STELLUNGNAHME

der

ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V.

zum

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Hilfsmittelversorgung und Maßnahmen zum Bürokratierückbau (Hilfsmittelmodernisierungs- und Bürokratierückbaugesetz – HiB)

vom 16. November 2026

1. Einleitung

Wir begrüßen das Vorhaben der Bundesregierung, bürokratische Belastungen abzubauen, Verwaltungsverfahren zu vereinheitlichen und die Qualität der Hilfsmittelversorgung zu stärken. Der vorliegende Referentenentwurf enthält mit einem verbindlichen bundesweiten Rahmenvertrag, Mindestgenehmigungsfreigrenzen, der Heilung formaler Fehler und einer ständigen Schiedsstelle grundsätzlich geeignete Ansätze. Ihr Nutzen hängt jedoch entscheidend davon ab, dass einheitliche Regelungen die bisherige Vielzahl kassenindividueller Vorgaben tatsächlich ersetzen und nicht zusätzliche Nachweis-, Dokumentations- und Datenübermittlungspflichten schaffen. Bürokratierückbau darf sich nicht auf eine Verlagerung von Verwaltungsaufgaben auf die Leistungserbringer beschränken.

Als besonders problematisch erachten wir die vorgesehene neue Bestätigung der Eignung präqualifizierungsbefreiter Leistungserbringer, die regelhafte Übermittlung von Beratungsdokumentationen und zusätzliche Angaben zu Mehrkosten im Abrechnungsdatensatz. Diese Vorgaben drohen gerade bei häufigen, standardisierten und geringwertigen Versorgungen einen Aufwand auszulösen, der außer Verhältnis zu ihrem Nutzen steht. Bei der Digitalisierung müssen zudem interoperable, kostenfreie Kommunikationswege, Ausfallverfahren und ausreichende Umsetzungsfristen verbindlich sichergestellt sein.

Ferner halten wir eine wirksame Beteiligung des Deutschen Apothekerverbandes e. V. an der Ausgestaltung der für Apotheken maßgeblichen Abrechnungsverfahren nach § 302 Absatz 2 SGB V für erforderlich. Dies gilt insbesondere für Regelungen, die unmittelbar Auswirkungen auf die Warenwirtschaftssysteme, die Prozesse der Apothekenrechenzentren sowie die praktischen Abläufe der Hilfsmittelversorgung haben.

Schließlich sind die Reformvorhaben im Hilfsmittelbereich miteinander in Einklang zu bringen. Die bereits von uns im Rahmen unserer Stellungnahme vom 5. Oktober 2026 zu der Reform der Notfallversorgung abgelehnte Wiedereinführung von Hilfsmittelausschreibungen würde die mit dem vorliegenden Referentenentwurf angestrebte Stärkung einer qualitätsgesicherten und wohnortnahen Versorgung konterkarieren. Preisorientierte Exklusivverträge gefährden Wahlmöglichkeiten und eingespielte Versorgungsstrukturen, insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Regionen. Wir halten daher an der Ablehnung von Hilfsmittelausschreibungen fest.

2. Hilfsmittelversorgung

2.1 § 33 Absatz 8 Satz 2 SGB V – Zuzahlungseinzug (Artikel 1 Nummer 11 Buchstabe f)

Wir begrüßen die vorgesehene Klarstellung, wonach die Krankenkassen das Ausfall- und Insolvenzrisiko gesetzlicher Zuzahlungen tragen und bei erfolgloser schriftlicher Zahlungsaufforderung die weitere Einziehung übernehmen. Apotheken dürfen nicht mit dem wirtschaftlichen Risiko belastet werden, dass Versicherte eine gesetzlich geschuldete Zuzahlung nicht entrichten. Die Entlastung muss allerdings auch in der praktischen Abrechnung ankommen. Erforderlich sind bundesweit einheitliche, einfache Nachweise für erfolglose Einziehungsversuche, klare Fristen und digitale Übermittlungswege. Kassenindividuelle Zusatzanforderungen würden den Zweck der Regelung unterlaufen.

Wir regen daher an, eine bundeseinheitliche, verbindliche und bürokratiearme Umsetzung gesetzlich abzusichern. Dies sollte insbesondere einheitliche Nachweispflichten, Fristen und digitale Übermittlungswege umfassen.

