbeit insbesondere mit Vertreter*innen der pharmazeutischen Unternehmen, der Organe der Selbstverwaltung und der Universitäten ein Konzept zur Weiterbildung von Apotheker*innen im Bereich der klinischen Forschung, der Zulassung und der dazugehörigen Nutzenbewertung zur Preisgestaltung entwickelt werden. Dies soll vorzugsweise auf Basis der bestehenden Weiterbildung im Bereich „Arzneimittelinformation“ geschehen. Alternativ ist auch eine eigenständige Gebietsweiterbildung mit überlappenden Modulen möglich. Ein solches spezifisches Weiterbildungsangebot kann auch die Bindung der Apotheker*innen in diesen Bereichen zur jeweiligen Apothekerkammer stärken.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2025 – Düsseldorf

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 2.6
angenommen

Antragsteller: **Landesapothekerkammer Hessen**

Antragsgegenstand: **Tätigkeitsbefugnis nach bestandenem Staatsexamen**

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, festzulegen, dass der Tag der Erteilung der Approbation dem Tag der bestandenen Prüfung des dritten Abschnitts entspricht und einer sofortigen Tätigkeitsaufnahme nichts im Wege steht, sofern alle weiteren Voraussetzungen des § 4 Absatz 1 Bundes-Apothekerordnung (BApO) erfüllt sind.

Begründung

In Zeiten eklatanten Fachkräftemangels können wir es uns nicht leisten, dass arbeitsfähige und willige Berufseinsteiger auf den simplen Verwaltungsakt der Ausstellung einer Urkunde warten müssen, zumal es hier zuletzt kammerbezirksübergreifend zu deutlich längeren Wartezeiten führte. Mit der Klarstellung, dass als Apotheker*in arbeiten kann, wer die Vorgaben der BApO erfüllt, könnte die Zeit bis zur Ausstellung der Approbationsurkunde sinnvoll überbrückt werden.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2025 – Düsseldorf

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 2.7

In den Ausschuss verwiesen

Antragsteller: **Landesapothekerkammer Hessen**

Antragsgegenstand: **Deutschlandweite Fortbildungsplattform**

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker spricht sich dafür aus, eine für alle Mitgliedsorganisationen der ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apotheker-verbände e. V. nutzbare zentrale Fortbildungsplattform zu schaffen, sodass auf dieser alle Fortbildungsbangebote – in Präsenz und online – für ganz Deutschland an einer Stelle zentral für Apotheker*innen und Pharmazeutisch-technische Assistent*innen (PTA) einsehbar sind. Dabei wird ausdrücklich festgehalten, dass die Verantwortung und Zuständigkeit aller Kammern und Verbände für die Fortbildungsformate und -inhalte unberührt bleiben, diese aber zentral an einer Stelle für alle übersichtlich dargestellt werden.

Begründung

Fortbildung findet heute überwiegend online und häufig deutschlandweit statt. Fortbildungsin- teressierte Kolleg*innen nehmen an Veranstaltungen aller Kammern und/oder Verbände teil, nicht nur an denen ihrer eignen Mitgliedsorganisation. Um den Zugang und die Übersichtlichkeit zu verbessern, soll eine zentrale Plattform geschaffen werden, sodass das breite Fortbildungsbangebot, welches die Apothekerorganisationen ihren Mitgliedern bieten, transparent dargestellt wird und es Kolleg*innen auf einfache Weise ermöglicht wird, für sie spezifisch sinnvolle Fortbildungsveranstaltungen bundesweit zu suchen und zu finden. Der Weiterbildungskalender, der auf der ABDA-Homepage verfügbar ist, kann dafür als „Blaupause“ dienen. Letztlich kann somit perspektivisch auch die Dokumentation der Fortbildung kammer- übergreifend verbessert werden.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2025 – Düsseldorf

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

3. Rahmenbedingungen der Berufsausübung

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2025 – Düsseldorf

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

3.a) Allgemeine Rahmenbedingungen

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2025 – Düsseldorf

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 3.2
abgelehnt

Antragsteller: **Landesapothekerkammer Hessen**

Antragsgegenstand: **Anwesenheitspflicht im Notdienst
§ 23 Absatz 3 ApBetrO**

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, § 23 Absatz 3 Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) dahingehend anzupassen, dass alle Apotheker*innen, die innerhalb von 10 Minuten in ihren Apotheken vor Ort erscheinen können, von der Verpflichtung zur Anwesenheit während der Dienstbereitschaft befreit sind und eine generelle Rufbereitschaft ausreichend ist, wenn die entsprechenden technischen Voraussetzungen vorhanden sind, um den*die Patient*in direkt anzusprechen und über die zumutbare Wartezeit zu informieren.

Begründung

Den Landesapothekerkammern soll daran gelegen sein, den Notdienst für die Apotheker*innen so wenig belastend wie möglich zu gestalten und dies bundeseinheitlich festzulegen.

Die Kundenfrequenz im Notdienst ist (je nach Lage) sehr unterschiedlich und manche Apotheker*innen leisten reine Sitzdienste ab. Deshalb soll jede*r Apotheker*in selbst entscheiden dürfen, ob er*sie den Notdienst in seiner*ihrer Apotheke oder von einem anderen Ort aus versieht, solange er*sie über Klingel und Telefon erreichbar ist und innerhalb von 10 Minuten vor Ort sein kann.

Da der Notdienst in den meisten Fällen von dem*der Apothekeninhaber*in versehen wird, der*die häufig am Folgetag weiterarbeitet, ist es angemessen, wenn der*die Apotheker*in zur Erholung so viel Zeit wie möglich zu Hause verbringen kann.

Es ist für jede*n Patient*in absolut zumutbar, 10 Minuten auf eine Versorgung warten zu können – auch im Notfall. Durch den sofortigen telefonischen Kontakt mit dem*der Apotheker*in nach Betätigung der Notdienstklingel wird der*die Patient*in auf die überschaubare Wartezeit hingewiesen.

Die körperliche und mentale Gesundheit des*der diensthabenden Apotheker*in als Grund für eine Erteilung der Rufbereitschaft bedient den entsprechenden Passus der ApBetrO als „Ermessensvorschrift“ der zuständigen Behörde bereits heute für einige Landesapothekerkammern und sollte im Rahmen der Gleichstellung zum Wohl aller Kammermitglieder bundeseinheitlich wohlwollend reguliert werden.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2025 – Düsseldorf

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 3.3
angenommen

Antragsteller: Apothekerkammer Nordrhein

Antragsgegenstand: Gleichstellung irreführender Arzneimittelwerbung mit Straftatbeständen des Lebensmittelrechts

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf die irreführende und unlautere Werbung für Arzneimittel künftig nicht nur als Ordnungswidrigkeit, sondern als Straftatbestand auszugestalten.

Begründung

Ziel ist eine Angleichung an das Lebensmittelrecht und die Schaffung effektiver Sanktionsmöglichkeiten auch gegenüber internationalen Anbietern.

All-inklusive-Plattformen für Onlinerezepete verstößen regelmäßig gegen die Vorgaben der §§ 9 und 10 des Heilmittelwerbegesetzes (HWG). Diese Verstöße stellen nach § 15 HWG Ordnungswidrigkeiten dar, die jedoch in der Praxis kaum effektiv verfolgt werden – insbesondere bei internationalen Anbietern fehlt es an der praktischen Durchsetzbarkeit mangels Zuständigkeiten.

Eine effektive Sanktionierung kann nur gelingen, wenn die Verstöße als Straftatbestände ausgestaltet werden. Dadurch wird auch ein offensichtlicher Wertungswiderspruch im geltenden Recht beseitigt: Während die irreführende Werbung für Arzneimittel lediglich als Ordnungswidrigkeit geahndet wird, stellt die entsprechende Werbung für Lebensmittel nach § 59 Absatz 1 Nummer 7 i. V. m. § 11 Absatz 1 Lebensmittel- und Futtermittelgesetzbuch (LFGB) eine Straftat dar.

Die parallele Implementierung eines Straftatbestands für irreführende Werbung im Arzneimittelsektor ist aus Gründen des Verbraucher*innenschutzes und der Patient*innensicherheit erforderlich.

Eine strafrechtliche Normierung ermöglicht zudem die Anwendung der Einziehungsregelungen nach § 73c des Strafgesetzbuches (StGB). Angesichts der erheblichen wirtschaftlichen Gewinne, die durch irreführende Werbung für verschreibungspflichtige Arzneimittel (Rx-Arzneimittel) auf internationalen Plattformen erzielt werden, ist dies zur Herstellung eines angemessenen Sanktionsniveaus geboten.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2025 – Düsseldorf

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 3.4
abgelehnt

Antragsteller: **Landesapothekerkammer Hessen**

Antragsgegenstand: **Änderung des § 11 Absatz 2 ApBetrO – Wegfall der verpflichtenden Identitätsprüfung bei zertifizierten Ausgangsstoffen**

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Verordnungsgeber auf, sich für eine Änderung des § 11 Absatz 2 Apothekenbetriebsordnung (Ap-BetrO) einzusetzen, sodass die verpflichtende Identitätsprüfung von Ausgangsstoffen in Apotheken entfällt, wenn deren Qualität bereits durch ein Prüfzertifikat eines GMP-zertifizierten (Good Manufacturing Practice) Herstellers nachgewiesen ist.

Begründung

Gemäß § 11 Absatz 2 ApBetrO sind Apotheken derzeit verpflichtet, bei bezogenen Ausgangsstoffen, deren Qualität durch ein Prüfzertifikat nachgewiesen ist, zusätzlich mindestens eine Identitätsprüfung durchzuführen. Diese Regelung führt in der Praxis zu einer ineffizienten Doppelprüfung, die weder die Arzneimittelsicherheit signifikant erhöht noch den aktuellen Standards der pharmazeutischen Lieferkette entspricht. Die Begründung für diesen Antrag umfasst folgende Punkte:

1. Hohe Qualitätsstandards der Lieferanten:

Ausgangsstoffe, die von GMP-zertifizierten Herstellern oder Lieferanten bezogen werden, unterliegen bereits strengen Qualitätskontrollen, die Identität, Reinheit und Gehalt umfassen. Die Prüfzertifikate entsprechen den Vorgaben des Europäischen Arzneibuchs (Ph. Eur.) und anderer anerkannter Standards. Eine zusätzliche Identitätsprüfung in der Apotheke ist daher in der Regel redundant.

2. Zeit- und Ressourcenaufwand:

Die verpflichtende Identitätsprüfung bindet in Apotheken erhebliche personelle und finanzielle Ressourcen, insbesondere in kleineren Betrieben mit begrenzten Kapazitäten. Der Aufwand steht in keinem angemessenen Verhältnis zum Nutzen, da die Qualität der Ausgangsstoffe bereits durch die vorliegenden Zertifikate gesichert ist.

3. Praxisferne der Regelung:

In der täglichen Arbeit zeigt sich, dass die zusätzliche Identitätsprüfung keinen nennenswerten Beitrag zur Sicherheit der hergestellten Arzneimittel leistet, da die Lieferkette in der europäischen Union durch GMP-Vorgaben und behördliche Kontrollen stark reguliert ist. Eine Vertrauensbasis in die Zertifikate von geprüften Lieferanten wäre ein praxisgerechter Ansatz.

4. Vergleich mit anderen Bereichen:

In der pharmazeutischen Industrie wird bei der Verwendung von zertifizierten Ausgangsstoffen auf zusätzliche Prüfungen verzichtet, sofern die Lieferantenqualifikation und Zertifikate vorliegen. Eine Angleichung der Apothekenpraxis an diese Standards würde die Effizienz steigern, ohne die Sicherheit zu gefährden.

5. Verantwortung des Apothekenleiters:

Die Verantwortung des*der Apothekenleiter*in für die Qualität der Ausgangsstoffe bleibt gemäß § 11 Absatz 2 ApBetrO unberührt. Diese Verantwortung kann durch eine sorgfältige Lieferantenauswahl und die Überprüfung der Zertifikate weiterhin gewährleistet werden, ohne dass eine verpflichtende Identitätsprüfung erforderlich ist.

Vorschlag für eine geänderte Regelung:

Der § 11 Absatz 2 ApBetrO könnte wie folgt angepasst werden:

„Werden Ausgangsstoffe bezogen, deren Qualität durch ein Prüfzertifikat nach § 6 Absatz 3 nachgewiesen ist, kann auf eine Identitätsprüfung in der Apotheke verzichtet werden, sofern das Prüfzertifikat die GMP-konforme Herstellung des Ausgangsstoffs bestätigt. Die Verantwortung des Apothekenleiters für die ordnungsgemäße Qualität der Ausgangsstoffe bleibt unberührt.“

Fazit:

Die Abschaffung der verpflichtenden Identitätsprüfung bei zertifizierten Ausgangsstoffen würde die Arbeitsprozesse in Apotheken entlasten, die Effizienz steigern und gleichzeitig die hohe Arzneimittelsicherheit in Deutschland gewährleisten. Der Deutsche Apothekertag wird gebeten, diesen Antrag zu unterstützen und die notwendigen Schritte für eine Änderung der ApBetrO einzuleiten.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2025 – Düsseldorf

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache L 3 zu 3.5.1 - 3.5.2
angenommen

Antragsteller: **Landesapothekerverband Baden-Württemberg e. V.
Apothekerkammer Berlin**

Antragsgegenstand: **Direktvertrieb pharmazeutische Unternehmer an
Apotheke - Sanktionsbewehrung**

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber auf, Maßnahmen zu treffen, die pharmazeutische Unternehmen verpflichten, zwingend auch den vollsortierten Großhandel mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln (Rx-Arzneimitteln) zu beliefern. Nur in klar definierten Ausnahmefällen darf eine ausschließliche Direktbelieferung von Apotheken möglich sein.

Zudem fordert die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker, die Nicht-Einhaltung der gesetzlichen Vorschrift zur bedarfsgerechten und kontinuierlichen Belieferung vollversorgender Arzneimittelgroßhandlungen mit einer Sanktion zu bewehren.

Begründung

In der praktischen Arzneimittelversorgung zeigt sich zunehmend, dass pharmazeutische Unternehmen bestimmte Arzneimittel – trotz Verfügbarkeit – nicht über den vollsortierten Großhandel liefern, sondern nur über Direktbestellungen abgeben. Für Apotheken bringt dies erhebliche und strukturell bedingte Mehrbelastungen mit sich:

- Jede Direktbestellung stellt einen einzelnen Verwaltungs- und Buchungsvorgang dar: Bestellung, Wareneingang, Rechnung, Zahlung, Dokumentation.
- Der durchschnittliche kalkulatorische Mehraufwand beträgt über 3,00 Euro pro Vorgang.
- Zusätzliche Lieferkosten, Mindestbestellwerte, verkürzte Zahlungsziele sowie eingeschränkte Lieferzeiten verschärfen die Situation.
- Eine schnelle Versorgung – insbesondere an Wochenenden und Feiertagen während des Apothekennotdienstes – ist über Direktbestellungen nicht zuverlässig möglich, was die Patient*innenversorgung gefährdet.
- Auch auf Seite der pharmazeutischen Unternehmer entstehen zusätzliche Prüfpflichten (z. B. Bezugsberechtigung gemäß Arzneimittelhandelsverordnung), die den Aufwand erhöhen.

Die jahrzehntelang bewährte Versorgungslogistik über den pharmazeutischen Großhandel wird durch diese Praxis systematisch unterlaufen – mit negativen Folgen für Apotheken, Patient*innen und auch die Hersteller selbst.

Die Möglichkeit zur Erstattung unvermeidbarer Zusatzkosten nach § 8 Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) wird von den Kostenträgern in der Praxis meist abgelehnt, obwohl die rechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind.

Aus diesem Grunde ist die Verpflichtung der pharmazeutischen Unternehmen zur regelmäßigen und vollständigen Belieferung des vollsortierten Großhandels mit allen im Markt befindlichen, lieferfähigen Arzneimitteln alternativlos.

Ausschließliche Direktbelieferungen an Apotheken dürfen nur in klar definierten Ausnahmefällen zulässig sein, etwa:

- bei akuten Lieferengpässen des Großhandels trotz dokumentierter Bestellung,
- bei herstellerspezifischen Kühl- oder Sicherheitsanforderungen, die eine direkte Belieferung ausnahmsweise notwendig machen,
- bei individualisierten Arzneimitteln, z. B. patient*innenspezifischen Zubereitungen.

Zur Kontrolle, dass Hersteller zwingend auch den vollsortierten Großhandel mit Arzneimitteln regelhaft beliefern, wären Transparenzberichte der Hersteller über den Vertriebsweg bestimmter Präparate (Großhandel vs. Direktbezug) und die Einführung von Sanktionen oder Vergütungsabschlägen in § 52b Arzneimittelgesetz (AMG) vorzusehen, wenn Hersteller entgegen dieser Verpflichtung routinemäßig Apotheken direkt beliefern und damit Systemkosten verursachen. Flankierend könnten ähnliche Maßnahmen auch für den Großhandel verankert werden, die die Belieferung der Apotheken fördern.

Die rechtswidrige Beschränkung des Vertriebswegs ist nachteilig für die Versorgung der Patient*innen. Die Versorgungsgeschwindigkeit ist generell langsamer als über den pharmazeutischen Großhandel, der ggf. mehrfach täglich (auch an Samstagen) sowie ggf. im Nacht- und Notdienst lieferfähig ist. Aufgrund der Lagerhaltung pharmazeutischer Großhandlungen können diese als Puffer Nachfrageschwankungen ausgleichen. Eine verteilte Lagerung bietet auch Schutz vor Ausfällen durch beispielsweise Naturkatastrophen oder IT-Probleme. Aktuell scheitert eine Durchsetzung der gesetzlichen Regelung durch die zuständigen Behörden daran, dass ein Verstoß nicht sanktionsbewehrt ist.

Es erscheint notwendig, eine adäquate Sanktionsregelung im AMG zu verankern.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2025 – Düsseldorf

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 3.7

Änderungsantrag angenommen

Antragsteller: Apothekerkammer Mecklenburg-Vorpommern

Antragsgegenstand: Erhalt der Verkehrsfähigkeit von beschafften Arzneimitteln nach Beendigung des vom BMG gem. § 79 Absatz 5 AMG festgestellten Versorgungsmangels

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber auf, das Arzneimittelgesetz (AMG) dahingehend zu ändern, dass Arzneimittel, die zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln gemäß einer Gestattung der zuständigen Behörde auf Grundlage der Feststellung eines Versorgungsmangels durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gemäß § 79 Absatz 5 AMG in den Geltungsbereich des AMG verbracht worden sind oder aufgrund einer Empfehlung der Mitglieder des Beirats für Liefer- und Versorgungsgengpässe nach § 52b Absatz 3b AMG hergestellt worden sind, bis zum Ablauf ihres Verfalldatums auch nach Beendigung des Versorgungsnotstandes von Apotheken in den Verkehr gebracht werden dürfen.

Einer Klarstellung bedürfen die Regelungen in § 10 Absatz 1a AMG und § 11 Absatz 1c AMG dahingehend, dass die Gestattung der Bundesoberbehörde auch das Inverkehrbringen bis zum Ablauf des Verfalldatums der Arzneimittel umfasst und im Falle einer Befristung des Verwaltungsakts durch die Bundesoberbehörde bereits in der Handelskette befindliche und von der Apotheke finanzierte Ware verkehrsfähig bleibt.

Ferner ist die Erstattungsfähigkeit durch die Kostenträger nach Aufhebung des Versorgungsmangels zu regeln.

Begründung

Die Beschaffung von Arzneimitteln zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln bei Lieferengpässen stellt eine erhebliche Belastung für die Apotheken dar. Dies gilt insbesondere, wenn ein Versorgungsmangel gemäß § 79 Absatz 5 AMG oder wenn ein Lieferengpass durch die Mitglieder des Beirats für Liefer- und Versorgungsgengpässe nach § 52b Absatz 3b AMG festgestellt worden ist. Aufgrund der Tatsache, dass beschaffte Arzneimittel nach Feststellung der Beendigung des Versorgungsmangels nicht mehr verkehrsfähig sind und damit nicht in Verkehr gebracht werden dürfen, tragen die Apotheken ein unzumutbares wirtschaftliches Risiko im Zusammenhang mit der Versorgung der Bevölkerung. Dieses wirtschaftliche Risiko könnte dadurch gemindert werden, dass die Arzneimittel bis zum Ablauf ihres Verfalldatums abgegeben werden dürfen. Ein gesundheitliches Risiko wird durch diese Maßnahmen nicht generiert.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2025 – Düsseldorf
Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

3.b) Versandhandel

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2025 – Düsseldorf

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 3.9
angenommen

Antragsteller: ABDA-Vorstand

Antragsgegenstand: Rückführung des Versandhandels mit Arzneimitteln auf das unionsrechtlich gebotene Maß

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker spricht sich dafür aus, den Versandhandel mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln (RX-Arzneimitteln) wieder auf das unionsrechtlich erforderliche Maß zu begrenzen.

