



## **Positionspapier „Apothekenreform aus Sicht des Bündnisses Junge Ärztinnen und Ärzte“**

Die öffentlichen Apotheken sind eine tragende Säule der Gesundheitsversorgung in Deutschland und gehören zur Daseinsvorsorge [1]. Sie sichern die wohnortnahe Abgabe von Arzneimitteln, beraten Patientinnen und Patienten mit hoher fachlicher Kompetenz und leisten einen unverzichtbaren Beitrag zur Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) [2,3]. Als junge Ärztinnen und Ärzte schätzen wir Apotheken ausdrücklich als Partner in der gesundheitlichen Versorgung. Vor diesem Hintergrund begrüßen wir das Anliegen der Bundesregierung, die Apotheken strukturell zu stärken [4]. Gleichzeitig blicken wir mit großer Sorge auf einzelne Reformelemente, die aus unserer Sicht die Sicherheit von Patientinnen und Patienten gefährden [5,6]. Angesichts der anhaltenden Schließungen von Apotheken sind nachhaltige Stärkungsmaßnahmen dringend erforderlich [7,8]. Doch Reformansätze dürfen nicht zulasten der Versorgungsqualität und -sicherheit gehen und dabei existenziell in andere Fachbereiche der Gesundheitsversorgung hineinreichen.

Im Folgenden legen wir aus Sicht des Bündnis Junge Ärztinnen und Ärzte dar, welche Prinzipien und Änderungen wir unterstützen und an welchen Punkten des Kabinettsentwurfs zur Apothekenreform wir kritischen Handlungsbedarf sehen, insbesondere dort, wo neue Aufgaben zu Lasten der Sicherheit oder klarer Verantwortlichkeiten verschoben werden. Unser Ziel ist es, konstruktive Vorschläge für eine sichere und zukunftsfähige Apothekenreform zu definieren, die Apotheken zu stärken, ohne ärztliche Kernaufgaben zu verwässern oder Risiken für Patientinnen und Patienten potenziell aufzunehmen.

### **1. Apotheken als unverzichtbare Partner in der Versorgung**

Die öffentlichen Apotheken gewährleisten eine flächendeckende, niederschwellige und schnell erreichbare Versorgung mit Arzneimitteln [1]. Ihre Rolle in der Beratung, der Erkennung möglicher Wechselwirkungen sowie in der Unterstützung der AMTS ist für das Gesundheitssystem essenziell [2,3,9,10]. Die ärztliche Profession versteht Apotheken als wichtige Partner, insbesondere bei Fragen zu Medikationsplänen, Arzneimittelinteraktionen und der praktischen Umsetzung komplexer Therapien [2,3,9,10]. Diese Zusammenarbeit ist ein zentraler Bestandteil sicherer patientenorientierter Versorgung [10].

Diese Partnerschaft basiert jedoch auf einer klaren Aufgabentrennung: Ärztinnen und Ärzte diagnostizieren und verordnen, Apothekerinnen und Apotheker prüfen die Produktqualität von Arzneimitteln, achten auf mögliche Medikamenteninteraktionen, beraten zu Medikamenten und geben diese ab [1,11]. Diese Jahrhunderte alte, bewährte Zusammenarbeit beider Berufsgruppen gewährleistet, dass Patientinnen und Patienten sowohl von ärztlicher Expertise in Diagnostik und Therapieplanung als auch von pharmazeutischer Expertise in Prüfung und Beratung profitieren [2,3,9,10,12]. Ärztinnen und Ärzte und Apothekerinnen und Apotheker arbeiten Hand in Hand, jedoch jeweils in ihren Kompetenzbereichen - ein Prinzip, das maßgeblich zur Versorgungsqualität und -sicherheit beiträgt [2,3,5,6,10]. Diese Regelung gewährleistet die klare Trennung der wirtschaftlichen Interessen beim Verkauf von Arzneimitteln, wie sie seit dem Edikt von Salerno im Jahr 1231 n. Chr. durch die Berufsstände umgesetzt wird.

