



BKK Dachverband e.V.
Mauerstraße 85
10117 Berlin

TEL (030) 2700403-200
FAX (030) 2700400-191
politik@bkk-dv.de
www.bkk-dachverband.de

STELLUNGNAHME BKK DACHVERBAND E.V.

vom 06.11.2025

**zum Referentenentwurf eines Gesetzes
zur Weiterentwicklung der Apothekenver-
sorgung (Apothekenversorgung-Weiter-
entwicklungsgesetz – ApoVWG) und zum
Referentenentwurf zur zweiten
Verordnung zur Änderung der Apotheken-
betriebsordnung und der Arzneimittel-
preisverordnung**

Inhalt

I. VORBEMERKUNG	5
II. DETAILKOMMENTIERUNG	6
Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Apothekenversorgung- ApoVWG	6
Artikel 1: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	6
Zu § 129 Absatz 4 Satz 7: Paritätische Stelle	6
Zu § 129 Absatz 4c: Erleichterte Abgaberegeln für Apotheken	6
Zu § 129 Absatz 4d Satz 2: Retaxationen	7
Zu § 129 Absatz 5c: Preisbildung und Nachweispflichten für Zubereitungen aus Fertigarzneimitteln, insbesondere parenterale Zubereitungen	7
Zu § 129 Absatz 5d Satz 5 u. 6: Preisauskünfte auch für Cannabisversorgung	8
Zu § 129 Absatz 5e Sätze 2 bis 7: Pharmazeutische Dienstleistungen	8
Zu § 131 Absatz 4 Satz 3: Ausweitung der Übermittlungspflicht in das Preis- und Produktverzeichnis	8
Zu § 132e Absatz 1a: Schutzimpfungen:	9
Artikel 2: Änderung des Apothekengesetzes	9
Zu § 2: Aufteilung der Verantwortung für die Leitung einer Filialapotheke auf zwei Apothekerinnen oder Apotheker	9
Zu § 12a Absatz 4 (neu): Absprache zwischen der heimversorgenden Apotheke und Ärztinnen und Ärzten	10
Zu § 16: Leichtere Gründung von Zweigapotheken in versorgungsarmen Gebieten	10
Zu § 20: Festlegung von Teilnotdiensten in Randzeiten	10

Zu § 21 Absatz 2 Nummer 1c, 1d und 1e: Ergänzung um Telepharmazie	10
Artikel 3: Änderung der Apothekenbetriebsordnung	11
Zu § 1a: Definition der pharmazeutischen Dienstleistung als pharmazeutische Tätigkeit	11
Zu § 2 Absatz 6: PTA als Vertretung für 20 Tage	11
Artikel 6: Änderung des Arzneimittelgesetzes	11
Zu § 48a: Abgabe von bestimmten verschreibungspflichtigen Arzneimitteln durch Apotheker zur Anschlussversorgung	11
Zu § 48b: Abgabe von bestimmten verschreibungspflichtigen Arzneimitteln durch Apotheker zur Versorgung bei bestimmten Erkrankungen	12
III. DETAILKOMMENTIERUNG	13
Referentenentwurf zur zweiten Verordnung zur Änderung der Apothekenbetriebsordnung und der Arzneimittelpreisverordnung	13
Artikel 1: Änderung der Apothekenbetriebsordnung	13
Zu § 1a Absatz 19 und 20: Definition Filialverbund und Telepharmazie	13
Zu § 4; § 17 Absatz 4: Erleichterung für Labor und Herstellung	13
Zu § 2 Absatz 5 Satz 2: Vertretung bis 3 Monate	13
Zu § 17 Absatz 1b Satz 1 Nummer: Automatisierte Ausgabestationen	14
Artikel 2: Änderung der Arzneimittelpreisverordnung	14
Zu § 2 Absatz 1 Satz 4 (neu): Skonti der Großhandlungen an die Apotheken	14
Zu § 3 Absatz 1: Zuschlagsentfall für pharmazeutische Dienstleistungen je Arzneimittelpackung	14
Zu § 3 Absatz 1b (neu): Erhöhung des Nacht- und Notdienztzuschlags	15
Zu § 3 Absatz 3, Satz 2 (neu): Abrechnung der Packungsgröße, die der tatsächlich abgegebenen Menge entspricht	15
Zu § 3a: Vergütungsverhandlungen	15

Zu § 5 Absatz 2: Abrechnung von Stoffen in Rezepturen	16
IV. ERGÄNZENDER ÄNDERUNGSBEDARF	16
Mehr Transparenz im Apothekenmarkt	16
Auflösen des Fonds für pharmazeutischen Dienstleistungen	16
Der prozentuale Aufschlag des Arzneimittelpreises i.H.v. 3% ist zu deckeln	17
Änderung des Herstellerabschlags für Impfstoffe	17
Großhandlungen	17
Botendienste	18
Absenkung der Mehrwertsteuer bei Arzneimitteln von 19% auf 7%	18
Erhöhung des Herstellerabschlags bei Fertigarzneimitteln	18
Erhöhung des Apothekenabschlags	19

I. VORBEMERKUNG

Die vorliegenden Entwürfe zur Weiterentwicklung der Apothekenversorgung – der **Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Apothekenversorgung (ApoVWG)** sowie der **Referentenentwurf der Zweiten Verordnung zur Änderung der Apothekenbetriebsordnung und der Arzneimittelpreisverordnung** – greifen wichtige Reformimpulse auf, um die Sicherstellung der Versorgung vor dem Hintergrund sich wandelnder Versorgungsbedarfe und entstehender pharmazeutischer Versorgungslücken zu verbessern.