Begründung

Der Europäische Gerichtshof (EuGH) hat mit Urteil vom 11. Dezember 2003 (C-322/01, „Deutscher Apothekerverband“) ein Verbot des Versandhandels mit RX-Arzneimitteln und damit eine Einschränkung der unionsrechtlichen Grundfreiheiten aus Gründen des Schutzes der Gesundheit der Bevölkerung für zulässig erklärt. Der Unionsgesetzgeber hat die Befugnis der Mitgliedstaaten, ein solches Verbot zu erlassen, im Jahr 2011 in Artikel 85c Absatz 1 der Richtlinie 2001/83/EG kodifiziert und bestätigt. Gleichwohl hat der deutsche Gesetzgeber mit dem Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsge- setz – GMG) bereits zum 1. Januar 2004 den Versandhandel mit Arzneimittel in Deutschland uneingeschränkt zugelassen.

Die Auswirkung dieser überschießenden gesetzgeberischen Entscheidung werden in ordnungsrechtlichen Verwerfungen sichtbar, die durch gesetzgeberische Maßnahmen nicht rechtssicher korrigiert, sondern bestenfalls kaschiert werden können. Beispielhaft ist auf eine mittlerweile seit vielen Jahren festzustellende Unterminierung der einheitlichen Preisbindung für Rx-Arzneimittel zu verweisen. Letztlich ignorieren Anbieter aus anderen Mitgliedstaaten gezielt für sie „lästige“ Vorschriften des deutschen Rechts unter Berufung auf angeblich bestehende Beschränkungen ihres Marktzugangs, obwohl die regulatorischen Rahmenbedingungen in Deutschland durch die grundsätzliche Erlaubnis des grenzüberschreitenden Ver sandhandels in § 73 Arzneimittelgesetz (AMG) sowie die jedem Anbieter eröffnete Beitritts möglichkeit zum Rahmenvertrag nach § 129 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) so liberal wie in wohl keinem anderen Mitgliedstaat sind. Die Erfahrung belegt, dass derartige Ver stöße oft weder von den zuständigen Behörden aufgegriffen werden noch gerichtlich erfolg versprechend sanktioniert werden können.

Daneben wird das Arzneimittel durch die in der Wahrnehmung der Verbraucher*innen hervor gerufene Beliebigkeit der Verfügbarkeit von Arzneimitteln einem bloßen Konsumgut gleich gestellt. Durch den Versandhandel wird der besondere Charakter des Arzneimittels trivialisiert. Dadurch werden die komplexen arzneimittelrechtlichen Rahmenbedingungen für die Zulassung, die Herstellung, den Vertrieb, die Einbindung in die ärztliche Therapie und die Versorgung der Bevölkerung durch Apotheken letztlich ad absurdum geführt.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2025 – Düsseldorf

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache L 4 zu 3.10.1 - 3.10.2

angenommen

Antragsteller:

Apothekerkammer Westfalen-Lippe
Apothekerkammer Nordrhein

Antragsgegenstand:

Verbot des Versandhandels mit Betäubungsmitteln

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf,

1. das Versandverbot nach § 17 Absatz 2b Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) um alle Betäubungsmittel (BtM) und weitere missbrauchsgefährdete Wirkstoffe, wie z. B. Benzodiazepine, Z-Substanzen (Zolpidem, Zopiclon), Pregabalin, Gabapentin, Barbiturate und bestimmte Opioide, zu erweitern,
2. und die Einhaltung dieser Regelung auch durch ausländische Versandapotheke sicherzustellen.

Begründung

In Deutschland existiert kein gesetzliches Verbot, BtM im Rahmen des Versandhandels in Verkehr zu bringen und auf diese Weise BtM-Rezepte zu beliefern.

Aktuell besteht zum einen ein Versandverbot nach § 17 Absatz 2a Satz 2 ApBetrO, wenn zur sicheren Anwendung des Arzneimittels ein Informations- oder Beratungsbedarf besteht, der auf einem anderen Wege als einer persönlichen Information oder Beratung durch eine*n Apotheker*in nicht erfolgen kann. Zum anderen erklärt § 17 Absatz 2b ApBetrO den Versandhandel für Arzneimittel, die die Wirkstoffe Lenalidomid, Pomalidomid oder Thalidomid enthalten, sowie für zur Notfallkontrazeption zugelassene Arzneimittel mit den Wirkstoffen Levonorgestrel oder Ulipristalacetat für unzulässig. Hintergrund dieser Regelungen ist im Schwerpunkt der Patient*innen- und Verbraucher*innenschutz. Es soll sichergestellt werden, dass es nicht zu einer falschen Verwendung von Arzneimitteln und infolgedessen zu gesundheitlichen Schädigungen kommt. Gleichzeitig sollen die Regelungen den besonderen Eigenheiten der genannten Arzneimittel Rechnung tragen.

Der Schutzzweck dieser Verbote muss allerdings auch für BtM gelten. Denn unter das Betäubungsmittelrecht (BTMG) werden diejenigen Stoffe und Zubereitungen gefasst, die ein hohes Gefährdungspotential aufweisen und bei denen es wissenschaftlich nachgewiesen ist, dass sie abhängig machen. Zudem ist der Vertrieb von BtM im BTMG streng reglementiert, um insbesondere den aufgezeigten Gefahren Rechnung zu tragen und den Verbleib von BtM nachvollziehen zu können. Vergegenwärtigt man sich dieses besondere Gefährdungspotential von BtM, ist es allerdings nicht nachvollziehbar, dass sie grundsätzlich auch im Wege des Versandhandels in Verkehr gebracht werden können. Denn der Versandhandel birgt – im Gegensatz zur stationären Versorgung in der Apotheke – aus sich heraus erhebliche Risiken:

So besteht beim Versandhandel nach der endgültigen Konfektionierung und Herausgabe des zu versendenden BtM an den Transportdienstleister keine Zugriffsmöglichkeit mehr durch das pharmazeutische Personal der Apotheke. Es kann daher nicht sicherstellen, dass das BtM tatsächlich sicher und beim richtigen Empfänger ankommt. So ist denkbar und auch allgemein bekannt, dass Pakete nicht stets dem*der Empfänger*in persönlich ausgehändigt werden. Oftmals werden sie einfach vor der Haustür abgestellt oder bei anderen Personen bzw. Stellen abgegeben. Damit geht die Gefahr einher, dass Dritte unbefugten Zugriff auf versendete BtM nehmen können, was zugleich die Gefahr einer missbräuchlichen Verwendung bzw. einer Gesundheitsgefährdung Dritter begründet. Zudem relativiert der Versandhandel den Umstand, dass es sich bei BtM um besonders gefährliche Substanzen handelt, die nur ausnahmsweise in der Apotheke bezogen werden können, da die direkte und persönliche Kommunikation mit dem pharmazeutischen Apothekenpersonal fehlt und die Hürde wegfällt, eine Apotheke räumlich für den Bezug des BtM aufzusuchen zu müssen. Dies wäre bei BtM allerdings besonders wünschenswert, um Patient*innen nachdrücklich zu verdeutlichen, dass es sich bei BtM um kritische und besonders gefährliche Substanzen handelt.

Danach erweist sich ein Versandhandelsverbot für BtM als geboten und zielführend, um Patient*innen und Dritte zu schützen und den von BtM ausgehenden besonderen Gefahren vorzubeugen.

Um Wettbewerbsverzerrungen zu vermeiden und einheitliche Schutzstandards sicherzustellen, muss die Geltung dieser Versandverbote ausdrücklich auch auf ausländische Versandapotheken erstreckt werden, die Arzneimittel nach Deutschland liefern.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2025 – Düsseldorf

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache L 5 zu 3.11.1 - 3.11.2
angenommen

Antragsteller:

Landesapothekerkammer Baden-Württemberg
Landesapothekerverband Baden-Württemberg e. V.
Apothekerkammer Westfalen-Lippe

Antragsgegenstand:

Sicherstellung des Patient*innenwohls durch ausschließliche Versorgung von Patient*innen mit medizinischem Cannabis durch Apotheken vor Ort

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber auf, den Patient*innenschutz durch geeignete gesetzgeberische Maßnahmen zu verbessern und (z. B. durch Erweiterung von § 17 Absatz 2b Apothekenbetriebsordnung – ApBetrO) sicherzustellen, dass Patient*innen medizinisches Cannabis auf ärztliche Verschreibung ausschließlich bei Apotheken vor Ort beziehen dürfen und der Versandhandel mit Cannabisarzneimitteln verboten wird.

Begründung

Medizinalcannabis ist ein sensibles Arzneimittel mit besonderen Anforderungen an Beschaffung, Lagerung, Qualitätssicherung und individuelle Beratung. Nur bei einer wohnortnahen, persönlichen Betreuung von Patient*innen durch Apotheker*innen in Präsenzapotheke kann für diese eine qualitativ hochwertige, sichere und verantwortungsvolle Versorgung im Rahmen eines ärztlich verordneten Therapiekonzepts mit Medizinalcannabis gewährleistet werden.

Es existiert in Deutschland kein Verbot, Medizinalcannabis im Rahmen des Versandhandels in Verkehr zu bringen und auf diese Weise Rezepte zu beliefern. Aktuell besteht zum einen ein Versandverbot nach § 17 Absatz 2a Satz 2 ApBetrO, wenn zur sicheren Anwendung des Arzneimittels ein Informations- oder Beratungsbedarf besteht, der auf einem anderen Wege als einer persönlichen Information oder Beratung durch eine*n Apotheker*in nicht erfolgen kann. Zum anderen erklärt § 17 Absatz 2b ApBetrO den Versandhandel für Arzneimittel, die die Wirkstoffe Lenalidomid, Pomalidomid oder Thalidomid enthalten, sowie für zur Notfallkontrazeption zugelassene Arzneimittel mit den Wirkstoffen Levonorgestrel oder Ulipristalacetat für unzulässig. Hintergrund dieser Regelungen ist im Schwerpunkt der Patient*innen- und Verbraucher*innschutz. Es soll sichergestellt werden, dass es nicht zu einer falschen Verwendung von Arzneimitteln und infolgedessen zu gesundheitlichen Schädigungen kommt. Gleichzeitig sollen die Regelungen den besonderen Eigenheiten der genannten Arzneimittel Rechnung tragen.

Der Schutzzweck dieser Verbote muss allerdings auch für Medizinalcannabis gelten. Denn Cannabis weist – neben verschiedenen Nebenwirkungen bei dessen Konsum – ein großes Potential für eine Abhängigkeit auf. Bei chronischem bzw. dauerhaftem Cannabiskonsum kann es zu erheblichen gesundheitlichen Problemen kommen. So besteht ein erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen sowie Atemwegs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Langfristiger

Cannabiskonsum kann zudem die Leistungsfähigkeit des Gehirns beeinträchtigen, wobei unklar ist, ob die Leistungsfähigkeit des Gehirns nach Einstellung des Konsums wieder vollständig regenerieren kann. Cannabiskonsum kann zudem die Gehirnentwicklung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen stören und dauerhafte kognitive Schäden verursachen.

Durch die Legalisierung von Cannabis zum 1. April 2024 unterliegt die Verordnung von Cannabisarzneimitteln nicht länger dem Betäubungsmittelrecht (BtMG). Mit dem Konsumcannabisgesetz und dem Medizinal-Cannabisgesetz wurde ein eigenständiger Rechtsrahmen für Cannabis bzw. Cannabisarzneimittel geschaffen. Cannabisarzneimittel können seitdem auf normalem Rezept verordnet werden.

Im Zuge der Cannabis-Legalisierung hat sich zudem eine große Zahl an Angeboten bzw. Plattformen im Internet etabliert, über die eine Versorgung mit Cannabisarzneimitteln in Anspruch genommen werden kann. Im Regelfall verbinden diese Plattformen Rezeptausstellung und Abgabe des Cannabisarzneimittels im Wege des Versandhandels. Die meisten dieser Plattformen verfügen auch über die Ansicht eines Live-Bestands der aktuell verfügbaren Cannabis-Präparate. Oftmals ist es möglich, einzelne Cannabis-Präparate auszuwählen und in den Warenkorb zu legen. Es ist dann nur noch erforderlich, das passgenaue Rezept für das gewünschte Cannabis-Präparat zu erhalten. Hierfür ist es regelmäßig ausreichend, einen Fragebogen auszufüllen.

Im Ergebnis heben diese Internetangebote bzw. -plattformen die Verschreibungspflicht von Medizinal-Cannabis aus. Denn dort besteht offensichtlich keine wirksame Kontrolle, ob im Einzelfall tatsächlich ein Bedarf für Cannabisarzneimittel besteht, wenn Verbraucher*innen das gewünschte Cannabis-Präparat selbst auswählen und die Ausstellung eines passgenauen Rezepts bewirken können. So muss eigentlich der*die Arzt*Ärztin anhand einer medizinischen Untersuchung entscheiden, ob und – wenn ja – welches Cannabisarzneimittel er*sie für den*die Patient*in verschreibt. Wegen dieser Internetangebote bzw. -plattformen bestehen de facto aber keine Hürden mehr zum Erwerb von Cannabisarzneimitteln, womit die Verschreibungspflicht insgesamt unterlaufen wird, was Verbraucher*innen gefährdet, indem die Gefahr eines Fehlgebrauchs bzw. Missbrauchs von Cannabisarzneimitteln geschaffen wird.

Diesen bedenklichen Entwicklungen kann dadurch Einhalt geboten werden, dass der Versandhandel mit Cannabisarzneimitteln verboten wird, da dies den angesprochenen Internetangeboten bzw. -plattformen die Geschäftsgrundlage entziehen würde. Dies würde zugleich dazu führen, dass Cannabisarzneimittel wieder als das wahrgenommen werden, was sie tatsächlich sind – nämlich gefährliche Arzneimittel, die nur im Einzelfall aus medizinischen Erwägungen heraus Verwendung finden sollten. Denn das schnelle und unkomplizierte Bestellen von Cannabisarzneimitteln über das Internet wäre dann nicht mehr möglich. Verbraucher*innen müssten vielmehr auf das stationäre Versorgungssystem zurückgreifen, was gewährleistet, dass sie bei der medizinischen Untersuchung mitsamt Rezeptausstellung und der Rezepteinlösung in der Apotheke umfassend beraten werden können.

Zudem würde ein Versandverbot für Medizinalcannabis weitere Risiken des Versandhandels ausschließen. So besteht beim Versandhandel nach der endgültigen Konfektionierung und Herausgabe des zu versendenden Medizinalcannabis an den Transportdienstleister keine Zugriffsmöglichkeit mehr durch das pharmazeutische Personal der Apotheke. Es kann daher nicht sicherstellen, dass das Medizinalcannabis tatsächlich sicher und bei dem*der richtigen Empfänger*in ankommt. So ist denkbar und auch allgemein bekannt, dass Pakete nicht stets dem*der Empfänger*in persönlich ausgehändigt werden. Oftmals werden sie einfach vor der Haustür abgestellt oder bei anderen Personen bzw. Stellen abgegeben. Damit geht die Gefahr einher, dass Dritte unbefugten Zugriff auf versendetes Medizinalcannabis nehmen können, was zugleich die Gefahr einer missbräuchlichen Verwendung bzw. einer Gesundheitsgefährdung Dritter begründet.

Qualitätssicherung:

Cannabisblüten sind empfindliche Naturprodukte. Hitze, Feuchtigkeit oder mechanische Beanspruchung beim unsachgemäßen Transport können die Qualität und damit die therapeutische Wirksamkeit erheblich beeinflussen – ohne dass Patient*innen dies erkennen können. Nur durch Einhaltung der bewährten Lieferkette vom Erzeuger über den qualitätsgesicherten Großhandel und die Apotheke vor Ort kann die Gefahr einer Qualitätsminderung weitestgehend vermieden und ggf. über die Qualitätskontrolle in der Apotheke entdeckt werden.

Patientenschutz und Therapiesicherheit:

Gerade bei chronischen Schmerzen, psychischen Erkrankungen oder in der Palliativversorgung sind Patient*innen auf ein enges, vertrauensvolles Verhältnis zur betreuenden Apotheke angewiesen. Dieses entsteht durch persönliche Kontakte und nicht durch anonyme Versandprozesse.

Verhinderung von Missbrauch:

Die direkte Abgabe in Apotheken verringert das Risiko unsachgemäßer Einnahme, Weitergabe oder Lagerung. Versandhandel hingegen begünstigt Missbrauchspotenzial durch fehlende persönliche Beratung und unzureichende Kontrolle. Beispielsweise durch Aufnahme von Medizinalcannabis in die elektronische Patientenakte (digitaler Medikationsplan) kann über die Apotheke vor Ort zusätzlich abgesichert werden, dass es bei dem*der individuellen Patient*in zu keiner Überschreitung von Höchstmengen kommt und ggf. vor einer Abgabe eine Absprache mit dem*der behandelnden Arzt*Ärztin erfolgt.

Gesellschaftliche Akzeptanz:

Die Integration von aus medizinischen Gründen ärztlich verordnetem Cannabis in die reguläre Versorgung und die qualitätsgesicherte Beratung sowie Abgabe in Apotheken vor Ort fördern gleichermaßen die gesellschaftliche Akzeptanz von Medizinalcannabis als Arzneimittel und entzieht dem Thema die Stigmatisierung.

Fazit:

Nur mit einer ausschließlichen Abgabe von Medizinalcannabis über Apotheken vor Ort kann sichergestellt werden, dass Patient*innen mit Medizinalcannabis fachlich qualifiziert, persönlich und wohnortnah versorgt werden. Nur so können Qualität, Therapiesicherheit und eine sachgerechte Versorgung gewährleistet werden.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2025 – Düsseldorf

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 3.12
angenommen

Antragsteller: Apothekerkammer Nordrhein

Antragsgegenstand: Verantwortungsvolle Cannabistherapie statt „Rausch auf Rezept“

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert die Bundesregierung auf, umgehend regulative Maßnahmen gegen Geschäftsmodelle zu ergreifen, die die Verordnung von Medizinalcannabis auf Basis standardisierter Fragebögen und ohne persönliche ärztliche Untersuchung ermöglichen, um Patient*innensicherheit zu gewährleisten.

Begründung

Seit der Teilliberalisierung von Medizinalcannabis gibt es eine besorgniserregende Entwicklung:

Über rein digitale Geschäftsmodelle erhalten Patient*innen Medizinalcannabis auf Grundlage pauschaler Fragebögen, ohne dass eine persönliche ärztliche Untersuchung, eine differenzierte Indikationsstellung oder eine therapeutische Begleitung stattfinden. Diese Praxis ist mit erheblichen gesundheitlichen Risiken für Verbraucher*innen verbunden.

Zugleich wird das Konzept der medizinischen Cannabistherapie damit auf gefährliche Weise trivialisiert. Die beteiligten Heilberufe – insbesondere Ärzt*innen und Apotheker*innen – werden in ihrer Fachlichkeit entwertet. Es entsteht der fatale Eindruck, Cannabis sei ein frei zugängliches Lifestyle-Produkt – eine Art legales „Kiffen auf Rezept“.

Diese Situation untergräbt systematisch das Vertrauen in eine seriöse, heilkundlich fundierte Versorgung mit Medizinalcannabis. Sie ist nicht vereinbar mit dem gesetzlichen Auftrag zu Qualität, Sicherheit und Verantwortung im Gesundheitswesen. Ein sofortiges Einschreiten des Gesetzgebers ist erforderlich, um kommerzielle Fehlentwicklungen zu korrigieren und die Patient*innengesundheit zu schützen.

Schließlich ist eine klare rechtliche und kommunikative Abgrenzung zwischen Medizinalcannabis und Cannabis zu Genusszwecken zu schaffen.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2025 – Düsseldorf

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache L 6 zu 3.13.1 - 3.13.2
angenommen

Antragsteller: **Apothekerkammer Berlin
Landesapothekerkammer Hessen**

Antragsgegenstand: **Arzneimittelsicherheit im Versandhandel**

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber auf, die einheitlichen Vorgaben für Vor-Ort-Apotheken und Arzneimittelversender durchzusetzen und eine zuständige Behörde zu benennen, die die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften auch gegenüber den Arzneimittelversendern kontrolliert und durchsetzt.

Dies beinhaltet insbesondere:

- die gesetzliche Vereinheitlichung der Anforderungen an die Nachweispflicht der Einhaltung von Temperaturvorgaben für alle Apothekenarten – unabhängig davon, ob es sich um eine Vor-Ort-Apotheke oder einen Arzneimittelversender handelt,
- die Einführung regelmäßiger behördlicher Kontrollen zur Sicherstellung der Einhaltung dieser Temperaturvorgaben und angemessene Sanktionierung von Verstößen.

Begründung

Es ist für die den Apotheken nach § 1 Absatz 1 Apothekengesetz (ApoG) obliegende ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung essenziell, Arzneimittel so zu lagern, dass ihre Qualität nicht nachteilig beeinflusst wird (§ 16 Apothekenbetriebsordnung – ApBetrO). Die Pflicht zur ordnungsgemäßen Lagerung gilt bis zur Abgabe an die Patient*innen, unabhängig davon, ob diese persönlich in der öffentlichen Apotheke oder im Wege des Versandhandels erfolgt. Hierfür bestehen klare Vorschriften, unter anderem die Vorschrift des § 4 Absatz 2d ApBetrO, wonach eine Lagerung bei einer Temperatur unter 25 °C sichergestellt werden muss. Die Einhaltung dieser Vorschriften wird durch die Pharmazieräte kontrolliert.

