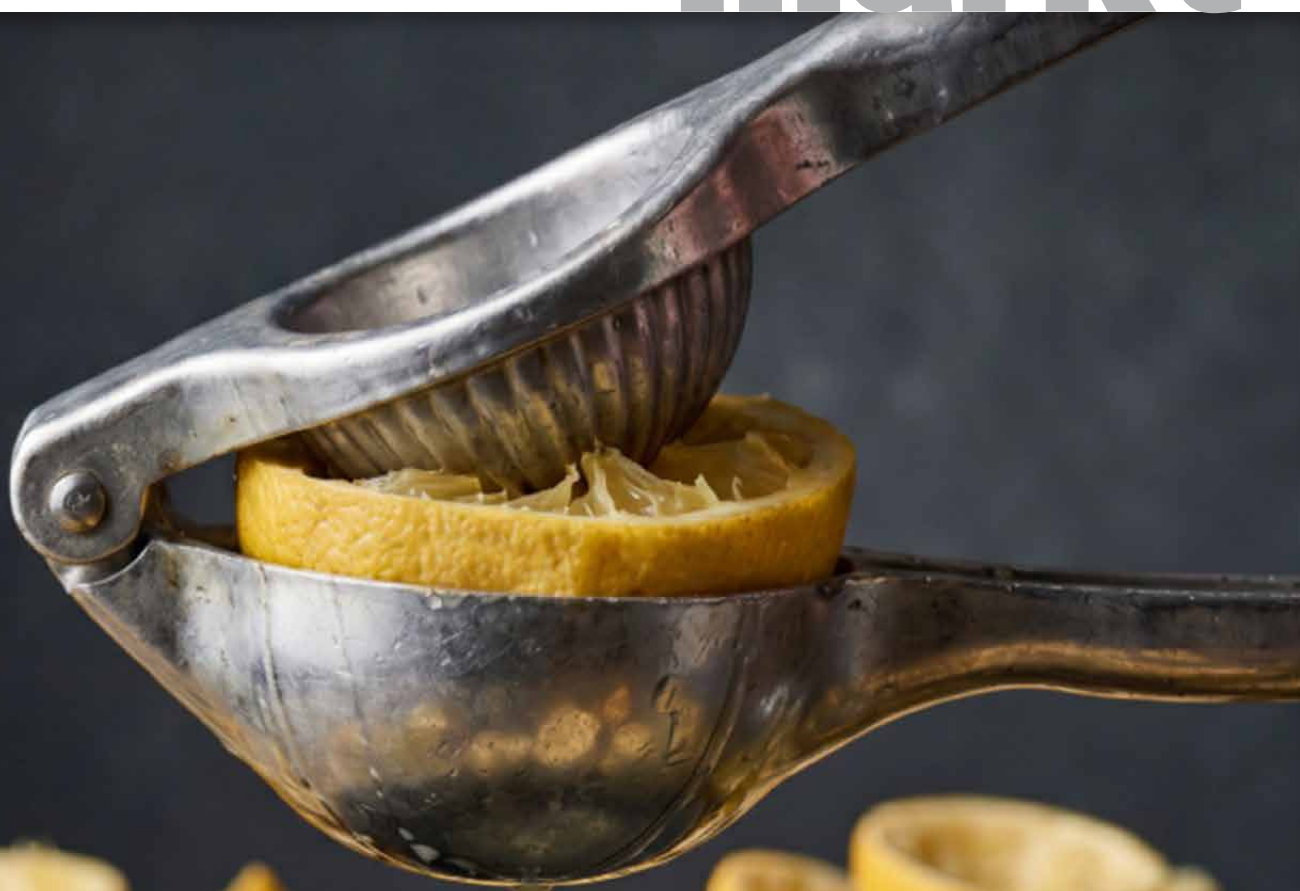


apotheken markt



Ärzte versus Apotheker
Der Kampf um die
Primärversorgung

**Pharmazeutische
Dienstleistungen 2.0**
Zwischen politischem Ausbau,
Finanzierungsfragen und
internationalem Vergleich

GKV-Beitragssatz- stabilisierungsgesetz und Co.

Mehr Belastungen für Pharma, Be- und Entlastungen für Apotheken



Danke allen teilnehmenden Apotheken für ihr Vertrauen!

Wir freuen uns sehr über diese Anerkennung und Wertschätzung. Es bestärkt uns darin, dass unser eingeschlagener Weg, mit dem Ziel die Zukunft der Vor-Ort-Apotheken erfolgreich zu gestalten, richtig ist.

AVIE
Apotheken mit System

Editorial

Liebe Leserin, lieber Leser,

dass nach turbulenter Schlussphase nunmehr verabschiedete Beitragssatzstabilisierungsgesetz ist keine zukunftsweisende Reform, sondern mal wieder das Musterbeispiel eines Spargesetzes, dass an bekannten Stellschrauben dreht, Löcher stopft, aber keine verlässliche Strukturen schafft. Auch weil es weiterhin die staatliche Verantwortung für ein Großteil des Defizites der GKV den Beitragszahlern und den Leistungserbringern aufbürdet.