Positiv zu bewerten sind die im ApoVWG und in der Änderungsverordnung angelegten **Maßnahmen zur Flexibilisierung der Apothekenorganisation**, die darauf abzielen, die Vor-Ort-Versorgung zu stabilisieren. Die geteilte Leitung von Filialapotheken, die erleichterte Gründung von **Zweigapotheken**, eine an der regionalen Belastung orientierte **Vergütung von Teilnotdiensten** sowie die **Integration von Telepharmazie** können insbesondere im ländlichen Raum Versorgungslücken schließen und moderne Arbeitsmodelle ermöglichen. Ebenfalls wird der **Ausbau von Leistungen in Apotheken** grundsätzlich begrüßt, sofern diese evidenzbasiert sind und in funktionierende Versorgungspfade eingebettet werden. Hierzu gehören eine klare **Abgrenzung der Aufgaben zwischen Apotheken und Arztpraxen** sowie der zwingende **Ausschluss von Doppeluntersuchungen und Doppelfinanzierungen**. Neue Angebote müssen den Versicherten messbare Vorteile bringen, statt weitere Schnittstellenprobleme zu erzeugen.

Kritisch zu sehen sind hingegen die im ApoVWG vorgesehenen weiteren **Erleichterungen bei der Abgabe und dem Austausch von Arzneimitteln** sowie die Ausweitung der Regelungen zu **Nullretaxationen**. Beide Vorschläge würden zentrale wirtschaftliche Steuerungsinstrumente der gesetzlichen Krankenversicherung aushebeln, die Rabattvertragslogik schwächen und zu erheblichen **Mehrkosten für die Beitragszahlenden** führen. Bereits bestehende Versorgungsregelungen sichern eine flexible und bedarfsgerechte Abgabe in Ausnahmesituationen. Zudem sind **Rabattverträge mit klaren Bevorratungspflichten für die Hersteller verbunden**, die gerade dem Ziel einer stabilen Versorgung dienen. Werden die wirtschaftlichen Vorgaben für die Abgabe weiter aufgeweicht, verliert dieses Instrument deutlich an Wirksamkeit. **Weitere Ausnahmen ohne versorgungspolitische Notwendigkeit lehnen die Betriebskrankenkassen daher entschieden ab.**

II. DETAILKOMMENTIERUNG

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Apothekenversorgung- ApoVWG

Artikel 1: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu § 129 Absatz 4 Satz 7: Paritätische Stelle

Die geplante Übertragung des Haftungsrisikos bei Verstößen gegen Preisbindung und Verbot von Zuwendungen auf die Vertragspartner des Rahmenvertrags wird aus Sicht der Betriebskrankenkassen kritisch bewertet. Zwar können GKV-Spitzenverband und Deutscher Apothekerverband bei größeren ausländischen Versandapothen Sanktionen prüfen, doch sind damit erhebliche rechtliche und finanzielle Risiken verbunden. Die Annahme, dass Anbieter wie DocMorris oder Shop Apotheke ohne Gegenmaßnahmen den deutschen Markt verlassen würden, ist unrealistisch. Das europäische Dienstleistungsrecht und die aktuelle Rechtsprechung des EuGH und BGH führen dazu, dass die Durchsetzung der Arzneimittelpreisverordnung gegen diese Anbieter weiterhin ungeklärt ist. Eine Verschiebung des Haftungsrisikos in die Selbstverwaltung kann daher zu kostspieligen Klageverfahren führen, ohne dass die Versorgungssituation verbessert wird. Die Regelung erhöht die Risiken für die Solidargemeinschaft, ohne wirksame Durchsetzungssicherheit zu schaffen.

Zu § 129 Absatz 4c: Erleichterte Abgaberegeln für Apotheken

Die vorgeschlagenen weiteren Erleichterungen bei der Abgabe und beim Austausch von Arzneimitteln werden aus Sicht der Betriebskrankenkassen abgelehnt. Bereits heute bestehen ausreichende Regelungen, die Apotheken eine flexible Versorgung bei Lieferengpässen und notwendigen Medikationsanpassungen ermöglichen. Mit dem Lieferengpassgesetz wurde zudem eine verpflichtende Bevorratung von Rabattvertragsarzneimitteln für sechs Monate eingeführt, so dass Apotheken diese jederzeit über den vollversorgenden Großhandel beziehen können. Eine Abgabe allein nach Lagerbestand würde die Rabattvertragslogik unterlaufen und zu erheblichen Mehrkosten für die gesetzliche Krankenversicherung führen. Die Apotheken haben ihre Bevorratung selbst in der Hand und sind wie alle Akteure im Gesundheitswesen zur wirtschaftlichen

Versorgung verpflichtet. Eine weitergehende Flexibilisierung ist allenfalls für Arzneimittel mit festgestellter kritischer Versorgungslage sinnvoll.

