

**Stellungnahme der
Medipolis Unternehmensgruppe sowie der Saale-Apotheke Jena,
Dr. Christian Wegner, e. K.**

zum

**Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der
Apothekenversorgung**
(Apothekenversorgung-Weiterentwicklungsgesetz – ApoVWG)

sowie zum

**Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit
Zweite Verordnung zur Änderung der Apothekenbetriebsordnung
und der Arzneimittelpreisverordnung**

Jena, den 07. November 2025

Seite 1/9

Sehr geehrte Damen und Herren,

sehr geehrter ,

Medipolis ist ein apothekenbasiertes ambulantes Versorgungsunternehmen mit dem Fokus auf krankenhauseretzende Schwerstkrankenversorgung mit Fertigarzneimitteln, Individualrezepturen und allen assoziierten Beratungsleistungen und Anwendungshilfen für Patienten. Da gerade die von uns versorgten Schwerstkranken - als besonders vulnerable Patientengruppe - vom geplanten ApoVWG in besonderer Weise betroffen sind und die berechtigten Anliegen dieser Patienten politisch oft nicht ausreichend vertreten werden, nehmen wir wie folgt Stellung.

Medipolis begrüßt grundsätzlich die Vorlage des Apothekenversorgungs-Weiterentwicklungsgesetzes (ApoVWG) als wichtigen und überfälligen Schritt hin zu einer modernen, patientenzentrierten Versorgung in unserem Gesundheitssystem. In Zeiten zunehmender Digitalisierung, demografischer Herausforderungen und steigender Anforderungen an die Arzneimittelversorgung sind Reformen nicht nur notwendig, sondern unvermeidbar, um die Apotheken als unverzichtbare Säule der Primärversorgung zukunftsfähig zu machen. Die vorliegenden Vorschläge enthalten hierzu viele gute und innovative Ansätze, wie etwa die Stärkung der digitalen Prozesse, die Förderung von Beratungsleistungen und die Ausweitung des Zugangs zu pharmazeutischen Dienstleistungen – Elemente, die wir nachdrücklich unterstützen und die das Potenzial haben, die Qualität der Patientenversorgung spürbar zu verbessern.

Gleichzeitig möchten wir in unserer Stellungnahme nicht nur die positiven Impulse hervorheben, sondern auch kritische Punkte konstruktiv ansprechen, die bei Änderung eine noch wirksamere Umsetzung des politischen Ziels der Reform ermöglichen würden. Besonders bedauern wir die ausbleibende Anhebung der Honorare, die angesichts des anhaltenden Kostendrucks durch Inflation, steigende Personal- und Energieausgaben sowie die wachsende Komplexität der Arzneimitteltherapien- und -versorgung eine unverzichtbare Voraussetzung für die finanzielle Nachhaltigkeit im Apothekenwesen darstellt. Ohne eine angemessene Honoraranpassung droht die Reform, ihre Ziele nur halbherzig zu erreichen und die wirtschaftliche Situation der Apotheken nicht angemessen zu stärken.

In den folgenden Abschnitten erläutern wir unsere aus den Erfahrungen der täglichen Versorgung abgeleiteten Positionen detailliert und unterbreiten konkrete Vorschläge zur Optimierung. Wir danken für die Gelegenheit zur Stellungnahme und freuen uns auf einen offenen Dialog.

Mit freundlichen Grüßen,

gez. Dr. Christian Wegner

Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Apothekenversorgung (Apothekenversorgung-Weiterentwicklungsgesetz – ApoVWG)

Zu Artikel 1 Änderung §129 SGB V

Die angedachte Erweiterung der Austauschmöglichkeiten und ein Verbot der Nullretaxation bei nicht sicherheitsrelevanten Fehlern begrüßen wir ausdrücklich. Dies ist nicht nur im Sinne des Abbaus bürokratischer Belastungen sinnvoll, sondern schafft die Möglichkeit die Versorgung auch bei Nichtverfügbarkeit rabattierter Arzneimittel zu sichern und wirkstoffgleiche Präparate abzugeben. Eine Befristung dieser Neuregelung ist aus unserer Sicht nicht notwendig und sollte im Sinne der Handlungsklarheit im Apothekenbetrieb entfallen.

