



Verband der Zytostatika herstellenden Apothekerinnen und Apotheker e.V.

Stellungnahme des Verbandes der Zytostatika herstellenden Apothekerinnen und Apotheker (VZA) e.V.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)71(20)
gel. VB zur öffent. Anh. am
04.03.2026 · Apotheke
02.03.2026

zum

Entwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Weiterentwicklung der Apothekenversorgung (Apothekenversorgung-Weiterentwicklungsgesetz – ApoVWG, BT-Drs. 21/4084)

Der Verband der Zytostatika herstellenden Apothekerinnen und Apotheker e.V. (VZA) vertritt die Interessen der öffentlichen Apotheken, die mit hochqualifiziertem pharmazeutischem Personal in zertifizierten Sterillaboratorien nach ärztlichen Vorgaben Zytostatikazubereitungen für individuelle Chemotherapien, Ernährungslösungen, Schmerzlösungen, antibiotika- und virustatikahaltige Lösungen und sonstige parenterale Zubereitungen herstellen.

Der VZA begrüßt das mit den Reformen verbundene Bestreben, den Apotheken verbesserte wirtschaftliche Rahmenbedingungen zu schaffen, um ein flächendeckendes Apothekennetz für eine wohnortnahe Arzneimittelversorgung der Bevölkerung weiterhin zu erhalten. Auch das Ziel, den Apotheken durch einen konsequenten Bürokratieabbau zu ermöglichen, ihre Versorgungsaufgaben mit mehr Eigenverantwortung und Flexibilität wahrzunehmen, unterstützen wir.

Die im Entwurf des Apothekenversorgung-Weiterentwicklungsgesetz vorgesehenen Maßnahmen reichen jedoch nicht aus, um die Arzneimittelversorgung durch Apotheken langfristig abzusichern und ihre wirtschaftliche Basis nachhaltig zu stärken. Das gilt auch für die selbst herstellenden Apotheken, die die onkologische Versorgung sicherstellen.

Zentrale Themen sind hier

- das Schaffen **paritätischer Transparenz bei den Verhandlungen über den Wirkstoffpreis in der sog. Anlage 3 zur Hilfstaxe zwischen der Kassen- und der Apothekenseite** und
- die gesetzliche **Abschaffung jeglicher unberechtigter Nullretaxationen.**
- Klar muss auch sein, dass **GKV und PKV vergütungsrechtlich nicht gleichgestellt werden können.**

Der VZA sieht daher sehr deutlichen Änderungsbedarf, den wir im Folgenden sehr gern übermitteln.

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

1. Paritätische Transparenz für Verhandlungen im Rahmen des § 129 Abs. 5c SGB V schaffen & Benehmen mit der PKV entbehrlich (Art. 1 Nr. 3 lit. e) ApoVWG)

- a. Die sog. Hilfstaxe wird zwischen den Selbstverwaltungspartnern ausgehandelt. Der **Verhandlungsprozess leidet seit Jahren unter der ungleichen, dysfunktionalen Transparenz der für die Verhandlungen notwendigen Datengrundlage.**

Um dauerhaft tragfähige Vereinbarungen über verhältnismäßige und am Markt tatsächlich erzielbare Wirkstoffpreise sowie über Abschläge auf Wirkstoffe für Fertigarzneimittel in parenteralen Zubereitungen zu erreichen, ist es **unerlässlich, Transparenz für beide Verhandlungspartner** herzustellen, andernfalls endet zwangsläufig nahezu jede einzelne Verhandlung vor der Schiedsstelle und nachgehend in langwierigen Prozessen vor den Gerichten.

Die im Entwurf vorgesehene Regelung ist in dieser Hinsicht unausgewogen und einseitig zugunsten des GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV) ausgestaltet, da sie diesem einen umfassenden Informationsvorteil verschafft und ein gleichberechtigtes Verhandlungsverhältnis absolut unmöglich macht.

