

STELLUNGNAHME

der

ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V.

vom

27. Oktober 2026

zum

Gesetz zur Reform der Notfallversorgung

**(Beschluss des Deutschen Bundestags vom 15. Oktober 2026,
BT-Drs. 21/6808 und 21/8630; BR-Drs. .../26)**

Die ABDA unterstützt eine bessere Verzahnung des ambulanten und des stationären Notdienstes. Dies kann Fehl- oder Doppelinanspruchnahmen vermeiden. Der vorgelegte Entwurf trägt allerdings den Besonderheiten der Arzneimittelversorgung in Notfällen nicht angemessen Rechnung. Insbesondere berücksichtigt der Entwurf das funktionierende System der Dienstbereitschaft durch öffentliche Apotheken nicht hinreichend, das durch die zuständigen Apothekerkammern organisiert und durch die einzelnen Betriebserlaubnisinhaber sichergestellt wird. Im Gegenteil wird die vom Deutschen Bundestag beschlossene Teilaufhebung der Apothekenpflicht massiv nachteilige Wirkungen auf die ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung der Menschen durch öffentliche Apotheken entfalten.

Das im Gesetzentwurf angelegte ärztliche Dispensierrecht lehnen wir strikt ab und fordern dringend eine Korrektur.

Der ursprüngliche Gesetzentwurf der Bundesregierung sah vor, dass Ärzte einer Notdienstpraxis eines Integrierten Notfallzentrums (INZ) im Sinne des § 123 SGB V Arzneimittel für den akuten Bedarf in einer zur Überbrückung für längstens drei Tage benötigten Menge 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.

Bereits gegen diese Regelung haben wir im bisherigen Gesetzgebungsverfahren grundlegende Einwände geäußert. Der Deutsche Bundestag hat in seiner abschließenden Beratung noch deutlich weitergehende Vorschriften beschlossen, die Ärzte in allen INZ-Einheiten (insbesondere in den davon umfassten Notaufnahmen des Krankenhauses) sowie im aufsuchenden ambulanten Notdienst erfassen. Ferner hat er die zulässige Abgabemenge auf ganze Packungen (in der kleinsten Größe) ausgeweitet und in § 84a SGB V einen Verhandlungsauftrag an die Landesverbände der Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen verankert, Näheres zur Versorgung mit Sprechstundenbedarf zu vereinbaren, was ausdrücklich Sachverzeichnisse der zu dispensierenden Arzneimittel, deren Abgabe sowie deren Bezugswege einschließt.

Durch die beschriebenen Regelungen wird in den erfassten Teilbereichen die Apothekenpflicht aufgehoben und es werden Parallelstrukturen für einen Vertrieb von Arzneimitteln durch Ärzte geschaffen. **Ferner werden sich auch die Bezugswege der Arztpraxen ändern, da sich sowohl § 47 Absatz 1 AMG als auch § 1 AMPreisV auf die Apothekenpflicht beziehen: künftig könnte der Sprechstundenbedarf über den Großhandel bzw. direkt vom Hersteller bezogen werden.** Dies wird die wirtschaftlichen Auswirkungen auf die Apothekenbetriebe noch verstärken, über die bislang der Sprechstundenbedarf bezogen wird.

Dieses ärztliche Dispensierrecht durchbricht den Grundsatz der Trennung der Berufsbilder von Arzt und Apotheker und gefährdet die Arzneimittelsicherheit. Der Apotheker in seiner Apotheke ist durch seine Ausbildung als Kontrollinstanz der Arzneimitteltherapie vorgesehen. Insbesondere die Beratungspflicht sowohl gegenüber dem Patienten wie dem verschreibenden Arzt (vgl. § 20 Absatz 1 Satz 1 ApBetrO) ist ein zentrales Element, um unerwünschten Wirkungen von Arzneimitteln sowie dem Fehl- und Mehrgebrauch entgegenzuwirken. Durch die Apothekenpflicht wird sichergestellt, dass diese Schutzfunktion greifen kann. Sie kann ihre Wirkung nicht entfalten, wenn eine systematische Umgehung insbesondere im ärztlichen Notdienst geschaffen wird. Der Gesetzentwurf schafft Parallelstrukturen in der Arzneimittelversorgung, für die es aufgrund der flächendeckend organisierten Arzneimittelversorgung rund um die Uhr durch die Dienstbereitschaftsregelungen der Apothekerkammern nicht nur keinen sachgerechten Grund gibt. Sie werden die Arzneimittelversorgung schwächen und das Patientenwohl gefährden. Es fehlt nicht nur an den detaillierten rechtlichen Rahmenbedingungen für den Bezug und die Lagerung von Arzneimitteln, wie sie für Apotheken gelten. Lieferengpässe, denen der Gesetzgeber in den vergangenen Jahren mit erheblichem Aufwand begegnet, werden durch

Parallelstrukturen verschärft, wenn das knappe Gut Arzneimittel in unterschiedlichen Strukturen vorgehalten und abgegeben wird. Darüber hinaus wird das bewährte Notdienstsystem der Apotheken durch die neuen Parallelstrukturen negativ beeinflusst: Wenn – was zu erwarten ist – die meisten ärztlichen Verordnungen im Notdienst aufgrund einer ärztlichen Arzneimittelabgabe wegfallen, beeinflusst das direkt die Wirtschaftlichkeit des Apothekennotdienstes. Die Apothekerkammern werden die heutige Dichte des Notdienstes ausdünnen müssen, mit spürbaren Folgen für die ortsnahe Verfügbarkeit für die Patienten.

Die detaillierten Bestimmungen, die insbesondere in der Apothekenbetriebsordnung für die qualitätserhaltende Lagerung und die Abgabe von Arzneimitteln durch die öffentlichen Apotheken vorgesehen sind, würden unterlaufen werden, da sie für Ärzte keine Geltung haben. Gleiches gilt für sozialrechtliche Steuerungsinstrumente, denen Apotheken insbesondere nach § 129 SGB V unterliegen, und die etwa das System der Rabattverträge oder die Einziehung von Zuzahlungen gewährleisten. Ungeklärt ist auch die Authentifizierung der abzugebenden Arzneimittelpackungen im securPharm-System. Informationen, die im Zuge der Digitalisierung durch die Etablierung des elektronischen Rezepts im Interesse des Patienten in der elektronischen Patientenakte verfügbar gehalten werden, werden in den vorgesehenen Strukturen nicht erfasst und gespeichert.

Wir fordern die Bundesländer auf, im Verfahren uneingeschränkt für eine Beibehaltung der Apothekenpflicht einzutreten. Sollte politisch tatsächlich Handlungsbedarf bei der Arzneimittelversorgung im Notdienst gesehen werden, sollte diesem unseres Erachtens nicht durch eine Änderung des § 43 Arzneimittelgesetz (AMG) nachgekommen werden. Vielmehr ließe sich ggf. eine systemkonforme Lösung dahingehend entwickeln, dass die – heute schon grundsätzlich zulässige – Direktanwendung von Arzneimitteln des Sprechstundenbedarfs (und zwar nicht in Form ganzer Packungen) unter bestimmten Rahmenbedingungen (anlehnend an die im Regierungsentwurf vorgesehenen Kriterien des § 43 Absatz 4 AMG) zeitlich eng begrenzt ausgeweitet würde.