



Stellungnahme

Hausärztinnen- und Hausärzteverband e. V.

Regierungsentwurf zur Weiterentwicklung der Apothekenversorgung –
Apothekenversorgung-Weiterentwicklungsgesetz (ApoVWG)

02. März 2026



Die Kommentierung ist in ihren Ausführungen und Vorschlägen bewusst knappgehalten und fokussiert sich auf jene Sachverhalte mit besonderer Bedeutung für die Hausärztinnen und Hausärzte. Wir behalten uns vor, zusätzliche Aspekte im Laufe des weiteren Verfahrens einzubringen oder zu kommentieren.

I. Allgemeines

Die mit dem Referentenentwurf verfolgten zentralen Ziele, den Apotheken verbesserte wirtschaftliche Rahmenbedingungen zu geben, um ein flächendeckendes Apothekennetz für eine wohnortnahe Arzneimittelversorgung der Bevölkerung aufrechtzuerhalten, die Fachkräftesicherung zu verbessern und Bürokratie abzubauen, werden seitens des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes grundsätzlich begrüßt. Hausärztinnen und Hausärzte benötigen allerdings belastbare und verlässliche Strukturen bei den Apotheken, um sicherzustellen, dass ihre Patientinnen und Patienten wohnortnah mit Arzneimitteln versorgt und dort auch pharmakologisch angemessen beraten werden. Aus Hausarztsicht muss zudem sichergestellt sein, dass im Bedarfsfall eine schnelle und kompetente Abstimmung zwischen Hausärztinnen und Hausärzten sowie Apothekerinnen und Apothekern im Rahmen der Arzneimitteltherapie möglich ist.

Kritisch werden vor allem die Aushöhlung ärztlicher Kompetenzen durch eine ineffiziente und unkoordinierte Aufgabenerweiterung von Apotheken im Bereich pharmazeutischer Dienstleistungen, die vorgesehenen Möglichkeiten, verschreibungspflichtige Arzneimittel ohne ärztliche Verordnung abgeben zu können (z. B. bei der Anschlussversorgung oder bei bestimmten Erkrankungen) sowie die erweiterten Impf- und Testmöglichkeiten gesehen. Die hiermit verbundene Aufweichung des Arztvorbehaltes wird vehement abgelehnt, und stellt kein angemessenes Signal im Sinne einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung der Patientinnen und Patienten dar. Vielmehr werden hierdurch falsche Anreize gesetzt, eine zielgerichtete Patientensteuerung im Sinne eines bereits etablierten hausärztlichen Primärarzt-systems (vgl. insb. die hausarztzentrierte Versorgung) unterlaufen und kostenintensive Doppelstrukturen geschaffen.

In diesem Zusammenhang regen wir zudem an, zugleich zu prüfen, ob und inwieweit eine begrenzte Bevorratung und direkte Abgabe von Arzneimitteln durch Hausärztinnen und Hausärzte sinnvoll sein kann – insbesondere bei Notfällen, ggf. Hausbesuchen oder akuten Behandlungen. Bei klar definierten, evidenzbasierten Indikationen, z. B. bei der Verordnung von Arzneimitteln zur Behandlung von Infektionskrankheiten, könnte dies zur Beschleunigung der Versorgung beitragen, unnötige Wege für Patientinnen und Patienten vermeiden und gleichzeitig die Zusammenarbeit mit den Apotheken pragmatisch ergänzen. Eine solche Lösung sollte qualitätsgesichert ausgestaltet und angemessen vergütet werden.

II. Kommentierung einzelner Regelungen

A. Artikel 1 ApoVWG – § 129 Abs. 5e SGB V-neu

Die Neuregelungen in § 129 Abs. 5e SGB V-neu zur Ausweitung der pharmazeutischen Dienstleistungen, mit denen Apotheken künftig mit Aufgaben betraut werden, die einer ärztlichen Qualifikation zwingend bedürfen, werden überwiegend abgelehnt und sind erheblich einzuschränken. Die damit verbundenen ungerechtfertigten Überschneidungen mit originär ärztlichen Leistungen müssen vermieden werden, um eine strukturierte Patientensteuerung sicherzustellen, widersprüchliche Entscheidungen und Doppelstrukturen zu vermeiden sowie klare Verantwortlichkeiten und Rechtssicherheit zu gewährleisten.



