

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 24.02.2026

zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Apothekenversorgung (Apothekenversorgung-Weiterentwicklungsgesetz – ApoVWG), BT-Drs. 21/4048 und zum Referentenentwurf zur Zweiten Verordnung zur Änderung der Apothekenbetriebsordnung und der Arzneimittelpreisverordnung

Inhalt

I. VORBEMERKUNG	5
II. DETAILKOMMENTIERUNG	7
Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Apothekenversorgung – ApoVWG, BT-Drs. 21/4084	7
Artikel 1: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	7
Zu § 129 Absatz 4 Satz 7: Paritätische Stelle	7
Zu § 129 Absatz 4c: Erleichterte Abgaberegeln für Apotheken	7
Zu § 129 Absatz 5c: Preisbildung und Nachweispflichten für Zubereitungen aus Fertigarzneimitteln, insbesondere parenterale Zubereitungen	9
Zu § 129 Absatz 5d Satz 5 u. 6: Preisauskünfte auch für Cannabisversorgung	9
Zu § 129 Absatz 5e Sätze 2 bis 7: Pharmazeutische Dienstleistungen	10
Zu § 129 Absatz 5f Sätze 2 bis 7: Anlage 3 für Stoffe	11
Zu § 131 Absatz 4 Satz 3: Ausweitung der Übermittlungspflicht in das Preis- und Produktverzeichnis	11
Zu § 132e Absatz 1a: Schutzimpfungen:	12
Artikel 2: Änderung des Apothekengesetzes	12
Zu § 2: Aufteilung der Verantwortung für die Leitung einer Filialapotheke auf zwei Apothekerinnen oder Apotheker	12
Zu § 16: Leichtere Gründung von Zweigapotheken in versorgungsarmen Gebieten	12
Zu § 20: Festlegung von Teilnotdiensten in Randzeiten	13
Artikel 3: Änderung der Apothekenbetriebsordnung	13
Zu § 2 Absatz 6: PTA als Vertretung für 20 Tage	13

Artikel 6: Änderung des Arzneimittelgesetzes	14
Zu § 48a: Abgabe von bestimmten verschreibungspflichtigen Arzneimitteln durch Apotheker zur Anschlussversorgung	14
Zu § 48b: Abgabe von bestimmten verschreibungspflichtigen Arzneimitteln durch Apotheker	14
III. DETAILKOMMENTIERUNG	15
Referentenentwurf zur zweiten Verordnung zur Änderung der Apothekenbetriebsordnung und der Arzneimittelpreisverordnung	15
Artikel 2: Änderung der Arzneimittelpreisverordnung	15
Zu § 2 Absatz 1 Satz 4 (neu): Skonti der Großhandlungen an die Apotheken	15
Zu § 3 Absatz 1: Zuschlagsentfall für pharmazeutische Dienstleistungen je Arzneimittelpackung	15
Zu § 3 Absatz 1b (neu): Erhöhung des Nacht- und Notdienstzuschlags	16
Zu § 4 Absatz 2: Apothekenzuschläge für Stoffe	16
Zu § 5 Absatz 2: Apothekenzuschläge für Zubereitungen aus Stoffen	16
IV. ERGÄNZENDER ÄNDERUNGSBEDARF	17
Ergänzung um Telepharmazie	17
Mehr Transparenz im Apothekenmarkt	17
Auflösen des Fonds für pharmazeutischen Dienstleistungen	18
Unterstützung bei der elektronischen Patientenakte durch die Apotheken	18
Der prozentuale Aufschlag des Arzneimittelpreises i.H.v. 3% ist zu deckeln	18
Änderung des Herstellerabschlags für Impfstoffe	19
Großhandlungen	19
Botendienste	20

Absenkung der Mehrwertsteuer bei Arzneimitteln von 19% auf 7%	20
Erhöhung des Herstellerabschlags bei Fertigarzneimitteln	20
Erhöhung des Apothekenabschlags	20

I. VORBEMERKUNG

Die vorliegenden Entwürfe zur Weiterentwicklung der Apothekenversorgung, bestehend aus dem **Gesetzentwurf zur Weiterentwicklung der Apothekenversorgung sowie dem Entwurf der Zweiten Verordnung zur Änderung der Apothekenbetriebsordnung und der Arzneimittelpreisverordnung**, greifen wichtige Reformansätze auf, um die Sicherstellung der Arzneimittelversorgung vor dem Hintergrund veränderter Versorgungsbedarfe und zunehmender regionaler Versorgungsengpässe zu adressieren. Dabei wird zu Recht anerkannt, dass **bestehende Strukturen an ihre Grenzen stoßen und Anpassungen erforderlich sind**, um die flächendeckende Versorgung auch künftig zu gewährleisten.