Überdies erachten wir das zukünftige Verbot von Nullretaxationen bei nicht sicherheitsrelevanten Fehlern als überfällig und als einen erheblichen Beitrag zum Schutz der Apotheken vor existenzgefährdenden wirtschaftlichen Risiken.

Zu Artikel 1 Änderung § 129 Abs. 5c SGB V

Die hier vorgesehene Vereinheitlichung der Preisvereinbarungen und digitale Verfahren für Transparenz und Kontrolle sehen wir äußerst kritisch. Hier droht eine Verschärfung der schon heute ordnungspolitisch nicht zu rechtfertigenden Transparenz zu Ungunsten der herstellenden Betriebe und das nicht näher kodifizierte Verfahren in Alleinverantwortung des Spitzenverbandes der Krankenkassen (bei Ausweitung der Abfragehäufigkeit) kann - trotz elektronischer Abfrage - zu erheblichen bürokratischen Aufwendungen und Belastungen führen. Es wäre nicht ausgeschlossen, dass verlangt werden könnte, die tatsächlichen Einkaufspreise mit jeder Datenlieferung (Hashcode) zu jeder einzelnen Zubereitung zu übermitteln. Hier ist dringend eine jährliche Abfrage festzuschreiben und so für die herstellenden Unternehmen Planungssicherheit zu gewährleisten. Eine höhere Abfragehäufigkeit – mit den nachgängig zu erwartenden Preisanpassungen – gefährdet durch Preisdruck die schon heute problematische Versorgungslage bei Arzneimitteln, steigert die Abhängigkeit bspw. von China und Indien weiter und droht die Tendenz der reduzierten Markteintrittshäufigkeiten neuer Biosimilare weiter zu verschärfen. Seit Einführung der Austauschbarkeit von Biosimilars in parenteralen Zubereitungen durch die Apotheken ist kein einziges Biosimilar aus der betroffenen Gruppe mehr in den Markt gekommen, obwohl eine bedeutende Anzahl an Substanzen den Patentschutz bereits verloren hat (z. B. Cetuximab, Ipilimumab, Panitumumab u.a.). Hier sei auf die Ergebnisse der Studie von Pro Generika e.V. aus 10/2025 zu *„Strategischen Abhängigkeiten bei wichtigen Arzneimitteln von China. Wie verletzlich ist Europa?“* verwiesen (vgl. https://www.progenerika.de/wp-content/uploads/2025/10/Gutachten_Abhaengigkeiten-China_ProGenerika_final.pdf).

Grundsätzlich muss gelten, dass die Ergebnisse der Preisabfragen ebenfalls dem Deutschen Apothekerverband zur Verfügung gestellt werden, um die die Informationsstände der Verhandlungspartner zu synchronisieren und dem Prinzip der „gleichlangen Spieße“ zu

entsprechen. Falls das rechtlich aufgrund der unterschiedlichen Organisationsformen der Verhandlungspartner (GKV als Körperschaften vs. DAV als Verein) als nicht umsetzbar angesehen werden sollte, wäre dafür eine unabhängige Clearingstelle zu schaffen, die für die dringend notwendige Transparenz auf beiden Seiten sorgt.

Das Verfahren analog für die PKV anzuwenden, wird den besonderen Herausforderung in diesem Bereich nicht gerecht, da erhebliche Abrechnungsunterschiede und damit verbundene unternehmerische Ausfallrisiken resultieren, die aktuell durch eine andere Abrechnungssystematik teilweise kompensiert werden. Bei Anwendung dieser Regelungen, sind die Ausfallrisiken in diesem Bereich im Rahmenvertrag zu berücksichtigen.

Da zudem Verträge nach §130a Abs. 8c auf die im Vertrag nach §129 Abs. 5c (sog. Hilfstaxe) vereinbarten Preise referenzieren, würde die angedachte Regelung dazu führen, dass Verträge nach §130a Abs. 8c als Maßnahme gleicher Wirkung zur Rabatterlangung für die GKV zur Hilfstaxe zu unabwägbaren finanziellen Risiken für die ggf. teilnehmenden Unternehmen führen würden, wenn sich die Preise während der Laufzeit drastisch ändern sollten. Wenn also die angedachte Regelung in §129 Abs. 5c (neu) so umgesetzt werden soll, muss §130a Abs. 8c ersatzlos gestrichen werden.