Die Neuregelung in § 129 Abs. 5e S. 2 Nr. 1 SGB V-neu zu pharmazeutischen Dienstleistungen zur Prävention und Früherkennung von Erkrankungen und Erkrankungsrisiken sollte gestrichen werden. Neben den negativen Wirkungen auf die Patientensicherheit unterminiert die Ausweitung der Präventions- und Früherkennungsdienstleistungen für Apotheken die Stringenz und Steuerung beim Thema Prävention insgesamt. Die Erfahrungen in den Praxen zeigen, dass die zentrale Betreuung durch eine Hausärztin bzw. einen Hausarzt elementar für eine angemessene Patientenversorgung ist. Es ist wichtig, dass die Themen Prävention und Früherkennung gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten an einer zentralen Stelle erfolgen, damit dort eine Übersicht vorliegt. Diese zentrale Stelle, die die übergreifende Verantwortung für eine qualitätsgesicherte Gesundheitsversorgung der Patientinnen und Patienten übernimmt, ist die hausärztliche Praxis, in der eine Dokumentation der Behandlungshistorie, aber auch der weitergehenden Krankengeschichte der Patientinnen und Patienten vorliegt und in die Behandlung einfließen kann. Es muss vor allem ausgeschlossen werden, dass Apotheken solche pharmazeutischen Dienstleistungen gegenüber Patientinnen und Patienten anbieten, die bereits entsprechend ärztlich versorgt werden bzw. über ärztliche Kontakte verfügen, um Doppelungen und Widersprüche bei der Versorgung sowie Überversorgung zu vermeiden. Zudem kann davon ausgegangen werden, dass Patientinnen und Patienten, die über keine ärztlichen Kontakte verfügen, Ärztinnen / Ärzte auch nicht aufsuchen werden, nur weil Apotheken dies empfehlen.

Fraglich erscheint insb. die Versorgungssteuerung nach Durchführung von Beratungs- und Früherkennungsdienstleistungen durch Apotheken: sofern sich hier ein sowohl ärztlicher als auch medikamentöser Behandlungsbedarf ergibt, muss sich die Patientin bzw. der Patient nun doch in eine (haus-)ärztliche Praxis begeben bzw. an diese weitergeleitet werden. Naheliegend ist ein Versorgungsbruch, zumal der weitere Versorgungsweg nicht gesetzlich beschrieben wird.

Zudem sollte zur Vermeidung unnötiger Kosten kritisch hinterfragt werden, welche Ressourcen in z. T. evidenzfreie Präventionsmaßnahmen zulasten wirksamer ärztlicher Präventionsmaßnahmen sowie der ärztlichen Versorgung von Akut-Patienten und Chronikern investiert werden sollten.

Aus vielen Studien ist bekannt, dass Prävention im Wesentlichen von einer gut koordinierten Versorgung und engen Zusammenarbeit zwischen Hausarztpraxis und Facharztpraxis abhängt – so wie sie in den Verträgen zur Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) umgesetzt wird. Zentrales Ziel der HZV ist es, durch eine langfristige, klar strukturierte und vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung eine zielgenaue und nachhaltige Prävention sicherzustellen.

