

STELLUNGNAHME ZUR APOTHEKENREFORM (ApoVWG)

STAND: 25.02.2026

Schritt in die richtige Richtung, aber Nachbesserungsbedarf bei pDL und Austauschregeln

Kernpunkte

- Die erweiterten Möglichkeiten zum Austausch von Rabattarzneimitteln sind nicht nötig, um die Arzneimittelversorgung zu sichern. Sie gehen zulasten der Wirtschaftlichkeit und greifen unberechtigt in die Freiheit der Rahmenvertragspartner ein.
- Die Anhebung der Nacht- und Notdienstzuschläge ist ein sinnvolles Instrument, um die Arzneimittelversorgung flächendeckend zu sichern. Sie sollte mit brachliegenden Mitteln aus dem Fonds für pharmazeutische Dienstleistungen finanziert werden.
- Eine Anhebung der Apothekenvergütung darf nicht per Gesetz erfolgen. Der vdek befürwortet die geplante Verhandlung der Honorare durch die Selbstverwaltung.

Apotheken sind eine tragende Säule der Gesundheitsversorgung. Patient:innen müssen sich jederzeit auf eine schnelle und qualitativ hochwertige Versorgung mit Arzneimitteln verlassen können – sowohl in Ballungsräumen als auch in strukturschwachen Regionen. Wir unterstützen daher grundsätzlich die Zielsetzung des Gesetzesentwurfs, die Apotheken vor Ort zu stärken und ein flächendeckendes, bedarfsgerechtes Apothekennetz in Deutschland erhalten zu wollen.

Der Gesetzesentwurf schlägt mit vielen Regelungen die richtige Richtung ein. Die geplante Erhöhung der Nacht- und Notdienstpauschale sowie die Einführung von Zuschüssen für Teilnotdienste können durchaus hilfreich sein, um die Arzneimittelversorgung flächendeckend zu sichern.

Vorhandene Mittel müssen effizienter verwendet werden

Positiv ist, dass der Fonds zur Finanzierung der pharmazeutischen Dienstleistungen (pDL) nicht weiter befüllt wird. Derzeit sind dort fast 540 Millionen Euro aus Beitragsgeldern der Versicherten gebunden. Die finanzielle Situation der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verbietet, dass begrenzte Mittel brach liegen. Die aufgelaufenen Mittel sollten daher sinnvoll genutzt und zur Finanzierung der geleisteten Notdienste verwendet werden. Der im begleitenden Verordnungsentwurf vorgesehene zusätzliche Zuschlag von 0,20 Euro pro Packung zur Erhöhung der Notdienstvergütung ist dann entbehrlich. Unter der Annahme, dass die Vergütung für Notdienste verdoppelt werden soll, könnte die erhöhte Vergütung aus diesen Mitteln für ca. drei Jahre finanziert werden. pDL sollten dagegen direkt zwischen der Krankenkasse und der Apotheke abgerechnet werden.

Positiv mit Blick auf den Erhalt von Apotheken in ländlichen Räumen sehen wir auch die geplante Flexibilisierung der Vorgaben zur Gründung und zum Betrieb von Apotheken. Dazu gehört, dass Apotheker:innen erfahrenen Pharmazeutisch-Technischen Assistent:innen (PTA) für einen begrenzten Zeitraum die Apothekenleitung übertragen können.

Erweiterter Austausch von Rabattarzneimitteln gefährdet die wirtschaftliche Versorgung

Besonders problematisch sind dagegen die geplanten erweiterten Möglichkeiten für Apotheker:innen, von einer wirtschaftlichen Arzneimittelauswahl abzuweichen. Versicherte sollen künftig mit in der Apotheke vorrätigen wirkstoffgleichen Arzneimitteln versorgt werden können, wenn das Rabattarzneimittel zum verordneten Medikament weder in der Apotheke vorrätig noch durch den Großhandel lieferbar ist. Bisher sehen die Regelungen vor, dass Apotheken bei nicht lieferbaren Rabattarzneimitteln zunächst auf preisgünstige wirkstoffgleiche Arzneimittel zurückgreifen müssen. Diese Verpflichtung entfällt zukünftig, obwohl gegebenenfalls ein preisgünstiges Arzneimittel vorrätig ist und Lieferungen durch den pharmazeutischen Großhandel an Apotheken in den meisten Fällen nur wenige Stunden benötigen. Die Regelung erzeugt vielmehr einen Fehlanreiz mit teuren Arzneimitteln zu versorgen und preisgünstige Arzneimittel in geringerer Zahl zu bevorraten. Das geht klar zulasten einer wirtschaftlichen Versorgung und damit der Beitragszahlenden in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Mit Blick auf die angespannte finanzielle Lage in der GKV ist dieser Schritt nicht nachvollziehbar. Vor allem ist er für eine sichere Arzneimittelversorgung auch nicht erforderlich. Die bestehenden Rahmenverträge bieten schon heute ausreichend Möglichkeiten, um die Arzneimittelversorgung sicherzustellen, auch wenn ein rabattiertes Arzneimittel nicht lieferbar ist:

1. Zunächst muss die Apotheke ein Rabattarzneimittel abgeben (Auswahl aus mehreren ist möglich).
2. Wenn kein Rabattarzneimittel verfügbar ist, dürfen Apotheken eines der vier preisgünstigsten wirkstoffgleichen Arzneimittel abgeben, auch wenn für diese keine Rabattverträge gelten.
3. In dringenden Fällen, wie in der Akutversorgung oder auch im Notdienst, oder bei pharmazeutischen Bedenken darf heute ebenfalls schon von der vorrangigen Abgabe eines Rabattarzneimittels abgewichen werden.
4. Wenn ein Arzneimittel für Kinder nicht verfügbar ist, dürfen Apotheker:innen ein in der Apotheke hergestelltes Arzneimittel abgeben oder ein anderes Arzneimittel auswählen und dabei auch die Darreichungsform verändern.

Niemand bleibt unversorgt. Im Ergebnis ist die geplante Änderung zur Sicherung der Arzneimittelversorgung nicht nötig. Sie stellt vielmehr einen unberechtigten und unverhältnismäßigen Eingriff in die Freiheit der Rahmenvertragspartner dar und erschwert deren Bemühungen um eine wirtschaftliche Arzneimittelversorgung. Wir lehnen die erweiterten Austauschmöglichkeiten sowie den verlängerten Erprobungszeitraum von zwei Jahren daher grundlegend ab.

Erschwerend kommt hinzu, dass künftig Möglichkeiten zur Retaxation eingeschränkt werden sollen: Sowohl Fehler bei der Übermittlung der Abrechnungsdaten als auch das unbegründete Umgehen von Rabattverträgen können dann nicht mehr auf null retaxiert werden. Daneben kann eine unvollständige oder fehlerhafte Datenübermittlung zum Beispiel negative Folgen für die Arzneimitteltherapiesicherheit haben, wenn beispielsweise Chargennummern von wegen Qualitätsmängeln zurückgerufenen Arzneimitteln nicht mehr nachverfolgt werden können.

Apothekenvergütung muss verhandelt werden

Dass der Gesetzentwurf angesichts der angespannten finanziellen Situation in der GKV auf die im Koalitionsvertrag angekündigte Erhöhung des Packungsfixums verzichtet, ist richtig. Die alternativ angedachte Einführung einer Verhandlungslösung zur Vereinbarung der Apothekenhonorare in den Händen der Selbstverwaltung bevorzugt der vdek klar gegenüber einer Anhebung per Verordnung. Offen ist, wie die im Verordnungsentwurf genannten Leitplanken konkret in die Verhandlungen einbezogen werden sollen, um einen unverhältnismäßigen Ausgabenanstieg in der GKV zu vermeiden. An dieser Stelle ist eine Konkretisierung notwendig, damit die Verhandlungen konstruktiv geführt und unkalkulierbare finanzielle Risiken vermieden werden können.

Ohnehin sind durch die Apothekenreform Mehrkosten für die GKV unausweichlich. Diese entstehen vor allem durch die Erweiterung der pDL und den erweiterten Auswahlspielraum der Apotheken zur Versorgung mit vorrätigen (womöglich unwirtschaftlichen) Arzneimitteln. Kurz- und mittelfristig besteht das Risiko, dass Rabattvertragseinnahmen reduziert werden, die unverzichtbar für die Begrenzung der Arzneimittelausgaben sind.