Artikel 1 § 129 Abs. 5e SGB V

Die im Entwurf angedachte Erweiterung der pharmazeutischen Dienstleistungen um Prävention, Medikationsmanagement, Polymedikation, onkologische Betreuung etc. begrüßen wir. Allerdings reicht der Rahmen aus unserer Sicht nicht aus um den tatsächlichen Versorgungsbedarf abzubilden. Dies betrifft insbesondere die besonders aufwändige und durch die aktuelle Vergütung in keiner Weise refinanzierte Betreuung Schwerstkranker. Daher ist die Aufnahme weiterer Versorgungsanlässe gerade bei schwerstkranken Patienten, die gemäß dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ immer häufiger im ambulanten Setting versorgt werden, zwingend. Dies betrifft die Erweiterung beispielsweise um heimparenterale Therapien wie z.B. parenterale Schmerztherapie und die gezielte pharmazeutische Betreuung von Patienten unter Antitumorthérapien in Gänze. Da gerade schwerstkranke Patienten nicht nur oral, sondern häufig auch intravenös versorgt werden, ist das Wort „oral“ zu streichen.

Die Erbringung der pharmazeutischen Dienstleistungen muss - gerade bei der Versorgung schwerstkranker Patienten - durch telepharmazeutische Angebote möglich sein, da diese Patienten auf Spezialdienstleistungen angewiesen sind, die nicht von jeder Apotheke erbracht werden können. Hier muss zwingend eine entsprechende Ergänzung erfolgen, so dass diese Patientengruppe im ambulanten Setting versorgt werden und Krankenhauskosten vermieden werden können. Nur so kann erreicht werden, dass hochspezialisierte pDL wie aktuell in den Bereichen orale Tumorthérapie oder Zustand nach Organtransplantation von den wenigen dazu fähigen spezialisierten Apotheken flächendeckend angeboten werden können.

Wir begrüßen, dass die pharmazeutischen Dienstleistungen zukünftig im Rahmen des SGB V geregelt werden. Dies verhindert, dass dieser zentrale Versorgungsansatz durch Einzelverträge ausgehebelt werden können. Gleichwohl sehen wir zukünftige geänderte

Vergütung im Rahmen noch abzuschließender Verträge sehr kritisch, da nicht zu erwarten ist, dass auskömmliche Vergütungen erreicht werden können.

Überdies begrüßen wir den im Entwurf neu geregelten jährlichen Anspruch des Patienten auf ein „pharmazeutisches Medikationsmanagement bei komplexer oder neuverordneter Dauermedikation“. Es verbessert nachgewiesenermaßen die Adhärenz des Patienten und ist für den Therapieerfolg essenziell. Grundsätzlich begrüßen wir die vorgesehene Verordnungsmöglichkeit dieser Leistung, da diese die Vernetzung von Arzt und Apotheker stärkt. Die im Entwurf genannte Verpflichtung der Verordnung durch den Arzt ist nicht nachvollziehbar, da der Apotheker den Bedarf der Leistungserbringung bei Arzneimittelabgabe erkennt. Eine Verordnungspflicht seitens des Arztes schränkt die Leistungshäufigkeit nicht ein, da diese zulasten der GKV – wie im Entwurf vorgesehen – ohnehin nur einmal jährlich abgerechnet werden kann. Eine Verordnungspflicht durch den Arzt läuft gerade hier dem politischen Ziel der Aufwandsreduktion den in ärztlichen Praxen zuwider.

Artikel 1 § 132e SGB V

Dass Impfen zukünftig auch regelhaft für Totimpfstoffe in den Apotheken stattfinden kann, begrüßen wir ausdrücklich. Nicht nur, dass dadurch Arztpraxen entlastet werden, so können dadurch auch die Impfquoten durch niedrige Opportunitätskosten seitens der Patienten erhöht werden. Hier spielen die Apotheken den Vorteil des niedrighschwelligen Zugangs im Sinne einer besseren Versorgung voll aus. Die Vergütungshöhe dieser Leistung durch die Apotheke muss jedoch analog der ärztlichen Vergütung sein.