Diese Historie führt patientenseitig zu klaren Rollenbildern, sodass Patientinnen und Patienten einschätzen können, welche Leistungen durch Apothekerinnen und Apotheker und welche durch Ärztinnen und Ärzte verantwortet werden. Diese Trennung ist zentral, um Missverständnisse und Risiken zu vermeiden.



---

## 2. Unterstützung der Ziele zur Stärkung der Apotheken

Wir unterstützen ausdrücklich Reformansätze, die auf eine nachhaltige Stärkung der Apotheken abzielen, ohne die bewährten Kernkompetenzen unzulässig zu vermischen [5,6]. Insbesondere befürworten wir folgende Maßnahmen:

- **Stabilisierung der wirtschaftlichen Basis** von Apotheken, um die wohnortnahe Versorgung langfristig zu sichern [7,8].
- **Fachkräftesicherung** und attraktive Arbeitsbedingungen in den Apothekenteams [7,8].
- **Bürokratieabbau**, insbesondere durch digitale Verfahren und eine Reduktion der überbordenden Dokumentation [4,7].
- **Stärkung ländlicher Apotheken** durch die Gründung von Zweigapotheken und flexibleren Betriebsmodellen, um Versorgungslücken in strukturschwachen Gegenden zu verhindern [4,7,8].
- **Flexiblere Organisation von Notdiensten**, um Arbeitsbelastung und Erreichbarkeit ausgewogen zu gestalten [4,7].

Zudem sollte die Reform berücksichtigen, dass Apotheken zunehmend mit Online-Anbietern und seit neuestem auch mit Drogeriemärkten konkurrieren, die Patientinnen und Patienten zwar Arzneimittel liefern, aber keine persönliche Beratung gewährleisten und dadurch die Einordnung in die bestehende Medikation häufig fehlt. Eine Stärkung der Apotheken muss daher auch die qualitativ hochwertige Beratung und die patientennahe Betreuung fördern, die online oder in der Drogerie nicht ersetzt werden kann.

Die geplante Reform sieht vor, Apotheken zusätzliche Aufgaben zu übertragen und diese formal zu stärken. Realistisch betrachtet, besteht jedoch die Gefahr, dass viele Vor-Ort-Apotheken unter dem Druck von Online-Anbietern schließen. Dadurch entsteht ein Machtvakuum: Online-Apotheken verkaufen Medikamente, führen jedoch keine persönliche Beratung durch. Patientinnen und Patienten treffen Entscheidungen ohne ärztliche oder pharmazeutische Steuerung, und die wohnortnahe Versorgung wird weiter geschwächt.

Aus ärztlicher Sicht muss eine nachhaltige Stärkung der Apotheken sicherstellen, dass Vor-Ort-Apotheken wirtschaftlich überlebensfähig bleiben. Als stabilisierende Maßnahme war insbesondere eine Erhöhung des Fixums vorgesehen, also des gesetzlich festgelegten Festbetrags, den Apotheken pro abgegebenem verschreibungspflichtigem Arzneimittel erhalten. Diese Maßnahme fand jedoch aufgrund der angespannten Haushaltslage keinen Eingang in den beschlossenen Entwurf. Ein weiterer denkbarer Ansatz wäre, Online-Anbieter stärker zu regulieren oder Abgaben zu erheben, etwa weil sie keine Notdienste oder andere wohnortnahe Versorgungsleistungen erbringen, und diese Mittel als gezielten Zuschuss für die Vor-Ort-Apotheken zu verwenden [13]. So ließe sich die Sicherheit von Patientinnen und Patienten sicherstellen, Verantwortung klar zuordnen und Gerechtigkeit zwischen Online- und stationären Anbietern herstellen.

Gleichzeitig darf die Reform nicht dazu führen, dass Apotheken Aufgaben anderer Berufsgruppen übernehmen, für die sie nicht qualifiziert sind. Ärztliche Kernaufgaben, wie Diagnostik oder Therapieentscheidung, müssen weiterhin in ärztlicher Verantwortung bleiben. Apotheken sollten ihre pharmazeutische Expertise gezielt einsetzen, um die ärztlich koordinierte Versorgung zu ergänzen, nicht zu ersetzen.