Bei pDL den Fokus auf die Versorgung legen, nicht auf den Umsatz

Wenn konkrete pDL in den Leistungskatalog aufgenommen werden, muss grundsätzlich der Patientennutzen im Vordergrund stehen und nicht die Frage, welche zusätzlichen Leistungen die Apotheken wirtschaftlich stärken könnten. Richtig ist, dass Apotheker:innen dort Dienstleistungen übernehmen, wo sie ihre pharmazeutischen Kompetenzen sinnvoll einbringen können, etwa bei der Beratung zur Arzneimitteltherapiesicherheit, bei Schutzimpfungen oder in Bereichen, in denen Apotheken tatsächlich bestehende Versorgungsprobleme auffangen. Leistungen der Prävention und Früherkennung sind jedoch keine originär pharmazeutischen Aufgaben. Die gesetzliche Festlegung konkreter pDL lehnen wir ab. Dies umgeht die bewährten Qualitätsmaßstäbe des SGB V und beschneidet die Kompetenzen der Selbstverwaltung.

Die vorgesehene Möglichkeit zur Abgabe verschreibungspflichtiger Arzneimittel ohne ärztliche Verordnung ist ein pragmatischer Weg, um die Versorgung von Versicherten zu erleichtern. Die Klarstellung, dass die Kosten für das abgegebene Arzneimittel und die Apotheken-Aufwandspauschale von fünf Euro von den Versicherten selbst getragen werden müssen, ist positiv.

Kommentierung im Detail
zum
Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Apothekenversorgung
(Apothekenversorgung-Weiterentwicklungsgesetz – ApoVWG)

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
1	§ 31	<p>Beabsichtigte Neuregelung Klarstellung bzw. notwendige Ergänzung, wann apothekenpflichtige Arzneimittel durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) bezahlt werden und wann nicht.</p> <p>Bewertung Wichtige Ergänzung vor dem Hintergrund der korrespondierenden Neuregelungen in § 48a und 48b AMG. Hier hatte sich der vdek für eine Klarstellung stark gemacht, damit die o. g. Neuregelungen nicht zulasten der GKV gehen. Aus vdek-Sicht richtig und wichtig.</p> <p>Änderungsvorschlag Keiner.</p>
3a	§ 129	<p>Beabsichtigte Neuregelung Mit der Regelung wird die Haftung für Maßnahmen der sogenannten Paritätischen Stelle zur Ahndung von Verstößen gegen die Preisbildung (beispielsweise Boni von z. B. Shop Apotheke u. ä.) auf beide Seiten übertragen und eine persönliche Haftung der Mitglieder soll ausgeschlossen werden.</p>

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		<p>Bewertung Die Umsetzung, entsprechende Maßnahmen zu verhängen, ist bisher am erheblichen Haftungsrisiko gescheitert. Das wird sich durch die Aufteilung auf beide Vertragspartner und den Ausschluss der persönlichen Haftung nicht entscheidend ändern, sodass die gesetzliche Änderung voraussichtlich ohne Effekt bleibt. Eine Ahndung von Verstößen sollte staatlichen Institutionen vorbehalten sein, für die sich das Haftungsrisiko nicht stellt.</p> <p>Änderungsvorschlag Keiner.</p>
3b	§ 129	<p>Beabsichtigte Neuregelung Die Apotheken sollen die Möglichkeit bekommen, von den Vorgaben zur wirtschaftlichen Arzneimittelauswahl abzuweichen und ein in der Apotheke vorrätiges wirkstoffgleiches Arzneimittel abzugeben, wenn das rabattierte Arzneimittel weder vor Ort noch im Großhandel verfügbar ist. Bisher mussten Apotheken bei nicht verfügbaren Rabattarzneimitteln zunächst auf vom Großhandel lieferbare wirkstoffgleiche, preisgünstige Arzneimittel zurückgreifen. Mit der neuen Regelung entfällt dieser Zwischenschritt und somit das Kriterium der Preisgünstigkeit. Im Vergleich zum Referentenentwurf stellt der Kabinettsentwurf immerhin klar, dass weiterhin im ersten Schritt eine Verfügbarkeitsanfrage beim Großhandel erfolgen muss. Anders als noch im Referentenentwurf wird die Regelung auf zwei Jahre befristet (zuvor ein Jahr) und auch erst nach zwei Jahren evaluiert.</p> <p>Bewertung Die erweiterten Abgabemöglichkeiten durch Apotheken werden abgelehnt. Im Rahmen der bereits bestehenden Rahmenverträge werden schon heute ausreichend Möglichkeiten vorgegeben, um die Arzneimittelversorgung sicherzustellen, auch wenn ein rabattiertes Arzneimittel nicht in der Apotheke vorrätig ist. Mit der neuen Regelung müssen Apotheker:innen zwar weiterhin beim Großhandel anfragen, wenn ein rabattiertes Arzneimittel nicht vorrätig ist, dürfen aber ein teureres Arzneimittel aus ihrem Lager abgeben, wenn auch der Großhandel das rabattierte Arzneimittel nicht liefern kann. Dass die Preisgünstigkeit des Arzneimittels als Kriterium für den Austausch entfällt, geht zulasten der wirtschaftlichen Versorgung und schafft für Apotheker:innen einen Anreiz zur Abgabe eines teureren Präparates. Im Ergebnis resultiert dies in einem Eingriff in die Freiheit der Rahmenvertragspartner</p>