Die Kassenfunktionäre haben es geschafft, in Politik und Gesellschaft ein Narrativ zu verbreiten, nachdem die Kosten für die Arzneimittelversorgung ein Fass ohne Boden sind und Leistungserbringer als Profiteure der Krankheit der Patienten darstellt. Natürlich verdienen Ärzte, Apotheken, Krankenhäuser und pharmazeutische Unternehmen alle Geld. Der Blick auf den Wert eines Arzneimittels oder einer medizinischen Leistung ist unterschiedlich. Für den Patienten bedeutet es Heilung, Gesundheit oder zumindest ein bestmögliches Leben mit einer chronischen Erkrankung. Für die Kostenträger sind es Ausgaben, bezahlt von den durch sie verwalteten Beiträge der Versicherten und der Arbeitgeber.

Das strukturelle Problem der GKV-Finanzierung sind jedoch nicht die Einnahmen der Leistungserbringer. Seit Jahren entzieht sich der Staat entgegen geltendem Recht seiner sozialpolitischen Verantwortung, die Kosten für Grundsicherungsempfänger und für sonstige versicherungsfremde Leistungen vollständig zu übernehmen. Die nun beschlossenen Maßnahmen in diese Richtung sind nur wenige Tropfen auf den heißen Stein. Stattdessen dreht man weiter an der bekannten und bequemen Stellschraube der Zwangsabschläge für pharmazeutische Unternehmen und Apotheken.

Anders als üblich werden diese für die erklärte kurzfristige Stabilisierung der Beiträge in 2027 bis zu einer strukturellen Reform ab 2028 nicht zeitlich befristet, sondern schon heute dauerhaft angelegt. 15,5%, statt 7% für nicht festbetragsgebundene Rx-Arzneimittel, zusätzliche 9% für Impfstoffe, 1,5% zusätzlicher Mengenrabatt pro 100 Mio. Euro Umsatzschwelle sind kein „temporärer Solidarbeitrag“. Dieser massive Eingriff wird strukturelle Folgen haben, wenn nicht die eigentliche Strukturreform ursachengerechte Antworten findet. Die FinanzKommission Gesundheit wird Ende des Jahres ihren zweiten Bericht dazu vorlegen auf dessen Basis in 2027 eine nachhaltige Antwort für die 10, 15, 20 oder mehr Jahre ab 2028 gefunden werden muss.

Dauerhaft die Leistungserbringer mit sich gegenseitig verstärkenden Mechanismen aus verschiedenen Zwangsabgaben zur Kasse zu bitten, ist gesundheitspolitisch, wirtschaftspolitisch und ordnungspolitisch weder sachgerecht noch zielführend. Diese Zitrone ist ausgepresst.

Herzlichst

Ihr



Edwin Kohl

Inhalt

04	GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz und Co.
	Mehr Belastungen für Pharma, Be- und Entlastungen für Apotheken von Karsten Wurzer
08	Ärzte versus Apotheker
	Der Kampf um die Primärversorgung
10	Pharmazeutische Dienstleistungen 2.0
	Zwischen politischem Ausbau, Finanzierungsfragen und internationalem Vergleich von Annabelle Bieringer
12	kurz und bündig
13	Cannabis
	Apotheken fordern stärkere Rolle und strengere Regeln
14	Leben mit Stil



GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz und Co.

Mehr Belastungen für Pharma, Be- und Entlastungen für Apotheken

Von Karsten Wurzer

Mit dem unter hohem politischem Druck am 10. Juli 2026 vom Bundestag beschlossenen und noch am selben Tag vom Bundesrat gebilligten GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz reagiert der Gesetzgeber auf die angespannte Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Hintergrund des Spargesetzes ist eine vom Gesundheitsministerium für 2027 erwartete Finanzierungslücke von bis zu 19 Milliarden Euro. Ein breit aufgelegtes Solidarpaket wollte die kurzfristige Deckung der Finanzierungslücke bis zu den eigentlichen Strukturreformen auf breite Schultern verteilen und die Beitragssätze stabil halten. Während jedoch die pharmazeutische Industrie gleich an mehreren Stellen unverhältnismäßig und dauerhaft belastet wird, stiehlt sich der Bund weiter aus seiner Finanzierungsverantwortung. Für die Apotheken ist es hingegen ein Nehmen und Geben.

Massiver Herstellerabschlag als Kernmaßnahme

Für die Arzneimittelversorgung zählt das aktuelle Spargesetz zu den tiefgreifendsten Kostendämpfungspaketen der vergangenen Jahre. Besonders betroffen sind – mal wieder – die pharmazeutischen Unternehmen. Die wichtigste Maßnahme des BStabG im Arzneimittelbereich ist die Anhebung des gesetzlichen Herstellerabschlags. Die ursprünglich geplante Erhöhung um 3,5 % und dann auf der Basis von 10,5 % dynamische Mechanismus wurde im parlamentarischen Verfahren durch einen festen und dauerhaften Abschlag für nicht festbetragsregelte Arzneimittel von 15,5 Prozent ersetzt. Damit soll ab dem 01.01.2027 ein



wirksamer Beitrag zur Ausgabenbegrenzung erzielt werden. Die Dynamisierung in Abhängigkeit von Plan- und Ist-Ausgaben galt unter allen Experten schnell als zukünftig nicht planbare Belastung und massives Hindernis für künftige Investitionsentscheidungen der Industrie.