Auch die Großhandlungen sind dazu verpflichtet, eine ordnungsgemäße Lagerung und einen ordnungsgemäßen Transport von Arzneimitteln sicherzustellen. Hier sind die Regelungen der Leitlinien vom 5. November 2013 für die gute Vertriebspraxis von Humanarzneimitteln (2013/C 343/01) einschlägig.

Während Vor-Ort-Apotheken kontinuierlichen Überprüfungen unterliegen, bestehen im Versandhandel bislang weniger klar definierte und überprüfte Standards.

Im Versandhandel hingegen werden Arzneimittel im Wege der normalen Paketlogistik transportiert. Dabei stellen die Paketdienstleister nicht ohne weiteres sicher, dass die Temperaturen in Lagerhallen und Transportern den Anforderungen an die Lagertemperaturen gerecht werden. Dies kann, insbesondere bei jahreszeitlich besonder hohen oder besonders niedrigen

Temperaturen aus Sicht der Arzneimittelqualität problematisch sein. Dabei ist für den das versandte Arzneimittel erhaltenden Laien nicht erkennbar, ob durch eine eventuelle Verletzung der vorgeschriebenen Lagerungstemperaturen eine Qualitätsminderung eingetreten ist oder nicht.

Die Temperaturkontrolle während des Transports ist insbesondere bei temperaturempfindlichen Arzneimitteln essenziell, um die Qualität und Wirksamkeit der Arzneimittel zu gewährleisten. Dies betrifft nicht nur kühlkettenpflichtige oder kühl zu lagernde Arzneimittel, sondern auch temperaturempfindliche Arzneimittel an heißen und kalten Tagen, die üblicherweise bei Raumtemperatur (also zwischen 15 und 25° C) gelagert werden sollen. Vor dem Hintergrund der in den letzten Jahren teilweise zu beobachtbaren extremen Wetterlagen und die Verlängerung der Fristen für die Paketzustellung besteht hier dringend Handlungsbedarf.

Durch den Verordnungsgeber wurde dieses Problem im Grundsatz erkannt und in § 17 Absatz 2a Satz 1 Nummer 2 ApBetrO geregelt. Darin wird gefordert, beim Versandhandel Arzneimittel so zu verpacken, zu transportieren und auszuliefern, dass Qualität und Wirksamkeit erhalten bleiben. Eine Ausdehnung der Vorschriften der guten Vertriebspraxis von Humanarzneimitteln auf Arzneimittelversender wurde seitens der Bundesregierung 2019 nicht für notwendig gehalten.¹

In Bezug auf den Schutz vor Frost war daher 2022 eine Temperaturkontrolle auch Thema einer kleinen Anfrage der CDU/CSU-Fraktion an die Bundesregierung.²

Aufgrund der Herausforderungen des Klimawandels, dessentwegen bundesweit Hitzeschutzpläne erarbeitet werden, ist jedoch das Risiko einer zu starken Erwärmung von Arzneimitteln während des Transports ebenso zu beachten.

Aus Sicht der Antragsteller ist unverständlich, weshalb – trotz der einschlägigen Vorschriften der ApBetrO, die dem Schutz Kranker vor aufgrund unsachgemäßer Lagerung nicht mehr ausreichend wirksamer und ggf. mit toxischen Zerfallsprodukten kontaminierte Arzneimittel dienen, – eine Temperaturkontrolle der im Wege des Arzneimittelversands an Patient*innen abgegebenen Arzneimittel nicht stattfindet.³⁴

Aus Sicht der Antragsteller ist unzweifelhaft, dass es einer besseren Kontrolle durch die zuständigen Landesbehörden bedarf und dass diese auch Maßnahmen ergreifen müssen, die Umsetzung adäquater Maßnahmen durchzusetzen. Sollte sich dies, wie in der Presseberichterstattung berichtet wurde⁵, gegenüber bestimmten Marktteilnehmer*innen als undurchführbar erweisen, ist es Aufgabe der Landesbehörden, den Gesetzgeber zu informieren und eine Ergänzung des Arzneimittelgesetzes (AMG) anzustreben.

Diese regulatorische Ungleichbehandlung gefährdet die Arzneimittelsicherheit und benachteiligt zugleich Vor-Ort-Apotheken im Wettbewerb. Eine gesetzlich verpflichtende Angleichung der Anforderungen an die Nachweispflicht der Einhaltung der Temperaturvorgaben für Arzneimittel schützt Patientinnen und Patienten und stellt faire Rahmenbedingungen im Apothekenmarkt sicher.

¹ <https://dserver.bundestag.de/btd/19/264/1926438.pdf>

² <https://dserver.bundestag.de/btd/20/047/2004799.pdf>

³ <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2023/07/18/wo-bleiben-die-temperaturkontrollen-fuer-arzneimittelversender>

⁴ <https://www.phagro.de/aktuelles/hitzetage-aufsichtsbehoerden-muessen-versender-auf-einhaltung-der-temperaturvorgaben-ueberpruefen/>

⁵ <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/laender-kontrollierten-eu-versender-bislang-nicht-134520/>

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2025 – Düsseldorf
Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

3.c) Honorierung

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2025 – Düsseldorf

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 3.14
angenommen

Antragsteller: ABDA-Vorstand

Antragsgegenstand: Erhöhung der Apothekenvergütung

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, die im Koalitionsvertrag zugesagte Erhöhung des Apothekenfixums auf mindestens 9,50 Euro als Sofortmaßnahme zur Stabilisierung der wirtschaftlichen Lage der Apotheken schnellstmöglich umzusetzen. Die Gleichpreisigkeit ist dabei unbedingt zu erhalten.

Begründung

Apotheken erleben seit Jahren einen Anstieg an Betriebskosten, während das Apothekenhonorar zuletzt vor über zehn Jahren angehoben wurde. Das derzeitige Fixhonorar in Höhe von 8,35 Euro pro abgegebener Rx-Fertigarzneimittelpackung (verschreibungspflichtige Arzneimittel) ist schon lange nicht mehr in der Lage, den Aufwand in der Apotheke angemessen zu vergüten. Im vergangenen Jahr mussten 530 Apotheken schließen – nicht, weil der Bedarf an einer flächendeckenden Arzneimittelversorgung zurückgeht, sondern weil die Wirtschaftlichkeit vieler Apotheken unter diesen Umständen schlicht nicht mehr gegeben ist. Anders als in anderen Bereichen können Kostensteigerungen eben nicht in die Rx-Arzneimittelabgabe eingepreist werden.

Die neue Bundesregierung hat eine Erhöhung des Apothekenfixums auf mindestens 9,50 Euro zugesagt. Zusätzlich bedarf es einer Verhandlungslösung, mithilfe derer das Fixum regelmäßig nach festgelegten Kriterien den wirtschaftlichen Entwicklungen angepasst wird. Startpunkt ist hierbei das Packungsfixum von 9,50 Euro. Für alle Honorarfragen ist außerdem eine separate Schiedsstelle einzurichten, wobei Klagen gegen das Schiedsergebnis keine aufschiebende Wirkung entfalten.

Zur Stützung kleiner Apotheken und somit zur Aufrechterhaltung der flächendeckenden Arzneimittelversorgung ist eine weitere Modifizierung beim Fixum vorzunehmen. Bei einheitlichem Abgabepreis wird entsprechend ein mengengestaffeltes Fixum nach Packungszahl erstattet. Bis zu einer festzulegenden Menge an abgegebenen Rx-Fertigarzneimittelpackungen pro Quartal erhalten alle Apotheken zusätzlich zu dem Fixzuschlag einen festzulegenden Versorgungssicherstellungszuschlag. Die Umverteilung des Versorgungssicherstellungszuschlags kann über eine Fondslösung vorgenommen werden. Durch diesen Mechanismus wird keine Apotheke schlechter gestellt, jedoch profitieren kleinere Apotheken mit niedrigeren Rx-Abgaben anteilig stärker als Apotheken mit einer großen Anzahl an abgegebenen Rx-Packungen.

Die dringend benötigte Honorarerhöhung und deren regelmäßige Dynamisierung ist längst überfällig und muss nun schnell umgesetzt werden. Die Umsetzung kann über eine Anpassung der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) seitens des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie (BMWi) und des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) erfolgen. Darüber

hinaus erbringen Apotheken vor Ort jeden Tag noch zusätzliche Leistungen, um die Bevölkerung schnell und zuverlässig mit den benötigten Arzneimitteln zu versorgen. Die Sonderentgelte für Botendienste, Nacht- und Notdienste oder auch für die Rezepturherstellung sind jedoch allesamt nicht mehr kostendeckend. Auch hier ist eine Anhebung der Vergütung dringend notwendig. Bei allen Maßnahmen ist die Gleichpreisigkeit zu gewährleisten, damit Patient*innen ihre Arzneimittel auch weiterhin in allen Apotheken uneingeschränkt zum gleichen Preis erhalten.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2025 – Düsseldorf

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 3.15

Änderungsantrag angenommen

Antragsteller: Landesapothekerkammer Hessen

Antragsgegenstand: Erhebung der Notdienstgebühr
§ 6 AMPreisV

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, die Erhebung der Notdienstgebühr nach § 6 Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) in den Zeiten, die in § 23 Absatz 1 Apothekenbetriebsordnung genannt sind, zu ermöglichen.

Begründung

Die Zugrundelegung der allgemeinen Ladenschlusszeiten zur Erhebung der Notdienstgebühr impliziert die Annahme, dass Apotheken an Werktagen (inkl. Samstag) generell von 6:00 Uhr bis 20:00 Uhr geöffnet sind. Dies trifft, wenn überhaupt, nur für ganz wenige Apotheken zu und bildet nicht die Realität ab.

Eine Apotheke, die zum Notdienst verpflichtet ist, versieht diesen ab dem Zeitpunkt, zu dem sie regulär schließen würde. Aus diesem Grund soll die Notdienstgebühr ebenfalls ab diesem Zeitpunkt erhoben werden dürfen.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2025 – Düsseldorf

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache L 7 zu 3.17.1 - 3.17.2

angenommen

Antragsteller:

Apothekerkammer Berlin
Landesapothekerkammer Brandenburg
Apothekerkammer Mecklenburg-Vorpommern
Sächsische Landesapothekerkammer
Apothekerkammer Sachsen-Anhalt
Apothekerkammer Niedersachsen

Antragsgegenstand:

**Vergütung der Teilnotdienste öffentlicher Apotheken
über den Nacht- und Notdienstfonds des DAV e. V.**

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, die in § 20 Absatz 1 Apothekengesetz (ApoG) geregelte Empfangsberechtigung für öffentliche Apotheken zum Erhalt eines Zuschusses für erbrachte Notdienste auch auf erbrachte Teilnotdienste oder Ergänzungsdienste zu erweitern. In diesem Zusammenhang ist zu prüfen, in welchem Umfang der Festzuschlag nach § 3 Absatz 1 Satz 1 der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV), der der Sicherstellung des Notdienstes von Apotheken dient, angepasst werden muss.

Begründung

Die Arzneimittelversorgung der Patient*innen im Rahmen des Notdienstes ist eine wesentliche strukturelle und öffentlichkeitswirksame Aufgabe der Apotheken. Die dazu bereits 2013 im Apothekengesetz getroffene Festlegung, diese wichtige Dienstleistung über einen Festzuschlag auf den Preis der in den Apotheken abgegebenen Packungen verschreibungspflichtiger Fertigarzneimittel pauschal zu vergüten, hat sich bewährt. Allerdings sind von dieser pauschalen Vergütung durch Apotheken geleistete Teilnotdienste bisher ausgenommen. In der gegenwärtigen Situation haben aber auch durch Apotheken erbrachte Teilnotdienste einen nicht zu vernachlässigenden Anteil an der schnellen und qualitativ hochwertigen Versorgung der Patient*innen mit Arzneimitteln. Es erscheint daher nicht mehr sachgerecht, die durch Apotheken geleisteten Teilnotdienste von einer Zuschusszahlung für geleistete Notdienste generell auszuschließen.

In diesem Zusammenhang muss auch die Höhe des Festzuschlags nach § 3 Absatz 1 Satz 1 AMPreisV angepasst werden, damit für alle Arten des Notdienstes von Apotheken eine auskömmliche Vergütung sichergestellt ist. Die danach noch erforderlichen weiteren organisatorischen Anpassungen können außerhalb des ApoG und der AMPreisV vorgenommen werden.

In den ländlichen Regionen gibt es zunehmend weniger Apotheken und eine entsprechend hohe Notdienstbelastung. Diese ist auch relevant für die Betriebsnachfolge. Insbesondere für jüngere Generationen haben Familie und Freizeit einen sehr hohen Stellenwert. Eine hohe Anzahl an Notdiensten ist daher ein Hemmnis, Apotheken auf dem Land zu übernehmen, zumal Approbierte auf dem Land ungleich schwerer als in Städten für die Anstellung in einer

öffentlichen Apotheke zu gewinnen sind. Um einerseits die Entfernung zu den Notdienstapothen für die Patient*innen und andererseits die Notdienstbelastung für die Apothekeninhaber*innen ausgewogen zu gestalten, sind Spätdienste oder Teildienste an Sonn- und Feiertagen eine sehr sinnhafte Ergänzung zu den Nachtdiensten von Apotheken.

Erfahrungsgemäß nimmt die Inanspruchnahme des Notdienstes der Apotheken mit den späten Abendstunden in die Nacht hinein ab. Bedarfsgerecht ist es daher, der Bevölkerung in den Abendstunden ein dichteres Netz an dienstbereiten Apotheken zur Verfügung zu stellen als in der Nacht. Eine in diesem Sinne gestaffelte Dienstbereitschaft bietet sich auf dem Land wie in Städten an. Es gibt in verschiedenen Bundesländern gute Erfahrungen mit Ergänzungsdiensten, die oftmals an den Orten des zentralisierten ärztlichen Notdienstes angeboten werden. Sie werden von der Bevölkerung in Anspruch genommen und geschätzt.

Schwer vermittelbar ist es den Apothekeninhaber*innen, dass diese Notdienstbereitschaft nicht vergütet wird. Vor dem Hintergrund, dass die Öffnungszeiten generell im Einzelhandel und auch bei Apotheken in den vergangenen Jahren aufgrund des Personalmangels deutlich eingeschränkt worden sind, haben Teil- oder Ergänzungsdienste einen echten Versorgungswert und können nicht als verlängerte Öffnungszeiten bewertet werden, die keinen Zuschuss aus dem Nacht- und Notdienstfonds verdienen. Die für den Apothekennotdienst zuständigen Apothekerkammern ordnen diese versorgungsrelevanten Dienste an. Sie sind anders als die Ladenöffnungszeiten nicht in das Belieben der Apothekeninhaber*innen gestellt. Der Gesetzgeber kann mit einer Mindestzeit oder einem Zeitrahmen einen verlässlichen Parameter vorgeben, so dass eine gleichförmige Verwaltungspraxis gewährleistet wird.

Zusammenfassend bieten Ergänzungsdienste eine gute Option, den Apothekennotdienst bei immer weniger werden Betriebsstätten für eine bedarfsgerechte Arzneimittelversorgung der Bevölkerung rund um die Uhr zu gestalten. Die Notdienstversorgung wird damit belastbarer aufgestellt und sichert ein gutes Niveau in der Arzneimittelversorgung außerhalb der Öffnungszeiten.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2025 – Düsseldorf

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 3.18
angenommen

Antragsteller: **Landesapothekerkammer Baden-Württemberg**

Antragsgegenstand: **Vergütung von Teilnotdiensten**

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, den pauschalen Zuschuss für Apothekenvollnotdienste nach § 20 Absatz 1 Apothekengesetz (ApoG), um einen pauschalen Zuschuss für von der zuständigen Behörde angeordnete Teilnotdienste von Apotheken zu erweitern.

Begründung

Durch das Apothekennotdienst-Sicherstellungsgesetz (ANSG) vom 15. Juli 2013 wurde erstmals eine Honorierung des Apothekennotdienstes eingeführt. Nach dem Wortlaut des § 20 Absatz 1 ApoG werden ausschließlich Notdienste, die mindestens in der Zeit von 20:00 Uhr bis 6:00 Uhr durchgängig geleistet wurden, vergütet.

Seit Einführung des pauschalen Zuschusses sank die Anzahl der Apothekenbetriebsstätten bundesweit um mehr als 2.500 auf ca. 17.000 Ende 2024, mit weiter sinkender Tendenz.

Die Sicherstellung der Arzneimittelversorgung muss bei zunehmendem Fachkräftemangel von immer weniger Apotheken geleistet werden, was zu einer erheblichen Zunahme der Belastung für Apothekeninhaber*innen und Mitarbeiter*innen führt. Dem steht das Interesse der Bevölkerung an der Erreichbarkeit einer Notdienstapotheke in zumutbarer Entfernung gegenüber.

Nach unseren Erfahrungen nimmt die Inanspruchnahme des Notdienstes von Apotheken mit der Schließung der ärztlichen Notfallpraxen rapide ab und geht ab 24:00 Uhr regelmäßig nochmals weiter zurück. Wir halten es daher für sinnvoll, bedarfsgerecht und vertretbar, wenn in der Zeit ab 24:00 bis zum anderen Morgen weniger Apotheken Notdienst verrichten als tagsüber und am Abend.

Zwar können solche Teilnotdienste von den jeweils zuständigen Kammern bereits jetzt nach § 23 Apothekenbetriebsordnung (ApoBetrO) angeordnet werden, jedoch würde dadurch der pauschale Zuschuss nach § 20 ApoG vollständig entfallen, auch wenn die Apotheke bis 24:00 Uhr bereits 15 bis 16 Stunden Notdienst geleistet hat. Dies ist nicht sachgerecht.

Eine einfache und sachgerechte Lösung besteht, z. B. in der Ergänzung von § 20 Absatz 1 ApoG um einen Satz 2:

„Apotheken, die von der zuständigen Behörde zur Dienstbereitschaft im Notdienst durchgehend in der Zeit von spätestens 19 Uhr bis mindestens 24 Uhr bestimmt wurden und den Notdienst vollständig erbracht haben, erhalten hierfür einen pauschalen Zuschuss in Höhe von 50 % des Zuschusses nach Satz 1.“

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2025 – Düsseldorf

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 3.21
angenommen

Antragsteller: **Apothekerkammer Berlin**
Antragsgegenstand: **Vergütung zum Eintrag von Impfleistungen in die ePA**

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker spricht sich dafür aus, mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) auf Grundlage des § 346 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) eigenständige Vergütungsreglungen zum Eintrag von Impfleistungen in die elektronische Patientenakte (ePA) zu verhandeln.

Begründung

Im Rahmen der sogenannten Unterstützung bei der ePA nach § 346 SGB V, haben Apotheken grundsätzlich einen Anspruch auf Vergütung beim Eintrag von arzneimittelbezogenen Daten in die ePA. Der Aufwand des Eintrages von Impfleistungen in die ePA unterscheidet sich aufgrund des höheren Dokumentationsumfangs. Daher soll im Rahmen der Verhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband eine adäquate Vergütung gefordert werden.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2025 – Düsseldorf

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 3.22
angenommen

Antragsteller: **Landesapothekerkammer Baden-Württemberg
Landesapothekerverband Baden-Württemberg e. V.**

Antragsgegenstand: **Vergütung von Grippeimpfstoffen**

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, die Vergütung der Apotheken für die Beschaffung, Vorratshaltung und Versorgung der Ärzt*innen mit saisonalen Grippeimpfstoffen finanziell auskömmlich zu gestalten.

Dazu gehört insbesondere:

- die Anhebung des Zuschlags gemäß § 3 Absatz 1 Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV),
- die Aufhebung der Deckelung auf 75,00 Euro und
- die Schaffung gesetzlicher Regelungen, die eine finanzielle Rückerstattung nicht genutzter und nicht mehr verwendbarer saisonaler Grippeimpfstoffe an Apotheken sicherstellen.

Begründung

Nach § 3 Absatz 1, zweiter Halbsatz AMPreisV erhalten Apotheken derzeit bei Abgabe von saisonalen Grippeimpfstoffen an Ärzt*innen lediglich einen Zuschlag von 1,00 Euro je Einzeldosis, höchstens 75,00 Euro je Verordnungszeile, zuzüglich Umsatzsteuer. Diese Vergütung deckt weder den tatsächlichen Aufwand noch das wirtschaftliche Risiko und die logistischen Anforderungen der Impfstoffversorgung.

Apotheken erbringen umfangreiche Leistungen wie Beratung, Bestellung, Lagerung, Auslieferung, Koordination mit den Arztpraxen sowie Abrechnung. Das wirtschaftliche Risiko bei Nichtabnahme, Stornierungen oder verspäteten/nicht wahrgenommenen Impfterminen tragen ausschließlich die Apotheken.

Doppelbestellungen durch Praxen und Verfall der Impfstoffe aufgrund Saisonalität und Stammanpassung führen regelmäßig zu nicht nutzbaren Beständen. Besonders die wesentlich teureren hochdosierten Grippeimpfstoffe für über 60-Jährige erhöhen dieses Risiko erheblich.

