

**STELLUNGNAHME**

**der**

**ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V.**

**vom**

**13. Mai 2026**

**zum**

**Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung**

**(Notfallgesetz – NotfallG)**

**(Bundesrat-Drucksache 255/26 vom 1. Mai 2026)**

## **I. Allgemeines / Vorbemerkung**

Wir begrüßen es, dass die Verzahnung des ambulanten und des stationären Notdienstes verbessert werden soll, insbesondere um Fehl- oder Doppelinanspruchnahmen zu vermeiden. Der vorgelegte Entwurf ist allerdings nur bedingt geeignet, den Besonderheiten der Arzneimittelversorgung in Notfällen angemessene Rechnung zu tragen. Insbesondere berücksichtigt der Entwurf das funktionierende System der Dienstbereitschaft durch öffentliche Apotheken nicht, das durch die zuständigen Apothekerkammern organisiert und durch die einzelnen Betriebs-erlaubnisinhaber mit Leben gefüllt wird.

Die vorgesehene Schaffung eines Dispensierrechts für Ärzte, die in der Notdienstpraxis eines Integrierten Notfallzentrums (INZ) tätig werden, lehnen wir ab.

Wir regen zudem an, bei der vorgesehenen Ersteinschätzung in den zu schaffenden Integrierten Notfallzentren (INZ) zur Stärkung der Primärversorgung auch die niedrigschwellige Arzneimittelversorgung durch öffentliche Apotheken mitzudenken.

## **II. Zu den vorgesehenen Änderungen**

### **1. Artikel 1 Nummer 2 (§ 75 SGB V, Sicherstellungsauftrag)**

Wir begrüßen die Regelungen, durch die die Information der Bevölkerung über die Einrichtungen der Notfallversorgung verbessert werden können. Die in § 75 SGB V geregelte bessere Information der Versicherten sollte unbedingt und unabhängig von der Einrichtung Integrierter Notfallzentren auch den regulären Apothekennotdienst erfassen, um zu allen Zeiten die Arzneimittelversorgung der Patientinnen und Patienten sicher zu gewährleisten. Dies betrifft insbesondere auch die Information der Ärztinnen und Ärzte im Notdienst über die jeweils dienstbereiten Apotheken.

Wir halten eine Stärkung des Austausches zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Apothekerkammern als zuständige Stellen für die Dienstbereitschaftseinteilung für Ärztinnen und Ärzte auf der einen und der Apotheken auf der anderen Seite für sachgerecht.

Es wäre sinnvoll, den digitalen Informationsaustausch auszubauen. Den Beteiligten sollten Handlungsräume eröffnet werden, um flexibel angemessene Maßnahmen zu treffen, durch die die Versorgung der Patientinnen und Patienten im Notdienst im Allgemeinen (etwa Sicherstellung der telefonischen Erreichbarkeit, Vereinfachung der Kommunikation über vorrätige oder gewünschte Arzneimittel), aber auch bei Inanspruchnahme Integrierter Notfallzentren im Besonderen verbessert wird.

Daher regen wir folgende Formulierung des § 75 Absatz 1b Satz 12 SGB V an:

*„Die Kassenärztlichen Vereinigungen stimmen sich mit den für die Dienstbereitschaftseinteilung der öffentlichen Apotheken zuständigen Behörden über die Organisation des Notdienstes sowie die Erreichbarkeit der jeweils am Notdienst Beteiligten ab, um die Versorgung der Versicherten zu verbessern.“*

## **2. Artikel 1 Nummer 11 (§ 90a SGB V, Gemeinsames Landesgremium)**

Wir regen an, zusätzlich zu der vorgesehenen Erweiterung ausdrücklich auch die jeweiligen Apothekerkammern in den Kreis der Beteiligten des Gemeinsamen Landesgremiums aufzunehmen, um zu gewährleisten, dass der dort vorhandene Sachverstand im Zusammenhang mit der Arzneimittelversorgung auch in der sektorenübergreifenden Notfallversorgung Berücksichtigung findet.

## **3. Artikel 1 Nummer 11 (§ 123 ff SGB V, Notfallzentren)**

Die §§ 123 ff SGB V sehen die Einrichtung sogenannter Integrierter Notfallzentren (INZ) bzw. Integrierter Kindernotfallzentren (KINZ) vor, die aus der Notaufnahme des Krankenhauses, einer zentralen Ersteinschätzungsstelle und einer Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung bestehen.