Des Weiteren ist die Neuregelung in § 129 Abs. 5e S. 3 Nr. 1 SGB V-neu zur Beratung mit Messungen zu Risikofaktoren von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes mellitus u. a. mit Blick auf die fehlende fachliche Qualität und Patientensicherheit zu streichen. In den Apotheken soll eine Beratung zu verhaltensbezogenen Risikofaktoren (z. B. Aspekte des Lebensstils wie Rauchen, Bewegungsmangel, Fehlernährung, Stress), zu Risikoerkrankungen (wie Diabetes mellitus, Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen und Adipositas) sowie zu Möglichkeiten der lebensstilbezogenen Prävention und Früherkennungsangeboten (beispielsweise zum „Check-up“) erfolgen. Dabei sollen insb. Blutdruckmessungen und Bestimmungen des Body-Mass-Index (BMI) berücksichtigt und geeignete etablierte Risikobewertungsmodelle verwendet werden. Es muss bezweifelt werden, dass Apothekerinnen und Apotheker hierzu ausreichend befähigt sind und die vorgenannten Beratungen in ihrer Berufsausübung qualitätsgesichert einfließen lassen können. Zur Bestimmung des Herz-Kreislauf-Risikos kommt insb. das im Rahmen der Europäischen Leitlinien zur Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen etablierte SCORE2-System in Betracht. Auch in diesem Zusammenhang weisen wir auf diverse evidenzbasierte arriba-Module mit Kardiologie-Bezug hin, die sich in der HZV etabliert haben. Das Diabetes-Risiko kann mit dem Deutschen Diabetes Risiko-Test abgeschätzt werden. Die für die Risikoscores zusätzlich erforderlichen Messwerte (Laborwerte inklusive Cholesterin-Profil und Biomarkern des Blutzucker-Stoffwechsels, Blutdruckwerte und Körpermaße) müssten durch die Apotheken erhoben und bewertet werden.



Ferner ist kritisch mit Blick auf § 129 Abs. 5e S. 3 Nr. 1 SGB V-neu anzumerken, dass diesbezüglich keine Benachrichtigungs-/Reportpflicht an die behandelnde Hausärztin / den behandelnden Hausarzt besteht, was entsprechend angepasst werden sollte (vgl. § 129 Abs. 5e S. 10 Nr. 2 SGB V-neu). Gerade die Behandlung und Kontrolle von Risikofaktoren gehören in eine koordinierte, zentrale Stelle der hausärztlichen primärversorgenden Praxis.

Darüber hinaus sollte die Neuregelung in § 129 Abs. 5e S. 3 Nr. 2 SGB V-neu zur Beratung in Form einer Kurzintervention zur Prävention tabakassoziierter Erkrankungen insb. zur Vermeidung unnötiger Kosten zulasten der GKV gestrichen werden. Vielmehr kann in diesem Zusammenhang auf andere staatliche Maßnahmen zur Reduktion des Tabakkonsums (z. B. Werbeverbot, höhere Besteuerung etc.) verwiesen werden.

In Bezug auf die Neuregelung in § 129 Abs. 5e S. 3 Nr. 3 SGB V-neu zur erweiterten Medikationsberatung bei Polymedikation ergibt diese – wie Nr. 4 – nur Sinn als „verschreibungspflichtige“ Dienstleistung, um eine patientenzentrierte und koordinierte Versorgung zu gewährleisten.

Zudem verweisen wir in Bezug auf § 129 Abs. 5e S. 3 Nr. 10 SGB V-neu zur standardisierten Risikoerfassung hoher Blutdruck auf unsere Kritikpunkte und Forderungen zu § 129 Abs. 5e S. 3 Nr. 1 SGB V-neu.

Ferner sollte sich die Informations- bzw. Benachrichtigungspflicht der Apotheke gegenüber der behandelnden Hausärztin / dem behandelnden Hausarzt (§ 129 Abs. 5e S. 10 Nr. 2 SGB V-neu) nicht nur auf die pharmazeutische Dienstleistung nach S. 3 Nr. 3, sondern auf alle neuen pharmazeutischen Dienstleistungen beziehen und entsprechend ausgeweitet werden (vgl. auch § 20 Abs. 1b S. 2 Apothekenbetriebsordnung-neu).