Positiv hervorzuheben sind die im Gesetzentwurf und in der Änderungsverordnung vorgesehenen Maßnahmen zur **Flexibilisierung der Apothekenorganisation**. Insbesondere die Möglichkeit, die **Leitung einer Filialapotheke auf zwei Apothekerinnen oder Apotheker** aufzuteilen, wird ausdrücklich begrüßt. Diese Regelung eröffnet zusätzliche Spielräume in der Personalorganisation und ermöglicht moderne Arbeitsmodelle wie **Teilzeit oder Tandemlösungen**. Gerade vor dem Hintergrund des anhaltenden **Fachkräftemangels** kann eine geteilte Leitung dazu beitragen, qualifiziertes Personal im System zu halten und die Versorgungskontinuität insbesondere in ländlichen Regionen zu sichern. Ergänzt wird dieser Ansatz sinnvoll durch eine erweiterte **Verantwortungsübernahme qualifizierter PTA**, die ebenfalls einen wichtigen Beitrag zur Stabilisierung der wohnortnahen Versorgung leisten können.

Auch die erleichterte **Gründung von Zweigapotheken** sowie eine stärker an der regionalen Belastung ausgerichtete **Vergütung von Teilnotdiensten** können dazu beitragen, bestehende Versorgungslücken zu schließen und die Vor-Ort-Versorgung zu stärken. Diese organisatorischen Flexibilisierungen sind geeignet, die Attraktivität des Apothekenbetriebs zu erhöhen und zeitgemäße Arbeitsstrukturen zu fördern.

Der **Ausbau von pharmazeutischen Dienstleistungen in Apotheken** wird **grundsätzlich unterstützt, sofern diese evidenzbasiert ausgestaltet** sind und sinnvoll in bestehende Versorgungsstrukturen eingebettet werden. Zwingend erforderlich sind dabei eine **klare Aufgabenabgrenzung zwischen Apotheken und Arztpraxen** sowie der konsequente **Ausschluss von Doppeluntersuchungen und Doppelfinanzierungen**. Neue Leistungen müssen einen nachweisbaren **Nutzen für die Versicherten erbringen** und dürfen nicht zu zusätzlichen Schnittstellenproblemen oder ineffizienten Parallelstrukturen führen. In

diesem Zusammenhang wären die ungenutzten Gelder aus dem Fonds i. H. v. 550 Mio. Euro aufzulösen und an die Krankenkassen auszuzahlen. Diese Mittel stammen aus den Beiträgen der Versicherungsgemeinschaft und sollten daher unmittelbar für die Versorgung eingesetzt werden. Ergänzend ist auch die **Integration von Telepharmazie** wieder einzuführen. Sie war im Referentenentwurf vorgesehen, im Gesetzentwurf allerdings wieder gestrichen. Telepharmazie wäre ein konsequenter Schritt, um die Versorgung zeitgemäß weiterzuentwickeln und insbesondere strukturschwache Regionen besser zu unterstützen.

Kritisch zu bewerten sind hingegen die im Gesetzentwurf vorgesehenen weiteren **Erleichterungen bei der Abgabe und dem Austausch von Arzneimitteln sowie die geplante Ausweitung der Regelungen zu Nullretaxationen**. Diese Maßnahmen würden **zentrale wirtschaftliche Steuerungsinstrumente der gesetzlichen Krankenversicherung untergraben**, die bewährte **Rabattvertragslogik schwächen** und **erhebliche Mehrkosten zulasten der Beitragszahlenden** verursachen. Bereits heute bestehen ausreichend flexible Regelungen, um eine bedarfsgerechte Versorgung in Ausnahmesituationen sicherzustellen. Rabattverträge sind zudem mit klaren Bevorratungspflichten der Hersteller verknüpft und dienen gerade der Stabilisierung der Versorgung. Werden die wirtschaftlichen Vorgaben weiter aufgeweicht, verliert dieses Instrument seine **Steuerswirkung**. Weitere Ausnahmen ohne zwingende versorgungspolitische Notwendigkeit werden daher abgelehnt. Sollte der Gesetzgeber an dem Vorhaben festhalten, ist zwingend die sogenannte Lieferengpasspauschale zu streichen.