Will man die Verhandlungspartner des Normenvertrages Hilfstaxe befähigen, auf valider Grundlage ernsthaft zu verhandeln, muss der GKV-SV verpflichtet werden, dem Deutschen Apothekerverband (DAV) oder einer von ihm beauftragten neutralen Institution Einsicht in die im Wege der Geltendmachung des Auskunftsanspruchs gemäß § 129 Abs. 5c Satz 8-10 SGB V bzw. des neu einzufügenden Satz 11 erhaltenen Abfrageergebnisse zu gewähren. Nur auf diesem Weg bleiben die Abfrageergebnisse nicht einseitiges Wissen des GKV-SV, sondern können Grundlage der Verhandlungen werden.

Ohne diese Transparenz ist eine vertragspartnerschaftliche Verständigung zwischen GKV-SV und DAV über die Wirkstoffpreise nicht möglich. Der DAV kann die vom GKV-SV in den Verhandlungen vorgelegten Abfrageergebnisse **mangels eines eigenen Auskunftsanspruchs weder nachvollziehen noch überprüfen.** Die Überprüfung der Abfrageergebnisse auf ihre Richtigkeit ist jedoch eine notwendige Voraussetzung dafür, dass die vereinbarten, gegenüber der GKV abrechenbaren Wirkstoffpreise von den öffentlichen selbst herstellenden Apotheken im Einkauf auch tatsächlich erzielt werden können.

- b. Des Weiteren müssen GKV-SV und DAV **gemeinsam die Parameter und das Nähere zum Verfahren der Preisabfragen** festlegen. Die derzeit allein dem GKV-SV zugewiesene Gestaltung der Preisabfragen stellt nicht sicher, dass die **tatsächlichen Marktverhältnisse abgebildet** werden. Nur wenn beide Vertragspartner Einfluss auf die konkreten Inhalte der Preisabfragen durch ihre jeweilige Sachkenntnis nehmen können, werden für die Versorgung wichtige Aspekte wie unterschiedliche Bezugsbedingungen der selbst herstellenden Apotheken versus Krankenhausapotheken/Herstellungsbetrieben, unterschiedliche Rabattstrukturen und tatsächliche Lieferverfügbarkeiten einzelner pharmazeutischer Unternehmen angemessen berücksichtigt werden können.

Die jetzige Gestaltung der einseitigen Festlegung der Abfragen durch den GKV-SV hat zur Folge, dass weiterhin auf Basis von singulären Einzelpreisen Rückschlüsse auf vermeintliche Marktpreise gezogen werden, obwohl diese keine repräsentative Grundlage darstellen. Das erschwert die Verhandlungen zur Hilfstaxe ungemein.

Zudem ist die gemeinsame Festlegung der Preisabfragen auch zwingend notwendig, um Wettbewerbsverletzungen und unzumutbare bürokratische Belastungen für die Apotheken und die pharmazeutischen Unternehmen durch die Preisabfragen auch künftig zu vermeiden. Die beiden Verhandlungspartner der Hilfstaxe können gemeinsam am besten abschätzen, wann sich für generisch oder biosimilar werdende Substanzen oder das Hinzutreten weiterer Anbieter eine gewisse Marktdynamik entfaltet, die abschöpfbare Rabatte überhaupt erst entstehen lässt.

- c. Im Übrigen besteht **kein Erfordernis**, den **einzelnen Krankenkassen** ein eigenes **Abfragerecht** nach § 129 Abs. 5c SGB V einzuräumen. Es genügt, wenn ausschließlich der GKV-Spitzenverband in § 129 Abs. 5c SGB V als abfragende Institution genannt wird, da die Hilfstaxe zwischen diesem und dem DAV verhandelt wird. Die einzelnen Krankenkassen sind an diesem Verfahren nicht beteiligt. Ein eigenständiges Abfragerecht der Krankenkassen ist daher entbehrlich und sollte im Sinne des Bürokratieabbaus gestrichen werden.
- d. Da die PKV nicht Vertragspartner der Hilfstaxe ist, ist ein **Benehmen mit der PKV entbehrlich und ebenfalls zu streichen**. Gegenüber Privatversicherten erfolgt die Abrechnung nach Maßgabe der AMPPreisV und nicht nach Maßgabe des § 129 Abs. 5c SGB V bzw. der aus den Verhandlungen resultierenden Hilfstaxe. Eine Gleichbehandlung der Vergütung GKV und PKV für die herstellenden Apotheken darf es auch künftig nicht geben, da die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen und Aufwände für die Apotheken im PKV-Bereich gänzlich andere sind als in der GKV-Versorgung.