Es besteht bereits aktuell ein flächendeckendes, in der Regel durch die Apothekerkammern nach dem Grundsatz der Gleichbehandlung eingeteiltes und funktionierendes System der Dienstbereitschaft der öffentlichen Apotheken. Dieses System sollte unter Berücksichtigung der regionalen Erfordernisse genutzt werden, statt Doppelstrukturen aufzubauen, die ordnungsrechtlich bedenkliche Wertungswidersprüche (vgl. unten Nummer 4) auslösen können und wirtschaftlich unvernünftig sind. Hierfür bedarf es einer verbindlichen Einbindung der für die Dienstbereitschaftseinteilung zuständigen Apothekerkammern in die Koordinierung der Arzneimittelversorgung im Zusammenhang mit Integrierten Notfallzentren. Damit kann die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln nach dem Aufsuchen einer Notdienstpraxis sachgerecht und systemkonform organisiert werden. Insbesondere eines ärztlichen Dispensierrechts (vgl. hierzu die Anmerkungen unter Nummer 4) bedarf es in diesem Fall nicht.

Wir regen daher an, in § 123 SGB V folgen den Absatz 3a einzufügen und wie folgt zu formulieren:

*„Zur Sicherstellung der Versorgung von Patientinnen und Patienten einer Notdienstpraxis mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten hat sich die zuständige Kassenärztliche Vereinigung gemeinsam mit dem Träger des Krankenhauses, mit dessen Notaufnahme die Notdienstpraxis ein Integriertes Notfallzentrum bildet, mit der für die Dienstbereitschaftseinteilung der Apotheken zuständigen Behörde abzustimmen.“*

## **4. Artikel 5 (§ 43 Absatz 4 (neu) AMG, Ärztliches Dispensierrecht)**

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass Ärzte einer Notdienstpraxis eines INZ im Sinne des § 123 SGB V für den akuten, in einer zur Überbrückung für längstens drei Tage benötigten Arzneimittelbedarf an Patienten einer Notdienstpraxis abgeben dürfen, wenn dies außerhalb der ortsüblichen Geschäftszeiten von Apotheken erfolgt oder falls sich nach der Behandlung unmittelbar ein Wochenende oder ein Feiertag anschließt, und die Anwendung des Arzneimittels keinen Aufschub erlaubt.

Ein ärztliches Dispensierrecht lehnen wir ab.

Es durchbricht den Grundsatz der Trennung der Berufsbilder von Arzt und Apotheker und schafft Parallelstrukturen in der Arzneimittelversorgung, für die es aufgrund der flächendeckend organisierten Arzneimittelversorgung rund um die Uhr durch die Dienstbereitschaftsregelungen der Apothekerkammern keinen sachgerechten Grund gibt. Vielmehr besteht die Gefahr,

dass das bewährte Notdienstsystem der Apotheken durch die neuen Parallelstrukturen negativ beeinflusst wird.

Statt eines Dispensierrechts für Ärzte der Notdienstpraxen bedarf es einer verbesserten und verbindlichen Einbindung der für die Dienstbereitschaftseinteilung der Apotheken zuständigen Behörden, also in der Regel der Apothekerkammern, wie unter Nummer 3 ausgeführt.

Die detaillierten Bestimmungen, die insbesondere in der Apothekenbetriebsordnung für die Lagerung und die Abgabe von Arzneimitteln durch die öffentlichen Apotheken vorgesehen sind, würden unterlaufen werden, da sie für Ärzte keine Geltung haben.

Sozialrechtliche Steuerungsinstrumente, denen Apotheken insbesondere nach § 129 SGB V unterliegen, und die etwa das System der Rabattverträge gewährleisten, gelten für Ärzte nicht und würden insofern ebenfalls in Leere laufen.

Ein Dispensierrecht für Ärzte, die in der Notdienstpraxis eines INZ tätig sind, weckt unweigerlich weitergehende Begehrlichkeiten, etwa in Bezug auf eine generelle Ausweitung auf die ärztliche Dienstbereitschaft. Dies wurde vereinzelt bereits unmittelbar nach Vorlage des Gesetzentwurfs auch durch Interessenvertretungen der Ärzteschaft ausdrücklich formuliert.

Wir fordern daher nachdrücklich die ersatzlose Streichung von Artikel 5.

#### **5. Artikel 6 (§ 3 Absatz 2 (neu) MPAV; Ärztliches Dispensierrecht)**

Die oben unter Nummer 4 dargelegten Erwägungen gelten entsprechend für die in § 3 Absatz 2 (neu) MPAV vorgesehene Ausnahme vom Grundsatz der Apothekenpflicht für apothekenpflichtige Medizinprodukte.

Artikel 6 sollte daher ebenfalls ersatzlos gestrichen werden.