Über die in dieser Regelung hinaus vorgesehene Erleichterung fordern wir im Interesse eines effektiven Bürokratieabbaus deutlich weitergehende Änderungen beim Zuzahlungseinzug. Hierzu führen wir unten unter 5. aus.

2.2 § 126 Absatz 1d SGB V – Eignungsbestätigung präqualifizierungsbefreiter Leistungserbringer (Artikel 1 Nummer 75)

Bereits mit § 126 Absatz 1b SGB V hat der Gesetzgeber ausdrücklich anerkannt, dass öffentliche Apotheken bei der Versorgung mit apothekenüblichen Hilfsmitteln keiner gesonderten Präqualifizierung bedürfen. Die Vorschrift trägt der besonderen fachlichen Qualifikation und den bestehenden berufsrechtlichen Anforderungen öffentlicher Apotheken Rechnung und dient zugleich dem Abbau unnötiger bürokratischer Belastungen.

Vor diesem Hintergrund sehen wir die vorgesehene Verpflichtung, die bereits gesetzlich anerkannte Eignung präqualifizierungsbefreiter Apotheken nochmals durch eine Präqualifizierungsstelle bestätigen zu lassen, kritisch. Eine solche Regelung würde die bestehende Befreiung faktisch in ein neues, kostenpflichtiges Nachweisverfahren überführen. Im Ergebnis müssten sich mehr als 16.000 öffentliche Apotheken bestätigen lassen, dass sie gerade keinen Präqualifizierungsnachweis benötigen. Dies wäre ein erheblicher Rückschritt gegenüber der geltenden Rechtslage und liefe dem erklärten Ziel des Bürokratierückbaus zuwider.

Hinzu kommt, dass mit dem bundeseinheitlichen Apothekenverzeichnis nach § 293 Absatz 5 SGB V bereits eine etablierte Datenbasis zur Identifizierung öffentlicher Apotheken zur Verfügung steht. Anstatt zusätzliche Bestätigungsverfahren über Präqualifizierungsstellen vorzusehen und damit weiteren Verwaltungsaufwand sowie mögliche Kosten auszulösen, halten wir es für sachgerecht, die vorhandenen Daten des Apothekenverzeichnisses zu nutzen. Hierfür wäre, soweit erforderlich, eine entsprechende gesetzliche Grundlage zur Datenverarbeitung durch den GKV-Spitzenverband zu schaffen.

Wir regen daher an, die bestehende gesetzliche Präqualifizierungsbefreiung nach § 126 Absatz 1b SGB V konsequent zu berücksichtigen und öffentliche Apotheken bei der Versorgung mit apothekenüblichen Hilfsmitteln von zusätzlichen Eignungsbestätigungen durch Präqualifizierungsstellen auszunehmen. Stattdessen sollte die erforderliche Nutzung des bundeseinheitlichen Apothekenverzeichnisses nach § 293 Absatz 5 SGB V gesetzlich ermöglicht werden. Auf neue, insbesondere kostenpflichtige Bestätigungs- und Nachweispflichten muss verzichtet werden.

Darüber hinaus ist zu beachten, dass die Neuregelung keine negativen Auswirkungen auf die Authentisierungsberechtigung für die Telematikinfrastruktur entfaltet. Anderenfalls käme es zu Problemen für präqualifizierungsbefreite Apotheken.

2.3 § 127 Absatz 1 SGB V – Bundesweiter Rahmenvertrag (Artikel 1 Nummer 76)

Wir unterstützen einen verbindlichen bundesweiten Rahmenvertrag für administrative Verfahren. Für Apotheken, die mit einer Vielzahl unterschiedlicher Krankenkassenverträge und Abrechnungsanforderungen arbeiten, bietet eine solche Vereinheitlichung erhebliches Entlastungspotenzial. Der Rahmenvertrag muss einheitliche Vorgaben verbindlich an die Stelle abweichender kassenindividueller Verfahren setzen. Produktgruppen- und versorgungsspezifische Besonderheiten sind dabei unter Beteiligung der jeweils betroffenen Leistungserbringerorganisationen zu berücksichtigen.