Ohne eine angemessene, leistungsbezogene Vergütung droht eine Zentralisierung der Versorgung, die die wohnortnahe Belieferung gefährdet und die Versorgungssicherheit untergräbt.

Mit der Verordnung über die Rückerstattung nicht genutzter saisonaler Grippeimpfstoffe (Grippeimpfstoffrückerstattungsverordnung) vom 1. Oktober 2021 hat der Verordnungsgeber für die Saison 2020/2021 diesen Handlungsbedarf erkannt und geregelt. Dieser muss auch weiterhin geregelt werden.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2025 – Düsseldorf

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 3.24

Änderungsantrag angenommen

Antragsteller:

Apothekerkammer des Saarlandes
Saarländischer Apothekerverein e. V.

Antragsgegenstand:

**Botendienstpauschale für Non-Rx-Arzneimittel
sowie Hilfsmittel**

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber auf, den in § 129 Absatz 5g Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SBG V) geregelten Zuschlag für im Wege des Botendienstes abgegebene verschreibungspflichtige Arzneimittel (Rx-Arzneimittel) auf apothekenpflichtige, nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel (Non-Rx-Arzneimittel), Medizinprodukte sowie Hilfsmittel, die jeweils zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) abgegeben werden, zu erweitern.

Begründung

Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken (ApoStG) wurde der mit der SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung (SARS-CoV-2AMVV) eingeführte Botendienst-Zuschlag auf unbegrenzte Zeit fortgeführt. Seitdem können Apotheken bei der Abgabe von Rx-Arzneimitteln im Wege des Botendienstes je Lieferort und -tag einen Zuschlag 2,50 Euro zzgl. Mehrwertsteuer abrechnen. Mit der Botendienstpauschale soll insbesondere die Versorgung von älteren Menschen bzw. von Menschen in entlegenen Regionen sichergestellt werden.

Gerade in einer älter werdenden Gesellschaft sind aber immer mehr Patient*innen darauf angewiesen, nicht nur mit Rx-Arzneimitteln, sondern auch mit apothekenpflichtigen, Non-Rx-Arzneimitteln bzw. insbesondere Hilfsmitteln häuslich versorgt zu werden. Um dies sicherzustellen und der Apotheke eine auskömmliche Vergütung zukommen zu lassen, ist es unablässig, den Botendienst-Zuschlag auch auf Non-Rx-Arzneimittel bzw. insbesondere Hilfsmittel auszuweiten.

Dass die Apotheken mit dem Instrument des Botendienst-Zuschlages verantwortlich umgehen, zeigt das „Analysepapier zu Botendiensten von Apotheken“ des Barmer Institut für Gesundheitssystemforschung (BIFG) aus dem Jahr 2022. Dort heißt es (Seite 3):

„Die Anzahl und insbesondere der Anteil der Botendienste an den Arzneimittelabgaben sind in den bisherigen 24 Monaten sehr stabil. Ab dem ersten Monat Mai 2020 liegt der Anteil der mittels Botendienst ausgelieferten Arzneimittel bei knapp 7%. Damit wurde die Annahme des Verordnungsgebers, der von einem Anteil von 20% ausging, deutlich unterschritten.“

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2025 – Düsseldorf

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 3.25
angenommen

Antragsteller:	Landesapothekerkammer Baden-Württemberg Landesapothekerverband Baden-Württemberg e. V.
Antragsgegenstand:	Sicherstellung der Vergütung im Sachleistungsprinzip bei der Versorgung von Flüchtlingen

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, Maßnahmen zu treffen, die sicherstellen, dass für Flüchtlinge zuständige Behörden, als benannte Kostenträger für die Vergütung von Versorgungen mit Arznei- und Hilfsmitteln haften und sich die Behördenzuständigkeit oder der Leistungsstatus des*der Patient*in nach Ausstellung der Verordnung nicht zu Lasten der abrechnenden Apotheke auswirken darf.

Begründung

Apotheken erbringen im Rahmen des Sachleistungsprinzips eine unverzichtbare Versorgungsleistung auf Grundlage ärztlicher Verordnungen. Die Versorgungsrealität zeigt, dass bei Verordnungen für Geflüchtete, insbesondere aus Erstaufnahmeeinrichtungen, zunehmend eine vergütungsrelevante Rechtsunsicherheit besteht, wenn Behörden nachträglich ihre Zuständigkeit verneinen.

Diese Praxis führt zu erheblichem wirtschaftlichem Risiko für Apotheken, insbesondere bei hochpreisigen Arzneimitteln, und steht im Widerspruch zum Vertrauen in die staatlich gelenkte Arzneimittelversorgung. Ein solcher Zustand ist untragbar und greift unzulässig in die Berufsausübung gemäß Artikel 12 Grundgesetz (GG) ein.

Die Apotheken dürfen bei gesetzlich vorgeschriebener Rezeptbelieferung nicht in die Pflicht genommen werden, kostenträgerbezogene Verwaltungs- und Zuständigkeitsfragen zu klären. Die rechtssichere Vergütung der erbrachten Leistungen muss gewährleistet sein.

Zur nachhaltigen Sicherstellung der Arzneimittelversorgung und zum Schutz der öffentlichen Apotheken bedarf es daher einer gesetzgeberischen Klarstellung zur Haftung des auf dem Rezept angegebenen Kostenträgers.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2025 – Düsseldorf

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 3.26
angenommen

Antragsteller: **Landesapothekerkammer Hessen**

Antragsgegenstand: **Befreiung der Apotheken vom Inkassorisiko des Herstellerrabatts gemäß § 130a SGB V**

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber auf, eine gesetzliche Regelung zu treffen, die Apotheken vom Inkassorisiko des Herstellerrabatts gemäß § 130a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) befreit, und eine gerechte Verteilung der finanziellen Risiken zwischen Herstellern, Krankenkassen und Apotheken sicherstellt.

Begründung

Die derzeitige Regelung des Herstellerrabatts gemäß § 130a SGB V zwingt Apotheken, den rabattierten Preis bei der Abrechnung mit Krankenkassen zu berücksichtigen, ohne sie gegen Zahlungsausfälle von Herstellern abzusichern. Wenn Hersteller diese Rabatzahlungen nicht leisten, bleiben Apotheken auf den Differenzbetrag sitzen, was ein unzumutbares Inkassorisiko darstellt.

Apotheken haben keinen Einfluss auf die Zahlungsfähigkeit der Hersteller, werden aber finanziell bestraft. Eine Befreiung der Apotheken von diesem Risiko würde die finanzielle Sicherheit der Apotheken stärken und folglich die Patient*innenversorgung absichern. Die derzeitige Regelung des Herstellerrabatts ist u. a. eine der Risiken, die junge Approbierte darüber hinaus vor dem Schritt in die Selbstständigkeit abschreckt.

Wir benötigen Schutzmechanismen für die öffentliche Apotheke, die bislang nicht vorgesehen sind, um das Risiko auf Hersteller und Krankenkassen zu übertragen:

- Änderung von § 130a SGB V, um Apotheken vom Inkassorisiko zu befreien, z. B. durch die Verpflichtung der Krankenkassen, den rabattierten Betrag unabhängig von der Zahlung des Herstellers zu erstatten.
- Einrichtung eines Sicherungsfonds, finanziert durch Herstellerbeiträge oder Mittel aus der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), der Apotheken bei Zahlungsausfällen entschädigt.
- Anpassung des Rahmenvertrags nach § 129 SGB V, um vorübergehende Lösungen wie eine automatische Erstattung durch Krankenkassen zu ermöglichen, bis eine Gesetzesänderung umgesetzt ist.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2025 – Düsseldorf

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 3.27
angenommen

Antragsteller: Landesapothekerkammer Baden-Württemberg
Landesapothekerverband Baden-Württemberg e. V.

Antragsgegenstand: Übernahme der Mehrkosten bei Nichtverfügbarkeit von Arzneimitteln mit Festbetrag ohne Rabattvertrag

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, die gesetzlichen Rahmenbedingungen dahingehend anzupassen, dass gesetzliche Krankenkassen zur Übernahme der Mehrkosten verpflichtet werden, wenn ein verordnetes Arzneimittel auf Festbetragsniveau ohne bestehenden Rabattvertrag aufgrund eines Lieferengpasses nicht verfügbar ist und ein höherpreisiges Präparat abgegeben werden muss.

Begründung

In der Versorgungspraxis kommt es regelmäßig zu Lieferengpässen bei Arzneimitteln mit Festbetrag, für die kein Rabattvertrag besteht – ein Beispiel ist Zostex. Ist ein solches Arzneimittel nicht verfügbar, muss auf ein teureres Präparat ausgewichen werden. Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen in diesen Fällen derzeit nicht die Mehrkosten, obwohl der*die Patient*in keine Wahlmöglichkeit hat. Die Patient*innen müssen diese Differenz selbst zahlen.

Diese Regelung widerspricht dem Grundsatz des Sachleistungsprinzips in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und führt zu einer faktischen Leistungskürzung für gesetzlich Versicherte. Darüber hinaus belastet sie Apotheken mit erheblichem Erklärungsaufwand.

Es ist daher geboten, gesetzlich klarzustellen, dass in Fällen von Nichtverfügbarkeit eines Arzneimittels auf Festbetragsniveau ohne Rabattvertrag die Krankenkasse zur Übernahme der tatsächlichen Kosten verpflichtet ist – analog zu den bestehenden Regelungen bei Lieferengpässen rabattierter Arzneimittel.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2025 – Düsseldorf

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 3.28
angenommen

Antragsteller: Apothekerkammer Westfalen-Lippe
Apothekerverband Westfalen-Lippe e. V.

Antragsgegenstand: Begrenzung des finanziellen Risikos bei der Arzneimittelbeschaffung auf Grundlage einer ärztlichen Verordnung

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, Apotheken vor dem nicht beeinflussbaren Risiko eines finanziellen Schadens im Rahmen der Arzneimittelbeschaffung zu bewahren.

Begründung

Um Patient*innen ordnungsgemäß mit Arzneimitteln zu versorgen, kann ein aufwendigerer Beschaffungsvorgang erforderlich werden. Zu denken ist insoweit an die Bestellung von nicht dem „normalen“ Betrieb zuzurechnenden und insbesondere auch nicht der Bevorratungspflicht nach § 15 Absatz 1 Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) unterfallenden Arzneimitteln oder aber sogar deren Import.

Typischerweise erstreckt sich ein solcher Beschaffungsvorgang über einen längeren Zeitraum und ist mit zusätzlichen Kosten und Zeitaufwänden verbunden. Verstirbt währenddessen der*die Patient*in, ändert der*die Arzt*Ärztin die Therapie oder wird das Arzneimittel aufgrund der Gesundung des*der Patient*in nicht mehr benötigt, verweigern die Krankenkassen häufig die Vergütung unter Hinweis darauf, dass das Arzneimittel noch nicht im Sinne der Lieferverträge „beliefert“ worden sei.

Unterliegt die Apotheke einerseits auch einem Kontrahierungszwang und ist sie daher verpflichtet, den Beschaffungsvorgang mit dem Ziel der Versorgung in angemessener Zeit einzuleiten, so bedeutet es andererseits ein Verstoß gegen das Gebot der materiellen Gerechtigkeit, auf sie alle mit der zeitlichen Streckung des besonderen Beschaffungsvorgangs verbundenen und durch sie nicht beeinflussbaren Risiken abzuwälzen. Die Apotheke beschafft das Arzneimittel „im Auftrag“ der Krankenkassen und mit dem Ziel, den gegenüber dieser bestehenden Versorgungsanspruch des*der Versicherten zu erfüllen. Verstirbt der*die Versicherte oder ändert der*die behandelnde Arzt*Ärztin die Therapie – beides Umstände, die durch die Apotheke nicht beeinflussbar sind, – dann muss sie zumindest all das ersetzt bekommen, was sie bis zur Kenntnis vom Fortfall des Versorgungszwecks im Rahmen der Beschaffung des Arzneimittels für erforderlich halten durfte. Insbesondere ist dies beispielsweise der Preis der Importware und weiterer Aufwendungen wie Zollgebühren etc., sofern diese bereits angefallen sind bzw. rechtswirksam verlangt werden können.

Eine abweichende Beurteilung würde über den grundsätzlich bestehenden Kontrahierungszwang hinaus eine Pflicht der Apotheke zur Selbstschädigung bis hin zur Existenzgefährdung oder gar -vernichtung annehmen. Und das, obwohl das Patient*innenwohl nicht (mehr) in Rede

steht, da der Entfall der Versorgung aus Gründen eingetreten ist, die aus der Risikosphäre der Krankenkasse bzw. deren Verhältnis zu dem*der Patient*in oder zu dem*der behandelnden Arzt*Ärztin resultieren.

Eine ähnliche Problemlage kann bei der Herstellung von Arzneimitteln durch die Apotheke oder deren Lohndienstleister auftreten. Verstirbt der*die Patient*in, nachdem die Apotheke Ausgangsstoffe auftragsgemäß bereits verarbeitet hat, dann sind ihr die bis dahin entstandenen Aufwendungen zu erstatten.

Dass die Krankenkassen an der Abwälzung aller Risiken auf die Apotheke festhalten wollen, zeigt sich u. a. auch daran, dass sie regelhaft eine vorab durch die Apotheke beantragte – verbindliche – Risiko- und Kostenübernahme verweigern. Das ist in den hier in Rede stehenden Fällen, also außerhalb der Bevorratungspflicht nach § 15 ApBetrO, die als begrenzte gesetzliche Risikoabwälzung auf die Apotheke verstanden werden kann¹, als rechtsstaatlich bedenklich zu bezeichnen und kann nicht länger hingenommen werden. Der Gesetzgeber ist daher berufen, durch geeignete Regelungen für eine entsprechende gesetzliche Klarstellung zu sorgen.

¹ Vgl. Pfeil/ Pieck, Kom. zur ApBetrO, 16. Erg.-Lfg. 2022, § 15, Rn. 28

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2025 – Düsseldorf
Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

3.d) Arzneimitteltherapiesicherheit

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2025 – Düsseldorf

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 3.29
angenommen

Antragsteller: ABDA-Vorstand

Antragsgegenstand: Stufenkonzept für mehr Arzneimitteltherapiesicherheit
– Risikoadaptierte Betreuung chronisch Kranker

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, chronisch Kranken einen Rechtsanspruch für eine risikoabhängige Betreuung (Stufenkonzept) einzuräumen und die beteiligten Ärzt*innen und Apotheker*innen dafür angemessen zu honorieren. Dieses Stufenkonzept umfasst folgende drei Stufen:

1. Alle Patient*innen mit elektronischem oder bundeseinheitlichem Medikationsplan (eMP/BMP) erhalten einen Anspruch, dass Apotheken ihren Medikationsplan fortgeschreiben, indem sie die Arzneimitteldaten, v. a. aus der elektronischen Medikationsliste (eML) in der elektronischen Patientenakte (ePA), regelmäßig mit dem patient*ineneigenen Medikationsplan abgleichen und, soweit bekannt, um relevante Arzneimittel der Selbstmedikation und derzeit eingenommene, aber bisher nicht elektronisch verordnete Arzneimittel ergänzen. Der Medikationsplan wird dabei regelmäßig auf Aspekte der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) geprüft („AMTS-Prüfungen“).
2. Bei bestehendem Anspruch können Apotheken zusätzlich die pharmazeutische Dienstleistung (pDL) „erweiterte Medikationsberatung“ durchführen (bereits geregelt).
3. Ergibt sich aus den Ergebnissen der erweiterten Medikationsberatung ein darüber hinausgehender Betreuungsbedarf erhalten diese Patient*innen einen Anspruch auf ein kontinuierliches interprofessionelles Medikationsmanagement.

Begründung

Eine bestmögliche Effektivität bei gleichzeitig gegebener (Patient*innen-)Sicherheit sind die wesentlichen Ziele jeder Arzneimitteltherapie. Um dies für möglichst viele Patient*innen realisieren zu können, muss sich die Versorgung am individuellen Risiko orientieren. Außerdem muss Klarheit darüber bestehen, wie die Aufgaben zwischen Ärzt*innen und Apotheker*innen aufgeteilt sind, um die knappen Ressourcen optimal zu nutzen.

Da durch die Einführung der eML in der ePA zukünftig erheblich mehr Arzneimitteldaten als Grundlage für Medikationspläne und damit verbundene AMTS-Prüfungen zur Verfügung stehen, werden Lösungen benötigt, wie diese Informationen zielführend und effizient genutzt werden. Hierbei müssen vor allem auch unnötige Mehrfacherbringungen aufgrund unklarer Zuständigkeiten, Prozesse oder fehlender Transparenz, z. B. aufgrund der fehlenden Möglichkeit zur Dokumentation von Ergebnissen von ATMS-Prüfungen, verhindert werden. Die gematik GmbH hat hierzu aktuell keine Lösungen.

Eine sinnvolle Lösung ist das hier vorgeschlagene Stufenkonzept mit einem risikoadaptierten Anrecht für Patient*innen:

Stufe 1: Chronisch Kranke mit Anrecht auf einen BMP/eMP (derzeit nach § 31a (1) SGB V mindestens drei verordneten Arzneimitteln) erhalten zusätzlich ein Anrecht auf eine regelmäßige Risikoprüfung und Aktualisierung ihres Medikationsplans in einer von dem*der Patient*in selbst gewählten Apotheke.

Da verschiedene Untersuchungen zur Erstellung und Aktualisierung des BMP gezeigt haben, dass die Erstellung eines möglichst vollständigen und AMTS-geprüften Medikationsplans in der ambulanten Versorgung ausschließlich erreichbar war, wenn öffentliche Apotheken federführend beteiligt waren¹, sollen Apotheken diese Aufgabe übernehmen.

Stufe 2: (ist bereits geregelt) Bei Arzneimitteltherapien mit fünf und mehr dauerhaft angewendeten Arzneimitteln können Patient*innen in ihrer Apotheke eine pDL „erweiterte Medikationsberatung“ in Anspruch nehmen. Die Ergebnisse werden an den*die betreuende*n (Haus-) Arzt*Ärztin übermittelt. Damit wäre diese pDL sinnvoll in das Stufenkonzept integriert.

Stufe 3: Ergeben sich aus den Ergebnissen der pDL „erweiterte Medikationsberatung“ individuelle Risiken, die eine weitergehende Betreuung erfordern, hätten diese Patient*innen im Sinne des Stufenkonzeptes ein Anrecht auf ein kontinuierliches interprofessionelles Medikationsmanagement. Da die Evaluation des ARMIN-Medikationsmanagements bereits den Nutzen und auch die Praktikabilität eines funktionierenden Rollenkonzeptes für das interprofessionelle Medikationsmanagement zeigen konnte², wären die Aufgabenverteilungen zwischen Ärzt*innen und Apotheker*innen entsprechend festzulegen.

¹ Dormann H et al. Erprobung des bundeseinheitlichen Medikationsplans in der Praxis: die Pilotprojekte Metropol-Mediplan 2016, Modellregion Erfurt und PRIMA. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2018; 61: 1093–1102.

² Meid AD et al. Mortalität und Hospitalisierungen von Patientinnen mit interprofessionellen Medikationsmanagement. Dtsch Arztebl Int. 2023; 120: 253–260.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2025 – Düsseldorf

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 3.30
angenommen

Antragsteller: Bayerische Landesapothekerkammer
Apothekerkammer Nordrhein

Antragsgegenstand: Stärkung der Arzneimitteltherapie- und Patient*innensicherheit

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert die Bundesregierung auf, die fachliche Expertise der Apotheker*innen im Rahmen der Arzneimitteltherapie- und Patient*innensicherheit unter Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit mit allen weiteren Gesundheitsberufen noch stärker zu nutzen und dadurch den Aktionsplan zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) auch zukünftig zu stärken und weiterzuentwickeln.

Begründung

Ziel jeder medikamentösen Therapie ist es, Patient*innen wirksam und sicher zu behandeln – Krankheiten zu lindern oder zu heilen. Gleichzeitig sind Arzneimittelanwendungen stets mit Risiken verbunden. Kommt es infolge von Medikationsfehlern zu Nebenwirkungen, kann dies vermeidbares Leid verursachen – im schlimmsten Fall mit tödlichem Ausgang.

Jedes Jahr werden etwa 5 Prozent bis 7 Prozent der Krankenhauseinweisungen durch Arzneimittelnebenwirkungen verursacht.^{1,2} In einer aktuellen Untersuchung waren 6,5 Prozent der Krankenhausnotaufnahmen mit Nebenwirkungen assoziiert, die zu 90 Prozent eine stationäre Behandlung erforderten.³ Bis zu zwei Drittel der arzneimittelbezogenen Krankenhauseinweisungen werden als vermeidbar eingestuft. Laut der deutschen Bundesregierung kann davon ausgegangen werden, dass in Deutschland rund 250.000 Krankenhauseinweisungen jährlich auf vermeidbare Medikationsfehler zurückzuführen sind.⁴

Vor diesem Hintergrund und aufgrund der wachsenden Komplexität von Arzneimitteltherapie muss die AMTS noch stärker adressiert werden als bisher. Die Patient*innensicherheit und AMTS sind zentrale Anliegen aller am Medikationsprozess beteiligten Gesundheitsberufe. Apotheker*innen leisten durch ihre pharmazeutische Expertise und Beratung schon heute einen unverzichtbaren Beitrag zur Arzneimittel(therapie)sicherheit und tragen somit zur Vermeidung von Medikationsfehlern bei.