Allerdings führt auch der pauschale Abschlag zu einer zusätzlichen milliardenschweren Belastung und die Warnung vor negativen Folgen für Innovationen, Investitionen und die Attraktivität des Forschungsstandorts Deutschland bleibt unverändert bestehen.

Weitere verschärfte Einschnitte bei Arzneimitteln

Bei der nicht unerhebliche Produktgruppe der Impfstoffe ist eine neue Abschlagsregelung vorgesehen, die sich am durchschnittlichen Preis in mehreren europäischen Vergleichsstaaten orientiert. Für patent- oder unterlagen-

geschützte Impfstoffe soll zusätzlich ein weiterer Abschlag in Höhe von 9 Prozent gelten. Zudem wird das Preismoratorium mit dem maßgeblichen Preisstand 1. Juni 2026 bis zum 31. Dezember 2030 verlängert.

Auch die schon heute bestehende Möglichkeit Preis-Mengen-Regelung auszuhandeln, wird verschärft und wird zukünftig verpflichtend mengenbezogene Vereinbarungen enthalten müssen. Kommt zu diesen Aspekten keine Einigung zustande, wird eine gesetzlich definierte Anpassung des Erstattungs Betrags vorgenommen. In den Änderungsanträgen wurde vorgeschlagen und final auch beschlossen den Rabatffaktor pro überschrittenen 100 Mio. Euro Umsatz von 1 % auf 1,5 % zu erhöhen.

Darüber hinaus wird der GKV-Spitzenverband befähigt Rabattverträge auch wirkstoffübergreifend für therapeutisch gleichwertige bzw. vergleichbare Arzneimittel schließen zu können.

Kritik der Pharmaindustrie

Die Industrie warnt allerdings davor, dass all dies den Wettbewerb stärker auf Kosten als auf therapeutischen Nutzen ausrichten wird und sieht im Gesetz eine einseitige Lastenverteilung. Während die Bundesregierung argumentiert, dass alle Akteure des Gesundheitswesens einen Beitrag zur Stabilisierung der GKV leisten müssten, bemängelt der vfa, dass insbesondere innovative Arzneimittelhersteller überproportional belastet würden.

Aus Sicht der Branche drohen geringere Investitionen in Forschung und Entwicklung sowie eine Schwächung des Standorts Deutschland. Es ist quasi das Gegenteil dessen, was der pharmazeutischen Industrie im bisherigen Pharmadialog versprochen wurde, und steht dem Willen der Bundesregierung entgegen, Pharma auch mit Blick auf die Diskussion der gesamtgesellschaftlichen Resilienz zu stärken und als Leitindustrie zu fördern.

So ist dieses Gesetz für den Vorstandsvorsitzenden von Pharma Deutschland, Jörg Wiczorek „kein Beitrag zur Stabilisierung der GKV, sondern ein Beitrag zur Destabilisierung des Wirtschaftsstandortes Deutschland und ein Schock für die Branche.“

Signal beim „Deutschlandrabatt“

Von besonderer Bedeutung für die Pharmaunternehmen ist die vor der 2./3. Lesung und Beschluss des Bundestages aufgekommene Diskussion des „Deutschlandrabattes“. Darin wird anerkannt, dass die nun beschlossenen Eingriffe kurzfristig zur Stabilisierung der GKV-Finzen beitragen sollen, wenngleich die aufgezeigten Rabatte im Spargesetz nicht befristet angelegt sind. Auf einen sofortigen sogenannten „Deutschlandrabatt“ konnte man sich wegen der Komplexität

und mit Blick auf europarechtliche Fragen für den Moment nicht einigen und nahm die Frage kurzerhand aus der am Spargesetz heraus. In einem Entschließungsantrag zum Beschluss des Spargesetzes hat das Parlament die Bundesregierung nunmehr aufgefordert bei der kommenden eigentlichen Strukturreform einen Nachlass auf den gesetzlichen Herstellerabschlag für Unternehmen zu berücksichtigen, um „die Arzneimittelproduktion in Deutschland sowie relevante Investitionen in den Pharmastandort im Interesse von Wertschöpfung, tarifgebundener Beschäftigung und resilienter Versorgung durch finanzielle Anreize zu fördern“.

Dies soll im Rahmen des Pharma- und Medizintechnikdialoges innerhalb einer weiteren Kommission u.a. aus Sachverständigen, Industrievertretern und den Fachberichterstatteern der Koalitionsfraktionen erfolgen. Definierte Voraussetzungen sind der Einklang mit europa- und handelsrechtlichen Vorgaben und die Wahrung der Beitragssatzstabilität.