Zu den wesentlichen Regelungsinhalten zählen aus unserer Sicht einheitliche Formulare und Nachweise, praktikable Regelungen für Dauerversorgungen, verbindliche Bearbeitungs- und Beanstandungsfristen sowie Möglichkeiten zur Korrektur rein formaler Fehler. Ebenso bedarf es einheitlicher digitaler Kommunikations- und Abrechnungsprozesse. Dabei ist sicherzustellen, dass sich die Vorgaben in die bestehenden Abläufe der öffentlichen Apotheken und Apothekenrechenzentren integrieren lassen. Elektronische Verfahren dürfen weder zusätzliche kostenpflichtige, kassenindividuelle Zugangshürden schaffen noch parallele papiergebundene Prozesse erforderlich machen.

Wir halten es daher für erforderlich, bundesweit verbindliche Mindeststandards für die

administrativen Verfahren gesetzlich abzusichern und sicherzustellen, dass diese abweichende kassenindividuelle Anforderungen wirksam ersetzen.

2.4 § 127 Absatz 1 Nummer 1 SGB V – Einheitliche Formulare und Dauerversorgungen (Artikel 1 Nummer 76)

Wir begrüßen die vorgesehene Standardisierung von Formularen und Dokumentationsbögen. Entscheidend ist dabei, dass sich die erforderlichen Angaben auf das für die jeweilige Versorgung notwendige Maß beschränken. Insbesondere sollte vermieden werden, dass bereits erfasste Daten bei jeder Folgelieferung erneut erhoben werden müssen. Elektronisch verfügbare Angaben sollten nach Möglichkeit wiederverwendet werden können. Bei wiederkehrenden Versorgungen ohne zusätzlichen individuellen Beratungs- oder Dokumentationsbedarf darf die Standardisierung nicht zur Einführung neuer verpflichtender Formulare führen.

Wir regen daher an, die vorgesehenen Formulare und Dokumentationsanforderungen bundeseinheitlich und auf das notwendige Maß begrenzt auszugestalten. Dabei sollten Mehrfacherhebungen konsequent vermieden, bereits vorhandene Daten genutzt und für wiederkehrende Versorgungen vereinfachte Verfahren vorgesehen werden.

2.5 § 127 Absatz 1 Nummer 4 SGB V – Mindestgenehmigungsfreigrenzen (Artikel 1 Nummer 76)

Wir begrüßen die Einführung bundeseinheitlicher Mindestgenehmigungsfreigrenzen, da diese die Abgabe häufig benötigter Hilfsmittel beschleunigen und unnötige Kostenvoranschläge sowie Genehmigungsverfahren vermeiden können. Damit die angestrebte Entlastung auch in der Apothekenpraxis spürbar wird, halten wir es für erforderlich, bereits gesetzlich eine verbindliche Mindestgenehmigungsfreigrenze von 200 Euro je Hilfsmittel festzulegen. Auf diese Weise ließe sich vermeiden, dass die praktische Wirksamkeit der Regelung durch zu niedrig angesetzte oder uneinheitliche Freigrenzen eingeschränkt wird. Die Möglichkeit, vertraglich höhere Freigrenzen, auch für einzelne Produktgruppen, zu vereinbaren, sollte dabei ausdrücklich erhalten bleiben.

Wir regen daher an, eine bundesweit verbindliche Mindestgenehmigungsfreigrenze von 200 Euro je Hilfsmittel gesetzlich zu verankern und zugleich klarzustellen, dass die Vertragspartner darüberhinausgehende Freigrenzen, auch für einzelne Produktgruppen, vereinbaren können.

2.6 § 127 Absatz 1 Nummer 7 SGB V – Elektronischer Kostenvoranschlag (Artikel 1 Nummer 76)

Wir begrüßen die vorgesehene Einführung einheitlicher elektronischer Kostenvoranschläge sowie die Nutzung interoperabler Dienste der Telematikinfrastruktur, sofern diese flächendeckend und zuverlässig zur Verfügung stehen. Entscheidend ist dabei, dass der Zugang zu den von den Krankenkassen vorgegebenen elektronischen Kommunikationswegen für Apotheken und ihre beauftragten Dienstleister diskriminierungsfrei und entgeltfrei gewährleistet wird. Zusätzliche Kosten für die Nutzung kassenseitiger Portale oder deren technische Anbindung dürfen nicht auf die Leistungserbringer verlagert werden.