Zu § 129 Absatz 4d Satz 2: Retaxationen

Die geplante Ausweitung des Ausschlusses von Retaxationen wird aus Sicht der Betriebskrankenkassen abgelehnt. Mit dem Lieferengpassgesetz wurden bereits umfassende Regelungen geschaffen, die Sanktionen nur noch in engen Ausnahmefällen vorseen. Wenn die Apotheke gegen die Pflicht zur wirtschaftlichen Abgabe verstößt oder erforderliche Verfügbarkeitsanfragen nicht durchführt, kann die Krankenkasse den Vergütungsanspruch auf den Warenwert kürzen. Dies ist sachgerecht und notwendig, um Wirtschaftlichkeitsprinzip und Rabattverträge zu sichern. Eine generelle Aufweichung der wirtschaftlichen Auswahlpflicht würde den Rahmenvertrag nach Paragraf 129 Absatz 2 SGB V entwerten und zu erhöhter Finanzbelastung der gesetzlichen Krankenversicherung führen. Apotheken müssen weiterhin verpflichtet bleiben, preisgünstige Arzneimittel zu beziehen und wirtschaftlich zu handeln wie alle anderen Akteure im Gesundheitswesen auch.

Zu § 129 Absatz 5c: Preisbildung und Nachweispflichten für Zubereitungen aus Fertigarzneimitteln, insbesondere parenterale Zubereitungen

Die geplante Stärkung der Auskunftsansprüche des GKV-Spitzenverbandes bei der Preisbildung für parenterale Zubereitungen wird aus Sicht der Betriebskrankenkassen begrüßt. Elektronische und strukturierte Vorgaben zur Preisdatenübermittlung ermöglichen eine schnellere und verlässlichere Abfrage und schaffen damit mehr Transparenz über die Marktpreise in diesem hochpreisigen Segment. Positiv ist zudem die Klarstellung, dass alle parenteralen Lösungen einbezogen werden, sowie die vorgesehene Übermittlung relevanter Informationen zu den herstellenden Apotheken. Es ist sachgerecht, dass die private Krankenversicherung an den Kosten für das neue System beteiligt wird, da sie ebenfalls von günstigeren Preisen profitieren wird. Mit diesen Maßnahmen kann die gesetzliche Krankenversicherung zeitnah von wirtschaftlichen Preisen profitieren. Entscheidend ist jedoch, dass die gewonnenen Daten auch zu unmittelbaren und verbindlichen Preisfestsetzungen führen, damit der Versorgungseffekt unmittelbar bei den Beitragszahlenden ankommt.

Zu § 129 Absatz 5d Satz 5 u. 6: Preisauskünfte auch für Cannabisversorgung

Die Einbindung von Preisen für Cannabis in Form von getrockneten Blüten oder Extrakten in die bestehenden Preisauskünfte wird ausdrücklich begrüßt. Auch in diesem wachsenden Versorgungsbereich müssen für die gesetzliche Krankenversicherung marktgerechte und angemessene Preise sichergestellt werden.

Zu § 129 Absatz 5e Sätze 2 bis 7: Pharmazeutische Dienstleistungen

Der Ausbau pharmazeutischer Dienstleistungen in Apotheken wird grundsätzlich begrüßt, sofern er evidenzbasiert erfolgt und einen erkennbaren Mehrwert für die Versorgung schafft. Neue Leistungen zur Prävention und zum Medikationsmanagement können einen wichtigen Beitrag zur Patientensicherheit und zur Therapieadhärenz leisten, wenn sie in bestehende Versorgungsstrukturen eingebettet sind. Dabei braucht es eine klare Abgrenzung der Rollen zwischen Apotheken und Arztpraxen, um Doppeluntersuchungen und Doppelfinanzierungen zu vermeiden. Die Ausgestaltung muss patientenorientierte Versorgungspfade berücksichtigen und sollte nicht zu Lasten bestehender Qualifikationsprofile oder anderer Gesundheitsberufe gehen. Präventionsberatungen in Apotheken sollten eng mit bestehenden Präventionsleistungen verknüpft werden. Apotheken könnten Präventionsempfehlungen nach § 20 Abs. 5 SGB V (Muster 36) ausschreiben, die an die qualitätsgesicherten Leistungen der Krankenkassen nach Paragraph 20 Absatz 5 SGB V weitervermitteln. Dadurch wird den Menschen ein nachhaltiges Beratungs- und Unterstützungsangebot zur Verbesserung der verhaltensbezogenen Prävention im Bereich Bewegungsförderung, gesunder Ernährung, psychischer Gesundheit und Suchtprävention zugesichert. Eine zusätzliche Honorierung ist, wie bei anderen Berufsgruppen, nicht erforderlich. Neue Leistungsinhalte sollten verbindlich durch die Selbstverwaltung bestimmt werden, nicht einseitig durch Standesvertretungen. Die Integration der Dokumentation in die elektronische Patientenakte und die Information behandelnder Ärzte sind sinnvoll. Wichtig ist zudem, eine bundesweit einheitliche Transparenz darüber zu schaffen, welche Dienstleistungen wo angeboten werden. Die Umsatzsteuerbefreiung pharmazeutischer Dienstleistungen ist sachgerecht und wird begrüßt.