Für die Pharmaindustrie ist dieser Entschließungsantrag deshalb politisch bedeutsam, weil er die Perspektive hat, dass die aktuelle Verschärfung der Herstellerabschläge nicht das letzte Wort bleibt. Die Diskussion zeigt, dass die gesundheitspolitisch und haushalterisch motivierte Kostendämpfung nicht losgelöst von wirtschafts- und standortpolitischen Überlegungen gesehen werden kann und bereits begonnen hat.

Breite Kritik am Bund

Eine breite Front an Kritikern von Kostenträgern, Leistungserbringern und auch der Länder stellt sich bislang vergeblich gegen den Bund und seinen „Anteil“ an der Finanzierungslücke, die jetzt andere stopfen sollen. Seit gut

10 Jahren kommt er seiner Verpflichtung nicht nach, die Gesundheitskosten für Bürgergeld-/Grundsicherungsempfänger sowie für die sonstigen versicherungsfremde Leistungen vollständig auszugleichen. Die Beseitigung dieser sozial- und familienpolitisch motivierten Unterdeckung des beitragsfinanzierten GKV-Systems zu Lasten der Arbeitnehmer, Arbeitgeber und letztlich auch der Leistungserbringer lässt weiter auf sich warten. Auch die Finanzkommission Gesundheit hatte diese Maßnahme im Wert von ca. 12 Mrd. Euro in ihren Vorschlägen. Allein der Finanzminister lehnte es mit Blick auf den Gesamthaushalt 2027 kategorisch ab.

Neben dem Blick auf einige Landtagswahlen im Herbst, war es auch der Haushaltsentwurf für 2027 und die nach der Sommerpause im September folgenden Haushaltswochen im Parlament, weshalb Kanzler Merz sowie der Vizekanzler und Finanzminister Klingbeil koalitionsintern die Maßgabe ausriefen, bis zur Sommerpause das Spargesetz durchs Parlament zu bringen. Zudem tagt jedes Jahr bis zum 15. Oktober für das jeweilige Jahr und für das Folgejahr der sogenannte Schätzerkreis beim Bundesamt für soziale Sicherung und blickt auf die voraussichtlichen Einnahmen und Ausgaben der Krankenkassen. Die Schätzung für das Folgejahr dient als Grundlage für die Festlegung der ➤



Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes, der ja ausweislich stabil gehalten werden soll.

Die Gesundheitsbranche und nicht wenige Fachpolitiker hätten sich aufgrund der Komplexität jedoch etwas mehr Zeit für Diskussion und Beratung gewünscht. Schließlich greift das Gesetz erst ab dem 01.01.2027

Apotheken - ein Nehmen und Geben

Mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz wurde auch der Apothekenabschlag von bisher 1,77 Euro auf 2,07 Euro pro verschreibungspflichtige Packung mal wieder angehoben. Dieser greift ebenfalls ab Januar 2027 und ist, wie für die Hersteller auch, als dauerhafte Maßnahme angelegt. Damit wird der wirtschaftlichen Stärkung der Vor-Ort-Apotheken wieder ein Teil genommen. Bei einer durchschnittlichen Apotheke mit 46.000 Rx-Packungen p.a. bedeutet das ein Minus von knapp 14.000 Euro.

Außerhalb des Beitragssatzstabilisierungsgesetzes hat der Gesetzgeber bzw. die Bundesregierung mit dem Apothekenversorgung-Weiterentwicklungsgesetz (ApoVWG) und der Novellierung der Apothekenbetriebsordnung

und weiterer Verordnungen zahlreiche Versprechen und Maßnahmen aus dem Koalitionsvertrag umgesetzt.

Darunter die lang ersehnte Honorarerhöhung auf 9,00 Euro pro Packung ab dem 01. Juli 2026 und auf 9,50 Euro ab dem 01. Januar 2027 mit künftiger Verhandlungslösung ab 2028. Allein damit bleibt der Apotheke unter dem Strich wenn auch nur ein leichtes finanzielles Plus. Nach einer ersten Modellrechnung des Wirtschaftsexperten Christian Meyer (Zukunftswerk) für eine Durchschnittsapotheke mit rund 40.000 GKV-Rx-Packungen und 7.500 PKV-Packungen pro Jahr führt die Anhebung des Packungsfixums auf 9 Euro im zweiten Halbjahr 2026 zu einem zusätzlichen Ertrag von rund 15.400 Euro. Für das erste Halbjahr 2027 errechnet sich ein weiterer Ertragszuwachs von rund 22.000 Euro gegenüber dem Vorjahreszeitraum.

Verhandeln über künftige Honoraranpassungen

Nach Jahren des starren Fixums und fehlender Anpassungen an die Kostenentwicklung gibt es für das Apothekenhonorar erstmals ein regelhaftes Verhandlungssystem zwischen den Apotheken mit seinem Wirtschaftsverband DAV und dem Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV-SpiBu). Ziel ist eine regelmäßige

Anpassung des Honorars an die Kostenentwicklung der Apotheken mit zusätzlichem Blick auf den Verbraucherpreisindex, die wirtschaftliche Betriebsführung aber auch der Beitragssatzstabilität.