Diese Maßnahmen sind geeignet, Apotheken als zuverlässige Versorgungspartner zu stabilisieren, ohne die Rollen von Ärztinnen und Ärzten und Apothekerinnen und Apothekern unzulässig zu vermischen. Nur wirtschaftlich stabile Apotheken in ausreichender Zahl können ihren Versorgungsauftrag voll erfüllen [1,7,8]. Eine Stärkung der Apotheken muss daher primär ihre finanziellen, personellen und strukturellen Rahmenbedingungen verbessern, statt primär neue Leistungen und neue Kosten für das (Gesundheits)system zu schaffen, die zu einer Aufweichung der Berufsgrenzen bzw. Fragmentierung der Versorgung führen und Risiken für Patientinnen und Patienten bergen [4–6]. Es ist sicherzustellen, dass Leistungen, die grundsätzlich dem hausärztlichen Bereich zugeordnet und dort bereits erstattungsfähig sind, nicht als Selbstzahlerleistungen auf Apotheken verlagert werden. Ziel einer nachhaltigen Apothekenreform sollte sein, die bestehenden Kernaufgaben der Apotheken zu sichern und zu stärken – nicht ärztliche Tätigkeitsfelder zu verschieben [5,6,14].

---

### 3. Abgabe verschreibungspflichtiger Medikamente ohne ärztliche Verordnung

Mit großer Sorge sehen wir die geplante Möglichkeit, Apotheken zur Abgabe verschreibungspflichtiger Arzneimittel ohne vorherige ärztliche Verordnung zu ermächtigen – sei es in Form von „Folgerezepten“ für chronisch Erkrankte oder bei vermeintlich „unkomplizierten Erkrankungen“ [4–6].

Aus ärztlicher Sicht überschreitet dies eine unumstößliche Grenze:

- **Chronische Erkrankungen erfordern kontinuierliche ärztliche Begleitung.** Therapien müssen anhand der geltenden Behandlungsleitlinien regelmäßig ärztlich überprüft, angepasst und auf Nebenwirkungen sowie Komorbiditäten hin kontrolliert werden. Die wiederholte Verordnung ist daher kein rein administrativer Akt, sondern ein integraler Bestandteil einer verantwortungsvollen kontinuierlichen Behandlung, die sich an evidenzbasierter Medizin und am kontinuierlichen Fortschritt orientiert und nicht alleine auf die Medikation abzielt, sondern auch Gelegenheit bietet andere Präventionsthemen zu adressieren [2,3,9].
- **Apotheken besitzen keine ärztliche Qualifikation.** Die pharmazeutische Expertise beruht auf einem anderen Aufgabenspektrum und ist ergänzend notwendig zur ärztlichen Tätigkeit, um ein vollständiges Gesundheitskonzept im Sinne der besten Patientenversorgung umsetzen zu können, ersetzt sie aber nicht [1–3,5,6,9,10,11]. Die Grenze verläuft dort, wo Diagnostik und Therapieentscheidung beginnen. Die Trennung von Verordnung und Abgabe eines Medikaments ist in der ärztlichen Versorgung bewusst etabliert: Die Verordnung von Arzneimitteln liegt in der Verantwortung der Ärztinnen und Ärzte [5,6,11], während Apotheken für Prüfung, Beratung und Abgabe zuständig sind [1]. Ärztliche und pharmazeutische Verbände beschreiben dieses Zusammenwirken als wesentliches Sicherheitsprinzip [5,6].

Die Behauptungen, ärztliche Praxen und Krankenhäuser würden durch solche Regelungen entlastet, greifen aus Sicht vieler praktisch Tätiger und weiterer Expertinnen und Experten ins Leere. Es werden vielmehr Parallelstrukturen geschaffen, die Koordinationsaufwand und Bürokratie erhöhen, ohne echte Effizienzgewinne zu erzielen [5,6,14].

Aufgaben, die eine ärztliche Qualifikation erfordern, dürfen nicht auf andere Berufsgruppen übertragen werden, ohne dass dies in deren Berufskompetenz im Rahmen von Aus- und Weiterbildung verankert



ist. Reformen sollten darauf abzielen, Kompetenzen sinnvoll zu ergänzen, ohne Risiken für Patientinnen und Patienten einzugehen oder Berufsrollen undurchlässig zu vermischen

Wir begrüßen interprofessionelle Projekte, in denen Apotheken ärztlich verordnete Therapien begleiten, Medikationsmanagement unterstützen und AMTS-Programme implementieren, ohne ärztliche Kernaufgaben zu substituieren.