Wenn für PKV-Versicherte, so wie es der PKV-Verband offenbar wünscht, ebenfalls etwaige Einkaufsvorteile von in parenteralen Zubereitungen einzusetzenden Arzneimitteln weitergereicht werden sollten, müssten zunächst der GKV vergleichbare Rahmenbedingungen geschaffen werden:

- Die **Vorfinanzierungsphase** der einzukaufenden, oftmals hochpreisigen Arzneimittel ist im PKV-Bereich weit länger als im Bereich der GKV ohnehin schon, da die Privatversicherten – anders als eine gesetzliche Krankenkasse – nicht im Monatsturnus auf die gesondert zu erstellenden Rechnungen zahlen, sondern zunächst nach Einreichung der Rechnungen bei der jeweiligen PKV und ggf. der Beihilfe auf deren Erstattungen warten. D.h., der bankenfinanzierte Einkauf der Arzneimittel ist für die Apotheken viel teurer.

Anzumerken ist, dass ca. **80 % des Umsatzes** der in parenteralen Zubereitungen eingesetzten Arzneimittel auf **patentgeschützte Originalpräparate** entfallen, bei denen **keinerlei Rabatte an die Apotheken gewährt werden**. Hier tragen die herstellenden Apotheken das gesamte Handlungsrisiko **ohne jeglichen Aufschlag**. Der Umsatzanteil dieser teuren Originale steigt stetig. Dies führt dazu, dass aufwendige Zubereitungen aus diesen Arzneimitteln heute weit kostengünstiger sind als die Abgabe als Fertigarzneimittel.

- Das **Ausfallrisiko** für die abgegebenen parenteralen Zubereitungen ist weit höher, da Schuldner der Apotheke der einzelne Privatversicherte ist und dieser mitunter krankheitsbedingt Abrechnungsvorgänge gegenüber seiner PKV/Beihilfe erst gar nicht (mehr) in Gang setzt oder auch erhaltene Erstattungen der Versicherungsträger nicht zur Rechnungsbegleichung gegenüber der Apotheke nutzt, sondern sich einen (letzten) Lebenswunsch erfüllt. Jährlich müssen die herstellenden Apotheken im Durchschnitt hohe 5stellige Beträge (!) abschreiben, da beim Privatversicherten oder dessen Erben nichts mehr zu holen ist. Nicht selten wird das überschuldete Erbe ausgeschlagen. Das Gesamtsystem der PKV und Beihilfe, bei dem der Privatversicherte der alleinige Vertragspartner der Apotheke ist, bietet keine vergleichbare Zahlungsverlässlichkeit wie die als mittelbare Staatsverwaltung organisierte GKV.
- Eine **Direktabrechnung** mit den PKVen/der Beihilfe ist **keine machbare Option** für alle Beteiligten. Es bedürfte Vertragsabschlüsse im Vierecksverhältnis zwischen Versichertem, PKV, Beihilfe und Apotheke. Der damit einhergehende Verhandlungs-, Vertragsabschluss- und Vertragspflegeaufwand ist niemandem zuzumuten und würde das Gegenteil von Entbürokratisierung bedeuten.

Die Vergangenheit hat zudem gezeigt, dass Bestrebungen zur vertraglichen Vereinbarung von Direktabrechnungen nicht zum Ziel geführt haben, da die PKVen aufgrund einer enormen Menge an unterschiedlichen Versicherungsverträgen (mehr als 40 verschiedene Versicherungstarife allein bei einer PKV) nicht bereit sind, den vollen Rechnungsbetrag an die Apotheken auszukehren, sondern etwaige Selbstbehalte der Versicherten gegenrechnen. Das führte dann dazu, dass die Apotheken den Selbstbehaltsanteilen hinterherlaufen mussten, so dass Direktabrechnungen noch mehr Aufwand für die Apotheken bedeuteten als eine Rechnung gegenüber dem Privatversicherten zu stellen.