Bis zum Schluss wurde politisch darum gerungen, dass die künftigen Verhandlungen nicht nur den Fixzuschlag betreffen, sondern letztlich dann auch den prozentualen Anteil berücksichtigen sollen. Schließlich wird über diesen schon immer die Kapitalbindung und das Lagerrisiko berücksichtigt, die bei zunehmender Tendenz zu Hochpreisen wirtschaftliche Bedeutung haben. Wichtig dabei ist die Tatsache, dass jegliche Verhandlungslösung die variable Marge von 3 % nicht unterschreiten darf.

Die Verhandlungslösung ist in ihrer Anlage jedoch mit Nichten ein Automatismus für stetig steigende Honorare. Die GKV wird im Sinne einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik die Taschen eher zugeknöpft haben und die Apothekerschaft muss sich auf harte Verhandlungen bis hin zu einer Schiedsspruchlösung bei Nichteinigung einstellen.

Skonto is back

Mit seinem Urteil Anfang 2024 hatte der Bundesgerichtshof (BGH) die Deckelung des Skontos auf die variable Pannne von 3,15 % entschieden, mit finanziellen Folgen für die Apotheken. Die Regierungskoalition aus CDU und SPD hatte zur wirtschaftlichen Stärkung der Apotheke eine neuerliche Freigabe über eine klare Regulierung schon im Koalitionsvertrag stehen. Mehr Geld für die Apotheken ohne dafür zahlen zu müssen, scheitert natürlich nicht am politischen Willen.

Nun sind die ersehnten handelsüblichen Skonto auf Rx-Arzneimittel wieder möglich, sofern im Gegenzug eine vor Fälligkeit geleistete Zahlung gewährt wurde. Das Skonto ist auch



dann zulässig, wenn der Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmens plus Festzuschlag (73 cent) und Umsatzsteuer unterschritten wird.

Wieviel die komplette Skontofreigabe den Apotheken im Endeffekt bringt, bleibt abzuwarten. Der Großhandel kann, muss aber nicht alte Rabattschlachten erneut aufnehmen.

Pharmazeutische Dienstleistungen

Das ApoVWG erweitert auch die Aufgaben und Kompetenzen der Apotheken, etwa bei Impfungen, diagnostischen Leistungen und in bestimmten Fällen bei der Arzneimittelabgabe. Ziel ist eine stärkere Einbindung der Apotheken in die wohnortnahe Versorgung. Damit setzt die Reform die Entwicklung der Apotheke von einer reinen Abgabestelle für Arzneimittel hin zu einem stärker in Prävention, Beratung und Versorgung eingebundenen Gesundheitsdienstleister fort.

Bezahlte pharmazeutische Dienstleistungen (pDL) spielen dabei weiterhin eine wichtige Rolle und sind im Folgenden durch die Rahmenvertragspartner inhaltlich und finanziell auszugestalten und weiterzuentwickeln. Eine ausführliche Einordnung der pDL und ihrer Bedeutung für die Apothekenpraxis finden Sie auf Seite 10 ff..

Im Rahmen der Reform werden die bislang für pDL aufgebauten Rücklagen jedoch teilweise neu verwendet. Ein wesentlicher Teil fließt in die Notdienstvergütung, zudem ist die Förderung von Teilnotdiensten vorgesehen.

Weitere Zuschläge

Der Aufwand für das Engpassmanagement der Apotheken wurde seit Jahren kritisiert. Die zusätzliche Arbeitszeit wird nunmehr extra vergütet. Für den Austausch nicht verfügbarer Arzneimittel wird künftig ein Zuschlag von 50 Cent plus Mehrwertsteuer pro ausgetauschte Packung gezahlt.



Bild: kohlpharma GmbH/Google Gemini 3

Für bestimmte Arzneimittelabgaben ohne ärztliches Rezept in gesetzlich definierten Ausnahmen (§§48a und 48b AMG) dürfen Apotheken zusätzlich bis zu 5 Euro einschließlich Umsatzsteuer für erhöhte pharmazeutische Beratungs- und Dokumentationsaufwand berechnen.

Ergänzend enthält das ApoVWG auch wirtschaftlich relevante Regelungen zur weiteren Einschränkung von Nullretaxationen, die in den letzten Jahren in der Masse zugenommen haben und neben dem grundsätzlichen Ärgernis kumuliert oder auch im Einzelfall eine nicht zu unterschätzende finanzielle Belastung bedeuteten.

Indirekte Effekte für Apotheken

Neben den zuvor genannten Zuschlägen kommen zahlreiche Veränderungen im Apothekenalltag, die finanzielle Belastungen reduzieren können. Insbesondere kleine oder ländliche Apotheken profitieren von flexibleren Öffnungszeiten und Dienstbereitschaft, die am tatsächlichen Kundenaufkommen ausgerichtet werden können. Filialverbünde profitieren von der Möglichkeit Laborleistungen und Identitätsprüfungen zentral innerhalb des Verbundes durchführen zu können. Gleiches gilt für die Zentralisierung der Rezeptur- und Defektur. Dadurch ergeben sich Einsparpotentiale und Gestaltungsmöglichkeiten

bei den Räumlichkeiten, Labor, Gerätschaften, Ausstattung, Dokumentation oder auch dem per se eher knappen Fachpersonal.

