

STELLUNGNAHME

der

ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V.

vom

5. Oktober 2026

zu

**den Änderungsanträgen 1 bis 12 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zu
dem Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung –
Folgeregelungen zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz**

(Ausschussdrucksache 21(14)107)

Die ABDA nimmt nachfolgend zu den apotheken- und versorgungsrelevanten Regelungen der Änderungsanträge Stellung. Sie begrüßt, dass mit den Änderungsanträgen einzelne Folgeregungen des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes überprüft werden sollen. Die vorgesehenen zusätzlichen Belastungen und strukturellen Eingriffe in die Hilfsmittel- und Arzneimittelversorgung lehnt sie jedoch ab, soweit diese die wirtschaftliche Tragfähigkeit der Apotheken, die Patientensicherheit oder die flächendeckende Versorgung gefährden.

1. Zu Änderungsantrag 7 (§ 129 Absatz 5 SGB V): Apothekenbezogene Ausschreibungen für Zytostatika

Die geplante Einführung von Ausschreibungen auf Apothekenebene in der geplanten Neufassung von § 129 Absatz 5 SGB V lehnen wir ab.

Zytostatika-Ausschreibungen gab es bereits im Zeitraum von 2016 bis 2017. Eine Apotheke erhielt den exklusiven Zuschlag zur Versorgung der Versicherten der jeweiligen Krankenkasse. Die onkologischen Praxen mussten die Verordnungen ausschließlich an diese Vertragsapotheke geben.

Der Gesetzgeber hat dieses System im Jahr 2017 jedoch bewusst im Zuge des GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetzes (AMVSG) abgeschafft. Ausschlaggebend war die besondere Art dieser Versorgung: Krebsinfusionen werden unter Reinraumbedingungen individuell für einzelne Patientinnen und Patienten hergestellt. Häufig steht die endgültige Dosierung erst am Behandlungstag fest, etwa wenn aktuelle Blutwerte vorliegen. Onkologische Praxis und herstellende Apotheke müssen deshalb eng zusammenarbeiten und kurzfristig reagieren können.

Der Gesetzgeber stellte deshalb seinerzeit ausdrücklich auf das zuverlässige Zusammenwirken der beteiligten Heilberufe und eine möglichst friktionsfreie Versorgung der Arztpraxen ab. Der Schutz der Gesundheit der betroffenen Patientinnen und Patienten wurde dabei ausdrücklich als Grund für die gesetzliche Änderung angeführt.

Die gesetzgeberische Entscheidung begründete sich mit Problemen, die man in der damaligen Ausschreibungspraxis sah: Es wurde über ausgefallene oder verspätete Therapien, lange Wartezeiten für schwer kranke Patientinnen und Patienten und medizinische Zwischenfälle berichtet. Neben den herstellenden Apotheken hatten sich deshalb auch Hämatologen, Onkologen und onkologische Fachgesellschaften gegen dieses Versorgungsmodell ausgesprochen.

Der Gesetzgeber entschied sich mit der Abschaffung des Ausschreibungsmodells auf Apothekenebene für die Hilfstaxe als das zentrale Instrument gemäß § 129 Absatz 5c SGB V, um Einsparungen durch im Markt generierte Rabatte an die Krankenkassen weiterzugeben. Die Systematik der für die Zytostatika-Versorgung einschlägigen Anlage 3 zur Hilfstaxe ist darauf ausgerichtet, dass GKV-Spitzenverband und Deutscher Apothekerverband e. V. (DAV) auf dem Verhandlungsweg oder durch Anrufung einer gemeinsamen Schiedsstelle Rabatte, welche pharmazeutische Unternehmer den Apotheken gewähren, an die Krankenkassen weitergeben. Ferner sorgt ein spezieller Mechanismus dafür, dass die pharmazeutischen Unternehmer ihre Listenpreise im Generikamarkt sowie im Markt der biotechnologischen Arzneimittel

sukzessive nach unten anpassen. Dies folgt daraus, dass die Apotheken auf den jeweiligen Wirkstoff bezogen nur den zweitgünstigsten im Markt vorhandenen Listenpreis abrechnen können und die Wahl höherer Listenpreise daher für sie ein Verlustgeschäft wäre.

Die Hilfstaxe als Instrument zur Sicherstellung einer wirtschaftlichen Versorgung funktioniert, wie man sehr gut an dem jüngsten Schiedsspruch vom 9. September 2026 in diesem Segment ablesen kann. Hier wurden höhere Rabatte auf die gelisteten Arzneimittelpreise festgelegt und dadurch, insbesondere im Bereich der Biosimilars, Einsparungen zugunsten der gesetzlichen Krankenkassen in Höhe von mehr als 160 Mio. Euro erzielt.