---

## 4. Aufweichung des Vier-Augen-Prinzips und Gefährdung der Sicherheit von Patientinnen und Patienten

Das bewährte Vier-Augen-Prinzip – Ärztinnen und Ärzte diagnostizieren und verordnen, Apothekerinnen und Apotheker prüfen und geben ab – ist ein zentrales Qualitätsmerkmal der Versorgung von Patientinnen und Patienten [5,6,11].

Wird dieses Prinzip aufgeweicht, drohen:

- **Fehlerhafte und gefährliche Arzneimitteltherapien**, weil zentrale diagnostische Schritte fehlen oder Informationen unvollständig sind [2,3,5].
- **Fragmentierung der Versorgung**, wenn Patientinnen und Patienten Teile ihrer Behandlung in unterschiedlichen, nur unzureichend vernetzten Strukturen erhalten [3,5,6,14].
- **Unklare Verantwortlichkeiten**, wenn im Schadensfall nicht mehr eindeutig nachvollzogen werden kann, wer welche Entscheidung auf welcher Grundlage getroffen hat [5,6,11].
- **Wirtschaftliche Konflikte**, wenn unterschiedliche Vergütungs- und Zuständigkeitsstrukturen zu widersprüchlichen Anreizen zwischen Leistungserbringern führen.

Gerade im Kontext eines möglichen zukünftigen Primärarztsystems, in dem Hausärztinnen und Hausärzte die zentrale koordinierende Rolle einnehmen sollen, ist eine parallele Versorgungsstruktur über Apotheken kontraproduktiv [14]. Sie unterläuft die ärztliche Steuerung, statt diese zu ergänzen. Ärztliche und pharmazeutische Leistungen müssen abgestimmt und nicht konkurrierend erbracht werden [3,5,10,15,14].

Patientinnen und Patienten sollten transparent informiert werden, welche Entscheidungen Ärztinnen und Ärzte treffen und welche Aufgaben Apothekerinnen und Apotheker verantworten, um Vertrauen und Patientensicherheit zu stärken. **Patientinnen und Patienten sollten wissen, wer für welche Entscheidung verantwortlich ist.**

Insbesondere ist sicherzustellen, dass Patientinnen und Patienten bei Maßnahmen in Apotheken auch künftig nicht dem Eindruck ausgesetzt sind, diese könnten überwiegend wirtschaftlich motiviert sein, da die vorgeschlagene Regelung diese klare Abgrenzung aufweichen würde.

---

## 5. Impf- und Diagnostikleistungen in Apotheken

### 5.1 Impfungen in Apotheken



Die geplante Ausweitung von Impfleistungen in Apotheken betrachten wir kritisch [4–6]. Ob die geplante Ausweitung von Impfleistungen in Apotheken eine relevante Steigerung der Impfquote erzielen kann, bleibt zum aktuellen Zeitpunkt fraglich. Gleichzeitig sind alle Bestrebungen zur Verbesserung der Impfquote wichtig und daher sollten insbesondere Impfungen im stationären Bereich sowie durch die Arbeits- und Betriebsmedizin bzw. den Öffentlichen Gesundheitsdienst ergänzend berücksichtigt werden.

Erfahrungen aus Praxis und Studien legen nahe, dass hohe Impfquoten vor allem dann erreicht werden, wenn:

- Impfungen in **ärztliche Behandlungskonzepte eingebettet** sind, und eine Ausweitung und Stärkung von Impfungen im stationären Bereich, z. B. vor Einleitung einer immunsuppressiven Therapie, erfolgt. Dies sichert die Impfung gerade in Gruppen mit hohem Bedarf.
- Chronische Erkrankungen, Impflücken und individuelle Risiken gemeinsam im medizinischen Gesamtkontext betrachtet und bewertet werden [9,16,14].
- Haftungsfragen bei Impfkomplicationen, Impfschäden oder allergischen Reaktionen eindeutig geregelt sind.