Aus unserer Sicht bedarf es hierfür bundeseinheitlicher Schnittstellen und technischer Standards, die eine Einbindung in bestehende Warenwirtschaftssysteme sowie die Nutzung über Apothekenrechenzentren und andere geeignete Dienstleister ermöglichen. Zugleich müssen angemessene technische Übergangsfristen sowie verbindliche und rechtssichere Ersatzverfahren für den Fall technischer Störungen vorgesehen werden. Dies gilt gleichermaßen für Situationen, in denen eine zukünftige elektronische Hilfsmittelverordnung nicht ausgestellt oder verarbeitet werden kann. Die Versorgung der Versicherten darf durch fehlende technische Verfügbarkeit weder verzögert noch beeinträchtigt werden.

Wir halten es daher für erforderlich, einen entgeltfreien, diskriminierungsfreien und interoperablen

Zugang zu den elektronischen Kommunikations- und Abrechnungsverfahren sicherzustellen. Hierzu sollten bundeseinheitliche Schnittstellen und technische Standards verbindlich festgelegt, angemessene Übergangsfristen vorgesehen und rechtssichere papiergebundene beziehungsweise alternative Verfahren bei technischen Ausfällen gesetzlich abgesichert werden.

2.7 § 127 Absatz 1 Nummer 8 SGB V – Heilung formaler Fehler (Artikel 1 Nummer 76)

Wir begrüßen die vorgesehene ausdrückliche Aufnahme von Heilungsmöglichkeiten im Rahmen der Leistungserbringung. Rein formale Fehler, die die ordnungsgemäße Versorgung und die Leistungsberechtigung nicht infrage stellen, dürfen nicht zum vollständigen Vergütungsausfall führen. Die Rahmenvertragsregelung sollte verbindliche Nachbesserungsmöglichkeiten, transparente Beanstandungsgründe und angemessene Fristen vorsehen. Eine nachträgliche Korrektur muss auch elektronisch möglich sein.

Wir halten es daher für geboten, einen verbindlichen Anspruch auf Korrektur nicht versorgungsrelevanter Formfehler vor einer endgültigen Zurückweisung der Abrechnung vorzusehen. Damit sollte sichergestellt werden, dass formale Unzulänglichkeiten nicht zu einem unverhältnismäßigen Verlust berechtigter Vergütungsansprüche führen.

2.8 § 127 Absätze 2, 3 und 5 SGB V – Ständige Hilfsmittel-Schiedsstelle (Artikel 1 Nummer 76)

Die Einrichtung einer dauerhaften Schiedsstelle für den bundesweiten Rahmenvertrag und für dezentrale Vertragskonflikte begrüßen wir. Eine institutionalisierte Schiedsstelle kann Verfahren beschleunigen, einheitliche Maßstäbe fördern und die bisherige Suche nach einer Schiedsperson entbehrlich machen. Voraussetzung sind eine ausgewogene Beteiligung der betroffenen Leistungserbringerorganisationen, hinreichende Sachkunde und verlässliche Entscheidungsfristen. Bei apothekenbezogenen Fragen muss die Apothekerschaft wirksam mitwirken können.

Wir halten es daher für erforderlich, die Beteiligungsrechte der jeweils betroffenen maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer gesetzlich klar zu verankern und zugleich transparente, sachgerechte sowie zeitlich verlässliche Schiedsverfahren sicherzustellen.

2.9 § 127 Absatz 10 SGB V – Beratungsdokumentation (Artikel 1 Nummer 76)

Die Möglichkeit, Beratungsdokumentationen in Textform und mit einfacher elektronischer Unterschrift zu erstellen, ist grundsätzlich sachgerecht. Wir lehnen jedoch eine pauschale Pflicht ab, bei jeder Hilfsmittelabgabe eine erneute Beratung zu dokumentieren, eine Versichertenunterschrift einzuholen und die Dokumentation regelhaft an die Krankenkasse zu übermitteln. Eine solche Pflicht wäre gerade bei standardisierten, niedrigpreisigen oder wiederkehrenden Hilfsmittelversorgungen unverhältnismäßig.

Beispielsweise ist bei der wiederholten Abgabe gleichartiger Insulinspritzen an bereits eingewiesene Versicherte eine vollständige neue Beratungsdokumentation regelmäßig nicht erforderlich. Entscheidend muss der tatsächliche Beratungsbedarf sein. Die Ausnahmen dürfen nicht erst vom Ergebnis späterer Vertragsverhandlungen abhängen, sondern müssen bereits gesetzlich abgesichert sein. Dies gilt insbesondere für aufzahlungsfreie Versorgungen unterhalb einer sachgerechten Wertgrenze, gleichartige Folgeversorgungen, Reparaturen und einzelne Lieferungen im Rahmen von Dauerversorgungen.

