

Stellungnahme des VZA zu Änderungsantrag Nr. 7 zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

Der VZA lehnt die Regelung zur Einführung apothekenbezogener Ausschreibungen in der Onkologie vehement ab. Der Wortlaut des Satzes 4 in § 129 Abs. 5 SGB V stellt keineswegs eine „friktionsfreie orts- und zeitnahe Versorgung“ durch herstellende Apotheken sicher. Das Gegenteil wird der Fall sein.

Die Krankenkassen sollen offenbar kollektiv („einheitlich und gemeinsam“) – neben der kollektiv wirkenden Anlage 3 zur Hilfstaxe und neben den regionalen Rabattverträgen der Krankenkassen mit den pharmazeutischen Unternehmen gem. § 130a Abs. 8c SGB V – zusätzlich nun auch noch Verträge mit einzelnen Apotheken aus einem Landesapothekerverband schließen. Das soll angeblich das Wirtschaftlichkeitsgebot umsetzen, ohne die Qualität und die Sicherheit der Versorgung einzuschränken.

Es fehlt gänzlich an Parametern und Vorgaben, die eine entsprechende qualitätsbezogene und sichere Versorgung durch qualifizierte herstellende Apotheken sicherstellen würden – sowohl kurz-, mittel- als auch längerfristig. Wir bleiben dabei – der Vorschlag zerstört ohne jeden Nutzen absolut versorgungsnotwendige, resiliente regionale Versorgungsstrukturen: **Kurze Wege, kurzfristige Therapieanpassungen für die Patienten und eine verlässliche Zusammenarbeit zwischen Arztpraxis und befähigter Apotheke wird es in dem neuen Ausschreibungsmodell nicht mehr geben.**

- Der geplante Zuschnitt der Verträge auf Apotheken, die einem Landesapothekerverband angehören, führt dazu, dass all jene **onkologischen Praxen**, deren Versicherte bislang über die LAV-Gebietsgrenzen hinaus versorgt worden sind, **mit mehreren kassenseitig gewählten Apotheken je nach LAV-Gebiet** zu kooperieren hätten.

Wie dieser Ansatz zu einer „friktionsfreien“ Versorgung führen soll, ist uns unerklärlich: **Wieder läge die Last dem „richtigen“ Ausschreibungsgewinner für den „richtigen“ Patienten hinterher zu telefonieren, wann die onkologische Zubereitung kommt, bei den Arztpraxen. Es ist keineswegs die Sorge ausgeräumt, dass die Patienten wieder warten müssen, ob und wann ihre Infusionstherapie eintrifft.**

Dass die einheitlich und gemeinsam geschlossenen Verträge der Kassen auf regionaler Ebene eine „friktionsfreie orts- und zeitnahe Versorgung“ für die Arztpraxen und deren Patienten sicherstellen, ist eine Illusion und wird mit dem angedachten Regelungskonzept nicht durchführbar sein.

- Andersherum dürfte eine befähigte Apotheke offenbar nicht mehr über die Landesgrenze ihres LAV-Gebietes hinaus onkologische Patienten versorgen, obwohl sie dies zeit- und ortsnahe wegen der Nähe zur entsprechenden onkologischen Praxis tun könnte, wenn im angrenzenden LAV-Gebiet eine andere Apotheke von den Kassen

zur Sicherstellung bestimmt worden ist. Dieser „LAV-Gebietszuschnitt“ beschränkt das Tätigwerden der Apotheken auf ihren LAV-Bereich, obwohl es für solch eine **gravierende Einschränkung der Berufsausübungsfreiheit kein einziges tragfähiges Argument gibt.**

D.h., die Krankenkassen entscheiden zu lassen, wie sie die künftigen Versorgungsgebiete einem ggf. exklusiven Versorgungspartner des entsprechenden LAV-Gebietes zuteilt, bedeutet für alle anderen **befähigten Apotheken, auf einen Schlag komplett von der Versorgung onkologischer Patienten abgeschnitten zu werden.** Angesichts des Bezugs auf das LAV-Gebiet könnten sich befähigte Apotheken noch nicht einmal im Nachbar-LAV-Gebiet auf eine Versorgung „bewerben“.