Zu § 131 Absatz 4 Satz 3: Ausweitung der Übermittlungspflicht in das Preis- und Produktverzeichnis

Die vorgesehene Ausweitung der Übermittlungspflichten auf Preis und Produktangaben für Stoffe und Glaeser wird ausdrücklich begrüßt. Damit wird eine langjährige

Forderung der Krankenkassen umgesetzt und ein wichtiger Schritt zu mehr Preistransparenz erreicht. Die Einbeziehung dieser Daten ermöglicht eine sachgerechtere Preisbildung und Abrechnung hergestellter Arzneimittel wie Salben oder Lösungen. Die gesetzliche Krankenversicherung kann dadurch Wirtschaftlichkeit und Qualität in diesem Versorgungsbereich besser steuern und eine einheitliche und nachvollziehbare Abrechnung sicherstellen.

Zu § 132e Absatz 1a: Schutzimpfungen:

Die vorgesehene Ausweitung der Impfmöglichkeiten in Apotheken auf alle gesetzlich vorgesehenen Schutzimpfungen wird grundsätzlich begrüßt. Impfangebote in Apotheken haben sich aufgrund des niederschwülligen Zugangs bewährt und stellen eine sinnvolle Ergänzung zur ärztlichen Versorgung dar, insbesondere mit Blick auf Prävention und Versorgung im ländlichen Raum. Dabei ist sicherzustellen, dass die Vergütung von Impfleistungen in Apotheken das Vergütungsniveau der vertragsärztlichen Versorgung nicht übersteigt, um Fehlanreize und Wettbewerbsverzerrungen zu vermeiden. Um dies zu gewährleisten bedarf es einer entsprechenden gesetzliche Änderung. Eine enge Abstimmung mit den Ärzten bleibt notwendig, um Impfpraxis und Dokumentation koordiniert und im Sinne einer guten Versorgung auszurichten.

Artikel 2: Änderung des Apothekengesetzes

Zu § 2: Aufteilung der Verantwortung für die Leitung einer Filialapotheke auf zwei Apothekerinnen oder Apotheker

Die Möglichkeit, die Leitung einer Filialapotheke auf zwei Apothekerinnen oder Apotheker aufzuteilen, wird ausdrücklich begrüßt. Diese Regelung schafft mehr Flexibilität in der Personalorganisation und ermöglicht moderne Arbeitsmodelle wie Teilzeit oder Tandemlösungen. Gerade angesichts des bestehenden Fachkräftemangels kann die Doppelspitze dazu beitragen, qualifiziertes Personal in der Versorgung zu halten und die Kontinuität insbesondere in ländlichen Regionen zu sichern. Die Flexibilisierung der Leistungsstrukturen stärkt die wohnortnahe Versorgung und wird sinnvoll durch die erweiterte Verantwortungsübernahme durch qualifizierte PTA ergänzt, die ebenfalls einen wichtigen Beitrag zur Stabilität der Versorgung leisten können.

Zu § 12a Absatz 4 (neu): Absprache zwischen der heimversorgenden Apotheke und Ärztinnen und Ärzten

Die vorgesehene Möglichkeit, dass Ärztinnen und Ärzte Rezepte für Heimbewohnende direkt an die heimversorgende Apotheke übermitteln können, wird aus Sicht der Betriebskrankenkassen begrüßt. Dies ermöglicht eine schnellere und verlässlichere Versorgung und reduziert den organisatorischen Aufwand für Pflegeeinrichtungen. Voraussetzung bleibt ein bestehender Versorgungsvertrag zwischen Heim und Apotheke, was Transparenz und Verantwortlichkeiten sicherstellt. Die Regelung dient als sinnvolle Übergangslösung, bis Pflegeheime an den technischen Fachdienst der Telematikinfrastruktur angebunden sind.

Zu § 16: Leichtere Gründung von Zweigapotheken in versorgungsarmen Gebieten

Die geplanten Erleichterungen für die Gründung von Zweigapotheken in versorgungsarmen Regionen werden ausdrücklich begrüßt. Sie können die Arzneimittelversorgung im ländlichen Raum stabilisieren und Versorgungslücken vermeiden. In Kombination mit flexibleren Leitungsmodellen wird der Apothekenbetrieb an regionale Bedarfe angepasst und zugleich familienfreundlicher gestaltet. Damit wird ein zentrales Anliegen der Betriebskrankenkassen aufgegriffen, nämlich mehr Handlungsspielraum zu schaffen und die Apothekenstruktur langfristig zukunftsfähig auszurichten.

Zu § 20: Festlegung von Teilnotdiensten in Randzeiten

Die Einführung einer Vergütung für Teilnotdienste in den Abendstunden wird grundsätzlich begrüßt. Sie kann Apotheken in ländlichen Regionen entlasten, die aufgrund geringerer Apothekendichte überdurchschnittlich häufig Vollnotdienste leisten müssen. Eine differenzierte Vergütung, die den realen Einsatz abbildet, trägt zu einer ausgewogenen Belastung bei und fördert die Sicherstellung eines flächendeckenden Notdienstangebots.

Zu § 21 Absatz 2 Nummer 1c, 1d und 1e: Ergänzung um Telepharmazie

Die vorgesehene Einbindung telepharmazeutischer Leistungen durch interaktive Videoberatung wird begrüßt. Sie ermöglicht eine bessere Erreichbarkeit pharmazeutischer Expertise, insbesondere in Filialverbünden und Regionen mit eingeschränkter Versorgung. Davon können auch Menschen profitieren, die in ihrer Mobilität eingeschränkt

sind. Die Ausweitung digitaler Angebote trägt dazu bei, die Versorgung sicher und patientenorientiert weiterzuentwickeln und bestehende Versorgungsengpässe abzufedern.