Auch eine regelhafte elektronische Übermittlung sämtlicher Dokumentationen an Krankenkassen ist abzulehnen. Für Prüfzwecke reichen grundsätzlich anlassbezogene, stichprobenartige und datensparsame Verfahren. Der Umfang der Datenübermittlung muss auf eine klare Rechtsgrundlage gestützt und auf das Erforderliche beschränkt werden.

Wir halten es daher für erforderlich, die Beratungs- und Dokumentationspflichten bereits gesetzlich

nach Art des Hilfsmittels, Versorgungsanlass und tatsächlichem Beratungsbedarf differenziert auszugestalten. Für einfache und wiederkehrende Versorgungen sollten ausdrücklich Ausnahmen vorgesehen werden. Zugleich regen wir an, auf eine regelhafte Übermittlung sämtlicher Beratungsdokumentationen an die Krankenkassen zu verzichten und stattdessen verhältnismäßige, anlassbezogene und datensparsame Prüfverfahren vorzusehen.

2.10 § 302 SGB V – Abrechnungsdaten und Mehrkostentransparenz (Artikel 1 Nummer 129)

Wir lehnen die vorgesehene Verpflichtung ab, im Rahmen der Abrechnung regelhaft Angaben zum Mehrnutzen oder zu Merkmalen einer mehrkostenverursachenden Hilfsmittelversorgung im Vergleich zu einer geeigneten mehrkostenfreien Versorgung zu übermitteln. Die Entscheidung der Versicherten für eine Mehrkostenversorgung ist bereits Gegenstand der gesetzlich vorgesehenen Beratung und Dokumentation. Ihre zusätzliche Übertragung in strukturierte Abrechnungsdaten schafft einen eigenständigen Erhebungs-, Prüf- und Übermittlungsprozess, ohne dass ein entsprechender Nutzen belegt ist.

Die Anforderungen sind zudem fachlich unbestimmt. Offen bleibt insbesondere, wie individuelle Präferenzen, qualitative Merkmale oder der subjektiv empfundene Mehrnutzen in standardisierten Datensätzen zutreffend und rechtssicher abgebildet werden sollen. Die Pflicht könnte faktisch einen zusätzlichen Rechtfertigungsdruck für Versicherte und Apotheken erzeugen. Die Abrechnung darf nicht von der nachträglichen Bewertung einer individuellen Versorgungsentscheidung abhängig gemacht werden.

Für Apotheken ist außerdem die technische Umsetzung von besonderer Bedeutung. Neue Datenfelder müssen in Warenwirtschaftssystemen, Rechenzentrumsverfahren sowie bei Datenannahme und -prüfung der Krankenkassen einheitlich implementiert werden. Der Entwurf berücksichtigt den damit verbundenen einmaligen Anpassungs-, Test- und Einführungsaufwand nicht hinreichend. Eine Verpflichtung vor Abschluss der fachlichen und technischen Spezifikationen wäre nicht sachgerecht.

Wir fordern deshalb vorrangig, auf die zusätzliche regelhafte Übermittlung von Mehrnutzen- und Merkmalsangaben zu verzichten. Unabhängig davon ist die Beteiligung der Apothekerschaft bei der Festlegung der Abrechnungsrichtlinien nach § 302 Absatz 2 SGB V zu stärken. Die derzeitige einseitige Festlegung durch den GKV-Spitzenverband trägt der unmittelbaren Betroffenheit der Leistungserbringer nicht ausreichend Rechnung. Die maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer sollen die Vorgaben im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband ausgestalten; mindestens ist ein gesetzlich abgesichertes Benehmen vorzusehen.

Sollte an der Mehrkostenübermittlung festgehalten werden, müssen zuvor Inhalt, Zweck und zulässiger Umfang der Angaben gesetzlich hinreichend bestimmt, bundeseinheitliche technische Spezifikationen vereinbart, die notwendigen Anpassungskosten realistisch ermittelt und eine angemessene Entwicklungs-, Test- und Einführungsphase vorgesehen werden. Die Pflicht darf erst nach nachgewiesener technischer Betriebsbereitschaft greifen.

