

STELLUNGNAHME

der

ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V.

zum

**Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung
der Beitragssätze in der Gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)**

(BT-Drs. 21/6130)

vom 18. Juni 2026

Grundsätzliches

Mit dem GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz 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. Der Bundesrat hat in seiner Stellungnahme vom 12. Juni 2026 ebenfalls eine solche zusätzliche finanzielle Belastung der Apotheken durch Erhöhung des Abschlags abgelehnt (BR-Drs. 256/26, Seite 21).

Die Apotheken haben angesichts der von 2013 bis Mitte 2026 unterbliebenen Anpassung des Packungsfixums an die zwischenzeitlichen Kostensteigerungen bereits in den letzten Jahren erhebliche Sparbeiträge in Milliardenhöhe zugunsten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht. Seitens der Regierungskoalition ist dies anerkannt und soll durch die kürzlich beschlossene Erhöhung des Packungsfixums zumindest partiell ausgeglichen werden. Selbst dieser partielle Ausgleich erfolgt aber lediglich zeitlich gestaffelt. Mit dem jetzigen Gesetz soll hingegen durch die Erhöhung des Apothekenabschlags eine weitere Reduzierung der Apothekenhonorierung erfolgen, die direkt auf das Betriebsergebnis durchschlagen wird. Eine derartige Konterkarierung der im Koalitionsvertrag vereinbarten Maßnahmen wird seitens der ABDA strikt abgelehnt. Sie würde im Ergebnis darauf hinauslaufen, den Apotheken eine dringend notwendige strukturelle Stärkung zunächst in Aussicht zu stellen, sie aber zugleich durch eine neue Abschlagserhöhung wieder teilweise zu neutralisieren. Dies wäre kein tragfähiger Beitrag zur Stabilisierung der flächendeckenden Arzneimittelversorgung. Die Apotheken benötigen eine verlässliche Verbesserung ihrer wirtschaftlichen Rahmenbedingungen; ein gesetzgeberisches „Geben und Wieder-Nehmen“ würde demgegenüber weder Planungssicherheit schaffen noch den erklärten politischen Zielen einer Stärkung der Apotheken vor Ort gerecht werden.

Nachstehend nehmen wir zu einzelnen apothekenrelevanten Inhalten des Gesetzentwurfs Stellung.

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 erst jetzt – nach einer Zeitspanne von 13 Jahren – erstmals wieder erhöht wurde (allerdings bei weitem nicht in Höhe der zwischenzeitlichen Inflation und Kostenentwicklung der Apothekenbetriebe). 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 weit hinten. Die ABDA fordert nachdrücklich die Streichung der vorgesehenen Erhöhung des Abschlags. Der Bundesrat verweist in seiner bereits einleitend zitierten Stellungnahme zutreffend auf die seit Jahren rückläufige Zahl der Apotheken, die angespannte wirtschaftliche Lage vieler Betriebe, steigende Personal-, Energie- und Betriebskosten sowie das seit 2013 unveränderte Fixum der Apothekenvergütung. Diese Erwägungen entsprechen der Bewertung der ABDA.

Die vorgesehene Erhöhung des Apothekenabschlags darf im weiteren Gesetzgebungsverfahren nicht als Bestandteil eines politischen Ausgleichs mit einer künftigen Erhöhung des Apothekenfixums verstanden oder relativiert werden. Aus Sicht der ABDA wäre eine solche Verknüpfung keine tragfähige Lösung. Die Apotheken benötigen eine echte strukturelle Stärkung ihrer Vergütung. Eine Erhöhung des Fixums würde ihren Zweck verfehlen, wenn sie zugleich durch eine Erhöhung des Apothekenabschlags teilweise wieder abgeschöpft würde. Die Erhöhung des Apothekenabschlags käme wirtschaftlich einer unmittelbaren Absenkung der Apothekenvergütung gleich und würde die mit der Erhöhung des Apothekenfixums bezweckte Stärkung der Apotheken vor Ort teilweise wieder aufzehren. Maßgeblich muss vielmehr sein, die wirtschaftliche Grundlage der Apotheken nachhaltig zu stabilisieren und die flächendeckende, wohnortnahe Arzneimittelversorgung verlässlich zu sichern.

Die jährlichen Milliardendefizite der Krankenkassen lassen sich darüber hinaus nicht durch Einsparungen im Bereich der Apotheken ausgleichen, wenn dadurch die durch die Apotheken sichergestellte Versorgungsstruktur angegriffen wird. Es ist außerdem zu beachten, dass die Apotheken auch durch andere Maßnahmen des Gesetzentwurfs erheblich belastet werden, obwohl 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 ohne zeitliche Begrenzung 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 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 Ausweichentwicklungen 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 heilmittelwerberechtl. 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 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.

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 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 finanzielle Entlastungswirkung kommt ausschließlich den Krankenkassen zugute. Die aktuelle Regelung sichert Apotheken dabei 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. Diese können auch im Falle strittiger Berechnungen der korrekten Höhe des Herstellerabschlags, die gerade bei der Neueinführung des dynamischen Herstellerabschlags nicht auszuschließen sind, entstehen.

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.

Es ist dementsprechend sachgerecht, zu einer unmittelbaren Abrechnung der Herstellerabschläge zwischen der jeweiligen Krankenkasse und dem pharmazeutischen Unternehmer überzugehen. Mit ihrer Abrechnung gegenüber der jeweiligen Krankenkasse stellen die Apotheken dieser die für diese Direktabrechnung notwendigen Abgabedaten zur Verfügung.

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 ABDA fordert vorrangig, von einer Erhöhung des Apothekenabschlags vollständig abzusehen. Sollte der Gesetzgeber entgegen dieser Forderung an einer Änderung festhalten, darf diese aus abrechnungstechnischen Gründen jedenfalls nur zum Ersten eines Monats (frühestens zum 1. Januar 2027) in Kraft treten.

Auch 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, frühestens drei Monate nach der Verkündung (und zwar jedenfalls zum Monatsanfang) erfolgen.