

Deutscher Apothekertag 2026

**Anträge zur Hauptversammlung der deutschen
Apothekerinnen und Apotheker**

Inhaltsverzeichnis

1.	Rahmenbedingungen der Berufsausübung	6
1.a)	Allgemeine Rahmenbedingungen	7
1.1	Ordnungsrechtliche Rahmenbedingungen für Apotheken	8
1.2	Umsetzung und Vervollständigung der Apothekenreform	10
1.3	Reform des § 1 Absatz 1 ApoG	12
1.4	Apotheken als starke Partner in der Primärversorgung	16
1.5	Apothekenrechtliche Verankerung der assistierten Telemedizin in ApoG und ApBetrO	18
1.6	Mehr räumliche Flexibilität für moderne Beratungsleistungen in Apotheken	19
1.b)	Pharmazeutische Dienstleistungen	20
1.7	Einführung der pDL Wechseljahre	21
1.8	Gesundheitsschädliche Genussmittel eindämmen	23
1.9	Digitale Unterschrift bei pDL ermöglichen	24
1.10	Einführung der subkutanen Applikation durch pharmazeutisches Personal in Apotheken als Dienstleistung für Selbstzahler*innen	25
1.c)	Pflege	26
1.11	Rechtssicherheit für die Arzneimittelversorgung in ambulanten Pflegesituationen schaffen – Vor-Ort-Apotheken stärken, Arzneimitteltherapiesicherheit fördern	27
1.12	Einführung pharmazeutischer Dienstleistungen im Bereich Pflege (PDL Pflege)	30
1.13	Einführung der pDL pharmazeutischer Hausbesuch für pflegende Angehörige - Pflegende Angehörige und ihre zu Pflegenden pharmazeutisch unterstützen	32
1.d)	Versandhandel	33
L 1 zu	Versandhandel mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln verbieten zum Schutz der Arzneimittel- und Patient*innensicherheit	34
1.14.1	Versandhandel mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln verbieten	36
1.14.2	Verbot des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zum Schutz der Arzneimittel- und Patient*innensicherheit	37
1.15	Durchsetzung der Preisbindung im GKV-Sachleistungsprinzip gegenüber inländischen und ausländischen Versandapotheken	39
1.16	Wirksame Unterbindung unzulässiger Rabatte auf gesetzliche Zuzahlungen bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln	41
1.17	Gesetzgeberische Maßnahmen gegen zunehmenden Arzneimittelmissbrauch	42
1.e)	Honorierung und Zuzahlung	44
1.18	Preisberechnung nach AMPPreisV	45
1.19	Regelung zukünftiger Verhandlungen zwischen DAV und GKV-SV bezüglich der Apothekenvergütung	46
L 2 zu	Herauslösung der Apotheken aus Inkassofunktion bezüglich des Herstellerrabattes	48
1.20.1	Herauslösung der Apotheken aus Inkassofunktion	49

1.20.2	Herstellerrabatt	50
L 3 zu	Entlastung der Apotheken durch die Übertragung der Erhebung gesetzlicher Arzneimittelzuzahlungen von den Leistungserbringern auf die gesetzlichen Krankenkassen	51
1.21.1	Entlastung der Apotheken durch die Übertragung der Erhebung gesetzlicher Arzneimittelzuzahlungen auf die gesetzlichen Krankenkassen	55
1.21.2	Einzug gesetzlicher Zuzahlungen durch gesetzliche Krankenkassen statt durch Leistungserbringer	58
1.21.3	Herauslösung der Apotheken aus Inkassofunktion	61
1.22	Zuzahlungseinzug durch Apotheken entbürokratisieren und angemessen vergüten	62
1.23	Zuzahlungen: - Vollständige Erstattung durch Kostenträger im Falle des Zahlungsausfalles - Kostenerstattung für Übernahme des Zuzahlungseinzuges - Einzug durch alle an der Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer	64
1.24	Rechtssichere Direktabrechnung mit privaten Krankenversicherungen sicherstellen	67
1.25	Schutz der Apotheken vor wirtschaftlichen Folgen gefälschter Verordnungen	68
1.f)	Wettbewerb	70
L 4 zu	Konsequente Ahndung von Verstößen gegen das Heilmittelwerbe-gesetz bei Influencer-basierter Werbung sowie Anpassung des Heilmittelwerbe-gesetzes	71
1.26.1	Konsequente Ahndung von Verstößen gegen das Heilmittelwerbe-gesetz bei Influencer-basierter Werbung	74
1.26.2	Arzneimittel sind keine Lifestyleprodukte - Bagatellisierung in sozialen Medien stoppen	75
1.26.3	Heilmittelwerbe-gesetz der medialen Realität anpassen	77
1.27	Schutz des Vertrauensverhältnisses im Gesundheitswesen: Verbot missbräuchlicher Deepfakes	78
1.g)	Bürokratieabbau	80
1.28	Stärkung des Präventionsangebots Impfen durch Bürokratieabbau	81
1.29	Hilfsmittelversorgung – Bürokratieabbau und Vereinfachung der Dokumentation	83
L 5 zu	Verpflichtung zur Übermittlung der Chargenbezeichnung streichen oder auf die anlassbezogene Übermittlung begrenzen	84
1.30.1	Verpflichtung zur Übermittlung der Chargenbezeichnung streichen	86
1.30.2	Chargenübermittlung	87
1.31	Ablehnung eines ärztlichen Dispensierrechts	89
2.	Ausbildung und pharmazeutische Kompetenz	90
2.1	Approbationsordnung für Apotheker schnellstmöglich novellieren	92
2.2	Modernisierung der Approbationsordnung für Apotheker und Verankerung der Pharmakotherapie als Leitkompetenz der pharmazeutischen Ausbildung	94
2.3	Aufnahme von innovativen Lehr- und Prüfungsformaten in die Approbationsordnung	95

2.4	Einführung einer Teilzeitoption im Praktischen Jahr durch Anpassung der Approbationsordnung für Apotheker	97
2.5	Einführung eines strukturierten klinischen Qualifikationsprogramms „PharmD“ zur Stärkung der patient*innennahen Pharmazie	99
2.6	Weiterentwicklung überregionaler Fortbildungsformate	100
2.7	Finanzielle Förderung der Qualifizierung von Apotheker*innen unter Aufsicht	102
2.8	PTA-Ausbildung stärken - Vernetzung fördern und moderne Ausbildungsmodelle ermöglichen	103
3.	Digitalisierung	104
3.1	Versorgung zum Maßstab der Digitalisierung machen	106
3.2	Digitalstrategie der Apothekerschaft	107
3.3	Sicherstellung der verpflichtenden Ausstellung des E-Rezeptes	109
3.4	Qualität elektronischer Verordnungen sicherstellen	110
3.5	Schadensersatz bei TI-Ausfällen	113
3.6	Elektronische Signierung der Nachweisführung bei Betäubungsmitteln ermöglichen	114
4.	Sicherstellung der Versorgung durch Apotheken	115
4.1	Krisenpharmazie	116
4.2	Sicherstellung der Versorgung und Handlungsfähigkeit in Krisenlagen	118
4.3	Wirtschaftliche Unterstützung der Apotheken zur Steigerung ihrer Resilienz	121
4.4	Krisenresilienz Krankenhausapotheken	122
4.5	Verbesserung der Arzneimittelversorgung bei der Entlassung aus stationärer Behandlung	123
4.6	Änderung der Regelungen für Entlassrezepte zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Arzneimittelversorgung	125
4.7	Versorgung mit Rezepturarzneimitteln für den ärztlichen Praxis- und Sprechstundenbedarf rechtssicher gewährleisten (Bundesverwaltungsgericht, Urteil vom 12. März 2026, Az. 3 C 2.24)	126
5.	Sonstiges	128
5.1	Stärkung der demokratischen Legitimation, Transparenz und Bindung der ABDA an die Apotheker*innen in der Fläche	129
5.2	Professionalisierung der Verhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband	132
5.3	Änderung des Verfahrens für einen OTC-Switch	134

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Resolution

Apotheken sind Orte der Gesundheitsversorgung für alle Menschen.

In öffentlichen Apotheken und Krankenhausapotheken begegnen wir Patientinnen und Patienten in ihrer ganzen persönlichen und gesellschaftlichen Vielfalt mit Respekt, Offenheit und fachlicher Verantwortung.

Vielfalt prägt den Alltag unseres Berufsstandes, unsere Teams und die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen. Ein offenes und wertschätzendes Miteinander stärkt die Versorgung und unsere Gesellschaft.

Als Angehörige eines Heilberufs tragen Apothekerinnen und Apotheker besondere Verantwortung für die Würde und Gesundheit jedes Menschen. Daraus folgt für uns ein klares Bekenntnis zu Menschlichkeit, Toleranz, Freiheit, Gleichberechtigung und zur freiheitlich demokratischen Grundordnung.

Gerade in Zeiten gesellschaftlicher Veränderungen und zunehmender Polarisierung wollen Apotheken Orte des Vertrauens, der Begegnung und des respektvollen Miteinanders sein.

Eine verlässliche Gesundheitsversorgung braucht Vertrauen. Vertrauen entsteht dort, wo Menschen sich sicher, respektiert und angenommen wissen.

Der Deutsche Apothekertag bekennt sich zu einer offenen, vielfältigen und demokratischen Gesellschaft und zu einer pharmazeutischen Versorgung, die jedem Menschen mit gleicher Achtung begegnet.

Menschlichkeit kennt keine Ausgrenzung. Vielfalt ist unsere Stärke. Demokratie ist unsere gemeinsame Verantwortung.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

1. Rahmenbedingungen der Berufsausübung

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

1.a) Allgemeine Rahmenbedingungen

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 1.1
angenommen

Antragsteller: ABDA-Vorstand

Antragsgegenstand: Ordnungsrechtliche Rahmenbedingungen für Apotheken

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber auf, sichere und verlässliche ordnungsrechtliche Rahmenbedingungen für die inhabergeführten öffentlichen Apotheken und die Krankenhausapotheken in Deutschland zu gewährleisten.

Neben verlässlichen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen bedarf es konsistenter ordnungsrechtlicher Regelungen, insbesondere im Apotheken- und Arzneimittelrecht. Sie müssen das Ziel berücksichtigen, zum Wohle der Bevölkerung die Arzneimittelversorgung unter allen Umständen über die Apotheken von Ort zu sichern und zu stärken, damit auch zukünftig die Menschen wohnortnah und flächendeckend rund um die Uhr versorgt werden können.

Arzneimittel sind beratungsbedürftige und sensibel zu handhabende Güter, die im Umgang besondere Ausbildung sowie Vorsicht, Umsicht und Information erfordern. Patient*innen sind wegen ihrer besonderen persönlichen Situation in der Regel besonders schutzbedürftig. Sie sind daher keine Kund*innen im marktwirtschaftlichen Sinne. Diesem Umstand tragen die apothekenrechtlichen und arzneimittelrechtlichen Vorschriften bezogen auf die Arzneimittelversorgung durch Apotheken Rechnung. An den bestehenden Regelungen zum Fremd- und Mehrbesitzverbot, der Apothekenpflicht sowie der freien Apothekenwahl ist zwingend festzuhalten. Gestaltungen, durch die die Arzneimittelversorgung in Bereiche umgeleitet werden, in denen es an diesen rechtlichen Sicherheitsbedingungen fehlt, sind dem Patient*innenwohl abträglich und werden abgelehnt.

Der Trivialisierung von Arzneimitteln ist entschieden entgegenzuwirken.

Begründung

Der ordnungsrechtliche Rahmen ist der Garant für eine ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung der Bevölkerung in der Fläche rund um die Uhr.

Wichtig bei der Konzeption und Umsetzung aller Maßnahmen wird es sein, die bewährten ordnungsrechtlichen Rahmenbedingungen sowohl für öffentliche Apotheken als auch für Krankenhausapotheken beizubehalten und punktuell noch zu verbessern. Hierzu zählen neben dem Fremdbesitzverbot insbesondere auch das Mehrbesitzverbot (Vorgaben für Filialapotheken), die grundsätzliche Apothekenpflicht für Arzneimittel, die einheitliche Preisbildung für verschreibungspflichtige Arzneimittel, die gleichberechtigte Vertragspartnerschaft zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und dem Deutschen Apothekerverband e. V. sowie die jeweils sektorale Zuständigkeit von öffentlichen Apotheken und Krankenhausapotheken.

Maßnahmen zur weiteren Digitalisierung der Gesundheitsversorgung werden von der deutschen Apothekerschaft befürwortet. Apotheken sind insbesondere bei der Digitalisierung des

Gesundheitswesens verlässliche Vorreiter bei der praktischen Umsetzung. Um die von ihnen übernommenen Aufgaben weiterhin gegenüber der Gesellschaft erbringen zu können, brauchen sie allerdings die rechtlichen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen, die ihnen dies auch ermöglichen.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 1.2
angenommen

Antragsteller: ABDA-Vorstand

Antragsgegenstand: Umsetzung und Vervollständigung der Apothekenreform

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetz- und Verordnungsgeber auf Bundesebene sowie die zuständigen Landesbehörden auf, die Umsetzung der durch das Apothekenversorgung-Weiterentwicklungsgesetz (ApoVWG) sowie die Änderungsverordnung zur Apothekenbetriebsordnung und Arzneimittelpreisverordnung neu eingeführten rechtlichen Rahmenbedingungen engmaschig zu beobachten. Insbesondere ist erkannter Ergänzungs- und Korrekturbedarf rechtzeitig anzugehen, um so die mit der Apothekenreform im Interesse der Patient*innen intendierte Verbesserung der wohnortnahen Versorgung tatsächlich zu erreichen und die inhabergeführten öffentlichen Apotheken weiter zu stärken.

Begründung

Mit dem ApoVWG und den Änderungen in der Apothekenbetriebsordnung sowie der Arzneimittelpreisverordnung ist die im Koalitionsvertrag zugesagte Apothekenreform umgesetzt worden. Neben der Verbesserung der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen ist die verstärkte Nutzung der pharmazeutischen und heilberuflichen Kompetenz der öffentlichen Apotheken ein zentrales Merkmal dieser Reform. Die Apothekerschaft steht bereit und hat schon begonnen, dies in der Praxis umzusetzen. Gleichzeitig zeichnet sich ab, dass die beschlossenen Maßnahmen noch verbessert und ergänzt werden können, um das mit der Reform verfolgte Ziel vollumfänglich zu erreichen. Insbesondere betrifft dies folgende Aspekte:

Die Apothekenreform enthält liberalisierende Elemente, welche sich mittel- bis langfristig schädlich auf die bewährte Struktur der inhabergeführten öffentlichen Apotheke auswirken können. Zu nennen ist hier insbesondere die „praktische Erprobung einer vorübergehenden Aufrechterhaltung des Apothekenbetriebs“ ohne Anwesenheit eines*einer Apothekers*Apothekerin. Auch die erleichterte Erweiterungsmöglichkeit von Betriebserlaubnissen um bis zu zwei Zweigapotheken kann negative Folgen nach sich ziehen. Die zuständigen Landesbehörden sind aufgerufen, bei der Prüfung von Anträgen in jedem Einzelfall ihr pflichtgemäßes Ermessen sorgfältig auszuüben. Daneben sollte seitens der Bundesregierung das Ziel weiterverfolgt werden, widerspruchsfreie und stabile regulatorische Rahmenbedingungen zu sichern.

Der Koalitionsvertrag sieht ausdrücklich vor, einheitliche Vorgaben für Vor-Ort-Apotheken und Versandapotheken zu etablieren. Dies ist in der Apothekenreform nur eingeschränkt gelungen. Zum einen hat die Bundesregierung aufgrund von Einwänden der EU-Kommission in einem Notifizierungsverfahren darauf verzichtet, konkrete Qualitätsanforderungen an Logistikdienstleister zu verankern, die von Versandapotheken beauftragt werden. Hier bleibt also eine behördliche Überwachung weitgehend unmöglich. Zum anderen hat der Gesetzgeber die Forderung der ABDA nach einer staatlichen Sanktionierung von Verstößen gegen die Arzneimittelpreisbindung nicht berücksichtigt. Hier besteht weiterhin dringender Nachbesserungsbedarf,

da die im Rahmenvertrag nach § 129 SGB V verankerte Paritätische Stelle die im Gesetz vorgesehenen Vertragsstrafen und Versorgungsausschlüsse aufgrund immenser Haftungsrisiken für DAV und GKV-SV faktisch nicht durchsetzen kann. Die Durchsetzung der Gleichpreisigkeit in der GKV-Versorgung als konstitutivem Element der solidarischen Krankenversicherung im Sachleistungsprinzip ist staatliche Aufgabe.

Die beschlossene Erhöhung der Apothekenvergütung ist zwar begrüßenswert, wird aber sowohl durch eine verspätete und nur stufenweise Anhebung als auch durch parallel beschlossene Zusatzbelastungen (insbes. erhöhter GKV-Abschlag) und Kostensteigerungen (insbes. erhöhter Mindestlohn) zu einem großen Teil aufgezehrt. Im Rahmen der künftigen Verhandlungen zwischen dem Deutschen Apothekerverband e. V. (DAV) und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) wird es daher maßgeblich darauf ankommen, verlässliche und stetige Anpassungen in den kommenden Jahren vorzunehmen und dies an einer sachgerechten Gewichtung der gesetzlichen Maßstäbe zu bemessen. Der Verordnungsgeber ist aufgerufen, die gefundenen Anpassungsempfehlungen der Verhandlungspartner zügig und ohne Abstriche umzusetzen, insoweit sie dem vorrangigen Ziel der Sicherung einer wohnortnahen, hochwertigen Arzneimittelversorgung im gesamten Bundesgebiet dienen.

Mit der Erweiterung von Austauschmöglichkeiten im Fall der Nichtverfügbarkeit und der Einschränkung von Nullretaxationen aus formalen Gründen trägt die Reform aner kennenswert zur Entbürokratisierung und Erleichterung einer zeitnahen Versorgung bei. Gleichzeitig besteht hier aber auch noch deutliches Ergänzungspotential. Hierzu und auch zu weiteren Regelungsoptionen hat die ABDA in ihren Stellungnahmen zur Apothekenreform konkrete Vorschläge unterbreitet, die weiterhin umgesetzt werden sollten.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 1.3
abgelehnt

Antragsteller: Apothekerverband Westfalen-Lippe e. V.
Antragsgegenstand: Reform des § 1 Absatz 1 ApoG

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker spricht sich dafür aus, sich auf Grundlage eines durch die ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V. näher zu erarbeitenden, konkreten (Reform-)Gesetzgebungsvorschlages dafür einzusetzen, den Versorgungsauftrag für die bundesdeutschen Präsenzapotheken den Realitäten anzupassen, also über die Abgabe von Arzneimitteln und Medizinprodukten hinaus zu verstehen – und dadurch zugleich vom Angebot der (europäischen) Versandapotheken trennscharf abzugrenzen.

Begründung

Nach dem Wortlaut der derzeitigen Regelungen des Apothekengesetzes (ApoG) sowie der auf dem ApoG beruhenden Regelungen der Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) erstreckt sich der Versorgungsauftrag der Apotheken (allein) auf die Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln (§ 1 Absatz 1 ApoG) und Medizinprodukten (§ 1 Absatz 1 Satz 1 Alternative 2 ApBetrO). Die Gesetzeslage trägt damit der deutlich umfangreicheren Versorgung, die durch Präsenzapotheken faktisch erbracht wird, nicht ausreichend Rechnung. Zugleich stellt sie ein Hemmnis für eine differenzierende Betrachtung und infolgedessen gesetzgeberisch unterschiedliche Behandlung von Präsenz- und Versandapotheken dar. Eine konsequente Weiterentwicklung des Versorgungsbegriffs orientiert an Bedeutung und Leistungsfähigkeit der Präsenzapotheken, am medizinischen Fortschritt sowie an den Notwendigkeiten und Herausforderungen, denen sich die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung ganz generell gegenüber sieht, wird so zudem erschwert.

Deutlich ausgeweitetes Leistungsspektrum

Das Leistungsspektrum der öffentlichen Apotheken ist in den zurückliegenden Jahren stetig ergänzt und erweitert worden. Der jüngste Baustein in einer Reihe von Reformgesetzen ist das zum 2. Juli 2026 in Kraft getretene Apothekenversorgung-Weiterentwicklungsgesetz (ApoVWG), durch das u. a. das bisherige Portfolio an pharmazeutischen Dienstleistungen deutlich ausgeweitet wurde. Die Apotheken impfen ferner nicht mehr nur gegen Covid-19 und Grippe, sondern verimpfen alle Totimpfstoffe¹. Sie können Testungen durchführen sowie Blutentnahmen vorbereiten und durchführen. Und im durch das Digital-Gesetz neu eingefügten § 129 Absatz 5h Satz 2 Nummer 1-3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) ist für Apotheken schließlich die Möglichkeit geschaffen worden, Maßnahmen der assistierten Telemedizin (aTM)² anzubieten.

¹ Das Impfen stellt nach überwiegender Meinung eine heilkundliche Tätigkeit dar, vgl. bspw. Ev Tebroke, PZ.online v. 20.02.2020, „Apothekerkammern stellen Weichen fürs Impfen“, abzurufen unter: <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/apothekerkammern-stellen-weichen-fuers-impfen-115794/>

² Ob und inwieweit mit der aTM in der Apotheke aktuell oder künftig auch heilkundliche Tätigkeitsfelder berührt sein können, ist derzeit, wie vieles andere bzgl. der aTM, noch unklar.

Unübersehbar ist damit, was bereits der gewählte amtliche Gesetzestitel unmissverständlich zum Ausdruck bringt: Es wurde und wird eine Weiterentwicklung der Apothekenversorgung angestrebt. Der Regierungsentwurf zum ApoVWG führt neben der Schaffung verbesserter wirtschaftlicher Rahmenbedingungen für die inhabergeführten Apotheken als Gesetzesziel dann auch wie folgt aus³:

„(...) Zudem ändern sich Versorgungsbedarfe und -strukturen vor Ort. Neben dem Kernauftrag der Arzneimittelversorgung haben Apotheken in den letzten Jahren bewiesen, dass sie auch in anderen Leistungsbereichen Tätigkeiten qualitativ hochwertig ausführen und zu einem hohen Patientennutzen beitragen können. Ihre vor Ort verfügbare pharmazeutische Expertise stellt eine wertvolle Ressource dar, die besser als bisher für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung genutzt werden soll, beispielsweise in der Prävention. (...)“

Der Berufsstand selbst bemüht sich seinerseits seit Jahren u. a. auf Grundlage von Positionspapieren⁴ um eine solche Weiterentwicklung. Jüngst hat die ABDA selbstbewusst gefordert, die Apotheken künftig noch stärker in die Primärversorgung einzubinden⁵.

Bereits aktuell entspricht es also den Realitäten, dass Patient*innen/Kund*innen die Apotheke aufsuchen, um eine Leistung in Anspruch zu nehmen, die nicht nur im Zusammenhang mit der Abgabe eines Arzneimittels steht oder gar von einer solchen abhängig ist. Nach Art, Umfang und Bedeutung handelt es sich dabei auch nicht (mehr) nur um „Neben“-Leistungen⁶. Vielmehr stehen diese mittlerweile neben der Arzneimittelversorgung und werden der Apotheke mit ihr (künftiges) Gepräge geben⁷. Nicht zuletzt die Politik verspricht sich von diesen neuen Leistungen eine (Kosten-)Entlastung im Gesundheitssystem sowie eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung.

Und selbstredend profitiert auch die Präsenzapotheke von der Erbringung der neuen Leistungen: Nicht nur, weil sich mit ihrer Hilfe die „Verwurzelung“ im Gesundheitssystem vertiefen lässt, sondern sie kann zudem neue Patient*innen/Kund*innen gewinnen und an sich binden. All das spricht bereits dafür, diese Leistungen zum „eigenen“ Versorgungsauftrag zu machen, sich zu ihnen zu bekennen. Erst recht muss dies aber vor dem Hintergrund des (richtigerweise) formulierten Anspruchs des Berufsstandes gelten, aufgrund von Expertise und struktureller Voraussetzungen in die Prävention im Sinne der Verhinderung von Krankheiten und Stärkung der Gesundheit umfangreich eingebunden zu werden. Das wird auf Dauer überzeugend nur gelingen, wenn man diese Ziele nicht nur unverbindlich befürwortet, sondern sie im Rahmen des § 1 Absatz 1 ApoG, § 1 Absatz 1 ApBetrO zum eigenen Auftrag „erhebt“.

Last but not least besteht in einer solchen ausdrücklichen Erweiterung des Versorgungsauftrages auch die Möglichkeit, sich vom Versandhandel abzugrenzen.

³ Vgl. Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Apothekenversorgung (Apothekenversorgung-Weiterentwicklungsgesetz – ApoVWG), Drucksache 21/4084, Seite 1, abzurufen unter: <https://dserver.bundestag.de/btd/21/040/2104084.pdf>

⁴ Vgl. bspw. das bereits 2014 verabschiedete, in 2022 aktualisierte „Perspektivpapier Apotheke 2030“ der ABDA, Stand Januar 2022, abzurufen unter: https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/Apotheke_2030/Apotheke_2030_2.0.pdf; die Kernpositionen der ABDA zur Bundestagswahl 2025, Stand Dezember 2024, abzurufen unter: https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/ABDA/ABDA_Kernpositionen_zur_Bundestagswahl_2025.pdf; ferner ABDA-Positionspapier „In eine gesunde Zukunft mit der Apotheke“, 10. April 2025, abzurufen unter: https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/Pressetermine/2025/Pk_20250409_forsa-Umfrage/Positionspapier_In_eine_gesunde_Zukunft_mit_der_Apotheke_2025.pdf

⁵ Vgl. ABDA-Positionspapier „Die zukünftige Rolle der Apotheke in der Primärversorgung“, Stand Juni 2026, abzurufen unter: https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/Pressetermine/2026/Pk_20260603_Apotheken_in_der_Primaerversorgung/ABDA_Positionspapier_Primaerversorgung_Juni_2026.pdf

⁶ Aktuell sind diese Leistungen als apothekenübliche Dienstleistungen im Sinne des § 1a Abs. 1 Nr. 2a-2d ApBetrO kategorisiert.

⁷ Dies folgt aus der normativen Kraft des Faktischen ebenso wie aus der Zielstellung des Gesetzgebers (vgl. erneut Fn. 3); § 2 Abs. 4 Satz 2 ApBetrO erscheint insoweit konsequenterweise ebenfalls „überholt“.

Abweichender Versorgungsauftrag Versandapotheke/Präsenzapotheke

Bereits betreffend die Arzneimittelversorgung war und ist – trotz gleicher Vergütung für verschreibungspflichtige Medikamente (Rx) – das Leistungsportfolio nicht mit dem von (bloßen) Versandapotheken identisch. Die Präsenzapotheke leistet qualitativ wie quantitativ deutlich mehr als eine Versandapotheke, so beispielsweise: Nacht- und Notdienst-Versorgung, Abgabe von Betäubungsmitteln, umfangreiche Rezepturerstellungen, temperatur- und qualitätsgesicherter Transport, Belieferung von T-Rezepten, Zyto- (§ 11 Absatz 2 ApoG, § 11a ApBetrO) oder Heimversorgung (§ 12a ApoG) – und das alles auf Grundlage der Möglichkeit eines direkten persönlichen Kontaktes einschließlich persönlicher Beratung⁸.

Erst recht gilt das aber nach Einführung der pharmazeutischen Dienstleistungen, der Impfleistungen, der aTM-Leistung etc. Das Landgericht Köln⁹ hat vor Kurzem einer ausländischen Versandapotheke untersagt, mit dem Passus „... und allem was eine echte Apotheke ausmacht“¹⁰ zu werben. Begründet wurde der Beschluss unter Hinweis darauf, dass auch wenn den Verbraucher*innen zwar bewusst sei, dass es zwischen einer Versandapotheke und einer Vor-Ort-Apotheke Unterschiede gebe – z. B. persönliche Beratung, Notdienst –, der Werbeslogan dennoch suggeriere, dass die Leistungsspektren im Übrigen identisch seien. Dies treffe jedoch nicht zu, denn bestimmte Leistungen würden durch die Versandapotheke überhaupt nicht erbracht, so beispielsweise pharmazeutische Dienstleistungen.

Auch an dieser Entscheidung zeigt sich exemplarisch, dass sich der „Markenkern“ der Präsenzapotheke nicht mehr nur von der Arzneimittelabgabe ableitet. Seit Inkrafttreten des ApoVWG gilt dies umso mehr.

Wenn aber das Leistungsspektrum und damit letztlich das, was die Präsenzapotheke ausmacht, so gravierend von dem des Versandhandels abweicht, ist es zumindest geboten¹¹, diesem Faktum durch entsprechend differenzierende rechtliche Regelungen Rechnung zu tragen. Allem voran würde dies für den Versorgungsbegriff in § 1 Absatz 1 ApoG, § 1 Absatz 1 ApBetrO gelten, wodurch die Sichtweise des Gesetzgebers unterstrichen würde, mit der durch die Präsenzapotheke – neben anderen Heilberufen – zu leistenden Gesundheitsversorgung der Bevölkerung andere Ziele und Erwartungen zu verbinden, als mit der bloßen Abgabe von Arzneimitteln durch den Versandhandel.

Differenzierende Ausgestaltung des Regelungsrahmens

Damit wäre die Diskussion einer Vielzahl von Themenfeldern eröffnet, die von Fragen der weiteren Präzisierung und Abgrenzung der Aufgabenbereiche von Präsenz- und Versandapotheke, der Ausgestaltung des Kontrahierungszwanges¹², des künftigen Verständnisses des Zuweisungsverbotes¹³ über Detailfragen beispielsweise zu den Anforderungen eines Rx-

⁸ Da von der Rx-Vergütung im Sinne einer „Mischkalkulation“ auch die Gemeinwohlpflichten umfasst sind, diese aber vom Versandhandel weitgehend nicht erfüllt werden, stellt sich wohl heute schon die Frage nach der verfassungsrechtlichen Rechtfertigung für eine unterschiedslose Rx-Vergütung.

⁹ Beschluss vom 23.04.2026, Az. 88 O 61/26 – rechtskräftig.

¹⁰ Die vollständige Werbeaussage lautete: „Mit persönlicher Beratung, Wechselwirkungscheck und allem, was eine echte Apotheke ausmacht.“

¹¹ Ob darüber hinaus mittlerweile sogar eine aus dem verfassungsrechtlichen Gleichheitsgrundsatz – der Gesetzgeber darf Gleiches nicht willkürlich unterschiedlich, muss aber auch Ungleiches entsprechend differenzierend behandeln – abzuleitende gesetzgeberische Pflicht bestehen könnte, ist gleichsam Tat- wie Rechtsfrage, die von der ABDA bzw. im Rahmen eines zu beauftragenden Gutachtens zu behandeln wäre.

¹² Siehe betreffend eines (differenziert auszugestaltenden) Kontrahierungszwanges der Apotheke im Bereich von Impfleistungen den DAT-Antrag Drs. 3.32 des AVWL zum DAT 2025.

¹³ Nach Auffassung des AVWL bedarf es aus verschiedenen Gründen – mit der Möglichkeit, aTM-Leistungen zu erbringen, dürfte ein weiterer Grund hinzugekommen sein – einer Reform des § 11 ApoG; siehe dazu den DAT-Antrag Drs. 2.22 des AVWL zum DAT 2024.

Transportes (Temperaturkontrolle)¹⁴ bis hin zu solchen einer nach Qualität und Umfang einer Leistung differenzierenden Vergütung¹⁵ reichen würden.

Weiterentwicklung des Versorgungsbegriffs

Über die mit dem ApoVWG verbundenen Chancen darf der Berufsstand zu Recht froh sein. Sollte die Politik die Präsenzapotheken künftig mit weiteren Leistungen im Rahmen der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung, so etwa im Rahmen der Prävention, „beauftragen“, sollten auch diese Gelegenheiten ergriffen werden. Medizinischer und technischer Fortschritt bringen weitere Möglichkeiten, aber auch Herausforderungen mit sich. Der Versandhandel wird mangels direktem Patient*innenkontakt in erster Linie Arzneimittel-Logistiker sein und bleiben. Jedenfalls kann es nur im Interesse des Berufsstandes sein, die Unterschiede gegenüber der Präsenzversorgung weiterhin zu untermauern und herauszustellen. Selbstverständlich ohne jemals die Arzneimittelversorgung aus der Hand zu geben!

Eine wohl überlegte Reform des § 1 Absatz 1 ApoG, wäre ein großer, in die Zukunft weisender und letztlich auch den ambitionierten Positionspapieren des Berufsstandes Rechnung tragender Schritt. Zugleich folgte ein solcher der Erkenntnis, dass der Versandhandel nach seiner Zulassung durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz zum 1. Januar 2004 nicht mehr wieder zu verbieten sein wird. Die 2016er-Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs und ihr folgend das Urteil des Bundesgerichtshofs vom 17. Juli 2025¹⁶ legen zudem nahe, dass Maßnahmen, die die europäische Warenverkehrs- und Dienstleistungsfreiheit berühren, im Zweifel unzulässig sind. Es gilt daher, die verbliebenen Spielräume so gut wie möglich zu nutzen¹⁷. Die Reform § 1 Absatz 1 ApoG wäre hierzu ein wichtiger Anfang.

¹⁴ Zur Forderung der Freien Apothekerschaft, den temperaturkontrollierten Versand höher zu vergüten siehe Marius Penzel, DAZ.online v. 20.05.2026, „Prüft der GKV-Spitzenverband, wie EU-Versender Arzneimittel liefern?“, abzurufen unter: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2026/05/20/prueft-der-gkv-spitzenverband-wie-eu-versender-arzneimittel-liefern-2>

¹⁵ Vgl. erneut Fn. 14 sowie Fn. 8.

¹⁶ Az. I ZR 74/24

¹⁷ Dazu zählt bspw. auch eine konsequente Verschärfung des § 7 HWG. Siehe dazu ausführlich Mand, A & R 2025, S. 299 ff., der u.a. wie folgt dazu ausführt: „*Unabhängig von ihrer rechtlichen Überzeugungskraft verstärkt die Fokussierung des BGH auf die Bekämpfung von Auswüchsen der Wertreklame ausländischer Versender durch das Heilmittelwerberecht jedenfalls die Notwendigkeit, § 7 HWEG endlich an die teils strikteren Vorgaben des Unionsrechts – insbesondere bei unmittelbar wirkenden Preisnachlässen auf OTC-Arzneimittel – anzupassen.*“

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 1.4
angenommen

Antragsteller: ABDA-Vorstand

Antragsgegenstand: Apotheken als starke Partner in der Primärversorgung

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber auf, die Vor-Ort-Apotheken bei der Weiterentwicklung der Primärversorgung systematisch als niedrigschwellige, wohnortnahe und flächendeckend verfügbare Versorgungsstruktur einzubinden und ihre Rolle als starke Partner im interprofessionellen Versorgungsgeschehen zu stärken. Hierfür sind geeignete gesetzliche, organisatorische und finanzielle Rahmenbedingungen zu schaffen, die eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung pharmazeutischer Leistungen, klar abgestimmte Zuständigkeiten und Schnittstellen mit den anderen Gesundheitsprofessionen sowie eine angemessene Vergütung ermöglichen.

Begründung

Die Primärversorgung steht angesichts des demografischen Wandels, zunehmender Versorgungsengpässe, begrenzter finanzieller und personeller Ressourcen sowie einer sinkenden Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung unter erheblichem Druck. Vor-Ort-Apotheken leisten bereits heute einen unverzichtbaren Beitrag: Sie sind flächendeckend vorhanden, ohne Termin erreichbar, niedrigschwellig zugänglich und bieten qualifizierte Beratung zu verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, Selbstmedikation, Prävention und Gesundheitsfragen.