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		<p>zur Wahrung der wirtschaftlichen Arzneimittelversorgung. Der vdek lehnt die erweiterten Austauschmöglichkeiten sowie den verlängerten Erprobungszeitraum von zwei Jahren daher grundlegend ab.</p> <p>Mit der Einfügung des Satzes 3 stellt sich außerdem die Frage, warum eine Apotheke noch ein lieferbares wirkstoffgleiches Arzneimittel beim Großhandel bestellen sollte, wenn sie ein vorrätiges wirkstoffgleiches Arzneimittel unmittelbar aus dem eigenen Lagerbestand abgeben könnte. Die Regelung gefährdet die wirtschaftliche Versorgung und schafft einen Anreiz dafür, dass Apotheken, mit teuren Arzneimitteln versorgen. Darüber hinaus könnte die Regelung Konfliktpotenzial bei der Abrechnungsprüfung bergen, da die Krankenkassen keine Informationen über die Lagerbestände von Apotheken haben.</p> <p>Die geplante Evaluation ist richtig, müsste allerdings zeitlich an die Umsetzung der Regelung angepasst werden. Mit der jetzigen Formulierung wäre die Evaluation bereits vorzulegen, während der Evaluationszeitraum noch läuft.</p> <p>Änderungsvorschlag Streichung.</p>
3c	§ 129	<p>Beabsichtigte Neuregelung</p> <p>Bei der Begrenzung von Nullretaxationen aus formalen Gründen ergeben sich im Vergleich zum Referentenentwurf zwei wesentliche Änderungen. Zum einen sieht die Regelung einen Ausschluss von Nullretaxationen vor, wenn, wie in Absatz 4c vorgegeben, ein verordnetes Arzneimittel entgegen den Regelungen aus dem Rahmenvertrag durch ein im Lager befindliches ausgetauscht wird. Zum anderen wurden die Einschränkungen für Nullretaxationen erweitert. Künftig sollen auch Fehler bei der Übermittlung der Abrechnungsdaten nicht mehr auf Null retaxiert werden.</p> <p>Bewertung</p> <p>Die Regelung wird abgelehnt, da diese die Regelungen des Rahmenvertrages nach § 129 Absatz 2 SGB V zur wirtschaftlichen Versorgung unterlaufen würde. Abweichungen von den Übermittlungspflichten der Daten können nachgelagerte Prozesse wie die Wirtschaftlichkeitsprüfung und die Rabattabrechnung mit den pharmazeutischen Unternehmen (pU) gefährden. Die Möglichkeiten der Krankenkassen zur Überprüfung der ordnungsgemäßen</p>

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		<p>Durchführung des Austauschverfahrens werden damit erheblich eingeschränkt. Die Sanktionierung einer unwirtschaftlichen Versorgung wird erschwert. Die enthaltenen Vorgaben sind außerdem insofern konfliktbehaftet, dass eine „geringfügige Abweichung“ der zu übermittelnden Angaben gemäß Arzneimittelabrechnungsvereinbarung nach § 300 Absatz 3 SGB V äußerst interpretationsbedürftig wäre.</p> <p>Änderungsvorschlag Streichung.</p>
3e	§ 129	<p>Beabsichtigte Neuregelung Die Informationslage des GKV-Spitzenverbands (GKV-SV) bei Vereinbarungen im Rahmen der Hilfstaxe wird verbessert. Die Krankenkassen werden verpflichtet, neben den definierten Inhalten der Datenlieferung nach § 84, auch die Institutionskennzeichen der abrechnenden Apotheken zu übermitteln, inklusive der Angabe, ob es sich um eine selbst herstellende Apotheke handelt oder fremdhergestellte Zubereitungen abgerechnet werden. So kann der GKV-SV Preisauskünfte nicht nur bei den pU einholen, sondern auch bei den Apotheken. Außerdem werden Apotheken und pU verpflichtet, die Auskünfte im elektronischen Verfahren zu übermitteln. Zukünftig sollen auch Selbstzahler und Privatversicherte von den Vorteilen der Hilfstaxe profitieren, dafür werden sie an den Kosten für die Umsetzung beteiligt.</p> <p>Bewertung Die Regelung wird grundsätzlich positiv bewertet. Da der GKV-SV und die Krankenkassen von der Apotheke Nachweise über Bezugsquellen, verarbeitete Mengen und Einkaufspreise erhalten und von den pU Nachweise über Abnehmer, abgegebene Mengen und Preise für parenterale Fertigarzneimittel verlangen können, erhöht sich die Transparenz. Damit verbessert sich die Verhandlungsposition der GKV in den Verhandlungen zur Hilfstaxe. Allerdings bleibt das Grundproblem, dass das Verhandlungsverfahren schwerfällig und intransparent ist. Langfristig empfehlen die Ersatzkassen ein Modell, das den Krankenkassen die Möglichkeit eröffnet, die Preise für Fertigarzneimittel in Zubereitungen direkt mit den pU zu verhandeln bzw. auszuschreiben. Damit entfielen das langwierige und konfliktbeladene Verhandlungsverfahren zwischen GKV-SV und dem Deutschen Apothekerverband (DAV).</p>