3. § 71d SGB V – Schiedsstelle, Verordnungsermächtigungen

Wir begrüßen, dass die Regelungen zur Schiedsstelle in einem zentralen Paragraphen gebündelt beschrieben werden. Die in 71d Absatz 1 explizit genannten Normen, nach denen die Schiedsstelle bei ganz oder teilweise nicht getroffenen Vereinbarungen tätig werden soll, ist jedoch nicht vollständig. So werden beispielsweise nur „§ 129 Absatz 2, 5c, 5d, 5e und 5h“ genannt. Schaut man in die Regelungen des § 129 SGB V hinein, wird darüber hinaus auch in § 129 Absatz 4, Absatz 5f und Absatz 7 SGB V auf ein Tätigwerden der Schiedsstelle hingewiesen. Auch weichen teilweise die jeweiligen Fristen von den in § 71d Absatz 1 genannten drei Monaten ab.

Wir schlagen daher klarstellend vor, die Voraussetzung zu ergänzen, dass die Ermächtigungsnorm für diesen Fall die Entscheidung der Schiedsstelle vorsieht und dass die Festlegung nur dann innerhalb von drei Monaten erfolgt, sofern in der Ermächtigungsnorm keine andere Frist bestimmt wurde.

4. Digitalisierung und Bürokratierückbau

4.1 § 334 Absatz 3 SGB V – Elektronische Verordnung und elektronischer Kostenvoranschlag / Telematikinfrastruktur

Nach § 334 Abs. 3 SGB V kann die Gesellschaft für Telematik über die bereits gesetzlich vorgesehenen Anwendungen hinaus Festlegungen und Maßnahmen zu zusätzlichen Anwendungen der Telematikinfrastruktur treffen. Die vorgesehene Übertragung weiterer versorgungsrelevanter Verfahren auf die Telematikinfrastruktur ist grundsätzlich zu begrüßen, muss jedoch voraussetzen, dass die erforderlichen Schutzziele eingehalten und geeignete Rückfallmechanismen gewährleistet werden. Dies gilt insbesondere dann, wenn bislang bestehende parallele Übermittlungs- und Kommunikationswege zugunsten der Telematik-infrastruktur entfallen. Mit zunehmender Zentralisierung steigt die Abhängigkeit der Versorgung von der Verfügbarkeit und Funktionsfähigkeit der Telematikinfrastruktur.

4.2 § 299 Absatz 1b SGB V – Once-Only-Prinzip und zentrale Datenannahme

§ 299 Abs. 1b SGB V sieht vor, die Datenübermittlung für Zwecke der Qualitätssicherung bis Ende 2029 zu vereinheitlichen und nach dem Once-Only-Prinzip und einem One-Stop-Shop-Verfahren auszugestalten.

Wir fordern, das Once-Only-Prinzip konsequent umzusetzen und sicherzustellen, dass bereits vorliegende Daten nicht erneut bei Apotheken oder anderen Leistungserbringern erhoben oder von diesen erneut übermittelt werden müssen. Wo erforderliche Daten bereits in geeigneter Form vorliegen, müssen diese grundsätzlich weitergenutzt werden, anstatt neue Meldepflichten für Leistungserbringer zu schaffen.

4.3 §§ 394a, 394b SGB V – Zukunftsfonds digitale Gesundheit / Digital Health Council

Bei der Ausgestaltung des Zukunftsfonds muss sichergestellt werden, dass die gesamte ambulante Versorgung angemessen berücksichtigt wird. Hierzu gehören ausdrücklich auch die öffentlichen Apotheken. Sie sind ein flächendeckender und niedrigschwellig erreichbarer Bestandteil der ambulanten Versorgung und über zahlreiche Anwendungen unmittelbar in die Telematikinfrastruktur und digitale Versorgungsprozesse eingebunden. Digitale Anwendungen, interoperable Prozesse und eine leistungsfähige und sichere IT-Infrastruktur in Apotheken sind daher wesentliche Voraussetzungen für funktionierende digitale Versorgungsketten.

Vor diesem Hintergrund muss die Apothekerschaft sowohl bei der Festlegung der Rahmenbedingungen des Zukunftsfonds als auch bei den Entscheidungen über die Förderung angemessen vertreten sein. § 394b Abs. 3 SGB V sieht derzeit vor, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und die Gesellschaft für Telematik die inhaltliche Ausgestaltung der Rahmenvorgaben gemeinsam vereinbaren. Wir fordern, die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker gleichberechtigt in diese Vereinbarung einzubeziehen.

