

STELLUNGNAHME

der

ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V.

zum

Gesetzentwurf der Bundesregierung

**für ein Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der Gesetzlichen
Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)**

vom 12. Mai 2026

Grundsätzliches

Mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz will die Bundesregierung auf die aktuellen finanziellen Herausforderungen für die gesetzliche Krankenversicherung reagieren. Sie greift dafür umfangreich auf Vorschläge der Finanzkommission Gesundheit zurück, ergänzt diese aber auch um neue Maßnahmen wie die Erhöhung des Apothekenabschlags. Das übergeordnete Ziel einer Stabilisierung der GKV-Finzen wird von der ABDA unterstützt. Wir kritisieren allerdings, dass entgegen der öffentlichen Darstellung der Gesetzesinhalte, wonach alle Beteiligten gleichermaßen belastet werden sollen, eine überproportionale und nicht gerechtfertigte Belastung der Apotheken vorgesehen ist, während andere deutlich wirksamere Vorschläge der Finanzkommission Gesundheit (z. B. die konsequente Finanzierungsumstellung versicherungsfremder Leistungen von Beiträgen auf Steuern) nicht aufgegriffen wurden. Auch weitere Möglichkeiten für Einsparpotentiale, die durch stärkere Nutzung von pharmazeutischen Dienstleistungen der Apotheken und ihre bessere Einbindung in die Prävention erzielt werden könnten, wurden entgegen bisherigen Anregungen der ABDA nicht aktiv aufgegriffen.

Die Apotheken haben angesichts der seit dem Jahr 2013 ausstehenden Anpassung des Packungsfixums an die zwischenzeitlichen Kostensteigerungen bereits in den letzten Jahren erhebliche Sparbeiträge in Milliardenhöhe zu Gunsten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht. Seitens der Regierungskoalition ist dies anerkannt und soll durch die politisch zugesagte Erhöhung des Packungsfixums zumindest partiell ausgeglichen werden. Gleichwohl gibt es nach wie vor keine konkreten Änderungsanträge im Rahmen der Apothekenreform, aus denen ersichtlich wäre, dass und wann diese Erhöhung beschlossen wird. Vielmehr soll mit dem jetzigen Gesetz durch die Erhöhung des Apothekenabschlags eine weitere Reduzierung der Apothekenhonorierung erfolgen, die direkt auf das Betriebsergebnis durchschlagen wird – mit den bekannten Folgen eines weiteren erheblichen Rückgangs der Apothekenbetriebsstätten und somit einer impliziten Leistungseinschränkung für die Patienten. Eine derartige Konterkarierung der im Koalitionsvertrag vereinbarten Maßnahmen wird seitens der ABDA strikt abgelehnt. Wenn politisch fest versprochene Stärkungsmaßnahmen weiterhin nur unverbindlich mündlich angekündigt werden, neue finanzielle Einschnitte aber in konkreten Gesetzestexten verankert werden, schadet das der Glaubwürdigkeit massiv und fügt den Apotheken als mit der Sicherstellung der Arzneimittelversorgung in Deutschland Beauftragten irreparablen Schaden zu.

Nachstehend nehmen wir zu einzelnen Inhalten des Kabinettsbeschluss Stellung.

Zu Artikel 1 Nummer 10 Buchstabe b (§ 31 Absatz 6 SGB V): Leistungsausschluss für Cannabisarzneimittel in Form von Blüten

Der Ausschluss von Cannabisblüten von der Versorgung zulasten der GKV darf nicht zu Ausweichtwicklungen in den unkontrollierten Selbstzahlermarkt führen. Damit würden insbesondere solche digitalen Vertriebs- und Plattformstrukturen gestärkt, die aktuell im Rahmen der geplanten Änderungen des Medizinal Cannabisgesetzes ausdrücklich regulatorisch begrenzt werden sollen. Vor diesem Hintergrund regt die ABDA ergänzend an, das Gesetz zur Änderung des Medizinal-Cannabisgesetzes schnellstmöglich in der geplanten Fassung im Sinne der Patientensicherheit umzusetzen. Weiterhin müssen sowohl die bereits geltenden als auch die künftigen apotheken- und heilmittelwerberechtlichen Regularien seitens der zuständigen Behörden konsequent durchgesetzt werden.