II. DETAILKOMMENTIERUNG

Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Apothekenversorgung – ApoVWG, BT-Drs. 21/4084

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 Versandapotheken 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. Es werden kostspielige Klageverfahren geführt, 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. Es ist angedacht, dass die Apotheke zunächst das Rabattarzneimittel bestellen muss, wenn es nicht in der Apotheke vorhanden ist. Gelingt dieses nicht, darf die Apotheke jedes in der Apotheke vorrätige Arzneimittel abgeben, ohne das Wirtschaftlichkeitsgebot aus dem Rahmenvertrag nach § 129 SGB V zu beachten. Aufgrund dieser Regelung wird sich das Abgabeverhalten nachhaltig ändern. Es gäbe für die Apotheken keinen Grund mehr, verschiedene Arzneimittel eines Wirkstoffs auf Lager zu nehmen. Im Gegenteil, an teuren Produkten verdienen sie durch den (ungedeckelten) 3-prozentigen Aufschlag mehr Geld und haben keine Sanktionen zu befürchten.

Bereits heute bestehen ausreichende Regelungen, die Apotheken eine flexible Versorgung bei Lieferengpässen und notwendigen Medikationsanpassungen ermöglichen. Mit dem Lieferengpassgesetz (ALBVVG) wurde zudem eine verpflichtende Bevorratung von Rabattvertragsarzneimitteln für sechs Monate eingeführt, so dass Apotheken diese jederzeit über den vollversorgenden Großhandel beziehen können. Die Regelung wäre dann entbehrlich, wenn eine ergänzende Verpflichtung zur besseren Bevorratung auch bei Großhändlern und Apotheken vorgesehen werden würde.

Die angedachte Regelung hat ihren Ursprung in der Corona-Zeit. Aufgrund der zwingend erforderlichen Reduktion von Kontakten, war damals die Flexibilisierung in den Apotheken nachvollziehbar. Diese Flexibilisierung war aber auch ganz klar auf den Zeitraum der besonderen Situation und der erforderlichen Gefahrenabwehr befristet. Auch die Lieferengpässe rechtfertigen einen derartigen Eingriff nicht. Diese sind laut BfArM stark zurückgegangen. Die Versorgung ist stabil.

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.

Sollte der Gesetzgeber an der Maßnahme festhalten, ist zwingend die sogenannte Lieferengpasspauschale zu streichen. Sie sollte einen Mehraufwand vergüten, der in Gänze entfällt. Nach § 3 Abs 1a AMPPreisV darf die Apotheke im Fall eines Austauschs eines Arzneimittels einen Zuschlag in Höhe von 50 Cent zuzüglich Umsatzsteuer erheben. Ferner muss die Regelung evaluiert werden. Es ist allerdings fraglich, ob die sich ergebenden Änderungen bereits zum Zeitpunkt der Evaluation oder erst im späteren Verlauf, nach endgültiger Freigabe, zeigen werden.

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 vorsehen. 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 Paragraph 129 Abs.

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.

Aufgrund der Unklarheit in der Formulierung wird es bei den Verhandlungen zum Rahmenvertrag nach § 129 Abs. 2 SGB V weiterhin zu Konflikten der Definition der geringfügigen Fehler kommen. Der Gesetzgeber nennt in der Begründung das Fehlen der Chargenbezeichnung als Beispiel. Die Chargenbezeichnung ist aus GKV-Sicht jedoch relevant für die Arzneimitteltherapiesicherheit und die versicherte Person hat einen Anspruch auf Erfassung in der elektronischen Patientenakte (ePA). Daher handelt es sich gerade nicht um einen geringfügigen Fehler.

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 zeitnah 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. Entscheidend ist die Schaffung konsistenter, patientenorientierter Vorsorgepfade, die einen echten Mehrwert für die Versicherten bieten. Die Ausgestaltung darf nicht zu Lasten bestehender Qualifikationsprofile oder anderer Gesundheitsberufe gehen.