¹ Kongkaew C, Noyce PR, Ashcroft DM. Hospital admissions associated with adverse drug reactions: a systematic review of prospective observational studies. Ann Pharmacother. 2008 Jul;42(7):1017-25.

² Bouvy JC, Bruun ML de, Koopmanschap MA: Epidemiology of adverse drug reactions in Europe: A review of recent observational studies. Drug Saf 2015; 38(5): 437–53

³ Schurig AM, Bohme M, Just KS et al.: Adverse Drug Reactions (ADR) and Emergencies. Dtsch Arztebl Int 2018; 115: 251-258.

⁴ Deutscher Bundestag Parlamentsnachrichten: Tausende vermeidbare Medikationsfehler. https://www.bundestag.de/webarchiv/presse/hib/2018_02/544932-544932.

Um die AMTS noch weiter zu optimieren, sollten die Kompetenzen der Apotheker*innen als akademisch ausgebildete Arzneimittelexpert*innen noch stärker genutzt werden. Auch die interprofessionelle Zusammenarbeit mit den weiteren Heilberufen, Pflegekräften und weiteren Gesundheitsberufen gilt es zu fördern, da diese für die AMTS von zentraler Bedeutung ist.

Der Aktionsplan des BMG zur Verbesserung der AMTS hat sich in Deutschland als interprofessionelles Instrument bewährt. Ziel der Maßnahmen des Aktionsplans ist es, die Anzahl vermeidbarer Medikationsfehler zu verringern und damit die Sicherheit der Patient*innen zu erhöhen. Weiterhin sollen die Gesundheitskompetenz der Patient*innen sowie die Patient*innenorientierung im Gesundheitswesen gestärkt sowie die interprofessionelle Zusammenarbeit und die Möglichkeiten der Digitalisierung gefördert werden.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2025 – Düsseldorf

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 3.31
angenommen

Antragsteller: **Landesapothekerkammer Brandenburg**

Antragsgegenstand: **Medikationsmanagement durch Apotheker*innen im Krankenhaus über den Operationen- und Prozeduren-schlüssel (OPS) abbilden**

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker spricht sich dafür aus, dass die Medikationsanalyse durch Apotheker*innen im stationären Bereich als strukturierte Leistung anerkannt und in das Entgeltsystem der Krankenhausvergütung aufgenommen wird.

Begründung

Die Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) und die Optimierung der Arzneimittelversorgung sind zentrale Ziele einer qualitativ hochwertigen stationären Patient*innenversorgung. Das Medikationsmanagement wie zum Beispiel die Beratung zur Medikation, mögliche Interaktionen und dessen Anwendung insbesondere bei der Krankenhausaufnahme und während der Dauer der Behandlung im Krankenhaus, aber auch die pharmazeutische Betreuung im Rahmen des Entlassmanagements leisten hierzu einen nachweislich wirksamen Beitrag. Sie tragen nicht nur zur Verbesserung der Versorgungsqualität und Patient*innensicherheit im Krankenhaus bei, sondern können auch Folgekosten durch vermeidbare Arzneimittelrisiken, Therapiefehler und Rehospitalisierungen senken.

Trotz ihrer klinischen Relevanz und der positiven Evidenzlage werden diese Leistungen im derzeitigen Vergütungssystem für stationäre Leistungen nicht explizit abgebildet und damit auch nicht finanziert. Dies stellt ein wesentliches Hindernis für ihre flächendeckende Implementierung in Krankenhäusern dar und verhindert, dass die vorhandene pharmazeutische Expertise systematisch zum Einsatz kommt.

Ein zielführender Weg zur Abbildung und Finanzierung dieser Leistungen im DRG-System (Diagnosis Related Groups) wäre die Einführung eines spezifischen OPS-Codes (Operationen- und Prozedurenschlüssel) für klinisch-pharmazeutische Tätigkeiten wie z. B. das Medikationsmanagement. Der OPS ist ein offizielles Klassifikationssystem, mit dem Prozeduren im Krankenhaus standardisiert dokumentiert werden. Eine entsprechende Klassifikation würde eine nachvollziehbare Dokumentation und eine sachgerechte Leistungsvergütung ermöglichen und gleichzeitig Anreize für eine flächendeckende Implementierung in den Krankenhäusern setzen.

Die Einbindung pharmazeutischer Leistungen in das Entgeltsystem des Krankenhausbereichs ist ein notwendiger Schritt im Sinne der interprofessionellen Zusammenarbeit und einer modernen, qualitätsorientierten Patient*innenversorgung im Krankenhaus.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2025 – Düsseldorf
Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

3.e) Pharmazeutische Dienstleistungen

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2025 – Düsseldorf

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 3.32
angenommen

Antragsteller: Apothekerverband Westfalen-Lippe e. V.

Antragsgegenstand: Erweiterung der Impfleistung

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker spricht sich dafür aus, eine gesetzliche Erweiterung zur Durchführung von Schutzimpfungen mit allen Totimpfstoffen (z. B. Diphtherie, Hepatitis B, Poliomyelitis, Pertussis, Tetanus, Pneumokokken, FSME) in Apotheken bundesweit vorzuschlagen.

Begründung

Die COVID-19-Pandemie hat deutlich gemacht, dass Apotheken einen wichtigen Beitrag zur gesundheitlichen Daseinsvorsorge leisten – insbesondere auch im Bereich der Schutzimpfungen. Durch das Engagement der Apotheken konnte die Impfquote effektiv gesteigert, Versorgungslücken geschlossen und das öffentliche Gesundheitswesen nachhaltig gestärkt werden. Gründe dafür sind u. a. die flächendeckende Verfügbarkeit von Apotheken, kurze Wartezeiten und niederschwellige Zugangsmöglichkeiten. Die deutsche Vor-Ort-Apotheke hat – wie bereits Apotheken in zahlreichen europäischen Nachbarstaaten (z. B. Dänemark, Frankreich, Griechenland, Irland, Italien, Norwegen, Portugal, der Schweiz und Großbritannien) – bewiesen¹, dass sie in der Lage ist, Impfleistungen durchzuführen und einen wirksamen Beitrag zur Erhöhung der Impfquote zu leisten.

Dennoch ist die Impftätigkeit in deutschen Apotheken bislang nur gering. Trotz stetig zunehmender Impfzahlen (z. B. eine Steigerung von ca. 20 Prozent bei den Grippeimpfungen von der Saison 2023/24 auf 2024/25) bleibt die absolute Anzahl der in Apotheken durchgeföhrten Schutzimpfungen weit hinter den Erwartungen – insbesondere der Politik – zurück. Darüber hinaus ist die Zahl der Apotheken, die Impfungen anbieten, regional sehr ungleich verteilt und keineswegs als flächendeckendes Angebot zu betrachten. In vielen Regionen wird kaum oder gar nicht in Vor-Ort-Apotheken geimpft. Von den ca. 17.000 Apotheken in Deutschland boten im Jahr 2024 lediglich rund 8 Prozent diese Leistung an – obwohl sie als eine der effizientesten Präventivmaßnahmen gegen Infektionskrankheiten gilt. Eine Ausweitung des Impfangebots in Apotheken ist daher sowohl gesundheitspolitisch als auch berufspolitisch dringend geboten.

Dass in vielen Apotheken keine Impfungen angeboten werden, liegt unter anderem an der gesetzlichen Beschränkung auf saisonale Impfstoffe (Grippe- und Corona-Schutzimpfung, vgl. § 20c Infektionsschutzgesetz). Diese Einschränkung auf wenige Monate im Jahr stellt für viele Apothekenbetriebe einen unverhältnismäßigen Aufwand dar, insbesondere im Hinblick auf Aufbau und Aufrechterhaltung der nötigen Infrastruktur – und schreckt daher viele Betriebe davon ab, sich überhaupt mit der Thematik zu befassen. Eine Ausweitung des Impfangebots

¹ https://www.pharmazeutische-zeitung.de/zahl-der-apotheken-impfungen-hat-sich-verdoppelt-135211/?utm_source=chatgpt.com

auf Totimpfstoffe würde eine ganzjährige Leistung ermöglichen, die die Attraktivität für Apothekenbetreiber*innen erheblich steigern könnte. Die damit verbundene Verfestigung der Impftätigkeit führt außerdem zu mehr praktischer Erfahrung und hilft, die Impfung als pharmazeutische Dienstleistung (pDL) in der Apotheke zu etablieren.

Eine Ausweitung der Impfkompetenz in Apotheken auf alle Totimpfstoffe stellt daher nicht nur einen dringend notwendigen Schritt zur Verbesserung der Impfquote dar. Auch aus volkswirtschaftlicher Perspektive hätte eine höhere Impfquote positive Auswirkungen. So bringt beispielsweise jeder in die Impfung investierte Euro bei Personen über 50 Jahren einen wirtschaftlichen Nutzen von 4,00 Euro innerhalb dieser Altersgruppe, indem Gesundheitskosten gesenkt und Produktivitätsverluste gemindert würden.² So hätten in der Grippeaison 2023/24 220.000 gemeldete Grippefälle vermieden und die Volkswirtschaft so um 36 Milliarden Euro entlastet werden können.³ Auch trägt das Impfen zur Entlastung anderer Bereiche des Gesundheitswesens bei und stärkt die Resilienz der Versorgung in Pandemie- und Epidemiesituationen. Die Erweiterung auf Totimpfstoffe ist eine konsequente Weiterentwicklung der bisherigen gesundheitspolitischen Strategie, um die Impfbereitschaft in der Bevölkerung durch mehr Flexibilität und Verfügbarkeit zu erhöhen – bei gleichzeitigem Erhalt höchster Qualitäts- und Sicherheitsansprüche.

Warum sollte die Möglichkeit eines Kontrahierungszwangs diskutiert werden?

Die Vor-Ort-Apotheke kämpft heute mit vielfältigen Herausforderungen. Eine davon ist die wachsende Konkurrenz durch den Versandhandel. Bereits im Jahr 2024 lag dessen Anteil am Umsatz mit apothekenpflichtigen und freiverkäuflichen Arzneimitteln bei 22 Prozent – Tendenz steigend. Umso wichtiger ist es, die Standortvorteile der Vor-Ort-Apotheke optimal zu nutzen. Apothekerliche Dienstleistungen wie das Impfen können nur vor Ort erbracht werden – sie bringen sowohl Bestands- als auch Neukundschaft in die Apotheke.

Mit der Schaffung der gesetzlichen Grundlage für die Impfleistung in der Apotheke hat der Gesetzgeber sein Vertrauen in die Apothekerschaft zum Ausdruck gebracht, eine dauerhafte Anhebung der Impfquote erreichen zu können. Mehr noch – durch diese Maßnahme bot die Politik der Apothekerschaft eine weitere Möglichkeit, aktiv zu der eigenen wirtschaftlichen Absicherung beizutragen, indem eine zusätzliche abrechnungsfähige Leistung geschaffen wurde. Eine Leistung, die nicht online angeboten werden kann. Es ist an der Zeit, diese Chance konsequent zu nutzen. Die Einführung eines Kontrahierungszwangs könnte diesen Prozess erheblich beschleunigen.

Dabei muss klar sein: Art und Umfang eines solchen Zwanges sind sorgfältig zu diskutieren und zu definieren. Ein Kontrahierungszwang darf nicht bedeuten, dass jede*r Versicherte jederzeit Anspruch auf eine Impfung hat. Apotheken müssen organisatorische und gestalterische Freiräume behalten – etwa, indem Impfungen nur nach Terminvergabe oder an bestimmten Wochentagen angeboten werden können. Klar ist ferner, dass die Forderung eines Kontrahierungszwangs nur mit dem Abbau bürokratischer Hürden einhergehen kann. Die Anforderungen an die räumlichen Gegebenheiten (beispielsweise die Nutzung des Notdienstzimmers) bedürfen einer Klärstellung in der Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO). Ebenso muss die Dokumentation schlanker und im beidseitigen Interesse – der Patient*innen und der Apotheke – optimiert werden. In diesem Zusammenhang wäre auch über die beschleunigte Schaffung eines digitalen Impfausweises nachzudenken. In Kombination mit der elektronischen Patientenakte (ePA) wäre das nur folgerichtig und würde für mehr Transparenz, Sicherheit und eine optimierte Gesundheitsprävention sorgen.

² https://www.vaccineurope.eu/wp-content/uploads/2023/06/vaccineurope_manifesto-2024-2029.pdf

³ https://www.pharmazeutische-zeitung.de/warum-sich-impf-apotheken-lohnen-155620/?utm_source=E-Mail&utm_medium=Newsletter&utm_campaign=TDT-29-04-2025

Ferner ist der mit der Regelung von Leistungen für Privatversicherte im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) verbundene Systembruch zu thematisieren. Dieser hat zur Folge, dass sowohl der Impfstoff also auch die Impfungen in der Apotheke günstiger sind als in der Arztpraxis.

Darüber hinaus sollte die Durchführung von Impfungen als fester Bestandteil in die Approbationsordnung aufgenommen werden. Die Aufgabengebiete der Apotheke befinden sich derzeit im Wandel, denn der Gesetzgeber braucht Apotheker*innen, die die Herausforderungen des demographischen Wandels mittragen. Um zukünftige Generationen bestmöglich auf den praktischen Alltag in der Apotheke vorzubereiten, sollte eine bereits im Infektionsschutzgesetz (IfSG) und der ApBetrO verankerte apothekerliche Leistung nicht erst nach Abschluss des Staatsexamens zusätzlich erlernt werden müssen.

Die Impfleistung in der Apotheke stellt eine bedeutende Chance dar – für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung ebenso wie für die Zukunftsfähigkeit der Vor-Ort-Apotheke. Eine gesetzlich verankerte Ausweitung des Impfangebots, flankiert durch einen sinnvoll ausgestalteten Kontrahierungszwang, klare rechtliche Rahmenbedingungen und den Abbau bürokratischer Hürden, würde nicht nur die Impfquote nachhaltig steigern, sondern auch die Rolle der Apotheken als niedrigschwellige, wohnortnahe Anlaufstellen im Gesundheitssystem stärken.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2025 – Düsseldorf

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 3.33
angenommen

Antragsteller: Bayerische Landesapothekerkammer
Bayerischer Apothekerverband e. V.

Antragsgegenstand: Impfpass-Check als pharmazeutische Dienstleistung

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker spricht sich dafür aus, zur weiteren Steigerung der Impfquoten den standardisierten Impfpass-Check in öffentlichen Apotheken als vergütete pharmazeutische Dienstleistung (pDL) gesetzlich zu verankern und zu honorieren.

Begründung

Impfungen gehören zu den wirksamsten präventiven Maßnahmen im öffentlichen Gesundheitswesen. Sie schützen nicht nur Einzelpersonen vor schwerwiegenden Infektionskrankheiten, sondern tragen auch zum Gemeinschaftsschutz bei – ein zentraler Schutz insbesondere für vulnerable Gruppen, die selbst nicht geimpft werden können. Auch im Zusammenhang mit Auslandsreisen spielen spezifische Impfungen eine zunehmend wichtige Rolle.

Apotheker*innen verfügen über die nötige fachliche Qualifikation, um evidenzbasiert und leitliniengerecht zu verschiedenen Impfungen zu beraten. Der Impfpass-Check in der Apotheke ermöglicht eine strukturierte und niedrigschwellige Überprüfung des Impfstatus. Impflücken können so frühzeitig erkannt und gezielte Impfempfehlungen ausgesprochen werden – in enger Abstimmung mit den behandelnden Ärzt*innen.

Um dieses präventivmedizinische Potenzial der Apotheken systematisch zu nutzen, ist der Impfpass-Check als standardisierte pDL auszugestalten und entsprechend zu honorieren. Die Einführung dieser Leistung stellt einen weiteren wichtigen Schritt dar, um die Impfbereitschaft und die Impfquoten in der Bevölkerung zu erhöhen.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2025 – Düsseldorf

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 3.34
angenommen

Antragsteller: Bayerische Landesapothekerkammer
Bayerischer Apothekerverband e. V.

Antragsgegenstand: Strukturierte Präventionsprogramme als pharmazeutische Dienstleistungen

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker spricht sich dafür aus, den Katalog möglicher pharmazeutischer Dienstleistungen (pDL) nach § 129 Absatz 5e Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) um strukturierte Präventionsprogramme zu erweitern.

Begründung

Öffentlichen Apotheken leisten bereits heute einen wesentlichen Beitrag in der Prävention, sowohl bei der Krankheitsvorbeugung (Primärprävention), der Krankheitsfrüherkennung (Sekundärprävention) als auch bei der Verhinderung von Folgeschäden und Rückfällen (Tertiärprävention). Sie können so entscheidend zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung und Entlastung der Sozialsysteme beitragen. Damit dieses Potenzial konsequent genutzt werden kann, ist eine gesetzliche Verankerung strukturierter Präventionsangebote im Katalog möglicher pDL im SGB V erforderlich. Nur so erhalten gesetzlich Versicherte einen gesicherten Anspruch auf präventive Leistungen durch Apotheken. Dies entspricht nicht nur den Zielen des Perspektivpapiers „Apotheke 2030“, sondern auch den Forderungen des Positionspapiers „Apotheke der Zukunft“ nach einer stärkeren Einbindung der Apotheken in die gesundheitliche Prävention und Früherkennung.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2025 – Düsseldorf

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 3.35
angenommen

Antragsteller: Bayerische Landesapothekerkammer
Bayerischer Apothekerverband e. V.

Antragsgegenstand: Stärkung der Herzgesundheit unter Einbindung der Vor-Ort-Apotheken

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker spricht sich dafür aus, Maßnahmen zur Stärkung der Herzgesundheit in der Bevölkerung unter besonderer Berücksichtigung der Vor-Ort-Apotheken zu ergreifen. Für die Etablierung hierfür erforderlicher, neuer pharmazeutischer Dienstleistungen bedarf es einer angemessenen, leistungsorientierten Vergütung sowie möglicher Anschubfinanzierungen für die Apotheken.

Begründung

Zur Vermeidung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Tabak-assoziierten Erkrankungen ist es unerlässlich, die Vor-Ort-Apotheken künftig verstärkt in die Beratung zur Prävention und Früherkennung dieser Erkrankungen einzubinden. Für entsprechende niedrigschwellige Beratungsangebote in Apotheken müssen daher neue pharmazeutische Dienstleistungen etabliert werden, auf die gesetzlich Krankenversicherte einen Anspruch haben.

Angesichts der erheblichen Krankheitslast und der enormen gesundheitspolitischen Relevanz von Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist die Einbindung der wohnortnahen, leicht zugänglichen Apotheken in die Primär- und Sekundärprävention ein effektiver, bewährter und evidenzbasierter Weg, um die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu stärken und Risikopatient*innen frühzeitig zu identifizieren.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2025 – Düsseldorf

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 3.36
angenommen

Antragsteller: Apothekerkammer Berlin

Antragsgegenstand: pDL-Inhalationsschulung - Erweiterung auf Kinder 0 bis 6 Jahre

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker spricht sich dafür aus, die bestehende pharmazeutische Dienstleistung (pDL) „Erweiterte Einweisung in die korrekte Arzneimittelanwendung mit Üben der Inhalationstechnik“ im Anhang zu Anlage 11 des Rahmenvertrages nach § 129 Absatz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) auf Kinder im Alter von 0 bis 6 Jahren zu erweitern. Dabei soll sich die Schulung nicht nur an das Kind, sondern an die Eltern bzw. Erziehungsberechtigten richten, um die sachgerechte Anwendung der inhalativen Therapie in dieser Altersgruppe sicherzustellen.

Durch Durchführung und Abrechenbarkeit der Schulung von Eltern bzw. Bezugspersonen im Rahmen der pDL „Erweiterte Einweisung in die korrekte Arzneimittelanwendung mit Üben der Inhalationstechnik“ wird die Qualität, Sicherheit und Wirksamkeit der inhalativen Therapie bei Kindern unter 6 Jahren gewährleistet und verbessert.

Begründung

Aktuell ist die Abrechnung der pDL-Inhalationsschulung gemäß den geltenden Regelungen erst ab einem Alter von 6 Jahren möglich. Diese Altersgrenze orientiert sich an der Voraussetzung, dass der*die Patient*in selbstständig in der Lage ist, die Inhalationstechnik zu erlernen und anzuwenden. Für jüngere Kinder im Alter von 0 bis 6 Jahren trifft dies in der Regel noch nicht zu, da ihnen altersbedingt die kognitiven und motorischen Fähigkeiten fehlen, um die inhalative Therapie selbstständig und korrekt durchzuführen.

Dennoch besteht in dieser Altersgruppe ein erheblicher Bedarf an strukturierter Anleitung und Schulung – nicht beim Kind selbst, sondern bei den Eltern bzw. Erziehungsberechtigten, die in dieser Phase die Therapie eng begleiten. Eine fundierte Schulung dieser Bezugspersonen ist entscheidend für den Therapieerfolg, insbesondere zur Vermeidung von Anwendungsfehlern und zur Förderung der Adhärenz.