Artikel 3: Änderung der Apothekenbetriebsordnung

Zu § 1a: Definition der pharmazeutischen Dienstleistung als pharmazeutische Tätigkeit

Es ist verständlich, dass der Gesetzgeber neue Leistungen wie Präventionsberatungen als pharmazeutische Tätigkeiten einordnet, da sie unter dem Begriff pharmazeutische Dienstleistungen gefasst werden. Dennoch erscheint eine begriffliche Scharfschärfung sinnvoll. Nicht alle dieser Leistungen entsprechen dem traditionellen pharmazeutischen Kernauftrag. Sollte an der Erweiterung der Leistungsinhalte festgehalten werden, ist eine neutralere Bezeichnung wie Dienstleistungen von Apotheken vorzugswürdig.

Zu § 2 Absatz 6: PTA als Vertretung für 20 Tage

Die vorgesehene Möglichkeit, dass PTA eine Apothekenleitung zeitlich begrenzt vertreten können, ist ein Schritt in die richtige Richtung. Gerade in ländlichen Regionen kann diese Regelung helfen, kurzfristige Ausfälle zu überbrücken und die Versorgung aufrechtzuerhalten. Um Versorgungslücken jedoch dauerhaft zu vermeiden, braucht es weitergehende qualifikationsgebundene Vertretungsmodelle, die durch telepharmazeutische Supervision und klare Qualitätsstandards begleitet werden. Eine kluge Erweiterung der Verantwortlichkeiten kann dazu beitragen, dem Fachkräftemangel wirksam zu begegnen und die wohnortnahe Arzneimittelversorgung zu stabilisieren.

Artikel 6: Änderung des Arzneimittelgesetzes

Zu § 48a: Abgabe von bestimmten verschreibungspflichtigen Arzneimitteln durch Apotheker zur Anschlussversorgung

Die geplante Möglichkeit zur ausnahmsweisen Abgabe bestimmter verschreibungspflichtiger Arzneimittel durch Apotheker ohne ärztliche Verordnung wird aus Sicht der Betriebskrankenkassen abgelehnt. Für stabil eingestellte Patientinnen und Patienten

besteht bereits mit dem elektronischen Rezept die Möglichkeit der Mehrfachverordnung, so dass eine durchgehende Versorgung sichergestellt werden kann. Eine zusätzliche Abgabe ohne ärztliche Rücksprache birgt Risiken für die Therapiesicherheit, da ärztliche Beurteilungen umgangen werden können. Zudem besteht Missbrauchsgefahr, auch wenn Arzneimittel mit Abhängigkeitspotenzial ausgenommen sind. Selbst wenn die Abgabe als Selbstzahlerleistung erfolgt, wäre mit Anträgen auf Kostenerstattung bei den Krankenkassen zu rechnen, was Mehraufwand erzeugt und zu Konflikten in der Versichertenkommunikation führen kann. Die Regelung ist daher nicht notwendig und nicht zielführend.

Zu § 48b: Abgabe von bestimmten verschreibungspflichtigen Arzneimitteln durch Apotheker zur Versorgung bei bestimmten Erkrankungen

Die vorgesehene Abgabe bestimmter verschreibungspflichtiger Arzneimittel durch Apotheken ohne ärztliche Verordnung klingt auf den ersten Blick attraktiv, enthält jedoch erhebliche Risiken in der praktischen Umsetzung. Sowohl die Indikationen als auch die Wirkstoffe müssen klar definiert werden. Aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung sollte der Gemeinsame Bundesausschuss als Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung über die Voraussetzungen entscheiden, nicht allein das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. Für unkomplizierte Erkrankungen wie eine allergische Bindegautentzündung oder eine einfache Harnwegsinfektion bei erwachsenen Frauen könnte eine Abgabe denkbar sein, vorausgesetzt, es werden standardisierte Anamnesewerkzeuge genutzt und eindeutige Kriterien für eine ärztliche Vorstellung vorgegeben. Dabei müssen Haftungsfragen eindeutig geregelt sein und die Dokumentation zwingend in der elektronischen Patientenakte erfolgen. Trotz Selbstzahlerleistung wäre mit Erstattungsanträgen und damit verbundenem Verwaltungsaufwand zu rechnen. Insgesamt erscheint die Regelung nicht ausreichend durchdacht und birgt Risiken für Therapiesicherheit und Wirtschaftlichkeit.

III. DETAILKOMMENTIERUNG

Referentenentwurf zur zweiten Verordnung zur Änderung der Apothekenbetriebsordnung und der Arzneimittelpreisverordnung

Artikel 1: Änderung der Apothekenbetriebsordnung

Zu § 1a Absatz 19 und 20: Definition Filialverbund und Telepharmazie

Die Einführung der Begriffe Telepharmazie und Filialverbund wird grundsätzlich begrüßt, da sie regulatorische Klarheit schaffen und moderne Betriebsstrukturen unterstützen. Durch die Möglichkeit, bestimmte Tätigkeiten innerhalb eines Filialverbundes zentralisiert zu erbringen, kann der Apothekenbetrieb wirtschaftlicher organisiert werden. Dies kann insbesondere in ländlichen Regionen zur Stabilisierung der Versorgung beitragen und die Attraktivität des Berufsstandes erhöhen. Wichtig ist, dass die Qualität der Versorgung jederzeit gesichert ist und der persönliche Zugang der Patientinnen und Patienten zur pharmazeutischen Beratung erhalten bleibt.