Werden Impfstelle und koordinierende ärztliche Rolle voneinander entkoppelt, entsteht das Risiko einer Verantwortungsdiffusion: Wenn „alle ein bisschen impfen“, fühlt sich am Ende niemand mehr eindeutig für die Gesamtimmunisierung verantwortlich. Die für eine sichere Impfentscheidung notwendige umfassende medizinische Expertise – einschließlich Anamnese, Nutzen-Risiko-Abwägung und dem professionellen Management möglicher Impfkomplicationen – lässt sich nicht in kurzen Schulungen vermitteln und ist im Curriculum der pharmazeutischen Ausbildung nicht vorgesehen [17,18]. Zudem bleibt bislang ungeklärt, wie die Haftung bei Impfschäden oder akuten Komplikationen wie allergischen Reaktionen geregelt wird, wenn die Impfung nicht durch Ärztinnen und Ärzte, sondern durch Apothekerinnen und Apotheker durchgeführt wird. Eine klare rechtliche Zuordnung der Verantwortlichkeiten ist zwingend erforderlich [1,4,6].

Darüber hinaus ist zu befürchten, dass mangelnde Aufklärung und Beratung durch nicht hinreichend geschultes Personal dazu führen, dass Patientinnen und Patienten bei Impfreaktionen vermehrt haus- und fachärztliche Versorgung in Anspruch nehmen und damit eine vermeidbare zusätzliche Belastung des Gesundheitssystems entsteht. Schließlich ist die Notwendigkeit fraglich: Prinzipiell dürfen alle approbierten Ärztinnen und Ärzte impfen, sodass ein enormes Impfpotenzial besteht, das gezielt vor allem auch im (prä-)stationären Bereich genutzt werden sollte [16,14].

## 5.2 Früherkennungs- und Screeningangebote in Apotheken

Die Einführung von Screeningtests und Früherkennungsuntersuchungen in Apotheken birgt wesentliche Risiken:

- **Hohe Zahl falsch-positiver oder grenzwertiger Befunde**, die medizinisch nicht hinreichend interpretierbar sind [19,20].
- **Verunsicherung der Patientinnen und Patienten**, wenn Befunde ohne angemessene Einordnung kommuniziert werden. Apothekerinnen und Apotheker dürfen Befunde zwar mitteilen, aber keine ärztliche Beratung durchführen oder die weitere Abklärung von Differenzialdiagnosen anbieten.
- **Erheblicher nachgelagerter diagnostischer Aufwand** bis hin zu belastenden oder invasiven Untersuchungen, die häufig unnötig sein können [19–21].
- **Zusätzliche Belastung fachärztlicher Ressourcen**, die ohnehin knapp sind [5,14, 19–21].



- **Parallelstrukturen und Koordinationsprobleme**, die keiner effizienten Steuerung von Patientinnen und Patienten dienen [5,6,14].
- **Unzureichende räumliche und hygienische Voraussetzungen**, wenn für diagnostische Maßnahmen in Apotheken keine klar definierten Mindeststandards zu separaten Räumen, Datenschutz, Hygiene und Infektionsprävention bestehen oder diese nicht einheitlich umgesetzt werden.

Eine verantwortliche Ausweitung solcher Leistungen setzt zwingend voraus, dass:

1. **Der relevante Nutzen der Tests für Patientinnen und Patienten evidenzbasiert belegt ist [19,20],**
2. **Gesundheitsökonomische Effekte positiv** sind und nicht nur Mehrkosten erzeugt werden [19,20],
3. **Ein definierter Rahmen für die Einbindung in die ärztliche Versorgung** mit klaren Schnittstellen besteht [5,6,14,19-21].
4. **Verbindliche räumliche und hygienische Mindestanforderungen** erfüllt werden, insbesondere zu separaten Untersuchungsbereichen, Wahrung der Vertraulichkeit, Hygieneplänen, Infektionsschutz und Qualitätssicherung.

Für einen breiten Einsatz von Screening- und Früherkennungsleistungen in Apotheken fehlen bisher robuste Versorgungsstudien im deutschen Kontext, die diese Kriterien ausreichend belegen würden [5,6,14,21]. Bis dahin sollte der Schwerpunkt auf einer gezielten präventiven Beratung und Gesundheitskompetenzförderung in Apotheken liegen, die klar von ärztlicher Diagnostik und Therapieentscheidung abgegrenzt sind [15,22,23].