Ganz davon abgesehen ist eine Direktabrechnung mit den verschiedenen Beihilfestellen in Bund und Ländern ebenfalls nicht vorgesehen und hat sich in der Vergangenheit als nicht umsetzbar erwiesen.

- Schon heute haben die **Apotheken bei der Rechnungsstellung gegenüber Privatversicherten mehr Aufwand** als im Rahmen der GKV. Im PKV-/Beihilfebereich besteht schon nicht die Option, den Vorgang dem Rechenzentrum zu übergeben. Vielmehr ist der einzelne Versicherte im Rahmen einer Rechnungsstellung zu adressieren und die Zahlungseingänge samt Mahnwesen und ggf. Vollstreckung sind von der herstellenden Apotheke nachzuhalten bzw. zu betreiben.
- Nicht zuletzt ist bei weitem nicht jede parenterale Zubereitung, die gegenüber privat Versicherten abgerechnet wird, teurer als in der GKV. So ist der **Arbeitspreis** in § 5 Abs. 6 AMPPreisV für die PKV-Versicherten **seit 2011 nicht mehr angepasst worden** und liegt mittlerweile deutlich unterhalb des von der GKV gezahlten, wenn auch immer noch zu niedrigen Arbeitspreises.

Lösungsvorschlag:

§ 129 Abs. 5c SGB V sollte wie folgt geändert und ergänzt werden:

„(5c) ¹Für Zubereitungen aus Fertigarzneimitteln gelten die Preise, die zwischen der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisation der Apotheker und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen ~~im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung~~ auf Grund von Vorschriften nach dem Arzneimittelgesetz vereinbart sind. ²Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 ganz oder teilweise nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach Absatz 8. ³Die Vereinbarung oder der Schiedsspruch gilt bis zum Wirksamwerden einer neuen Vereinbarung fort. ⁴Gelten für Fertigarzneimittel in Zubereitungen keine Vereinbarungen über die zu berechnenden Einkaufspreise nach Satz 1, berechnet die Apotheke ihre tatsächlich vereinbarten Einkaufspreise, höchstens jedoch die Apothekeneinkaufspreise, die bei Abgabe an Verbraucher auf Grund der Preisvorschriften nach dem Arzneimittelgesetz, nach Satz 1 oder nach Absatz 3 Satz 3 gelten, jeweils abzüglich der Abschläge nach § 130a Absatz 1 und 3a. ⁵Kostenvorteile durch die Verwendung von Teilmengen von Fertigarzneimitteln sind zu berücksichtigen. ⁶Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ~~und die Krankenkasse können~~ kann von der Apotheke Nachweise über Bezugsquellen und verarbeitete Mengen sowie die tatsächlich vereinbarten Einkaufspreise und vom pharmazeutischen Unternehmer Nachweise über die Abnehmer, die abgegebenen Mengen und die vereinbarten Preise für Fertigarzneimittel in parenteralen Zubereitungen verlangen. ⁷Sofern eine Apotheke bei der parenteralen Zubereitung aus Fertigarzneimitteln einen Betrieb beauftragt, ~~kann können~~ der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ~~und die Krankenkasse~~ von der Apotheke einen Nachweis über den tatsächlichen Einkaufspreis dieses Betriebs verlangen. ⁸Der Anspruch nach Satz 6 umfasst jeweils auch die auf das Fertigarzneimittel und den Gesamtumsatz bezogenen Rabatte. ⁹Zur Durchführung des Auskunftsverfahrens nach Satz 6 übermitteln die Krankenkassen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zugleich mit den nach § 84 Absatz 5 Satz 1 erfassten Ausgaben die Institutionskennzeichen der Apotheken sowie die Angabe, ob es sich um eine Apotheke handelt, die selbst parenterale Zubereitungen aus Fertigarzneimitteln herstellt, oder um eine Apotheke, die einen Betrieb mit der Herstellung von parenteralen Zubereitungen aus Fertigarzneimitteln beauftragt hat. ¹⁰Pharmazeutische Unternehmer und Apotheken, die Fertigarzneimittel für parenterale Zubereitungen und parenterale Zubereitungen aus Fertigarzneimitteln abgeben, haben die in den Sätzen 6 bis 8 genannten Nachweise elektronisch an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu übermitteln. ¹¹Das Auskunftsverfahren ist vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen elektronisch durchzuführen. ¹²Die pharmazeutischen Unternehmen und die Apotheken sind zur Teilnahme an diesem Verfahren verpflichtet. ¹³Das Nähere zum Verfahren der elektronischen Übermittlung, insbesondere zum Format, zu den Nachweisen und zu den Fristen, innerhalb derer die Übermittlung zu erfolgen hat, regeln ~~die Vertragsparteien nach Satz 1 der Spitzenverband Bund der Krankenkassen einvernehmlich spätestens bis zum [einsetzen: 6 Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes]. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen schließt mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung eine Vereinbarung über die angemessene Beteiligung der Unternehmen der privaten Krankenversicherung an den Kosten für den Abschluss der Vereinbarungen nach Satz 1 und an den Kosten für das Verfahren der in Satz 2 genannten Entscheidung der Schiedsstelle.~~ ¹⁴Klagen über den Auskunftsanspruch haben keine aufschiebende Wirkung; ein Vorverfahren findet nicht statt. ~~Die Krankenkasse kann ihren Landesverband mit der Durchführung des Auskunftsverfahrens und der Prüfung der betreffenden Nachweise beauftragen.~~ ¹⁵Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ist verpflichtet, der maßgeblichen Spitzenorganisation der Apotheker oder einer von dieser beauftragten neutralen Institution Einsicht in die im Wege der Geltendmachung des Auskunftsanspruchs gemäß Satz 8-10 erhaltenen Nachweise zum Zwecke der Verhandlung nach Satz 1 zu gewähren. ¹⁶Abweichend von den Sätzen 1 bis 3 gelten in den Fällen, in denen ein Wirkstoff zu dem nach Satz 1 geltenden oder nach Satz 2 festgesetzten Preis nicht verfügbar ist, die Sätze 4 bis 15~~4~~ entsprechend.“

2. Stärkung der Hilfstaxe als Kollektivvertrag durch Streichung der Doppelrabattierung

Die derzeit bestehenden Rabattverträge der Krankenkassen mit pharmazeutischen Unternehmern nach § 130a Abs. 8c SGB V konterkarieren die aktuellen Preisvereinbarungen in der Hilfstaxe. **Der Gesetzgeber sollte im Sinne der Liefer- und Versorgungssicherheit die Doppelrabattierung im Bereich der Onkologie endgültig abschaffen.** Die bislang bestehende Möglichkeit der Krankenkassen, in diesem Bereich zusätzlich auch noch Rabattverträge zu vereinbaren, muss durch eine Änderung des § 130a Abs. 8c SGB V ausdrücklich ausgeschlossen werden. Das würde auch einen ganz erheblichen Verwaltungsaufwand bei allen Beteiligten sparen.

Zur Abschaffung dieser Mehrfachregelungen genügt es nicht, § 130a Absatz 8c SGB V zu streichen. Denn § 130a Abs. 8c SGB V geht als *lex specialis*-Rechtsgrundlage im Bereich der Ausschreibungen über Fertigarzneimittel in parenteralen Zubereitungen in der Onkologie der Regelung in § 130a Abs. 8 SGB V vor. Durch diese Spezialnorm wird die allgemeine Ausschreibungsgrundlage in § 130a Abs. 8 SGB V, die für alle sonstigen Arzneimittel gilt, verdrängt, wenn es um in Apotheken hergestellte parenterale Zubereitungen aus Fertigarzneimitteln in der Onkologie zur unmittelbaren ärztlichen Anwendung bei Patienten geht. Entfiel § 130a Abs. 8c SGB V, könnten einzelne Krankenkassen auch in diesem Bereich Rabattverträge nach § 130a Abs. 8 SGB V mit verschiedenen Anbietern abschließen.