In Bezug auf § 129 Abs. 5e S. 6 SGB V-neu ist zu fordern, dass der Hausärztinnen- und Hausärzteverband bei der Erstellung der Standardanweisung für die Durchführung der pharmazeutischen Dienstleistungen eingebunden wird. Dadurch wird sichergestellt, dass die Umsetzung der pharmazeutischen Dienstleistungen nicht mit den Prozessen der hausärztlichen Versorgung kollidieren. Gleichzeitig wird mit Blick auf § 129 Abs. 5e 11 SGB V-neu gefordert, dass die Vereinbarung zu den pharmazeutischen Dienstleistungen zumindest im Benehmen mit dem Hausärztinnen- und Hausärzteverband getroffen wird.

Vor diesem Hintergrund regen wir an, auch zu prüfen, ob und inwieweit eine begrenzte Bevorratung und ein Dispensierrecht für Hausärztinnen und Hausärzte sinnvoll sein kann – insbesondere bei Notfällen, ggf. Hausbesuchen oder akuten Behandlungen. Bei klar definierten, evidenzbasierten Indikationen, z. B. bei der Verordnung von Arzneimitteln zur Behandlung von Infektionskrankheiten, könnte dies zur einfacheren, schnelleren und besseren Patientenversorgung sachlich gerechtfertigt sein. Denn die Bevorratung von bis zu fünf Therapieeinheiten antiviraler Arzneimittel durch Hausärztinnen und Hausärzte und deren direkte Abgabe an Patientinnen und Patienten hat sich z. B. während der letzten Pandemie als wirksames Mittel zur Behandlung von Patientinnen und Patienten, die an COVID-19 erkrankten, erwiesen. Zudem ist es vor allem in ländlichen Regionen häufig für Patientinnen und Patienten, die Notfallsprechstunden in Arztpraxen aufsuchen, schwierig, in größtenteils weit entfernten diensthabenden Notapotheken ihre notwendigen Arzneimittel zu erhalten. Des Weiteren würden dadurch auch Apotheken entlastet und ggf. Schwierigkeiten bei Lieferengpässen entgegengewirkt, die eine ständige Abstimmung zwischen Praxen und Apotheken erfordern.

B. Artikel 6 ApoVWG - §§ 48a, 48b Arzneimittelgesetz-neu

Die Neuregelungen in §§ 48a, 48b Arzneimittelgesetz-neu zur Abgabe von bestimmten verschreibungspflichtigen Arzneimitteln durch Apothekerinnen / Apotheker ohne ärztliche Verordnung begegnen erheblichen rechtlichen Bedenken und sollten insb. unter Berücksichtigung des Arztvorbehaltes gestrichen werden.



Die Neuregelung in § 48a Arzneimittelgesetz-neu zur Abgabe von bestimmten verschreibungspflichtigen Arzneimitteln durch Apothekerinnen / Apotheker zur Anschlussversorgung ist unbestimmt: unklar bleibt, welche Arzneimittel konkret unter die Regelung fallen und in welchen Fällen die Fortführung der Anwendung des Arzneimittels „keinen Aufschub“ erlaubt. Auch die Rechtsverordnungsermächtigung nach § 48b Abs. 2 Arzneimittelgesetz-neu bezieht sich nicht auf diese Aspekte und wird folglich nicht weiterhelfen können.

Zudem wird das bewährte „Vier-Augen-Prinzip“ als zentrales Qualitätsmerkmal der Patientenversorgung, wonach Ärztinnen / Ärzte diagnostizieren und verschreiben sowie Apothekerinnen und Apotheker prüfen und Arzneimittel dispensieren, erheblich aufgeweicht.

Gerade chronisch kranke Menschen profitieren von kontinuierlicher ärztlicher Begleitung bei der Arzneimittelversorgung. Dadurch lassen sich notwendige Therapieanpassungen vornehmen, Komplikationen und riskante Wechselwirkungen frühzeitig erkennen sowie eine adäquate Patienten- und Arzneimitteltherapiesicherheit gewährleisten sowie Rechtsunsicherheiten mit Blick auf Haftungsfragen vermeiden.