Zu Artikel 1 Nummer 23 (§ 61 SGB V): Erhöhung von Zuzahlungen der Versicherten

Apotheken haben gemäß § 43c Absatz 1 SGB V die Zuzahlung von den Versicherten einzuziehen und mit ihrem Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse zu verrechnen. Dieses Instrument dient der finanziellen Entlastung der Krankenkasse. GKV-Versicherte leisten nach § 61 SGB V Zuzahlungen und beteiligen sich damit an den Kosten bestimmter

Leistungen. Ziel ist eine Lenkungswirkung, also eine kostenbewusste und verantwortungsvolle Inanspruchnahme medizinischer Leistungen.

Wir weisen auf den erhöhten Aufwand hin, der bei einer Erhöhung von Zuzahlungen für Versicherte in Apotheken entsteht. Der administrative und finanzielle Aufwand für Apotheken steigt, da sie das Inkasso höherer Zuzahlungen übernehmen und damit verbundene Mehrkosten für zunehmend unbare Zahlungen sowie Zahlungsausfall- und Prozessrisiken tragen müssen. Zudem entsteht gerade zu Beginn der Erhöhung im Apothekenalltag ein erheblicher zusätzlicher Aufwand im Hinblick auf die Patientenaufklärung, insbesondere darüber, dass die Apotheken die Gebühren auf gesetzlicher Grundlage für die Krankenkassen einziehen, diese nicht im Zusammenhang mit den tatsächlichen Kosten des Arzneimittels stehen und Apotheken daraus kein finanzieller Vorteil entsteht.

Zudem verzichten ausländische Versandapotheken abweichend von den Vorgaben des SGB V und des Rahmenvertrages oft auf Zuzahlungen als gezieltes Marketinginstrument. Dies führt zu Wettbewerbsverzerrungen zu Lasten der Apotheken vor Ort. Wir fordern, die Zuzahlungspflicht auch für Versandapotheken durchzusetzen und hierbei andere Wege als den derzeit vorgesehenen über die Paritätische Stelle nach § 129 Absatz 4 SGB V i. V. m. Anlage 7 des Rahmenvertrages zu gehen. Die derzeit geltende Regelung ist, wie wir umfänglich in unseren Stellungnahmen zum Apothekenversorgungs-Weiterentwicklungsgesetz (ApoVWG) vorgetragen haben, nicht geeignet, um dem Agieren ausländischer Versender effektiv entgegenzutreten. Insbesondere die haftungsrechtlichen Risiken der Mitglieder der Paritätischen Stelle und der sie benennenden Organisationen stehen dem angesichts von Größe und Finanzkraft der zu Sanktionierenden als unüberwindliches Hindernis entgegen. Im SGB V sollten klare, effektiv sanktionierbare Vorschriften hinsichtlich des Verbots eines Zuzahlungsverzichts als Marketinginstrument verankert werden.

Zur Konkretisierung dieses Regelungsanliegens schlagen wir vor, § 43c Absatz 2 SGB V um ein ausdrückliches Verbot des Zuzahlungsverzichts zu ergänzen. Ein entsprechender Formulierungsvorschlag lautet: „Apotheken dürfen außer in den Fällen des Absatzes 1 Satz 2 weder auf den Einzug der Zuzahlung für ärztlich verordnete Arzneimittel beim Versicherten verzichten noch mit einem solchen Verzicht werben.“

Die Regelung schafft einen konkreten gesetzlichen Ansatzpunkt, um Umgehungsversuchen der gesetzlichen Preisbindung möglichst wirksam entgegenzutreten. Eine Verortung in § 43c SGB V ist ungeachtet möglicher heilmittelwerblicher Bezüge sachgerecht, da sie die Pflicht unmittelbar an ihrem leistungsrechtlichen Anknüpfungspunkt absichert und zugleich neben § 129 SGB V ergänzend wirken kann.

Zu Artikel 1 Nummer 46 (§ 127 SGB V): Vergütung der Hilfsmittelversorgung

Die Neuregelung in § 127 Absatz 1b SGB V bedeutet nicht nur empfindliche Einbußen zulasten der Leistungserbringer im Hilfsmittelmarkt. Diese haben angesichts der Marktmacht der Hersteller keine Möglichkeit, den nun eintretenden Verlust weiterzugeben. Die Regelung stellt vor allem einen systemwidrigen Eingriff in das Preisbildungssystem dar. Die Vergütung wird, wie die anderen Vertragsbedingungen auch, in einem komplexen und intensiven Verfahren zwischen einzelnen Krankenkassen und Leistungserbringern (bzw. deren Verbänden) ausverhandelt. Hierbei finden verschiedene einzelfallbezogene Umstände Berücksichtigung, wie etwa die zu verhandelnden Hilfsmittelproduktgruppen, die Einkaufssituation bei den Herstellern, die Versichertenstruktur und die Leistungserbringergruppe. Die Wirtschaftlichkeit des Ergebnisses steht immer im Mittelpunkt der Betrachtung, was in den vergangenen eineinhalb Jahrzehnten bereits zu enormem Druck auf die Vergütung der Leistungserbringer geführt hat. Zusammengefasst erfolgt die Preisfindung auf individuellem Wege. Dies jetzt pauschal um 3 Prozent zu kürzen, schiebt alle Entwicklungen, die im Verhältnis von Krankenkassen und Leistungserbringern stattgefunden haben, beiseite; in die ausverhandelten