Dieses Potenzial sollte in einer Reform der Primärversorgung konsequent genutzt werden. Apotheken können Patient*innen bei der gesundheitlichen Ersteinschätzung unterstützen, unkomplizierte Beschwerden einordnen und bei Bedarf strukturiert in die ärztliche Versorgung weiterleiten. Zudem sollte die Apotheke als Versorgungsebene in digitale Ersteinschätzungssysteme einbezogen werden. Darüber hinaus können Apotheken weitere Präventions- und Früherkennungsangebote niedrigschwellig bereitstellen und damit zur Gesundheitsförderung beitragen.

Die Apotheken sind bereit, sich mit weiteren Leistungen zur Stärkung des Gesundheitssystems einzubringen – sowohl zur Entlastung ärztlicher Akutprechstunden und Notdienste als auch in der Routineversorgung chronisch kranker und multimorbider Menschen. Dazu zählen beispielsweise die pharmazeutische Betreuung nach Krankenhausentlassung, Point-of-Care-Testungen, die Versorgung unkomplizierter, häufiger Erkrankungen auch mit definierten verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, die fortlaufende Pflege des Medikationsplans mit AMTS-Prüfungen sowie Leistungen zur Förderung der Therapietreue und der kontinuierlichen Versorgung.

Leitend muss dabei ein koordiniertes Zusammenwirken aller Gesundheitsprofessionen sein. Neue Aufgaben und Verantwortlichkeiten sind an den Kompetenzen der jeweiligen Professionen, am Versorgungsbedarf der Patient*innen sowie an klar definierten Schnittstellen auszu-

richten. Digitale Anwendungen wie die elektronische Patientenakte und telemedizinische Angebote sollten genutzt werden, um Informationen besser verfügbar zu machen, Prozesse zu vereinfachen und die Arzneimitteltherapiesicherheit zu erhöhen.

Damit Apotheken diese Rolle verlässlich übernehmen können, braucht es tragfähige gesetzliche Grundlagen, praxistaugliche Umsetzungswege und eine angemessene Honorierung zusätzlicher Leistungen. Die anstehende Primärversorgungsreform sollte die Apotheke vor Ort deshalb ausdrücklich als tragende Säule einer patient*innennahen, sicheren und zukunftsfähigen Versorgung stärken. Das Positionspapier der ABDA zur zukünftigen Rolle der Apotheke in der Primärversorgung bietet hierfür eine fachliche Grundlage und benennt konkrete, kurzfristig umsetzbare Ansatzpunkte.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 1.5
zurückgezogen

Antragsteller:	Apothekerkammer Hamburg
Antragsgegenstand:	Apothekenrechtliche Verankerung der assistierten Telemedizin in ApoG und ApBetrO

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, dass Maßnahmen der assistierten Telemedizin ausdrücklich rechtlich im Apothekengesetz (ApoG) sowie in der Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) verankert werden.

Insbesondere soll darauf hingewirkt werden, dass Maßnahmen der assistierten Telemedizin als regelhafte pharmazeutische Tätigkeit öffentlicher Apotheken gesetzlich anerkannt werden.

Begründung

Mit § 129 Absatz 5h Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) hat der Gesetzgeber bereits die Möglichkeit geschaffen, dass Apotheken Maßnahmen der assistierten Telemedizin anbieten können. Die Inhalte, Durchführung und Vergütung sollen durch entsprechende Vereinbarungen geregelt werden.

Eine ausdrückliche berufsrechtliche Verankerung im Apothekengesetz sowie in der Apothekenbetriebsordnung ist bislang jedoch nicht erfolgt. Diese ist erforderlich, um die assistierte Telemedizin eindeutig dem heilberuflichen Versorgungsauftrag der öffentlichen Apotheken für Patient*innen der Gesetzlichen und Privaten Krankenversicherung und Selbstzahler*innen zuzuordnen.

Eine gesetzliche Verankerung im ApoG und in der ApBetrO schafft die notwendige Rechtssicherheit auch in Bezug auf die Haftpflichtversicherung, stärkt die heilberufliche Rolle der Apothekerschaft und ermöglicht eine strukturierte Integration telemedizinischer Leistungen in die Regelversorgung.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 1.6
zurückgezogen

Antragsteller: Sächsische Landesapothekerkammer
Sächsischer Apothekerverband e. V.

Antragsgegenstand: Mehr räumliche Flexibilität für moderne
Beratungsleistungen in Apotheken

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Verordnungsgeber auf, die Apothekenbetriebsordnung dahingehend weiterzuentwickeln, dass Apotheken zur Erbringung pharmazeutischer, präventiver und patient*innennaher Versorgungsleistungen ergänzend externe Räumlichkeiten in unmittelbarer räumlicher Nähe zur Apothekenbetriebsstätte nutzen dürfen.

Hinsichtlich Barrierefreiheit, Hygiene, Datenschutz, Ausstattung und organisatorischer Einbindung müssen die Räume den Anforderungen der Apothekenbetriebsordnung entsprechen.

Die Nutzung externer Räumlichkeiten gemäß § 4 Absatz 4 Apothekenbetriebsordnung soll insbesondere für assistierte telemedizinische Leistungen, präventive Beratungsangebote sowie geeignete pharmazeutische Dienstleistungen ermöglicht werden. Deren Nutzung beschränkt sich auf die Erbringung der genannten Leistungen. Eine Lagerung und Kommissionierung von Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten sowie deren Abgabe erfolgt in diesen Räumlichkeiten nicht.

Begründung

Die öffentliche Apotheke entwickelt sich zunehmend zu einem niedrighwelligen und wohnortnahen Versorgungsstandort im Bereich der Primärversorgung, Prävention und der erweiterten pharmazeutischen Betreuung. Zugleich werden Apotheker*innen seitens der Gesundheitspolitik fortlaufend aufgefordert, ihr heilberufliches Leistungsprofil auszubauen und zusätzliche patient*innennahe Versorgungsangebote zu etablieren.

Die bestehenden räumlichen Vorgaben der Apothekenbetriebsordnung bilden diese Entwicklung bislang nur unzureichend ab. Sie orientieren sich in ihrer Grundstruktur weiterhin vornehmlich an den traditionellen Anforderungen der Arzneimittelabgabe und -herstellung und werden den heutigen sowie zukünftigen Anforderungen an moderne apothekerliche Versorgungskonzepte vielfach nicht mehr gerecht.

Mit dem Apothekenversorgung-Weiterentwicklungsgesetz werden bereits wichtige Schritte zur Flexibilisierung der Versorgung unternommen. Dennoch bestehen weiterhin regulatorische Einschränkungen.

In zahlreichen Bestandsapotheken stehen für solche Angebote keine ausreichend großen oder störungsfreien Bereiche zur Verfügung. Die hierfür erforderliche bauliche Erweiterung oder Umgestaltung der Apothekenbetriebsstätte ist vielfach nur mit erheblichem finanziellem Aufwand realisierbar.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

1.b) Pharmazeutische Dienstleistungen

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 1.7
In den Ausschuss verwiesen

Antragsteller: Apothekerkammer Berlin

Antragsgegenstand: Einführung der pDL Wechseljahre

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber auf, im §129 Absatz 5e Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) den Anspruch von Versicherten um eine pharmazeutische Dienstleistung (pDL) zu erweitern, die eine standardisierte und qualitätsgesicherte „Pharmazeutische Beratung Wechseljahre“ ermöglicht. Diese neue pDL soll Frauen in der (Prä-/Peri-/Post-)Menopause mit einer strukturierten Beratung unterstützen sowie eine Risikoerfassung und präventive Begleitung bieten.

Begründung

Die Wechseljahre stellen eine bedeutende gesundheitliche Lebensphase dar, die in Deutschland mehrere Millionen Frauen betrifft. Schätzungen zufolge befinden sich rund neun Millionen Frauen in der Peri- oder Postmenopause. Ein erheblicher Anteil der Betroffenen leidet unter klimakterischen Beschwerden wie Hitzewallungen, Schlafstörungen, Stimmungsschwankungen, urogenitalen Beschwerden oder metabolischen Veränderungen. Diese Symptome können die Lebensqualität, die Arbeitsfähigkeit und langfristig auch die Gesundheit erheblich beeinflussen. Gleichzeitig berichten viele Frauen von Versorgungslücken, etwa aufgrund langer Wartezeiten auf gynäkologische Termine, begrenzter Beratungszeit in Arztpraxen sowie erheblicher Unsicherheiten im Umgang mit hormonellen und nicht-hormonellen Therapieoptionen, pflanzlichen Präparaten, Nahrungsergänzungsmitteln und präventiven Maßnahmen.

Apotheken sind wohnortnahe und niedragschwellige Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung und verfügen über hohe pharmazeutische Kompetenz insbesondere im Bereich der Arzneimittelberatung, der sicheren Selbstmedikation sowie der Prävention. Bereits heute wenden sich viele Frauen mit Fragen zu menopausalen Beschwerden, zu hormonellen Therapien, zu pflanzlichen Arzneimitteln oder zu Nahrungsergänzungsmitteln zunächst an Apotheken. Die vorhandene Expertise kann durch eine strukturierte und qualitätsgesicherte pharmazeutische Dienstleistung gezielt genutzt werden.

Eine standardisierte „Pharmazeutische Beratung Wechseljahre in der Apotheke“ kann Frauen in dieser Lebensphase eine strukturierte Beratung, eine Risikoerfassung sowie eine präventive Begleitung anbieten. Im Mittelpunkt stehen dabei die strukturierte Erfassung von Beschwerden, die Beratung zur sicheren Anwendung vorhandener Arzneimitteltherapien, die Einordnung von Selbstmedikation und Nahrungsergänzungsmitteln sowie evidenzbasierte Empfehlungen zu Lebensstilfaktoren und Präventionsmaßnahmen. Ergänzend können orientierende Gesundheitsmessungen, etwa zu Blutdruck, Stoffwechselparametern oder ausgewählten Risikofaktoren, Hinweise auf möglichen weiteren ärztlichen Abklärungsbedarf geben. Die Dienstleistung ist ausdrücklich nicht diagnostisch angelegt und ersetzt keine ärztliche Behandlung, sondern unterstützt die frühzeitige Identifikation relevanter Beschwerden und fördert eine zielgerichtete ärztliche Weiterbehandlung.

Gerade in der Menopause kommt es häufig zu Veränderungen der bestehenden Arzneimitteltherapie oder zu zusätzlicher Selbstmedikation, beispielsweise mit pflanzlichen Präparaten, Nahrungsergänzungsmitteln oder hormonellen Therapien. Dadurch entstehen potenzielle Risiken für Wechselwirkungen, Fehlanwendungen oder ineffektive Therapieversuche. Eine strukturierte pharmazeutische Beratung kann hier einen wichtigen Beitrag zur Arzneimitteltherapiesicherheit leisten und die informierte Entscheidungsfindung der Patientinnen unterstützen.

Darüber hinaus bietet eine solche Dienstleistung erhebliche präventive Potenziale. In der Menopause steigt das Risiko für bestimmte chronische Erkrankungen, insbesondere im Bereich des Herz-Kreislauf-Systems, des Stoffwechsels oder der Knochengesundheit. Eine frühzeitige Beratung zu Lebensstilfaktoren, Bewegung, Ernährung, Mikronährstoffversorgung sowie zu präventiven Maßnahmen kann dazu beitragen, langfristige gesundheitliche Risiken zu reduzieren und die Gesundheitskompetenz der Betroffenen zu stärken.

Für Ärzt*innen kann eine strukturierte pharmazeutische Beratung in der Apotheke eine sinnvolle Ergänzung darstellen. Durch eine qualifizierte Vorberatung, strukturierte Dokumentation und gezielte Weiterempfehlung bei auffälligen Befunden können ärztliche Konsultationen zielgerichteter erfolgen und Therapieentscheidungen besser vorbereitet werden. Damit stärkt die Dienstleistung die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Apotheken und ärztlicher Versorgung.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 1.8
angenommen

Antragsteller: Landesapothekerkammer Hessen

Antragsgegenstand: Gesundheitsschädliche Genussmittel eindämmen

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber auf, die angekündigte Abgabe auf zuckerhaltige Getränke zügig einzuführen und das Konzept auf Spirituosen und Tabakprodukte auszuweiten. Die hierdurch generierten Einnahmen sollen prioritär in Präventionsmaßnahmen zur Suchtprävention und -bekämpfung fließen, indem beispielsweise pharmazeutische Dienstleistungen in diesem Bereich ausgebaut werden.

Begründung

Die Erhebung von Abgaben auf gesundheitsschädliche Verbrauchsgüter führt zu mehreren positiven Effekten:

1. Durch Abgaben auf Alkohol, Tabak und Zucker nach dem Verursacherprinzip, die den Krankenversicherungen zufließen, kann die Erhöhung der Krankenkassenbeiträge für die Solidargemeinschaft gebremst werden. Personen, die ungesündere Produkte konsumieren und im Durchschnitt höhere Gesundheitskosten verursachen, beteiligen sich durch die Erhebung der Beiträge auf Alkohol, Tabak und Zucker stärker an den Folgekosten. Personen, die weniger gesundheitsschädliche Produkte konsumieren und im Mittel geringere Gesundheitskosten verursachen, zahlen insgesamt auch weniger Geld an die Krankenkassen. Die Finanzkommission Gesundheit schätzt die zusätzlichen Einnahmen auf rund 2,2 Mrd. Euro allein im Jahr 2027.
2. Durch negative finanzielle Anreize kann der Konsum gesundheitsschädlicher Produkte reduziert werden, was zu zusätzlichen Einsparungen führt. Die Finanzkommission Gesundheit schätzt die präventionsbedingten Einsparungen auf rund 0,9 Mrd. Euro jährlich.
3. Die hierdurch generierten Mehreinnahmen können in die Finanzierung weiterer Präventionsmaßnahmen – wie durch die neue Bundesregierung für die öffentlichen Apotheken vorgesehen – investiert werden, die zu weiteren Einsparungen führen können, sodass langfristig eine Senkung der Krankenkassenbeiträge möglich ist.

Gleichzeitig dürfen abhängige Menschen nicht mit ihrer Sucht allein gelassen werden: Wenn Rauchen teurer wird, muss man zur Abfederung sozialer Härten einen solidarisch finanzierten Ausstieg gewähren. Auch hier können Apotheken sich mit der neuen pDL zur Tabakentwöhnung einbringen.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 1.9
angenommen

Antragsteller: Apothekerkammer Berlin

Antragsgegenstand: Digitale Unterschrift bei pDL ermöglichen

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker spricht sich dafür aus, die notwendigen Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass digitale Unterschriften – z. B. via Signaturpad oder zertifizierter elektronischer Signatur – zur Beauftragung und Quittierung des Erhaltens von pharmazeutischen Dienstleistungen (pDL) rechtssicher anerkannt werden.

Ferner ist eine rechtliche Regelung für die grundsätzliche Möglichkeit einer digitalen Unterschrift für künftig alle Einwilligungen und Verträge in Zusammenhang mit pharmazeutischen Tätigkeiten in Apotheken zu formulieren.

Begründung

Derzeit verlangen die vertraglichen Vorgaben des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen eine handschriftliche Unterschrift auf Papier zur Beauftragung pharmazeutischer Dienstleistungen. Diese Vorgabe ist nicht mehr zeitgemäß und steht dem Ziel eines digitalen, effizienten und ressourcenschonenden Gesundheitswesens.

Viele Prozesse in Apotheken werden heute bereits digital abgewickelt. Die Pflicht zur papierbasierten Unterschrift führt zu Medienbrüchen, Verzögerungen und unnötigem Verwaltungsaufwand. Dies betrifft nicht nur die interne Organisation, sondern erschwert auch eine zeitnahe und flexible Durchführung pharmazeutischer Dienstleistungen im Sinne der Patient*innenversorgung.

Die Zulassung sicherer digitaler Unterschriften würde:

- die Effizienz und Praktikabilität der pDL-Abwicklung erhöhen,
- den Bürokratieaufwand senken,
- die digitale Transformation im Gesundheitswesen stärken und

gleichzeitig den Anforderungen an Rechtssicherheit und Nachvollziehbarkeit genügen.

Vor dem Hintergrund des eHealth-Fortschritts und der zunehmenden Digitalisierung sollte die ausschließliche Anerkennung handschriftlicher Unterschriften dringend überdacht und angepasst werden.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 1.10
In den Ausschuss verwiesen

Antragsteller:	Apothekerkammer Berlin
Antragsgegenstand:	Einführung der subkutanen Applikation durch pharmazeutisches Personal in Apotheken als Dienstleistung für Selbstzahler*innen

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, die rechtlichen Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass das pharmazeutische Personal in Apotheken die Applikation eines von einem*iner Arzt*Ärztin verordneten Arzneimittels zur subkutanen Injektion, die eigenständig anzuwenden ist, wie z. B. Anti-Thrombose-Spritzen, als Dienstleistung erbringen und hierfür eine angemessene Vergütung als Selbstzahlerleistung berechnen darf.

Die Leistung soll insbesondere Patient*innen zur Verfügung stehen, die aufgrund von Angst, körperlichen Einschränkungen oder fehlender Unterstützung nicht in der Lage sind, die Injektion eigenständig durchzuführen.

Begründung

Die Sicherstellung der Arzneimitteltherapie umfasst nicht nur die Abgabe und Beratung, sondern zunehmend auch die Unterstützung bei der korrekten Anwendung. Bereits heute hat der Deutsche Apothekertag die Bedeutung pharmazeutischer Dienstleistungen zur Verbesserung der Therapietreue (Adhärenz) und Patient*innensicherheit hervorgehoben.

Ein wesentlicher Faktor für den Therapieerfolg ist die korrekte und kontinuierliche Anwendung verordneter Arzneimittel. Insbesondere bei parenteralen Anwendungen wie Heparin-Injektionen besteht die Gefahr, dass Patient*innen die Therapie aus Angst vor Nadeln, Unsicherheit in der Anwendung oder mangelnder Unterstützung abbrechen oder fehlerhaft durchführen.

Apotheken sind als niedrigschwellige Einrichtungen des Gesundheitswesens flächendeckend verfügbar und verfügen über pharmazeutisch qualifiziertes Personal. Sie sind daher besonders geeignet, diese Versorgungslücke zu schließen. Die Erweiterung der pharmazeutischen Dienstleistungen um die Applikation von Injektionen stellt eine sinnvolle Ergänzung dar, um die Effektivität von Arzneimitteltherapien zu verbessern und Risiken zu reduzieren.

Insgesamt stärkt die Maßnahme die Rolle der Apotheke als heilberuflicher Leistungserbringer und leistet einen wichtigen Beitrag zur Patient*innensicherheit, Therapietreue und Versorgungsqualität.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

1.c) Pflege

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 1.11
In den Ausschuss verwiesen

Antragsteller:	Apothekerverband Westfalen-Lippe e. V.
Antragsgegenstand:	Rechtssicherheit für die Arzneimittelversorgung in ambulanten Pflegesituationen schaffen – Vor-Ort-Apotheken stärken, Arzneimitteltherapiesicherheit fördern

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker spricht sich dafür aus, die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Zusammenarbeit von öffentlichen Apotheken mit ambulanten Pflegediensten, selbstorganisierten Pflege-Wohngemeinschaften, Intensivpflege-Wohngemeinschaften sowie vergleichbaren ambulanten Versorgungsformen außerhalb des Anwendungsbereichs des § 1 Heimgesetz (HeimG) und damit außerhalb des Anwendungsbereichs des § 12a Apothekengesetz (ApoG) zu analysieren und auf dieser Grundlage Vorschläge für die Schaffung eines rechtssicheren Rechtsrahmens für die Arzneimittelversorgung in diesen Versorgungsbereichen zu erarbeiten.

Begründung

I. Ausgangslage

Die Zahl pflegebedürftiger und multimorbider Menschen, die außerhalb stationärer Einrichtungen versorgt werden, steigt kontinuierlich. Gleichzeitig nehmen Komplexität, Dauer und Koordinationsbedarf arzneimittelbezogener Therapien zu. Daraus erwächst ein erheblicher Bedarf an strukturierten, qualitätsgesicherten und rechtssicheren Versorgungsprozessen zwischen den beteiligten Akteuren.

Öffentliche Apotheken leisten hierbei einen unverzichtbaren Beitrag zur Sicherstellung der Arzneimittelversorgung. Dies gilt insbesondere bei komplexen Medikationsregimen, bei Medikationsänderungen, bei der Förderung der Therapietreue sowie bei pharmazeutischen Dienstleistungen zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit.

Hierzu gehören zunehmend auch patient*innenindividuelle Versorgungsangebote wie das Stellen bzw. die Verblisterung von Arzneimitteln. Gerade bei pflegebedürftigen, multimorbiden oder in ihrer Selbstversorgung eingeschränkten Patient*innen kann das patient*innenindividuelle Stellen bzw. die Verblisterung einen wichtigen Beitrag zur Therapiesicherheit und Anwendungsqualität leisten.

Während für die Versorgung von Heimen mit § 12a ApoG ein spezieller Rechtsrahmen geschaffen wurde, fehlt eine vergleichbare ausdrückliche Regelung für ambulante Pflegedienste, Pflege-Wohngemeinschaften und ähnliche ambulante Versorgungsformen. § 12a ApoG knüpft an den Heimbegriff des § 1 HeimG an. Für außerhalb dieses Bereichs organisierte Versorgungsformen ist diese Sonderregelung weder nach ihrem Wortlaut noch nach ihrem systematischen Anwendungsbereich einschlägig.

Die daraus resultierenden Unsicherheiten betreffen insbesondere die Frage, welche Formen organisatorischer Zusammenarbeit zur Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung zulässig sind und wo die Grenzen des apothekenrechtlichen Zuweisungsverbots gemäß § 11 ApoG verlaufen.

II. Zuweisungsverbot und Apothekenwahl

Das Zuweisungsverbot gemäß § 11 ApoG ist ein wesentlicher Bestandteil der rechtlichen Ausgestaltung des Apothekenwesens. Es dient der Sicherung der Unabhängigkeit der Heilberufe, dem Schutz vor unsachlicher Einflussnahme und der Wahrung einer flächendeckenden, patient*innengerechten Arzneimittelversorgung durch öffentliche Apotheken.

Die freie Wahl der Apotheke durch die Patient*innen ist dabei uneingeschränkt zu gewährleisten. Der vorliegende Antrag verfolgt ausdrücklich nicht das Ziel, das Zuweisungsverbot zu lockern, neue Formen der Rezeptlenkung zu eröffnen oder bestehende Schutzmechanismen zugunsten einzelner Marktteilnehmer aufzuweichen. Vielmehr soll sichergestellt werden, dass zulässige, patient*innenorientierte und medizinisch sinnvolle Formen der Zusammenarbeit im arzneilichen Behandlungsdreieck zwischen öffentlichen Apotheken, Ärzt*innen und ambulanten Pflegeanbietern klar von unzulässigen Einflussnahmen auf die Apothekenwahl abgegrenzt werden können.

Diese Abgrenzung ist auch deshalb erforderlich, weil § 11 ApoG für die Apotheke als Normadressatin nach wie vor erhebliche rechtliche Unsicherheiten birgt. Die bisherige Diskussion um eine Reform der Norm, die nicht zuletzt durch den in den Ausschuss verwiesenen DAT-Antrag aus dem Jahr 2024 Drucksache 2.22 angestoßen und in der ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V. geführt wurde, ist auf einer abstrakten Ebene geblieben und hat keine konkreten Ergebnisse für die zahlreichen unklaren Konstellationen bringen können. Dies gilt in besonderem Maße für die ambulante Pflege, in der die rechtliche Zulässigkeit organisatorischer Kooperationen aus Sicht der Apotheke vielfach nicht verlässlich beurteilt werden kann. Erforderlich sind daher konkrete gesetzliche Klarstellungen für die in der Versorgungspraxis typischen Fallgruppen.

III. Besonderheiten ambulanter Pflege

Die Versorgung von Patient*innen in ambulanten Pflegesituationen unterscheidet sich grundlegend von der stationären Heimversorgung. Anders als im Anwendungsbereich des § 12a ApoG verbleibt die Arzneimittelverantwortung grundsätzlich im unmittelbaren Verantwortungsbereich der Patient*innen beziehungsweise der von ihnen Bevollmächtigten. Gleichwohl erfordern bestimmte Versorgungssituationen regelmäßige Abstimmungs- und Kommunikationsprozesse zwischen Apotheken, Pflegekräften, behandelnden Ärzt*innen sowie den Patient*innen selbst.

Gerade bei pflegebedürftigen Menschen mit komplexen Arzneimitteltherapien können rechtssichere organisatorische Abläufe entscheidend zur Arzneimitteltherapiesicherheit beitragen. Die praktische Versorgung zeigt, dass patient*innenindividuelle Dienstleistungen, etwa Stellen bzw. Verblisterung, Medikationsberatung und abgestimmte Liefer- und Rückmeldeprozesse, in ambulanten Versorgungssituationen einen erheblichen Mehrwert haben können.

Die zunehmende Differenzierung ambulanter Versorgungsformen zeigt zugleich, dass die bestehenden apothekenrechtlichen Rahmenbedingungen nicht jede Versorgungssituation hinreichend klar erfassen. Dies führt in der Praxis zu Unsicherheiten hinsichtlich zulässiger Versorgungsabläufe und Kooperationsformen, insbesondere dort, wo organisatorische Schnittstellen innerhalb des arzneilichen Behandlungsdreieck entstehen.

IV. Bedarf rechtlicher Klarstellung

Die strukturellen Unterschiede zwischen stationärer Heimversorgung und ambulanter Pflege schließen eine schematische Übertragung des § 12a ApoG auf ambulante Versorgungsformen

aus. Gleichwohl ist eine rechtliche Klarstellung erforderlich, um die Grenzen zulässiger Zusammenarbeit im Bereich der ambulanten Pflege verlässlich bestimmen zu können.

Rechtliche Unklarheiten dürfen nicht dazu führen, dass patient*innenorientierte Versorgungsangebote faktisch nur von großen oder spezialisierten Marktteilnehmern erbracht werden können. Vielmehr muss der Rechtsrahmen so ausgestaltet sein, dass grundsätzlich jede öffentliche Apotheke rechtssicher an der Versorgung pflegebedürftiger Menschen mitwirken kann.

Ziel einer solchen Klarstellung darf weder die Schaffung privilegierter Vertriebsstrukturen noch die wirtschaftliche Begünstigung einzelner Anbieter sein. Ebenso wenig darf sie zu einer Einschränkung der freien Apothekenwahl oder zu einer Konzentration der Arzneimittelversorgung auf einzelne Anbieter, Plattformen oder sonstige Versorgungsstrukturen führen.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 1.12
In den Ausschuss verwiesen

Antragsteller:	Landesapothekerkammer Hessen
Antragsgegenstand:	Einführung pharmazeutischer Dienstleistungen im Bereich Pflege (pDL Pflege)

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, eine neue pharmazeutische Dienstleistung im Bereich Pflege (pDL Pflege) gesetzlich zu verankern, die es Apotheker*innen ermöglicht, pflegebezogene Beratungs- und Unterstützungsleistungen strukturiert und vergütet anzubieten. Hierzu sollen insbesondere die Beratung bei Pflegegrad-Anträgen und Besuchen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK), die Hilfsmittelberatung sowie die allgemeine pflegerische Begleitung von Patient*innen sowie deren Angehörigen als apothekenpflegerische Kernleistungen definiert und in den Leistungskatalog der gesetzlichen Pflegeversicherung aufgenommen werden.

Begründung

Der demografische Wandel stellt das deutsche Gesundheitssystem vor wachsende Herausforderungen: Die Zahl pflegebedürftiger Menschen steigt kontinuierlich, während gleichzeitig ambulante und stationäre Pflegestrukturen zunehmend unter Druck geraten. In diesem Spannungsfeld nimmt die Apotheke vor Ort eine einzigartige Brückenfunktion ein – als niedrigschwelliger, wohnortnaher Anlaufpunkt, der täglich Kontakt zu einem Großteil der pflegebedürftigen Bevölkerung und ihrer Angehörigen hat.

Apotheker*innen verfügen durch ihre tägliche Arbeit mit Arzneimitteln über ein fundiertes Bild des gesundheitlichen Zustands ihrer Patient*innen. Sie kennen die Polypharmazie, die Einschränkungen im Alltag und die sozialen Lebensumstände ihrer Klientel – Wissen, das weit über die reine Arzneimittelversorgung hinausgeht und unmittelbar pflegerische Relevanz besitzt. Es ist daher naheliegend und fachlich geboten, dieses Potenzial durch eine neue pharmazeutische Dienstleistung im Pflegebereich nutzbar zu machen.

Konkret könnten Apotheker*innen künftig unterstützend tätig sein beim Ausfüllen von Pflegegradanträgen und bei der Formulierung pflegerelevanter Unterlagen, bei der Vorbereitung auf und Begleitung bei Begutachtungen durch den Medizinischen Dienst, bei der Beratung zur Auswahl und Anwendung geeigneter Hilfs- und Pflegemittel sowie bei der allgemeinen Orientierung in einem oft unübersichtlichen Pflegesystem – für Betroffene wie für Angehörige gleichermaßen.

Die Apotheke vor Ort fungiert damit als niedrigschwellige Schnittstelle zwischen selbstständigem Leben zuhause und intensiver ambulanter oder stationärer Pflege. Eine gesetzliche Verankerung dieser Leistungen würde nicht nur die Versorgungsqualität pflegebedürftiger Menschen verbessern, sondern auch die Rolle der Apotheke als unverzichtbaren Gesundheitsdienstleister im Sozialraum nachhaltig stärken.

Die Apothekerschaft ist bereit, Verantwortung zu übernehmen – der Gesetzgeber ist gefordert, die dafür notwendigen Rahmenbedingungen zu schaffen.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 1.13
In den Ausschuss verwiesen

Antragsteller:	Apothekerkammer Berlin
Antragsgegenstand:	Einführung der pDL pharmazeutischer Hausbesuch für pflegende Angehörige – Pflegende Angehörige und ihre zu Pflegenden pharmazeutisch unterstützen

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker spricht sich dafür aus, dass eine weitere pharmazeutische Dienstleistung (pDL) fest im Leistungskatalog etabliert wird, die pDL „pharmazeutischer Hausbesuch für pflegende Angehörige“.

Die pDL soll wie folgt ausgestaltet sein: Pflegende Angehörige können jährlich und bei relevanten Änderungen der Medikation in der Apotheke einen Hausbesuch durch eine*n entsprechend qualifizierte*n Apotheker*in bei den zu Pflegenden beantragen. Dieser beinhaltet neben der pDL „erweiterte Medikationsberatung bei Polymedikation“ die Prüfung der tatsächlichen Versorgungssituation im Haushalt, ggf. die Bereinigung der Arzneimittelbestände, die Einbeziehung der pflegenden Angehörigen und ggf. die erweiterte Versorgungscoordination.

Die „erweiterte Medikationsberatung bei Polymedikation“ ist Bestandteil der pDL, geht aber mit den oben beschriebenen Komponenten über diese weit hinaus und muss entsprechend höher vergütet werden.

Begründung

Für die immer größer werdende Gruppe der pflegenden Angehörigen gibt es bisher keine strukturierte externe Hilfestellung und Schulung zur optimalen Arzneimittelanwendung im häuslichen Umfeld. Dabei ist es wichtig, die Gegebenheiten vor Ort zu kennen, um die pflegenden Angehörigen und ihre zu Pflegenden optimal zu unterstützen.

Für eine funktionierende Arzneimitteltherapie müssen die pflegenden Angehörigen in die Medikation der Patient*innen eingebunden werden: Wie lagern Arzneimittel richtig, ist die Dosierung klar, gibt es einen aktuellen Medikationsplan, wie stelle ich optimal die individuelle Medikation, was sollte bei der Einnahme beachtet werden, was ist das für ein Arzneimittel? – Viele Fragen, bei denen pflegende Angehörige durch einen Hausbesuch des*der Apothekers*Apothekerin aktiv unterstützt werden.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

1.d) Versandhandel

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache L 1 zu 1.14.1 – 1.14.2

angenommen

Antragsteller:	Apothekerverband Nordrhein e. V. Landesapothekerkammer Hessen
Antragsgegenstand:	Versandhandel mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln verbieten zum Schutz der Arzneimittel- und Patient*innensicherheit

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert die Bundesregierung und den Bundesgesetzgeber auf, den Versandhandel mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln an Patient*innen in Deutschland zu verbieten, um die flächendeckende Vor-Ort-Versorgung zu sichern.

Begründung

Die Europäische Kommission hat in ihrer ausführlichen Stellungnahme zum deutschen Verordnungsentwurf 2026/0010/DE deutlich gemacht, dass sie strikte transportbezogene Anforderungen, insbesondere an Logistikdienstleister, als unverhältnismäßig bewertet. Sie führte unter anderem aus, es könne nicht erwartet werden, dass ein Transportunternehmer die Temperatur für jede einzelne Arzneimittelpackung überwacht und aufzeichnet.

Gerade diese Bewertung zeigt das ordnungspolitische Problem: Wenn eine lückenlose, überprüfbare Sicherung der Arzneimittelqualität bis zur Übergabe an die Patient*innen europarechtlich nicht belastbar durchgesetzt werden kann, darf der Gesetzgeber nicht bei unzureichenden Scheinlösungen stehen bleiben. Für verschreibungspflichtige Arzneimittel ist dann die konsequente Lösung, diesen Vertriebsweg zu untersagen.

Vollzugsdefizite gegenüber ausländischen Versandapotheken

Hinzu kommt, dass ausländische Versandapotheken dem deutschen Recht zwar grundsätzlich unterliegen, seine Durchsetzung gegenüber im Ausland ansässigen Anbietern aber seit Jahren erhebliche Vollzugsdefizite aufweist. Bereits der Deutsche Apothekertag 2014 stellte fest, dass sich bei der Durchsetzung deutscher Vorschriften gegenüber ausländischen Versandapotheken erhebliche Vollzugsdefizite bei der Überwachung zeigen.

Diese strukturelle Vollzugsschwäche wird durch die aktuelle Entwicklung im Notifizierungsverfahren 2026/0010/DE weiter verschärft. Die Bundesregierung hatte zunächst vorgesehen, auch die am Versand beteiligten Logistikunternehmen strikter in die Pflicht zu nehmen. Nach der ausführlichen Stellungnahme der Europäischen Kommission hat sie diese Regelungsidee jedoch aufgegeben: Die Anforderungen an Logistikunternehmen einschließlich der vorgesehenen Bußgeldbewehrung wurden aus dem Verordnungsentwurf gestrichen. Stattdessen soll die Verantwortung für Qualität und Wirksamkeit versandter Arzneimittel vollständig bei der versendenden Apotheke verbleiben.

Damit verlagert der Gesetzgeber die Verantwortung gerade auf diejenigen Stellen, deren wirksame Überwachung bei ausländischen Versandapotheken nur unzureichend gewährleistet ist.

Ein Regelungssystem, das einerseits auf eine striktere Kontrolle der Transportkette verzichtet und andererseits die Verantwortung allein bei — auch ausländischen — Versandapotheken belässt, genügt dem Schutzauftrag des Gesetzgebers bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln nicht. Die Arzneimittel- und Patient*innensicherheit darf nicht von Verantwortungszuweisungen abhängen, die praktisch nur eingeschränkt kontrolliert und durchgesetzt werden können.