Die Neuregelung in § 48b Abs. 1 Arzneimittelgesetz-neu zur Abgabe von bestimmten verschreibungspflichtigen Arzneimitteln durch Apothekerinnen / Apotheker zur Versorgung bei bestimmten Erkrankungen ist ebenfalls kritisch zu bewerten, zu streichen und u. a. zu unbestimmt. Unklar bleibt z. B., wann es sich um eine „akute Erkrankung“ handelt oder was unter „Beachtung des aktuellen Stands der medizinischen Wissenschaft“ zu verstehen ist. Auch hier wird das bewährte Vier-Augen-Prinzip ungerechtfertigt zulasten fachlicher Qualifikation ausgehöhlt. Die Fähigkeiten, komplexe Untersuchungen, differenzialdiagnostische Abklärungen vorzunehmen, um Komplikationen und gefährliche Verläufe auszuschließen, bedürfen einer ärztlichen Qualifikation und sind nicht ohne Grund Inhalt eines langjährigen Medizinstudiums. Das Kernprinzip der Arzneimittelversorgung – die strikte Trennung von Verordnung und Abgabe – wird daher ungerechtfertigt aufgeweicht. Es würden Fehlanreize gesetzt, die zudem unerwünschte finanzielle Nebenwirkungen zur Folge haben können: Apothekerinnen und Apotheker erhalten eine Vergütung für jede Abgabe. Indem Apothekerinnen und Apotheker in den genannten Fällen selbst über die Abgabe verschreibungspflichtiger Arzneimittel entscheiden, hätten sie ein unmittelbares wirtschaftliches Interesse, eine Verordnung zu ersetzen.

C. Artikel 7 ApoVWG - § 8 i. V. m. § 24 Infektionsschutzgesetz-neu

Die Neuregelungen in § 8 Abs. 1 Nr. 1 i. V. m. § 24 Abs. 1 S. 2 Nr. 1 Infektionsschutzgesetz-neu zur Testung, wonach Apothekerinnen / Apothekern und pharmazeutischem Personal sowie Pflegefachpersonen die Anwendung von In-vitro-Diagnostika für patientennahe Schnelltests auf bestimmte Viren erlaubt wird, werden mit großer Skepsis gesehen. Zur Aufrechterhaltung des zwingend notwendigen Arztvorbehalts und zwecks Vermeidung einer breiten und ungerechtfertigten Durchführung von Schnelltests in Apotheken erscheint es unerlässlich, eine Anpassung dahingehend vorzunehmen, dass diese nur mit ausdrücklicher ärztlicher Verordnung erfolgen dürfen und Ergebnisse an Ärztinnen / Ärzte unverzüglich zurückgemeldet werden müssen.

Die Diagnosestellung bei Patientinnen und Patienten mit respiratorischen oder gastrointestinalen Infektionen ist in der existenten hausärztlichen Versorgungsstruktur bereits jetzt jederzeit möglich und wurde in der Vergangenheit flächendeckend hausärztlich sichergestellt und u. a. durch das Einbinden fachärztlicher Labore weiter verbessert. Defizite im Hinblick auf die Versorgung der Bevölkerung bei den genannten Erkrankungen sind weder bekannt noch belegt, sodass kein Bedarf für eine Öffnung der Versorgung durch Apotheken zu erkennen ist, sondern vielmehr eine Versorgungsfehlsteuerung sowie unnötige Doppelstrukturen zu befürchten sind.

Eine Erweiterung von Testungen und die damit einhergehende Verbesserung der Diagnostik ist nur dann sinnvoll, wenn sich daraus eine veränderte Therapie oder ein verändertes Verhalten ableiten lassen, was allerdings bei vielen der geplanten Tests nicht der Fall ist.