Zu § 4; § 17 Absatz 4: Erleichterung für Labor und Herstellung

Die vorgesehenen Erleichterungen bei Labor und Herstellung werden ausdrücklich begrüßt. Es ist sinnvoll, dass nicht mehr jede Apotheke über ein eigenes Labor oder vollständige Herstellungsmöglichkeiten verfügen muss, sofern diese Leistungen innerhalb eines Filialverbundes sichergestellt werden. Eine zentrale Organisation von Rezeptur und Defektur kann Ressourcen schonen, Prozesse standardisieren und dem Fachkräftemangel entgegenwirken. Diese Flexibilisierung stärkt insbesondere Apotheken in ländlichen Regionen und trägt dazu bei, eine flächendeckende Versorgung wirtschaftlich zu sichern.

Zu § 2 Absatz 5 Satz 2: Vertretung bis 3 Monate

Die geplante Aufhebung der Fristbegrenzung für die Vertretung der Apothekenleitung, wenn zwei verantwortliche Apothekerinnen oder Apotheker benannt sind, wird begrüßt. Diese Regelung ermöglicht die bessere Einbindung von Teilzeitkräften in Leistungsfunktionen und kann dazu beitragen, den Fachkräftemangel abzufedern und die

Versorgung insbesondere in ländlichen Regionen zu sichern. Sinnvoll ist darüber hinaus, diese erweiterte Leitungsstruktur mit der neuen PTA-Vertretungsmöglichkeit zu verknüpfen. Eine kombinierte Nutzung von Doppelspitze und qualifizierter PTA-Vertretung erhöht die Flexibilität im Personalmanagement und unterstützt eine stabile wohnortnahe Versorgung.

Zu § 17 Absatz 1b Satz 1 Nummer: Automatisierte Ausgabestationen

Die geplante Abgabe von Arzneimitteln über automatisierte Ausgabestationen in Verbindung mit einer vorherigen telepharmazeutischen Beratung wird begrüßt. Dieses Modell kann die Versorgung flexibilisieren und den Zugang zu notwendigen Arzneimitteln erleichtern, insbesondere außerhalb der regulären Öffnungszeiten oder in Regionen mit geringerer Apothekendichte. Entscheidend ist, dass die pharmazeutische Beratung gesichert bleibt und klare Anforderungen an Dokumentation, Datenschutz und Arzneimittelsicherheit festgelegt werden, damit der persönliche Schutz der Versicherten jederzeit gewährleistet ist.

Artikel 2: Änderung der Arzneimittelpreisverordnung

Zu § 2 Absatz 1 Satz 4 (neu): Skonti der Großhandlungen an die Apotheken

Die Regelung zur Behandlung von Skonti betrifft ausschließlich die Geschäftsbeziehung zwischen Großhandel und Apotheken und hat daher keine unmittelbare Relevanz für die gesetzliche Krankenversicherung. Kritisch zu sehen ist jedoch das Risiko, dass Großhandlungen infolge der Anpassung ihre Marge sichern wollen und daraufhin eine Erhöhung der Großhandelsvergütung fordern. Einer solchen Forderung wäre entschieden entgegenzutreten, da sie ohne Mehrwert für die Versorgung zu steigenden Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung führen würde.

Zu § 3 Absatz 1: Zuschlagsentfall für pharmazeutische Dienstleistungen je Arzneimittelpackung

Die Anpassung der Apothekenvergütung und der Wegfall des Zuschlags für pharmazeutische Dienstleistungen werden aus Sicht der Betriebskrankenkassen grundsätzlich begrüßt. Damit wird die Fondskonstruktion aufgegeben, die sich als systemfremd erwiesen hat und zu erheblichen Mitteln führte, die nicht für die Versorgung genutzt wurden. Angesichts der angespannten Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung ist es erforderlich, die derzeit im Fonds liegenden und nicht abgerufenen Gelder inklusive

der Zinsen kurzfristig an die Krankenkassen auszuzahlen. Eine transparente bilaterale Abrechnung der pharmazeutischen Dienstleistungen zwischen Apotheken und Krankenkassen kann wie bei anderen Leistungen regulär erfolgen und ermöglicht den zielgerichteten Einsatz der Finanzmittel für die Versorgung der Versicherten.

Zu § 3 Absatz 1b (neu): Erhöhung des Nacht- und Notdienstzuschlags

Die Erhöhung des Nacht- und Notdienstzuschlags von 21 Cent auf 41 Cent je Arzneimittelpackung wird grundsätzlich als sachgerecht bewertet. Apotheken in Regionen mit geringer Apothekendichte tragen eine deutlich höhere Last bei der Sicherstellung der Notdienste, oftmals bei geringerer Nachfrage. Die Anpassung der Vergütung kann dazu beitragen, diese Belastung besser auszugleichen und die Versorgung außerhalb regulärer Öffnungszeiten zu stabilisieren. Zudem werden künftig auch Teilnotdienste berücksichtigt, was eine differenziertere und zielgerichtete Unterstützung der Apotheken ermöglicht.