Der Versandhandel insbesondere aus dem Ausland unterläuft durch Boni oder Rabatte u. a. durch Verzicht auf die Zuzahlung beständig die gesetzliche Preisbindung. Öffentliche Apotheken in Deutschland sind an die Arzneimittelpreisverordnung gebunden und haben diesen preislichen Spielraum nicht.

Zudem entzieht der Versandhandel den Vor-Ort-Apotheken wichtige Einnahmen in der Selbstmedikation bei OTC-Arzneimitteln, was nicht unerheblich zum seit Jahren anhaltenden massiven Apothekensterben beiträgt.

Angesichts dieser erheblichen Wettbewerbsverzerrungen ist es folgerichtig und ordnungs- wie auch gesundheitspolitisch konsequent, den Internetversandhandel zumindest mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln wieder zu verbieten, so wie es in 19 von 27 EU-Mitgliedsstaaten der Fall ist.

Unionsrechtliche Zulässigkeit eines Versandverbots

Ein Verbot des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln ist unionsrechtlich möglich. Der Deutsche Apothekertag 2025 hat hervorgehoben, dass der Europäische Gerichtshof ein solches Verbot aus Gründen des Gesundheitsschutzes für zulässig erklärt hat und der Unionsgesetzgeber diese Befugnis der Mitgliedstaaten in Artikel 85c Absatz 1 der Richtlinie 2001/83/EG bestätigt hat.

Bereits 2017 forderte die Hauptversammlung, den Versandhandel mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zu verbieten und auf das unionsrechtlich geforderte Mindestmaß zurückzuführen.

Botendienst bleibt unberührt

Der Botendienst der öffentlichen Apotheke ist hiervon zu unterscheiden. Er erfolgt patient*innennah, heilberuflich verantwortet und eingebunden in die Versorgung durch die konkrete Apotheke vor Ort. Er ersetzt nicht die Apotheke, sondern verlängert ihre Versorgung in besonderen Situationen bis zum*zur Patient*in.

Fazit

Zum Schutz der Patient*innen, zur Sicherung gleicher ordnungsrechtlicher Rahmenbedingungen und zur Wiederherstellung einer verlässlichen Aufsicht ist der Versandhandel mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 1.14.1

Antragsteller:	Apothekerverband Nordrhein e. V.
Antragsgegenstand:	Versandhandel mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln verbieten

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, den Internetversandhandel von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zu unterbinden, um die flächendeckende Vor-Ort-Versorgung zu sichern.

Begründung

Der Versandhandel insbesondere aus dem Ausland unterläuft durch Boni oder Rabatte u. a. durch Verzicht auf die Zuzahlung beständig die gesetzliche Preisbindung. Öffentliche Apotheken in Deutschland sind an die Arzneimittelpreisverordnung gebunden und haben diesen preislichen Spielraum nicht.

Zudem entzieht der Versandhandel den Vor-Ort-Apotheken wichtige Einnahmen in der Selbstmedikation bei OTC-Arzneimitteln, was nicht unerheblich zum seit Jahren anhaltenden massiven Apothekensterben beiträgt.

Angesichts dieser erheblichen Wettbewerbsverzerrungen ist es folgerichtig und ordnungs- wie auch gesundheitspolitisch konsequent, den Internetversandhandel zumindest mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln wieder zu verbieten, so wie es in 19 von 27 EU-Mitgliedsstaaten der Fall ist.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 1.14.2

Antragsteller:	Landesapothekerkammer Hessen
Antragsgegenstand:	Verbot des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zum Schutz der Arzneimittel- und Patient*innensicherheit

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert die Bundesregierung und den Bundesgesetzgeber auf, den Versandhandel mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln an Patient*innen in Deutschland zu verbieten.

Das Verbot begründet sich ausdrücklich mit dem Schutz der öffentlichen Gesundheit, der Arzneimittelqualität, der Arzneimitteltherapiesicherheit und der Patient*innensicherheit. Der Botendienst der öffentlichen Apotheke bleibt hiervon unberührt.

Begründung

Die Europäische Kommission hat in ihrer ausführlichen Stellungnahme zum deutschen Verordnungsentwurf 2026/0010/DE deutlich gemacht, dass sie strikte transportbezogene Anforderungen, insbesondere an Logistikdienstleister, als unverhältnismäßig bewertet. Sie führte unter anderem aus, es könne nicht erwartet werden, dass ein Transportunternehmer die Temperatur für jede einzelne Arzneimittelpackung überwacht und aufzeichnet.

Gerade diese Bewertung zeigt das ordnungspolitische Problem: Wenn eine lückenlose, überprüfbare Sicherung der Arzneimittelqualität bis zur Übergabe an die Patient*innen europarechtlich nicht belastbar durchgesetzt werden kann, darf der Gesetzgeber nicht bei unzureichenden Scheinlösungen stehen bleiben. Für verschreibungspflichtige Arzneimittel ist dann die konsequente Lösung, diesen Vertriebsweg zu untersagen.

Vollzugsdefizite gegenüber ausländischen Versandapotheken

Hinzu kommt, dass ausländische Versandapotheken dem deutschen Recht zwar grundsätzlich unterliegen, seine Durchsetzung gegenüber im Ausland ansässigen Anbietern aber seit Jahren erhebliche Vollzugsdefizite aufweist. Bereits der Deutsche Apothekertag 2014 stellte fest, dass sich bei der Durchsetzung deutscher Vorschriften gegenüber ausländischen Versandapotheken erhebliche Vollzugsdefizite bei der Überwachung zeigen.

Diese strukturelle Vollzugsschwäche wird durch die aktuelle Entwicklung im Notifizierungsverfahren 2026/0010/DE weiter verschärft. Die Bundesregierung hatte zunächst vorgesehen, auch die am Versand beteiligten Logistikunternehmen strikter in die Pflicht zu nehmen. Nach der ausführlichen Stellungnahme der Europäischen Kommission hat sie diese Regelungsidee jedoch aufgegeben: Die Anforderungen an Logistikunternehmen einschließlich der vorgesehenen Bußgeldbewehrung wurden aus dem Verordnungsentwurf gestrichen. Stattdessen soll die Verantwortung für Qualität und Wirksamkeit versandter Arzneimittel vollständig bei der versendenden Apotheke verbleiben.

Damit verlagert der Gesetzgeber die Verantwortung gerade auf diejenigen Stellen, deren wirksame Überwachung bei ausländischen Versandapotheken nur unzureichend gewährleistet ist. Ein Regelungssystem, das einerseits auf eine striktere Kontrolle der Transportkette verzichtet und andererseits die Verantwortung allein bei — auch ausländischen — Versandapotheken belässt, genügt dem Schutzauftrag des Gesetzgebers bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln nicht. Die Arzneimittel- und Patient*innensicherheit darf nicht von Verantwortungszuweisungen abhängen, die praktisch nur eingeschränkt kontrolliert und durchgesetzt werden können.

Unionsrechtliche Zulässigkeit eines Versandverbots

Ein Verbot des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln ist unionsrechtlich möglich. Der Deutsche Apothekertag 2025 hat hervorgehoben, dass der Europäische Gerichtshof ein solches Verbot aus Gründen des Gesundheitsschutzes für zulässig erklärt hat und der Unionsgesetzgeber diese Befugnis der Mitgliedstaaten in Artikel 85c Absatz 1 der Richtlinie 2001/83/EG bestätigt hat.

Bereits 2017 forderte die Hauptversammlung, den Versandhandel mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zu verbieten und auf das unionsrechtlich geforderte Mindestmaß zurückzuführen.

Botendienst bleibt unberührt

Der Botendienst der öffentlichen Apotheke ist hiervon zu unterscheiden. Er erfolgt patient*innennah, heilberuflich verantwortet und eingebunden in die Versorgung durch die konkrete Apotheke vor Ort. Er ersetzt nicht die Apotheke, sondern verlängert ihre Versorgung in besonderen Situationen bis zum*zur Patient*in.

Fazit

Zum Schutz der Patient*innen, zur Sicherung gleicher ordnungsrechtlicher Rahmenbedingungen und zur Wiederherstellung einer verlässlichen Aufsicht ist der Versandhandel mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln gesetzlich zu untersagen.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 1.15
angenommen

Antragsteller:	Apothekerkammer Westfalen-Lippe
Antragsgegenstand:	Durchsetzung der Preisbindung im GKV-Sachleistungsprinzip gegenüber inländischen und ausländischen Versandapotheken

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber und die Bundesregierung auf, die rechtlichen, organisatorischen und finanziellen Voraussetzungen zu schaffen, damit Verfahren vor der Paritätischen Stelle rechtsicher geführt und institutionelle Haftungs-, Gerichts-, Anwalts-, Sachverständigen- und Folgekosten abgesichert werden können.

Begründung

Mit dem Vor-Ort-Apotheken-Stärkungsgesetz (VOASG) wurde die Gleichpreisigkeit verschreibungspflichtiger Arzneimittel im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung ausdrücklich im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) verankert. Apotheken, für die der Rahmenvertrag nach § 129 Absatz 2 SGB V Rechtswirkung entfaltet, sind bei der Abgabe verordneter Arzneimittel an gesetzlich Versicherte verpflichtet, die geltenden Preisspannen und Preise einzuhalten und dürfen Versicherten keine Zuwendungen gewähren.

Der Rahmenvertrag nach § 129 Absatz 2 SGB V sieht für gröbliche oder wiederholte Verstöße gegen diese Verpflichtung ausdrücklich ein Verfahren vor einer paritätisch besetzten Stelle von dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) und dem Deutschen Apothekerverband e. V. (DAV) vor. Nach Anlage 10 § 2 Absatz 1 des Rahmenvertrags beginnt das Verfahren auf schriftlichen Antrag des GKV-Spitzenverbandes oder des DAV. Der Antrag hat den Sachverhalt über den gröblichen beziehungsweise wiederholten Verstoß gegen die Preisbindung zu erläutern und die hierfür vorliegenden Nachweise zu enthalten.

Dieses Instrument darf nicht ins Leere laufen. Wenn fortlaufend beworbene, dokumentierte und gerichtlich bereits mehrfach beanstandete Bonus-, Gutschein-, Rabatt- oder sonstige Zuwendungsmodelle bestehen, müssen die hierfür vorgesehenen Verfahren auch tatsächlich eingeleitet und durchgeführt werden. Die Durchsetzung der Preisbindung ist keine abstrakte Rechtsfrage, sondern eine zentrale Voraussetzung fairer Wettbewerbsbedingungen im Sachleistungsprinzip der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Inländische Apotheken sind an Preisbindung, Rahmenvertrag, Apothekenbetriebsordnung, Beratungspflichten, Versorgungsverantwortung und Kontrollstrukturen gebunden. Es ist berufspolitisch nicht hinnehmbar, wenn ausländische Versandapotheken durch fortgesetzte Bonus- und Rabattmodelle faktisch Wettbewerbsvorteile erzielen, während das hierfür vorgesehene Sanktionsinstrument nicht genutzt wird.

Mit dem Apothekenversorgung-Weiterentwicklungsgesetz (ApoVWG) hat der Gesetzgeber nun eine ausdrücklich begrüßenswerte und für die Rechtsdurchsetzung zentrale Klarstellung

vorgenommen. Nach § 129 Absatz 4 Satz 7 SGB V ist eine persönliche Haftung der Mitglieder der jeweils zuständigen Stelle auszuschließen. Damit wird ein wesentliches Hemmnis beseitigt, das bislang als Argument gegen die praktische Nutzung des Sanktionsverfahrens angeführt werden konnte.

Diese Änderung ist berufspolitisch von erheblicher Bedeutung. Der Gesetzgeber hat damit klargestellt, dass die Mitglieder der zuständigen Stelle bei der Wahrnehmung ihrer Aufgabe nicht persönlich im Risiko stehen sollen. Genau dadurch eröffnet sich jetzt die reale Möglichkeit, die im Gesetz und im Rahmenvertrag vorgesehenen Instrumente endlich konsequent zu nutzen. Wer die Gleichpreisigkeit im GKV-Sachleistungsprinzip ernst nimmt, muss diese Möglichkeit nun auch tatsächlich ergreifen.

Das ApoVWG darf daher nicht als bloße formale Änderung behandelt werden. Es ist vielmehr der entscheidende Anlass, dokumentierte gröbliche oder wiederholte Verstöße gegen die Preisbindung unverzüglich in das hierfür vorgesehene Verfahren vor der Paritätischen Stelle einzubringen. Nachdem die persönliche Haftung der Mitglieder der zuständigen Stelle gesetzlich auszuschließen ist, besteht kein tragfähiger Grund mehr, dokumentierte Verstöße nicht durch entsprechende Anträge nach Anlage 10 § 2 Absatz 1 des Rahmenvertrags verfolgen zu lassen.

Das verbleibende institutionelle Kosten- und Haftungsrisiko verschwindet dadurch nicht vollständig. Es verlagert sich von der persönlichen Ebene der einzelnen Mitglieder auf die institutionelle Ebene der beteiligten Organisationen. Gerade deshalb müssen DAV, GKV-Spitzenverband und die dahinterstehenden Organisationen die verbleibenden Haftungs-, Gerichts-, Anwalts-, Sachverständigen- und Folgekostenrisiken transparent und belastbar absichern.

Diese institutionelle Absicherung darf jedoch nicht als Vorbedingung für weiteres Zuwarten missverstanden werden. Sie muss parallel geschaffen werden, damit die Verfahren professionell vorbereitet, rechtssicher durchgeführt und gegen Prozessrisiken abgesichert werden können. Sie darf aber nicht länger als Begründung dafür dienen, dass das bestehende Sanktionsinstrument ungenutzt bleibt. Ein Rechtsschutz-, Haftungs- und Prozesskostenfonds beziehungsweise eine vergleichbare institutionelle Absicherung wäre daher kein Freibrief, sondern ein Instrument geordneter Rechtsdurchsetzung. Er soll sicherstellen, dass die Durchsetzung der sozialrechtlichen Preisbindung nicht an ungeklärten institutionellen Haftungs-, Gerichts-, Anwalts-, Sachverständigen- oder Folgekostenrisiken scheitert.

Die Hauptversammlung fordert daher nicht nur eine weitere Prüfung der Rechtslage, sondern die tatsächliche Nutzung des bestehenden Verfahrens. Das ApoVWG hat die persönliche Haftungsfrage zugunsten der handelnden Mitglieder geklärt. Jetzt müssen DAV und GKV-Spitzenverband die daraus folgende Handlungsfähigkeit auch nutzen. Wo geltendes Recht und vertraglich vereinbarte Sanktionen bestehen, müssen sie angewendet werden. Andernfalls entsteht der Eindruck, dass die Gleichpreisigkeit zwar rechtlich normiert ist, gegenüber bestimmten Marktteilnehmern aber faktisch nicht durchgesetzt wird.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 1.16
angenommen

Antragsteller:	Landesapothekerkammer Hessen
Antragsgegenstand:	Wirksame Unterbindung unzulässiger Rabatte auf gesetzliche Zuzahlungen bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert die Bundesregierung auf, im Zuge der geplanten Anhebung und Dynamisierung der gesetzlichen Zuzahlung für Arzneimittel sicherzustellen, dass unzulässige Rabatte, Boni, Gutschriften oder sonstige wirtschaftliche Vorteile bei der Abgabe verschreibungspflichtiger Arzneimittel wirksam unterbunden werden.

Insbesondere muss klargestellt werden, dass auch ausländische Versandapotheken, die Versicherte in Deutschland beliefern, die gesetzlichen Preis- und Zuzahlungsvorgaben uneingeschränkt einzuhalten haben.

Der Gesetzgeber wird aufgefordert, Verstöße gegen diese Vorgaben mit wirksamen Sanktionen zu belegen. Bei Verstößen müssen ausländische Versandapotheken von der Versorgung zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung und vom Rahmenvertrag nach § 129 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) ausgeschlossen werden können.

Begründung

Die gesetzliche Zuzahlung ist kein frei disponibler Preisbestandteil, sondern ein gesetzlich vorgegebenes Finanzierungsinstrument der Gesetzlichen Krankenversicherung. Apotheken ziehen diese Zuzahlung lediglich für die Krankenkassen ein. Wird sie durch Rabatte, Boni oder sonstige Vorteile faktisch erstattet, wird der gesetzgeberische Wille unterlaufen.

Mit der vorgesehenen Anhebung der Zuzahlung wird der finanzielle Anreiz für Patient*innen steigen, Anbieter zu wählen, die diese Belastung durch Rabatte oder Boni kompensieren. Bereits heute nutzen ausländische Versandapotheken entsprechende Modelle, obwohl diese mit der Gleichpreisigkeit verschreibungspflichtiger Arzneimittel und der Systematik der gesetzlichen Zuzahlung nicht vereinbar sind.

Die geplante Erhöhung der Zuzahlung darf nicht dazu führen, dass rechtswidrige Rabattmodelle zusätzlichen Auftrieb erhalten. Rechtstreue Vor-Ort-Apotheken dürfen gegenüber Anbietern, die gesetzliche Vorgaben umgehen, nicht benachteiligt werden.

Wer an der Versorgung Gesetzlich Versicherter in Deutschland teilnimmt, muss auch die deutschen Preis-, Zuzahlungs- und Rahmenvertragsvorgaben einhalten. Verstöße müssen konsequent verfolgt und wirksam sanktioniert werden. Nur so können Gleichpreisigkeit, faire Wettbewerbsbedingungen und die flächendeckende Arzneimittelversorgung durch Apotheken vor Ort gesichert werden.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 1.17
angenommen

Antragsteller:	Apothekerkammer Nordrhein
Antragsgegenstand:	Gesetzgeberische Maßnahmen gegen zunehmenden Arzneimittelmisbrauch

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert die Bundesregierung auf, gezielter präventiv den Zugang zu abhängigkeiterzeugenden medizinisch eingesetzten Wirkstoffen wie Opioidanalgetika, Gabapentinoide und Medizinalcannabis für den nicht indizierten medizinischen Gebrauch zu erschweren und das Gesetz zur Änderung des Medizinal-Cannabisgesetzes schnellstmöglich in der geplanten Fassung im Sinne der Patientensicherheit umzusetzen.

Begründung

Seit der Liberalisierung von Cannabis ist eine zunehmende Vermischung von Konsumcannabis und Medizinalcannabis zu beobachten. Insbesondere telemedizinische Plattformangebote bedienen eine entstandene Versorgungslücke und haben Versorgungsstrukturen aufgebaut, die Missbrauchsrisiken bergen. Die Verschreibung von Medizinalcannabis erfolgt teilweise auf der Grundlage bloßer Online-Fragebögen und ohne persönlichen Kontakt von Arzt*Ärztin und Patient*in.

Die Apothekerschaft unterstützt daher ausdrücklich die vom Gesetzgeber bereits vorgesehenen Maßnahmen zur Eindämmung missbräuchlicher Versorgungsstrukturen im Bereich des Medizinalcannabis (Gesetz zur Änderung des Medizinal-Cannabisgesetzes). Hierzu zählen insbesondere die Verpflichtung zu einem persönlichen Kontakt von Arzt*Ärztin und Patient*in vor der Verordnung sowie der Ausschluss des Versandhandels mit Medizinalcannabis.

Die Bekämpfung von Sucht und missbräuchlichen Versorgungsstrukturen ist eine gemeinsame Aufgabe der Heilberufe. Die Rechtsprechung hat deutlich gemacht, dass Apotheker*innen ihrer Prüfungsverantwortung nachkommen müssen und problematische Plattform-Verordnungen nicht unkritisch beliefern dürfen. Erforderlich ist eine konsequente Umsetzung und Durchsetzung bereits vorgesehener regulatorischer Maßnahmen gegen missbräuchliche telemedizinische Plattformmodelle. Die Verordnung von Medizinalcannabis darf nicht auf anonymisierten oder weitgehend automatisierten Online-Prozessen beruhen, sondern muss den Anforderungen einer verantwortungsvollen ärztlichen und pharmazeutischen Versorgung entsprechen. Darüber hinaus sind für weitere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial vergleichbare Schutzmechanismen erforderlich.

Zudem zeigt sich hinsichtlich des Konsumverhaltens Suchterkrankter eine deutliche Verschiebung von illegalen Substanzen hin zu als Betäubungsmittel im Markt befindlichen Arzneimitteln. Bislang noch nicht veröffentlichte Ergebnisse von Längsschnittuntersuchungen in Stationen zur qualifizierten Entzugsbehandlung in Nordrhein-Westfalen, durchgeführt von Prof. Dr. Norbert Scherbaum, LVR-Klinikum Essen (Mitglied des Fachbeirats Sucht NRW, Arbeits-

gruppe des MAGS) zeigen deutlich, dass der Anteil von Opioidanalgetika und Gabapentinoïden massiv zugenommen hat. Als Bezugsquellen nennen die Suchterkrankten 10 Prozent Internethandel, 20 Prozent Paketdienste und knapp 40 Prozent Messengerdienste.

Es bedarf demnach einer effektiven und vollziehbaren gesetzlichen Regulierung, um missbräuchliche Bezugswege auch im grenzüberschreitenden und digitalen Umfeld wirksam zu begrenzen. Die schnellstmögliche Änderung des Medizinal-Cannabisgesetzes ist hier nur ein wichtiger Schritt.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

1.e) Honorierung und Zuzahlung

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 1.18
angenommen

Antragsteller: Sächsischer Apothekerverband e. V.
Landesapothekerverband Sachsen-Anhalt e. V.
Thüringer Apothekerverband e. V.

Antragsgegenstand: Preisberechnung nach AMPreisV

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Verordnungsgeber auf, in § 3 Absatz 2 Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) eine Klarstellung aufzunehmen, dass das Vorlagedatum der Verordnung in der Apotheke maßgeblich für die Preisberechnung der Apotheke ist.

Begründung

Die Vergütung der Apotheke auf Arzneimittel wird aktuell auf Basis des zum Zeitpunkt der Abgabe an den*die Versicherte*n gültigen Herstellerabgabepreises zzgl. Der Großhandelsvergütung berechnet.

Dies führt zu empfindlichen Lagerwertverlusten der Apotheke, wenn der Hersteller den Herstellerabgabepreis in der Zeit zwischen Bestellung und Abgabe senkt. Durch diese Preissenkungen zwischen Einkauf und Abgabe entstehen erhebliche, unvermeidbare Verluste.

Besonders häufig ist dies bei neuen Arzneimitteln, die von den Herstellern zunächst zu einem vorläufigen Preis eingeführt werden, da Preisverhandlungen mit den Krankenkassen bzw. Bewertungsverfahren gemäß § 130 b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) noch ausstehen.

Apotheken haben auf die Preisgestaltung der pharmazeutischen Unternehmer keinen Einfluss und können diese Verluste daher nicht vermeiden. Die Hersteller sind dabei immer seltener bereit, diese Lagerwertverluste auszugleichen.

Wir fordern daher die Aufnahme einer Klarstellung in § 3 Absatz 2 Nummer 1 und 2 AMPreisV, dass für die Preisberechnung der Apotheke, das Vorlagedatum der Verordnung in der Apotheke maßgeblich sein soll.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 1.19
zurückgezogen

Antragsteller:	Landesapothekerkammer Thüringen
Antragsgegenstand:	Regelung zukünftiger Verhandlungen zwischen DAV und GKV-SV bezüglich der Apothekenvergütung

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber auf, die Gesetzesgrundlage für zukünftige Verhandlungen zwischen dem Deutschen Apothekerverband e. V. (DAV) und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) bezüglich der Apothekervergütung dahingehend zu regeln, dass ein variabler Anteil in Höhe von 3 Prozent die Untergrenze darstellt. Eine Dynamisierung im Bezug zu Refinanzierungskosten ist vorzusehen. Eine Unterschreitung von 3 Prozent bzw. eine Deckelung müssen ausgeschlossen sein.

Begründung

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) wurde zum 1. Januar 2004 die Systematik der Apothekenvergütung grundlegend neugestaltet. Seitdem setzt sich die Vergütung für verschreibungspflichtige Arzneimittel aus einem festen Honoraranteil sowie einem variablen Zuschlag in Höhe von 3 Prozent des Apothekeneinkaufspreises zusammen.

Nach der gesetzgeberischen Konzeption dient der variable Vergütungsanteil ausdrücklich der Abbildung der warenwirtschaftlichen und logistischen Leistungen der Apotheke. Hierzu zählen insbesondere:

- die Vorfinanzierung hochpreisiger Arzneimittel,
- die Lager- und Vorratshaltung,
- Beschaffungs- und Distributionskosten,
- Finanzierungskosten infolge steigender Zinsen,
- sowie das wirtschaftliche Risiko der Kapitalbindung.

Der Gesetzgeber wollte mit der Einführung des Kombinationsmodells aus Fixhonorar und variablem Zuschlag gerade sicherstellen, dass die wirtschaftlichen Belastungen der Arzneimittelbevorratung sachgerecht berücksichtigt werden, ohne zugleich Fehlanreize zur bevorzugten Abgabe hochpreisiger Arzneimittel zu setzen.

Insbesondere bei hochpreisigen Arzneimitteln, Kühlartikeln, innovativen Arzneimitteltherapien und individualisierten Versorgungskonzepten steigen die Vorhalte- und Refinanzierungskosten der Apotheken erheblich.

Gleichzeitig haben sich die Finanzierungskosten infolge gestiegener Zinsen und erhöhter Warenbestände deutlich verschärft. Eine Absenkung oder Deckelung des variablen Vergütungsanteils würde diese gesetzgeberisch anerkannten wirtschaftlichen Belastungen missachten und die ordnungsgemäße Versorgung gefährden.

Die öffentliche Apotheke ist gemäß § 17 Absatz 4 ApBetrO verpflichtet, Arzneimittel ordnungsgemäß und in angemessener Zeit zur Verfügung zu stellen. Diese Verpflichtung setzt zwingend eine ausreichende Lagerhaltung sowie die wirtschaftliche Möglichkeit zur Vorfinanzierung kostenintensiver Arzneimittel voraus. Wird der variable Vergütungsanteil gedeckelt oder abgesenkt, entsteht insbesondere für kleinere und mittelständische Apotheken ein erheblicher wirtschaftlicher Druck, kostenintensive Arzneimittel nicht mehr in ausreichendem Umfang vorrätig zu halten oder kurzfristig zu beschaffen.

Damit würde die flächendeckende und wohnortnahe Arzneimittelversorgung erheblich gefährdet. Besonders betroffen wären Patient*innen mit seltenen Erkrankungen, onkologischen Therapien oder komplexen chronischen Erkrankungen, die auf eine zeitnahe Versorgung mit hochpreisigen Arzneimitteln angewiesen sind.

Zudem hat der Gesetzgeber selbst wiederholt hervorgehoben, dass die Sicherstellung einer flächendeckenden Arzneimittelversorgung eine zentrale öffentliche Aufgabe der Apotheken ist. Eine wirtschaftliche Schwächung der Warenlager- und Vorhaltefunktion steht diesem Sicherstellungsauftrag entgegen.

Vor diesem Hintergrund ist der variable Vergütungsanteil von mindestens 3 Prozent nicht als beliebige Verhandlungsmasse anzusehen, sondern als notwendiger Bestandteil einer sachgerechten Refinanzierung der apothekerlichen Infrastruktur und der gesetzlich geforderten Versorgungssicherheit.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache L 2 zu 1.20.1 – 1.20.2

angenommen

Antragsteller:	Landesapothekerverband Niedersachsen e. V. Apothekerverband Nordrhein e. V.
Antragsgegenstand:	Herauslösung der Apotheken aus Inkassofunktion bezüglich des Herstellerrabattes

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, die Apotheken aus ihrer aktuellen Funktion als Inkassostelle für Krankenkassen hinsichtlich der Berücksichtigung des Herstellerrabattes bei der Abrechnung gegenüber den Krankenkassen herauszulösen und vom Pharmazeutischen Hersteller einzufordern.

Begründung

Nach § 130 a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) haben Apotheken den dort geregelten Herstellerrabatt, bei dem es sich um einen Rabatt der pharmazeutischen Unternehmen an die Krankenkassen handelt, bei der Abrechnung gegenüber den Krankenkassen zu berücksichtigen. Die Apotheken agieren auch hier als Inkassostelle und tragen die Risiken für Zahlungsausfälle, Zahlungsverzögerungen und etwaiger Prozesse, ohne dass eine entsprechende Vergütung und Risikoverteilung für die Apotheken mitgedacht wird.

Das Inkasso-Risiko wird sich in naher Zukunft weiter verschärfen, wenn durch das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (BstabG) der bestehende Herstellerrabatt von derzeit sieben Prozent um eine dynamische Komponente ergänzt wird, die sich am Verhältnis der Arzneimittelausgaben zu den Einnahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) orientiert.

Spätestens mit Einführung des E-Rezeptes entbehrt es jeder rationalen Begründung, dass die Apotheken für den Einzug des Herstellerrabatts herangezogen werden. Im digitalen Zeitalter ist eine direkte Abrechnung der GKV mit der pharmazeutischen Industrie möglich, da die Daten über das abgegebene Arzneimittel im Dispensierdatensatz zur Verfügung stehen.

Ein vergleichbares Verfahren wird bereits beim Kombinations-Abschlag realisiert und könnte zukünftig für die Abrechnung des Herstellerrabatts analog angewendet werden. Hier legt der Gemeinsame Bundesausschuss einen Erstattungsabschlag fest (insbesondere für Zytostatika, die in Kombinationen vorkommen). Hier erfolgt bereits eine direkte Abrechnung der Kassen mit der pharmazeutischen Industrie.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 1.20.1

Antragsteller: Landesapothekerverband Niedersachsen e. V.

Antragsgegenstand: Herauslösung der Apotheken aus Inkassofunktion

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, die Apotheken aus ihrer aktuellen Funktion als Inkassostelle für Krankenkassen hinsichtlich der Einziehung der Zuzahlung von den Versicherten und hinsichtlich der Berücksichtigung des Herstellerrabattes bei der Abrechnung gegenüber den Krankenkassen herauszulösen.

Begründung

Die Apotheken haben gemäß § 43 c Absatz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) die Zuzahlung von den Versicherten einzuziehen und mit ihrem Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse zu verrechnen. Diese Aufgabe ist mit bürokratischem und finanziellem Aufwand für die Apotheken verbunden, da sie die Risiken der Zahlungsausfälle und etwaiger Prozessführung tragen müssen, ohne dass eine entsprechende Vergütung und Risikoverteilung der den Apotheken übertragenen Aufgabe gegenüberstehen.

Nach § 130 a SGB V haben Apotheken den dort geregelten Herstellerrabatt, bei dem es sich um einen Rabatt der pharmazeutischen Unternehmen an die Krankenkassen handelt, bei der Abrechnung gegenüber den Krankenkassen zu berücksichtigen. Die Apotheken agieren auch hier als Inkassostelle und tragen die Risiken für Zahlungsausfälle, Zahlungsverzögerungen und etwaiger Prozesse, ohne dass eine entsprechende Vergütung und Risikoverteilung für die Apotheken mitgedacht wird.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 1.20.2

Antragsteller: Apothekerverband Nordrhein e. V.

Antragsgegenstand: Herstellerrabatt

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, die Apotheken umgehend aus der Verpflichtung herauszunehmen, den der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zustehenden Herstellerrabatt an die GKV abzuführen und vom Pharmazeutischen Hersteller einzufordern.

Begründung

Seit vielen Jahren tragen die öffentlichen Apotheken das Inkasso-Risiko, um den – für die Apotheken durchlaufenden Posten – Hersteller-Rabatt an die GKV weiterzuleiten. Diese Dienstleistung erbringen die Apotheken unentgeltlich für die GKV. In vielen Fällen ist es Apotheken in der Vergangenheit nicht gelungen, den bereits an die GKV ausgezahlten Hersteller-Rabatt von dem betroffenen pharmazeutischen Unternehmer erstattet zu bekommen.

Das Inkasso-Risiko wird sich in naher Zukunft weiter verschärfen, wenn durch das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (BstabG) der bestehende Herstellerrabatt von derzeit sieben Prozent um eine dynamische Komponente ergänzt wird, die sich am Verhältnis der Arzneimittelausgaben zu den GKV-Einnahmen orientiert.

Spätestens mit Einführung des E-Rezeptes entbehrt es jeder rationalen Begründung, dass die Apotheken für den Einzug des Herstellerrabatts herangezogen werden. Im digitalen Zeitalter ist eine direkte Abrechnung der GKV mit der pharmazeutischen Industrie möglich, da die Daten über das abgegebene Arzneimittel im Dispensierdatensatz zur Verfügung stehen.

Ein vergleichbares Verfahren wird bereits beim Kombinations-Abschlag realisiert und könnte zukünftig für die Abrechnung des Herstellerrabatts analog angewendet werden. Hier legt der Gemeinsame Bundesausschuss einen Erstattungsabschlag fest (insbesondere für Zytostatika, die in Kombinationen vorkommen). Hier erfolgt bereits eine direkte Abrechnung der Kassen mit der pharmazeutischen Industrie.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache L 3 zu 1.21.1 – 1.21.3
angenommen

Antragsteller:	Thüringer Apothekerverband e. V. Landesapothekerkammer Thüringen Landesapothekerverband Sachsen-Anhalt e. V. Sächsischer Apothekerverband e. V. Hamburger Apothekerverein e. V. Apothekerverband Schleswig-Holstein e. V. Apothekerkammer Schleswig-Holstein Landesapothekerverband Niedersachsen e. V.
Antragsgegenstand:	Entlastung der Apotheken durch die Übertragung der Erhebung gesetzlicher Arzneimittelzuzahlungen von den Leistungserbringern auf die gesetzlichen Krankenkassen

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber auf, die rechtlichen Rahmenbedingungen – insbesondere §§ 43c Absatz 1, 61 und 62 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) – so anzupassen, dass die Erhebung gesetzlicher Zahlungen von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherungen nicht mehr durch Leistungserbringer, sondern unmittelbar durch die gesetzlichen Krankenkassen erfolgt.

Begründung

4. Berufspolitische Entwicklung und Einordnung

Mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz steigen die gesetzlichen Zuzahlungen für Arzneimittel zum 1. Januar 2027 deutlich an. Dadurch wächst die finanzielle Belastung der Versicherten erheblich. Gleichzeitig ist angesichts der finanziellen Entwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht auszuschließen, dass künftig weitere Zuzahlungstatbestände geschaffen oder bestehende Zuzahlungspflichten erneut angepasst werden. Damit gewinnt die grundsätzliche Frage an Bedeutung, wer für die Einziehung gesetzlicher Zuzahlungen verantwortlich sein sollte.

Die Belastung der Apotheken durch Inkasso- und Verwaltungsaufgaben ist seit Jahren Gegenstand berufspolitischer Forderungen und Diskussionen. Der vorliegende Antrag verfolgt erstmals einen grundsätzlichen Lösungsansatz. Während die Hauptversammlungen in den Jahren 2023 und 2024 vorrangig eine angemessene Vergütung für den Einzug der Zuzahlungen forderten, rückte bereits 2022 die Automatisierung von Befreiungsverfahren und die Entlastung der Apothekenstrukturen in den Vordergrund.

In der Problemdarstellung zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz rechnet die Bundesregierung bei Krankenkassen und Gesundheitsfonds ohne strukturelle Gegenmaßnahmen bis zum Jahr 2030 mit einer Deckungslücke von rund 40 Milliarden Euro. Durch dieses Gesetz werde die GKV durch Mehreinnahmen und Minderausgaben in Höhe von insgesamt rund 16 Milliarden Euro im Jahr 2027 und steigend bis zum Jahr 2030 um bis zu rund 38 Milliarden Euro entlastet, wobei die Anhebung der Zuzahlungen zu Mehreinnahmen im Jahr 2027 in

Höhe von 1,9 Milliarden Euro und weiter steigend auf 2,2 Milliarden Euro im Jahr 2030 führen soll.