Das passt sinnlogisch zu den deutlich reduzierten Anforderungen an sogenannte Zweigapotheken, für die künftig im Kern die Offizin und ein Lagerraum ausreicht. Ziel ist hier der Erhalt der Versorgung insbesondere im ländlichen Raum oder gar die erleichterte Neugründung.

Nimmt man alle Honorarverbesserungen und Zuschläge sowie indirekte Effekte zusammen, ergeben erste Berechnungen der Treuhand für eine Durchschnittsapotheke auch nach Abzug des erhöhten Apothekenabschlages in Summe eine Verbesserung des Rohertrages von bis zu 45.000 Euro. Wie immer kommt es dabei auf die jeweiligen individuellen Umstände an, durch die die Apotheken unterschiedlich profitieren.

Noch etwas Geduld gefordert

Stand heute fehlt unter dem Maßnahmenpaket der Apothekenbetriebsordnung und weiterer Verordnungen jedoch noch der letzte grüne Haken. Der Bundesrat hat das zustimmungspflichtige Verordnungspaket aus dem BMG mit 22 Änderungen angenommen. Dieser sogenannte „Maßgabenbeschluss“ muss jetzt in ➤

einem Notifizierungsverfahren erneut im Gesundheitsministerium geprüft werden. Formal kann die Verordnung final nur dann in Kraft treten, wenn die vom Bundesrat geforderten Änderungen entsprechend komplett in den Verordnungstext aufgenommen werden. Zudem wird sich das BMG anschließend nochmals bezüglich der entschärften bzw. gestrichenen Punkte zu Temperaturkontrollen beim Versand von Arzneimitteln mit der Europäischen Kommission abstimmen müssen. Aufgrund der Sommerferien in Berlin und Brüssel wird das weniger eine Frage von Tagen sein.

Ausblick

Der Bereich der Arzneimittelversorgung hat mit den beschriebenen Gesetzes- und Verordnungspaketen einige tiefgreifende Änderungen erfahren. Die Effekte in der Praxis werden sich aufgrund unterschiedlicher Geltungszeiträume insbesondere erst in 2027 zeigen. Mit Spannung erwarten die Marktteilnehmer die eigentliche Strukturreform, zu der die Finanzkommission Gesundheit bis Dezember ihren zweiten Bericht vorlegen wird. Es bleibt zu hoffen, dass in der Folge aus den ausgedrückten Zitronen nicht noch mehr Tropfen rausgeholt werden sollen. ♦



Karsten Wurzer

Unternehmenskommunikation
KOHL MEDICAL AG

Ärzte versus Apotheker

Der Kampf um die Primärversorgung

Die Bundesregierung plant eine Reform des Primärversorgungssystems. Der Referentenentwurf des BMG wird in der parlamentarischen Sommerpause erwartet. Vorab veröffentlichte die ABDA ein Positionspapier, das den Apotheken eine deutlich größere Rolle in der Primärversorgung zuschreibt. Während die Apothekerschaft darin eine Chance sieht, das zunehmend belastete Gesundheitssystem zu entlasten, wittern Ärzteverbände einen Angriff auf ihre Kernkompetenzen. Der Ton der Debatte ist inzwischen ungewöhnlich scharf – und macht deutlich, wie intensiv derzeit um die Zukunft der Gesundheitsversorgung gerungen wird.

Warum die ABDA mehr Kompetenzen fordert

Mit ihrem Positionspapier verfolgt die ABDA das Ziel, Apotheken stärker in die Primärversorgung der Bevölkerung einzubinden. Hintergrund sind überlastete Arztpraxen,

der demografische Wandel und ein steigender Versorgungsbedarf. Nach Vorstellung der Apothekerschaft sollen Apotheken künftig noch stärker als erste Anlaufstelle fungieren. Genannt werden beispielsweise Allergien und Rachenentzündungen. Darüber hinaus sieht die ABDA eine stärkere Rolle der Apotheken bei Präventions- und Früherkennungsangeboten, der Unterstützung bei der elektronischen Patientenakte, der Betreuung von Patienten nach Krankenhausentlassungen, der Durchführung patientennaher Schnelltests sowie bei der Begleitung der medikamentösen Selbstbehandlung vor.

Aus Sicht der ABDA sind Apotheken besonders dafür geeignet, weil sie wohnortnah, niedrigschwellig und oft ohne Termin erreichbar sind. Die Apothekerschaft versteht ihre Vorschläge als Beitrag zur Entlastung des Gesundheitssystems und betont, dass eine stärkere Einbindung der Apotheken die Zusammenarbeit mit Ärzten ergänzen, nicht ersetzen solle.

Die Debatte kommt dabei zu einem Zeitpunkt, an dem die Politik über Reformen der Primärversorgung nachdenkt und viele Akteure versuchen, ihre Vorstellungen für die zukünftige Aufgabenverteilung einzubringen.