Eine Wiedereinführung der Ausschreibungen auf Apothekenebene würde die spezialisierten Zytostatika-Apotheken erneut in einen Wettbewerb um die Versorgungsaufträge der Krankenkassen zwingen. Zytostatika herstellende Apotheken verfügen über hoch spezialisierte Produktionsstrukturen und Reinräume und beschäftigen besonders qualifiziertes Personal. Diese Strukturen lassen sich nicht abhängig vom Ausgang einzelner Ausschreibungen kurzfristig hoch- oder herunterfahren.

Verliert eine Apotheke einen größeren Versorgungsauftrag, fehlen ihr für die Dauer des Vertrages entsprechende Herstellungsmengen. Erhalten hingegen nur wenige Anbieter die Zuschläge, konzentriert sich die Versorgung zunehmend auf diese Betriebe. Ein Reinraumlabor und das dafür notwendige Fachpersonal können jedoch nicht für zwei oder vier Jahre stillgelegt und anschließend ohne Weiteres wieder reaktiviert werden. Wir warnen deshalb nachdrücklich davor, dass einmal verlorene Herstellungsstrukturen dauerhaft aus der Versorgungslandschaft verschwinden können.

Nach unseren Erkenntnissen versorgen bundesweit nur noch rund 250 spezialisierte Apotheken einen erheblichen Teil der Krebspatientinnen und Krebspatienten. Eine weitere Konzentration auf wenige Herstellbetriebe würde diese Versorgung erheblich gefährden.

Hinzu kommt, dass diese spezialisierte Infrastruktur nicht allein für die onkologische Versorgung benötigt wird. Die betreffenden Apotheken stellen auch parenterale Schmerzlösungen etwa für die Palliativversorgung, Ernährungslösungen sowie Antibiotika- und Virostatika-Infusionen her. Ein Verlust dieser Strukturen hätte daher Auswirkungen über die Versorgung von Krebspatientinnen und Krebspatienten hinaus.

Mit Blick auf das gesetzgeberische Ziel, weitere Einsparungen durch die Neuregelung zu generieren, ist zu berücksichtigen, dass das Einsparvolumen sich anders darstellt als noch von der Finanzkommission im Frühjahr 2026 angenommen. Zu dieser Zeit ging man von einem Volumen von 200 bis 300 Mio. Euro jährlich durch die Wiedereinführung der Ausschreibung auf Apothekenebene aus.

Wie bereits geschildert hat sich die wirtschaftliche Ausgangslage jedoch dadurch wesentlich verändert, dass mit dem Schiedsspruch zur Hilfstaxe vom 9. September 2026 eine Entlastung der gesetzlichen Krankenkassen durch höhere Rabatte auf die Listenpreise von mehr als 160 Mio. Euro eingetreten ist. Hinzu kommen die bereits bestehenden gemeinsamen Rabattverträge der Krankenkassen mit pharmazeutischen Unternehmen nach § 130a Absatz 8c SGB V, für die wir im Jahr 2026 Einsparungen von mindestens 36 Mio. Euro annehmen.

Angesichts des Vorgesagten bereitet uns der erhebliche Zeitdruck Sorgen, mit dem die geplante Neuregelung vorangetrieben wird. Diese hat einerseits weitreichende Folgen für gewachsene onkologische Versorgungsstrukturen. Andererseits bleibt praktisch keine Zeit, ihre Auswirkungen auf Versorgungssicherheit und Wirtschaftlichkeit angemessen zu bewerten.

2. Zu Änderungsantrag 5 (§§ 126, 127 SGB V): Ausschreibungen und Vergütungsabschlag in der Hilfsmittelversorgung

Die Einführung von Ausschreibungen in der Hilfsmittelversorgung durch § 127 Absatz 1c SGB V lehnen wir ab.

Der Gesetzgeber hat Ausschreibungen 2019 mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) bewusst abgeschafft. Hintergrund war die Erkenntnis, dass eine zu starke Preisorientierung zulasten der Versorgungsqualität gehen kann. Der Gesetzgeber stellte seinerzeit ausdrücklich darauf ab, mit der Abschaffung Qualitätsabstriche in der Hilfsmittelversorgung zu vermeiden. An diesen Gründen hat sich nichts geändert.

Besonders kritisch ist, dass die Hilfsmittelversorgung bereits durch den für 2027 und 2028 vorgesehenen pauschalen dreiprozentigen Abschlag zusätzlich wirtschaftlich belastet wird. Dieser Abschlag knüpft nicht an konkret nachgewiesene Wirtschaftlichkeitsreserven einzelner Versorgungen an, sondern mindert die vertraglich vereinbarte Vergütung pauschal. § 127 Absatz 1b SGB V sieht diese Minderung für alle Hilfsmittelversorgungen vor, deren Abrechnung im Zeitraum vom 1. Januar 2027 bis zum 31. Dezember 2028 bei der Krankenkasse eingeht. Auf diese Belastung nun zusätzlich einen Ausschreibungswettbewerb aufzusetzen, würde den wirtschaftlichen Druck auf dieselben Versorgungsstrukturen nochmals erheblich verschärfen.