Da echte strukturelle Reformen im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung weiterhin ausstehen, der Anspruch der Versicherten auch auf Teilhabe am (kostenintensiven) medizinischen Fortschritt von Krankenkassen zu erfüllen ist, wird das Krankenversicherungssystem auf eine stetige Steigerung der Mehreinnahmen angewiesen bleiben. Eine ursprünglich von der Bundesregierung vorgesehene Dynamisierung der Zuzahlungen wurde vom Bundestag nicht beschlossen. Es ist daher wohl nur eine Frage der Zeit, bis neue Zuzahlungstatbestände einschließlich der von Vertragsärzten abgelehnten Praxisgebühr eingeführt werden.

Der vorliegende Antrag geht konsequent einen Schritt weiter: Nicht die Vergütung eines versorgungsfremden Verwaltungsaufwandes soll verbessert werden, sondern die vollständige organisatorische Entkopplung von Arzneimittelabgabe und Einzug gesetzlicher Kassenforderungen perspektivisch erreicht werden.

5. Ökonomische Belastung ohne zusätzlichen Versorgungsnutzen

Apotheken fungieren derzeit faktisch als unentgeltliche Inkassostellen der gesetzlichen Krankenkassen. Sie ziehen Zuzahlungen ein, dokumentieren Befreiungen, übernehmen Bargeldmanagement und tragen die Kosten der Zahlungsabwicklung.

Im Jahr 2024 wurden durch Apotheken rund 2,555 Milliarden Euro an Arzneimittelzuzahlungen eingezogen. Die durchschnittliche Zuzahlung betrug lediglich 3,30 Euro pro Packung.

Dieser massenhafte Einzug kleinster Beträge verursacht einen erheblichen administrativen Aufwand. Hinzu kommen bundesweit Zusatzkosten in Millionenhöhe jährlich für Kartenzahlungen, Zahlungsdienstleister, Bargeldhandling, Rechnungsversand und Kassenprozesse.

Hinzu kommen generelle Inkassorisiken und Forderungsausfälle, insbesondere bei der Zustellung von Rechnungen im Rahmen der Heimversorgung oder onkologischer Zytostatika-Therapien. Verfahren zur nachträglichen Begleichung durch die Krankenkassen sind häufig aufwendig, uneinheitlich und administrativ belastend. Inkassofälle entstehen beispielsweise durch Zahlungsverweigerung, Versterben der Versicherten oder Informationslücken hinsichtlich zwischenzeitlich erfolgter Zuzahlungsbefreiungen. Das Verhältnis zwischen personellem und zeitlichem Aufwand einerseits und dem wirtschaftlichen Ertrag andererseits ist hierbei regelmäßig negativ.

Die Apotheke übernimmt damit die Einziehung einer gesetzlichen Forderung der Krankenkasse einschließlich des damit verbundenen Verwaltungs- und Ausfallrisikos, ohne hierfür einen Vergütungsanspruch zu besitzen. Die eingezogenen Beträge werden im Rahmen der Rezeptabrechnung vollständig vom Erstattungsanspruch gegenüber den Krankenkassen abgezogen.

6. Gesetzgeberische Folgerichtigkeit

Mit dem Gesetzentwurf zur Reform der Notfallversorgung hat der Gesetzgeber bereits vorgesehen, dass Krankenkassen bestimmte Zuzahlungen unmittelbar selbst gegenüber ihren Versicherten einziehen. Damit wird anerkannt, dass die Einziehung eigener Forderungen originäre Aufgabe der Krankenkassen ist. Es ist nicht nachvollziehbar, weshalb für Arzneimittel weiterhin Leistungserbringer als unentgeltliche Inkassostellen tätig werden sollen. Aus Gründen einer einheitlichen und widerspruchsfreien Ausgestaltung des Sozialrechts sollten die Zuzahlungsregelungen im SGB V entsprechend harmonisiert werden.

7. Konzentration auf den Versorgungsauftrag

Die Einziehung gesetzlicher Zuzahlungen gehört nicht zum originären heilberuflichen Auftrag der Apotheke. Die gesetzliche Zuzahlung begründet eine Forderung der Krankenkasse gegenüber ihren Versicherten. Es ist daher sachgerecht, dass deren Einziehung grundsätzlich

durch den Anspruchsinhaber selbst erfolgt und nicht dauerhaft auf Leistungserbringer übertragen wird.

Die Apotheke wird durch die geltende Rechtslage in eine Rolle gedrängt, die weder ihrem Versorgungsauftrag noch ihrem Selbstverständnis entspricht. Statt sich ausschließlich auf die pharmazeutische Beratung und Arzneimittelversorgung zu konzentrieren, übernimmt sie unentgeltlich Verwaltungs-, Inkasso- und Kommunikationsaufgaben für die gesetzlichen Krankenkassen. Gleichzeitig wird sie von vielen Versicherten als Überbringer zusätzlicher finanzieller Belastungen wahrgenommen, obwohl sie weder Anspruchsinhaberin der Forderung ist noch wirtschaftlich von den eingezogenen Beträgen profitiert.

Die unmittelbare Erhebung der Zuzahlung im Beratungsgespräch kann zudem dazu führen, dass Patient*innen aus finanziellen Gründen auf zusätzlich empfohlene und therapeutisch sinnvolle Begleitmedikation verzichten, insbesondere wenn diese nicht von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet wird. Dadurch kann die Qualität der Arzneimittelversorgung beeinträchtigt werden.

Zugleich entsteht durch die Erhebung gesetzlicher Zuzahlungen kein zusätzlicher pharmazeutischer oder versorgungsrelevanter Mehrwert für die Patient*innen. Personal- und Zeitressourcen werden für versorgungsfremde Verwaltungsaufgaben gebunden, obwohl sie angesichts des zunehmenden Fachkräftemangels für Beratung, Medikationsmanagement und neue gesetzliche Aufgaben dringend benötigt werden.

8. Zukunftsorientierter Strukturansatz

Der Antrag verfolgt einen langfristigen Strukturansatz. Ziel ist es, die gesetzlichen Rahmenbedingungen so weiterzuentwickeln, dass versorgungsfremde Inkassoaufgaben künftig nicht mehr von den Leistungserbringern, sondern von den gesetzlichen Krankenkassen wahrgenommen werden. Dadurch werden die Apotheken nachhaltig von administrativen Aufgaben entlastet und können ihre personellen Ressourcen stärker auf ihre heilberufliche Aufgabe konzentrieren.

6. Lösungsvorschläge

a) Änderung § 61 Satz 4 SGB V

Es ist die in § 61 Satz 4 SGB V normierte Verpflichtung aller Leistungserbringer, Zuzahlungen ohne Vergütungsanspruch einzuziehen, gegen den zu erwartenden erbitterten Widerstand der GKVn zu ändern.

§ 61 Satz 4 SGB V lautet derzeit:

„Geleistete Zuzahlungen sind von dem zum Einzug Verpflichteten gegenüber dem Versicherten zu quittieren; ein Vergütungsanspruch hierfür besteht nicht.“

§ 61 Satz 4 SGB V/E sollte neu entsprechend § 30 Absatz 6 Satz 2 SGB V/E lauten:

„Die Krankenkasse zieht die jeweilige Zuzahlung vom Versicherten ein.“

Es ist zu erwarten, dass bei weiterem Finanzbedarf des GKV-Systems auch weitere Zuzahlungstatbestände eingeführt werden. Durch den gebotenen Gleichlauf in §§ 30 Absatz 6 Satz 2, 60 Absatz 7 Satz 2 SGB V/E mit § 61 SGB V/E wäre sichergestellt, dass alle Zuzahlungsregelungen vollständig, einheitlich, bürokratiearm und damit kosteneffizient umgesetzt werden.

Dagegen entstehen Leistungserbringern wie Apotheken ab 1. Januar 2027 mit dem Inkrafttreten des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes durch die Erhöhung von Zuzahlungen der Versicherten erhöhte finanzielle Aufwände im Rahmen der Übernahme des Inkassos durch damit verbundene Mehrkosten für zunehmend elektronische Zahlungen sowie Zahlungsausfall- und Prozessrisiken. Zudem entsteht gerade zu Beginn der Erhöhung des Zuzahlungsbe-

trages im Apothekenalltag ein erheblicher zusätzlicher Aufwand bei der Patient*innenaufklärung, insbesondere darüber, dass die Apotheken die Zuzahlungen auf gesetzlicher Grundlage auf eigene Kosten für die jeweilige Krankenkasse des*der Versicherten einziehen, ohne selbst in irgendeiner Weise davon zu profitieren. Diese Aufwände ließen sich vermeiden, wenn ausschließlich die Krankenkassen als Anspruchsberechtigte die Zuzahlungen von ihren Versicherten einzögen.

b) Streichung § 43c Absatz 1 SGB V

Der bei Versicherten, Betreuer*innen von zu Pfllegenden, Leistungserbringern, Betreuungsgerechten, Krankenkassen und bei der weiteren Sozialverwaltung zu enormen, kostenintensiven, bürokratischen Aufwänden führende § 43c Absatz 1 SGB V, der die Zuzahlungswege regelt, wäre bei dem gebotenen Gleichlauf der Zuzahlungsregelungen §§ 30 Absatz 6 Satz 2, 60 Absatz 7 Satz 2 SGB V/E mit § 61 SGB V/E ersatzlos zu streichen.

Sowohl bei Kostenträgern als auch Leistungserbringern würde diese Streichung zu einer großen Entlastung führen, ohne dass Kostenträger ihren Anspruch auf Zuzahlungsleistungen ihrer Versicherten in irgendeiner Weise verlören.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 1.21.1

Antragsteller:	Thüringer Apothekerverband e. V. Landesapothekerkammer Thüringen Landesapothekerverband Sachsen-Anhalt e. V. Sächsischer Apothekerverband e. V. Hamburger Apothekerverein e. V. Apothekerverband Schleswig-Holstein e. V. Apothekerkammer Schleswig-Holstein
Antragsgegenstand:	Entlastung der Apotheken durch die Übertragung der Erhebung gesetzlicher Arzneimittelzuzahlungen auf die gesetzlichen Krankenkassen

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber auf, die rechtlichen Rahmenbedingungen – insbesondere §§ 43c Absatz 1, 61 und 62 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) – so anzupassen, dass die Erhebung gesetzlicher Zahlungen von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherungen nicht mehr durch Leistungserbringer, sondern unmittelbar durch die gesetzlichen Krankenkassen erfolgt.

Begründung

9. Berufspolitische Entwicklung und Einordnung

Mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz steigen die gesetzlichen Zuzahlungen für Arzneimittel zum 1. Januar 2027 deutlich an. Dadurch wächst die finanzielle Belastung der Versicherten erheblich. Gleichzeitig ist angesichts der finanziellen Entwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht auszuschließen, dass künftig weitere Zuzahlungstatbestände geschaffen oder bestehende Zuzahlungspflichten erneut angepasst werden. Damit gewinnt die grundsätzliche Frage an Bedeutung, wer für die Einziehung gesetzlicher Zuzahlungen verantwortlich sein sollte.

Die Belastung der Apotheken durch Inkasso- und Verwaltungsaufgaben ist seit Jahren Gegenstand berufspolitischer Forderungen und Diskussionen. Der vorliegende Antrag verfolgt erstmals einen grundsätzlichen Lösungsansatz. Während die Hauptversammlungen in den Jahren 2023 und 2024 vorrangig eine angemessene Vergütung für den Einzug der Zuzahlungen forderten, rückte bereits 2022 die Automatisierung von Befreiungsverfahren und die Entlastung der Apothekenstrukturen in den Vordergrund.

Der vorliegende Antrag geht konsequent einen Schritt weiter: Nicht die Vergütung eines versorgungsfremden Verwaltungsaufwandes soll verbessert werden, sondern die vollständige organisatorische Entkopplung von Arzneimittelabgabe und Einzug gesetzlicher Kassenforderungen perspektivisch erreicht werden.

10. Ökonomische Belastung ohne zusätzlichen Versorgungsnutzen

Apotheken fungieren derzeit faktisch als unentgeltliche Inkassostellen der gesetzlichen Krankenkassen. Sie ziehen Zuzahlungen ein, dokumentieren Befreiungen, übernehmen Bargeldmanagement und tragen die Kosten der Zahlungsabwicklung.

Im Jahr 2024 wurden durch Apotheken rund 2,555 Milliarden Euro an Arzneimittelzuzahlungen eingezogen. Die durchschnittliche Zuzahlung betrug lediglich 3,30 Euro pro Packung.

Dieser massenhafte Einzug kleinster Beträge verursacht einen erheblichen administrativen Aufwand. Hinzu kommen bundesweit Zusatzkosten in Millionenhöhe jährlich für Kartenzahlungen, Zahlungsdienstleister, Bargeldhandling, Rechnungsversand und Kassenprozesse.

Hinzu kommen generelle Inkassorisiken und Forderungsausfälle, insbesondere bei der Zustellung von Rechnungen im Rahmen der Heimversorgung oder onkologischer Zytostatika-Therapien. Verfahren zur nachträglichen Begleichung durch die Krankenkassen sind häufig aufwendig, uneinheitlich und administrativ belastend. Inkassofälle entstehen beispielsweise durch Zahlungsverweigerung, Versterben der Versicherten oder Informationslücken hinsichtlich zwischenzeitlich erfolgter Zuzahlungsbefreiungen. Das Verhältnis zwischen personellem und zeitlichem Aufwand einerseits und dem wirtschaftlichen Ertrag andererseits ist hierbei regelmäßig negativ.

Die Apotheke übernimmt damit die Einziehung einer gesetzlichen Forderung der Krankenkasse einschließlich des damit verbundenen Verwaltungs- und Ausfallrisikos, ohne hierfür einen Vergütungsanspruch zu besitzen. Die eingezogenen Beträge werden im Rahmen der Rezeptabrechnung vollständig vom Erstattungsanspruch gegenüber den Krankenkassen abgezogen.

11. Gesetzgeberische Folgerichtigkeit

Mit dem Gesetzentwurf zur Reform der Notfallversorgung hat der Gesetzgeber bereits vorgesehen, dass Krankenkassen bestimmte Zuzahlungen unmittelbar selbst gegenüber ihren Versicherten einziehen. Damit wird anerkannt, dass die Einziehung eigener Forderungen originäre Aufgabe der Krankenkassen ist. Es ist nicht nachvollziehbar, weshalb für Arzneimittel weiterhin Leistungserbringer als unentgeltliche Inkassostellen tätig werden sollen. Aus Gründen einer einheitlichen und widerspruchsfreien Ausgestaltung des Sozialrechts sollten die Zuzahlungsregelungen im SGB V entsprechend harmonisiert werden.

12. Konzentration auf den Versorgungsauftrag

Die Einziehung gesetzlicher Zuzahlungen gehört nicht zum originären heilberuflichen Auftrag der Apotheke. Die gesetzliche Zuzahlung begründet eine Forderung der Krankenkasse gegenüber ihren Versicherten. Es ist daher sachgerecht, dass deren Einziehung grundsätzlich durch den Anspruchsinhaber selbst erfolgt und nicht dauerhaft auf Leistungserbringer übertragen wird.

Die Apotheke wird durch die geltende Rechtslage in eine Rolle gedrängt, die weder ihrem Versorgungsauftrag noch ihrem Selbstverständnis entspricht. Statt sich ausschließlich auf die pharmazeutische Beratung und Arzneimittelversorgung zu konzentrieren, übernimmt sie unentgeltlich Verwaltungs-, Inkasso- und Kommunikationsaufgaben für die gesetzlichen Krankenkassen. Gleichzeitig wird sie von vielen Versicherten als Überbringer zusätzlicher finanzieller Belastungen wahrgenommen, obwohl sie weder Anspruchsinhaberin der Forderung ist noch wirtschaftlich von den eingezogenen Beträgen profitiert.

Die unmittelbare Erhebung der Zuzahlung im Beratungsgespräch kann zudem dazu führen, dass Patient*innen aus finanziellen Gründen auf zusätzlich empfohlene und therapeutisch sinnvolle Begleitmedikation verzichten, insbesondere wenn diese nicht von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet wird. Dadurch kann die Qualität der Arzneimittelversorgung beeinträchtigt werden.

Zugleich entsteht durch die Erhebung gesetzlicher Zuzahlungen kein zusätzlicher pharmazeutischer oder versorgungsrelevanter Mehrwert für die Patient*innen. Personal- und Zeitressourcen werden für versorgungsfremde Verwaltungsaufgaben gebunden, obwohl sie angesichts des zunehmenden Fachkräftemangels für Beratung, Medikationsmanagement und neue gesetzliche Aufgaben dringend benötigt werden.

13. Zukunftsorientierter Strukturansatz

Der Antrag verfolgt einen langfristigen Strukturansatz. Ziel ist es, die gesetzlichen Rahmenbedingungen so weiterzuentwickeln, dass versorgungsfremde Inkassoaufgaben künftig nicht mehr von den Leistungserbringern, sondern von den gesetzlichen Krankenkassen wahrgenommen werden. Dadurch werden die Apotheken nachhaltig von administrativen Aufgaben entlastet und können ihre personellen Ressourcen stärker auf ihre heilberufliche Aufgabe konzentrieren.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 1.21.2

Antragsteller:	Apothekerverband Schleswig-Holstein e. V. Hamburger Apothekerverein e. V. Thüringer Apothekerverband e. V. Apothekerkammer Schleswig-Holstein
Antragsgegenstand:	Einzug gesetzlicher Zuzahlungen durch gesetzliche Krankenkassen statt durch Leistungserbringer

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber auf, die rechtlichen Rahmenbedingungen – insbesondere §§ 43c Absatz 1, 61 und 62 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) – so anzupassen, dass die Erhebung gesetzlicher Zuzahlungen von Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht mehr durch Leistungserbringer, sondern unmittelbar durch die gesetzlichen Krankenkassen erfolgt.

Begründung

14. Gesundheitspolitische Ausgangslage

Das beschlossene GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz sieht im Arzneimittelbereich vor, dass ab dem 1. Januar 2027 Zuzahlungen, die Versicherte zu leisten haben, 10 Prozent des Abgabepreises, mindestens jedoch 7,50 Euro und höchstens 15 Euro betragen, jedoch nicht mehr als die Kosten des Mittels. Zuzahlungen sind von Versicherten auch bei der Inanspruchnahme von anderen zulasten der gesetzlichen Krankenkassen verordneten Leistungen zu zahlen, so etwa zu stationären Maßnahmen, zur außerklinischen Intensivpflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen, zu verordneten Heilmitteln, zur verordneten häuslichen Krankenpflege von Versicherten. Von 2004 bis Ende 2012 hatten Versicherte bei Arzt-, Zahnarzt- oder Psychotherapeut*innenbesuchen sowie im kassenärztlichen Notdienst einmalig 10,00 Euro je Quartal zu zahlen. Für Kassenärzt*innen bedeutete die Einziehung der Praxisgebühr einen erheblichen zusätzlichen bürokratischen Aufwand.

In der Problemdarstellung zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz rechnet die Bundesregierung bei Krankenkassen und Gesundheitsfonds ohne strukturelle Gegenmaßnahmen bis zum Jahr 2030 mit einer Deckungslücke von rund 40 Milliarden Euro. Durch dieses Gesetz werde die GKV durch Mehreinnahmen und Minderausgaben in Höhe von insgesamt rund 16 Milliarden Euro im Jahr 2027 und steigend bis zum Jahr 2030 um bis zu rund 38 Milliarden Euro entlastet, wobei die Anhebung der Zuzahlungen zu Mehreinnahmen im Jahr 2027 in Höhe von 1,9 Milliarden Euro und weiter steigend auf 2,2 Milliarden Euro im Jahr 2030 führen soll.

Da echte strukturelle Reformen im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung weiterhin ausstehen, der Anspruch der Versicherten auch auf Teilhabe am (kostenintensiven) medizinischen Fortschritt von Krankenkassen zu erfüllen ist, wird das Krankenversicherungssystem auf eine stetige Steigerung der Mehreinnahmen angewiesen bleiben. Eine ursprünglich von der Bundesregierung vorgesehene Dynamisierung der Zuzahlungen wurde vom Bundestag

nicht beschlossen. Es ist daher wohl nur eine Frage der Zeit, bis neue Zuzahlungstatbestände einschließlich der von Vertragsärzten abgelehnten Praxisgebühr eingeführt werden.

15. Gemeinsam mit weiteren Leistungserbringerorganisationen

Die Belastung der Apotheken durch Inkasso- und Verwaltungsaufgaben ist seit Jahren Gegenstand der berufspolitischen Diskussionen auf den Deutschen Apothekertagen. Eine erneute an den Gesetzgeber gerichtete Forderung nach Änderung der Zuzahlungseinziehungspraxis durch die relativ kleine Berufsgruppe der Apotheker*innen wird diesen wenig motivieren, dieser Forderung nun endlich nachzukommen. Unsere berechnete Forderung braucht mehr Gewicht. Dieses bekommen wir, indem wir im Schulterschluss mit möglichst vielen Leistungserbringerorganisationen an den Gesetzgeber herantreten und eine gemeinsame Forderung, dass die GKVn als Anspruchsinhaber der Zuzahlungsforderungen sich selbst um deren Einziehung bei ihren Schuldner*innen, ihren Versicherten, zu kümmern haben, nachdrücklich zum Ausdruck bringen.

16. Kongruenz mit der Einziehung von Zuzahlungen im Bereich der Notfallversorgung

Der Bundestag hat den von der Bundesregierung eingebrachten Gesetzentwurf eines „Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung“ in dessen erster Lesung vom 9. Juli 2026 in den federführenden Gesundheitsausschuss überwiesen.

§ 30 Absatz 6 Satz 2 SGB V/E lautet: *„Die Krankenkasse zieht die jeweilige Zuzahlung vom Versicherten ein.“*

§ 60 Absatz 7 Satz 2 SGB V/E lautet: *„Die Krankenkasse übernimmt bei Krankenfahrten die Kosten nach Absatz 1 Satz 1 unter Abzug der Zahlung nach Satz 1 oder zieht die Zuzahlung nach Satz 1 von den Versicherten ein.“*

Nach beiden Regelungen wären die Krankenkassen verpflichtet, die ihnen zustehenden Zuzahlungen vom Versicherten selbst einzuziehen.

Dagegen ist in §§ 43c, 61 Satz 4 SGB V die Verpflichtung aller Leistungserbringer, Zuzahlungen ohne Vergütungsanspruch einzuziehen, normiert.

Der Grundsatz der „Einheitlichkeit des Verwaltungshandelns“ ist ein zentraler Grundsatz im deutschen Verwaltungsrecht. Er stellt sicher, dass vergleichbare Sachverhalte durch Behörden nicht willkürlich unterschiedlich, sondern gleich und gesetzmäßig behandelt werden. Mit Blick auf diesen zentralen Grundsatz des Verwaltungsrechts sind die vom Bundeskabinett bereits beschlossenen Zuzahlungsregelungen §§ 30 Absatz 6 Satz 2 und 60 Absatz 7 Satz 2 SGB V/E auf die Zuzahlungsregelungen in §§ 43c, 61 SGB V zu übertragen.

17. Lösungsvorschläge

c) Änderung § 61 Satz 4 SGB V

Es ist die in § 61 Satz 4 SGB V normierte Verpflichtung aller Leistungserbringer, Zuzahlungen ohne Vergütungsanspruch einzuziehen, gegen den zu erwartenden erbitterten Widerstand der GKVn zu ändern.

§ 61 Satz 4 SGB V lautet derzeit:

„Geleistete Zuzahlungen sind von dem zum Einzug Verpflichteten gegenüber dem Versicherten zu quittieren; ein Vergütungsanspruch hierfür besteht nicht.“

§ 61 Satz 4 SGB V/E sollte neu entsprechend § 30 Absatz 6 Satz 2 SGB V/E lauten:

„Die Krankenkasse zieht die jeweilige Zuzahlung vom Versicherten ein.“

Es ist zu erwarten, dass bei weiterem Finanzbedarf des GKV-Systems auch weitere Zuzahlungstatbestände eingeführt werden. Durch den gebotenen Gleichlauf in §§ 30 Absatz 6 Satz 2, 60 Absatz 7 Satz 2 SGB V/E mit § 61 SGB V/E wäre sichergestellt, dass alle Zuzahlungsregelungen vollständig, einheitlich, bürokratiearm und damit kosteneffizient umgesetzt werden.

Dagegen entstehen Leistungserbringern wie Apotheken ab 1. Januar 2027 mit dem Inkrafttreten des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes durch die Erhöhung von Zuzahlungen der Versicherten erhöhte finanzielle Aufwände im Rahmen der Übernahme des Inkassos durch damit verbundene Mehrkosten für zunehmend elektronische Zahlungen sowie Zahlungsausfall- und Prozessrisiken. Zudem entsteht gerade zu Beginn der Erhöhung des Zuzahlungsbeitrages im Apothekenalltag ein erheblicher zusätzlicher Aufwand bei der Patient*innenaufklärung, insbesondere darüber, dass die Apotheken die Zuzahlungen auf gesetzlicher Grundlage auf eigene Kosten für die jeweilige Krankenkasse des*der Versicherten einziehen, ohne selbst in irgendeiner Weise davon zu profitieren. Diese Aufwände ließen sich vermeiden, wenn ausschließlich die Krankenkassen als Anspruchsberechtigte die Zuzahlungen von ihren Versicherten einzögen.

d) Streichung § 43c Absatz 1 SGB V

Der bei Versicherten, Betreuer*innen von zu Pflegenden, Leistungserbringern, Betreuungsgerechten, Krankenkassen und bei der weiteren Sozialverwaltung zu enormen, kostenintensiven, bürokratischen Aufwänden führende § 43c Absatz 1 SGB V, der die Zuzahlungswege regelt, wäre bei dem gebotenen Gleichlauf der Zuzahlungsregelungen §§ 30 Absatz 6 Satz 2, 60 Absatz 7 Satz 2 SGB V/E mit § 61 SGB V/E ersatzlos zu streichen.

Sowohl bei Kostenträgern als auch Leistungserbringern würde diese Streichung zu einer großen Entlastung führen, ohne dass Kostenträger ihren Anspruch auf Zuzahlungsleistungen ihrer Versicherten in irgendeiner Weise verlören.

18. Politisch psychologische Betrachtung

Insbesondere Versicherte, deren Einkommenssituation knapp über Belastungsgrenzen liegt, sind frustriert, wenn sie mehrfach während einer Behandlung von verschiedenen Leistungserbringern zur Zahlung von Zuzahlungen aufgefordert werden. Die Erhöhung der Zuzahlungen im Arzneimittelbereich wird das Frustrationsgefühl, einerseits viel Geld in Form von Krankenkassenbeiträgen zahlen zu müssen und andererseits trotzdem noch viel Geld in Form von Zuzahlungen nachschießen zu müssen, erheblich steigern. Dieser Frust entlädt sich zunächst in Gesprächen mit Leistungserbringern, die ihrerseits auf Krankenkassen und politische Entscheidungsträger verweisen. Bei Wahlen entlädt sich die Unzufriedenheit dann noch einmal in Form einer entsprechenden Stimmabgabe. Es wäre daher aus Sicht der politischen Entscheidungsträger durchaus sinnvoll, wenn Krankenkassen wie bei privaten Versicherungen auch, angehalten würden, mit ihren Versicherten auch eine direkte finanzielle Beziehung einzugehen. Denn bisher besteht diese Beziehung zumeist nicht, da Arbeitgeber auch die Arbeitnehmer*innenbeiträge zur Krankenversicherung abführen. Wenn gesetzliche Krankenkassen aber wie privat abzuschließende Versicherungen die Gestattung des Lastschriftinzugs bekämen, würden Zuzahlungen, die bisher von verschiedenen Leistungserbringern zu verschiedenen Zeiten erhoben werden, nur noch einmal zu einem festgelegten Datum erhoben. Nicht bei Leistungserbringern würde mehrfach das Frustrationsgefühl des Überforderten entstehen, sondern nur einmal bei Kenntnisaufnahme der Abbuchungen vom Konto. Und ob dann gleich politische Entscheidungsträger als Urheber*innen der Abbuchungen angesehen werden, ist auch zu bezweifeln, denn die Abbuchende ist die von den Versicherten gewählte Krankenkasse.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 1.21.3

Antragsteller: Landesapothekerverband Niedersachsen e. V.

Antragsgegenstand: Herauslösung der Apotheken aus Inkassofunktion

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber auf, die Apotheken aus ihrer aktuellen Funktion als Inkassostelle für Krankenkassen hinsichtlich der Einziehung der Zuzahlung von den Versicherten und hinsichtlich der Berücksichtigung des Herstellerrabattes bei der Abrechnung gegenüber den Krankenkassen herauszulösen.

Begründung

Die Apotheken haben gemäß § 43 c Absatz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) die Zuzahlung von den Versicherten einzuziehen und mit ihrem Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse zu verrechnen. Diese Aufgabe ist mit bürokratischem und finanziellem Aufwand für die Apotheken verbunden, da sie die Risiken der Zahlungsausfälle und etwaiger Prozessführung tragen müssen, ohne dass eine entsprechende Vergütung und Risikoverteilung der den Apotheken übertragenen Aufgabe gegenüberstehen.

Nach § 130 a SGB V haben Apotheken den dort geregelten Herstellerrabatt, bei dem es sich um einen Rabatt der pharmazeutischen Unternehmen an die Krankenkassen handelt, bei der Abrechnung gegenüber den Krankenkassen zu berücksichtigen. Die Apotheken agieren auch hier als Inkassostelle und tragen die Risiken für Zahlungsausfälle, Zahlungsverzögerungen und etwaiger Prozesse, ohne dass eine entsprechende Vergütung und Risikoverteilung für die Apotheken mitgedacht wird.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 1.22
zurückgezogen

Antragsteller:	Landesapothekerverband Baden-Württemberg e. V. Landesapothekerkammer Baden-Württemberg
Antragsgegenstand:	Zuzahlungseinzug durch Apotheken entbürokratisieren und angemessen vergüten

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, vor dem Hintergrund geplanter bzw. steigender gesetzlicher Zuzahlungen die rechtlichen und technischen Rahmenbedingungen für den Einzug gesetzlicher Zuzahlungen durch öffentliche Apotheken zu verbessern. Insbesondere:

1. den mit dem Einzug gesetzlicher Zuzahlungen verbundenen Verwaltungs-, Beratungs- und Inkassoaufwand der Apotheken angemessen zu vergüten,
2. innerhalb der Telematikinfrastruktur eine automatisierte Echtzeit-Prüfung des Zuzahlungstatus einschließlich bestehender Befreiungen beim Abruf des E-Rezeptes zu ermöglichen,
3. einheitliche praktikable Regelungen für den Einzug von Zuzahlungen bei Rechnungskund*innen, insbesondere in der Heimversorgung und beim Botendienst, zu schaffen,
4. wirksame gesetzliche Maßnahmen gegen den Verzicht auf gesetzliche Zuzahlungen durch Versandapotheken als Marketinginstrument zu etablieren.
5. Den Befreiungsantrag so zu vereinfachen, dass die Apotheke keine Quittungen in Papier zur Verfügung stellen muss.

Begründung

Apotheken ziehen gemäß § 43c Absatz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) gesetzliche Zuzahlungen für die Krankenkassen ein und verrechnen diese mit ihrem Vergütungsanspruch. Die Zuzahlungen entlasten die gesetzlichen Krankenkassen jährlich um Milliardenbeträge. Vor dem Hintergrund geplanter bzw. steigender gesetzlicher Zuzahlungen wird der hiermit verbundene Verwaltungs-, Inkasso- und Beratungsaufwand in den Apotheken weiter zunehmen. Besonders aufwendig ist die Klärung des Zuzahlungstatus, Rückfragen bei Arztpraxen und Krankenkassen sowie die Bearbeitung offener Forderungen bei Rechnungskund*innen, etwa in Pflegeheimen oder beim Botendienst. Hinzu kommen steigende Kosten des bargeldlosen Zahlungsverkehrs sowie zunehmende Zahlungsausfälle.

Mit dem E-Rezept sollte deshalb eine automatisierte digitale Prüfung von Zuzahlungsbefreiungen innerhalb der Telematikinfrastruktur ermöglicht werden. Dies würde Bürokratie reduzieren, Retaxationsrisiken vermeiden und die Versorgung effizienter gestalten.

Zudem verzichten insbesondere ausländische Versandapotheken teilweise gezielt auf gesetzliche Zuzahlungen als Marketinginstrument. Dies führt zu Wettbewerbsverzerrungen zulasten der Apotheken vor Ort.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 1.23

abgelehnt

Antragsteller:	Apothekerverband Schleswig-Holstein e. V. Hamburger Apothekerverein e. V. Apothekerkammer Schleswig-Holstein
Antragsgegenstand:	Zuzahlungen: - Vollständige Erstattung durch Kostenträger im Falle des Zahlungsausfalles - Kostenerstattung für Übernahme des Zuzahlungseinzuges - Einzug durch alle an der Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber auf, §§ 43c, 129 Absatz 3 Satz 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) wie folgt zu fassen:

§ 43c Absatz 1 SGB V/E:

„Leistungserbringer haben Zahlungen, die Versicherte zu entrichten haben, einzuziehen und mit ihrem Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse zu verrechnen.“

§ 43c Absatz 2 SGB V/E:

„Zahlt der Versicherte trotz Aufforderung durch den Leistungserbringer nicht, hat die Krankenkasse die Zahlung einzuziehen. Mit Vergütungsansprüchen des Leistungserbringers bereits verrechnete Zahlungspflichten der Versicherten sind im Falle des Ausbleibens der Zahlungen der Versicherten an den Leistungserbringer von der Krankenkasse dem Leistungserbringer zu erstatten. Dies gilt auch für den Fall, dass Versicherte zwischen Leistungserbringung und Abrechnung der erbrachten Leistungen versterben.“

§ 43c Absatz 3 SGB V/E:

„Kosten, die Leistungserbringern im Zusammenhang des Einzugs von Zahlungen, die Versicherte zu entrichten haben, entstehen, sind ihnen zu erstatten.“

§ 43c Absatz 4 SGB V/E:

Der derzeitige § 43c Absatz 3 wird mit unverändertem Wortlaut zu § 43c Absatz 4 SGB V/E.

§ 129 Absatz 3 Satz 3 SGB V/E:

§ 129 Absatz 3 Satz 3 SGB V ist nach „.... Keine Zuwendungen“ wie folgt zu ergänzen:
„... sowie keinen Erlass von Zuzahlungen gem. § 61 SGB V...“

§ 129 Absatz 3 Satz 3 SGB V/E erhält damit folgenden Wortlaut:

„Bei der Abgabe verordneter Arzneimittel an Versicherte als Sachleistungen sind Apotheken, für die der Rahmenvertrag Rechtswirkungen hat, zur Einhaltung der in der nach § 78 des Arzneimittelgesetzes erlassenen Rechtsverordnung festgesetzten Preisspannen und Preise verpflichtet und dürfen Versicherten keine Zuwendungen sowie keinen Erlass von Zuzahlungen gem. § 61 SGB V gewähren.“

Begründung

§ 43c Absatz 1 SGB V/E

§ 43c Absatz 1 SGB V/E entspricht dem derzeitigen § 43c Absatz 1 Satz 1 SGB V.

§ 43c Absatz 2 SGB V/E

§ 43c Absatz 2 Satz 1 SGB V/E verzichtet auf die derzeit in § 43c Absatz 1 Satz 2 SGB V vorgegebene Schriftlichkeit der Aufforderung. Rechnungen werden häufig elektronisch erstellt, die Kommunikation mit Betreuer*innen erfolgt häufig auch elektronisch.