Entsprechendes gilt für den Digital Health Council nach § 394b Abs. 4 SGB V. Auch dort muss die Apothekerschaft mit einem eigenen Sitz vertreten sein. Das Gremium entscheidet über die Bewilligung und Bewertung von Fördervorhaben, die unter anderem digitale Anwendungen, Interoperabilität, Telematikinfrastruktur und IT-Sicherheit betreffen. Diese Bereiche haben unmittelbare Auswirkungen auf die Arbeitsabläufe und die Versorgung in öffentlichen Apotheken.

Eine angemessene Beteiligung der Apothekerschaft ist deshalb erforderlich, damit ihre praktische Versorgungsperspektive bereits bei der Auswahl und Bewertung der geförderten Vorhaben berücksichtigt wird.

4.4 § 371 Absatz 1 Nr. 2 SGB V – Schnittstellen

Mit der vorgesehenen Streichung des § 371 Abs. 1 Nr. 2 SGB V entfällt die bisherige gesetzliche Verpflichtung in die dort erfassten informationstechnischen Systeme eine offene und standardisierte Schnittstelle für elektronische Programme, die für die Verordnung von Arzneimitteln zugelassen sind, zu integrieren. Die Gesetzesbegründung rechtfertigt dies damit, dass die Schnittstelle bislang keinen relevanten Markt für externe Verordnungssoftware geschaffen habe und aufgrund der tiefen Integration der Arzneimittelverordnung in Praxisverwaltungssysteme auch künftig nur geringe wettbewerbliche Relevanz erwarten lasse.

Der Wegfall dieser konkreten gesetzlichen Schnittstellenverpflichtung darf jedoch nicht zu proprietären Abhängigkeiten oder neuen Interoperabilitätshürden bei digitalen Verordnungsprozessen führen. Es muss weiterhin gewährleistet sein, dass Verordnungsprozesse systemübergreifend, diskriminierungsfrei und auf Grundlage verbindlicher interoperabler Standards funktionieren. Dies ist insbesondere mit Blick auf nachgelagerte Versorgungsprozesse und den elektronischen Informationsaustausch mit Apotheken von Bedeutung.

4.5 § 197a Absatz 1a/3a SGB V – KI/Fehlverhaltensbekämpfung

Bei der in § 197a Abs. 1a/3a SGB V vorgesehene Nutzung automatisierter Anwendungen zur Datenverarbeitung soll jedoch sichergestellt werden, dass der Einsatz solcher Systeme transparent und nachvollziehbar erfolgt und die zugrunde liegenden Daten eine hinreichende Qualität aufweisen. Insbesondere dürfen automatisiert gewonnene Hinweise nicht ohne eine fachliche Prüfung des konkreten Einzelfalls zu belastenden Maßnahmen gegenüber Leistungserbringern führen. Entscheidungen mit nachteiligen Folgen müssen weiterhin einer menschlichen Überprüfung und Bewertung unterliegen.

5. Ergänzende Anmerkungen

5.1 Zuzahlungsinkasso auf Krankenkassen verlagern

Der Gesetzentwurf setzt an verschiedenen Stellen wichtige Impulse für einen Bürokratierückbau bei den Leistungserbringern. Dieser Ansatz sollte im weiteren Gesetzgebungsverfahren konsequent fortgeführt und auch auf vermeidbare administrative Belastungen bei der Arzneimittelversorgung erstreckt werden. Ein erhebliches Entlastungspotenzial besteht insbesondere bei der Erhebung gesetzlicher Zuzahlungen.

Öffentliche Apotheken sind derzeit verpflichtet, gesetzliche Arzneimittelzuzahlungen bei den Versicherten einzuziehen, obwohl die vereinnahmten Beträge im Rahmen der Abrechnung auf den Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse angerechnet werden. Für die Erhebung der Zuzahlungen besteht kein gesonderter Vergütungsanspruch. Der damit verbundene Aufwand ist erheblich: Apotheken zogen im Jahr 2024 Arzneimittelzuzahlungen in Höhe von rund 2,555 Milliarden Euro ein. Die durchschnittliche Zuzahlung betrug 3,33 Euro pro Packung. Dieser Einzug kleiner Beträge verursacht einen erheblichen administrativen Aufwand und Zusatzkosten für Zahlungsvorgänge und Bargeldmanagement, die Prüfung und Dokumentation von Zuzahlungsbefreiungen sowie gegebenenfalls Rechnungsstellung und Kassenprozesse.