---

## 6. Grundprinzipien ärztlicher Verantwortung

Aus ärztlicher Sicht müssen folgende Prinzipien im Zentrum der Apothekenreform stehen:

- **Sicherheit von Patientinnen und Patienten vor Partikularinteressen**
- **Klare, qualifikationsgerechte Aufgabentrennung** zwischen ärztlichen und pharmazeutischen Berufen
- **Vermeidung von Parallelstrukturen**, die Versorgung zersplittern und Verantwortlichkeiten unklar machen
- **Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit**, statt Substitution ärztlicher Kernaufgaben

Ärztliche Praxen und Apotheken sind Partner zum Wohle der Patientinnen und Patienten – aber mit klar definierten Rollen, die sich ergänzen und nicht vermischen. Die **Apothekenreform muss sich in die Gesamtversorgung einfügen**, z.B. Hausarztzentrierte Versorgung, Digitalisierung oder Prävention - nicht davon isolieren.

---

## 7. Unsere Forderungen

Vor diesem Hintergrund fordern wir:



1. **Die strikte Einhaltung der Verschreibungspflicht ist unverzichtbar** – dies gilt ausnahmslos für Folgetherapien sowie für "unkomplizierte" Erkrankungen [2,4–6,11,24].
2. Eine Ausweitung, Stärkung und Einbettung von **Impfungen in ärztliche Behandlungskonzepte** insbesondere im stationären Bereich, im ÖGD sowie in der Arbeits-/ Betriebsmedizin **anstelle von Impfungen in Apotheken**.
3. **Keine Einführung von Früherkennungs- und Screeningtests in Apotheken**, solange kein klarer relevanter Nutzen für Patientinnen und Patienten und eine positive gesundheitsökonomische Bilanz wissenschaftlich belegt ist [5,6,14,19-21].
4. **Verbindliche Einbindung ärztlicher Expertise** bei der Ausgestaltung der Apothekenreform, insbesondere bei allen Maßnahmen mit direktem Einfluss auf Diagnostik und Therapie [5,6, 11,12,14,21].

---

## 8. Ein positiver Gegenentwurf: Apotheken sinnvoll stärken

Statt ärztliche und pharmazeutische Kompetenzen zu vermischen, schlagen wir vor die fünf im zweiten Kapitel positiv hervorgehobenen Aspekte des Kabinettsentwurfs möglichst zeitnah umzusetzen und auf die zusätzlichen (z.T. ärztliche) Leistungen zu verzichten. Ergänzend dazu empfehlen wir folgende Maßnahmen:

- **Konsequente Digitalisierung und Vernetzung** (z. B. eRezept, elektronischer Medikationsplan, gemeinsame AMTS-Tools), um Informationsflüsse zwischen Praxen und Apotheken zu verbessern [3,9,14].
- **Gemeinsame Projekte zur AMTS** und zur Optimierung von Arzneimitteltherapien – ärztlich geführt und pharmazeutisch unterstützt [2,3,5,9,10,14].
- **Einbindung der Apotheken in Strukturen der Primärprävention** wie Gesundheitskompetenz-Förderung (Ernährung, Bewegung, Raucherentwöhnung) und Prävention im öffentlichen Raum bspw. Herzgesundheit, Sonnenschutz, Suchtprävention [15,18,22,23,25].
- **Stärkere Regulierung von und Abgaben für Online-Apotheken** ohne Notdienst- und Vor-Ort-Versorgungsauftrag und Verwendung der Mittel zur gezielten Unterstützung der Vor-Ort-Apotheken.