§ 43c Absatz 2 Satz 2 SGB V/E trägt dem Umstand Rechnung, dass Rezepte insbesondere mit hochpreisigen Verordnungen nach Abgabe des*der Verordneten zügig abgerechnet werden müssen. Kostenträger verlangen mitunter, dass Rezepte bis zur Klärung, ob der*die Zuzahlungspflichtige tatsächlich zahlt oder nicht, nicht zur Abrechnung eingereicht werden dürfen, weil noch nicht klar sei, ob das Rezept als gebührenfrei oder gebührenpflichtig zu kennzeichnen ist. Abgesehen von der Unzumutbarkeit dieser Forderung kollidiert sie mit kurzen Weiterleitungszeiten des E-Abgabedatensatzes an Apothekenrechenzentren. Daher werden Verordnungen mit der Kennzeichnung des Zuzahlungsstatus „gebührenpflichtig“ zur Abrechnung eingereicht, obwohl tatsächlich noch keine Zuzahlungsleistung vorliegt.

§ 43c Absatz 2 Satz 3 SGB V/E stellt klar, dass Krankenkassen auch dann dem Leistungserbringer die Zuzahlung zu erstatten haben, wenn der*die Versicherte nach Abgabe des*der Verordneten, aber vor Rechnungstellung über die Zuzahlung verstirbt. Das betrifft vor allem die Fälle der Heimversorgung, in denen für den*die Versicherten ein*e Betreuer*in bestellt wurde, der*die Versicherte zur Leistung der Zuzahlung verpflichtet ist, der*die Betreuer*in zu einem festgelegten Zeitpunkt von der Apotheke Rechnungen über zu zahlende Zuzahlungen erhält. Da der*die Betreuer*in unmittelbar nach dem Tod des*der Betreuten mangels Zuständigkeit keine Zahlungen mehr anweisen darf, bleibt die Apotheke im Falle des Ausschlagens des Erbes auf der Erstattung der Zuzahlungsforderung sitzen. Die Abrechnung der Verordnungen bis zur Klärung der Zahlung hinauszuzögern, um im Falle des Ausbleibens der Zahlungen den Zuzahlungsstatus auf „gebührenfrei“ zu setzen, wird von Kostenträgern zwar mit Blick auf ein Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 23. Mai 2022, Az. S 30 KR 637/18, gefordert, ist in der Praxis aber mit Blick auf unzumutbaren Entzug von Liquidität nicht umsetzbar.

§ 43c Absatz 3 SGB V/E

§ 43c Absatz 3 SGB V/E überträgt die zugunsten der Kostenträger normierte Regelung § 30 Absatz 2 Satz 1 Halbsatz 1 SGB IV in das Krankenversicherungsrecht.

Krankenkassen können gemäß § 30 Absatz 2 Satz 1 Halbsatz 1 SGB IV Aufgaben anderer Versicherungsträger und Träger öffentlicher Verwaltung nur auf Grund eines Gesetzes übertragen werden – insoweit besteht hier eine zu Leistungserbringern wie Apotheken, denen der Einzug der Zuzahlung gemäß § 43c SGB V vom Gesetzgeber übertragen wurde, vergleichbare Regelung.

Allerdings stellt § 30 Absatz 2 Satz 1 Halbsatz 2 SGB IV klar:

„(...); *dadurch entstehende Kosten sind ihnen [Anmerkung: den Krankenkassen] zu erstatten.*“

Bei Leistungserbringern fehlt diese Regelung.

Sollte es bei den Zuzahlungsregelungen §§ 43c, 61 SGB V grundsätzlich bleiben, ist zumindest in § 43c SGB V unter dem Gesichtspunkt des Gleichklangs der Sozialgesetzbücher IV und V eine mit § 30 Absatz 2 Halbsatz 2 SGB IV vergleichbare Regelung wie vorgeschlagen aufzunehmen.

§ 129 Absatz 3 Satz 3 SGB V/E

Ausländische Versandapotheken erklären in deren Internetpräsenz, dass sie abweichend von den Vorgaben des SGB V und des gemäß § 129 Absatz 2 SGB V geschlossenen Rahmenvertrages zumindest teilweise auf die Einziehung von Zuzahlungen verzichten. Sie nutzen diesen Verzicht mit Blick auf die durch das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz erhöhten Zuzahlungspflichten der Versicherten als gezieltes Marketinginstrument. Dies führt zu Wettbewerbsverzerrungen zu Lasten der Apotheken vor Ort, denn diese wären rechtlich und häufig auch wirtschaftlich nicht in der Lage, gegenüber Versicherten verbindlich zu erklären, dass sie die Zuzahlungskosten tragen. Sollten Krankenkassen nicht verpflichtet werden, Zuzahlungen selbst einzuziehen, muss die Verpflichtung der Versicherten, sich an den Arzneimittelkosten durch Leistung von Zuzahlungen an alle Apotheken, auch in- und ausländischen Versandapotheken, rechtswirksam durchgesetzt werden. Sonst würde der Solidargedanke – die Versicherungsgemeinschaft finanziert die der Solidargemeinschaft entstehenden tatsächlichen Arzneimittelkosten und der*die Versicherte beteiligt sich im für ihn*sie zumutbarem Maße daran – völlig konterkariert werden.

Darüber hinaus ist die derzeit in § 129 Absatz 4 SGB V i. V. m. Anlage 7 des Rahmenvertrages gemäß § 129 Absatz 2 SGB V vorgesehene Einschaltung einer Paritätischen Stelle nicht geeignet, um dem Agieren ausländischer Versender effektiv entgegenzutreten. Insbesondere die haftungsrechtlichen Risiken der Mitglieder der Paritätischen Stelle stehen dem angesichts von Größe und Finanzkraft der zu Sanktionierenden als unüberwindliches Hindernis entgegen. Dieser Missstand ist unverzüglich abzustellen. Die zur Überwachung der Umsetzung öffentlich-rechtlicher Vorgaben berufenen staatlichen Organe haben auch im Bereich des Krankenversicherungsrechts als Teil des öffentlichen Rechts die Um- und Durchsetzung der Vorgaben im Krankenversicherungsrecht durch geeignete Maßnahmen, beispielsweise durch Verhängung von Bußgeldern, Entzug der Versorgungsberechtigung, sicherzustellen. Da § 129 Absatz 3 Satz 3 SGB V als europarechtskonform angesehen wird, ist dieser Satz um das Verbot des Erlasses der Zuzahlungen zu erweitern.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 1.24
In den Ausschuss verwiesen

Antragsteller: Landesapothekerverband Baden-Württemberg e. V.
Landesapothekerkammer Baden-Württemberg

Antragsgegenstand: Rechtssichere Direktabrechnung mit privaten
Krankenversicherungen sicherstellen

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, sich für eine rechtssichere und ausfallfreie Direktabrechnung gegenüber den privaten Krankenversicherungen einzusetzen und dafür einen entsprechenden gesetzlichen Rahmen zu setzen. Insbesondere müssen wirksame Abtretungserklärungen von den Versicherern uneingeschränkt anerkannt werden und Erstattungsleistungen bei vereinbarter Direktabrechnung ausschließlich an die Apotheke ausgezahlt werden. Apotheken dürfen nicht das Ausfallrisiko für tarifbedingte Leistungseinschränkungen (insbesondere Basis- und Notlagentarif) tragen. Der Versicherungsstatus und abrechnungsrelevante Tarifmerkmale müssen für die Apotheke vor Abgabe transparent und verlässlich erkennbar sein.

Begründung

Die Direktabrechnung dient der Sicherstellung der Versorgung mit häufig hochpreisigen Arzneimitteln und soll Apotheken vor Zahlungsausfällen schützen. In der Praxis kommt es jedoch weiterhin zu erheblichen Forderungsausfällen, obwohl Abtretungserklärungen vorliegen oder die Apotheke auf die Angaben des Versicherers vertraut hat. Das wirtschaftliche Risiko tarifbedingter Leistungsausschlüsse oder abweichender Erstattungsregelungen darf nicht einseitig auf die Apotheke verlagert werden. Für eine sichere Versorgung der Patient*innen sind verlässliche und transparente Abrechnungsstrukturen erforderlich.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 1.25
abgelehnt

Antragsteller: Landesapothekerverband Baden-Württemberg e. V.
Landesapothekerkammer Baden-Württemberg

Antragsgegenstand: Schutz der Apotheken vor wirtschaftlichen Folgen
gefälschter Verordnungen

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, wirksame Maßnahmen gegen Rezeptfälschungen zu schaffen und das wirtschaftliche Risiko professionell gefälschter Verordnungen nicht einseitig auf die öffentlichen Apotheken zu verlagern.

Begründung

Die Zahl professionell gefälschter Verordnungen, insbesondere bei hochpreisigen Arzneimitteln, Abnehmpräparaten sowie Betäubungsmitteln, nimmt seit Jahren deutlich zu. Gleichzeitig sind professionell gefälschte Papierrezepte trotz sorgfältiger Prüfung häufig nicht sicher erkennbar. Auch das Bundeskriminalamt sieht eine wirksame Eindämmung der Fälschungskriminalität nur durch eine konsequente Nutzung des E-Rezeptes.

Die öffentlichen Apotheken erfüllen bereits umfangreiche gesetzliche Prüfpflichten. Eine darüberhinausgehende Haftung für professionell organisierte Fälschungskriminalität ist weder sachgerecht noch verhältnismäßig. Retaxationen bei nicht erkennbaren Fälschungen gefährden insbesondere bei hochpreisigen Arzneimitteln die wirtschaftliche Existenz vieler Apotheken.

Erforderlich sind daher klare Haftungsregelungen zugunsten der Apotheken sowie sichere digitale Verordnungs- und Erstattungsverfahren, um Missbrauch wirksam zu begrenzen und die Arzneimittelversorgung zu schützen.

Insbesondere ist sicherzustellen, dass Apotheken keine Retaxationen oder sonstigen wirtschaftlichen Nachteile tragen müssen, wenn Fälschungen trotz Einhaltung der erforderlichen Prüf- und Sorgfaltspflichten nicht erkennbar waren.

Die Krankenkasse muss die Darlegungs- und Beweislast dafür tragen, dass die Apotheke eine konkret zu benennende Prüf- oder Sorgfaltspflicht verletzt hat. Die bloße nachträgliche Feststellung, dass eine Verordnung gefälscht oder missbräuchlich verwendet wurde, darf nicht zum Verlust oder zur Kürzung des Vergütungsanspruchs führen.

Darüber hinaus sollen für besonders fälschungsanfällige Arzneimittel sichere Verordnungs- und Abrechnungsverfahren geschaffen werden. Hierzu gehören insbesondere eine verpflichtende Nutzung des E-Rezeptes, verbindliche Zahlungszusicherungen der Kostenträger beziehungsweise Kostenübernahmeverfahren sowie die Möglichkeit privater Zahlung (Kostenerstattung) in begründeten Risikofällen, bei denen aufgrund ihres Missbrauchs-, Schwarzmarkt- oder Fälschungspotentials ein erhöhtes Risiko unrechtmäßiger Verordnungen besteht,

insbesondere bei hochpreisigen Spezialarzneimitteln sowie sonstigen sicherheitsrelevanten Arzneimittelgruppen.

Für besonders fälschungs- oder missbrauchsgefährdete Arzneimittel ist sicherzustellen, dass Verordnungen zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung ab dem 1. Januar 2027 ausschließlich als qualifiziert elektronisch signierte Verordnungen ausgestellt und abgerechnet werden dürfen, soweit die jeweilige Verordnungsart technisch im E-Rezept-Verfahren abgebildet werden kann.

Eine Ausstellung als Papierrezept darf nur in gesetzlich abschließend bestimmten Ausnahmefällen zulässig sein, insbesondere bei einer nachweisbaren technischen Störung der Telematikinfrastruktur oder in medizinischen Notfällen. Die technische Störung und der Grund für die Papierausstellung sind durch die verordnende Stelle auf der Verordnung zu dokumentieren.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

1.f) Wettbewerb

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache L 4 zu 1.26.1 - 1.26.3
angenommen

Antragsteller:	Apothekerkammer Berlin Apothekerkammer Nordrhein Landesapothekerkammer Hessen
Antragsgegenstand:	Konsequente Ahndung von Verstößen gegen das Heilmittelwerbe-gesetz bei Influencer-basierter Werbung sowie Anpassung des Heilmittelwerbe-gesetzes

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert die zuständigen Behörden auf, Verstöße gegen das Heilmittelwerbe-gesetz (HWG) konsequent als Ordnungswidrigkeit oder Straftat zu ahnden.

Zudem fordert die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker den Gesetzgeber auf, das Heilmittelwerbe-gesetz so weiterzuentwickeln, dass Arzneimittelwerbung in sozialen Medien und auf digitalen Plattformen nicht zur Bagatellisierung von Arzneimitteln führt. Hierzu sind insbesondere klare Transparenz-, Risiko- und Kennzeichnungspflichten für digitale Arzneimittelwerbung vorzusehen und werbliche Arzneimittelempfehlungen durch Influencer*innen insbesondere an Minderjährige zu untersagen.

Zudem sind Plattformbetreiber stärker in die Verantwortung zu nehmen. Rechtswidrige Arzneimittelwerbung muss unverzüglich entfernt und Wiederholungsverstößen wirksam begegnet werden. Dies muss auch für ausländische Anbieter gelten, die sich mit deutschsprachigen Angeboten oder zielgerichteter Werbung an Verbraucher*innen in Deutschland wenden.

Begründung

Arzneimittel sind keine gewöhnlichen Konsumgüter, sondern Produkte, deren Auswahl und Anwendung einer qualifizierten Beratung bedürfen.

Das Heilmittelwerbe-gesetz dient dem Schutz der Bevölkerung vor unsachlicher, irreführender und gesundheitsgefährdender Werbung. Dieser Schutz muss auch im digitalen Raum wirksam gewährleistet sein.

Arzneimittelwerbung verlagert sich in soziale Medien, Kurzvideos, Stories, Livestreams und Plattformformate. Dort erscheinen Schmerzmittel, Schlaf- und Beruhigungsmittel, Erkältungspräparate, Arzneimittel zur Gewichtsreduktion oder Präparate gegen vermeintlich peinliche Beschwerden als schnelle, einfache und diskrete Lösung für Alltagsprobleme. Begriffe wie „Gamechanger“, „Travel Essential“, „ohne Umwege“, „mit wenigen Klicks“ oder „direkt nach Hause“ vermitteln den Eindruck, Arzneimittel seien harmlose Produkte der Selbstoptimierung.

Besonders problematisch ist die Verbindung mit Influencer-Marketing. Persönliche Erfahrungsberichte, Produktempfehlungen, Unterhaltung, Rabattcodes, Kaufverlinkungen und Werbeaussagen verschmelzen in sozialen Medien häufig miteinander. Für Nutzer*innen ist

dann nicht immer klar erkennbar, ob es sich um Werbung, um einen vermeintlich unabhängigen Erfahrungsbericht oder um einen gesundheitlichen Rat handelt. Gerade jüngere Menschen nehmen Empfehlungen von Influencer*innen vielfach als persönlich, vertraut und authentisch wahr.

Die Risiken einer solchen Bagatellisierung sind erheblich. Auch nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel können bei falscher Anwendung schwere Nebenwirkungen, Wechselwirkungen oder Fehlanwendungen verursachen. Schmerzmittel wie Ibuprofen, Diclofenac, ASS oder Paracetamol sind keine harmlosen Alltagshelfer. Abschwellende Nasensprays können bei Dauergebrauch zur Gewöhnung führen. Johanniskraut kann erhebliche Wechselwirkungen auslösen. Schlaf-, Husten-, Allergie-, Magen- und Erkältungsmittel sind nicht für jede*n Patient*in gleichermaßen geeignet. „Rezeptfrei“ bedeutet nicht „risikofrei“. Das geltende Heilmittelwerbe-gesetz (HWG) enthält bereits wesentliche Schutzvorschriften. § 3 HWG untersagt irreführende Werbung; § 4 HWG verlangt bei Arzneimittelwerbung die erforderlichen Pflichtangaben. § 11 HWG enthält weitergehende Verbote der Publikumswerbung und schützt insbesondere Kinder vor Werbung, die sich ausschließlich oder überwiegend an sie richtet. Diese Regelungen erfassen die spezifischen Wirkmechanismen sozialer Medien und plattformbasierter Werbeformate bislang jedoch nicht hinreichend.

Gerade Kurzvideoformate lassen Pflichtangaben, Gegenanzeigen und Risikohinweise faktisch verschwinden. Sie sind zu kurz, zu schnell und zu stark auf Aufmerksamkeit ausgerichtet, um eine ausgewogene Risikokommunikation zuverlässig zu gewährleisten. Rabattcodes, Klickverlinkungen und unmittelbare Kaufanreize verstärken zudem den Eindruck, Arzneimittel seien wie Kosmetik, Kleidung oder Nahrungsergänzungsmittel spontan konsumierbar.

Besonderen Schutz verdienen Minderjährige. Arzneimittelwerbung darf nicht über Beauty-, Fitness-, Diät- oder Lifestyle-Formate gezielt an junge Menschen herangetragen werden. Dies gilt erst recht, wenn Werbung an körperliche Unsicherheit, Leistungsdruck, Schlafprobleme, psychische Belastungen oder den Wunsch nach schneller Gewichtsreduktion anknüpft.

Die Apotheke ist gerade bei der Selbstmedikation der niedrigschwellige heilberufliche Schutzraum. Pharmazeutische Beratung verhindert Fehlanwendung, Doppelmedikation, Wechselwirkungen und unnötige Arzneimittelaufnahme. Diese Schutzfunktion darf nicht durch digitale Werbe- und Vertriebslogik geschwächt werden.

Arzneimittel sind keine Beauty-Hacks, keine Lifestyle-Accessoires und keine Ware für den Rabattcode. Wer Arzneimittel in sozialen Medien bewirbt, muss dem besonderen Schutzauftrag des Arzneimittel- und Heilmittelwerberechts gerecht werden.

Insbesondere die Verknüpfung solcher Werbung mit Rabattcodes, Affiliate-Links oder provisionsbasierten Vergütungsmodellen führt dazu, dass wirtschaftliche Interessen an Bedeutung gewinnen und nicht mehr eine unabhängige Empfehlung gewährleistet ist.

Durch Rabattcodes entsteht ein direkter finanzieller Anreiz für die werbenden Personen, bestimmte Produkte oder Anbieter zu bevorzugen. Dies kann dazu führen, dass Patient*innen gezielt zu bestimmten Präparaten gelenkt werden. Eine solche Einflussnahme widerspricht dem Grundsatz der unabhängigen und am Patient*innenwohl orientierten Arzneimittelberatung.

Werbung im Gesundheitsbereich unterliegt bereits strengen Vorgaben durch das HWG. Dazu gehören:

- Verbot von Werbung für verschreibungspflichtigen Arzneimitteln
- Verbot von Werbung für Arzneimittel mit bekannten Personen

- Verbot von irreführendem Aussagen (Werbung darf keine falsche Heilversprechen oder Übertreibungen enthalten)
- ein audiovisueller Pflichttext („Zu Risiken und Nebenwirkungen...“)
- klare und transparente Deklaration bei Kooperationen (Kennzeichnung „Werbung“ oder „Anzeige“ muss direkt am Anfang des Beitrags stehen und gut lesbar sein)

Daher müssen Verstöße bei Werbung im Gesundheitsbereich, insbesondere bei Influencer-basierter Gesundheitswerbung konsequent geahndet werden.

Besonderer Handlungsbedarf besteht bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, die zunehmend in sozialen Medien beworben und über ausländische Anbieter vertrieben werden. Dies betrifft insbesondere sogenannte Abnehmspritzen, verschreibungspflichtige Arzneimittel zur Förderung des Haarwuchses, Potenzmittel sowie verschreibungspflichtige Arzneimittel zur Leistungssteigerung.

Das Heilmittelwerbegezet muss daher so modernisiert werden, dass seine Schutzvorschriften unabhängig vom Medium, vom Geschäftsmodell und vom Sitz des Anbieters wirksam durchgesetzt werden können.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 1.26.1

Antragsteller:	Apothekerkammer Berlin
Antragsgegenstand:	Konsequente Ahndung von Verstößen gegen das Heilmittelwerbe-gesetz bei Influencer-basierter Werbung

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert die zuständigen Behörden auf, Verstöße gegen das Heilmittelwerbe-gesetz (HWG) konsequent als Ordnungswidrigkeit oder Straftat zu ahnden.

Begründung

Arzneimittel sind keine gewöhnlichen Konsumgüter, sondern Produkte, deren Auswahl und Anwendung einer qualifizierten Beratung bedürfen.

Die zunehmende Bewerbung von Arzneimitteln und Gesundheitsprodukten durch Influencer*innen in sozialen Medien stellt eine problematische Entwicklung dar. Insbesondere die Verknüpfung solcher Werbung mit Rabattcodes, Affiliate-Links oder provisionsbasierten Vergütungsmodellen führt dazu, dass wirtschaftliche Interessen an Bedeutung gewinnen und nicht mehr eine unabhängige Empfehlung gewährleistet ist.

Durch Rabattcodes entsteht ein direkter finanzieller Anreiz für die werbenden Personen, bestimmte Produkte oder Anbieter zu bevorzugen. Dies kann dazu führen, dass Patient*innen gezielt zu bestimmten Präparaten gelenkt werden. Eine solche Einflussnahme widerspricht dem Grundsatz der unabhängigen und am Patient*innenwohl orientierten Arzneimittelberatung.

Werbung im Gesundheitsbereich unterliegt bereits strengen Vorgaben durch das HWG. Dazu gehören:

- Verbot von Werbung für verschreibungspflichtigen Arzneimitteln
- Verbot von Werbung für Arzneimittel mit bekannten Personen
- Verbot von irreführendem Aussagen (Werbung darf keine falsche Heilversprechen oder Übertreibungen enthalten)
- ein audiovisueller Pflichttext („Zu Risiken und Nebenwirkungen...“)
- klare und transparente Deklaration bei Kooperationen (Kennzeichnung „Werbung“ oder „Anzeige“ muss direkt am Anfang des Beitrags stehen und gut lesbar sein)

Daher müssen Verstöße bei Werbung im Gesundheitsbereich, insbesondere bei Influencer-basierter Gesundheitswerbung konsequent geahndet werden.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 1.26.2

Antragsteller:	Apothekerkammer Nordrhein
Antragsgegenstand:	Arzneimittel sind keine Lifestyleprodukte – Bagatellisierung in sozialen Medien stoppen

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber auf, das Heilmittelwerbe-gesetz so weiterzuentwickeln, dass Arzneimittelwerbung in sozialen Medien und auf digitalen Plattformen nicht zur Bagatellisierung von Arzneimitteln führt. Hierzu sind insbesondere klare Transparenz-, Risiko- und Kennzeichnungspflichten für digitale Arzneimittelwerbung vorzusehen und werbliche Arzneimittelempfehlungen durch Influencer*innen insbesondere an Minderjährige zu untersagen.

Begründung

Arzneimittel sind keine gewöhnlichen Konsumgüter. Sie wirken, können aber auch schaden. Apothekenpflicht, Verschreibungspflicht, pharmazeutische Beratung und die Vorgaben des Heilmittelwerberechts beruhen auf diesem Grundsatz. Arzneimittel dürfen deshalb weder werblich noch in der digitalen Nutzerführung wie Lifestyleprodukte, spontane Alltagskäufe oder „Must-haves“ behandelt werden.

Diese Schutzlogik gerät zunehmend unter Druck. Arzneimittelwerbung verlagert sich in soziale Medien, Kurzvideos, Stories, Livestreams und Plattformformate. Dort erscheinen Schmerzmittel, Schlaf- und Beruhigungsmittel, Erkältungspräparate, Arzneimittel zur Gewichtsreduktion oder Präparate gegen vermeintlich peinliche Beschwerden als schnelle, einfache und diskrete Lösung für Alltagsprobleme. Begriffe wie „Gamechanger“, „Travel Essential“, „ohne Umwege“, „mit wenigen Klicks“ oder „direkt nach Hause“ vermitteln den Eindruck, Arzneimittel seien harmlose Produkte der Selbstoptimierung.

Besonders problematisch ist die Verbindung mit Influencer-Marketing. Persönliche Erfahrungsberichte, Produktempfehlungen, Unterhaltung, Rabattcodes, Kaufverlinkungen und Werbeaussagen verschmelzen in sozialen Medien häufig miteinander. Für Nutzer*innen ist dann nicht immer klar erkennbar, ob es sich um Werbung, um einen vermeintlich unabhängigen Erfahrungsbericht oder um einen gesundheitlichen Rat handelt. Gerade jüngere Menschen nehmen Empfehlungen von Influencer*innen vielfach als persönlich, vertraut und authentisch wahr.

Die Risiken einer solchen Bagatellisierung sind erheblich. Auch nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel können bei falscher Anwendung schwere Nebenwirkungen, Wechselwirkungen oder Fehlanwendungen verursachen. Schmerzmittel wie Ibuprofen, Diclofenac, ASS oder Paracetamol sind keine harmlosen Alltagshelfer. Abschwellende Nasensprays können bei Dauergebrauch zur Gewöhnung führen. Johanniskraut kann erhebliche Wechselwirkungen auslösen. Schlaf-, Husten-, Allergie-, Magen- und Erkältungsmittel sind nicht für jede*n Patient*in gleichermaßen geeignet. „Rezeptfrei“ bedeutet nicht „risikofrei“.

Das geltende Heilmittelwerbe-gesetz (HWG) enthält bereits wesentliche Schutzvorschriften. § 3 HWG untersagt irreführende Werbung; § 4 HWG verlangt bei Arzneimittelwerbung die erforderlichen Pflichtangaben. § 11 HWG enthält weitergehende Verbote der Publikumswerbung und schützt insbesondere Kinder vor Werbung, die sich ausschließlich oder überwiegend an sie richtet. Diese Regelungen erfassen die spezifischen Wirkmechanismen sozialer Medien und plattformbasierter Werbeformate bislang jedoch nicht hinreichend.

Gerade Kurzvideoformate lassen Pflichtangaben, Gegenanzeigen und Risikohinweise faktisch verschwinden. Sie sind zu kurz, zu schnell und zu stark auf Aufmerksamkeit ausgerichtet, um eine ausgewogene Risikokommunikation zuverlässig zu gewährleisten. Rabattcodes, Klickverlinkungen und unmittelbare Kaufanreize verstärken zudem den Eindruck, Arzneimittel seien wie Kosmetik, Kleidung oder Nahrungsergänzungsmittel spontan konsumierbar.

Besonderen Schutz verdienen Minderjährige. Arzneimittelwerbung darf nicht über Beauty-, Fitness-, Diät- oder Lifestyle-Formate gezielt an junge Menschen herangetragen werden. Dies gilt erst recht, wenn Werbung an körperliche Unsicherheit, Leistungsdruck, Schlafprobleme, psychische Belastungen oder den Wunsch nach schneller Gewichtsreduktion anknüpft.

Die Apotheke ist gerade bei der Selbstmedikation der niedrighschwellige heilberufliche Schutzraum. Pharmazeutische Beratung verhindert Fehlanwendung, Doppelmedikation, Wechselwirkungen und unnötige Arzneimiteleinnahme. Diese Schutzfunktion darf nicht durch digitale Werbe- und Vertriebslogik geschwächt werden.

Arzneimittel sind keine Beauty-Hacks, keine Lifestyle-Accessoires und keine Ware für den Rabattcode. Wer Arzneimittel in sozialen Medien bewirbt, muss dem besonderen Schutzauftrag des Arzneimittel- und Heilmittelwerberechts gerecht werden.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 1.26.3

Antragsteller: Landesapothekerkammer Hessen

Antragsgegenstand: Heilmittelwerbegesetz der medialen Realität anpassen

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber auf, das Heilmittelwerbegesetz zu überarbeiten und an die medialen Gegebenheiten unserer Zeit anzupassen.

Insbesondere ist sicherzustellen, dass für Werbung für Arzneimittel und Heilmittel in sozialen Medien, auf Videoplattformen und sonstigen digitalen Kommunikationskanälen dieselben Anforderungen gelten wie in klassischen Medien.

Die heilmittelwerberechtlichen Vorgaben sind ausdrücklich auch auf Influencer*innen, Content Creator*innen und vergleichbare Akteure zu erstrecken. Kommerzielle Kooperationen, Produktempfehlungen und vermeintlich persönliche Erfahrungsberichte müssen eindeutig als heilmittelwerberechtlich relevante Werbung erfasst werden, soweit sie der Absatzförderung dienen.

Zudem sind Plattformbetreiber stärker in die Verantwortung zu nehmen. Rechtswidrige Arzneimittelwerbung muss unverzüglich entfernt und Wiederholungsverstöße wirksam begegnet werden. Dies muss auch für ausländische Anbieter gelten, die sich mit deutschsprachigen Angeboten oder zielgerichteter Werbung an Verbraucher*innen in Deutschland wenden.

Begründung

Das Heilmittelwerbegesetz dient dem Schutz der Bevölkerung vor unsachlicher, irreführender und gesundheitsgefährdender Werbung. Dieser Schutz muss auch im digitalen Raum wirksam gewährleistet sein.

Arzneimittel sind keine Lifestyle-Produkte. Gerade in sozialen Medien verschwimmen jedoch die Grenzen zwischen persönlicher Empfehlung, Unterhaltung und Werbung. Influencer*innen und andere digitale Akteure können mit großer Reichweite gesundheitsbezogene Kaufentscheidungen beeinflussen, ohne dass Verbraucher*innen die werbliche Absicht klar erkennen.

Besonderer Handlungsbedarf besteht bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, die zunehmend in sozialen Medien beworben und über ausländische Anbieter vertrieben werden. Dies betrifft insbesondere sogenannte Abnehmspritzen, verschreibungspflichtige Arzneimittel zur Förderung des Haarwuchses, Potenzmittel sowie verschreibungspflichtige Arzneimittel zur Leistungssteigerung.

Das Heilmittelwerbegesetz muss daher so modernisiert werden, dass seine Schutzvorschriften unabhängig vom Medium, vom Geschäftsmodell und vom Sitz des Anbieters wirksam durchgesetzt werden können.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 1.27
angenommen

Antragsteller:	Landesapothekerkammer Thüringen
Antragsgegenstand:	Schutz des Vertrauensverhältnisses im Gesundheitswesen: Verbot missbräuchlicher Deepfakes

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert die Bundesregierung auf, sich im Rahmen laufender und künftiger Gesetzgebungsverfahren für weitergehende gesetzliche Regelungen gegen Deepfakes im Gesundheitswesen einzusetzen.

Insbesondere soll sich die Bundesregierung dafür einsetzen, dass:

- die Erstellung und Verbreitung von KI-generierten Deepfakes realer Personen ohne deren ausdrückliche Einwilligung grundsätzlich verboten wird,
- Deepfakes im Gesundheitswesen als besondere Gefährdung des Patient*innenschutzes und des Vertrauens in Heilberufe gesetzlich ausdrücklich berücksichtigt werden,
- die missbräuchliche Nutzung von Abbildungen, Stimmen oder Identitäten von Apotheker*innen, Ärzt*innen und anderen Gesundheitsberufen zu Werbe-, Täuschungs- oder Betrugszwecken wirksam sanktioniert wird,
- digitale Plattformen verpflichtet werden, entsprechende Inhalte schnell zu entfernen sowie wirksame Erkennungs- und Meldestrukturen vorzuhalten,
- Kennzeichnungspflichten für KI-generierte Inhalte allein nicht als ausreichende Schutzmaßnahme angesehen werden.

Begründung

Deepfake-Technologien entwickeln sich mit hoher Geschwindigkeit und ermöglichen inzwischen täuschend echte Video-, Bild- und Audiofälschungen. Bereits heute werden gefälschte Inhalte genutzt, um mit vermeintlichen Empfehlungen von Ärzt*innen oder Apotheker*innen für dubiose Arzneimittel, Nahrungsergänzungsmittel oder Gesundheitsprodukte zu werben.

Dadurch entsteht eine erhebliche Gefahr für Patient*innen sowie für das Vertrauen in Heilberufe insgesamt. Apotheker*innen genießen in der Bevölkerung ein besonderes Vertrauen. Dieses Vertrauensverhältnis ist eine zentrale Grundlage der Arzneimittelversorgung und Gesundheitsberatung in Deutschland.

Die derzeit diskutierten europäischen Regelungen zu sexualisierten Deepfakes stellen zwar einen ersten wichtigen Schritt dar, greifen jedoch zu kurz. Deepfakes im Gesundheitswesen, in der Wissenschaftskommunikation sowie im politischen Raum können ebenfalls erheblichen gesellschaftlichen Schaden verursachen und demokratische sowie gesundheitliche Strukturen untergraben.

Eine bloße Kennzeichnungspflicht für KI-generierte Inhalte reicht angesichts der Dynamik sozialer Netzwerke und der zunehmenden Professionalität solcher Manipulationen nicht aus. Erforderlich sind klare gesetzliche Grenzen, wirksame Sanktionen und ein konsequenter Schutz realer Identitäten.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

1.g) Bürokratieabbau

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 1.28
In den Ausschuss verwiesen

Antragsteller:	Apothekerkammer Nordrhein
Antragsgegenstand:	Stärkung des Präventionsangebots Impfen durch Bürokratieabbau

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker spricht sich dafür aus, dass die derzeit für die Apotheken geltenden umfangreichen bürokratischen und formellen Hürden zur Durchführung von Schutzimpfungen abgebaut werden. Impfen in öffentlichen Apotheken ist ein wichtiges niedrigschwelliges Präventionsangebot und soll weiter gestärkt werden. Es ergänzt das Präventionsangebot der Ärzteschaft und hilft Impflücken zu schließen. Damit dieses Angebot in der Fläche zuverlässig umgesetzt werden kann, brauchen Apotheken einheitliche, digitale, rechtssichere, retaxsichere und praxistaugliche Abläufe und einfache Abrechnungsmodalitäten für Gesetzlich- (GKV) und Privatversicherte (PKV) sowie Selbstzahler*innen. Benötigt werden u.a.

- kurze, aktuelle und verständliche Formulare,
- Verzicht auf vermeidbare Mehrfachdokumentation,
- eine integrierte digitale Meldung an zuständige Stellen,
- eine gebündelte Abrechnung,
- klare Regeln für den Einsatz gut geschulter Pharmazeutisch-technischer Assistent*innen (PTA).

Begründung

Formulare sind auf das Notwendige zu beschränken: Patient*innen müssen in der Apotheke derzeit umfangreiche Formulare ausfüllen. In Arztpraxen erleben sie das in dieser Form meist nicht. Das wirkt abschreckend und passt nicht zu einem niedrigschwelligen Angebot.

Doppel- und Mehrfachdokumentation sind zu vermeiden: Aktuell entsteht zu viel parallele Dokumentation: im Impfausweis oder auf einer Impfbescheinigung, intern in der Apotheke, für die Abrechnung und je nach Impfung zusätzlich in Meldeportalen. Sinnvoll wäre ein schlanker Ablauf: Gesundheitskarte einlesen, Impfung im Apothekensystem erfassen, Abrechnung auslösen und Eintrag im Impfausweis vornehmen. Bei vorhandener Kundenkarte oder einem Kundenkonto mit Einwilligung kann die Impfung zusätzlich digital hinterlegt werden. Wer das nicht möchte, erhält einen Ausdruck. Papier sollte die Ausnahme sein, nicht der Regelfall.