Rechtspositionen wird mit enteignender Wirkung eingegriffen. Wenn es in der Begründung heißt, getroffene wirtschaftliche Dispositionen würden weitgehend geschützt, da die Regelung erst zum Jahreswechsel in Kraft trete, so ist dies schwer nachvollziehbar. Die Krankenkassen werden nicht bis zum 1. Januar 2027 von sich aus die Vergütung anheben, um den durch Gesetz vorgeschriebenen Verlust auszugleichen. Ansonsten bliebe den Leistungserbringern lediglich die Kündigung der Verträge, was in vielen Fällen einer Geschäftsaufgabe gleichkäme; im Falle der Apotheken allerdings lediglich der Aufgabe eines kaum profitablen Nebengeschäfts mit erheblicher Bedeutung für die Versorgung der Patienten.

Zu Artikel 1 Nummer 47 (§ 130 SGB V): Erhöhung des Apothekenabschlags

Seit Jahren sind Apotheken mit steigenden Kosten konfrontiert, während das Apothekenhonorar in Form des Packungsfixums bereits seit 13 Jahren nicht mehr erhöht wurde. Die wirtschaftlichen Herausforderungen führen zunehmend zu Apothekenschließungen: Seit 2008 hat rund jede fünfte Apotheke ihren Betrieb eingestellt. Damit liegt Deutschland bei der Apothekendichte im europäischen Vergleich im unteren Bereich.

Nun ist im Rahmen dieses Gesetzes vorgesehen, den Apothekenabschlag nach § 130 Absatz 1 SGB V unbefristet von bislang 1,77 Euro auf 2,07 Euro zu erhöhen. Dies soll kurzfristig erfolgen, während die im Koalitionsvertrag zugesagte Erhöhung des Fixums auf 9,50 Euro, die mittels einer Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates erfolgen kann, nach mehr als einem Jahr immer noch nicht umgesetzt ist. Die Apotheken fordern Planungssicherheit und die sofortige Umsetzung der im Koalitionsvertrag zugesagten Erhöhung des Apothekenfixums auf 9,50 Euro.

Die Erhöhung des Kassenabschlags steht in starkem Gegensatz zu der politischen Aussage, das Apothekenfixum noch im Apothekenversorgung-Weiterentwicklungsgesetz (ApoVWG) auf 9,50 Euro anzupassen und damit die Apotheken vor Ort zu stärken. Die nun vorgesehene Erhöhung des Kassenabschlags kommt einer direkten Absenkung des Apothekenhonorars gleich. Die Anhebung des Apothekenabschlags auf 2,07 Euro entspricht einer dauerhaften Honorarkürzung von ca. 170 Mio. Euro netto pro Jahr. Die geplante Anpassung des Fixums auf 9,50 Euro würde – ihre Umsetzung vorausgesetzt – durch die Erhöhung des Apothekenabschlags und die anstehende Steigerung des Mindestlohns fast vollständig aufgezehrt. Die dringend notwendige Stabilisierung der flächendeckenden, wohnortnahen Arzneimittelversorgung wird damit weitgehend zurückgenommen.

Die jährlichen Milliardendefizite der Krankenkassen lassen sich darüber hinaus nicht durch Einsparungen im Bereich der Apotheke ausgleichen, wenn doch dabei die durch die Apotheken sichergestellte Versorgungsstruktur angegriffen wird. Es ist außerdem zu beachten, dass die Apotheken auch durch andere Maßnahmen des Gesetzentwurfes erheblich belastet werden, wiewohl sie nicht unmittelbare Adressaten sind (Inkasso Herstellerabschläge, Umsetzung Rabattverträge bei patentgeschützten Arzneimitteln, erhöhte Zuzahlungen bei den Versicherten etc.).

Zudem ist vorgesehen, den erhöhten Apothekenabschlag unbefristet einzuführen. Eine dauerhafte Sonderbelastung der Apotheken lehnen wir ab. Angesichts der angespannten wirtschaftlichen Situation der Apotheken ist zumindest eine Befristung des Abschlags erforderlich, die mit einer regelmäßigen Überprüfung der Notwendigkeit und Angemessenheit vor dem Hintergrund der Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung in Verbindung steht.