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		<p>Änderungsvorschlag Keiner.</p>
3f	§ 129	<p>Beabsichtigte Neuregelung Der GKV-SV und die Krankenkassen können auch für abgegebene Cannabis-Arzneimittel Nachweise über die Abnehmer, die abgegebenen Mengen und die vereinbarten Preise einschließlich der Rabatte verlangen. Es wird eine Verpflichtung zur elektronischen Übermittlung eingeführt.</p> <p>Bewertung Die Regelung wird begrüßt, ist logisch und folgerichtig. Die Stärkung der Transparenz für die Preisbildung der Cannabis-Arzneimittel, insbesondere auch Blüten, (gleichgerichtete Verfahrensweise wie mit Arzneimitteln nach 5c e) neu) wird ausdrücklich begrüßt.</p> <p>Änderungsvorschlag Keiner.</p>
3g	§ 129	<p>Beabsichtigte Neuregelung Apotheken sollen mit neuen zusätzlichen pharmazeutischen Dienstleistungen (pDL) stärker in die Prävention und Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus und tabakassoziierten Erkrankungen eingebunden werden. Mit dem Kabinettsentwurf neu hinzugefügt werden Screenings für Fettstoffwechselstörungen und Adipositas. Während die Definition der Leistungen der pDL bisher in den Händen der Vereinbarungspartner in der Selbstverwaltung liegt, entfällt diese Gestaltungsmöglichkeit der Selbstverwaltung durch die gesetzliche Vorschrift der aufgeführten neuen Leistungen. Zudem entfällt die noch im Referentenentwurf enthaltene Einschränkung, dass Versicherte nur im Abstand von zwölf Monaten einen Anspruch auf pDL haben. Ebenso soll zukünftig die ärztliche Verordnung bestimmter pDL möglich sein. Die Apotheke wird verpflichtet, die Durchführung dieser pDL in der elektronischen Patientenakte (ePA) zu dokumentieren, sofern dies technisch möglich ist. Zudem soll die Apotheke den behandelnden Hausarzt/Arzt über die Durchführung der pDL informieren, wenn erforderlich. Auch</p>