Das gemeinsame und einheitliche Rabattvertragsvorgehen in § 130a Abs. 8c SGB V hat der Gesetzgeber aber ausdrücklich gewollt und rechtlich angeordnet, weil er – soweit es möglich ist – das Anfallen von Verwürfen vermeiden möchte. Wenn einzelne Krankenkassen mit verschiedenen Anbietern Rabattverträge schließen würden, käme es zwangsläufig dazu, dass die Apotheke unter der Werkbank je nach Kassenzugehörigkeit einen anderen Hersteller wählen müsste. Ein solches Prozedere würde die anfallenden Verwürfe erhöhen, die gerade durch die spezielle Rabattvertragsregelung in § 130a Abs. 8c SGB V vermieden werden sollen.

Lösungsvorschlag:

Zugunsten von Liefer- und Versorgungssicherheit ist die Doppelrabattierung im Bereich der in Apotheken hergestellten parenteralen Zubereitungen aus Fertigarzneimitteln in der Onkologie abzuschaffen und stattdessen die Hilfstaxe zu stärken. Daher muss die Möglichkeit der Krankenkassen, in diesem Bereich Rabatte zu vereinbaren, ausdrücklich ausgeschlossen werden. Hierfür muss § 130a Abs. 8c SGB V z.B. wie folgt geändert werden:

„(8c) Für Fertigarzneimittel in der Onkologie, aus denen in Apotheken parenterale Zubereitungen zur unmittelbaren ärztlichen Anwendung bei Patienten hergestellt werden, dürfen die Krankenkassen und ihre Verbände keine Rabatte mit pharmazeutischen Unternehmern vereinbaren“.

3. Weitere Einschränkung von Nullretaxationen (Art. 1 Nr. 3 lit c) ApoVWG)

Der VZA meint, dass die vorgesehene Ergänzung in § 129 Abs. 4d Satz 2 SGB V zum Ausschluss von Nullretaxationen **zu kurz greift**. Die Regelung stellt erneut nur einen Schritt in die richtige Richtung dar. Die Erweiterung im SGB V würde wieder nur

exemplarisch einige Fälle unberechtigter Nullretaxationen aufgreifen. In der Praxis käme es weiterhin in einer Vielzahl von Fällen zu **unberechtigten Nullretaxationen**.

Zum Anlass für Nullretaxationen werden beispielsweise nach wie vor geringfügige Fehler in der Abrechnung (z.B. Charge fehlt im Abrechnungsdatensatz), unwesentliche Fehler im Abgabevorgang (z. B. Abgabe eines Pens statt einer Spritze bei gleichem Arzneimittel und gleicher Dosierung) oder auch nur eine unterschiedliche Interpretation des Rechts einzelner Krankenkassen genommen. Selbst wenn die berechtigten Interessen der Versicherten nicht berührt sind und den Krankenkassen kein oder nur ein minimaler wirtschaftlicher Nachteil entstanden ist, sind Nullretaxationen in den Apotheken nach wie vor Alltag und ziehen mühsame, arbeitsintensive und meist erfolglose Einspruchsverfahren nach sich.

Die ergänzenden Regelungen im neuen Satz 2 ff. werden daran nichts ändern.

Die gesetzlichen und normenvertraglichen Regelungen können nicht schnell genug an alle Konstellationen angepasst werden, in denen sich die Krankenkassen das Recht auf eine Nullretaxation „nehmen“. Bei Verstößen von Apothekerinnen und Apothekern existiert ein eigenes, schon heute durch Gesetz vorgegebenes und im Rahmenvertrag ausdifferenziert geregeltes Sanktionsregime, das die Krankenkassen ergreifen können. Einer zusätzlichen Bestrafung durch eine Nullretaxation bedarf es in aller Regel nicht.