Warum die Ärzte auf die Barrikaden gehen

Die Reaktion der Ärzteverbände fiel entsprechend heftig aus. KBV-Chef Andreas Gassen bezeichnete die Vorschläge der ABDA als „abwegig“, Bundesärztekammer-Präsident Klaus Reinhardt sprach von einer „gesundheitspolitischen Fehlsteuerung“. Hinter der Kritik steht die Sorge, dass die Grenzen zwischen pharmazeutischer Beratung und ärztlicher Tätigkeit zunehmend verschwimmen könnten. Aus Sicht der Ärzte gehören Diagnose und Therapie eindeutig in ärztliche Hände. Eine Ausweitung der Kompetenzen von Apothekern wird deshalb als Eingriff in den sogenannten Arztvorbehalt verstanden. Besonders scharf fiel die Kritik der Freien Allianz der Länder-Kassenärztlichen



Bild: Kohlpharma GmbH/Google Gemini 3

Vereinigungen (FALK) aus. In einer Stellungnahme erklärte die Organisation: „Die ABDA verlässt den Boden einer vernünftigen Arbeitsteilung und greift nach Aufgaben, die ihr einfach nicht zustehen.“ Mit dieser Aussage machte FALK deutlich, dass sie die Vorschläge der Apothekerschaft als Eingriff in etablierte Zuständigkeiten innerhalb des Gesundheitswesens betrachtet.

Wie aus Kritik ein offener Gegenangriff wurde

Bemerkenswert ist, dass die Ärzteschaft nicht bei der erwartbaren wortstarken Kritik stehen blieb. Stattdessen legte FALK eigene Vorschläge zur Zukunft der Primärversorgung vor und ging damit in die Offensive. So sollen Arztpraxen künftig unter bestimmten Voraussetzungen Medikamente direkt an Patienten ausgeben dürfen – insbesondere im Bereitschaftsdienst oder über automatisierte Ausgabesysteme. Die Wortwahl der Ärzte wurde dabei nochmals schärfer. „Die Apothe-

kerschaft scheint jedes Jahr ein neues Stück Arztberuf für sich zu entdecken. Erst Beratung, dann Diagnostik, dann Therapie – wo soll das eigentlich enden?“, erklärte FALK. Zudem stellte die Organisation provokant fest: „Wer den Arzt ersetzen will, sollte zuerst erklären, warum dafür weder Medizinstudium noch Facharztausbildung nötig sein sollen.“

Die ABDA wies die Vorwürfe entschieden zurück und verteidigte die Rolle der Vor-Ort-Apotheken. Insbesondere den Vorschlag einer Medikamentenabgabe in Arztpraxen sieht die Apothekerschaft kritisch. Sie verweist auf das bewährte Vier-Augen-Prinzip, bei dem ärztliche Verordnung und pharmazeutische Prüfung voneinander getrennt sind. „Die Stärke des deutschen Systems liegt gerade darin, dass ärztliche Verordnung und pharmazeutische Prüfung voneinander unabhängig sind. Dieses Vier-Augen-Prinzip erhöht die Patientensicherheit und sollte nicht geschwächt werden“, betont die ABDA.

Fazit

Der aktuelle Streit ist weit mehr als eine Auseinandersetzung zwischen zwei Berufsgruppen. Er verdeutlicht einen grundlegenden Wandel im Gesundheitswesen. Während die Apothekerschaft ihre Kompetenzen ausbauen und stärker zur Patientenversorgung beitragen möchte, verteidigt die Ärzteschaft ihre zentrale Rolle bei Diagnose und Therapie. Hinter den teils scharfen Formulierungen steht letztlich die Frage, wie die Primärversorgung in Zukunft organisiert werden soll. Ob und in welchem Umfang Apotheken zusätzliche Aufgaben übernehmen werden, ist derzeit offen. Klar ist jedoch: Mit den geplanten Reformen wird die Rollenverteilung im Gesundheitswesen neu verhandelt. Der aktuelle Schlagabtausch zeigt, dass sowohl Ärzte als auch Apotheker ihren Platz im Versorgungssystem der Zukunft sichern respektive erkämpfen wollen. ◆

Pharmazeutische Dienstleistungen 2.0

Zwischen politischem Ausbau, Finanzierungsfragen und internationalem Vergleich

Von Annabelle Bieringer

Seit 2022 gibt es in Deutschland für pharmazeutische Dienstleistungen (pDL) einen gesetzlichen Anspruch und erstmals eine eigene, vergütete Leistungsschiene. Mit dem Apothekenversorgungs-Weiterentwicklungsgesetz (ApoVWG) rückt dieses Instrument nun noch stärker in den Fokus: pDL werden politisch als Baustein einer niedrigschwelligen Versorgung verstanden, die Prävention, Therapiesicherheit und eine bessere Steuerung von Ressourcen zusammenbringt. Für Apotheken bieten sie eine erneute Steigerung der heilberuflichen Kompetenz. Der wirtschaftliche Impact auf die Apotheke wird sich erst noch zeigen müssen.