Manuelle Zusatzmeldungen sind abzuschaffen: Wenn eine Impfung digital erfasst und abgerechnet wird, sollte keine zusätzliche manuelle Eingabe in einem weiteren Portal erforderlich sein. Die Meldung an die zuständigen Stellen muss technisch im Hintergrund erfolgen. Jede zusätzliche manuelle Meldung kostet Zeit und erhöht die Fehleranfälligkeit.

Abrechnungen sind für GKV, PKV und Selbstzahler einheitlich und praxistauglich zu gestalten: Ein wichtiger Praxispunkt ist die unterschiedliche Handhabung von Gesetzlich Versicherten, Privatversicherten und Selbstzahler*innen. Wenn Impfungen in Apotheken breiter angeboten werden sollen, darf es für Privatpatient*innen keinen Sonderweg mit zusätzlichem Papieraufwand geben. Die Abrechnung sollte für GKV- und PKV-Patient*innen gleichermaßen praktikabel sein: für Gesetzlich Versicherte idealerweise über die elektronische Gesundheitskarte oder das Apothekensystem, für Privatversicherte über eine klare, erstattungsfähige Apothekenrechnung oder einen digitalen Leistungsnachweis. Dieselbe Impfung sollte nicht je nach Versicherungsstatus völlig unterschiedliche Verwaltungswege auslösen.

Abrechnungspositionen sind zu bündeln: Die Erfassung mehrerer Pharmazentralnummern und Sonderkennzeichen je Impfung ist in der Praxis unnötig aufwendig. Bei COVID-Impfungen mussten teilweise Impfstoff, Impfleistung und weitere kleine Abrechnungspositionen einzeln erfasst werden. Dies macht den Ablauf fehleranfällig und kostet Zeit. Sinnvoll wäre eine gebündelte Abrechnungslogik: Pro Impfung werden Impfstoff und Impfleistung erfasst; weitere Zuschläge oder technische Nebenpositionen werden automatisch im System hinterlegt. Für die Apotheke sollte eine Standardimpfung nicht die Eingabe von drei oder vier verschiedenen Nummern erfordern.

Beratung, Aufklärung und PTA-Einsatz sind rechtssicher zu regeln: Wenn künftig auch PTA stärker eingebunden werden sollen, muss die Aufgabenverteilung rechtssicher und praxistauglich geregelt sein.

Raumvorgaben müssen praxistauglich gehalten werden.

Digitale Archivierung ist zu ermöglichen.

Die Vergütung ist am tatsächlichen Gesamtaufwand auszurichten: Eine Impfung besteht nicht nur aus der Verimpfung des Wirkstoffes. Zur Leistung gehören Impfpassprüfung, Beratung, Anamnese, Risikoaufklärung, Einwilligung, Impfstofflogistik, Raum, Personalbindung, Material, Dokumentation, Meldung, Abrechnung und Nachbeobachtung. Dieser Gesamtaufwand muss in der Vergütung angemessen berücksichtigt werden.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 1.29

angenommen

Antragsteller: Landesapothekerverband Baden-Württemberg e. V.
Landesapothekerkammer Baden-Württemberg

Antragsgegenstand: Hilfsmittelversorgung – Bürokratieabbau und
Vereinfachung der Dokumentation

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, die Versorgung und Abrechnung von Hilfsmitteln bürokratiearm weiterzuentwickeln, indem die Dokumentation des Warenabverkaufs im Warenwirtschaftssystem oder ein personalisierter Kassenbeleg künftig als ausreichender Empfangsnachweis anerkannt werden.

Begründung

Trotz fortschreitender Digitalisierung bestehen bei der Hilfsmittelversorgung weiterhin umfangreiche papiergebundene Dokumentationspflichten. Versicherte müssen häufig zusätzlich manuelle Empfangsbestätigungen leisten, obwohl die Abgabe bereits digital dokumentiert wird. Diese Doppelstrukturen verursachen erheblichen bürokratischen Aufwand, ohne zwingend einen zusätzlichen Nutzen für die Versorgungssicherheit zu schaffen. Der Verwaltungsaufwand übersteigt teilweise bereits die eigentliche Versorgungszeit. Eine konsequente Vereinfachung und Digitalisierung der Nachweis- und Abrechnungsprozesse würde Apotheken und andere Leistungserbringer spürbar entlasten und Ressourcen stärker auf die Versorgung der Patient*innen konzentrieren. Bei Hilfsmittelversorgungen im Versandweg wird bereits der Zustellnachweis durch eine Sendungsverfolgungsnummer als ausreichend anerkannt, weil auch so der Zugang der Leistung nachgewiesen werden kann.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache L 5 zu 1.30.1 - 1.30.2
angenommen

Antragsteller:	Apothekerverband Nordrhein e. V. Sächsischer Apothekerverband e.V. Sächsische Landesapothekerkammer Landesapothekerverband Sachsen-Anhalt e. V. Thüringer Apothekerverband e. V.
Antragsgegenstand:	Verpflichtung zur Übermittlung der Chargenbezeichnung streichen oder auf die anlassbezogene Übermittlung begrenzen

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, dafür Sorge zu tragen, dass die Verpflichtung zur generellen Übermittlung der Chargenbezeichnung gestrichen wird.

Mindestens fordert die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, die Mitwirkungspflicht der Apotheken in § 131a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) auf die anlassbezogene Übermittlung der Chargennummern zu beschränken.

Begründung

Apotheken sind im Zusammenhang mit dem E-Rezept derzeit verpflichtet, die Chargenbezeichnung für authentifizierungspflichtige Arzneimittel nach § 10 Absatz 1c Arzneimittelgesetz (AMG) zu übermitteln.

Dies dient nur der Nachverfolgung von Regressansprüchen seitens der Krankenkassen im Falle von Rückrufen.

In der Praxis müssen die Chargenbezeichnungen häufig händisch eingegeben werden, sofern keine technische Übertragung über securPharm erfolgt. Diese Verpflichtung verursacht aufgrund der händischen Eingabe in den Apotheken einen erheblichen bürokratischen Aufwand.

Da die händische Eintragung zudem fehleranfällig ist, besteht ein hohes Retaxationsrisiko zu Vollabsetzungen bei fehlenden oder fehlerhaften Chargenzeichnungen. Daher sollte gänzlich auf die Pflicht zur Übermittlung der Chargenbezeichnung verzichtet werden.

Die überwiegende Mehrzahl der Chargen wird automatisch beim Scannen des QR-Codes bei verschreibungspflichtigen Medikamenten (Rx) übermittelt. Die zahlenmäßig verschwindend geringen Ausnahmen bei Übermittlungsproblemen oder fehlenden Chargennummern rechtfertigen nicht den riesigen Aufwand, den die Apotheken für die Nachkontrolle und -korrektur betreiben müssen, weil sie auch nur dann benötigt werden würden, wenn es überhaupt zu Regressansprüchen seitens der Krankenkassen kommt.

Selbst in dem Fall, dass es zu Regressansprüchen kommt, kann die Krankenkasse problemlos die fehlenden Chargen mit statistischen Methoden errechnen, da Ihnen ja 99,9 Prozent der automatisch übermittelten Chargen vorliegen.

Zumindest sollte im Sinne des Grundsatzes der Datensparsamkeit die Mitwirkungspflicht der Apotheken auf das Vorhalten der Chargennummer in der Apotheke als weitaus milderer Mittel beschränkt werden.

Durch das Vorhalten der Chargennummern in der Apotheke, kann die Übermittlung an die Krankenkassen auf anlassbezogene Fallgestaltungen eingeschränkt werden. Diese Vorgehensweise würde die Mitwirkungspflicht der Apotheken gemäß § 131a Absatz 1 SGB V in gleicher Weise erfüllen.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 1.30.1

Antragsteller:	Apothekerverband Nordrhein e. V.
Antragsgegenstand:	Verpflichtung zur Übermittlung der Chargenbezeichnung streichen

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, dafür Sorge zu tragen, dass die Verpflichtung zur generellen Übermittlung der Chargenbezeichnung gestrichen wird.

Begründung

Apotheken sind im Zusammenhang mit dem E-Rezept derzeit verpflichtet, die Chargenbezeichnung für authentifizierungspflichtige Arzneimittel nach § 10 Absatz 1c Arzneimittelgesetz (AMG) zu übermitteln.

Dies dient nur der Nachverfolgung von Regressansprüchen seitens der Krankenkassen im Falle von Rückrufen.

In der Praxis müssen die Chargenbezeichnungen häufig händisch eingegeben werden, sofern keine technische Übertragung über securPharm erfolgt. Diese Verpflichtung verursacht aufgrund der händischen Eingabe in den Apotheken einen erheblichen bürokratischen Aufwand.

Da die händische Eintragung zudem fehleranfällig ist, besteht ein hohes Retaxationsrisiko zu Vollabsetzungen bei fehlenden oder fehlerhaften Chargenzeichnungen. Daher sollte gänzlich auf die Pflicht zur Übermittlung der Chargenbezeichnung verzichtet werden.

Die überwiegende Mehrzahl der Chargen wird automatisch beim Scannen des QR-Codes bei verschreibungspflichtigen Medikamenten (Rx) übermittelt. Die zahlenmäßig verschwindend geringen Ausnahmen bei Übermittlungsproblemen oder fehlenden Chargennummern rechtfertigen nicht den riesigen Aufwand, den die Apotheken für die Nachkontrolle und -korrektur betreiben müssen, weil sie auch nur dann benötigt werden würden, wenn es überhaupt zu Regressansprüchen seitens der Krankenkassen kommt.

Selbst in dem Fall, dass es zu Regressansprüchen kommt, kann die Krankenkasse problemlos die fehlenden Chargen mit statistischen Methoden errechnen, da Ihnen ja 99,9 Prozent der automatisch übermittelten Chargen vorliegen.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 1.30.2

Antragsteller: Sächsischer Apothekerverband e. V.
Sächsische Landesapothekerkammer
Landesapothekerverband Sachsen-Anhalt e. V.
Thüringer Apothekerverband e. V.

Antragsgegenstand: Chargenübermittlung

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber auf, die Mitwirkungspflicht der Apotheken in § 131a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) auf die anlassbezogene Übermittlung der Chargennummern zu beschränken.

Begründung

In § 2 Anlage 9 des Rahmenvertrages ist gemäß Schiedsspruch vom 31. Dezember 2020 folgendes geregelt:

„Zur Durchsetzung des nach § 131a Absatz 1 SGB V übergegangenen Ersatzanspruches erhalten die Krankenkassen regelhaft ab dem 01.01.2022 von den abgebenden Apotheken mit dem Abrechnungsdatensatz nach § 300 SGB V die Chargenbezeichnung der zu ihren Lasten abgegebenen Arzneimittel, die apothekenpflichtig und authentifizierungspflichtig (§ 10 Absatz 1c AMG) sind. Das Nähere ist in der Abrechnungsvereinbarung nach § 300 SGB V zu regeln.“

Die regelhafte Übermittlung der Chargennummer bei jeder Abgabe sollte im Sinne des Bürokratie-Abbaus abgeschafft werden. Der hohe bürokratischen Aufwand steht nicht in einem angemessenen Verhältnis zum Nutzen.

Gleichwohl die Krankenkassen die Übermittlung der Chargennummern nur im Falle eines Rückrufs benötigen, werden Abrechnungen ohne Übermittlung der Chargennummer – unabhängig vom Vorliegen eines Rückrufs – genutzt, um diese auf Null zu kürzen.

Darüber hinaus ist es zu zahlreichen Kürzungen der Krankenkassen gekommen, da beispielsweise nicht verifizierungspflichtige Arzneimittel wegen fehlender Chargenangabe beanstandet wurden bzw. die übermittelte Chargennummer beim Prüfdienstleister der Krankenkasse nicht erkannt worden ist.

Dies zeigt, dass die regelhafte Übermittlung der Chargennummer auf Seiten der Apotheke zu massiven – nicht gegenfinanzierten – Mehraufwand führt und die Krankenkassen zu formell begründeten bzw. unbegründeten Beanstandungen veranlasst.

Im Sinne des Grundsatzes der Datensparsamkeit sollte die Mitwirkungspflicht der Apotheken auf das Vorhalten der Chargennummer in der Apotheke als weitaus milderes Mittel beschränkt werden.

Durch das Vorhalten der Chargennummern in der Apotheke, kann die Übermittlung an die Krankenkassen auf anlassbezogene Fallgestaltungen eingeschränkt werden. Diese Vorgehensweise würde die Mitwirkungspflicht der Apotheken gemäß § 131a Absatz 1 SGB V in gleicher Weise erfüllen.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 1.31
Ad hoc Antrag angenommen

Antragsteller: ABDA-Vorstand

Antragsgegenstand: Ablehnung eines ärztlichen Dispensierrechts

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber auf, die im Gesetz zur Reform der Notfallversorgung geplanten Regelungen für ein ärztliches Dispensierrecht in Notfallpraxen zu streichen.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

2. Ausbildung und pharmazeutische Kompetenz

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 2.1
angenommen

Antragsteller:	Apothekerkammer Berlin
Antragsgegenstand:	Approbationsordnung für Apotheker schnellstmöglich novellieren

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber auf, die dringend benötigte Novellierung der Approbationsordnung für Apotheker (AappO) schnellstmöglich umzusetzen, um den geänderten Anforderungen an das Berufsbild der Apotheker*innen Rechnung zu tragen.

Begründung

Mit der Einführung der pharmazeutischen Dienstleistungen im Jahr 2022 sowie der Ermöglichung von Impfungen gegen Grippe und COVID-19 wurde das Tätigkeitsfeld der Apotheker*innen deutlich erweitert. Durch das Apothekenversorgung-Weiterentwicklungsgesetz (ApoVWG) ist zudem vorgesehen, das heilberufliche Profil des Apothekerberufs weiter auszubauen – etwa durch Ausweitung des Impfspektrum auf alle Totimpfstoffe, eine stärkere Einbindung in die Prävention und Primärversorgung sowie die Schaffung von Abgabemöglichkeiten rezeptpflichtiger Arzneimittel ohne ärztliche Verordnung bei dringenden Bedarfen chronisch kranker Patient*innen oder grundsätzlich unkomplizierten Erkrankungen.

Zudem sind Apotheker*innen bereits heute Teil eines digital vernetzten, interprofessionellen und präventionsorientierten Gesundheitssystems. Insbesondere digitale Gesundheitsanwendungen, die Telematikinfrastruktur sowie der Umgang mit Gesundheitsdaten gewinnen zunehmend an Bedeutung, sind jedoch bislang nicht systematisch im Studium verankert. Gleiches gilt für den Umgang mit Künstlicher Intelligenz und digitalen Systemen, die bereits heute in der Versorgung und in Apotheken eingesetzt werden. Hier besteht ein klarer Bedarf an strukturiert vermittelter Kompetenz.

Auch die Rolle der Apotheke in der Prävention hat sich erweitert. Impfangebote in Apotheken leisten einen wichtigen Beitrag zur öffentlichen Gesundheit. Eine frühzeitige und verbindliche Verankerung der Impfkompentenz im Studium ist daher erforderlich, um eine qualitätsgesicherte Umsetzung zu gewährleisten.

Insbesondere müssen somit folgende Inhalte verbindlich in die pharmazeutische Ausbildung integriert werden:

- **Digitale Gesundheitskompetenz und Datenkompetenz**, einschließlich der Vermittlung von Grundlagen der Telematikinfrastruktur und ihren Anwendungen (ePA, eML/eMP, KIM, TIM, ...), Umgang mit digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA/DiPA) sowie dem sicheren Umgang mit Gesundheitsdaten und Datenschutz.

- **Verständnis für EDV und Künstliche Intelligenz (KI)**, insbesondere im Hinblick auf Anwendungen im Gesundheitswesen, Medikationsanalyse, Entscheidungsunterstützung und automatisierte Systeme in Apotheken.
- **Verankerung der Impfkompetenz** als fester Bestandteil (Zusatzmodul) des Studiums, um zukünftige Apotheker*innen und frühzeitig auf ihre Rolle in der Prävention und öffentlichen Gesundheitsversorgung vorzubereiten.

Die vorgeschlagenen Ergänzungen tragen dazu bei, das Pharmaziestudium an die Anforderungen eines modernen Gesundheitssystems anzupassen und die Apothekerschaft zukunftsfähig aufzustellen.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 2.2
In den Ausschuss verwiesen

Antragsteller:	Dr. Olaf Rose et al.
Antragsgegenstand:	Modernisierung der Approbationsordnung für Apotheker und Verankerung der Pharmakotherapie als Leitkompetenz der pharmazeutischen Ausbildung

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Verordnungsgeber auf,

1. die Novellierung der Approbationsordnung für Apotheker in enger Abstimmung mit der Bundesapothekerkammer und ihrer Arbeitsgruppe zur Weiterentwicklung der pharmazeutischen Ausbildung zu erarbeiten;
2. die Approbationsordnung für Apotheker unverzüglich, umfassend und zukunftsorientiert zu novellieren und die Umsetzung der Richtlinie (EU) 2024/782 nicht auf eine formale Mindestanpassung zu beschränken;
3. das Pharmaziestudium grundlegend zu modernisieren und insbesondere den zweiten Ausbildungsabschnitt
 - a. nach Organsystemen, Indikationen und Versorgungssituationen unter dem Dach von Pharmakotherapie und translationaler Pharmazie zu strukturieren sowie patient*innen-, fall- und versorgungsorientiert auszurichten,
 - b. um eine eigenständige wissenschaftliche Arbeit zu ergänzen und
 - c. mit einer fachlich klar abgegrenzten und objektivierbaren Prüfung abzuschließen;
4. zugleich den naturwissenschaftlich ausgerichteten ersten Ausbildungsabschnitt dahingehend zu modernisieren, dass moderne Wirkstoffwissenschaften und Biotechnologie patient*innenbezogen, wissenschaftlich und berufspraktisch kontextualisiert werden.

Begründung

Die Approbationsordnung für Apotheker ist die zentrale Grundlage der pharmazeutischen Ausbildung in Deutschland und von entscheidender Bedeutung für die Zukunft der Pharmazie. Die Hauptversammlung würdigt und **unterstützt ausdrücklich die Arbeit der Bundesapothekerkammer und ihrer Arbeitsgruppe zur Weiterentwicklung der pharmazeutischen Ausbildung.**

Die Novellierung darf sich nicht darauf beschränken, europäische Mindestvorgaben formal in die Approbationsordnung zu übernehmen. Die Richtlinie (EU) 2024/782 und die bereits verstrichene Umsetzungsfrist verpflichten Deutschland zum Handeln und bieten zugleich die Chance, den langjährigen Reformstau zu überwinden. Das Pharmaziestudium muss in Inhalt, Struktur, Gewichtung, Prüfungsformaten und Kompetenzzielen grundlegend modernisiert und

wieder zu einem international sichtbaren Vorbild einer patient*innenorientierten und wissenschaftlich exzellenten Pharmazieausbildung entwickelt werden. Das Tätigkeitsfeld der Apothekerschaft hat sich grundlegend verändert. Die standespolitisch, gesellschaftlich und gesetzlich ausdrücklich gewollte Weiterentwicklung des Berufs umfasst zunehmend die patient*innen-nahe Bewertung, Begleitung und Optimierung von Arzneimitteltherapien. Pharmazeutische Dienstleistungen, Impfungen, Prävention und die Versorgung vulnerabler Patient*innengruppen erfordern Kompetenzen, die im bisherigen Curriculum nicht ausreichend abgebildet sind.

Der zweite Ausbildungsabschnitt muss daher unter dem Dach von Pharmakotherapie und translationaler Pharmazie patient*innen-, fall- und versorgungsorientiert aufgebaut und nach Organsystemen, Indikationen und Versorgungssituationen strukturiert werden. Studierende müssen lernen, wissenschaftliche Evidenz und Leitlinien fallbezogen anzuwenden, Therapieziele und Patient*innenpräferenzen zu berücksichtigen sowie Arzneimitteltherapien interprofessionell zu bewerten, zu erklären, zu begleiten und zu optimieren.

Auch der naturwissenschaftlich ausgerichtete **erste Ausbildungsabschnitt** muss modernisiert werden. Er muss den Wandel der Wirkstoffforschung, insbesondere durch Biotechnologie und moderne Wirkstoffwissenschaften, abbilden und die Grundlagen stärker mit Therapien, Arzneimitteln und Versorgung verknüpfen. Studierende müssen erkennen können, warum naturwissenschaftliche und medizinische Grundlagen für Patient*innen und die spätere Berufspraxis relevant sind.

Dieses Wissen muss in einen indikationsbezogenen und patient*innenorientierten Gesamtzusammenhang gestellt werden. Die Ausbildung muss Apotheker*innen für die heutigen Aufgaben in öffentlicher Apotheke, Krankenhaus, Industrie, Wissenschaft und Verwaltung befähigen und sie darauf vorbereiten, Arzneimitteltherapien sicherer, wirksamer und patient*innengerechter zu gestalten.

Der Wandel in Wirkstoffforschung und industrieller Arzneimittelentwicklung – insbesondere hin zu neuen Wirkstoff- und Therapieformen wie Gen-, Zell- und RNA-Therapien – muss sich in beiden Ausbildungsabschnitten widerspiegeln.

Wissenschaftliches Arbeiten muss verbindlich gestärkt werden. Methodik, Studiendesign, Statistik und die kritische Bewertung wissenschaftlicher Evidenz müssen ebenso Bestandteil der Ausbildung sein wie Versorgungsforschung. Eine **eigenständige wissenschaftliche Forschungs- oder Projektarbeit** soll methodische Kompetenz, kritisches Denken, strukturierte Problembearbeitung und die verständliche Darstellung von Forschungsergebnissen fördern.

Im zweiten und dritten Abschnitt der Pharmazeutischen Prüfung müssen Prüfungsumfang und Anforderungen **klar umgrenzt**, bundesweit vereinheitlicht und **besser objektivierbar** werden. Hierzu können insbesondere strukturierte Prüfungsformate wie OSCEs beitragen. Prüfungsinhalte dürfen nicht maßgeblich von den individuellen Schwerpunkten der Prüfenden abhängen. **Interprofessionelle Lehre** muss verbindlich verankert werden. Gemeinsame Fallseminare, Visiten, Simulationen und patient*innennahe Lehrformate mit Medizin, Pflege und weiteren Gesundheitsberufen auf Station und im Hörsaal ermöglichen es, die Zusammenarbeit im späteren Berufsalltag praktisch einzuüben.

Übergangsregelungen müssen Studierende im laufenden Studium schützen und zugleich eine zügige Umsetzung für künftige Jahrgänge ermöglichen.

Die Arbeit der Bundesapothekerkammer und ihrer Arbeitsgruppe benötigt daher **ein klares politisches Mandat**: Die Novellierung muss über die Umsetzung europäischer Mindestvorgaben hinausgehen und zu einer grundlegenden Modernisierung des Pharmaziestudiums führen. Ziel ist eine wissenschaftlich exzellente, patient*innenorientierte, kompetenzbasierte, naturwissenschaftlich fundierte, interprofessionelle, versorgungsnahe und zukunftsorientierte Ausbildung.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 2.3
In den Ausschuss verwiesen

Antragsteller:	Apothekerkammer Westfalen-Lippe
Antragsgegenstand:	Aufnahme von innovativen Lehr- und Prüfungsformaten in die Approbationsordnung

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, bei der anstehenden Novellierung der Approbationsordnung für Apotheker (AAppO) die Option für innovative Lehr- und Prüfungsformate umfassend aufzunehmen.

Begründung

Die Novellierung der AAppO lässt weiterhin auf sich warten, und es besteht somit zurzeit nur begrenzt Spielraum für innovative Lehr- und Prüfungsformate. Eine zeitnahe Novellierung bleibt notwendig.

Bei der letzten Novellierung der AAppO im Jahr 2001 wurde mit § 8 bereits die Möglichkeit des alternativen Prüfungsverfahrens geschaffen, mit dem bereits heute schon an zwei Standorten eine Möglichkeit zur Abweichung vom Regelverfahren besteht.

Innovative Studienkonzepte könnten vernetztes Denken, wissenschaftliches Arbeiten und interprofessionelle Kompetenzen fördern. Durch kompetenzorientierte Lehr- und Prüfungsformate können außerdem bereits im Studium Fähigkeiten erworben werden, die differenzierter und realitätsnäher den im späteren Beruf notwendigen Kompetenzen entsprechen.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 2.4
angenommen

Antragsteller:	Apothekerkammer Berlin
Antragsgegenstand:	Einführung einer Teilzeitoption im Praktischen Jahr durch Anpassung der Approbationsordnung für Apotheker

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Verordnungsgeber auf, im Rahmen der Novellierung der Approbationsordnung für Apotheker (AAppO) diese dahingehend zu ändern und zu ergänzen, dass Pharmazeut*innen im Praktikum (PhiPs) die Möglichkeit eingeräumt wird, das Praktische Jahr (PJ) bei Bedarf auch in Teilzeit zu absolvieren.

Die Reduzierung der wöchentlichen Arbeitszeit soll dabei durch eine adäquate, proportionale Verlängerung des jeweiligen Ausbildungsabschnitts ausgeglichen werden, sodass der Gesamtumfang der zu leistenden Stunden und die inhaltliche Qualität der Ausbildung vollumfänglich erhalten bleiben.

Begründung

Nach der derzeit gültigen AAppO ist das PJ zwingend als ganztägige Ausbildung abzuleisten. Eine rechtlich verankerte Option, das PJ in Teilzeit zu absolvieren, existiert aktuell für PhiPs nicht. Diese starre Vollzeit-Regelung führt in der Praxis zu einer erheblichen Einschränkung der Chancengleichheit und stellt für viele angehende Apotheker*innen eine Barriere auf dem Weg zum Staatsexamen dar.

Die Lebensrealitäten der Studierenden und Berufseinsteiger*innen haben sich in den vergangenen Jahren stark gewandelt. Individuelle Mehrbelastungen wie:

- die Erziehung und Betreuung eigener Kinder,
- die Pflege oder Unterstützung von pflegebedürftigen Familienangehörigen,
- sowie das Vorliegen chronischer körperlicher oder psychischer Erkrankungen und Behinderungen

lassen sich mit einer starren Vollzeittätigkeit in der Apotheke oder der Industrie oft kaum oder gar nicht vereinbaren.

Wer in einer solchen Lebensphase steckt, wird derzeit faktisch gezwungen, das PJ zu verschieben, zu unterbrechen oder unter extremen gesundheitlichen und persönlichen Belastungen zu absolvieren.

Eine Flexibilisierung durch eine Teilzeitregelung schafft hier wirksame Abhilfe. Eine Reduktion der wöchentlichen Arbeitszeit gekoppelt mit einer entsprechenden, rechnerischen Verlänge-

rung des Praktischen (Halb-)Jahres stellt sicher, dass das hohe qualitative Niveau der Ausbildung gewahrt bleibt. Alle PhiP's leisten am Ende dieselbe Gesamtstundenzahl und erwerben die identischen Kompetenzen – lediglich verteilt auf einen längeren Zeitraum.

In vielen anderen Ausbildungs- und Berufsfeldern sowie in reformierten Studiengängen (und auch im nachfolgenden Apothekenalltag) sind Teilzeitmodelle längst gelebte und erfolgreiche Realität. Um den Beruf der Apotheker*innen zukunftsfähig, familienfreundlich und inklusiv zu gestalten – gerade in Zeiten eines spürbaren Fachkräftemangels –, ist eine zeitgemäße Anpassung der AAppO dringend erforderlich.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 2.5
abgelehnt

Antragsteller: Apothekerkammer Berlin

Antragsgegenstand: Einführung eines strukturierten klinischen Qualifikationsprogramms „PharmD“ zur Stärkung der patient*innennahen Pharmazie

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker spricht sich dafür aus, dass die Bundesapothekerkammer (BAK) in Zusammenarbeit mit anderen maßgeblichen wissenschaftlichen und berufspolitischen Organisationen wie z. B. dem Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker e. V. (ADKA), der Deutschen Pharmazeutischen Gesellschaft e. V. (DPhG) und des Verbands der Professoren an Pharmazeutischen Hochschulen der Bundesrepublik Deutschland e. V. (VdPPHI), ein Konzept zur Einführung eines strukturierten klinischen, postgradualen Qualifikationsprogramms wie z. B. „PharmD (Doctor of Pharmacy)“ in Deutschland entwickelt.

Der PharmD soll als freiwillige, frühzeitig zugängliche und international anschlussfähige klinische Zusatzqualifikation nach der Approbation ausgestaltet werden. Ziel ist es, die patient*innennahe Kompetenz von Apotheker*innen zu stärken, ihre Einbindung in interprofessionelle Versorgungskonzepte in stationären und ambulanten Einrichtungen zu fördern und die Arzneimitteltherapiesicherheit sowie die Versorgungsqualität nachhaltig zu verbessern.

Begründung

Die Anforderungen an die Arzneimitteltherapie steigen durch Multimorbidität, Polypharmazie, komplexe Therapieschemata und neue Versorgungsformen stetig. Dies erfordert eine enge interprofessionelle Zusammenarbeit sowie ausgeprägte klinische Kompetenzen von Apotheker*innen.

Das Pharmaziestudium vermittelt hierfür eine solide wissenschaftliche Grundlage. Zugleich besteht Bedarf an einer strukturierten, frühzeitig im Berufsverlauf zugänglichen Vertiefung patient*innennaher klinischer Fähigkeiten. Ein postgraduales Qualifikationsprogramm „PharmD“ kann diese Lücke schließen, ohne bestehende Strukturen zu ersetzen.

Der PharmD soll ausdrücklich als Ergänzung zur Weiterbildung zum*zur Fachapotheker*in für klinische Pharmazie verstanden werden. Er soll eine niedrighschwellige, modulare und praxisnahe Zusatzqualifikation darstellen, die klinische Kompetenzen frühzeitig stärkt, den Zugang zu weiterführenden Spezialisierungen erleichtert und die Rolle von Apotheker*innen in interprofessionellen Versorgungsteams sichtbarer macht.

Bei der Entwicklung des Konzepts sollten insbesondere folgende Aspekte geprüft werden:

- Ausgestaltung als freiwillige, postgraduale Zusatzqualifikation nach der Approbation,
- eigenständige Positionierung neben der Weiterbildung zum*zur Fachapotheker*in für klinische Pharmazie bei sinnvoller inhaltlicher Ergänzung,

- strukturierte patient*innennahe klinische Ausbildung in Kooperation mit Einrichtungen der stationären und ambulanten Versorgung,
- modular aufgebautes, universitär begleitetes und ECTS-basiertes Curriculum,
- Absolvierbarkeit sowohl in Vollzeit als auch berufsbegleitend,
- Berücksichtigung bestehender Weiterbildungsinhalte sowie Prüfung von Anrechnungsmöglichkeiten auf die Weiterbildung zum*zur Fachapotheker*in für klinische Pharmazie,
- praxisorientiertes Abschlussprojekt zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit oder Versorgungsqualität,
- international anschlussfähiger Abschluss mit klar definierten Qualitätsstandards.

Internationale Modelle zeigen, dass klinisch qualifizierte Apotheker*innen einen wichtigen Beitrag zur Arzneimitteltherapiesicherheit und Versorgungsqualität leisten können. Besonders deutlich wird dies in den USA: Dort ist der Doctor of Pharmacy nicht lediglich eine optionale Zusatzqualifikation, sondern der zentrale professionelle Abschluss für die Berufsausübung als Apotheker*in.

Die Einführung eines deutschen PharmD-Programms würde keine vollständige Übertragung des US-amerikanischen Systems bedeuten. Vielmehr sollte ein eigenständiges, an das deutsche Approbations-, Weiterbildungs- und Versorgungssystem angepasstes Modell entwickelt werden. Ein solches Programm könnte bestehende Qualifikationswege sinnvoll ergänzen, klinisch-pharmazeutische Kompetenzen systematisch stärken und die Anschlussfähigkeit an internationale Entwicklungen verbessern.

Insgesamt ermöglicht der PharmD eine pragmatische und zukunftsorientierte Ergänzung bestehender Strukturen. Er kann dazu beitragen, die klinische Pharmazie in Deutschland nachhaltig zu stärken, die pharmazeutische Verantwortung in der unmittelbaren Patient*innenversorgung auszubauen und die Arzneimitteltherapiesicherheit im stationären wie ambulanten Bereich weiterzuentwickeln.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 2.6

abgelehnt

Antragsteller: Landesapothekerkammer Hessen

Antragsgegenstand: Weiterentwicklung überregionaler Fortbildungsformate

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker spricht sich dafür aus, dass die Bundesapothekerkammer ihre Fortbildungsformate zukunftsfähig weiterentwickelt.

Dabei sollen insbesondere Format, Dauer, Kosten, Praxisrelevanz, Zielgruppenorientierung sowie die Erreichbarkeit des Veranstaltungsortes berücksichtigt werden.

Ziel muss ein Fortbildungsangebot sein, das möglichst vielen Kolleg*innen aus dem gesamten Bundesgebiet offensteht, einen klaren Nutzen für den Berufsalltag bietet und auch für angestellte Apotheker*innen Ressourcen attraktiv und realistisch wahrnehmbar ist.

Begründung

Fortbildung ist ein zentrales Instrument zur Sicherung und Weiterentwicklung pharmazeutischer Kompetenz. Damit sie ihre Wirkung entfalten kann, muss sie nicht nur fachlich hochwertig, sondern auch tatsächlich erreichbar, bezahlbar und mit dem Apothekenalltag vereinbar sein.

Überregionale Fortbildungsformate müssen daher stärker an den praktischen Bedürfnissen der Kolleg*innen ausgerichtet werden. Dies betrifft neben den Inhalten insbesondere die Terminierung, die Kostenstruktur, die Reise- und Unterkunftsbelastung sowie die verkehrliche Erreichbarkeit des Veranstaltungsortes.

Fortbildung darf kein Angebot für wenige sein. Sie muss so gestaltet werden, dass sie die Breite des Berufsstandes erreicht, den Arbeitsalltag sinnvoll unterstützt und die Attraktivität pharmazeutischer Tätigkeit stärkt.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 2.7
angenommen

Antragsteller:	Apothekerkammer Nordrhein
Antragsgegenstand:	Finanzielle Förderung der Qualifizierung von Apotheker*innen unter Aufsicht

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, eine bundes- oder landesfinanzierte Förderung für die Qualifizierung von Apotheker*innen unter Aufsicht (AuA) einzuführen.

Diese Förderung soll die zusätzliche wirtschaftliche Belastung der Apotheken ausgleichen, die durch die Ausbildung, sprachliche Integration und praktische Qualifizierung dieser Fachkräfte entsteht.

Begründung

Die Integration ausländischer Apotheker*innen ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und ein zentraler Baustein zur Sicherung der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Die Bundesregierung betont selbst die Notwendigkeit, internationale Fachkräfte gezielt einzubinden, um den Fachkräftemangel im Gesundheitswesen zu adressieren.

Apotheken übernehmen hierbei eine zentrale Integrationsleistung, indem sie Fachkräfte unter Aufsicht ausbilden, in Versorgungsprozesse integrieren und gleichzeitig deren sprachliche sowie systemische Qualifizierung sicherstellen.

Diese Leistung geht deutlich über eine reguläre, vergleichbare innerdeutsche Ausbildung hinaus. Apotheker*innen unter Aufsicht sind zu Beginn aufgrund fehlender Systemkenntnisse und sprachlicher Einschränkungen im Apothekenbetrieb nicht voll einsetzbar, erhalten jedoch eine reguläre Vergütung.

Für die Apotheken entstehen dadurch erhebliche zusätzliche Aufwände in Zeit, Personalbindung und finanziellen Ressourcen.