Der Gesetzgeber sieht ein ärztlich verordnetes Medikationsmanagement bei komplexer oder neu verordneter Dauermedikation vor. In UK wird unter dem Begriff „New Medicines Services“ die Adhärenz gestärkt und Patientinnen und Patienten engmaschig betreut (auch durch Telepharmazie), um Therapietreue bei Nebenwirkungen zu verbessern. Dieser Ansatz ist zu begrüßen. Neu ist auch die korrekte Anwendung von Autoinjektoren, die als Dienstleistung mitgetragen werden kann.

Allerdings sollte die Festsetzung von neuen Leistungsinhalten Aufgabe der Selbstverwaltung sein und nicht des Gesetzgebers.

Die weiteren Regelungen zu neuen pharmazeutischen Dienstleistungen sind allerdings zu weit gefasst. Maßnahmen zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit gehören zum Kernauftrag der Apotheken und rechtfertigen keine gesonderte Vergütung. Außerdem ist das isolierte Blutdruckmessen in der Apotheke von der Auflistung zu streichen. Es gibt keinerlei Evidenz, dass das einmalige Blutdruckmessen pro Jahr durch eine Apotheke eine Versorgungsverbesserung erreicht. Besser wäre es, bei komplexeren pharmazeutischen Dienstleistungen die Blutdruckmessung zu integrieren, sofern es wissenschaftliche Belege für eine sinnvolle Ergänzung anderer pharmazeutischer Dienstleistungen gibt.

Präventions- und Früherkennungsberatungen sind grundsätzlich sinnvoll, sollten jedoch ohne zusätzliche Honorierung erfolgen. Präventionsberatungen in Apotheken sollten eng mit bestehenden Präventionsleistungen verknüpft werden. Apotheken könnten Präventionsempfehlungen nach § 20 Abs. 5 SGB V (Muster 36) ausstellen, 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. Für diese Aufgaben ist eine gezielte Schulung des Apothekenpersonals erforderlich, um Doppelstrukturen etwa mit Ernährungs- oder Präventionsberufen zu vermeiden.

Neue Leistungsinhalte sollten verbindlich durch die Selbstverwaltung bestimmt werden, nicht einseitig durch die Bundesapothekerkammer, da mit der Definition auch die Vergütungshöhe gekoppelt ist.

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 in welcher Apotheke angeboten werden.

Zu § 129 Absatz 5f Sätze 2 bis 7: Anlage 3 für Stoffe

Die Anlage 3 zu § 129 Absatz 5f SGB V listet diejenigen Stoffe anhand ihrer Bezeichnung und ihrer Pharmazentralnummer auf, für die Apothekeneinkaufspreise vereinbaren sollen. Es ist grundsätzlich zu begrüßen, dass Preise für häufig eingesetzte Stoffe zu vereinbaren sind. Die Liste gilt es jedoch zu aktualisieren.

Besonders wichtig ist eine anteilige Abrechnung von Stoffen in Rezepturen. Anderenfalls kommt es zu mehrfachen Abrechnungen von einmalig eingekaufter Ware bei einer Vielzahl von Krankenkassen. Vor dem Hintergrund des BSG Urteils BSG B 3 KR 4/24 R wäre ein rückwirkender Geltungsbeginn zum 01.01.2026 empfehlenswert.

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 Gefäße 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 niederschweligen 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 gesetzlichen Änderung. Eine enge Abstimmung mit den Ärzten bleibt notwendig, um Impfpraxis und Dokumentation koordiniert und im Sinne einer guten Versorgung auszurichten. Eine Dokumentation in der ePA ist notwendig.

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 Leitungsstrukturen 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 § 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 ausgewogeneren Belastung bei und fördert die Sicherstellung eines flächendeckenden Notdienstangebots.