Gleichzeitig setzt die Durchführung vieler Testungen zwingend ein Anamnesegespräch voraus, ein Gespräch in einer Umgebung, in der Patientinnen und Patienten ungestört befragt und ggf. körperlich untersucht werden können. In verschiedenen medizinischen Leitlinien, so z. B. in der S2k-Leitlinie akute infektiöse Gastroenteritis im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter, findet sich zudem der Hinweis, dass eine Erregerdiagnostik nur dann durchgeführt werden soll, wenn sich aus dem Ergebnis erwartungsgemäß medizinische, organisatorische oder melderechtliche Konsequenzen ergeben.

Die Therapiehoheit liegt im Übrigen bei den behandelnden Hausärztinnen und Hausärzten oder ggf. den weiter behandelnden Fachärztinnen /-ärzten, die Testergebnisse sinnvollerweise mit den Patientinnen und Patienten besprechen und hiernach – soweit erforderlich – die medizinische Therapie anpassen. Dies kann eine Apotheke nicht leisten, sodass zu erwarten ist, dass die Mehrheit der Patientinnen und Patienten eine hausärztliche Einordnung oder Anpassung der Therapie einfordern wird. Die Ausweitung der Test-Angebote in Apotheken lässt somit eine deutliche Ausweitung der Inanspruchnahme befürchten, ohne dass dies medizinisch indiziert oder therapeutisch erforderlich wäre. Auch hier widerspricht das geplante Gesetz der eigentlich im Koalitionsvertrag angestrebten Einführung eines Primärarztsystems, welches die Versorgungssteuerung intensivieren und verbessern soll – also auf eine Zentralisierung von Versorgungsinstanzen abzielt und nicht auf neue zusätzliche Anbieter und Akteure, die die Steuerung und Koordination eher erschweren.

Zudem ist es gerade bei Infektionserkrankungen unerlässlich, das Risiko von Ausbruchsgeschehen zentral zu erfassen und zu bewerten. Indem Apotheken in die Testungen einbezogen werden, erfolgt der Aufbau einer weiteren Struktur, die eine zentrale Erfassung behindert. Sofern an der vorgenannten, ggf. angepassten Testbefugnis nach ärztlicher Verordnung festgehalten wird, ist auch für Apotheken sicherzustellen, dass die gesetzlichen und untergesetzlichen Rahmenbedingungen, die mit der Durchführung von Testungen in Apotheken verbunden sind, z. B. die Einhaltung der Vorgaben der Biostoffverordnung sowie der technischen Regeln für biologische Arbeitsstoffe, gleichermaßen von diesen umzusetzen sind. Ferner müssen die Ergebnisse entsprechend unverzüglich an die jeweiligen Ärztinnen / Ärzte rückgemeldet werden, was noch ergänzend geregelt werden sollte.

D. Artikel 7 ApoVWG – § 20c Infektionsschutzgesetz-neu i. V. m. Artikel 1 – § 132e Abs. 1a SGB V-neu i. V. m. Artikel 2 – § 21 Abs. 2 Nr. 1c Apothekengesetz-neu i. V. m. Artikel 3 – § 1a Abs. 11, § 35a Abs. 3 Apothekenbetriebsordnung-neu

Die Neuregelungen insb. in § 20c Infektionsschutzgesetz-neu, wonach Apothekerinnen und Apotheker zur Durchführung von Schutzimpfungen mit Impfstoffen, die keine Lebendimpfstoffe sind, berechtigt werden, sind überwiegend kritisch zu bewerten und müssen dahingehend angepasst werden, dass eine vorherige ärztliche Verordnung erforderlich ist. Ansonsten wird der Arztvorbehalt hierdurch weiter unangemessen eingeschränkt – ohne erkennbaren Bedarf für eine Ausweitung der Impf- und Diagnostikberechtigung.