Angesichts der wirtschaftlich angespannten Lage vieler Apotheken stellt dies ein wesentliches Hemmnis dar, weitere Fachkräfte auszubilden. Dadurch werden Integrationspotenziale nicht ausgeschöpft und dem Arbeitsmarkt weniger qualifizierte Apotheker zur Verfügung gestellt.

Da die Fachkräfteintegration politisch gewollt ist, ist eine öffentliche Kofinanzierung dieser Qualifizierungsleistung zwingend erforderlich.

Mögliche Ausgestaltung der Förderung:

Die Förderung kann sich an bestehenden Fördermechanismen orientieren:

- Pauschale Ausbildungszuschüsse pro AuA, analog zu Förderungen in anderen Branchen (z. B. berufliche Weiterbildung nach AFBG/„Meister-BAföG“)

- Eingliederungszuschuss der Agentur für Arbeit
- Kombination mit bestehenden Integrationsprogrammen wie dem Förderprogramm „Integration durch Qualifizierung (IQ)“, das bereits Qualifizierungsmaßnahmen für ausländische Fachkräfte finanziert
- Ergänzende Sprachförderung, angelehnt an berufsbezogene Sprachkurse im Gesundheitswesen (z. B. BAMF-Programme)

Ziel ist eine Förderung, die wirtschaftlich einer weitgehenden Entlastung entspricht, ohne eine vollständige staatliche Übernahme der Personalkosten darzustellen.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 2.8
In den Ausschuss verwiesen

Antragsteller:	Landesapothekerkammer Hessen
Antragsgegenstand:	PTA-Ausbildung stärken - Vernetzung fördern und moderne Ausbildungsmodelle ermöglichen

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker spricht sich dafür aus, die Ausbildung zum*zur Pharmazeutisch-technischen Assistent*in (PTA) zukunftsfähig weiterzuentwickeln und hierfür insbesondere die regelmäßige Zusammenarbeit und Vernetzung zwischen PTA-Schulen, Apothekenpraxis, Kammern und weiteren Beteiligten strukturell zu stärken. Darüber hinaus sollen moderne und flexible Ausbildungsmodelle – insbesondere berufsbegleitende, duale und digitale Ausbildungsanteile – geprüft und ermöglicht werden, um Theorie und Praxis enger miteinander zu verzahnen und den PTA-Beruf langfristig attraktiv zu sichern.

Begründung

Die Anforderungen an Pharmazeutisch-technische Assistent*innen wachsen kontinuierlich. Digitalisierung, erweiterte pharmazeutische Dienstleistungen, zunehmende Beratungskompetenz sowie der Fachkräftemangel stellen die Ausbildung vor neue Herausforderungen. Gleichzeitig bleibt die PTA-Ausbildung ein zentraler Baustein für die Sicherstellung der wohnortnahen Arzneimittelversorgung in Deutschland.

Eine moderne PTA-Ausbildung benötigt daher eine stärkere und kontinuierliche Vernetzung aller an der Ausbildung Beteiligten. Regelmäßiger Austausch zwischen Schulen, Ausbildungsapotheken, Kammern und weiteren Akteuren bietet die Chance, Ausbildungsinhalte praxisnäher, aktueller und zukunftsorientierter zu gestalten.

Darüber hinaus sollten neue Ausbildungswege geprüft werden. Insbesondere berufsbegleitende oder duale Modelle – angelehnt an bewährte Strukturen der Ausbildung zum*zur Pharmazeutisch-kaufmännischen Angestellten (PKA) – können dazu beitragen, Theorie und Praxis besser miteinander zu verbinden und neue Zielgruppen für den PTA-Beruf zu gewinnen. Ergänzend hierzu können digitale Lehr- und Lernformate die Ausbildung flexibler und attraktiver gestalten.

Die Apothekerschaft sollte die Weiterentwicklung der PTA-Ausbildung aktiv mitgestalten, um den Beruf nachhaltig zu stärken und dem zunehmenden Fachkräftemangel wirksam entgegenzuwirken.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

3. Digitalisierung

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 3.1
angenommen

Antragsteller: ABDA-Vorstand

Antragsgegenstand: Versorgung zum Maßstab der Digitalisierung machen

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, die Digitalisierung im Gesundheitswesen konsequent am Versorgungsbedarf der Menschen auszurichten. Öffentliche Apotheken sind als wesentliche Leistungserbringer im Gesundheitswesen über ihre Organisationen frühzeitig, systematisch und verbindlich in die Ausgestaltung digitaler Verfahren einzubinden.

Begründung

Digitale Lösungen im Gesundheitswesen müssen ausgehend vom konkreten Versorgungsbedarf gedacht werden. Patient*innensicherheit, Arzneimitteltherapiesicherheit und Versorgungssicherheit müssen deshalb im Zentrum der Konzeption, Entwicklung und gesetzlichen Verankerung digitaler Verfahren stehen. Digitalisierung erfüllt ihren Zweck nur dann, wenn sie heilberufliche Verantwortung stärkt, Versorgungsprozesse verbessert und die tägliche Arbeit der Leistungserbringer*innen spürbar unterstützt. Damit wird zugleich die Effizienz der personellen Ressourcen gesteigert.

Dies gilt in besonderer Weise für die öffentlichen Apotheken. Ihre zentrale Aufgabe ist die wohnortnahe und verlässliche Arzneimittelversorgung der Bevölkerung. Zugleich sind sie für viele Patient*innen die erste Anlaufstelle bei gesundheitlichen Fragen. Bei häufig auftretenden gesundheitlichen Problemen können Apotheker*innen eine erste fachliche Einordnung vornehmen, Orientierung geben und gezielt an geeignete Versorgungsstrukturen weiterleiten. In England ist dies unter dem Begriff „Pharmacy First“ bereits als vergütetes Versorgungsangebot etabliert.

Digitale Anwendungen können einen wichtigen Beitrag dazu leisten, die vielseitigen Versorgungsaufgaben öffentlicher Apotheken sicher, effizient und praxistauglich wahrzunehmen. Besondere Bedeutung kommt dabei dem Ausbau der Telematikinfrastuktur zur TI 2.0 und der Weiterentwicklung der elektronischen Patientenakte zu. Diese Entwicklungen eröffnen erhebliche Chancen für eine bessere und stärker vernetzte Versorgung. Ihr tatsächlicher Nutzen hängt jedoch davon ab, ob sie Abläufe im Versorgungsalltag erleichtern oder aber zusätzlichen Aufwand verursachen.

Dies zeigt sich exemplarisch beim E-Rezept: Wenn Patient*innen nicht verlässlich erkennen können, ob ein Rezept bereits einlösbar ist, entstehen Rückfragen, Wartezeiten und zusätzlicher Aufwand gerade dort, wo digitale Verfahren eigentlich entlasten sollten. Gerade bei einem elektronischen Rezept muss die unmittelbare Verfügbarkeit der Regelfall sein. Zumindest aber müssen Patient*innen automatisch und ohne zusätzliche Hürden informiert werden, sobald die Verordnung eingelöst werden kann.

Die Praxistauglichkeit digital gestützter Verfahren hängt davon ab, wie konsequent sie auf die realen Arbeitsabläufe und Anforderungen in Apotheken abgestimmt sind. Die öffentlichen Apotheken sind deshalb bei der Konzeption, Umsetzung und Weiterentwicklung digitaler Verfahren in der Gesundheitsversorgung frühzeitig und verbindlich einzubeziehen.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 3.2
angenommen

Antragsteller: Apothekerkammer Nordrhein

Antragsgegenstand: Digitalstrategie der Apothekerschaft

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker spricht sich dafür aus, eine umfassende Digitalstrategie (inklusive KI-Strategie) für die Apothekerschaft zu entwickeln. Diese Strategie soll insbesondere eine klare Datenstrategie für öffentliche Apotheken beinhalten sowie verbindliche Rahmenbedingungen für den Einsatz von Künstlicher Intelligenz in öffentlichen Apotheken schaffen.

Dabei sind insbesondere Anforderungen an Datenschutz, Datensicherheit, Datenqualität und Interoperabilität sowie die Anbindung und Nutzung von Daten der ABDA, des künftigen ABDA-Datenhubs sowie der Apothekenverwaltungssysteme (AVS) zu berücksichtigen.

Begründung

Künstliche Intelligenz wird in den kommenden Jahren eine zentrale Rolle im Gesundheitswesen einnehmen und bietet erhebliches Potenzial, den*die Apotheker*in bei der Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit, der Prozessoptimierung sowie der Patient*innenversorgung zu unterstützen. In Zeiten von Fachkräftemangel kann sie Effizienzreserven heben und die vorhandenen Fachkräfte entlasten. Das schafft mehr Kapazitäten und Freiraum für direkte Patient*innenkontakte und heilberufliche Aufgabenerfüllung.

Während andere Akteure im Gesundheitswesen – insbesondere Industrie, Krankenkassen und große Plattformanbieter – bereits aktiv an der Entwicklung und Implementierung entsprechender Strategien arbeiten, fehlt es innerhalb der Apothekerschaft bislang an einer koordinierten, übergreifenden KI-Strategie.

Dies führt dazu, dass Apotheken derzeit weder über klare Leitlinien noch über geeignete Strukturen verfügen, um KI-Anwendungen sicher, effizient und bestmöglich im Sinne der Patient*innen zu nutzen.

Ein weiteres zentrales Problem besteht zudem in der unzureichenden Verfügbarkeit und Nutzbarkeit relevanter Daten. Insbesondere fehlen standardisierte Schnittstellen sowie ein strukturierter Zugang zu Daten aus den Apothekenverwaltungssystemen (AVS), wodurch innovative Anwendungen erschwert oder verhindert werden.

Um die Zukunftsfähigkeit der Apotheken zu sichern und ihre Rolle als heilberufliche, unabhängige Leistungserbringer im digitalen Gesundheitswesen zu stärken, ist daher eine strategische, koordinierte Herangehensweise zwingend erforderlich.

Die ABDA ist als Spitzenorganisation der Apothekerschaft in der Verantwortung, eine solche KI-Strategie zu entwickeln, Leitplanken zu definieren und die notwendigen Voraussetzungen für eine sichere und sinnvolle Nutzung von KI in öffentlichen Apotheken zu schaffen.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 3.3
abgelehnt

Antragsteller: Apothekerkammer des Saarlandes
Saarländischer Apothekerverein e. V.

Antragsgegenstand: Sicherstellung der verpflichtenden Ausstellung des E-Rezeptes

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, die verpflichtende Ausstellung von E-Rezepten durch geeignete Maßnahmen sicher zu stellen und im Ergebnis die Ausstellung von sogenannten Muster-16-Verordnungen gänzlich zu untersagen. Allein in den Fällen, in denen die Ausstellung eines E-Rezeptes technisch nicht möglich bzw. regulatorisch noch nicht vorgesehen ist, soll die Verwendung einer Muster-16-Verordnung den Ärzt*innen gestattet sein.

Begründung

Gemäß § 360 Absatz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) sind Vertragsärzt*innen bereits jetzt gesetzlich verpflichtet, Verordnungen von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln elektronisch auszustellen. Die nicht flächendeckende und umfassende Umsetzung dieser Vorgabe führt dazu, dass weiterhin in einem nicht unbeträchtlichem Ausmaße und gerade bei hochpreisigen Arzneimitteln Verordnungen auf sogenannten Muster-16-Verordnungen ausgestellt werden.

Dass Vertragsärzt*innen entgegen den gesetzlichen Vorgaben weiterhin in erheblichem Umfang Muster-16-Verordnungen ausstellen, obwohl dafür die Voraussetzungen des § 360 Absatz 2 SGB V nicht vorliegen, führt dazu, dass auch Betrüger*innen von dieser Möglichkeit Gebrauch machen und gefälschte Rezepte herstellen und in Apotheken vorlegen. Rezeptfälschungen sind in der Regel nicht als solche erkennbar.

Letztmalig mit Schreiben des Verbands der Ersatzkassen e. V. vom 22. April 2026 wurde darauf hingewiesen, dass weiterhin eine hohe Anzahl an Muster-16-Rezeptfälschungen im Umlauf ist und zu Lasten der Krankenkassen abgerechnet wird. Wörtlich heißt es u. a. in dem Schreiben:

„Seit Dezember 2025 ist vor allem bei onkologischen Wirkstoffen in oraler Darreichungsform eine deutliche Zunahme an Fälschungen zu beobachten. Der Schaden zu Lasten der Solidargemeinschaft ist immens und steigt weiter an, obwohl sich mittlerweile die Strafverfolgungsbehörden der Thematik angenommen haben.“

In Folge der Zunahme an Rezeptfälschungen ist des Weiteren feststellbar, dass Krankenkassen immer öfter die Bezahlung von Rezeptfälschungen verweigern. Dies geschieht auch dann, wenn die Rezeptfälschung selber als solche nicht erkennbar war. Unabhängig von der Frage, ob auf Basis der bestehenden Arzneimittellieferverträge Krankenkassen zur Bezahlung von Rezeptfälschungen, die als solche nicht erkennbar waren, verpflichtet sind, sind Apotheken bei Rezeptfälschungen immer einem hohen wirtschaftlichen Risiko ausgeliefert.

Mit der nachhaltigen Sicherstellung der verpflichtenden Ausstellung von E-Rezepten durch Vertragsärzt*innen können im Ergebnis zum einen der Solidargemeinschaft millionenschwere Ausgaben erspart werden, die dadurch entstehen, dass Rezeptfälschungen zu Lasten der Krankenkassen beliefert werden, zum anderen die Apotheken vor Rezeptfälschungen und deren finanziellen Folgen geschützt werden.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 3.4
angenommen

Antragsteller: Berliner Apotheker-Verein
Apotheker-Verband Berlin (BAV) e. V.

Antragsgegenstand: Qualität elektronischer Verordnungen sicherstellen

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, den rechtlichen Rahmen dahingehend anzupassen, dass ärztlich ausgestellte elektronische Verordnungen über Produkte, auf die gesetzlich Versicherte Anspruch haben, nur dann über die Telematik-Infrastruktur übertragen werden können, wenn sie den einschlägigen rechtlichen Vorgaben in Hinblick auf Form und Inhalt entsprechen.

Begründung

In deutschen Apotheken werden bereits heute täglich über eine Million elektronische Verordnungen von Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen eingelöst. Davon entspricht eine nicht unerhebliche Menge nicht vollumfänglich den formalen Anforderungen des Arzneimittel- und Sozialrechts.

Ein Vorteil digitaler Formulare besteht darin, dass mit einfachen technischen Mitteln sichergestellt werden kann, dass das Ausfüllen und Absenden dieser Formulare stets regelkonform erfolgt. Dass ausgerechnet bei einem versorgungskritischen Formular wie der elektronischen Verordnung dieser Vorteil ungenutzt bleibt, ist nicht nachvollziehbar.

Da in absehbarer Zeit mit der Einführung elektronischer Betäubungsmittelrezepte sowie elektronischer Verordnungen für weitere apothekenübliche Produkte (Verbandmittel, Teststreifen, arzneimittelähnliche Medizinprodukte, bilanzierte Diäten zur enteralen Ernährung, Hilfsmittel) zu rechnen ist, sollte im Sinne aller am Versorgungsprozess Beteiligten (insbesondere der Leistungserbringer, Versicherten, Kostenträger) künftig sichergestellt werden, dass ausschließlich ordnungsgemäße Verordnungen über die Telematik-Infrastruktur übertragen werden können. Damit gesetzlich Krankenversicherte (GKV-Versicherte) trotz mangelhafter elektronischer Verordnungen versorgt werden können, müssen Apotheken aufwändige Rücksprachen mit der verschreibenden Person halten. Neben dem erhöhten Aufwand bei Arztpraxen und Apotheken können eine verzögerte Versorgung der GKV-Versicherten sowie zusätzliche Wege für GKV-Versicherte die Folge sein. Mängelbehaftete elektronische Verordnungen stellen somit einerseits ein Versorgungshindernis dar und belasten andererseits die Leistungserbringer mit zeitaufwändigen Rücksprachen, die z. B. durch geeignete technische Maßnahmen vermeidbar wären.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 3.5
In den Ausschuss verwiesen

Antragsteller: Apothekerverband Westfalen-Lippe e. V.

Antragsgegenstand: Schadensersatz bei TI-Ausfällen

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, geeignete gesetzliche Rahmenbedingungen zu schaffen, um das Betriebsrisiko der Telematikinfrastruktur (TI) fair zu verteilen und Leistungserbringer vor den wirtschaftlichen Schäden fremdverschuldeter Störungen oder Ausfälle der Telematikinfrastruktur zu schützen.

Begründung

Die Störanfälligkeit der TI einerseits und die Abhängigkeit von der Funktionsfähigkeit dieser andererseits sowie die damit verbundenen Risiken stellen für Apotheken nach wie vor eine Belastung dar. Dabei weist die Debatte um die faire Verteilung der Betriebsrisiken der TI eine bedauerliche Kontinuität auf, denn bereits zum Deutschen Apothekertag 2025 in Düsseldorf hatte der Apothekerverband Westfalen-Lippe e. V. (AVWL) einen ähnlich lautenden Antrag formuliert.¹ Die damaligen Kernforderungen: Neben einer institutionellen Stärkung der Gematik sollten v. a. wirksame Regressregelungen eingeführt werden, die es Apotheken ermöglichen, erlittene Umsatzverluste und sonstige Schäden gegenüber Vertragspartnern geltend zu machen, die ihrerseits schlecht oder gar nicht geleistet haben. Hintergrund war und ist, dass Apotheken nicht selten die Folgen von TI-Ausfällen allein tragen. Das zentrale Problem liegt in der Darlegungs- und Beweislast: Der konkrete wirtschaftliche Schaden – etwa durch ausgebliebene und auch später nicht eingelöste E-Rezepte – lässt sich häufig weder präzise beziffern noch kausal einem Störsereignis zuordnen. Hinzu kommen weitere immaterielle Schäden wie Reputationsverluste der Leistungserbringer, deren Höhe sich nicht beziffern lässt. Aus diesem Grund forderte der Antrag bezüglich des Nachweises eines Schadenseintrittes eine Beweiserleichterung zugunsten der Apotheken. Hierzu sollte eine pauschalierende Erstattungsregel eingeführt werden, die sich bspw. am Tagesumsatz desselben Tages der Vorwoche, des Vormonats oder einer anderweitigen Durchschnittsbetrachtung orientiert. Hinsichtlich der Ursächlichkeit der Störung wurde eine Art Vermutungsregelung gefordert, die den Dienstleister in die Pflicht nimmt, ein Verschulden aktiv zu widerlegen.

Es ist angesichts der anhaltenden Probleme zu begrüßen, dass die ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V. die zentralen Themen Komplexität und Stabilität der TI sowie eine ausreichenden Refinanzierung aktiv vorantreibt.² Mit dem Entwurf eines Gesetzes für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen (GeDIG) hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Frühjahr 2026 zentrale Aspekte des letztjährigen Antrages auch aufgegriffen – insbesondere was die Stärkung der Kompetenzen der Gematik und die Reduzierung der Komplexität des gesamten Systems anbelangt.

¹ Antrag „Redundanz der Telematik-Infrastruktur“ (Drucksache 4.5.1) eingereicht zum Deutschen Apothekertag 2025 in Düsseldorf

² Bericht über die Behandlung der Anträge der Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker 2025

Ein wesentlicher Aspekt des letztjährigen Antrages findet bisher allerdings weder im GeDIG-Entwurf noch in der Stellungnahme der ABDA zu diesem Gesetz³ Berücksichtigung, sodass das Problem der oben beschriebenen Schadensfolgen durch Ausfälle einzelner TI-Komponenten sowie die damit verbundene Frage der Haftung bisher ungelöst bzw. unbeantwortet blieben.

Dabei wird die Notwendigkeit entsprechender Regelungen besonders deutlich, wenn konkrete Störungsfälle in den Blick genommen werden. So etwa folgendes Beispiel eines Mitglieds des AVWL:

Nachdem eines der E-Health-Kartenterminals eine Fehlermeldung anzeigte, kontaktierte das Mitglied den zuständigen Dienstleister des im Terminal befindlichen Institutionsausweises (SMC-B-Karte). Der Dienstleister schlussfolgerte, dass die im Gerät befindliche SMC-B-Karte defekt sein müsse und hielt daher die Beantragung einer neuen Karte für erforderlich. Auf Empfehlung des Dienstleisters wurde also eine Ersatzkarte bestellt und die aktuelle – angebliche defekte – Karte mit sofortiger Wirkung deaktiviert. Ohne eine funktionierende SMC-B-Karte ist ein Zugang zur TI nicht mehr möglich. Lediglich durch eine improvisierte Umgehungs-lösung über das Softwarehaus konnte der Betrieb – in diesem Fall – aufrechterhalten werden, indem E-Rezepte zumindest aus der TI abgerufen und beliefert, aber nicht abgerechnet werden konnten. Nach einer Woche lagen dann sowohl die neue SMC-B-Karte als auch PIN und PUK für die Aktivierung vor. Die Inbetriebnahme scheiterte jedoch – weder der Anbieter des Apothekenverwaltungssystems noch der Dienstleister selbst konnten Abhilfe schaffen. In der Folge wurde der Apotheke geraten, eine weitere SMC-B-Karte zu bestellen, denn womöglich sei, so der Dienstleister, auch die übersandte Ersatzkarte defekt. Erst nach fast drei (!) Wochen konnte schließlich die Ursache identifiziert werden: Geliefert worden war irrtümlich eine ausschließlich „ECC-fähige“ SMC-B-Karte, also eine Karte mit einem Verschlüsselungsalgorithmus, der erst zu einem späteren Zeitpunkt eingeführt wurde. Der Dienstleister versandte also „versehentlich“ eine nicht funktionsfähige Karte. Bis zur finalen Inbetriebnahme der nun mit der korrekten Verschlüsselung ausgestatteten Karte waren schlussendlich mehr als vier Wochen vergangen, in denen keine reguläre Abrechnung möglich war.

An diesem Beispiel offenbart sich einmal mehr die Asymmetrie zwischen Dienstleister und Leistungserbringer: Mangels eines klaren Regelungsrahmens können Anbieter berechnigte Forderungen in der Regel schlicht aussitzen. In einem offenen Wettbewerbsumfeld würde der Markt derartige Defizite vermutlich schnell korrigieren. Die Marktteilnehmer der TI bewegen sich jedoch nicht in einem offenen, sondern in einem reglementierten Umfeld mit einer geringen Zahl von Anbietern, deren Marktzugang exklusiv an eine Zertifizierung durch die Gematik gebunden ist. Sorgfältige Auswahl und Kontrolle der Anbieter durch die Gematik sind daher zwingend erforderlich. Die im GeDIG vorgesehene Befugnisserweiterung der Gematik zur Kontrolle der Anbieter ist daher im Grundsatz richtig, muss aber zwingend um ein rechtliches Instrumentarium ergänzt werden, das Leistungserbringern eine Durchsetzung von Regressansprüchen gegenüber TI-Dienstleistern ermöglicht. Letztlich garantiert dergleichen dann auch ein marktgerechtes Verhalten aller Beteiligten. Es kann jedenfalls nicht Sache der Apotheke sein, die Defizite einzelner Dienstleister ausgleichen zu müssen. Daher muss die ABDA nun mit Nachdruck dafür eintreten, dass die gesetzlichen Rahmenbedingungen so angepasst werden, dass die Durchsetzung berechtigter Ansprüche gegenüber TI-Dienstleistern für Apotheken spürbar erleichtert wird.

Der geschilderte Fall zeigt auch, dass eine weitere Forderung des letztjährigen Antrages nicht an Relevanz verloren hat: Der Gesetzgeber ist aufgerufen, eine umfassende Redundanz der TI zu schaffen – und vor allem, die Kosten hierfür zu tragen. Zurecht hat sich der Deutsche Apothekerverband e. V. (DAV) daher an das BMG gewandt, um auf eine notwendige Erhöhung

³ Stellungnahme der ABDA zum Referentenentwurf eines Gesetzes für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen vom 18. Mai 2026 (ABDA Rundschreiben Nr. 43)

der TI-Refinanzierungspauschale hinzuwirken, nachdem der Verhandlungspartner die Verhandlungen – wieder einmal – blockiert hat.⁴ Dass das BMG eine Erhöhung der TI-Refinanzierungspauschale mit einem bloßen Verweis auf fehlende Zuständigkeit ablehnte und gleichzeitig einräumte, die Pauschale müsse ohnehin nicht kostendeckend sein, folgt einer bitteren Logik: Der Gesetzgeber verpflichtet Leistungserbringer zur Nutzung einer störanfälligen Infrastruktur, erkennt an, dass der finanzielle Ausgleich in Teilen unzureichend ist, entzieht sich aber gleichzeitig jeglicher weiteren Verantwortung.

Angesichts einer TI, die stetig um neue Funktionalitäten wächst, ist es nicht zumutbar, dass das Betriebsrisiko dieser staatlich vorgegebenen – in Teilen aber maroden – Infrastruktur einseitig den Leistungserbringern aufgebürdet wird.

Da wesentliche Kernforderungen des im letzten Jahr beschlossenen Antrages bis heute nicht vom Gesetzgeber umgesetzt wurden – und auch keine entsprechenden Initiativen erkennbar sind – darf dieses Thema nicht an Priorität verlieren.

Mit einem erneuten Beschluss wird das Mandat der Landesvertretung noch einmal gestärkt, um die Forderungen mit Nachdruck gegenüber dem Gesetzgeber vorzutragen. Dieser bleibt in der Pflicht, eine bedarfsgerechte Refinanzierung der TI sicherzustellen und ein System der fairen Risikoverteilung zu schaffen, das Leistungserbringer vor den wirtschaftlichen Schäden fremdverschuldeter Störungen schützt.

⁴ Schreiben des DAV an das Bundesministerium für Gesundheit, Abteilung 5 Digitalisierung und Innovation vom 23. Januar 2026

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 3.6
angenommen

Antragsteller:	Sächsische Landesapothekerkammer Sächsischer Apothekerverband e. V.
Antragsgegenstand:	Elektronische Signierung der Nachweisführung bei Betäubungsmitteln ermöglichen

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Verordnungsgeber auf, durch eine entsprechende Änderung von § 13 Absatz 2 Satz 2 der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung zu ermöglichen, dass die mittels elektronischer Datenverarbeitung erfolgte Nachweisführung von Betäubungsmitteln bei der notwendigen monatlichen Überprüfung auch elektronisch signiert werden kann.

Begründung

Nach dem aktuellen Wortlaut der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung ist zwar die Nachweisführung von Betäubungsmitteln mittels elektronischer Datenverarbeitung möglich, die monatliche Prüfung der Nachweisführung muss allerdings durch händische Signierung eines Ausdrucks auf Papier erfolgen. Diese Regelung ist inhaltlich überholt und so nicht mehr notwendig. Die monatliche Prüfung der Nachweisführung von Betäubungsmitteln (inkl. Signierung) kann ohne Einschränkungen der Sicherheit im Betäubungsmittelverkehr auch elektronisch vorgenommen werden. Auch die im Juni 2026 auf den Weg gebrachte Neufassung der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung löst dieses Problem nicht zufriedenstellend.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

4. Sicherstellung der Versorgung durch Apotheken

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 4.1
angenommen

Antragsteller: Landesapothekerverband Baden-Württemberg e. V.
Landesapothekerkammer Baden-Württemberg

Antragsgegenstand: Krisenpharmazie

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, die öffentlichen Apotheken als systemrelevante Einrichtungen der Daseinsvorsorge finanziell und regulatorisch so vorzubereiten, dass ihre Funktionsfähigkeit unter außergewöhnlichen Belastungen wie Krieg dauerhaft gewährleistet ist. Der Antrag zielt auf einen dauerhaften Förder- und Ausgleichsmechanismus, der die Vorhaltekosten, Investitionen in Redundanzen und den Mehraufwand in Krisenlagen abdeckt.

Begründung

Öffentliche Apotheken übernehmen im Normalbetrieb bereits heute die zentrale Rolle in der wohnortnahen Arzneimittelversorgung. In Krisen, Spannungsfällen und im Krieg steigen ihre Aufgaben jedoch erheblich: Bevorratung, Notversorgung, Beratung bei Lieferausfällen, Kommunikation mit Behörden und Versorgungspartnern sowie die Aufrechterhaltung der Versorgung trotz möglicher Ausfälle bei Personal, IT, Energie und Logistik.

Hierzu sind unverzüglich folgende Maßnahmen umzusetzen:

1. Einrichtung eines eigenständigen, dauerhaft ausgestalteten Förderprogramms für Krisenpharmazie auf Bundes- und Landesebene zur Finanzierung krisenfester Strukturen, technischer Redundanzen, Notfallausstattung und organisatorischer Vorsorge.
2. Bereitstellung zweckgebundener Mittel für die Bevorratung kritischer Arzneimittel, Hilfsmittel und Verbrauchsmaterialien sowie für die Aufrechterhaltung krisenrelevanter Lager- und Logistikstrukturen.
3. Einführung einer gesonderten Vergütung für krisenbedingte Vorhalteleistungen, Zusatzaufgaben, Notfallabgaben, erweiterte Dokumentationspflichten und Krisenkommunikation. Diese Zusatzbelastungen können nicht aus der regulären Betriebsmarge finanziert werden, zumal die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen vieler Apotheken bereits angespannt sind.
4. Finanzielle Förderung von Maßnahmen zur Sicherung der betrieblichen Resilienz, insbesondere redundanter IT-, Kommunikations- und Alarmierungsstrukturen sowie der Krisenqualifikation des Apothekenteams.
5. Verankerung der öffentlichen Apotheken als feste Bestandteile aller nationalen und landesbezogenen Krisen-, Zivilschutz- und Verteidigungsplanungen einschließlich verbindlicher Einbindung in Alarmierungs-, Melde- und Versorgungsstrukturen.

6. Notwendige Gesetzesänderungen für die erleichterte Arzneimittelproduktion in Apotheken in Krisenzeiten.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 4.2
angenommen

Antragsteller:	Apothekerverband Westfalen-Lippe e. V.
Antragsgegenstand:	Sicherstellung der Versorgung und Handlungsfähigkeit in Krisenlagen

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker spricht sich dafür aus, mit Hochdruck ein All-Gefahren-Krisenkonzept zu erarbeiten, eine transparente und proaktive Risikokommunikation zu betreiben und somit die Apotheken vor Ort zu befähigen, ihren Beitrag zur Krisenvorsorge und Krisensicherheit zu leisten. Dabei sind durch den Berufsstand allgemeingültige Empfehlungen zu erarbeiten, wie sich jede Apotheke – eingebettet in einen bundesweiten „Gesamtplan“ – auf eine Krise technisch wie organisatorisch¹ vorbereiten kann und muss. Kammern und Landesapothekerverbände sind gleichermaßen in die Krisenvorbereitungen, insbesondere den laufenden Rollout und die Kommunikation koordiniert und frühzeitig einzubeziehen. Teil des Krisenkonzeptes muss sein, neben der Arzneimittelversorgung Leistungen zu definieren, mit denen die Apotheken zur Resilienz des Gesundheitssystems und der Gesamtgesellschaft beitragen können. Zu benennen ist ferner, welchen Unterstützungsbedarf Apotheken haben, um die Versorgung in Krisen und Großschadenslagen aufrecht erhalten zu können.

Begründung

Angriffe auf Stromleitungen, Pipelines, Bahnstrecken, Informations- und Telekommunikationstechnologien, zudem Extremwetterlagen, Naturkatastrophen, Pandemien und nicht zuletzt die wachsende Kriegsgefahr verdeutlichen, dass der Schutz unserer Infrastruktur hohe Priorität haben muss. Apotheken und ihre Berufsvertretungen sind hier besonders gefordert, da sie in solchen Krisen die wichtige Funktion haben, die Versorgung der Bevölkerung aufrecht zu erhalten und zugleich als wohnortnahe, niedrigschwellige Anlaufstellen zu fungieren. So hat der frühere Präsident des Technischen Hilfswerkes (THW), Albrecht Broemme, einmal formuliert: „Sie [die Apotheken] sind die letzte zivile Bastion, die Tag und Nacht für die Bevölkerung bereitsteht.“²

Die dezentrale Struktur des von freien Heilberufler*innen getragenen Apothekennetzes ist zwar grundlegend krisensicherer als jede zentralisierte Versorgung. Dennoch muss sich der Berufsstand für alle denkbaren Notlagen darüber im Klaren werden, was er selbst zur Widerstandsfähigkeit beitragen kann – und vor allem wie. Die Bundesapothekerkammer hat bereits begonnen, sich mit diesen Fragen zu befassen. Aufgrund der steigenden Krisenwahrschein-

¹Damit kommt der Berufsstand auch dem jüngsten Auftrag des Gesetzgebers nach: So hat der Bundesrat am 10.07.2026 mit der Verordnung zur Änderung der Apothekenbetriebsordnung und weiterer Verordnungen folgende Ergänzung der Apothekenbetriebsordnung beschlossen (§ 2a Absatz 1 Satz 4 ApBetrO): „Das Qualitätsmanagementsystem muss auch Regelungen über den Apothekenbetrieb in Krisensituationen, insbesondere in kurzfristigen Energiemangellagen, umfassen.“ (Bundesrat Drucksache 317/26 vom 10.07.2026)

² <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2019/05/30/thw-praesident-apotheken-sind-leuchttu-erme>

lichkeit muss die Krisenvorbereitung jedoch erstens mit größtmöglichem Tempo vorangetrieben, zweitens aber auch transparent kommuniziert und die Ergebnisse müssen fortlaufend ausgerollt werden.

Hierbei sind die Potenziale und Kapazitäten der Apothekerkammern und Landesverbände gleichermaßen auszuschöpfen und zu koordinieren. Bereits in der Corona-Pandemie hat sich bewährt, dass Kammern und Verbände auf Landesebene mit ihrer jeweiligen Expertise und ihren personellen Kapazitäten gemeinsam zur Bewältigung der Krise und zur Unterstützung der Apotheken vor Ort beitragen konnten. Eine Organisation allein hätte in dieser Zeit nicht alle Aufgaben stemmen können – sowohl aufgrund der personellen Limitationen als auch aufgrund verschiedener Schwerpunktsetzungen. Diese Erfahrung der Corona-Pandemie gilt analog für andere Krisenszenarien. Um abgestimmt vorgehen zu können, ist es daher hilfreich, wenn auch die Verbände frühzeitig in die Planungen einbezogen werden. Zugleich können sie ihr Wissen und ihre Ideen nutzstiftend einbringen. Dies allerdings setzt eine zentrale Koordinationsstruktur zwingend voraus.

Apotheker*innen, die als freie Heilberufler*innen dem Gemeinwohl verpflichtet sind, haben schlicht die Schuldigkeit, nicht nur auf staatliche Vorgaben und Planungen zu warten, sondern sich verantwortungsbewusst in die Krisenvorbereitung einzubringen und der Politik als verlässliche Ansprechpartner*innen anzubieten. In den vergangenen Monaten und Jahren hat die Apothekerschaft für den Erhalt des flächendeckenden Apothekennetzes und der dafür wiederum erforderlichen wirtschaftliche Stabilisierung zu Recht stets auch mit der Bedeutung der Apotheken zur Sicherung der Versorgung in Krisenfällen argumentiert. Ein konzises Krisenkonzept inklusive der Vorbereitung der 16.000 Apotheken auf jedweden Ernstfall sowie inklusive zusätzlicher Leistungsangebote wäre ein weiterer Nachweis gegenüber der Politik für die Relevanz des Apothekennetzes.