Es ist auch nicht sachgerecht, die Apotheke für nahezu jeden Fehler auf einer vertragsärztlichen Verordnung mit einer Nullvergütung zu belegen. Fehler bei der vertragsärztlichen Verordnung passieren und werden mitunter auch in der herstellenden Apotheke übersehen, da diese sich vor allem auf den ärztlichen Therapieplan mit weiteren Angaben zum Patienten bei der Herstellung des patientenindividuellen Arzneimittels fokussieren muss. Selbst wenn solche Fehler auf der Verordnung im Einspruchsverfahren vollständig aufgeklärt werden, erhalten die herstellenden Apotheken die Vergütung nicht, obwohl der Patient einwandfrei versorgt worden ist.

Des Weiteren ist es verfehlt, der Apotheke selbst bei korrigierbaren formalen Fehlern die Vergütung für ihre Arbeitsleistung zu streichen.

Lösungsvorschlag:

Die Krankenkasse muss der Apotheke in jedem Fall zumindest den auf das abgegebene Arzneimittel entfallenden Anteil der Abrechnung gemäß AMPreisV bzw. gemäß den nach § 129 Abs. 5c S. 1 SGB V vereinbarten Preisen erstatten. Bei geringfügigen formalen Fehlern, die geheilt werden können, müssen Beanstandungen der Krankenkassen künftig gesetzlich vollständig ausgeschlossen werden.

Wir schlagen daher vor, in § 129 Abs. 4 Sätze 2 ff. SGB V klar zu regeln, unter welchen Bedingungen sog. Nullretaxationen unzulässig sind.

Die Sätze 2 ff. in Absatz 4 sollten wie folgt gefasst werden: Der derzeitige Satz 2 wird gestrichen. Die derzeitigen Sätze 3-6 werden zu den Sätzen 6-9. Der jetzige, durch den Entwurf bereits neu gefasste Satz 7 wird zu Satz 10 in der folgenden Fassung:

„(4) ²Hat der Versicherte das vom Arzt verordnete Arzneimittel erhalten und ist die Krankenkasse durch die Abgabe des Arzneimittels durch die Apotheke von ihrer Leistungspflicht gegenüber dem Versicherten befreit worden, sind

Abrechnungsbeanstandungen und Absetzungen der Krankenkassen, die auch den Warenwert der an Versicherte abgegebene Arzneimittel umfassen (sog. Nullretaxationen), unzulässig. ³Satz 2 gilt auch dann, wenn die Krankenkasse einen formalen Fehler oder einen Fehler im gesetzlich oder vertraglich vorgesehenen Abgabevorgang gegenüber dem Apotheker geltend macht. ⁴Liegt ein solcher Fehler vor, hat die Krankenkasse dem Apotheker zumindest den auf die Ware entfallenden Teil der Abrechnung des vom Apotheker an den Versicherten abgegebenen Mittels zu vergüten. ⁵Handelt es sich um einen formalen Fehler, der nach den Verträgen nach Abs. 2 oder Abs. 5 den Apotheker nicht zur Zurückweisung der Verschreibung berechtigt, der heilbar ist oder liegt ein unbeabsichtigter, die Interessen des Versicherten nicht beeinträchtigender Fehler des verordnenden Arztes oder der abgebenden Apotheke vor, hat die Krankenkasse dem Apotheker den gesamten Rechnungsbetrag zu erstatten. ⁶⁻⁹ ...

¹⁰Die Vertragspartner haften für die Ahndung von Verstößen gegen Absatz 3 Satz 3 zu gleichen Teilen. Der Rahmenvertrag ist bis zum ... (einsetzen: Datum des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats) an die Regelungen der Sätze 2 bis 5 anzupassen; kommt eine Regelung nicht innerhalb der Frist zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach Absatz 8."

Berlin, 2. März 2026

Oliver Feth
Präsident

Christiane Müller
Geschäftsführerin