Im Ergebnis führt der nun auf dem Tisch liegende Vorschlag zu einer noch **extremere Marktkonzentration auf wenige Apotheken**, als es in der Situation 2016/2017 der Fall war. Alle anderen Apotheken wären im Bereich der Versorgung von Krebspatienten außen vor. Der Gesetzgeber muss sich klarmachen, dass er damit eine schwerwiegende strukturelle Entscheidung für weit mehr Versorgungsbereiche als die Onkologie trifft: **Herstellende Apotheken, die nicht mehr im Bereich der Onkologie tätig sein können, werden auch andere Versorgungsbereiche wie die Palliativversorgung oder die Versorgung mit parenteralen Ernährungslösungen für Schwerstkranke nicht fortführen können, da man damit kein Reinraumlabor unterhalten kann. Auch das geht alles zu Lasten der Versorgungsstrukturen vor Ort und in aller erster Linie zu Lasten der betroffenen Krebspatienten und anderweitig Schwersterkrankten.**

- Nach der vorgeschlagenen Regelung soll es nur darauf ankommen, wo die „abgebende“ Apotheke ihren Sitz hat, nicht aber woher ein etwaiger Hersteller der Zubereitungen, sei es ein Herstellungsbetrieb nach § 13 AMG oder eine Krankenhausapotheke, liefert. Der **Regelungsvorschlag ist damit ganz offensichtlich nicht geeignet, regionale Versorgungsstrukturen zu erhalten.**

Im Gegenteil: Das neue Regelungskonzept schließt es nicht aus, dass nur noch solche Apotheken von den Krankenkassen als Ausschreibungsgewinner ausgewählt werden, die bislang gar nicht in der onkologischen Versorgung tätig sind. Diese könnten „orchestriert“ durch ein oder zwei Herstellungsbetriebe bundesweit die Versorgung der onkologischen Praxen gestützt auf § 11a ApBetrO i.V.m. § 21 AMG in den LAV-Gebieten vollständig übernehmen. **Damit werden die gewachsenen regionalen Versorgungsstrukturen durch leistungsfähige und befähigte Apotheken, die aktuell die Versorgung der Krebspatienten in ihren eigenen Reinraumlaboren sicherstellen, dauerhaft zerstört.** Um es noch einmal zu sagen: Ein Reinraumlabor lässt sich nicht für zwei Jahre zuschließen, um es danach wieder aufzuschließen und in Betrieb zu nehmen.

Auch insoweit wird von einer „friktionsfreien orts- und zeitnahen Versorgung“ keine Rede mehr sein können. Qualität und Sicherheit sinken automatisch zu Lasten der Patienten.

- Zur Umsetzung des Wirtschaftlichkeitsgebots: Dem Wirtschaftlichkeitsgebot wird mit den fortlaufenden Vereinbarungen und Schiedssprüchen zur Anlage 3 zur Hilfstaxe vollständig Genüge getan. Der zuletzt zum 1. Oktober 2026 in Kraft getretene Schiedsspruch zu den Arzneimittelpreisen verlangt von den Apotheken ein sehr niedriges, auf dem Markt zuvor nicht dagewesenes Preisniveau, das die Apotheken erst einmal mit der pharmazeutischen Industrie verhandeln können müssen. Das Ergebnis ist offen.

D.h., auf der Ebene der Arzneimittelpreise wird nichts zu holen sein, was nicht über die Anlage 3 zur Hilfstaxe und die zusätzlich möglichen Rabattverträge mit der Industrie auf regionaler Ebene nach § 130a Abs. 8c SGB V schon realisiert ist.

Damit verbleibt nur noch der Arbeitspreis für die einzelne applikationsfertige Einheit, die im Reinraumlabor der Apotheken hergestellt werden. Hier hat die Schiedsstelle den Apotheken für Zytostatika-Zubereitungen gerade einmal 4,17 EUR mehr ab dem 1. Oktober 2026 zugesprochen, obwohl die Lohnkosten, die Energiekosten und die regulatorischen Anforderungen zur Herstellung entsprechender Zubereitungen derart angestiegen sind, dass eine Erhöhung – gutachterlich belegt – um mehr als 63,89 EUR hätte erfolgen müssen.

D.h., auch insoweit ist die Zitrone ausgepresst, da die realen Kostenzuwächse und der Vergütungszuwachs eklatant auseinanderfallen. Auch hier gibt's nichts zu sparen, **will man das Qualitäts- und Sicherheitsniveau für die onkologischen Patienten nicht absenken.**

Es ist zudem ein **bürokratischer, ökonomisch nicht zu rechtfertigender Overkill** anzunehmen, dass man neben der sich stetig zu Gunsten der Kassen anpassenden Anlage 3 zur Hilfstaxe und den kassenseitig bestimmbaren Direktabatten der pharmazeutischen Industrie nun noch ein zusätzliches Ausschreibungsvertragswerk auf der Apothekenebene braucht.

- Der neue Regelungsvorschlag führt **wettbewerbspolitisch zu massiven Fehlanreizen und zur Fehlsteuerung.**

Der Vorschlag schafft ein gesetzlich induziertes Nachfragemonopol auf der Ebene der Landesebene der Krankenkassen. Dies führt notwendig zu einer massiven Vermachtung der Marktseite der Krankenkassen, während auf der Angebotsseite zunächst einzelne Apotheken ohne jegliche Verhandlungs- und Preissetzungsmacht stehen. Dieses in dem Regelungskonzept angelegte Ungleichgewicht ist geeignet, einen Preiswettbewerb, der die angestrebte „wirtschaftliche Versorgung“ sicherstellen könnte, nachhaltig zu stören und zu zerstören.