Zu § Absatz 3, Satz 2 (neu): Abrechnung der Packungsgröße, die der tatsächlich abgegebenen Menge entspricht

Die vorgesehene Klarstellung zur Abrechnung bei Teilmengenabgaben wird grundsätzlich begrüßt. Wenn die Apotheke eine kleinere, verschriebene Menge aus einer größeren Packung abgibt, soll nur die der Verschreibung entsprechende Packung berechnet werden. Dies schafft Transparenz und verhindert überhöhte Abrechnungen. Gleichzeitig muss sichergestellt werden, dass es hierbei nicht zu Problemen bei Herstellerabschlägen, Rabattverträgen oder der Chargendokumentation kommt. Die praktische Umsetzung sollte daher präzise geregelt und eng begleitet werden, um Fehlanreize und Abrechnungsrisiken auszuschließen.

Zu § 3a: Vergütungsverhandlungen

Besonders problematisch ist, dass eine Schiedsperson im Konfliktfall lediglich eine Empfehlung an das Bundesministerium für Gesundheit abgeben soll. Dies unterläuft das Prinzip einer souveränen paritätischen Selbstverwaltung und schafft zusätzliche Verfahrenskomplexität ohne verbindliche Entscheidungen. Die Festsetzung der Vergütung muss zwischen den Vertragspartnern verbindlich erfolgen und im Konfliktfall durch ein Schiedsamt abschließend entschieden werden. Eine Ersatzvornahme durch das Bundesministerium darf lediglich als ultima ratio gelten, falls trotz Schiedsverfahren keine Einigung erzielt wird.

Zu § 5 Absatz 2: Abrechnung von Stoffen in Rezepturen

Die vorgesehene Klarstellung zur Abrechnung von Stoffen und Fertigarzneimitteln in Rezepturen ist aus Sicht der Betriebskrankenkassen ausdrücklich zu begrüßen. Die anteilige Berechnung nach dem tatsächlichen Wareneinsatz schafft Transparenz und verhindert eine überhöhte Abrechnung ganzer Packungen, die nur teilweise verwendet werden. Damit wird eine wirtschaftlich nachvollziehbare Preisbildung für Rezepturarzneimittel erreicht und die Grundlage für eine rechtssichere Umsetzung der Arzneimittelpreisverordnung verbessert.

IV. ERGÄNZENDER ÄNDERUNGSBEDARF

Mehr Transparenz im Apothekenmarkt

Aus Sicht der Betriebskrankenkassen ist eine deutliche Verbesserung der Transparenz im Apothekenmarkt erforderlich. Versicherte und Krankenkassen müssen nachvollziehen können, welche Apotheken welche pharmazeutischen Dienstleistungen anbieten. Diese Informationen sollten verpflichtend und bundesweit einheitlich im Apothekenverzeichnis hinterlegt werden. Ebenso ist eine klare Darstellung der regionalen Versorgungsstrukturen notwendig, um Versorgungslücken besser erkennen und gegensteuern zu können. Zudem müssen deutsche Versandapotheken eindeutig in der Abrechnung identifizierbar sein. Die Einführung eines eigenen Institutskennzeichens für Versandapotheken ist daher ein wichtiger Schritt für eine vollumfängliche und transparente Bewertung des Versorgungsgeschehens in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Auflösen des Fonds für pharmazeutischen Dienstleistungen

Die Auflösung des Fonds für pharmazeutische Dienstleistungen und die Rückkehr zur Einzelabrechnung wird ausdrücklich begrüßt. Die Inanspruchnahme der bestehenden Leistungen liegt weit unter den Erwartungen, während mittlerweile rund 550 Mio. Euro inklusive Zinserträge ungenutzt im Fonds gebunden sind. Diese Mittel stammen aus den Beiträgen der Versichertengemeinschaft und sollten daher unmittelbar zur Stabilisierung der Versorgung eingesetzt werden. Die Fondskonstruktion ist systemfremd und führt zu zusätzlichem Verwaltungsaufwand, ohne einen erkennbaren Mehrwert zu schaffen. Eine direkte Abrechnung der pharmazeutischen Dienstleistungen zwischen

Apotheken und Krankenkassen über bestehende Abrechnungswege ist wirtschaftlicher, transparenter und entlastet das System

Der prozentuale Aufschlag des Arzneimittelpreises i.H.v. 3% ist zu deckeln

Der prozentuale Aufschlag von drei Prozent auf den Apothekeneinkaufspreis sollte aus Sicht der Betriebskrankenkassen gedeckelt werden. Der Aufwand in Apotheken steigt mit dem Preis eines Arzneimittels nicht proportional an, weshalb die derzeitige Regelung bei hochpreisigen Arzneimitteln zu unangemessenen Vergütungsüberhängen führt. Die Preise neuer Arzneimittel haben sich in den vergangenen Jahren dynamisch entwickelt. So lag der durchschnittliche Packungspreis neu eingeführter Arzneimittel laut WIdO (AOK) im Januar 2012 bei rund 1600 Euro, im Januar 2024 jedoch bereits bei über 61000 Euro. Eine Deckelung des prozentualen Aufschlags würde zu einer sachgerechteren Vergütung führen und helfen, die finanzielle Belastung der gesetzlichen Krankenversicherung zu begrenzen.