Ausweislich der Gesetzesbegründung umfasst die Durchführung von Schutzimpfungen neben dem Setzen der Spritze auch die Anamnese, Aufklärung und Impfberatung, die Feststellung der aktuellen Befindlichkeit zum Ausschluss akuter Erkrankungen oder Allergien, das Einholen der Einwilligung der zu impfenden Person sowie das Beobachten im Anschluss an die Schutzimpfung und auch das Beherrschen und unter Umständen Anwenden von Notfallmaßnahmen im Falle von akuten Impfreaktionen. Ferner müssen Kenntnisse von Indikation und Kontraindikation in Bezug auf die jeweilige Schutzimpfung sowie Fähigkeiten und Fertigkeiten zu deren Beachtung vorhanden sein. Es handelt sich hierbei um Maßnahmen, die nicht nur einer gesonderten ärztlichen Schulung, sondern einer „ärztlichen Approbation“ (§ 2 BÄO) bedürfen.



Gleichzeitig existiert aber bereits eine flächendeckende Struktur: Die vorgenannten Punkte gehören zu den Routineaufgaben einer jeden Arztpraxis, die bereits langjährig durchgeführt werden. Mögliche Komplikationen wie akute allergische Reaktionen, Kreislaufprobleme sowie Angstreaktionen sollten medizinisch beherrscht werden. Auch Kenntnisse über Impfungen etwa bei den unterschiedlichen Formen von Autoimmunerkrankungen, beim Einsatz immunsupprimierender Therapien, bei Schwangeren und bei chronisch Erkrankten sollten eine ärztliche Aus-, Weiter- und Fortbildung voraussetzen. Dass Apothekerinnen und Apotheker diese umfassende Betreuung von Patientinnen und Patienten durch Absolvierung einer Schulung leisten können, muss bezweifelt werden, auch unter dem Gesichtspunkt, dass diese nicht über eine umfassende Patientendokumentation verfügen und individuelle Aspekte in der Gesundheitsversorgung der Patientinnen und Patienten im Zweifel weder kennen noch bei einer Impfung berücksichtigen können.

In diesem Zusammenhang wird auch bezogen auf § 1a Abs. 11, § 35a Abs. 3 Apothekenbetriebsordnung-neu i. V. m. § 21 Abs. 2 ApothekenG-neu mit Blick auf „Impfen in geeigneten Räumen“ bezweifelt, dass Apotheken über entsprechende Räume mit hoher Diskretion und die entsprechenden Qualitätsstandards verfügen.

Neben den negativen Wirkungen auf die Patientensicherheit unterminiert die Ausweitung der Impfkompentenz für Apotheken die Stringenz und Steuerung beim Thema Impfen insgesamt. Die Erfahrungen in den Praxen zeigen, dass der Verlust von Impfpässen oder sonstigen Impfdokumentationen eher die Regel als die Ausnahme ist. Deshalb ist es wichtig, dass das Thema Impfen gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten an einer zentralen Stelle – der hausärztlichen Praxis – erfolgt, damit dort eine Übersicht (insb. über Impfhistorie und Krankheitsgeschichte) vorliegt.

Dass durch die Erweiterung der Impfkompentenz in § 20c Infektionsschutzgesetz-neu ein Beitrag zu einer erhöhten Impfbereitschaft in der Bevölkerung geleistet werden kann, ist nicht ersichtlich. Die im Rahmen der Corona-Pandemie eingeführte Corona- und Gripeschutzimpfbefugnis für Apothekerinnen und Apotheker hat nachweislich nicht zu einer aussagekräftigen Ausweitung der Imp fzahlen geführt. Laut Auswertung des Deutschen Arzneiprüfungsinstituts wurden in der Grippezeit 2022/2023 in Deutschland etwa 62.700 Grippeimpfungen in Apotheken durchgeführt, während im Jahr 2022 ungefähr 17 Millionen Grippeimpfungen durch das Paul-Ehrlich-Institut freigegeben wurden. Dies belegt die offensichtlich geringe Impfquote, die auf die impfenden Apothekerinnen und Apotheker entfällt.