Durch diese und ähnliche Maßnahmen lassen sich Apotheken spürbar stärken, ohne die Sicherheit von Patientinnen und Patienten zu gefährden sowie ärztliche Kernaufgaben zu substituieren [2,3,4,7,8,9,10,15,22,23]. Finanzielle Stabilität, weniger Bürokratie und bessere Vernetzung versetzen Apotheken in die Lage, ihren wichtigen Beitrag im Gesundheitswesen auch in Zukunft zu leisten [4,3,7-9,14]. Im Schulterschluss mit Ärztinnen und Ärzten können neue Aufgaben übernommen werden, sofern dies medizinisch sinnvoll, klar abgegrenzt und evidenzbasiert ist [2,3,9,10,15,22,23]. So wird das erklärte Ziel der Apothekenreform - eine Stärkung der Apotheken und der Versorgung - erreicht.

Wir fordern die Politik auf, unsere Bedenken ernst zu nehmen und die Apothekenreform im Dialog mit der Ärzteschaft und der Apothekerschaft nachzubessern. Das gemeinsame Ziel muss sein, ein patientenorientiertes, sicheres und zukunftsfähiges Versorgungssystem zu gestalten, in dem **Medizin und Pharmazie Seite an Seite zum Wohle der Patientinnen und Patienten arbeiten**.



**BÜNDNIS  
Junge Ärztinnen & Ärzte**  
Für eine Medizin mit Zukunft

### Autorinnen und Autoren

Sophie Schneitler  
DTG

Yannik Eggers  
DTG

Fabian C. Landsberg  
jBVKJ / jDGKJ

Viktoria Schneitler  
DTG

Antonia Dalmer  
FJR / DRG

Can G. Leineweber  
jDGEM

Vivien L. Kratzer  
FJR / DRG

Constanze Weber

### Für das Bündnis Junge Ärztinnen und Ärzte

Antonia Dalmer  
FJR / DRG

Benjamin Kroh  
JuDerm

Constanze Weber  
Junge Neurologie / DGN

Fabian C. Landsberg  
jBVKJ / jDGKJ

### Fachgesellschaften/Berufsverbände



Berufsverband der  
Kinder- und Jugendärzt\*innen



BERUFSVERBAND  
DEUTSCHER PATHOLOGINEN  
UND PATHOLOGEN e.V.





## Literaturverzeichnis

- [1] Bundesministerium der Justiz (2024) Gesetz über das Apothekenwesen (Apothekengesetz – ApoG), § 1 Sicherstellung der ordnungsgemäßen Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln. Verfügbar unter: [gesetze-im-internet.de](https://www.gesetze-im-internet.de) (Zugriff: 02.12.2025).
- [2] Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) (2024) Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS). Online-Information, Berlin (Zugriff: 02.12.2025).
- [3] Bundesministerium für Gesundheit (2021) Aktionsplan 2021–2024 des BMG zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit in Deutschland. Berlin.
- [4] Bundesministerium für Gesundheit (2025) Gesetz zur Weiterentwicklung der Apothekenversorgung (Apothekenversorgung-Weiterentwicklungsgesetz – ApoVWG). Kabinettsentwurf vom 17.12.2025. Berlin.
- [5] Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2025) Gesetz zur Weiterentwicklung der Apothekenversorgung (ApoVWG) – Stellungnahmen und PraxisNachrichten „Apotheken sind keine Arztpraxen – KBV warnt vor massiver Kompetenzerweiterung“ sowie „KBV: Apotheken-Gesetz gefährdet Patientensicherheit“. Berlin.
- [6] Marburger Bund u. a. (2025) Offener Brief an das BMG zur geplanten Apothekenreform – „Vier-Augen-Prinzip in der Arzneimittelversorgung bewahren“, 19.09.2025, sowie begleitende Berichte ärztlicher Verbände.
- [7] ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (2025) „Nur noch 17.041! Immer mehr Apotheken schließen, immer weniger werden neu eröffnet“. Pressemitteilung, 10.01.2025. Berlin.
- [8] Die Welt (2025) „Geht das Apothekensterben weiter? Branche dringt auf Hilfe“. Artikel vom 02.10.2025.
- [9] Leitliniengruppe Hessen & DEGAM (2021) Hausärztliche S3-Leitlinie Multimedikation. Empfehlungen zum Umgang mit Multimedikation bei Erwachsenen und geriatrischen Patienten. AWMF-Registernr. 053-043, Version 2.0. Frankfurt a.M.
- [10] Schulz M. et al. (2019) Pharmacy-based interdisciplinary intervention for patients with chronic heart failure: results of the PHARM-CHF randomized controlled trial. *Eur J Heart Fail*, 21(8), 1012–1021.
- [11] Kassenärztliche Bundesvereinigung / GKV-Spitzenverband (zuletzt 2025) Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä), § 29 Verordnung von Arzneimitteln.
- [12] Enzmann H., Broich K. (2013) Krebs - alles ganz anders? Besonderheiten onkologischer Arzneimittel aus Sicht der Arzneimittelzulassung, *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes*, Volume 107, Issue 2, 2013, Seiten 120-128, ISSN 1865-9217, <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2013.02.003>.
- [13] Barlage, L., Seifert, R. (2025) Wesentliche Nichteinhaltung von Online-Apothekenkatalogen mit Richtlinien. *Naunyn-Schmiedeberg's Arch Pharmacol* 398, 5195–5211 <https://doi.org/10.1007/s00210-024-03571-0>