Die bisherige Regelung führt in der Praxis zu einer Versorgungslücke: Obwohl eine Schulung dringend erforderlich ist, kann sie nicht im Rahmen der pDL abgerechnet werden, da sich diese formal ausschließlich auf den*die Patient*in bezieht. Die fehlende Abrechenbarkeit wirkt sich dabei nachteilig auf die Versorgungsrealität und Qualität der Betreuung junger Kinder mit inhalativ zu behandelnden Erkrankungen aus. Mit der geforderten Erweiterung der pDL-Inhalationsschulung auf Kinder im Alter von 0 bis 6 Jahren – mit dem Fokus auf die Schulung der Eltern bzw. Erziehungsberechtigten – soll diese Versorgungslücke geschlossen werden. Die Maßnahme zielt auf eine standardisierte, qualitativ gesicherte Anleitung der betreuenden Personen ab und stellt somit einen entscheidenden Beitrag zur Sicherstellung einer wirksamen und sicheren inhalativen Therapie in dieser vulnerablen Altersgruppe dar.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2025 – Düsseldorf

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 3.38
in den Ausschuss verwiesen

Antragsteller:	Bayerische Landesapothekerkammer
Antragsgegenstand:	Klimawandel aktiv begegnen durch spezifische Beratungs-/Betreuungsangebote in Vor-Ort-Apotheken

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, Beratungs-/Betreuungsangebote der Vor-Ort-Apotheken, insbesondere für vulnerable Patient*innengruppen, aufzugreifen, um den gesundheitlichen Folgen des Klimawandels aktiv zu begegnen. Diese zusätzlichen Leistungen sind als vergütete pharmazeutische Dienstleistungen (pDL) zu etablieren.

Begründung

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) stuft den Klimawandel als die größte Herausforderung für die globale Gesundheit im 21. Jahrhundert ein. Insbesondere vulnerable Gruppen wie ältere Menschen, chronisch Kranke oder multimorbide Patient*innen sind durch klimatische Extremwetterereignisse – etwa Hitzeperioden – in besonderem Maße gefährdet. Um die Resilienz dieser Bevölkerungsgruppen zu stärken, bedarf es spezifischer und niedrigschwelliger Gesundheitsangebote. Hierzu zählt etwa die patient*innenindividuelle Überprüfung der Medikation von Risikopatient*innen unter Berücksichtigung klimatischer Belastungen sowie die aktive Aufklärung über Verhaltensmaßnahmen bei Hitze. Diese gesundheitspräventiven Leistungen stellen einen wichtigen Baustein im Rahmen der Klimaanpassungsstrategie des Gesundheitswesens dar und müssen daher strukturell, rechtlich und finanziell abgesichert werden. Die Apotheken sind bereit, Verantwortung zu übernehmen – es braucht jedoch klare gesetzgeberische Rahmenbedingungen und eine adäquate Honorierung.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2025 – Düsseldorf

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 3.39
angenommen

Antragsteller: Bayerische Landesapothekerkammer
Bayerischer Apothekerverband e. V.

Antragsgegenstand: Umsetzung der Nationalen Diabetes-Strategie unter
Einbeziehung der Vor-Ort-Apotheken

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert die Bundesregierung auf, die im Jahr 2020 vom Deutschen Bundestag (BT) beschlossene nationale Diabetes-Strategie zügig unter aktiver Einbindung der Vor-Ort-Apotheken umzusetzen. In diesem Kontext erbrachte Leistungen der Apotheken sind angemessen zu honorieren.

Begründung

Die nationale Diabetes-Strategie wurde bereits im Jahr 2020 vom Bundestag beschlossen.¹ Ihre Umsetzung erfolgt jedoch nur zögerlich. Gemäß einer mündlichen Bundestagsanfrage zur Umsetzung der nationalen Diabetes-Strategie im Juni 2024 wurde u. a. ausgeführt: „Die Bekämpfung der lebensstilbezogenen Ursachen von Diabetes und anderer nichtübertragbarer Krankheiten mit zahlreichen weiteren Maßnahmen ist auch weiterhin ein wichtiges gesundheitspolitisches Ziel der Bundesregierung.“²

Vor diesem Hintergrund ist es zwingend erforderlich, die vorhandenen Versorgungsstrukturen vor Ort – insbesondere die öffentlichen Apotheken – in die Umsetzung der Diabetes-Strategie systematisch unter adäquater Honorierung der erbrachten Leistungen einzubinden. Apotheken sind niedrigschwellige, flächendeckend erreichbare Gesundheitsdienstleister mit umfassender Beratungskompetenz. Die positiven Ergebnisse der Studien des Wissenschaftlichen Instituts für Prävention im Gesundheitswesen (WIPIG) „GLICEMIA“³ und „GLICEMIA 2.0“⁴ belegen eindrucksvoll, dass eine intensive, kontinuierliche Betreuung von Patient*innen mit Typ-2-Diabetes in Apotheken zu messbaren Verbesserungen im Bereich der Sekundär- und Tertiärprävention führt. Darüber hinaus fördern diese Programme nachweislich die individuelle Gesundheitskompetenz sowie gesundheitsbewusstes Verhalten und weisen zudem ein erhebliches Potenzial zur Reduktion diabetesbedingter Krankheitskosten auf.

¹ <https://dserver.bundestag.de/btd/19/206/1920619.pdf>

² <https://dserver.bundestag.de/btp/20/20174.pdf#P.22536>

³ <https://www.wipig.de/ueber-uns/wissenschaft/wissenschaftliche-projekte/item/glicemia>

⁴ <https://www.wipig.de/ueber-uns/wissenschaft/wissenschaftliche-projekte/item/glicemia-2-0>

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2025 – Düsseldorf

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 3.40
angenommen

Antragsteller: Apothekerverband Westfalen-Lippe e. V.

Antragsgegenstand: Entbürokratisierung der pDL

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker spricht sich dafür aus, Verhandlungen mit dem Spaltenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) aufzunehmen mit dem Ziel, Anlage 11 zum Rahmenvertrag nach § 129 Absatz 2 und 5e Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) grundlegend zu überarbeiten. Im Fokus sollen umfassende Entbürokratisierungsmaßnahmen stehen, insbesondere zur Vereinfachung der Abrechnung der pharmazeutischen Dienstleistungen (pDL).

Konkret wird gefordert:

1. Entfall des Schriftformerfordernisses für die Vereinbarung zur Inanspruchnahme der pDL.
2. Entfall der schriftlichen Quittierung, zumindest aber eine zügige Umsetzung des bereits vorgesehenen elektronischen Quittierungssystems.

Begründung

pDL leisten einen wesentlichen Beitrag zur sicheren Arzneimitteltherapie in Deutschland. Sie verbessern die Versorgungsqualität, fördern die Therapietreue von Patient*innen und tragen somit langfristig zu einer ökonomischen Entlastung des Gesundheitssystems bei. Um dieses Potenzial voll auszuschöpfen, ist ein niedrigschwelliger Zugang für die Patient*innen entscheidend. Darüber hinaus stellen pDL eine zukunftsweisende Weiterentwicklung des Apothekerberufs dar, indem sie die heilberuflichen Kompetenzen von Apotheker*innen gezielt stärken und deren Rolle im Gesundheitssystem deutlich aufwerten.

Trotz des großen Potentials wird die flächendeckende Umsetzung dieser Leistungen nicht zuletzt durch übermäßige bürokratische Anforderungen gehemmt. So zeigt beispielsweise eine an der Universität Leipzig durchgeführte Studie zu pDL, dass von den 157 teilnehmenden Apotheken 48 Prozent den bürokratischen Aufwand als ein wesentliches Hindernis erachten, die Dienstleistung „Erweiterte Einweisung in die korrekte Arzneimittelanwendung mit Üben der Inhalationstechnik“ umzusetzen.¹ Die überbordende Bürokratie verkompliziert nicht nur die Abläufe in den Apotheken, sondern hemmt mitunter auch die Inanspruchnahme durch die Versicherten. Insbesondere das Unterschriftenerfordernis – zum einen für die Vereinbarung zur Durchführung der pDL und zum anderen zur Quittierung der erbachten Leistung – stellt eine Hürde dar bzw. schreckt Patient*innen regelrecht ab.

¹ AC Kroenert und T. Bertsche., Implementation, barriers, solving strategies and future perspectives of reimbursed community pharmacy services- a nationwide survey for community pharmacies in Germany, BMC Health Services Research, 24 (2024), 1463.

In dem auf Grundlage des § 129 Absatz 2 und 5e SGB V geschlossen Rahmenvertrag wurde in § 3 Absatz 3 und 4 der Anlage 11 geregelt, dass zwischen Apotheke und Versicherten grundsätzlich eine schriftliche Vereinbarung zur Inanspruchnahme einer pDL zu schließen ist. Der Erhalt der pDL ist durch Unterschrift zu bestätigen („Quittierung“).

Die Schriftform wurde in Anlage 11 des Rahmenvertrages nach § 129 SGB V vertraglich vereinbart. Das bedeutet: Sowohl das Schriftformerfordernis für die Vereinbarung der Inanspruchnahme der pDL (§ 3 Absatz 3 Anlage 11) als auch für die Quittierung des Erhalts dieser Leistung (§ 3 Absatz 4 Anlage 11) beruhen allein auf der vertraglichen Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem Deutschen Apothekerverband e. V. (DAV). Grundsätzlich gilt im Fall einer solchen gewillkürten Schriftform – in Abgrenzung zur gesetzlichen Schriftform – Folgendes: Haben Parteien für einen Vertrag Schriftform, elektronische Form oder Textform vereinbart, können sie die an die zur Wahrung der Form zu stellenden Anforderungen frei bestimmen. Gibt es – wie im vorliegenden Fall – keine gesetzliche Formvorgabe, können Verträge grundsätzlich auch mündlich oder sogar konkludent geschlossen werden.

Zum Vergleich: Im ärztlichen Bereich kommt der Behandlungsvertrag zwischen Arzt*Ärztin und Patient*in in der Regel formlos durch konkludentes Verhalten beider Parteien zustande – etwa, wenn sich der*die Patient*in in die Praxis begibt und der*die Arzt*Ärztin mit der Anamnese oder der Untersuchung beginnt. Selbstverständlich gelten auch für Ärzt*innen Dokumentationspflichten, die sich unter anderem aus dem Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) ergeben. So verpflichtet § 630 f. BGB zur Führung einer Patientenakte, in der wesentliche Maßnahmen und Ergebnisse der Behandlungen festzuhalten sind. Eine gesonderte schriftliche Vereinbarung oder eine schriftliche Bestätigung durch den*die Patient*in, dass die Behandlung stattgefunden hat, ist hingegen nicht erforderlich.

Der Vergleich zeigt die Diskrepanz zwischen ärztlicher Behandlung und den pDL. Ein Schriftformerfordernis hat insbesondere den Zweck, die Vertragsschließenden vor unüberlegten und übereilten Bedingungen zu schützen (Warnfunktion).² Obwohl die Maßnahmen im Rahmen eines ärztlichen Behandlungsvertrags mitunter deutlich wichtiger sein können, das Grundrecht auf die körperliche Unversehrtheit tangieren und somit unter Umständen mit höheren Risiken verbunden sein können, ist eine Schriftform hier in der Regel nicht vorgeschrieben. Im Vergleich dazu sind „Maßnahmen“ im Rahmen einer pDL deutlich weniger gravierend. Folgerichtig dürfen an die Form des Vertragsschlusses keine strengeranforderungen gestellt werden. Dass an pDL vertraglich strenger Anforderungen gestellt werden als an den ärztlichen Behandlungsvertrag, kann auch nicht mit der Klarstellungs- und Beweisfunktion, die das Schriftformerfordernis grundsätzlich innehat, gerechtfertigt werden.

Darüber hinaus sieht Anlage 11 vor, dass das Quittierungssystem künftig auf ein elektronisches Verfahren umgestellt werden soll (§ 3 Absatz 4 Anlage 11). Ziel sollte es sein, die schriftliche Quittierung vollständig abzuschaffen. Sollte dies nicht realisierbar sein, sollte zumindest die bereits vorgesehene Umstellung auf das elektronische Quittierungssystem schnellstmöglich umgesetzt werden.

Dokumentationsaufwand und Vergütung der pDL stehen in keinem angemessenen Verhältnis. Die Wirtschaftlichkeit der pDL hängt zu einem großen Teil davon ab, dass die Leistung in einem gewissen Zeitfenster erbracht wird. Entbürokratisierungsmaßnahmen machen die pDL daher auch finanziell attraktiver. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass das Angebot pDL perspektivisch ausgebaut werden soll und Bestrebungen dahingehen, dass pDL als Routineleistung in jeder Apotheke etabliert werden, ist eine Entbürokratisierung dringend erforderlich. Der bürokratische Aufwand konterkariert hingegen das Ziel, diese Angebote flächendeckend und alltagsnah in den Apotheken zu etablieren und möglichst vielen Patient*innen zugänglich zu machen. Notwendig sind stattdessen einfache, digitale und unbürokratische Prozesse, um neue Leistungen effektiv in der Regelversorgung zu verankern.

² Grüneberg/Ellenberger BGB § 125 Rn. 2

Auch im Sinne der Nachwuchsförderung ist es unbedingt erforderlich, bürokratische Hürden abzubauen und langfristig die Weichen für eine alltagstaugliche und effektive Umsetzung zu stellen. So geht insbesondere aus dem Positionspapier³ zu den pDL des Bundesverbands der Pharmaziestudierenden in Deutschland e. V. (BPhD) vom 1. Juni 2025 die klare Forderung nach mehr Kompetenzübertragung sowie nach einer intensiveren Verankerung der pDL im Studium hervor, jedoch wird gleichzeitig der unbedingte Abbau bürokratischer Hürden gefordert.

Im Sinne einer flächendeckenden Versorgung und der Stärkung der Prävention sowie der Weiterentwicklung des Apothekenberufs als Heilberuf ist die Eindämmung dieser Hürden unerlässlich. Durch die pDL können die bereits vorhandenen Kompetenzen der Apotheker*innen stärker eingesetzt und die Weiterentwicklung des Berufs vorangetrieben werden. Gleichzeitig schaffen sie einen Mehrwert in der Gesundheitsversorgung der Patient*innen. Darüber hinaus hebt sich die Vor-Ort-Apotheke durch die pDL klar vom Versandhandel ab, der viele dieser Leistungen nicht anbieten kann. Diese zusätzliche Versorgungsleistung und die damit verbundene Stärkung der Vor-Ort-Apotheke dürfen nicht durch übermäßige bürokratische Hürden blockiert werden. Nur durch eine konsequente Entbürokratisierung kann die Einführung der pDL in allen Apotheken erleichtert und damit die Zahl der anbietenden Apotheken deutlich erhöht werden.

³ Positionspapier zu den pharmazeutischen Dienstleistungen des Bundesverbands der Pharmaziestudierenden in Deutschland e.V. vom 01.06.2025.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2025 – Düsseldorf

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 3.40a
Ad hoc Antrag angenommen

Antragsteller: Dr. Karl Sydow, Maximilian Buch, Dr. Björn Wagner,
Daniel Mädler, Sven Morgenstern, Simon Hübner,
Dott. ssa. Christine Waibel, Dr. Sonja Mayer,
Susanne Zieglwallner, Alexander Freiherr von
Waldenfels,

Antragsgegenstand: pDL Raucherentwöhnung

Antrag

Der Deutsche Apothekertag spricht sich dafür aus, den § 129 Abs. 5e SGB V um eine weitere pharmazeutische Dienstleistung zur Raucherentwöhnung zu ergänzen und Apotheken die dazugehörenden Beratungsleistungen gegenüber der GKV erstattungsfähig zu machen.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2025 – Düsseldorf

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 3.42
abgelehnt

Antragsteller:	Apothekerkammer des Saarlandes Saarländischer Apothekerverein e. V.
Antragsgegenstand:	Aufhebung Fälschungsschutzrichtlinie

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert die Bundesregierung auf, dass diese auf Ebene der Europäischen Union (EU) dafür eintritt, die seit 9. Februar 2019 geltende Fälschungsschutzrichtlinie aufzuheben.

Begründung

Seit 9. Februar 2019 tragen verschreibungspflichtige Arzneimittel (Rx-Arzneimittel) Sicherheitsmerkmale, die vor der Abgabe an den*die Patient*in einer Echtheitsprüfung unterzogen werden. Die gesetzlichen Grundlagen dafür sind:

- die Fälschungsschutzrichtlinie 2011/62/EU⁴
- die Delegierte Verordnung (EU) 2016/161⁵
- die Delegierte Verordnung (EU) 2021/457 (Brexit I)⁶
- die Delegierte Verordnung (EU) 2021/1686 (Aufnahme in White List)⁷
- die Delegierte Verordnung (EU) 2022/315 (Brexit II)⁸

Zusätzlich gelten die folgenden Informationen der EU-Kommission:

- Questions and Answers der EU-Kommission zur delegierten Verordnung 2016/161⁹
- EU-Maßnahmen zum Schutz des Patienten gegen gefälschte Arzneimittel in der legalen Lieferkette¹⁰

Die Europäischen Regelungen erforderten Anpassungen im nationalen Recht:

- Bundesgesetzblatt Teil I; Jahrgang 2018 Nr. 24 Seite 1080¹¹
- Bundesgesetzblatt Teil I, Jahrgang 2019 Nr. 30 Seite 1202¹²

Ein singulärer Vorfall, der allein aufgrund rechtlicher Vorgaben als Fälschung eingestuft wurde, tatsächlich aber keine war, wurde zum Anlass genommen, europaweit ein System einzuführen, um Patient*innen vor Arzneimittelfälschungen zu schützen. Der securPharm e. V. ist dabei

⁴ https://ec.europa.eu/health/system/files/2016-11/dir_2011_62_en_0.pdf

⁵ https://health.ec.europa.eu/system/files/2016-11/reg_2016_161_de_0.pdf

⁶ <https://www.securpharm.de/wp-content/uploads/2021/03/CELEX-32021R0457-DE-TXT.pdf>

⁷ <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:32021R1686&from=DE>

⁸ <https://www.securpharm.de/wp-content/uploads/2022/03/CELEX-32022R0315-DE-TXT.pdf>

⁹ https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-06/qa_safetyfeature_en_0.pdf

¹⁰ https://health.ec.europa.eu/medicinal-products/falsified-medicines_en

¹¹ https://www.bgb1.de/xaver/bgb1/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI#/switch/tocPane?_ts=1753192804618

¹² https://www.bgb1.de/xaver/bgb1/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI#/text/bgb119030.pdf?_ts=1753173279097

die deutsche Organisation für die Echtheitsprüfung von Arzneimitteln und verantwortlich für den Betrieb des Systems zur Echtheitsprüfung gemäß den europarechtlichen Vorgaben.

Im Ergebnis wurde ein Bürokratiemonster in einem Bereich erschaffen, in dem es nachweisbar (mit einer Ausnahme) in den letzten Jahrzehnten (!) keine Arzneimittelfälschungen gab und gibt.

Seit Einführung von securPharm im Jahr 2019 wurden allein in Deutschland mehrere Millionen Fehlalarme durch das securPharm-System generiert. Eine Arzneimittelfälschung lag aber in keinem der (Fehl-)Alarne vor.

Der durch die Fehlalarme in den Apotheken generierte Arbeitsaufwand ist in keiner Weise zu rechtfertigen.

Diesem Bürokratiemonster steht genau ein (!) Fälschungsfall (Ozempic) gegenüber, der mit Hilfe des securPharm-Systems zwar bearbeitet, aber nicht entdeckt wurde!

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2025 – Düsseldorf
Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

3.f) Bürokratieabbau

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2025 – Düsseldorf

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 3.43
angenommen

Antragsteller: Apothekerkammer Westfalen-Lippe

Antragsgegenstand: Ordnungsgemäße Ausstellung von Verschreibungen

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf und spricht sich dafür aus, Maßnahmen für die Sicherstellung des ordnungsgemäßen Ausstellens von Verschreibungen zu treffen, damit eine verlässliche und unmittelbare Arzneimittelversorgung von Patient*innen gewährleistet ist.

Begründung

Die Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV) schreibt dezidiert vor, auf welche Weise und mit welchen Inhalten eine Verschreibung ausgestellt werden muss. Gleichwohl kommt es regelmäßig vor, dass in Apotheken fehlerhafte Rezepte vorgelegt werden, die nicht unmittelbar beliefert werden können, da der Fehler nicht ohne Beteiligung des*der verschreibenden Arztes*Ärztin geheilt werden kann (beispielsweise fehlendes Kreuz beim T-Rezept, verschreibende*r Arzt*Ärztin aus Gemeinschaftspraxis ist nicht eindeutig gekennzeichnet, Darreichungsform ist nicht eindeutig, Dosierung ist nicht enthalten). Die Gesundheitsversorgung der zu versorgenden Patient*innen wird hierdurch erheblich beeinträchtigt, da sie die benötigten Arzneimittel nicht unmittelbar in der Apotheke erhalten und ihre Arzneimitteltherapie nicht beginnen bzw. fortsetzen können.