Artikel 3: Änderung der Apothekenbetriebsordnung

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. Die im aktuellen Entwurf vorgesehenen engen Voraussetzungen und Genehmigungspflichten lassen jedoch zweifeln, ob das Instrument in der Praxis überhaupt wirksam zur Anwendung kommt. Es besteht die Gefahr, dass die Regelung im bürokratischen Verfahren untergeht und damit weder einen echten Anreiz schafft noch zur Versorgungssicherung beiträgt. Auch sollte begrifflich die als Voraussetzung formulierte „Erfahrung“ definiert werden. Um Versorgungslücken 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 in der kleinsten Abpackung durch Apotheker ohne ärztliche Verordnung wird aus Sicht der Betriebskrankenkassen kritisch gesehen. Die Regelung ist nicht notwendig. Für stabil eingestellte Patientinnen und Patienten besteht bereits mit dem elektronischen Rezept die Möglichkeit der Mehrfachverordnung durch den Arzt, so dass eine durchgehende Versorgung sichergestellt werden kann. Dieses sogenannte Jahresrezept soll durch eine Anpassung der Vergütung im ärztlichen Bereich verstärkt in die Versorgung kommen. Daher wird eine zusätzliche Abgabe ohne ärztliche Rücksprache entbehrlich. Sie birgt zudem Risiken für die Arzneimitteltherapiesicherheit, da ärztliche Beurteilungen umgangen werden können oder auch Packungen für andere Menschen besorgt oder Arzneimittel gar verkauft werden.

Zu prüfen ist, wie die erforderliche Arzneimittelkodierung für den Morbi-RSA sichergestellt wird. Da die kleinste Packung durch die versicherte Person privat gezahlt wird, wird das Arzneimittel bei der Krankenkasse nicht dokumentiert und kann auch nicht für die Ermittlung der Zuschläge im Morbi-RSA genutzt werden. Zu begrüßen ist die Dokumentation für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte in der elektronischen Patientenakte. Auch auf diese haben die Krankenkassen jedoch keinen Zugriff.

Zu § 48b: Abgabe von bestimmten verschreibungspflichtigen Arzneimitteln durch Apotheker

Die vorgesehene Abgabe bestimmter verschreibungspflichtiger Arzneimittel durch Apotheken kann eine wichtige Ergänzung in der Versorgung sein. Aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung sollte der Gemeinsame Bundesausschuss als Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung über die Indikationen, die Voraussetzungen und den Einsatz von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln anstatt eines OTC-Arzneimittels entscheiden. Zwingend ist die Nutzung standardisierter Anamnesewerkzeuge und eindeutige Kriterien für eine erforderliche ärztliche Vorstellung. Dabei müssen Haftungsfragen eindeutig geregelt sein und die Dokumentation zwingend in der elektronischen Patientenakte erfolgen.

Gegenüber dem Gesetzentwurf wurde die Abgabe von verschreibungspflichtigen systemisch wirksamen Antibiotika, z. B. bei einer Blasenentzündung, gestrichen. Statt eines Ausschlusses sollte besser die Nutzung eines standardisierten Anamnese-Werkzeugs, Urin-Tests und eindeutige Kriterien für eine ärztliche Vorstellung im Falle einer Blasenentzündung, die mit Antibiotika therapiert werden könnte, vorgegeben werden.

III. DETAILKOMMENTIERUNG

Referentenentwurf zur zweiten Verordnung zur Änderung der Apothekenbetriebsordnung und der Arzneimittelpreisverordnung

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 perspektivisch die Fondskonstruktion aufgegeben, die sich als systemfremd erwiesen hat und zu erheblichen angesparten 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 auszuführen. Die pharmazeutischen Dienstleistungen werden weiterhin erbracht, dann aber transparent und bilateral zwischen der Apotheke und der jeweiligen Krankenkasse regulär abgerechnet. Dieses 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 § 4 Absatz 2: Apothekenzuschläge für Stoffe

In der Regelung ist vorgesehen, dass bei der Abgabe von Stoffen von dem Apothekeneinkaufspreis der kleinsten Abpackung auszugehen ist, die erforderlich ist, um den Stoff in der jeweiligen Menge abgeben zu können.

Dieses ist abzulehnen. Apotheken, die Stoffe abgeben oder auch Stoffe in Rezepturen verwenden, sind spezialisierte Apotheken, die in der Nähe einer Arztpraxis liegen, die eine Vielzahl von Stoffen und Rezepturen verordnen. Daher ist eine anteilige Abrechnung aus wirtschaftlichen Gründen erforderlich. Apotheken kaufen große Mengen ein, aus denen anteilig kleine Mengen verarbeitet werden. Ein Großteil der Stoffe ist langfristig haltbar und kann immer wieder verwendet werden. Sollte immer die kleinste Abpackung abgerechnet werden dürfen, auch wenn nur ein Bruchteil für das Rezept erforderlich ist, rechnet die Apotheke den Wareneinsatz mehrmals bei verschiedenen Krankenkassen ab. Nur durch eine anteilige Abrechnung wird der tatsächliche Wareneinsatz sachgerecht und wirtschaftlich nachvollziehbare abgebildet.