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		<p>sollen Gebiete mit geringer Apothekendichte bei der Vereinbarung zwischen den Vertragspartnern besonders berücksichtigt werden.</p> <p>Bewertung Grundsätzlich gilt, dass neue Leistungen für die Versicherten in der GKV evidenzbasiert sein müssen, einen Nutzen haben müssen und einen Mehrwert in der Versorgung bringen müssen. Dieser Pfad wird durch die geplante gesetzliche Definition von pDL verlassen. Zudem wird verhindert, dass die Selbstverwaltung angemessene Lösungen auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse findet. Die geplante, nun noch einmal erweiterte, gesetzliche Vorgabe für konkrete pDL wird deshalb abgelehnt. Nicht nur würden gesetzliche Vorgaben die Handlungsspielräume der Selbstverwaltung erheblich einschränken, auch die etablierten Qualitätsstandards des SGB V werden auf diese Weise unterlaufen. Sinnvoll ist, die pharmazeutische Kompetenz der Apotheker:innen für die Arzneimittelversorgung verstärkt zu nutzen. Die Erbringung von Leistungen unter Satz 2 Nummer 2 (Verbesserung der Sicherheit und Wirksamkeit einer Arzneimitteltherapie) werden daher grundsätzlich positiv bewertet. Maßnahmen der Prävention und Früherkennung (Satz 2 Nummer 1) sind hingegen nicht per se pharmazeutische Tätigkeiten, ein konkreter Patientennutzen wird zudem bezweifelt. Es sollten vielmehr Leistungen angeboten werden können, bei denen tatsächliche Versorgungsprobleme bestehen. Darüber hinaus erscheint es nicht sinnvoll, das Personal in Apotheken mit solchen Leistungen zu beschäftigen, in einer Zeit, in der Apotheken massiv über Personalmangel klagen.</p> <p>Positiv ist, dass eine Rückkopplung zu den behandelnden Ärzten erfolgen soll. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit der Heilberufe wird dadurch gestärkt und der bisherigen Kritik der fehlenden Rückkopplung zu den Maßnahmen und den Ergebnissen wird Rechnung getragen. Ob es damit gelingt, Doppelabrechnungen der gleichen Leistung bzw. Doppelstrukturen bei verschiedenen Leistungserbringern und damit einhergehende Mehrausgaben zu verhindern, bleibt abzuwarten. Zudem ist unklar, was eine „geringe Apothekendichte“ bedeutet und wie diese in der Vereinbarung zwischen den Vertragspartnern „berücksichtigt“ werden soll. Neu ist, dass Vertreter der privaten Krankenversicherung (PKV) an den Verhandlungen beteiligt werden sollen. Wünschenswert wäre die Öffnung für selektivvertragliche Vereinbarungen, sofern Krankenkassen und Apothekerverbände weitere Maßnahmen als geeignet ansehen.</p>

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		<p>Änderungsvorschlag Streichung der Definition von Maßnahmen der Prävention und Früherkennung als pharmazeutische Dienstleistung (insbesondere die Leistungen 1, 2, 4, 5, 9 und 10).</p> <p>Öffnung für Selektivverträge zu pharmazeutischen Dienstleistungen, die einen Qualitätswettbewerb auslösen können.</p>
3h	§ 129	<p>Beabsichtigte Neuregelung Mit der Neueinführung des § 129 Absatz 5f SGB V wird die verbindliche Festlegung der Apothekeneinkaufspreise durch die Vertragspartner für die in Anlage 3 genannten Stoffe geregelt. Zudem wird die anteilige Abrechnung von regelmäßig in Rezepturen verwendeten Stoffe nach ihrer tatsächlich an die Versicherten abgegebenen Menge gesetzlich verankert. Neu ist ebenfalls die Einführung einer Schiedsstellenlösung, wenn zwischen den Vertragspartnern keine Einigung über die Apothekeneinkaufspreise erzielt werden kann. Die genannten Regelungen stehen in Zusammenhang mit den Änderungen der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV; mit Stand vom 17.12.2025 (Rechtsprüfung noch nicht abgeschlossen)), bei denen im Vergleich zum Referentenentwurf die Bestimmungen zur anteiligen Abrechnung von Fertigarzneimitteln entfallen sind.</p> <p>Bewertung Der vdek begrüßt die gesetzliche Klarstellung zur anteiligen Abrechnung von regelmäßig in Rezepturen verwendeten Stoffen. Positiv hervorzuheben ist auch die verbindliche Festlegung der Apothekeneinkaufspreise für die im Gesetzentwurf genannten Stoffe (Auflistung in Anlage 3 des Gesetzentwurfs) durch die Vertragspartner. Die Einführung einer Schiedsstellenlösung bei Uneinigkeiten über die Preise begrüßen wir ausdrücklich. Kritisch wird jedoch bewertet, dass die Regelungen der AMPreisV zur anteiligen Abrechnung von Fertigarzneimitteln und Stoffen, die nicht von der Anlage 3 umfasst sind, gegenüber dem Referentenentwurf entfallen.</p> <p>Änderungsvorschlag Da die Regelungen des §129 Absatz 5f. und der Arzneimittelpreisverordnung in Zusammenhang betrachtet werden müssen, sind die Änderungsvorschläge unter der Arzneimittelpreisverordnung aufgeführt.</p>