Wählen die Krankenkassen einzelne Apotheken als exklusive Versorgungspartner, wird dies dazu führen, dass Apotheken, die von den Kassen nicht ausgewählt werden, aufgrund der Marktabstottung aus dem Markt zwangsläufig ausscheiden müssen. Mittelfristig werden nur sehr wenige Apotheken im Markt verbleiben; in einzelnen Versorgungsgebieten womöglich nur diejenige Apotheke, die den exklusiven Vertrag erhalten hat. Damit wird der Preiswettbewerb spätestens in folgenden Vergaberunden ausgehebelt, wenn den Krankenkassen keine zusätzliche Bieter mehr zur Verfügung stehen; die dann herrschende Vermachtung auf beiden Marktseiten wird zudem sowohl Innovationsanreize wie auch Anreize zur Hebung wettbewerblicher Potentiale seitens der Kostenträger mindern.

Wählen die Krankenkassen ein Open House Modell, bestehen nicht geringere Risiken für den Wettbewerb: Es ist zu befürchten, dass wenige Herstellungsbetriebe kurzfristig nicht auskömmliche Abschlüsse gewähren, in der berechtigten Erwartung, dass herstellende Apotheken diesem Unterbietungswettbewerb unter Einstandspreis nicht werden standhalten können und aus dem Markt ausscheiden. Im Ergebnis wird auch dies erwartbar zu steigenden, statt sinkenden Preisen führen.

Weiterhin führt das Regelungskonzept zu einer gesetzlich angeordneten Marktaufteilung. Der bestehende bundesweite Markt wird künstlich in Teilmärkte aufgeteilt; der bisher bestehende Wettbewerb zwischen Apotheken über LAV-Gebietsgrenzen hinweg wird unterbunden. Die wettbewerbliche Schädlichkeit künstlicher Marktaufteilungen ist unbestritten. Welche Vorzüge sich konkret aus einer solchen angeordneten Marktaufteilung ergeben sollen, ist weder der Gesetzesbegründung zu entnehmen noch im Übrigen nachvollziehbar.

- Das neue Regelungskonzept birgt nicht nur das Risiko wettbewerbspolitischer Fehlanreize. Er setzt alle **beteiligten Akteure zudem massiven kartellrechtlichen Risiken** aus.

Auch im Gesundheitswesen findet das Kartellrecht Anwendung, sofern keine ausdrückliche gesetzliche Ausnahme besteht. § 69 Abs. 2 Satz 1 SGB V erklärt u.a. §§ 1 bis 3 Abs. 1 sowie §§ 19 bis 21 GWB für die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen und ihrer Verbände zu Leistungserbringern einschließlich der Apotheken für entsprechend anwendbar. Die Rückausnahme des § 69 Abs. 2 S. 2 SGB V greift vorliegend nicht, weil es sich nicht um Verträge handelt, zu deren Abschluss die Krankenkassen verpflichtet sind.

Die gemeinsame Vertragsgestaltung durch die Krankenkassen im Rahmen einer gesetzlichen Ermächtigung stellte aber nur dann keine kartellrechtliche Wettbewerbsbeschränkung dar, solange die gesetzlichen Vorgaben abschließend sind und keinen wettbewerblichen Spielraum für die Akteure lassen. Das ist hier aber gerade nicht der Fall.



Damit sind etwaige Verträge der Krankenkassen mit Apotheken einem erheblichen Risiko der Unwirksamkeit nach § 1 GWB (Kartellverbot), § 19 GWB (Missbrauch einer marktbeherrschenden Stellung und § 20 GWB (Missbrauch von relativer Marktmacht) ausgesetzt.

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen vereinen als Nachfrager den ganz überwiegenden Teil der Nachfrage auf sich und sind damit ohne Wettbewerb oder jedenfalls keinem wesentlichen Wettbewerb ausgesetzt (18 Abs. 1 GWB). Das neue Regelungskonzept erlaubt zwar die Konzentration von Marktmacht. Da es aber weder eine Verpflichtung zum Vertragsschluss noch Vorgaben dazu enthält, mit wem, nach welchen Kriterien und welchen Inhalten die Verträge abzuschließen sind, unterliegen die Krankenkassen insoweit voll der Missbrauchskontrolle der §§ 19, 20 GWB.

Auch insoweit ist nicht ansatzweise mit einer „friktionsfreien“ Versorgung, sondern mit langwierigen und teuren Rechtsstreitigkeiten für alle Beteiligten zu rechnen.

Berlin, 5. Oktober 2026

Michael Marxen
Präsident