Änderung des Herstellerabschlags für Impfstoffe

Zur Stärkung der Wirtschaftlichkeit in der Impfstoffversorgung sprechen sich die Betriebskrankenkassen für die Einführung eines einheitlichen Herstellerrabatts in Höhe von sieben Prozent für alle Impfstoffe aus. Darüber hinaus sollte das Preismoratorium nach Paragraph 130a Absatz 3a SGB V angewendet werden, einschließlich einer Festschreibung des Preisstandes auf einen Zeitpunkt vor einem Gesetzentwurf. Dies ist auch auf neu eingeführte Impfstoffe mit gleichem oder ähnlichem Wirkprinzip auszuweiten, um Umgehungsstrategien zu verhindern. Ziel ist es, überzogene Preisentwicklungen einzudämmen und Pseudoinnovationen ohne zusätzlichen Nutzen für die Versicherten zu vermeiden.

Großhandlungen

Eine schnelle und zuverlässige Arzneimittelversorgung ist ein zentrales Anliegen der gesetzlichen Krankenversicherung. In den vergangenen Jahren ist jedoch zu beobachten, dass pharmazeutische Unternehmen zunehmend direkt an Apotheken liefern und damit die etablierte Versorgungslogistik über den vollsortierten Großhandel schwächen. Der Großhandel stellt durch seine flächendeckende Struktur, regelmäßige Lieferzyklen und umfangreiche Lagerhaltung sicher, dass Arzneimittel auch kurzfristig und in Notfallsituationen verfügbar sind. Er dient als Puffer gegen Nachfrageschwankungen und erhöht durch dezentrale Lagerbestände die Ausfallsicherheit der Versorgung. Die Betriebskrankenkassen fordern daher, dass verschreibungspflichtige Arzneimittel

grundsätzlich über den vollsortierten Großhandel geliefert werden müssen. Direktbelieferungen sollten nur in klar definierten Ausnahmefällen möglich sein, etwa bei besonderen Sicherheitsanforderungen, individualisierten Arzneimitteln oder nachweislichen Engpässen im Großhandel. Andernfalls drohen zeitliche Verzögerungen, erhöhte Prozesskosten und Risiken für die rechtzeitige Versorgung der Versicherten.

Botendienste

Mit dem eRezept können Apotheken Botendienste noch leichter und direkt über digitale Anwendungen anbieten. In der Praxis handelt es sich jedoch überwiegend um reine Serviceleistungen, die aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung nicht zu finanzieren sind. Jährlich fallen rund 25 Millionen Botendienste an, die Kosten von etwa 75 Millionen Euro verursachen und der GKV keinerlei medizinischen Mehrwert bieten. Zudem können Apotheken durch vermehrte Botenzustellung ihre eigenen Lagerkosten senken, während die Versichertengemeinschaft die entstehenden Zusatzkosten trägt. Botendienste müssen daher die Ausnahme bleiben und sollten nur in begründeten medizinischen Notfallsituationen zum Einsatz kommen, die von Ärzten im Rahmen der Verordnung entsprechend festgelegt werden.

Absenkung der Mehrwertsteuer bei Arzneimitteln von 19% auf 7%

Die Betriebskrankenkassen fordern die Absenkung des Mehrwertsteuersatzes auf Arzneimittel von 19 auf 7 Prozent. Arzneimittel sind notwendige Produkte der Gesundheitsversorgung und keine Luxusgüter. Eine steuerliche Entlastung wäre daher sachgerecht und sozialpolitisch geboten. Durch die Senkung des Steuersatzes könnte die gesetzliche Krankenversicherung jährlich um rund vier Milliarden Euro entlastet werden, was direkt zur Stabilisierung der Beitragssätze beitrüge und damit die Versichertengemeinschaft spürbar entlastet.

Erhöhung des Herstellerabschlags bei Fertigarzneimitteln

Die Betriebskrankenkassen setzen sich für eine dauerhafte Erhöhung des Herstellerabschlags für erstattungsfähige Fertigarzneimittel ein. Die befristete Anhebung des Abschlags im Jahr 2023 hat gezeigt, dass die pharmazeutische Industrie einen spürbaren Beitrag zur finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung leisten kann. Allein durch die Erhöhung von sieben auf zwölf Prozent wurden Einsparungen in Höhe von rund 1,4 Milliarden Euro erzielt. Eine Verfestigung dieses Beitrags ist notwendig, um die Beitragszahlenden langfristig zu entlasten und steigenden Arzneimittelausgaben wirksam zu begegnen.

Erhöhung des Apothekenabschlags

Die Betriebskrankenkassen sprechen sich für eine dauerhafte Erhöhung des Apothekenabschlags aus, um die Beitragssatzstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung zu unterstützen. Die Anhebung des Abschlags im Rahmen des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes auf 2 Euro je Packung hat gezeigt, dass ein verhältnismäßiger finanzieller Beitrag der Apotheken möglich ist und zu Einsparungen von jährlich rund 150 Millionen Euro führt. Die erneute Absenkung ab 2025 wird daher kritisch gesehen, da sie die Versichertengemeinschaft zusätzlich belastet. Eine Verstetigung des Abschlags ist aus Sicht der Betriebskrankenkassen ein notwendiger Schritt, um die Finanzierung der solidarischen Versorgung nachhaltig zu sichern.