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
5	§ 131	<p>Beabsichtigte Neuregelung Pharmazeutische Unternehmer und Hersteller müssen künftig auch für Stoffe und Gefäße die für die Abrechnung erforderlichen Preis- und Produktangaben in das Preis- und Produktverzeichnis übermitteln.</p> <p>Bewertung Die Regelung wird positiv bewertet, da es die Transparenz im Bereich der Rezepturherstellung erhöht.</p> <p>Änderungsvorschlag Keiner.</p>
6	§ 132e	<p>Beabsichtigte Neuregelung Apotheken sind neben den bisherigen Influenza- und COVID-19-Impfungen berechtigt, bei ab 18-Jährigen auch Impfungen mit Impfstoffen, die keine Lebendimpfstoffe sind, durchzuführen. Der Kabinettsentwurf ergänzt den Zeitrahmen, in dem die Impfvereinbarung an das erweiterte Impfspektrum angepasst werden soll. Weiterhin wird der PKV die Möglichkeit eröffnet, an den Verhandlungen teilzunehmen. In jedem Fall sind ihr die „entscheidungs-erheblichen“ Unterlagen und Daten vor der Verhandlung vorzulegen.</p> <p>Bewertung Die Neuregelung wird begrüßt. Mit der Erweiterung des Impfspektrums besteht die Möglichkeit, die aktuell zu geringen Impfquoten zu steigern. Der im Kabinettsentwurf angedachte Zeitraum für die Anpassung der bestehenden Vereinbarung ist insofern obsolet, da die derzeitige Impfvereinbarung bereits eine Dynamisierung enthält, dass alle weiteren gesetzlich vorgesehenen Schutzimpfungen automatisch Bestandteil des Vertrages sind. Die Beteiligung des PKV-Verbandes bzw. die Übermittlung von Unterlagen/Daten an selbigen wird abgelehnt, da es sich um Daten der GKV handelt. Im Zweifel müsste auch die PKV entsprechende Daten übermitteln. Weiterhin ist unklar, was von wem als „entscheidungserheblich“ angesehen wird.</p> <p>Änderungsvorschlag Streichung der PKV-Beteiligung.</p>

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		Artikel 2 Änderung des Apothekengesetzes
6	§ 16	<p>Beabsichtigte Neuregelung Die Eröffnung von Zweigapotheken soll in dünn besiedelten Gebieten mit eingeschränkter Apothekenversorgung vereinfacht werden, um auch dort die Versorgungssicherheit zu stärken. Der Kabinettsentwurf konkretisiert die Bedingungen für die Antragstellung der Apotheker und schärft Begrifflichkeiten – u. a. wie hier ein abgelegener Ort oder Ortsteil definiert wird.</p> <p>Bewertung Die Regelung wird positiv bewertet, weil dadurch die Versorgung in der Fläche gestärkt werden kann. Konkretisierung und Schärfung dienen einer konkreten reibungsloseren Umsetzbarkeit.</p> <p>Änderungsvorschlag Keiner.</p>
9	§ 20	<p>Beabsichtigte Neuregelung Neben der Vergütung für die Nacht-/Notdienste (von 20:00 Uhr bis 06:00 Uhr des Folgetages) soll es künftig auch eine Vergütung sogenannter Teilnotdienste in den Abendstunden (von 20:00 Uhr bis 22:00 Uhr) geben. Diese Vergütung soll 1/5 der kompletten Nacht-/Notdienstgebühr betragen.</p> <p>Bewertung Mit der Regelung sollen besonders Apotheken im ländlichen Raum gestärkt werden. Der Kabinettsentwurf schärft die konkrete Ausgestaltung – insbesondere in Bezug auf Berechnungsmodi. Die organisatorischen Regularien der Umsetzung sind kein GKV-Thema. Die GKV ist jedoch insoweit betroffen, dass eine weitere Leistung aus dem durch die Kassen gespeisten Nacht- und Notdienstfonds gezahlt wird. Die Regelung wird dennoch positiv bewertet, weil sie der Versorgungsstärkung dient.</p> <p>Änderungsvorschlag Keiner.</p>