Artikel 1 § 346 SGB V

Die hier durch den Entwurf avisierte Integration pharmazeutischer Dienstleistungen, der Arzneimittelabgaben und Impfungen in die elektronische Patientenakte begrüßen wir ausdrücklich. Dies schafft die zwingend notwendige Transparenz aller an der Versorgung beteiligten Akteure.

Artikel 2 § 12a (3) ApoG

Die hier geplante Direktzuweisung von Rezepten in der Heimversorgung ist richtig. Sie dient dem Bürokratieabbau und stärkt die Effizienz in der Versorgung. Allerdings müssen auch die Ausnahmen vom Zuweisungsverbot im §11 (2) ApoG erweitert werden. Eine Ausweitung der Absprachemöglichkeiten würde die Zusammenarbeit im SAPV Bereich nach §37b SGB V und im Entlassmanagement nach §39 Abs 1a wesentlich verbessern und hätte auch positive Effekte bei der Versorgung mit parenteralen Zubereitungen zur Anwendung durch den Arzt insgesamt sowie außerhalb der Onkologie. Eine solche Regelung würde außerhalb der Versorgung mit applikationsfertigen Zytostatika und monoklonalen Antikörpern in der Onkologie dafür sorgen können, dass Behördenvorgaben zur sog. erlaubnisfreien Herstellung nach §13 Abs. 2b AMG durch Ärzte in der strukturierten Zusammenarbeit mit qualifizierten Apotheken umgesetzt werden können. Außerdem würden Haftungsrisiken für den Anwender durch unsachgemäße Handhabung der

entsprechenden Medikamente durch den Patienten (z. B. unsachgemäße Lagerung zu Hause, Nichteinhaltung der Kühlkette) ausgeschlossen werden können und Kosten seitens der Kassen gespart werden. Es müssten beispielsweise keine teuren onkologischen Zubereitungen verworfen werden, weil der Patient die Präparate zur Prämedikation vergessen hat. Zudem ließen sich Einsparungen erzielen, da die Abrechnungspreise nach Hilfstaxe für applikationsfertige Parenteralia oft niedriger sind als die entsprechenden Fertigarzneimittel (z. B. im Bereich Enzyersatztherapie).

Artikel 6 §§ 48a – 48b Arzneimittelgesetz (AMG)

Die hier angedachte Abgabe verschreibungspflichtiger Arzneimittel ohne ärztliches Rezept soll Versorgungslücken bei Anschluss- und Akuterkrankungen schließen. Dies begrüßen wir ausdrücklich, da hierdurch erhebliche Entlastungen für die Heilberufe und Patienten zu erwarten sind.

Gez. Dr. Christian Wegner

-Apotheker-

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit Zweite Verordnung zur Änderung der Apothekenbetriebsordnung und der Arzneimittelpreisverordnung

Artikel 1 § 1a Abs. 19-20 ApBetrO

Die Telepharmazie klar zu definieren und der Definition auch die Rahmenbedingungen entsprechende der Arbeitswirklichkeiten zu definieren begrüßen wir ausdrücklich, da gerade Mitarbeiter der Apotheke in der Arbeitsorganisation diese Tätigkeiten somit auch unabhängig der Apothekenräumlichkeiten und auch außerhalb der regulären Öffnungszeiten erbringen können.

Artikel 1 § 4 ApBetrO

Die hier durch den Verordnungsgeber geplanten Änderungen (beispielsweise Zentralisierung des Labors im Filialverbund) begrüßen wir ausdrücklich. Sie dienen dem Bürokratieabbau und reduzieren Anforderungen und Aufwendungen bei gleichzeitiger Sicherung der Versorgungs- und Leistungsqualität.

Artikel 1 § 5 ApBetrO

Wir begrüßen die Streichung durch den Verordnungsgeber und die Reduktion des Aufwandes für die Apotheken. Die Anpassung folgt den heutigen Standards der Informationsbeschaffung und -sicherung und verweist auf moderne Informationsquellen statt Pflichtwerke/Listen vor Ort.

Artikel 1 § 6 Abs. 3, §a ApBetrO

Wir begrüßen die avisierten Änderungen. Vor allem die Identitätsprüfung im Filialverbund verringert Aufwendungen und Doppelprüfungen. Dies führt zu effizienteren Filialstrukturen.