Zugleich lösen derartige Sachverhalte unnötigen bürokratischen Aufwand in Apotheken aus, da zunächst Rücksprache mit dem*der verordnenden Arzt*Ärztin gehalten und auf eine Korrektur der Verschreibung hingewirkt werden muss. Dieser Aufwand ist regelmäßig zeit- und damit kostenintensiv. Zudem kann sich hier das besondere Problem stellen, dass der*die verordnende Arzt*Ärztin zu seinen*ihren Sprechzeiten sehr schwierig und zu bestimmten Zeiten (insbesondere freitagnachmittags, samstags) gar nicht erreichbar ist, was die Versorgung betroffener Patient*innen zusätzlich erheblich verzögert.

Bei derartigen Sachverhalten ist es zudem naheliegend, dass betroffene Patient*innen fälschlicherweise annehmen, dass die aufgesuchte Apotheke nicht befähigt ist, die vorgelegte Verschreibung zu beliefern. Dies begründet die Gefahr einer negativen Wahrnehmung von Apothekenbetrieben und des apothekerlichen Berufsstands in der Bevölkerung.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2025 – Düsseldorf

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 3.44
abgelehnt

Antragsteller: **Landesapothekerkammer Hessen**

Antragsgegenstand: **Abbau von Dokumentationspflichten durch den Einsatz des E-Rezepts**

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, durch den Einsatz von elektronischen Rezepten (E-Rezepten) bestimmte Dokumentationspflichten zu reduzieren bzw. die Dokumentation zu automatisieren und damit den Apothekenbetrieb zu entlasten.

Begründung

Der Einsatz von E-Rezepten ist gut und zeitgemäß. Die Dokumentation von Betäubungsmitteln, Blutprodukten, Tierarzneimitteln und Importarzneimitteln ist ebenfalls grundsätzlich gut und im Sinne der Sache. Durch den Einsatz von E-Rezepten auch für diese Arzneimittel, wäre in Zukunft eine Automatisierung der Dokumentation wünschenswert und würde den Apothekenbetrieb entlasten. Das automatische Übermitteln und Protokollieren von Daten würde die händische Auflistung der Dokumentationspunkte unnötig machen.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2025 – Düsseldorf

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 3.45
angenommen

Antragsteller:	Landesapothekerkammer Hessen
Antragsgegenstand:	Praxisnahe Reduzierung der Genehmigungspflicht für Hilfsmittel in der gesetzlichen Krankenversicherung

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker spricht sich dafür aus, in Zusammenarbeit mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) eine praxisnahe Reduzierung der Genehmigungspflicht für Hilfsmittel in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu erarbeiten, insbesondere durch eine weitestgehende Genehmigungsfreiheit für niedrigpreisige Hilfsmittel bis 200,00 Euro und eine Vereinfachung des Hilfsmittelverzeichnisses, um den bürokratischen Aufwand zu minimieren und die Patient*innenversorgung zu verbessern.

Begründung

Die derzeitige Genehmigungspflicht für viele Hilfsmittel in der GKV führt zu einem unverhältnismäßigen bürokratischen Aufwand, bindet wertvolle Arbeitsressourcen in Apotheken und verzögert die Versorgung von Patient*innen. Während rezeptpflichtige Arzneimittel (Rx-Arzneimittel), selbst mit hohen Kosten, ohne vorherige Genehmigung abgegeben werden können, müssen für Hilfsmittel oft aufwendige Kostenvoranschläge eingereicht und genehmigt werden. Eine praxisnahe Reduzierung der Genehmigungspflicht würde die Effizienz steigern, die Patient*innenversorgung verbessern und die Arbeitsbelastung in Apotheken verringern.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2025 – Düsseldorf

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 3.46a
Ad hoc Antrag abgelehnt

Antragsteller:	Dr. Christian Fehske, Christian Brand, Daniel Mädler, Dr. Stephan Barrmeyer, Trang Luu-Frieling, Dr. Otto Quintus Russe, Sven Morgenstern, Dr. Stefan Schäfer, Ulf-Günter Schmidt, Jens Beuth
Antragsgegenstand:	Rückkehr der OTC-Preisbindung

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, die Preisbindung für OTC-Arzneimittel per Änderung der AMPreisV zum nächstmöglichen Zeitpunkt wieder einzuführen.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2025 – Düsseldorf
Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

4. Digitalisierung

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2025 – Düsseldorf

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache L 8 zu 4.1.1 - 4.1.3
angenommen

Antragsteller:

Apothekerkammer Westfalen-Lippe
Apothekerkammer Nordrhein

Antragsgegenstand:

Gesetzliche Regulierung von Plattformen und dadurch
Sicherstellung des Patient*innenschutzes

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, durch geeignete gesetzgeberische Maßnahmen gezielt gegen die Auswüchse des unzulässigen Arzneimittelvertriebs im Internet vorzugehen und Internetplattformen bzw. -angebote, über die Arzneimittel an Verbraucher*innen abgegeben werden, zu regulieren, um das hohe Niveau der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) und den Patient*innen- und Verbraucher*innenschutz sicherzustellen.

Begründung

Zunehmend verbreiten sich Internetplattformen bzw. -angebote, über die Arzneimittel bezogen werden können. Oftmals wird zusätzlich die Ausstellung des benötigten Rezeptes bzw. in diesem Zusammenhang eine „medizinische (Fern-)Behandlung“ angeboten. Derartige Plattformen stehen regelmäßig nicht im Einklang mit den einschlägigen rechtlichen Vorgaben:

- Plattformen veranlassen häufig anpreisende und reißerische Werbemaßnahmen, bei denen im Wesentlichen der Absatz von Arzneimitteln im Vordergrund steht.
- Regelmäßig erfolgt eine „medizinische Behandlung“ und die anschließende Arzneimittelversorgung gebündelt über die Plattform und damit unter Verstoß gegen das apothekenrechtliche Abspracheverbot aus § 11 Absatz 1 Apothekengesetz (ApoG).
- Oftmals reicht es für das Ausstellen eines Rezeptes aus, dass ein – auch rückwirkend korrigierbarer – Fragebogen ausgefüllt wird. Es ist bereits höchstrichterlich entschieden, dass das Bewerben einer Fernbehandlung mittels Online-Fragebogen nach § 9 Heilmittelwerbegesetz (HWG) unzulässig ist, da ein medizinischer Online-Fragebogen nicht den fachlichen medizinischen Standards genügt.
- Derartige Plattformen bieten auch oftmals die Möglichkeit an, unmittelbar ein gewünschtes Arzneimittel oder konkrete Anwendungsbereiche bzw. Krankheitsbilder auszuwählen, woran sich dann das Ausfüllen eines Fragebogens anschließt. Dies hat nur das Ziel, den Absatz von Arzneimitteln über die Plattform zu erhöhen. Die grundsätzlich notwendige vorhergehende Prüfung, ob im Einzelfall überhaupt Bedarf für ein Arzneimittel besteht, erfolgt dabei nicht.

Im Ergebnis hebeln derartige Plattformen die gefestigten Strukturen der Gesundheitsversorgung mitsamt der Versorgung mit Arzneimitteln aus. Denn bei solchen Plattformen existiert keine wirksame Kontrolle, ob im Einzelfall tatsächlich Bedarf für ein Arzneimittel besteht. Die

sinnvollen Hürden zum Erwerb verschreibungspflichtiger Arzneimittel (Rx-Arzneimittel) sind damit nicht mehr existent, so dass die Verschreibungspflicht insgesamt unterlaufen wird, was Patient*innen und Verbraucher*innen gefährdet und die Gefahr von Arzneimittelfehlgebrauch und -missbrauch begründet.

Dies ist jeweils möglich, weil derartige Internetplattformen bzw. -angebote gesetzlich nicht reguliert sind. Vielmehr müssen bei Rechtsverstößen im Einzelfall zivilrechtliche Schritte ergriffen werden. Dies ist allerdings wenig effektiv, da solche Verfahren relativ lange andauern. Dieser Zustand ist im Hinblick auf die Eigenschaft des Arzneimittels als Ware besonderer Art, den Gefahrenpotentialen von Arzneimitteln sowie der besonderen Bedeutung der Arzneimittelversorgung für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung untragbar. Dies macht es erforderlich, Internetplattformen, über die Arzneimittel in Verkehr gebracht werden, engmaschig und umfassend gesetzlich zu regulieren, um die sichere Arzneimittelversorgung der Bevölkerung zu gewährleisten und Gefahren durch Arzneimittelfehlgebrauch und -missbrauch auszuschließen.

Es wird vorgeschlagen, in § 8 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung – parallel zu der Regelung in § 3 Absatz 3a der Richtlinie des G-BA über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung – einen Passus aufzunehmen, der sicherstellt, dass die Verordnung von Arzneimitteln nur erfolgt, soweit sich der*die Verordner*in im Rahmen einer unmittelbaren persönlichen oder mittelbar persönlichen Konsultation von dem Zustand des*der Versicherten überzeugt hat. Weiterhin ist festzulegen, dass eine mittelbar persönliche Konsultation nur per Videosprechstunde erfolgen kann.

Insbesondere wird vorgeschlagen, in § 48 Absatz 1 Satz 2 Arzneimittelgesetz (AMG) ein Abgabeverbot für Rx-Arzneimittel zu verankern, wenn die ärztliche Verschreibung offenkundig ausschließlich auf der Grundlage eines Fragebogens erfolgt ist.

Eine entsprechende Regelung bestand bereits zwischen dem 24. Dezember 2016 und dem 15. August 2019 (sog. „Dr. Ed“-Regelung) und untersagte die Abgabe von Arzneimitteln zur Anwendung beim Menschen, wenn vor der ärztlichen oder zahnärztlichen Verordnung kein direkter Patient*innenkontakt stattgefunden hatte. Die aktuellen Entwicklungen im Bereich des Online-Arzneimittelvertriebs zeigen, dass ein solches Abgabeverbot zur Wahrung des Patient*innenschutzes erforderlich und sachgerecht ist.

Diese flankierende Maßnahme stellt keine Abschwächung der Forderung nach einem Versandhandelsverbot dar, sondern ist auch im Falle dessen Einführung sinnvoll und notwendig.

Im Interesse eines hohen Verbraucher*innenschutzniveaus ist es dringend geboten, der BNetzA – analog zu anderen Bereichen wie der Bekämpfung extremistischer oder strafbarer Online-Inhalte – die rechtliche Möglichkeit einzuräumen, den Zugang zu den benannten Plattformen in Deutschland zu sperren. Dies würde ein klares Signal setzen: Auch der digitale Arzneimittelmarkt ist kein rechtsfreier Raum! Das deutsche Arzneimittelrecht darf kein zahnloser Tiger gegenüber unseriösen Akteuren bleiben. Nur so kann der Patient*innenschutz auch im 21. Jahrhundert gesichert werden.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2025 – Düsseldorf

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 4.2
angenommen

Antragsteller: Apothekerkammer Bremen

Antragsgegenstand: Telemedizinanbieter Zuweisung

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, die nach § 11 Apothekengesetz (ApoG) unzulässige Zusammenarbeit von Telemedizinanbietern und Versandapotheken konsequent zu unterbinden.

Begründung

Telemedizin ist ein wichtiges Instrument zur Weiterentwicklung der Versorgung. Telemedizin ermöglicht es, unter Einsatz audiovisueller Kommunikationstechnologien, trotz räumlicher Trennung z. B. Diagnostik, Konsultation, Monitoring und medizinische Notfalldienste anzubieten. Die Videosprechstunde als telemedizinische Leistung wird seit 2017 regelhaft vergütet. Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (Digital-Gesetz – DigiG) vom 26. März 2024 wurde die bisher gesetzlich geltende Begrenzung zur Erbringung der Videosprechstunden aufgehoben und damit flexibilisiert, um Videosprechstunden in einem größeren Umfang zu ermöglichen. Es wurde die Möglichkeit geschaffen, dass Ärzt*innen Leistungen der Videosprechstunde auch außerhalb der eigenen Praxisräume anbieten können („Homeoffice“).

Inzwischen sind aber zahlreiche Anbieter von telemedizinischen Leistungen auf dem Markt, die ohne direkte Konsultation eines*einer Ärzt*in im Rahmen einer Videosprechstunde, sondern lediglich aufgrund des Ausfüllens eines Fragebogens, Verordnungen über z. B. Lifestyle-Arzneimittel oder Benzodiazepine ausstellen. Oftmals wird den Patient*innen direkt eine Versandapotheke empfohlen. Somit findet weder ein direkter Arztkontakt, noch eine Einlösung in der Apotheke vor Ort statt, womit nicht unerhebliche Risiken für den*die Verbraucher*in bestehen. Dies entspricht nicht der vom Gesetzgeber vorgesehenen Intention der Telemedizin und ist zudem als Umgehung der Verschreibungspflicht zu betrachten. Die direkte Empfehlung des Telemedizinanbieters einer Versandapotheke widerspricht den Vorgaben des § 11 ApoG. Dies ist inzwischen vom Bundesgerichtshof bestätigt worden. Allerdings kooperieren Versandapotheken und Telemedizinanbieter unbeirrt von der Gesetzgebung weiter.

Im Internet ist inzwischen eine Parallelstruktur von durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) zertifizierten Telemedizinanbietern, die immer eine Videosprechstunde anbieten und den Anbietern, über die lediglich eine Verordnung aufgrund eines Fragebogens ausgestellt wird, entstanden. Für den*die Verbraucher*in ist dieser Unterschied oftmals nicht zu erkennen. Vielmehr wünschen diese häufig eine möglichst einfache Art, um an das Rezept zu kommen. Aber auch die zertifizierten Anbieter von Videosprechstunden arbeiten inzwischen mit Versandapotheken zusammen. Dies muss unterbunden werden, um die freie Apothekenwahl zu stärken und damit die Vor-Ort-Apotheken ihre wichtige Funktion als letzte Kontrollinstanz vor Abgabe des Arzneimittels an den*die Patient*in nachkommen können.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2025 – Düsseldorf

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache L 9 zu 4.3.1 - 4.3.2
angenommen

Antragsteller: Landesapothekerkammer Hessen
Apothekerkammer Berlin

Antragsgegenstand: Rechtsverbindliche und nachvollziehbare E-Rezepte

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, verbindlich festzulegen, dass elektronische Rezepte (E-Rezepte) ausschließlich über die Telematik-Infrastruktur (TI) übermittelt werden dürfen. Insbesondere bei ärztlichen Verordnungen, die online ausgestellt werden.

Begründung

Die sichere, rechtsverbindliche und nachvollziehbare Übermittlung von E-Rezepten ist nur über TI gewährleistet.

Die Nutzung der TI stellt sicher, dass Apotheken ausschließlich E-Rezepte erhalten, die gemäß den geltenden Standards ausgestellt und signiert wurden. Damit kann verhindert werden, dass E-Rezepte aus dem Ausland, die über Online-Plattformen ohne ausreichende ärztliche Konsultation ausgestellt wurden, in deutschen Apotheken eingelöst werden.

Solche Verordnungen werfen erhebliche Fragen im Hinblick auf die Arzneimitteltherapie- und Patient*innensicherheit auf, da sie in der Apotheke nicht zuverlässig hinsichtlich ihrer medizinischen Angemessenheit überprüft werden können.

Die ausschließliche Nutzung der TI schützt somit nicht nur die Integrität des E-Rezept-Systems, sondern stärkt auch die Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) und die Gesundheit der Patient*innen.

Es fehlt derzeit an Möglichkeiten für Apotheken, die Validität von Rezepten eindeutig zu prüfen. Um Missbrauch vorzubeugen und die Arzneimittelversorgung durch öffentliche Apotheken zu sichern, bedarf es einheitlicher gesetzlicher Regelungen für Rezepte von Online-Plattformen mit angebundenen Ärzt*innen.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2025 – Düsseldorf

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 4.4
angenommen

Antragsteller: Landesapothekerkammer Baden-Württemberg
Landesapothekerverband Baden-Württemberg e. V.
Apothekerkammer Westfalen-Lippe
Apothekerverband Westfalen-Lippe e. V.

Antragsgegenstand: **Verfügbarkeit von E-Rezepten in der Apotheke**

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, gesetzliche und technische Rahmenbedingungen zu schaffen, die sicherstellen, dass Patient*innen unmittelbar bei Verlassen der Arztpraxis über ein signiertes elektronisches Rezept (E-Rezept) verfügen.

Begründung

Ärzt*innen stehen insgesamt drei Wege der elektronischen Signatur von E-Rezepten zur Verfügung: die Einzelsignatur, die Komfort- und die Stapelsignatur. Bei der Einzelsignatur wird ein einzelnes E-Rezept elektronisch signiert und damit in den E-Rezept-Fachdienst der Telematikinfrastruktur (TI) hochgeladen. Die Komfortsignatur bietet Ärzt*innen die Möglichkeit, im Voraus bis zu 250 E-Rezepte pro Tag zu signieren. Dabei stecken die Ärzt*innen zu Beginn eines Arbeitstages ihren elektronischen Heilberufsausweis (eHBA) in ein Kartenterminal und geben ihre persönliche PIN ein – damit sind 250 E-Rezepte für diesen Tag signiert. Die Stapelsignatur ermöglicht, vorbereitete Stapel von E-Rezepten zu beliebigen Zeitpunkten zu signieren – beispielsweise alle paar Stunden oder sogar erst am Folgetag. Die Stapelsignatur eignet sich insbesondere für Dokumente, bei denen eine sofortige Verfügbarkeit nicht erforderlich ist, wie etwa elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (eAU), Laboranforderungen oder Arztbriefe.

In der Praxis kommt es häufig vor, dass Patient*innen nach dem Arztbesuch mit dem Hinweis „das Rezept ist elektronisch“ die Praxis verlassen und in die Apotheke gehen, das E-Rezept jedoch noch nicht abrufbar ist. In vielen Fällen liegt dies an verzögerten Signaturprozessen – etwa durch Nutzung der Stapelsignatur. Patient*innen können in diesen Fällen nicht unmittelbar durch die Apotheke versorgt werden. Dies bedeutet unnötige Wartezeiten für Patient*innen, zusätzlichen Erklärungsaufwand für Apotheken sowie organisatorische Herausforderungen durch Botendienste und die sichere Aufbewahrung von Gesundheitskarten.

Für E-Rezepte ist eine verzögerte Signatur äußerst problematisch: Patient*innen begeben sich in der Regel unmittelbar nach dem Arztbesuch in eine Apotheke, um ihre Verordnung einzulösen. Wird das E-Rezept jedoch erst Stunden später durch eine Stapelsignatur freigegeben, ist eine zeitnahe Versorgung nicht gewährleistet. Dies ist gerade bei akuten Erkrankungen bedenklich, kann aber auch in chronischen Fällen zum Problem werden, wenn es dadurch zu Therapieunterbrechungen kommt.

Die Lagerhaltung in Apotheken orientiert sich am Verschreibungsverhalten der umliegenden Ärzt*innen. Weniger gängige Arzneimittel müssen bei Bedarf bestellt werden – ein Prozess, der durch verzögert signierte E-Rezepte unnötig verlängert wird.

Ein besonders praxisrelevantes Problem zeigt sich regelmäßig an Freitagen: Wird die Stapelsignatur am Mittag vergessen, ist die Arztpraxis in der Regel nicht mehr erreichbar, während für die Patient*innen noch kein E-Rezept in der TI hinterlegt ist. Im ungünstigsten Fall muss dann der ärztliche Notdienst in Anspruch genommen werden – ein kostenintensiver Umstand, der durch eine rechtzeitige Freigabe der E-Rezepte vermeidbar wäre. Auch der wiederholte Gang zur Apotheke, weil das E-Rezept noch nicht vorliegt, führt zu Unmut, unnötigem Aufwand und kann die Therapietreue beeinträchtigen. Gerade bei Akutverordnungen von Schmerzmitteln oder Antibiotika führt die Nutzung der Stapelsignatur zu vermeidbaren Verzögerungen im Behandlungsbeginn – mit potenziell negativen Folgen für den Gesundheitszustand der Betroffenen.

Daher gilt: Wenn ein Arzneimittel ärztlich verordnet wird, muss das E-Rezept unmittelbar nach dem Arzt*Ärztin-Patient*in-Kontakt – spätestens beim Verlassen der Praxis – digital signiert und im Fachdienst der TI verfügbar sein. Andernfalls stellt das E-Rezept einen Rückschritt gegenüber der „analogen“ Vorgehensweise beim Muster-16-Rezept dar. Die Akzeptanz der Patient*innen für die Digitalisierung im Gesundheitswesen wird sich so nur schwerlich gewinnen lassen.

Trotz der zurückliegenden Aufrufe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), die Komfortsignatur zu nutzen, hat sich das Signaturverhalten der Ärzteschaft nicht nachhaltig verbessert. Vor diesem Hintergrund ist die Stapelsignatur für E-Rezepte einzuschränken. Sie muss ausschließlich auf bestimmte Dokumententypen begrenzt oder sogar vollständig abgeschafft werden. Der Gesetzgeber ist in der Pflicht, dringend für entsprechende Abhilfe zu sorgen.