Demgegenüber belegen die Zahlen aus der HZV nach § 73b SGB V, dass eine Bündelung der Verantwortung funktioniert und im Ergebnis eine höhere Durchimpfungsrate bewirkt: In der HZV sind die Impfquoten laut Erhebungen der Krankenkassen um nahezu zehn Prozent höher als in der Regelversorgung. Die Auswertung, basierend auf dem Vergleich von Routinedaten der AOK Baden-Württemberg von Versicherten jenseits des 65. Lebensjahres, einerseits in der Regelversorgung und andererseits in der HZV, bezogen sich auf die Betrachtung der Influenzasaisons 2011/2012 bis 2017/2018. Über die betrachteten sieben Saisonjahre zeigte sich ein deutlicher Unterschied bei den Influenza-Impfraten der über 65-Jährigen zugunsten der HZV. Die Studienergebnisse zeigen also, dass eine kontinuierliche hausärztliche Versorgung im Rahmen der HZV zu einer höheren Durchimpfungsrate der älteren Versicherten im Vergleich zur Regelversorgung führen kann und den Hausärztinnen und Hausärzten bei der Durchführung von Impfungen eine Schlüsselstellung zukommt. In der vertrauensvollen Beziehung zwischen Hausärztin bzw. Hausarzt und Patient/-in gelingt bei klaren Verantwortlichkeiten die Ansprache auch zielgenauer.



Ein weiterer, in diesem Zusammenhang zu beachtender Aspekt stellt die nicht gerechtfertigte Ungleichbehandlung von (Haus-)ärztinnen/-ärzten und Apothekerinnen / Apothekern hinsichtlich des Bezugs von Impfstoffen und die damit einhergehende Gefahr von Regressen bzw. Retaxationen dar: Hausärztinnen und Hausärzte sehen sich beispielsweise im Rahmen der saisonalen Grippeimpfung mit einem straffen Mengenkontrollmechanismus konfrontiert. Gleichwertige Kontrollmechanismen der gesetzlichen Krankenkassen existieren bei Apotheken offensichtlich nicht. Zudem werden Apotheken vielmals andere Vorbestellwege bzw. Retouremöglichkeiten der Pharmaindustrie eingeräumt. Hausärztinnen und Hausärzte müssen für die alternative Ausstellung einer Einzelverordnung im Rahmen von Lieferunfähigkeiten mit Regressen rechnen, Apothekerinnen und Apotheker sind in der Bestellung und Abrechnung mit den gesetzlichen Krankenkassen frei. Ein sachlicher Grund für diese offensichtliche Ungleichbehandlung ist nicht erkennbar und daher gesetzgeberisch zu beheben.

In diesem Zusammenhang regen wir auch andere Maßnahmen zur Steigerung der Impfquote an, wie z. B. den elektronischen Impfausweis, separate Impfberatungsziffern im EBM, eine bundeseinheitliche Vergütung, mehr berufsrechtliche Flexibilität für Ärztinnen / Ärzte bei Impfungen.

Des Weiteren fordern wir bezogen auf § 20c Infektionsschutzgesetz-neu i. V. m. § 132e Abs. 1a SGB V-neu, sofern an dem Impfen durch Apotheken festgehalten werden sollte, dass Verträge über die Durchführung derartiger Schutzimpfungen zumindest im Benehmen mit dem Hausärztinnen- und Hausärzteverband geschlossen werden müssten, um sicherzustellen, dass Kollisionen mit den Prozessen der hausärztlichen Versorgung vermieden werden.

Ihre Ansprechpartner

Bundesvorsitzende: markus.beier@haev.de, nicola.buhlinger-goepfarth@haev.de

☎ 030 88 71 43 73-30

Hauptgeschäftsführer und Justiziar: joachim.schuetz@haev.de

☎ 02203 97 788-03

Geschäftsführer: sebastian.john@haev.de

☎ 030 88 71 43 73-34

Hausärztinnen- und Hausärzteverband e. V.
Edmund-Rumpler-Straße 2 · 51149 Köln

🌐 www.haev.de