Artikel 1 § 17 ApBetrO

Die durch den Verordnungsgeber angedachten Änderungen sind grundsätzlich richtig. Die Vorgaben müssen allerdings entlang des gesamten Versorgungsweges und der Vertriebskette inklusive der letzten Meile – also auch für den Botendienst – gelten. Hier sollten die Vorgaben der GDP für die Lieferkette handlungsleitend sein.

Bei der Einführung neuer Standards durch den Verordnungsgeber muss auch die Praktikabilität Kriterium sein, damit zukünftig eine flächendeckende Versorgung u.a. von Schwerstkranken mit Spezialarzneimitteln gewährleistet werden kann. Die Verwendung zur

Temperatursicherung geeigneter und durch die Apotheke validierter Packmittel muss möglich sein und möglich bleiben.

Zudem sollte nicht alleinig das Transportunternehmen in die Pflicht genommen werden die adäquate Transportlösung abzusichern, sondern wie bisher auch die versendende Apotheke. Zudem ist bei Zugrundelegung des vorliegenden Regelungsvorschlag nur ein Transportunternehmen in Deutschland in der Lage die aktuelle Formulierung umzusetzen. Damit droht eine Monopolstellung dieses Unternehmens mit erwartbaren Preiserhöhungen und in der Folge eine Versorgungsgefährdung in bestimmten Versorgungsszenarien. Dies gilt insbesondere für die pharmazeutische Schwerstkrankenversorgung, die nicht flächendeckend durch Vor-Ort-Apotheken angeboten werden kann, sondern insbesondere im ländlichen Raum von Spezialapotheken via Versand abgesichert wird.

Artikel 1 § 23 ApBetrO (neu gefasst)

Wir begrüßen die Flexibilisierung der Öffnungszeiten der Apotheke durch den Betreiber. Dies stärkt die Eigenverantwortung der Inhaber und Betreiber.

Artikel 2 § 2 Abs. 1 S. 3 AMPreisV

Wir begrüßen die Wiederezulassung von handelsüblichen Skonti. Dies hat erhebliche wirtschaftliche Bedeutung für die Apotheken. Diese Regelung ist unbedingt zeitnah umzusetzen, ersetzt aber nicht die Verpflichtung des Staates für eine auskömmliche Vergütung der Apotheken zu sorgen

Artikel 2 § 3 Abs. 1 AMPreisV

Wir begrüßen grundsätzlich die durch den Verordnungsgeber angedachte Verhandlungslösung. Diese darf sich allerdings nur auf das Fixum selbst beziehen. Die Wirtschaftlichkeitskomponente in Höhe von 3% ist ordnungspolitisch die Entschädigung für die Sicherstellung der Medikamentenversorgung durch den Einsatz privaten Kapitals. Sollte diese in etwaigen Verhandlungen abgeschmolzen werden können, ist die schon heute kritische Versorgung mit hochpreisigen Arzneimitteln gefährdet, da Apotheken das Risiko des Erwerbs, der Lagerung und der Abgabe scheuen werden. Dies hätte zukünftig die Oligopolisierung der Versorgung via Versandapotheken in diesem Bereich zur Folge und widerspricht der flächendeckenden Versorgung und dem Kontrahierungszwang. Es ist daher zwingend festzuschreiben, dass sich das Verhandlungs- und Vorschlagsmandat für die maßgeblichen Spitzenorganisationen der Apotheken und der Krankenkassen ausschließlich auf die Vereinbarung des sog. Fixums bezieht.

Artikel 2 § 5 Abs. 2 AMPreisV

Die angedachte Regelung ist hochkritisch und gefährdet die Versorgung der Patienten mit Rezepturen gerade in der Fläche, da diese zukünftig nicht mehr wirtschaftlich zu erbringen sein werden. Die durch den Verordnungsgeber angedachte Finanzierung der für die Zubereitung eingesetzten Mengen an Stoffen kann nicht auskömmlich sein, da zur Nutzung des Wirkstoffes häufig weit größere Packungen und Gebinde zu öffnen sind, die verbleibende erhebliche Restmenge jedoch keine zeitnahe Verwendung der Restmenge gegeben ist. Der Kontrahierungszwang der Apotheken der sich aus den Regelungen nach §17 (4) ApBetrO, §1 und §11 (1) ApBetrO ergibt, wird dadurch konterkariert.