- [14] DEGAM – Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (2025) Positionspapier: „Mehr Qualität durch hausärztliche Steuerung in der Gesundheitsversorgung“. 16.01.2025, Berlin.
- [15] Eades C.E., Ferguson J.S. & O’Carroll R.E. (2011) Public health in community pharmacy: a systematic review of pharmacist and consumer views. BMC Public Health, 11, 582.
- [16] Robert Koch-Institut, STIKO (2024) Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) 2024. Epidemiologisches Bulletin 4/2024, Berlin.
- [17] Bundesministerium der Justiz (2001) Approbationsordnung für Apotheker (AAppO) in der geltenden Fassung. Verfügbar unter: [gesetze-im-internet.de](http://gesetze-im-internet.de) (Zugriff: 02.12.2025).
- [18] ABDA (2022) Positionspapier Runder Tisch „Novellierung der Approbationsordnung für Apothekerinnen und Apotheker“ (AAppO). Berlin.
- [19] WHO Regional Office for Europe (2020) Screening programmes: a short guide. Increase effectiveness, maximize benefits and minimize harm. Copenhagen: WHO Europe.
- [20] Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (2022) S21-01 – Überprüfung der Altersgrenzen im Mammographie-Screening-Programm. Abschlussbericht. Köln.
- [21] Akkreditierte Labore in der Medizin (ALM) e. V. (2025) „Apothekenreform darf nicht zu Lasten der Patientensicherheit gehen – Diagnostische Tests und Antibiotikaverordnungen in Apotheken gefährden Qualität und ärztliche Verantwortung“. Pressemitteilung vom 23.09.2025.
- [22] Thomson K. et al. (2019) The effects of community pharmacy-delivered public health interventions on population health and health inequalities: a review of reviews. Prev Med Rep, 14, 100825.
- [23] Todd A. et al. (2014) Community pharmacy interventions for public health priorities: a systematic review of community pharmacy-delivered smoking, alcohol and weight management interventions. Public Health Research, 2(3).
- [24] Deutsche Gesellschaft für Urologie et al. (2024) S3-Leitlinie Epidemiologie, Diagnostik, Therapie, Prävention und Management unkomplizierter bakterieller, ambulant erworbener Harnwegsinfektionen bei Erwachsenen (HWI). Langfassung, Version 3.0, AWMF-Registernr. 043/044.
- [25] ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (2025) Die Apotheke: Zahlen, Daten, Fakten 2025. Kapitel „Impfungen in der Apotheke“ und Faktenblatt „Gripeschutzimpfungen in Apotheken“ (Stand 11/2024). Berlin.
- [26] ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (2021) Geschäftsbericht 2020/2021. Kapitel zu Modellprojekten Grippeimpfung in Apotheken (ca. 1.300 Impfungen in 2020/21) und deren Ausweitung. Berlin.



**BÜNDNIS**  
**Junge Ärztinnen & Ärzte**  
Für eine Medizin mit Zukunft

**Korrespondenzadresse**

Bündnis Junge Ärztinnen und Ärzte  
c/o Berufsverband deutscher Internistinnen und Internisten e.V.  
Schöne Aussicht 5  
65193 Wiesbaden  
[info@buendnisjungeaerzte.org](mailto:info@buendnisjungeaerzte.org)