Zusätzlich ist der Abschlag gesetzlich weiterhin als Bruttobetrag festgelegt. Dies kann dazu führen, dass Änderungen der Umsatzsteuerbelastung von Arzneimitteln zu zusätzlichen, sachlich nicht gerechtfertigten finanziellen Belastungswirkungen für die Apotheken führen. Um

dies zu vermeiden, regen wir daher an, den Abschlag in § 130 Absatz 1 SGB V künftig als Nettobetrag auszuweisen.

Zu Artikel 1 Nummer 48 (§ 130a SGB V): Erhöhung der Herstellerabschläge

Der vorliegende Gesetzentwurf sieht vor, ab dem Jahr 2027 im Arzneimittelbereich mit der Neufassung des Absatzes 1b in § 130a SGB V einen ergänzenden dynamischen Herstellerabschlag einzuführen, um besser auf die Entwicklung von Einnahmen und Ausgaben reagieren zu können. Ferner werden ein Abschlag auf Impfstoffe in Absatz 2 sowie ein neuer Abschlag auf Verbandmittel und sonstige Produkte der Wundversorgung in § 130a Absatz 3e SGB V eingeführt.

Die Regelung des Herstellerrabatts gemäß § 130a SGB V sieht vor, dass Apotheken den rabattierten Preis bei der Abrechnung gegenüber der Krankenkasse berücksichtigen. Damit fungieren sie faktisch als Inkassostelle für den Herstellerrabatt gemäß § 130a SGB V. Die aktuelle Regelung sichert Apotheken jedoch nicht gegen etwaige Zahlungsausfälle seitens der Hersteller ab.

Mit der Einführung weiterer Herstellerabschläge steigt dieses Inkassorisiko für die Apotheken deutlich an. Je höher der Abschlagsbetrag, desto größer ist der finanzielle Schaden im Falle von Zahlungsverzögerungen oder Zahlungsausfällen seitens der Hersteller. Apotheken haben keinerlei Einfluss auf die Zahlungsfähigkeit oder das Zahlungsverhalten der pharmazeutischen Unternehmer, tragen aber das volle wirtschaftliche Risiko. Gerade kleine und mittlere Apotheken werden dadurch stark belastet.

Vor diesem Hintergrund fordern wir eine Befreiung der Apotheken vom Inkassorisiko des Herstellerrabatts gemäß § 130a SGB V und eine faire Verteilung des finanziellen Risikos. Im Falle eines Zahlungsausfalls seitens des Herstellers sollten die Apotheken entsprechend aus ihrer Zahlungsverpflichtung gegenüber den Krankenkassen entlassen werden, da es sich beim Herstellerabschlag um einen Rabatt der pharmazeutischen Unternehmer an die Krankenkassen handelt. Eine Unterstützung der Krankenkassen mittels Zur-Verfügung-Stellung der benötigten Abrechnungsdaten wird hierbei zugesagt.

Zu Artikel 1 Nummer 50 (§ 130e SGB V): Rabattverträge für patentgeschützte Arzneimittel

Wir weisen hier auf den steigenden Beratungs- und Erklärungsaufwand in den Apotheken im Falle der Ausweitung von Rabattverträgen für patentgeschützte Arzneimittel hin. In der Apothekenpraxis ist oftmals schon eine Verunsicherung der Patienten zu beobachten, wenn beim Austausch trotz gleicher Wirkstoffe ein anderer Hersteller benannt ist oder sich die Farbe und/oder Form des Arzneimittels vom bisherigen unterscheidet. Diese wird sich in künftigen Fällen, in denen sogar unterschiedliche Wirkstoffe zum Einsatz kommen, potenzieren. Mit Blick auf die Erfahrungen mit den Folgen des Rabattvertragswettbewerbs bei Generika weisen wir außerdem auf das Risiko von Marktverengungen und Einschränkungen der Therapieoptionen durch Übertragung des Instrumentariums in den Patentmarkt hin.

Zu Artikel 7 (Inkrafttreten)

Die EDV-technische Umsetzung der Rabattverträge im Patentmarkt und diverser anderer Regelungen (Preisregelungen Impfstoffe, Verbandmittel etc.) benötigt einen deutlichen zeitlichen Vorlauf. Das In-Kraft-Treten sollte, wenn sich der Gesetzgeber zu einer Umsetzung entscheidet, auf den Ersten des dritten auf den Monat der Verkündung folgenden Monats festgelegt werden.