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		Artikel 5 Änderung des Heilmittelwerbegesetzes
1	§ 12	<p>Beabsichtigte Neuregelung Neufassung und Ergänzung von Absätzen im Heilmittelwerbegesetz durch Erweiterungen im Gesetzentwurf. Apotheken dürfen zukünftig Werbung für In-vitro-Diagnostika zur Eigenanwendung machen.</p> <p>Bewertung Die Möglichkeiten für Werbung für breitflächige und niedrighschwellige Tests für die Versicherten in Eigenanwendung und im Folgenden auch Testangebote durch Apotheken sind zu begrüßen. In den Pandemie-jahren haben sich die In-Vitro-Diagnostika (Corona-Tests) bei den Versicherten gut etabliert. Die Änderung steht in Zusammenhang mit einer Änderung des § 24 Infektionsschutzgesetz (IfSG).</p> <p>Änderungsvorschlag Keiner.</p>
		Artikel 6 Änderung des Arzneimittelgesetzes
2	§ 48a § 48b	<p>Beabsichtigte Neuregelung Die Regelung ermöglicht, dass Apotheker:innen bestimmte verschreibungspflichtige Arzneimittel in bestimmten Fällen ohne ärztliche Verschreibung abgeben dürfen.</p> <p>§ 48a sieht diese Möglichkeit zur Anschlussbehandlung bei bestimmten chronischen Erkrankungen vor. Anders als noch im Referentenentwurf können auch Packungen, die größer als die kleinste Packungsgröße sind, abgegeben werden.</p> <p>§ 48b enthält eine Verordnungsermächtigung für die Abgabe von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln bei Vorliegen von akuten unkomplizierten Erkrankungen. Der Kabinettsentwurf konkretisiert, dass das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ermächtigt wird, im Benehmen mit dem Bundesinstitut für Arzneimittel und</p>

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		<p>Medizinprodukte (BfArM) in einer Rechtsverordnung konkrete Vorgaben zu den Anforderungen an die abgebende Apotheke, konkrete Erkrankungen, Patientengruppen und Arzneimittel festzulegen.</p> <p>Bewertung Die Regelung wirft u. a. haftungsrechtliche Fragen auf. Positiv ist allerdings, dass im Kabinettsentwurf nunmehr geregelt wird, dass auf diese Art abgegebene Arzneimittel von den Versicherten selbst gezahlt werden müssen und nicht zulasten der GKV gehen dürfen (siehe § 31 Absatz 1 Satz 1 SGB V). Der vdek hatte zuvor gefordert, eine (gegebenenfalls auch im Nachhinein durch Kostenerstattung) Finanzierungsverpflichtung durch die GKV auszuschließen. Nunmehr ist klar, dass beide Abgaben (nach § 48a und 48b) reine Selbstzahlerleistungen für die Versicherten sind. Es muss ausgeschlossen werden, dass die Regelungen negative Effekte auf den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) haben. Insbesondere die datentechnische Anbindung an den Risikostrukturausgleich hinsichtlich der Kosten und der Menge der verabreichten Wirkstoffdosen für die Behandlungstage muss geprüft werden. Im Kabinettsentwurf finden sich nun auch Details zur Ausgestaltung – insbesondere zu den Arzneimitteln, die von der Regelung ausgeschlossen bleiben sollen. Mit § 48b sollen Regelungen für die Abgabe von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zur akuten Versorgung etabliert werden, für die die konsequente Nutzung des Verfahrens nach § 48 (Freigabe aus der Verschreibungspflicht ohne den erheblichen Aufwand für alle beteiligten Stellen) ausreichen würde. Die Unterteilung in verschreibungspflichtige und apothekenpflichtige Arzneimittel hat sich über Jahrzehnte bewährt, eine weitere Rubrik von Arzneimitteln, die „dazwischen“ angesiedelt ist, ist verzichtbar.</p> <p>Änderungsvorschlag Streichung.</p>
		<p>Artikel 7 Änderung des Infektionsschutzgesetzes</p>
7	§ 20c	<p>Beabsichtigte Neuregelung Mit der Neuregelung dürfen Apotheker:innen zukünftig nicht nur gegen Influenza und COVID-19, sondern auch mit allen anderen Impfstoffen, die keine Lebendimpfstoffe sind, impfen.</p>

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		<p>Bewertung Die Neuregelung wird begrüßt.</p> <p>Änderungsvorschlag Keiner.</p>
8	§ 24	<p>Beabsichtigte Neuregelung Der Arztvorbehalt zur Durchführung von patientennahen Schnelltests soll aufgelockert werden. In Apotheken sollen künftig weitere patientennahe Schnelltests zur Testung auf Adenoviren, Influenzaviren, das Norovirus, RSV und das Rotavirus durchgeführt werden.</p> <p>Bewertung Niedrigschwellige und breitflächige Testangebote durch Apotheken können dazu beitragen, frühzeitig Krankheiten zu erkennen und durch Reduzierung von Kontakten mögliche Infektionsketten zu unterbrechen. Die Regelung wird demnach begrüßt.</p> <p>Änderungsvorschlag Keiner.</p>