Zu § 5 Absatz 2: Apothekenzuschläge für Zubereitungen aus Stoffen

In der Regelung ist vorgesehen, dass bei der Zubereitung von Stoffen der Apothekeneinkaufspreis der kleinsten für die Zubereitung erforderlichen Abpackung und bei Fertigarzneimitteln der Apothekeneinkaufspreis der kleinsten für die Zubereitung

erforderlichen Packungsgröße, höchstens jedoch der Apothekeneinkaufspreis, der für Fertigarzneimittel bei Abgabe in öffentlichen Apotheken gilt, auszugehen ist.

Dieses ist abzulehnen. Apotheken, die Stoffe abgeben oder auch Stoffe in Rezepturen verwenden, sind spezialisierte Apotheken, die in der Nähe einer Arztpraxis liegen, die eine Vielzahl von Stoffen und Rezepturen (wie Salben, Cremes, Zäpfchen, Lösungen) verordnen. Daher ist eine anteilige Abrechnung aus wirtschaftlichen Gründen erforderlich. Apotheken kaufen große Mengen an Stoffen ein, aus denen anteilig kleine Mengen verarbeitet werden. Ein Großteil der Stoffe ist langfristig haltbar und kann immer wieder verwendet werden. Sollte immer die kleinste Abpackung abgerechnet werden dürfen, auch wenn nur ein Bruchteil für das Rezept erforderlich ist, rechnet die Apotheke den Wareneinsatz mehrmals bei verschiedenen Krankenkassen ab. Nur durch eine anteilige Abrechnung wird der tatsächliche Wareneinsatz sachgerecht und wirtschaftlich nachvollziehbare abgebildet.

IV. ERGÄNZENDER ÄNDERUNGSBEDARF

Ergänzung um Telepharmazie

Der BKK Dachverband fordert die bereits im Referentenentwurf vorgesehene Einbindung telepharmazeutischer Leistungen durch interaktive Videoberatung. Sie ermöglicht eine bessere Erreichbarkeit pharmazeutischer Expertise, insbesondere in Filialverbänden 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. Dieses umfasst auch die Abgabe über automatisierte Ausgabestationen der Apotheke, um dem Bereich Digitalisierung Rechnung zu tragen und die Versorgung zeitgemäß zu gestalten.

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. Zudem müssen **deutsche Versandapotheken** eindeutig in der Abrechnung identifizierbar sein. Die Einführung eines eigenen Instituts-kennzeichens für Versandapotheken ist daher ein wichtiger Schritt für eine vollumfängliche und transparente Bewertung des Versorgungsgeschehens in der gesetzlichen Krankenversicherung. Ebenso ist eine klare Darstellung der **regionalen Versorgungsstrukturen** notwendig, um Versorgungslücken besser erkennen und gegensteuern zu können.

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.

Unterstützung bei der elektronischen Patientenakte durch die Apotheken

Der Absatz 4 des § 346 SGB V ist zu streichen. Er regelt die Vergütung für das Speichern von Arzneimitteln in der ePA, die dort noch nicht vorhanden sind. Dabei handelt es sich um einen weitestgehend digitalisierten Prozess, der mit dem Scannen der Arzneimittelpackung vollautomatisch erfolgen kann. Dafür ist eine gesonderte Vergütung entbehrlich.

Die mit dem ApoVWG eingeführte Vergütung für die Dokumentation der pharmazeutischen Dienstleistung selber, als auch des Ergebnisses dieser Dienstleistung in der ePA wird über den § 129 SGB V geregelt.

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

Apotheken erhalten zusätzlich zu dem Festzuschlag von 8,35 Euro einen prozentualen Aufschlag von drei Prozent auf den Apothekeneinkaufspreis. Dieser ist ungedeckt

und damit abhängig von dem Einkaufspreis der Arzneimittel. 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 1.600 Euro. Die Apotheke erhielt demnach einen Aufschlag in Höhe von 48 Euro. Im Januar 2024 lag der durchschnittliche Packungspreis bereits bei über 61.000 Euro, so dass der Aufschlag, den die Apotheke erhält bereits bei 1.800 Euro liegt, ohne dass der Apotheke ein Mehraufwand entstanden wäre. 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 Verstetigung 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.