Diese Tätigkeiten schaffen keinen zusätzlichen pharmazeutischen Versorgungsnutzen. Sie binden vielmehr personelle und zeitliche Ressourcen, die gerade angesichts des Fachkräftemangels für die Beratung der Patientinnen und Patienten, das Medikationsmanagement und weitere pharmazeutische Aufgaben benötigt werden. Bei offenen Forderungen

kommen zusätzliche administrative Aufwände und Ausfallrisiken hinzu.
Dies wird künftig noch stärker ins Gewicht fallen, wenn die gesetzlichen Zuzahlungen steigen oder weitere Zuzahlungstatbestände hinzukommen. Eine Erhöhung der Zuzahlungen führt nicht nur zu höheren finanziellen Belastungen für die Versicherten, sondern erhöht auch den Aufwand der Apotheken für Zahlungsabwicklung, Information und Kommunikation sowie das mit der Einziehung verbundene wirtschaftliche Risiko.

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker hat sich daher dafür ausgesprochen, die rechtlichen Rahmenbedingungen, insbesondere §§ 43c Abs. 1 und 61 S. 4 SGB V, so anzupassen, dass gesetzliche Zuzahlungen künftig nicht mehr durch die Leistungserbringer, sondern unmittelbar durch die gesetzlichen Krankenkassen erhoben werden.

Die Einziehung gesetzlicher Zuzahlungen sollte grundsätzlich der Krankenkasse als derjenigen Stelle obliegen, der die Zuzahlung wirtschaftlich zugutekommt. Arzneimittelabgabe und Einziehung der gesetzlichen Zuzahlung könnten dadurch organisatorisch voneinander getrennt werden. Die öffentlichen Apotheken würden von versorgungsfremden Inkasso- und Verwaltungsaufgaben entlastet und könnten ihre personellen Ressourcen stärker für ihren heilberuflichen Versorgungsauftrag einsetzen.

Die Regelung in § 302 SGB V-E könnte Anpassungen an Apothekenverwaltungssystemen und Abrechnungsdienstleistungen erforderlich machen. Insbesondere die Erweiterung der elektronisch zu übermittelnden Angaben muss technisch eindeutig und ohne zusätzliche manuelle Erfassungs- oder Dokumentationsschritte umgesetzt werden können. Wir fordern daher verbindliche technische Standards, ausreichende Umsetzungsfristen, eindeutige Datenfelder und die konsequente Vermeidung von Mehrfacherfassungen und Mehrfachübermittlungen. Technische Vorgaben müssen rechtzeitig vor ihrem verpflichtenden Einsatz feststehen, damit Softwareanbieter und Leistungserbringer die erforderlichen Anpassungen verlässlich umsetzen können.

Die Regelung in § 302 SGB V-E könnte Anpassungen an Apothekenverwaltungssystemen und Abrechnungsdienstleistungen erforderlich machen. Insbesondere die Erweiterung der elektronisch zu übermittelnden Angaben muss technisch eindeutig und ohne zusätzliche manuelle Erfassungs- oder Dokumentationsschritte umgesetzt werden können. Wir fordern daher verbindliche technische Standards, ausreichende Umsetzungsfristen, eindeutige Datenfelder und die konsequente Vermeidung von Mehrfacherfassungen und Mehrfachübermittlungen. Technische Vorgaben müssen rechtzeitig vor ihrem verpflichtenden Einsatz feststehen, damit Softwareanbieter und Leistungserbringer die erforderlichen Anpassungen verlässlich umsetzen können.

Wir fordern daher, das laufende Gesetzgebungsverfahren zu nutzen und die gesetzlichen Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass auch die Erhebung von Arzneimittelzuzahlungen künftig unmittelbar durch die gesetzlichen Krankenkassen erfolgt. Insbesondere sollten die Regelungen der §§ 43c Abs. 1 und 61 S. 4 SGB V entsprechend angepasst werden. Damit würde der im Gesetzentwurf für die Hilfsmittelversorgung bereits angelegte Entlastungsgedanke konsequent weitergeführt und ein nachhaltiger Beitrag zum Bürokratierückbau in öffentlichen Apotheken geleistet.