Darüber hinaus ist die vorgesehene Umsetzung dieses Abschlags problematisch. Um den administrativen Aufwand gering zu halten, soll der Abschlag pauschal auf Rechnungsebene durch die Krankenkassen vorgenommen werden. Wenn Krankenkassen den Abschlag pauschal auf Rechnungsebene kürzen, ohne dass hierfür eine rechtssichere und bundesweit einheitliche Umsetzungslogik besteht, wird Bürokratie nicht vermieden, sondern in Form von Prüfaufwand, Fehlerquellen und Retaxationsrisiken auf die Leistungserbringer verlagert. Hinzu kommt die Gefahr einer zunehmenden Marktkonzentration. Ausschreibungen können dazu führen, dass Versorgungsaufträge auf wenige Anbieter konzentriert werden und regionale Leistungserbringer ganze Versorgungsbereiche verlieren. Für Apotheken kann dies bedeuten, dass sich die Vorhaltung von Fachwissen, Personal, Lagerbeständen und eingespielten Versorgungsprozessen wirtschaftlich nicht mehr trägt.

Ein solcher Rückzug ist nicht beliebig reversibel. Werden Fachkompetenz, Personal und Versorgungskapazitäten einmal abgebaut, stehen sie nicht automatisch wieder zur Verfügung, wenn sich Versorgungsbedarfe verändern oder einzelne Vertragspartner ausfallen. Das schwächt nicht nur die wohnortnahe Versorgung, sondern auch die Widerstandsfähigkeit des Versorgungssystems insgesamt.

Dies gilt in besonderem Maße für ländliche und strukturschwache Regionen. Dort gehören Apotheken häufig zu den wenigen niedrigschwellig erreichbaren Leistungserbringern. Ziehen

sie sich aus einzelnen Hilfsmittelversorgungen zurück, können längere Wege, geringere Wahlmöglichkeiten und Versorgungslücken die Folge sein. Aus einer kurzfristigen Einsparung kann so ein dauerhafter Strukturverlust werden.

3. Zu Änderungsantrag 12 (Anpassungen des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes): Ergänzender Änderungsbedarf zu § 130 SGB V – Befristung des erhöhten Apothekenabschlags

Die ABDA hält es für erforderlich, den Änderungsantrag 12 um eine ausdrückliche Befristung des erhöhten Apothekenabschlags zu ergänzen. Die Anhebung des Abschlags nach § 130 Absatz 1 SGB V auf 2,07 Euro stellt eine erhebliche zusätzliche Belastung der Apotheken dar und darf nicht dauerhaft fortgeschrieben werden. Sie sollte daher auf das Jahr 2027 begrenzt und der Abschlag zum 1. Januar 2028 wieder auf 1,77 Euro abgesenkt werden.

Die mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz vorgesehene Erhöhung des Apothekenabschlags wird mit dem Ziel begründet, kurzfristig zur Stabilisierung der GKV-Finzen beizutragen. Eine dauerhafte Mehrbelastung der Apotheken ist angesichts ihrer unverändert angespannten wirtschaftlichen Situation und ihrer zentralen Bedeutung für die flächendeckende Arzneimittelversorgung nicht gerechtfertigt. Dies steht in einem deutlichen Wertungswiderspruch zur nach 13 Jahren erstmals erfolgten Erhöhung des Apothekenfixums: Die nur unzureichende und zudem zweistufige Anhebung wird durch den erhöhten Apothekenabschlag teilweise wieder aufgezehrt. Unter Einbeziehung der zum 1. Januar 2027 wirksam werdenden Mindestloohnerhöhung ist daher für 2027 mit einem weiteren Rückgang der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Apotheken zu rechnen.

Hinzu kommt, dass bei der künftigen Anpassung des Apothekenfixums auf dem Verhandlungsweg zwischen DAV und GKV-Spitzenverband für die Jahre 2027 bis 2029 bei der Steigerungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV je Mitglied ein Abzug von einem Prozentpunkt vorgesehen ist. Wird parallel der erhöhte Apothekenabschlag dauerhaft fortgeführt, führt dies zu einer sachlich nicht gerechtfertigten Doppelbelastung der Apotheken.

Eine Rückführung auf 1,77 Euro zum 1. Januar 2028 schafft daher Rechts- und Planungssicherheit und verhindert, dass aus einer finanzpolitisch begründeten Sonderbelastung eine dauerhafte Kürzung der Apothekenvergütung wird. Eine entsprechende Anpassung des § 130 Absatz 1 SGB V mitsamt Inkrafttretensregelung sollte unseres Erachtens im Änderungsantrag 12 ergänzt werden. Gleichzeitig könnte der wegen Zeitablaufs gegenstandslose § 130 Absatz 1a SGB V bei dieser Gelegenheit gestrichen werden.