Kommunikation

Königsdisziplin jeder Krisenbewältigung ist eine klare Kommunikationsstruktur, innerhalb derer die jeweiligen Akteure nach außen wie nach innen kommunizieren. Nach außen: Wie sich bereits in der Corona-Pandemie erwiesen hat, können Apotheken hier als wohnortnahe Kommunikationsinseln einen wesentlichen Beitrag zur Information der Bevölkerung und damit auch zur Beruhigung der Lage leisten. Nach innen: Eine Kommunikation gegenüber Bürger*innen, aber auch deren pharmazeutische Versorgung setzt voraus, dass Apotheken selbst Informationen von staatlichen Stellen, aber auch von ihren Berufsorganisationen erhalten und wiederum selbst aktiv kommunizieren können. So ist zu klären, wie die Kommunikation sichergestellt werden kann. Die Corona-Pandemie war auch deshalb zu handhaben, weil Informations- und Telekommunikationswege die ganze Zeit über intakt waren. Was aber ist im Falle eines langwierigeren Ausfalls.

Eine Risikokommunikation muss aber auch bereits lange im Vorfeld der Krise koordiniert einsetzen: Die Apotheken vor Ort benötigen frühzeitig Informationen und Handlungsanleitungen, um sich auf verschiedene Krisenszenarien vorzubereiten bzw. Handlungsabläufe zu internalisieren. Sie müssen motiviert werden, sich neben den bestehenden alltäglichen Anforderungen mit Checklisten, Handreichungen, Best-Practice-Beispiel etc. auseinanderzusetzen. Letztlich muss jede Apotheke in Stand gesetzt werden, ihren eigenen Notfallplan aufzusetzen.

Auch die Kommunikation untereinander muss für den Ernstfall sichergestellt werden, also regionale Netzwerke etabliert bzw. gestärkt werden, damit sich Apotheken in Krisen austauschen und ggf. einander aushelfen können – mit Arzneimitteln oder/und Personal. Ebenso müssen krisensichere Kanäle zu Stakeholdern wie Ärzt*innen, Pflegenden, Kommunen, Großhandel und die Einbindung in regionale Krisennetzwerke etc. rechtzeitig etabliert und gefestigt werden. Auch wenn viele Lösungen kommunal bzw. regional aufgebaut werden müssen, sollten Anstöße und Angebote bzw. Blaupausen dafür zentral vorbereitet werden.

Vorbereitung

Krisen erfordern ohne Zweifel die Fähigkeit zur Improvisation. Ohne eine gewisse Flexibilität der Akteure sind Krisen nicht zu bewältigen. Fahrlässig wäre aber, allein auf die erwiesenermaßen hohe Lösungskompetenz der Apotheken zu vertrauen. Krisenbewältigung erfordert daher auch eine sehr gute Vorbereitung. Apotheken brauchen nicht nur Checklisten, Handlungsanweisungen, Krisenkonzepte, sondern auch die Möglichkeit für Übungen und Fort- sowie Weiterbildungen bzw. das Angebot von Infoveranstaltungen.

Lieferfähigkeit

Im Austausch mit dem Großhandel ist zu klären, wie Lieferketten gesichert und zugleich die Lieferfähigkeit der Apotheken vor Ort aufrechterhalten werden kann. Zu denken ist dabei an viele Detailfragen, wie zum Beispiel die Etablierung von regionalen Leuchtturmapotheken, die vorrangig vom Großhandel versorgt werden, wenn dieser zum Beispiel aufgrund von Treibstoffmangel eingeschränkt lieferfähig ist, aber auch an Personalpools bzw. regionale Kooperationsnetzwerke, um Engpässe sowohl im Lagerbestand regional abzufedern als auch bei Fachkräften, die möglicherweise aus gesundheitlichen Gründen ausfallen bzw. in der Landesverteidigung oder im Zivilschutz eingesetzt werden müssen. Ferner sind Abgabe- und Austauschregeln für den Ernstfall so weit zu flexibilisieren, dass Apotheken Handlungsfreiheit haben und keine Regresse fürchten müssen.

Leistungen

Zu definieren sind auch weitere Leistungen, die Apotheken in der Krise erbringen können, um die Versorgung aufrecht zu erhalten, zum Beispiel im Bereich der Wundversorgung und des Wundmanagements, der Ersten Hilfe wie auch der Primärversorgung und Ersteinschätzung.

Unterstützungsbedarf

Zu klären ist schließlich, welchen Unterstützungsbedarf Apotheken haben, um den Betrieb in der Krise aufrecht zu erhalten. Technische Redundanzen, Notstromaggregate, größere Bevorratungskapazitäten, aber auch Fortbildungen gehen mit Investitionskosten einher bzw. binden Kapital und Personal. Da die Apotheken bereits am wirtschaftlichen Limit arbeiten – auch nach Erhöhung der Packungspauschale – fehlen ihnen jegliche finanzielle Reserven, all das vorhalten zu können. Ebenso stellt sich die Frage, wie wirtschaftliche Schäden durch Krisenfälle – z. B. infolge von Stromausfällen – abgefedert werden können, damit das flächendeckende Apothekennetz nicht durch weitere wirtschaftliche Einbußen in bzw. nach der ersten größeren Krise vollständig zusammenbricht. Wie können Kooperationsaufwände ausgeglichen werden, wenn beispielsweise Personal oder Lagerbestand „ausgeliehen“ wird, um die Versorgung über Schwerpunkt- bzw. Leuchtturmapotheken sicherzustellen? Welche Versicherungsmöglichkeiten gibt es hier, welche Möglichkeiten von Ausgleichfonds? Zugleich müssen ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V. und Landesorganisationen – wo möglich – Kooperationen auf den Weg bringen, um die Apotheken vor Ort zu befähigen, ihren Betrieb aufrecht zu erhalten.

Um noch einmal den ehemaligen THW-Präsidenten Albrecht Broemme zu zitieren: „Apotheken sind Leuchttürme.“ Wir müssen sie nun möglichst schnell befähigen und unterstützen, damit sie in Krisenfällen nicht erlöschen, sondern für die Bürger*innen weit sichtbar strahlen.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 4.3
In den Ausschuss verwiesen

Antragsteller:	Landesapothekerkammer Hessen
Antragsgegenstand:	Wirtschaftliche Unterstützung der Apotheken zur Steigerung ihrer Resilienz

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert die Bundesregierung auf, Apotheken wirtschaftlich durch Teilhabe am Sondervermögen „Infrastruktur“ dabei zu unterstützen, die für Krise und Resilienz notwendige Infrastruktur aufbauen und stabil aufrechterhalten zu können.

Dabei sollen insbesondere Stromversorgung, Kommunikation einschließlich Internet und Logistik im Fokus stehen.

Ziel muss ein infrastrukturell stabiles und resilientes Apothekennetz in ganz Deutschland sein, dass seine Aufgaben auch bei Ausfall von Stromversorgung, Telekommunikation und Logistik nachkommen kann, insbesondere dann, wenn die Anforderungen durch Naturkatastrophen, Großschadensfälle, Sabotage oder im Falle von Bündnis- oder Landesverteidigung zusätzlich steigen.

Begründung

Die Apotheke vor Ort ist ein zentrales Element des deutschen Gesundheitssystems und insbesondere in Krisensituationen aller Art von großer Bedeutung. Der Apothekenbetrieb und damit die Arzneimittelversorgung sind nur mit einer stabilen Stromversorgung, einem Mindestmaß an Kommunikation und Erreichbarkeit der TI sowie auf Basis von Logistik möglich. Apotheken sind daher gefordert, Maßnahmen zur Überbrückung von möglichen Ausfällen dieser Systeme und zum Aufbau von entsprechenden Ressourcen zu ergreifen. Apotheken werden darüber hinaus zentrale Aufgaben in den Notfallplänen des Bundes zugewiesen.

Um die erforderliche Infrastruktur aufbauen und funktionsfähig vorhalten zu können, ist eine finanzielle Unterstützung zwingend erforderlich und damit eine Beteiligung der Apotheken am Sondervermögen „Infrastruktur“ im Rahmen der Planung 2027 bis 2030 nur folgerichtig.

Für diejenigen Apotheken, die sich strukturell entsprechend aufstellen, muss eine wirtschaftliche Unterstützung schnell und unbürokratisch sowie unabhängig von der jährlich abgegebenen Packungszahl erfolgen. Denn in einer Krisensituation kommt es auf die tatsächliche Verfügbarkeit funktionsfähiger Apothekenbetriebsstätten unabhängig von ihrer Größe an.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 4.4
In den Ausschuss verwiesen

Antragsteller: Landesapothekerkammer Baden-Württemberg
Antragsgegenstand: Krisenresilienz Krankenhausapotheken

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber/Verordnungsgeber auf, Krankenhausapotheken als systemrelevante Säulen der stationären Patient*innenversorgung insbesondere für einen Krisen-, Kriegs- und Katastrophenfall finanziell von den üblichen Vergütungsmechanismen im Krankenhaus unabhängig in die Lage zu versetzen, die notwendige Ertüchtigung präventiv umsetzen zu können. Insbesondere müssen erhöhte Vorhaltekosten, Redundanzen und ein krisenbedingter Mehraufwand bewältigt werden. Ziel ist es in diesen besonders herausfordernden Situationen, dass die Krankenhausapotheken die Versorgung der stationären Patient*innen in Krankenhäusern garantieren und gegebenenfalls öffentliche Apotheken im Umkreis in ihrem Versorgungsauftrag unterstützen können.

Begründung

Krankenhausapotheken übernehmen jetzt schon eine erweiterte Bevorratung und Herstellung, Notversorgung kritischer Bereiche sowie die Organisation einer qualitativ hochwertigen und patient*innensicheren Versorgung bei Lieferengpässen.

Für einen möglichen Krisenfall müssen die Bevorratungs- und Herstellungskapazitäten aber signifikant ausgebaut werden. Zudem sind die Verordnungs-, Kommunikations- und Dokumentationsprozesse so anzupassen, dass die Versorgung trotz möglicher Ausfälle bei Personal, Informationstechnologie, Energieversorgung, Reinraumtechnik oder Logistikdienstleistern krisenresilient und stabil bleibt.

Des Weiteren müssen notwendige Gesetzanpassungen umgesetzt werden, um die Herstellung von sowie den Verkehr mit Arzneimitteln in der Krise rechtssicher, aber praktikabel zu gestalten. Die Versorgung der Patient*innen mit Arzneimitteln muss weiterhin gesichert sein.

Nicht zuletzt müssen adäquate Finanzierungs- und Vergütungssysteme jetzt etabliert werden, um die Träger von Krankenhausapotheken präventiv in der Sicherstellung der Versorgungskapazitäten (insb. Die erweiterte Bevorratung mit Arzneimitteln und Medizinprodukten, sowie die Ertüchtigung der Herstellung betreffend) zu unterstützen.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 4.5
In den Ausschuss verwiesen

Antragsteller:	Apothekerkammer Westfalen-Lippe Apothekerverband Westfalen-Lippe e. V. Apothekerkammer Niedersachsen Apothekerkammer Nordrhein
Antragsgegenstand:	Verbesserung der Arzneimittelversorgung bei der Entlassung aus stationärer Behandlung

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber auf, das arzneimittelbezogene Entlassmanagement sowie die apothekenrechtlichen Vorgaben zur Mitgabe von Arzneimitteln bei der Entlassung von Patient*innen aus der stationären Behandlung im Krankenhaus so anzupassen, dass deren bedarfsgerechte und lückenlose Arzneimittelversorgung beim Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung verbessert wird. Hierzu fordern wir:

1. **§ 39 Absatz 1a Satz 9 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)** dahingehend zu ändern, dass Krankenhäuser bei der Verordnung von Arzneimitteln im Rahmen des Entlassmanagements nicht auf Packungen mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen gemäß Packungsgrößenverordnung beschränkt sind, sondern die Packungsgröße am medizinisch erforderlichen Bedarf der unmittelbaren Anschlussversorgung ausrichten können.
2. **§ 14 Absatz 7 Satz 3 Apothekengesetz (ApoG)** dahingehend zu ändern, dass Krankenhäuser Patient*innen bei ihrer Entlassung die zur Überbrückung der Arzneimittelversorgung erforderliche Menge an Arzneimitteln unabhängig davon mitgeben dürfen, ob im unmittelbaren Anschluss an die Behandlung ein Wochenende oder Feiertag folgt.

Begründung

Beim Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung kommt es weiterhin zu Versorgungslücken mit dringend benötigten Arzneimitteln. Denn es entstehen häufig Situationen, in denen eine rechtzeitige Anschlussversorgung nicht ausreichend sichergestellt ist. Dies betrifft beispielsweise kurzfristige Entlassungen, Entlassungen am späten Nachmittag, Fälle von eingeschränkter Mobilität von Patient*innen, deren fehlende Unterstützung im häuslichen Umfeld, das Vorliegen einer komplexen Entlassmedikation, die Notwendigkeit von Arzneimitteln mit besonderem Beschaffungsaufwand oder organisatorische Probleme im Entlassmanagement. Diese Fälle können zu Therapieunterbrechungen, kritischen medizinischen Situationen und im Einzelfall zu vermeidbaren Wiedervorstellungen oder sogar erneuten stationären Aufnahmen führen. Die geschilderten Fälle zeigen zudem auf, dass eine nicht gewährleistete Anschlussversorgung nicht damit in Zusammenhang stehen muss, dass auf die Entlassung von Patient*innen unmittelbar ein Wochenende oder gesetzlicher Feiertag folgt.

Die derzeitigen Handlungsmöglichkeiten aufgrund der o. g. gesetzlichen Vorgaben können den Versorgungserfordernissen bei der Entlassung von Patient*innen aus der stationären Behandlung daher nicht in allen Fällen gerecht werden. Zum einen ist die Verordnung von Arzneimitteln im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a Satz 9 SGB V auf die kleinste Packungsgröße begrenzt. Dies kann insbesondere bei Arzneimitteln mit abweichendem Packungsgrößenkorridor, komplexen Therapieschemata oder notwendiger Versorgung über wenige Tage hinaus zu praktischen Problemen führen. Wie dargestellt kann die Mitgabe von Arzneimitteln durch Krankenhäuser zum Zwecke der Versorgungsüberbrückung an jedem Tag der Entlassung von Patient*innen erforderlich sein, so dass die Einschränkung nach § 14 Absatz 7 Satz 3 ApoG auf Entlassungen vor Wochenenden oder Feiertagen nicht zielführend ist. Denn für die Vermeidung von Therapieunterbrechungen und daraus resultierenden Gesundheitsrisiken bei Patient*innen ist nicht der Kalendertag der Entlassung entscheidend, sondern die Frage, ob die unmittelbare Anschlussversorgung mit den erforderlichen Arzneimitteln sichergestellt werden kann. Hierfür bedarf es einer praxisgerechten und eng begrenzten Anpassung der bestehenden Regelung.

Die vorgeschlagenen Änderungen sollen die ambulante Regelversorgung durch öffentliche Apotheken ausdrücklich nicht ersetzen. Vielmehr geht es darum, lediglich in medizinisch und organisatorisch begründeten Fällen eine sichere Überbrückung der Arzneimittelversorgung zu ermöglichen, bis die weitere Versorgung auf Grundlage einer ärztlichen Verordnung durch die öffentliche Apotheke erfolgen kann. Dem wird der Antrag dadurch gerecht, dass die Anpassungen in den benannten Vorschriften nur auf den „medizinisch erforderlichen Bedarf“ bzw. auf die „erforderliche Menge“ beschränkt werden sollen, um lediglich einen versorgungsgesicherten Übergang zur regulären Arzneimittelversorgung durch öffentliche Apotheken sicherzustellen.

Die Streichung der Einschränkung in § 14 Absatz 7 Satz 3 ApoG sowie die bedarfsgerechte Anpassung der Verordnungsmöglichkeit nach § 39 Absatz 1a SGB V stärken das Entlassmanagement, erhöhen die Arzneimitteltherapiesicherheit und tragen dazu bei, vermeidbare Therapieunterbrechungen, Wiedervorstellungen und Versorgungsbrüche zu verhindern. Zugleich bleibt die Rolle der öffentlichen Apotheken in der ambulanten Regelversorgung unberührt.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 4.6
In den Ausschuss verwiesen

Antragsteller:	Apothekerkammer Berlin
Antragsgegenstand:	Änderung der Regelungen für Entlassrezepte zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Arzneimittelversorgung

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber und den gemeinsamen Bundesausschuss auf, die Regelungen zum Entlassmanagement dahingehend anzupassen, dass bei Entlassrezepten nicht ausschließlich die kleinste Packungsgröße verordnet werden darf.

Künftig soll eine Arzneimittelversorgung für bis zu sieben Tage entsprechend der individuell verordneten Dosierung ermöglicht werden. Dabei soll auch die Verordnung von größeren Packungen zulässig sein, sofern dies zur Sicherstellung der Versorgung erforderlich ist. Voraussetzung hierfür ist die verpflichtende Angabe einer konkreten Dosierung auf dem Entlassrezept.

Begründung

Die derzeitigen Vorgaben im Entlassmanagement führen in der Praxis regelmäßig zu Versorgungsproblemen. Die Beschränkung auf die kleinste Packungsgröße beziehungsweise eine N1-Packung reicht insbesondere bei höherer Dosierung oder mehrfach täglicher Anwendung häufig nicht aus, um die bei der Entlassung empfohlene Therapie abzuschließen oder bis zur Weiterbehandlung in der ambulanten Versorgung sicherzustellen. Dies belastet unnötig sowohl die Betroffenen als auch Arztpraxen.

Eine Orientierung an der tatsächlich benötigten Therapiedauer von bis zu sieben Tagen ist sachgerechter als die starre Bindung an bestimmte Packungsgrößen. In vielen Fällen kann dies bedeuten, dass eine größere Packung erforderlich ist.

Die verpflichtende Angabe der Dosierung schafft hierbei die notwendige Grundlage für eine nachvollziehbare und wirtschaftliche Versorgung sowie für die pharmazeutische Prüfung in der Apotheke. Gleichzeitig wird die Arzneimitteltherapiesicherheit verbessert und eine lückenlose Anschlussversorgung unterstützt.

Zur Konkretisierung kann die Vereinbarung folgend lauten: „Bei Entlassverordnungen ist diejenige Packungsgröße zu wählen, die unter Berücksichtigung der verordneten Dosierung eine Arzneimittelversorgung von bis zu sieben Tagen sicherstellt. Die Dosierungsangabe ist verpflichtender Bestandteil der Entlassverordnung.“

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 4.7

Dringlichkeitsantrag angenommen

Antragsteller:	Landesapothekerkammer Hessen Apothekerkammer Hamburg
Antragsgegenstand:	Versorgung mit Rezepturarzneimitteln für den ärztlichen Praxis- und Sprechstundenbedarf rechtssicher gewährleisten (Bundesverwaltungsgericht, Urteil vom 12. März 2026, Az. 3 C 2.24)

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber auf, die Auswirkungen des gegenständlichen Urteils auf die Versorgungspraxis unverzüglich zu prüfen und eine gesetzliche Grundlage dafür zu schaffen, dass öffentliche Apotheken und Krankenhausapotheken Arzneimittel aufgrund einer ärztlichen Anforderung für den Praxis- und Sprechstundenbedarf rechtssicher herstellen, abgeben und abrechnen können.

Begründung

Das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 12. März 2026 (BVerwG 3 C 2.24) hat erhebliche Auswirkungen auf die Herstellung von Rezeptur- und Defekturarzneimitteln in den Apotheken und damit für den ärztlichen Praxis- und Sprechstundenbedarf. Nach der Entscheidung dürfen Rezepturarzneimittel grundsätzlich nur auf Grundlage einer patientenindividuellen Verschreibung hergestellt werden. Maßgeblich ist dabei der konkrete Patientenbezug, der bei Praxisbedarfsverordnungen nicht vorliegt. Nach Auffassung des Bundesverwaltungsgerichts handelt es sich daher bei Arzneimitteln, die auf Grundlage einer Verschreibung für den ärztlichen Praxisbedarf hergestellt werden, um zulassungspflichtige Fertigarzneimittel gemäß § 4 Absatz 1 Satz 1 1. Variante Arzneimittelgesetz (AMG), also solche Arzneimittel, „die im Voraus hergestellt werden.“

Die Entscheidung hat Konsequenzen auf zahlreiche Rezepturen und Defekturen, die bislang auf Praxisbedarfsverordnungen hergestellt und abgegeben werden. Versorgungslücken resultieren konkret daraus, dass Apotheken die Belieferung entsprechender Verordnungen auf Grundlage der Rechtsprechung eingestellt haben.

Sprechstundenbedarf dient gerade dazu, Arzneimittel bereits vor Eintritt eines konkreten Behandlungsfalls verfügbar zu haben. Dies ist insbesondere für die Notfallversorgung, diagnostische Verfahren, ambulante Eingriffe und andere unmittelbar in ärztlichen Einrichtungen durchzuführende Behandlungen von Bedeutung. Eine ausschließlich patientenindividuelle Verordnung ist hierfür keine ausreichende Alternative und würde zudem erheblichen zusätzlichen organisatorischen und bürokratischen Aufwand verursachen. Besonders problematisch ist zudem, dass eine erhebliche Anzahl an Arzneimitteln nicht, oder nicht in geeigneter Zusammensetzung, Konzentration, Darreichungsform oder Packungsgröße als Fertigarzneimittel zur Verfügung stehen. Die Herstellung in Apotheken schließt hier eine wichtige Versorgungslücke und verhindert Therapieunterbrechungen. Hinzu kommt, dass die Entscheidung im Widerspruch zu den Vorschriften der Betäubungsmittel Verschreibungsverordnung (BtMVV) steht. Hier ist in den §§ 2, 3 und 4 im jeweiligen Absatz 2 eine Verordnung für den Praxisbedarf ausdrücklich zulässig. Auch stellt § 2 Absatz 2 Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV) klar, dass eine Verschreibung grundsätzlich auch für den Praxisbedarf der verschreibenden Person erfolgen kann.

Vor diesem Hintergrund ist eine Regelung erforderlich, die Apotheken eine Herstellung und Abgabe für den ärztlichen Praxis- und Sprechstundenbedarf weiterhin ermöglicht. Wo kein geeignetes zugelassenes Fertigarzneimittel verfügbar ist, muss die qualitätsgesicherte Herstellung in Apotheken für den unmittelbaren ärztlichen Praxis- und Sprechstundenbedarf rechtssicher möglich bleiben.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

5. Sonstiges

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 5.1
Übergang zum nächsten Antrag

Antragsteller:	Landesapothekerkammer Hessen
Antragsgegenstand:	Stärkung der demokratischen Legitimation, Transparenz und Bindung der ABDA an die Apotheker*innen in der Fläche

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker spricht sich für eine umfassende Reform der Satzung und der Gremienstruktur der ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V. aus.

Ziel dieser Reform ist es, die demokratische Legitimation, Transparenz, Nachvollziehbarkeit und Bindung der ABDA an die Apotheker*innen in der Fläche nachhaltig zu stärken.

Die Hauptversammlung fordert die Mitgliederversammlung der ABDA auf, bis zum nächsten Deutschen Apothekertag einen Satzungsentwurf vorzulegen, der insbesondere folgende Punkte umsetzt:

1. Verschlankung der Gremienstruktur

Die Organ- und Gremienstruktur der ABDA ist so weiterzuentwickeln, dass Aufgaben, Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten klar, nachvollziehbar und überschneidungsfrei geregelt werden. Insbesondere ist die personelle und funktionale Dopplung zwischen Mitgliederversammlung und Gesamtvorstand aufzulösen. Entscheidungskompetenzen sind eindeutig einem Organ zuzuweisen; beratende, koordinierende und operative Funktionen sind hiervon klar zu trennen.

2. Wiedereinsetzung des Deutschen Apothekertages als Organ der ABDA

Der Deutsche Apothekertag ist wieder als Organ der ABDA in der Satzung zu verankern. Er ist als zentrales Forum der berufspolitischen Willensbildung der deutschen Apotheker*innen auszugestalten.

3. Stärkung der Rechte des Deutschen Apothekertages

Dem Deutschen Apothekertag sind neben seinen bisherigen bzw. früheren Kompetenzen weitergehende Befugnisse einzuräumen. Hierzu gehören insbesondere:

- das Recht, verbindliche Grundsatzbeschlüsse zur berufspolitischen Ausrichtung der ABDA zu fassen;
- das Recht, über wesentliche Strukturfragen der Standesvertretung zu beraten und Beschlüsse zu fassen;
- das Recht, Satzungsänderungen mit grundsätzlicher Bedeutung für die demokratische Legitimation, Gremienstruktur und Beteiligung der Apotheker*innen zu initiieren;
- das Recht auf regelmäßige Berichterstattung über die Umsetzung seiner Beschlüsse;
- das Recht, bei wesentlichen strategischen Prozessen der ABDA frühzeitig eingebunden zu werden.

4. Verbindliche Transparenz über Beschlüsse und deren Umsetzung

Die ABDA hat gegenüber den Delegierten des Deutschen Apothekertages sowie gegenüber den Apotheker*innen in geeigneter Weise transparent darzustellen, wie Beschlüsse des Deutschen Apothekertages bearbeitet, umgesetzt oder aus welchen Gründen sie nicht umgesetzt werden. Hierzu ist ein fortlaufend aktualisierter, digital zugänglicher Umsetzungsbericht vorzusehen.

5. Beteiligung der Apotheker*innen in der Fläche

Die Reform hat sicherzustellen, dass berufspolitische Grundsatzprozesse der ABDA nicht allein innerhalb der Mitgliedsorganisationen und Bundesgremien geführt werden, sondern die Apotheker*innen in öffentlichen Apotheken, Krankenhausapotheken, Industrie, Wissenschaft, Verwaltung und weiteren Tätigkeitsfeldern in geeigneter Weise einbezogen werden können.

Begründung

Die ABDA ist die Spitzenorganisation der deutschen Apotheker*innen. Formal sind ihre Mitglieder die Mitgliedsorganisationen. Berufspolitisch spricht die ABDA jedoch für den gesamten Berufsstand. Daraus ergibt sich eine besondere Verantwortung, ihre Entscheidungen nicht nur formal korrekt, sondern auch nachvollziehbar, transparent und für die Kolleg*innen in der Fläche vermittelbar zu treffen.

In den vergangenen Jahren ist in Teilen des Berufsstandes der Eindruck entstanden, dass zwischen der ABDA und vielen Apotheker*innen vor Ort eine zunehmende Distanz besteht. Diese Distanz führt zu Argwohn, Misstrauen und einer Schwächung der gemeinsamen berufspolitischen Handlungsfähigkeit. Gerade in Zeiten massiver politischer, wirtschaftlicher und struktureller Herausforderungen kann sich die Apothekerschaft eine solche Entfremdung nicht leisten.

Eine starke Standesvertretung braucht nicht nur effiziente Gremien, sondern auch Vertrauen. Vertrauen entsteht durch Transparenz, klare Verantwortlichkeiten, erkennbare Beteiligung und demokratische Legitimation. Transparenz nach innen dient der Information und Legitimation gegenüber den Berufsangehörigen und stärkt die demokratischen Prinzipien der berufsständischen Selbstverwaltung.

Die heutige Struktur der ABDA ist für viele Kolleg*innen nur schwer nachvollziehbar. Wenn Zuständigkeiten zwischen Mitgliederversammlung, Gesamtvorstand, Vorstand, Geschäftsführung und weiteren Gremien nicht klar erkennbar sind, entsteht der Eindruck mangelnder Verantwortlichkeit. Eine Verschlinkung der Strukturen ist daher kein Selbstzweck. Sie dient der Klarheit, der Effizienz und der politischen Schlagkraft.

Gleichzeitig darf Verschlinkung nicht bedeuten, demokratische Beteiligung zu reduzieren. Im Gegenteil: Eine Reduktion interner Doppelstrukturen muss mit einer Stärkung des Deutschen Apothekertages verbunden werden. Der Deutsche Apothekertag ist das sichtbare berufspolitische Forum der deutschen Apotheker*innen.

Deshalb ist es folgerichtig, den Deutschen Apothekertag wieder als Organ der ABDA einzusetzen und ihm substantielle Mitwirkungsrechte bei Grundsatz- und Strukturfragen einzuräumen. Der Apothekertag darf nicht nur Ort berufspolitischer Debatte sein, sondern muss erkennbar Einfluss auf die strategische Ausrichtung und innere Verfasstheit der Standesvertretung haben.

Eine solche Reform wäre ein mutiger und progressiver Schritt. Sie würde zeigen, dass die ABDA bereit ist, Kritik aus der Fläche aufzunehmen, ihre Strukturen zu modernisieren und die Apotheker*innen stärker an der gemeinsamen berufspolitischen Willensbildung zu beteiligen.

Damit würde nicht nur die Transparenz erhöht, sondern auch die Bindung zwischen der ABDA, ihren Mitgliedsorganisationen und den Kolleg*innen in der Fläche nachhaltig gefestigt.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 5.2
Übergang zum nächsten Antrag

Antragsteller:	Landesapothekerkammer Hessen Hessischer Apothekerverband e. V.
Antragsgegenstand:	Professionalisierung der Verhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker spricht sich dafür aus, gemeinsam mit dem Deutschen Apothekerverband e. V. (DAV) ein dauerhaftes professionelles Verhandlungsteam aufzubauen. Dieses soll rechtzeitig vor Beginn der ersten maßgeblichen Verhandlungsrunde mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) vollständig arbeitsfähig sein.

Das Verhandlungsteam soll aus hauptamtlich beschäftigten Mitarbeiter*innen der ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V. und/oder des DAV sowie ausdrücklich auch aus extern mandatierten professionellen Verhandler*innen bestehen. Maßgeblich für deren Auswahl sind insbesondere fachliche Qualifikation, einschlägige Verhandlungserfahrung sowie nachweisbare Erfolge in vergleichbaren Verhandlungen.

Das Verhandlungsteam soll künftig insbesondere die Verhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband zur regelmäßigen Anpassung der Apothekenvergütung über Vorschläge bzw. Empfehlungen zur regelmäßigen Anpassung der Apothekenvergütung sowie erforderliche Schiedsstellenverfahren strategisch vorbereiten und führen. Hierzu gehören insbesondere:

1. die Entwicklung belastbarer Verhandlungsstrategien auf Grundlage betriebswirtschaftlicher, gesundheitsökonomischer, versorgungspolitischer und rechtlicher Analysen,
2. die Vorbereitung und Führung der Verhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband,
3. die Vorbereitung, Begleitung und Durchführung erforderlicher Schiedsstellenverfahren,
4. der Aufbau und die kontinuierliche Pflege einer belastbaren Daten- und Argumentationsgrundlage zur wirtschaftlichen Situation der öffentlichen Apotheken,
5. die regelmäßige Berichterstattung in geeigneter, vertraulicher Form gegenüber den Mitgliedsorganisationen sowie den zuständigen Gremien von ABDA und DAV über Strategie, Verhandlungsstand und Verhandlungsergebnisse.

Die Vergütung der Verhandler*innen soll marktgerecht ausgestaltet sein. Zielvereinbarungen und leistungsbezogene Vergütungsbestandteile können vorgesehen werden, sofern sie transparent, rechtssicher und frei von sachwidrigen Fehlanreizen ausgestaltet sind.

Begründung

Die vorgesehene Verhandlungslösung erfordert eine dauerhaft professionelle und durchsetzungsstarke Verhandlungsstruktur. Die Apothekerschaft muss dem GKV-Spitzenverband auf Augenhöhe begegnen. Dafür sind Verhandler*innen erforderlich, die über ausgewiesene fachliche Kompetenz, langjährige Verhandlungserfahrung und nachweisbare Erfolge in vergleichbaren Verhandlungen verfügen.

Bei der Auswahl der Verhandler*innen sind daher insbesondere fachliche Qualifikation, nachgewiesene Verhandlungserfahrung und belegbare Erfolge maßgeblich.

Die Vergütung sollte leistungsorientierte Elemente enthalten, um eine hohe Motivation und eine konsequente Interessenvertretung sicherzustellen.

Ein professionelles Verhandlungsteam entwickelt belastbare Strategien, stärkt die Durchsetzung einer angemessenen Apothekenvergütung und schafft die Voraussetzungen für erfolgreiche Verhandlungen und Schiedsstellenverfahren im Interesse der gesamten Apothekerschaft. Dies ist zugleich eine wesentliche Voraussetzung für die wirtschaftliche Stabilität der Apotheken und die Sicherung der flächendeckenden Arzneimittelversorgung.

DEUTSCHER APOTHEKERTAG 2026 – München

Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker

Drucksache 5.3
abgelehnt

Antragsteller: Landesapothekerkammer Hessen

Antragsgegenstand: Änderung des Verfahrens für einen OTC-Switch

Antrag

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker fordert den Gesetzgeber auf, durch eine Änderung des Arzneimittelgesetzes das bisherige wirkstoffbezogene Verfahren zur Entlassung von Arzneimitteln aus der Verschreibungspflicht in die verschreibungsfreie Apothekenpflicht (sog. OTC-Switches) zu verbessern, indem dieses in ein produktbezogenes Verfahren, das mit einem rechtsmittelfähigen Zulassungsbescheid der zuständigen Zulassungsbehörde abschließt, umgestaltet wird.

Begründung

Ressourcenknappheit und Finanznöte bestimmen die Schlagzeilen im deutschen Gesundheitswesen. Mehr Selbstmedikation und neue rezeptfreie Arzneimittel in Verbindung mit der heilberuflichen Beratung in der Apotheke können in dieser Situation nicht nur einen Beitrag zur Entlastung der Krankenkassen leisten, sondern auch Teil einer Neujustierung im Verhältnis von individueller gesundheitlicher Eigenverantwortung und gesamtgesellschaftlicher Gesundheitsfürsorge sein.

Ohne Selbstmedikation wäre das deutsche Gesundheitswesen nicht denkbar. Aufgrund der Verfügbarkeit von rezeptfreien, apothekenpflichtigen Arzneimitteln (OTC-Arzneimittel) können die Menschen in Deutschland viele gesundheitliche Beschwerden unkompliziert selbst behandeln. Damit einher geht stets die Möglichkeit, sich in der Apotheke beraten zu lassen. So werden in den Arztpraxen Kapazitäten für die Patient*innen mit Beschwerden frei, die unabdingbar einer ärztlichen Konsultation bedürfen. Gerade neue OTC-Arzneimittel, die im Laufe der Zeit einen OTC-Switch erfahren haben, leisten einen bedeutenden Beitrag für die Gesundheitsversorgung.

Neue rezeptfreie Arzneimittel und mehr heilberuflich unterstützte Selbstmedikation sind ein wichtiger Hebel für mehr Effektivität und mehr Effizienz in der Gesundheitsversorgung. Zur Steigerung dieses Potenzials sollte das bisherige wirkstoffbezogene Switch-Verfahren zu einem produktbezogenen Verfahren umgestaltet werden. Konkret sollte es zukünftig einem pharmazeutischen Unternehmer möglich sein, eine Änderung des Verschreibungsstatus eines Arzneimittels beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) im Rahmen eines Antrags auf Neuzulassung oder eines Änderungsantrags einer bestehenden Zulassung zu stellen.

In der Folge hätte die zuständige Zulassungsbehörde im Rahmen des Antragsverfahrens jeweils für eine individuelle Zulassung über den Verschreibungsstatus zu entscheiden. Vergleichbare Verfahren sind bereits in einigen EU-Mitgliedsstaaten etabliert. Mit diesem produktbezogenen Switch-Verfahren käme es zu einer Verfahrensbeschleunigung, das seinen Abschluss mit einem rechtsmittelfähigen Zulassungsbescheid fände. Damit könnten neue OTC-

Arzneimittel rascher ihren Weg in die Apotheke finden und so für die Gesundheitsversorgung der Patient*innen zur Verfügung stehen.