Die aktuelle Handhabung führt zu Frustration bei allen Beteiligten und gefährdet die Akzeptanz des E-Rezepts. Ein reibungsloser und unmittelbarer Abruf von E-Rezepten in der Apotheke ist jedoch essenziell für eine effiziente und patient*innennahe Arzneimittelversorgung. Daher sind gesetzgeberische Klarstellungen und technische Optimierungen dringend geboten.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2025 – Düsseldorf

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache L 10 zu 4.5.1 - 4.5.2
angenommen

Antragsteller: Apothekerkammer Westfalen-Lippe
Apothekerverband Westfalen-Lippe e. V.

Antragsgegenstand: Redundanz der Telematik-Infrastruktur und
Entschädigung der Apotheken bei Ausfällen

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber und die Bundesregierung auf, den Gesetzesentwurf zur Schaffung einer Digitalagentur für Gesundheit (Gesundheits-Digitalagentur-Gesetz, GDAG) – der sich im Oktober 2024 bereits in erster Lesung im Bundestag befand – wieder aufzunehmen, um so eine staatlich zu finanzierende, umfassende Redundanz und Betriebsstabilität der Telematik-Infrastruktur (TI) zu schaffen, bessere Maßnahmen zur Einhaltung von Qualitätsstandards einzuführen und – darüber hinaus – einen Ordnungsrahmen zu etablieren, der die Apotheken in die Lage versetzt, erlittene Umsatzverluste und sonstige Schäden durch wiederholte und anhaltende Ausfälle der E-Rezept-Technologie sowie der TI gegenüber Vertragspartnern, die ihrerseits schlecht oder nicht geleistet haben, zu liquidieren.

Begründung

Die TI ist der „Schlüssel“ zur Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens und damit Teil der staatlichen Daseinsvorsorge. Diese Vorsorge erschöpft sich aber nicht darin, „irgendeine“ Infrastruktur zu etablieren, sondern sie muss vielmehr der Aufgabe einer verlässlichen Gesundheitsversorgung der Bevölkerung gerecht werden – und die Anforderungen daran erfüllen. Eine Vielzahl von Ausfällen der TI belegt indes das Gegenteil. Störungen oder gar temporäre Totalausfälle sind an der Tagesordnung. Teilweise sind spezifische Funktionen, die von bestimmten Heilberufsgruppen benötigt werden, betroffen, teilweise wirkt sich der Ausfall auf alle an der Gesundheitsversorgung beteiligten Berufsgruppen aus.

Für das Jahr 2024 sei beispielhaft an die Ausfälle der zertifizierten Anbieter Arvato Systems Digital GmbH und Medisign erinnert, die die TI vollständig oder zumindest teilweise lahmgelegt haben. Auch im Jahr 2025 hat sich die Stabilität der TI nicht wesentlich verbessert. Die gematik meldet weiterhin regelmäßig Störungen wichtiger Zentralfunktionen, wobei häufig Komponenten externer TI-Dienstleister betroffen sind. So kam es beispielsweise im Juli 2025 zu einer erheblichen Störung des VPN-Zugangsdienstes der Arvato Systems Digital GmbH, infolge derer die angeschlossenen Leistungserbringer über mehrere Stunden hinweg keinen Zugriff auf jegliche TI-Anwendungen hatten.

In Reaktion auf die wiederkehrenden TI-Ausfälle hat der Deutsche Apothekerverband e. V. (DAV) mit Schreiben vom 9. Juli 2025¹ die gematik auf die bestehenden Missstände aufmerksam gemacht und gleichzeitig aufgefordert, die Ausfallsicherheit der TI nachhaltig zu verbessern. Ein wichtiges Anliegen, das mit dem Gesetzesentwurf zur Schaffung einer Digitalagentur

¹ Schreiben des DAV vom 09.07.2025 an Herrn Dr. Fuhrmann, Gematik GmbH.

für Gesundheit durch die ehemalige Ampelregierung im Oktober 2024 ebenfalls bereits adressiert worden war. Demnach sollte die gematik zur „Digitalagentur Gesundheit“ umgebaut und in diesem Zusammenhang mit hoheitlichen Befugnissen ausgestattet werden, um so Stabilität, Funktionalität und Interoperabilität der TI zu gewährleisten. Infolge des Bruchs der Ampelkoalition und aufgrund des Diskontinuitätsprinzips ist das Vorhaben jedoch zum Erliegen gekommen.

Doch auch die aktuelle Bundesregierung hat in ihrem Koalitionsvertrag die Absicht bekundet, „die Gematik GmbH zu einer modernen Agentur weiter [zu entwickeln], um im Bereich der Digitalisierung Akteure besser zu vernetzen“². Vor diesem Hintergrund wird gefordert, den Entwurf des GDAG aus dem Jahr 2024 zeitnah wieder aufzunehmen und die darin vorgesehenen Maßnahmen zügig umzusetzen.

Dazu gehört auch, soweit möglich und zielführend, eine Redundanz der Systemkomponenten zu etablieren. Der Staat hat für die Kosten aufzukommen; ihm obliegt die Daseinsvorsorge und er verlangt von den Leistungserbringern den Einsatz der TI. Das gilt umso mehr als der jetzige Status quo, wie gezeigt, nicht die dringend benötigte Verlässlichkeit besitzt, so gesehen die TI als mangelbehaftet und damit letztlich als noch nicht „fertiggestellt“ bezeichnet werden muss. Bezüglich der Finanzierung aller dezentralen Dienste, die in den Apotheken Kosten für Ausstattung und Betrieb verursachen, ist auf die Regelung der §§ 376, 379 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zurückzugreifen. Konsequenterweise muss dies dann auch für die Kosten etwaiger Redundanzsysteme gelten – etwa für die Anschaffung zusätzlicher SMC-B-Karten, alternativer VPN-Zugänge oder anderer technischer Backup-Strukturen. Sorgt der Staat schon nicht für den „doppelten Boden“ eines Systems – zu dessen Nutzung er die Leistungserbringer verpflichtet und auf das diese zwingend zur Erfüllung ihres Versorgungsauftrages (§ 1 Apothekengesetz) angewiesen sind –, muss er zumindest für die Kosten aufkommen, die den Leistungserbringern für die Schaffung ihrer eigenen „Versicherung“ gegen Systemausfälle entstehen. So ist beispielsweise die anstehende Digitalisierung der bis dato in Apotheken weitestgehend physisch vorgehaltenen Konnektoren insoweit ein alternativer Schritt in die richtige Richtung, wenn und soweit zugleich eine – dann digitale – Redundanz geschaffen wird.

Ferner hat die gematik u. a. im Rahmen des Zertifizierungsverfahrens eine bessere Auswahl und Kontrolle der TI-Dienstleister sicherzustellen. Dass beispielsweise im Rahmen des Ausfalls von Medisign Anfang 2024 letztlich die gematik die Fehlersuche und -behebung maßgeblich unterstützen musste³, hat gezeigt, dass insoweit noch Nachsteuerungsbedarf besteht. Der Ansatz des ursprünglichen GDAG-Entwurfs, die gematik mit hoheitlichen Befugnissen auszustatten, dürfte auch in diesem Zusammenhang ein richtiger Lösungsansatz sein.

Einen zentralen Aspekt lässt der GDAG-Entwurf jedoch leider gänzlich vermissen: die Schadensfolgen, die Ausfälle einzelner TI-Komponenten für die Leistungserbringer haben, und damit die Frage der Haftung. Mit den auftretenden Störungen und Totalausfällen sind für die Apotheken massive Umsatzeinbußen, Reputationsverluste, Wettbewerbsnachteile und eine Menge Zusatzarbeit verbunden – ohne für die Ausfälle verantwortlich zu sein, geschweige denn etwaige Schäden liquidieren oder abwälzen zu können. Bislang bleibt allein die Apotheke auf den Folgen von TI-Ausfällen sitzen. Dies häufig deswegen, weil es ihr nicht gelingt, trotz feststehender Störungsverursachung durch einen TI-Dienstleister einen konkret eingetretenen Schaden durch ausbleibende bzw. nicht einlösbare und auch später nicht eingelöste elektronische Rezepte (E-Rezepte) nachzuweisen. „Den Letzten beißen die Hunde“ – mal wieder!

Der Gesetzgeber ist daher aufzufordern, durch geeignete Regelungen Abhilfe zu schaffen. Dass Beweisschwierigkeiten innerhalb der Leistungsbeziehung zwischen TI-Dienstleister und Apotheke zu einer Entlastung des nicht oder schlecht leistenden Dienstleisters führen, kann ebenso wenig wie ein „Schwarzer-Peter-Spiel“ unter den beteiligten Unternehmen gewollt

² Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 21. Legislaturperiode, S. 111.

³ M. Köhler, „Gematik fühlt Medisign auf den Zahn“, DAZ.online v. 25.03.2024.

sein. Beides unterminiert nicht nur die „Identifikation“ mit der TI als einem zentralen Baustein der Digitalisierung des Gesundheitswesens, sondern steht einer verlässlichen und effizienten Ausgestaltung der TI ganz generell entgegen. Soweit es die „Herkunft“ bzw. Ursächlichkeit einer Störung anbelangt, ließe sich durch die Schaffung einer Vermutungs-Regel Abhilfe schaffen. Dem betroffenen TI-Dienstleister stünde dann offen, diese Vermutung zu widerlegen, sprich nachzuweisen, dass die Störung nicht aus seiner Sphäre stammt. Betreffend den Nachweis eines konkreten Schadenseintrittes auf Seiten der Apotheke könnte der Gesetzgeber durch eine pauschalisierende Erstattungsregel die gebotene Beweiserleichterung schaffen. Beispielsweise ließe sich der Tagesumsatz desselben Tages der Vorwoche, des Vormonates oder aber eine anderweitig zu ermittelnde Durchschnittsbetrachtung an verschreibungspflichtigen Rezepten zugrunde legen, um die konkreten Umsatzeinbuße am Tag des Eintritts der Störung der TI zu beziffern.

So wie der Gesetzgeber es für nötig gehalten hat, die Frage der TI-Refinanzierung auf Grundlage einer pauschalisierenden Betrachtungsweise gesetzlich zu regeln, ist auch für die Umsatzausfälle infolge technischen Systemversagens eine gesetzliche Lösung zu schaffen, um den Apotheken somit das notwendige Instrumentarium zur Durchsetzung ihrer berechtigten Ansprüche gegenüber externen TI-Dienstleistern an die Hand zu geben.

Es ist weder sachgerecht noch zumutbar, dass Apotheken ohne jegliche Einflussmöglichkeit auf die Stabilität der TI- und E-Rezept-Systeme die Folgen technischer Defizite tragen müssen. Die Apotheken dürfen nicht die alleinigen Leidtragenden einer unzuverlässigen digitalen Infrastruktur sein. Die Klarstellung der Verantwortlichkeiten sowie die Einführung eines Entschädigungsmechanismus sind daher dringend erforderlich.

Das E-Rezept ist, auch was seine Verbreitung anbelangt, ein Meilenstein in der Digitalisierung des Gesundheitswesens. Eine derart wichtige Infrastruktur wie die TI zum einen nicht auf dem aktuellsten technischen Standard⁴ und zum anderen nicht von Beginn an mit einem „Sicherheitsnetz“ aufgestellt zu haben, muss allerdings als schwerer Konstruktionsfehler gelten. Es ist daher unerlässlich, dass die Bundesregierung diesen Fehler schnellstmöglich korrigiert. Bis dahin hat die Politik Sorge zu tragen, dass der eigene Konstruktionsfehler – insbesondere die fehlende Redundanz – nicht weiter auf dem Rücken der Leistungserbringer ausgetragen wird. Dies ist nicht nur eine Frage der Sicherstellung einer verlässlichen und stabilen Gesundheitsversorgung, sondern – mit Blick auf die Ausfälle und die damit verbundenen Umsatzeinbußen – auch eine Frage der wirtschaftlichen Existenz zahlreicher Leistungserbringer.

⁴ B. Rybicki, „Diese IT ist die Ursache für die digitale Katastrophe im deutschen Gesundheitssystem“, Handelsblatt online v. 13.04.2024.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2025 – Düsseldorf

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 4.6
angenommen

Antragsteller: Landesapothekerverband Baden-Württemberg e. V.
Apothekerverband Nordrhein e. V.
Apothekerverband Rheinland-Pfalz e. V.

Antragsgegenstand: TI-Messenger in der Fernbehandlung

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert die Bundesregierung und den Bundesgesetzgeber auf, eine für alle Leistungserbringer im Gesundheitswesen einheitliche, diskriminierungsfreie und niederschwellige technische Anwendung im Kontext von Fernbehandlungen (Telepharmazie, assistierte Telemedizin, Videosprechstunden) nächstmöglich einzuführen. Diese muss die Interoperabilität mit den Primärsystemen der Leistungserbringer gewährleisten und als einziges Medium zur sicheren Übertragung eingesetzt werden.

Begründung

Die Kommunikation zwischen Patient*innen und Heilberufen im Gesundheitswesen sowie innerhalb der Sektoren der ambulanten und stationären Versorgung ist bis heute geprägt von Medienbrüchen und fehlender Standardisierung. Neben Telekommunikation und Faxversand werden KIM-Nachrichten (Kommunikation im Medizinwesen) sowie E-Mail-Nachrichten, Instant-Messenger oder Chats auf privat oder gewerblich genutzten Endgeräten und Plattformen parallel eingesetzt, um medizinische Informationen oder pharmazeutische Fragestellungen auszutauschen.

Vor dem Hintergrund zunehmender räumlicher Distanz zwischen Patient*innen und heilberuflich tätigen Leistungserbringern werden telepharmazeutische und telemedizinische Angebote weiter an Bedeutung gewinnen. Um diese Fernbehandlungen zukünftig für alle Patient*innen einfach, sicher und ausschließlich durch authentifizierte Leistungserbringer im Gesundheitswesen anzubieten, sollen technische Standards eingesetzt werden, die interoperabel mit den verwendeten Primärsystemen der Heilberufe sowie ambulanten und stationären Einrichtungen digitale Kommunikationswege in Echtzeit und ohne Medienbrüche ermöglichen.

Die Einführung des TI-Messengers der gematik als Kommunikationstool für Heilberufe in 2024 (TI-M Pro) ist bislang wenig praxisrelevant. Auch die zweite Entwicklungsstufe (TI-M ePA) wird erst ab 2026 zum Austausch zwischen Heilberufen und Patient*innen oder deren Krankenversicherungen praxisnah verfügbar sein. In der dritten Ausbaustufe (TI-M Connect) soll der TI-Messenger zukünftig den audiovisuellen Austausch zwischen Patient*innen und Heilberufen ermöglichen und sich in Produkten und Plattformen von Primärsystemanbietern integrieren lassen. Diese bislang nicht terminierte Ausbaustufe sollte kurzfristig eingeführt und mit Unterstützung der Gesellschafter der gematik sektorenübergreifend exklusiv als technische Basis zukünftiger Fernbehandlungsszenarien verwendet werden. Dadurch wird ermöglicht, einheitli-

che Kommunikationstools für neue Behandlungspfade und Betreuungsszenarien der interprofessionellen Zusammenarbeit verbindlich zu vereinbaren und neue Standards der heilberuflichen Kommunikation mit gesicherter Qualität einzuführen.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2025 – Düsseldorf

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 4.7
angenommen

Antragsteller:	Apothekerkammer Berlin
Antragsgegenstand:	Digitale Impfzertifikate auf Grundlage des globalen Netzwerks digitaler Gesundheitszertifikate der WHO vorantreiben

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber auf, bei der Entwicklung eines elektronischen Impfpasses die Nutzung des Globalen Netzwerks für digitale Gesundheitszertifikate (GDHCN) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zu berücksichtigen, um interoperable EU-weite digitale Lösungen voranzutreiben.

Begründung

Die WHO hat ein globales Netzwerk für digitale Gesundheitszertifikate – GDHCN entwickelt. Dieses Netzwerk soll dabei helfen, Gesundheitsdokumente wie COVID-19-Zertifikate und Impfpässe zu überprüfen und auszutauschen. Ziel ist es, weltweit einheitliche Standards für Gesundheitsprotokolle zu schaffen und digitale Zertifikate anzuerkennen. Das GDHCN nutzt bestehende Investitionen aus der COVID-19-Zeit. Die bisherigen bereits harmonisierten Erkenntnisse und Standards sollen helfen, möglichst zügig einen E-Impfpass in Deutschland für die Bevölkerung nutzbar zu machen.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2025 – Düsseldorf

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 4.8
angenommen

Antragsteller: **Landesapothekerkammer Baden-Württemberg
Landesapothekerverband Baden-Württemberg e. V.**

Antragsgegenstand: **Prüfungsvereinfachung Zuzahlungsstatus**

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, geeignete technische-organisatorische Maßnahmen zu treffen, welche die Prüfung des Zuzahlungsstatus bei Abruf des elektronischen Rezeptes (E-Rezeptes) aus dem Fachdienst im Rahmen des obligatorischen Versichertenstammdatenabgleichs ermöglicht.

Begründung

Gesetzlich krankenversicherte Patient*innen müssen für die Versorgung mit verordneten Arznei- und Hilfsmitteln zu Lasten Ihrer Krankenkasse eine gesetzliche Zuzahlung leisten. Apotheken haben die Zuzahlung von den Versicherten einzuziehen und mit ihrem Vergütungsspruch gegenüber der Krankenkasse zu verrechnen.

Die Zuzahlung dient der finanziellen Entlastung der gesetzlichen Krankenkassen (GKV). Die Krankenkassen sparen durch die Zuzahlungen, die von Apotheken eingezogen werden müssen, über zwei Milliarden Euro pro Jahr. Einen besonderen Aufwand für die Apotheke stellt die Klärung des Zuzahlungsstatus dar. Die Angaben auf der Verordnung sind oftmals nicht korrekt, was zu Diskussionen mit den Versicherten, Arztrücksprache, Telefonate mit den Krankenkassen, Rezeptänderungen, erheblichen Reibungsverlusten und ggf. zu Retaxationen der Apotheke führt.

Es gibt kostenpflichtige digitale Webanwendungen, die Apotheken in „Echtzeit“ Klarheit über den Zuzahlungsstatus verschaffen. Krankenkassen stellen Dienstleistern ihre Daten zur Zuzahlungsbefreiung zur Verfügung. Eine vergleichbare Anwendung sollte innerhalb der Telematik-Infrastruktur (TI) verfügbar sein. Der Zuzahlungsstatus ist Teil der Versichertenstammdaten. Bei Abruf eines E-Rezeptes, bei dem ein Abgleich mit den Versichertenstammdaten erfolgt, sollte auch der Status einer Zuzahlungsbefreiung der Apotheke gegenüber angegeben werden. Dies würde sowohl dem Grundsatz der Effizienz, der Wirtschaftlichkeit als auch der Datensicherheit besser Rechnung tragen.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2025 – Düsseldorf

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 4.9

Änderungsantrag angenommen

Antragsteller: Bayerische Landesapothekerkammer
Bayerischer Apothekerverband e. V.

Antragsgegenstand: Apotheken als Leistungsauslöser bei DiGA

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, eine gesetzliche Grundlage zu schaffen, dass der Zugang und die Beratung zu Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) bei Vorliegen einer ärztlich gesicherten Indikation auch in öffentlichen Apotheken im Rahmen des Therapiekonzepts zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ausgelöst werden dürfen. Dabei ist sicherzustellen, dass die Apotheken für die Beratung, Bereitstellung und gegebenenfalls Einweisung in die Nutzung der DiGA eine angemessene Vergütung erhalten.

Begründung

Trotz ihrer potenziellen Vorteile in der Gesundheitsversorgung stoßen DiGA bislang auf eine verhaltene Akzeptanz. Der Verband der Ersatzkassen (vdek) fordert daher zu Recht eine breitere Nutzung und bessere Integration in die Versorgungspraxis.¹ Aktuell ist der Zugang zu DiGA nach § 33a Absatz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) entweder an eine ärztliche bzw. psychotherapeutische Verordnung oder eine Genehmigung durch die Krankenkasse gebunden. Diese Zugangsbeschränkung erschwert insbesondere für chronisch erkrankte und digital weniger versierte Menschen den unkomplizierten Zugang zu digitalen Gesundheitslösungen. Im Rahmen der Information und Beratung bei der Abgabe von Arzneimitteln oder im Rahmen von pharmazeutischen Dienstleistungen (pDL) identifizieren Vor-Ort-Apotheken regelmäßig Patient*innen, für die der Einsatz einer DiGA – etwa zur Therapieunterstützung, Verhaltensänderung oder Krankheitsbewältigung – sinnvoll und angezeigt ist. Durch eine gesetzliche Erweiterung der Abgabevoraussetzungen können Apotheken künftig DiGA auf Basis einer bestehenden ärztlichen Diagnose im Rahmen des Therapiekonzepts direkt bereitstellen. Dies würde nicht nur die Versorgung beschleunigen, sondern auch die Akzeptanz digitaler Gesundheitslösungen in der Bevölkerung erhöhen.

Apotheken leisten schon heute Aufklärungs- und Unterstützungsarbeit bei der Anwendung von DiGA und Gesundheits- und Chroniker-Apps, die oft erklärmungsbedürftig sind. Diese Versorgungsnähe muss genutzt und durch eine entsprechende Regelung rechtlich und vergütungstechnisch abgesichert werden.

¹ <https://www.vdek.com/presse/pressemitteilungen/2024/vier-jahre-diga.html>