Bild: iStock - 902677922

Pharmazeutische Dienstleistungen (pDL) sollten von Anfang an mehr sein als „Beratung plus“. Die Idee dahinter ist versorgungspraktisch: Arzneimittel wirken nur dann optimal, wenn sie richtig angewendet werden, wenn Risiken erkannt werden und wenn Probleme früh auffallen – also oft genau dort, wo Apotheken täglich Kontakt zu Patientinnen und Patienten haben.

Was heute gilt: Fünf pDL als Regelangebot

Aktuell umfasst der Leistungskatalog fünf vergütete pDL. Dazu gehören die standardisierte Risikoerfassung bei Hypertonie, die Einweisung in die korrekte Anwendung und das Üben der Inhalationstechnik, die erweiterte Medikationsberatung bei Polymedikation sowie zwei Betreuungsangebote für besondere Patientengruppen: nach Organtransplantation und unter oraler

Antitumorthherapie. Das Spektrum ist bewusst breit – von standardisierten Mess- und Schulungsleistungen bis hin zu komplexen, strukturierten Gesprächen mit AMTS-Fokus.

Dass pDL im Alltag ankommen, lässt sich inzwischen belastbar beziffern. 2025 wurden nach ABDA-Angaben 904.520 pDL erbracht – nach 47.627 im Einführungsjahr 2022 und 577.063 im Jahr 2024. Gleichzeitig stieg die Zahl der Apotheken, die pDL anbieten: von rund 3.800 (2022) auf etwa 9.000 im Jahr 2025. Trotz dieser Dynamik bleibt pDL für viele Betriebe eine Organisations- und Personalfrage. Ein Beratungstermin braucht Zeitfenster, einen diskreten Rahmen, verlässliche Dokumentation und ein Team, das die Abläufe trägt. Der Nutzen ist fachlich plausibel – der Engpass ist häufig die Praxis: Terminlogik im Tagesgeschäft, Schnittstellen zu Arztpraxen, Software und Dokumen-

tationslast. pDL werden damit zum Test, ob es gelingt, klinisch orientierte Leistungen in ein ohnehin ausgelastetes System zu integrieren.

ApoVWG: Prävention, neue Kompetenzen, neue Erwartungshaltung

Mit dem zum 01.07.2026 in Kraft getretenen ApoVWG werden Apotheken breiter in Versorgung und Prävention eingebunden. Für pDL besonders wichtig ist die klare Stoßrichtung: Neue Dienstleistungen sollen Prävention und Früherkennung stärken – ausdrücklich bei Herz-Kreislauf-Risiken, Diabetes und tabakassozierten Erkrankungen. Damit verschiebt sich der Fokus: Aus einer vor allem therapiebegleitenden Logik wird zusätzlich eine präventive, die Risiken früher sichtbar machen soll. Zugleich öffnet die Reform weitere Versorgungsfelder, die das Rollenbild der

Apothekendeckung verändern können. Künftig sollen Apotheken alle Totimpfstoffe verimpfen dürfen.

Außerdem sieht das Reformpaket diagnostische Elemente vor, etwa Blutentnahmen zu diagnostischen Zwecken sowie bestimmte Schnelltests auf Erreger. In dringenden Fällen soll zudem die Abgabe bestimmter verschreibungspflichtiger Arzneimittel ohne Rezept möglich sein – beispielsweise zur Anschlussversorgung bei Dauermedikation oder bei akuten, unkomplizierten Erkrankungen; die fachliche Eingrenzung dieser Fälle soll innerhalb eines Jahres erarbeitet werden. Für die Teams vor Ort bedeutet das: mehr Möglichkeiten, aber auch mehr Verantwortung – und damit mehr Bedarf an klaren Standards, Qualifikationswegen und Haftungs- sowie Dokumentationssicherheit.

Vergütung: Warum der pDL Topf zum Politikum wurde

Die Finanzierung der pDL erfolgt bislang über einen Fonds, gespeist durch einen Zuschlag von 20 Cent je GKV Rx-Packung. Dieses Modell hat einen Effekt, der die Debatte prägt: Weil die Inanspruchnahme zunächst deutlich niedriger war als das jährliche Einzahlvolumen, haben sich hohe Rücklagen gebildet. Je nach Stichtag und Quelle wird von „fast 540 Millionen“ bis „über 600 Millionen Euro“ gesprochen. Aus Sicht der Krankenkassen ist das schwer vermittelbar; aus Sicht vieler Apotheken ist es ein Hinweis darauf, dass Implementierungszeit, Personal und Bekanntheit braucht.

Genau dieses Polster wird im Reformkontext neu eingeordnet. Vorgesehen ist, Rücklagen zu nutzen, um die Notdienstvergütung – insbesondere im ländlichen Raum – nahezu zu verdoppeln und Teilnotdienste zwischen 20 und 22 Uhr zu bezuschussen. Im Gesetzesumfeld wird dabei ein Zuschuss in Höhe von 20

Prozent des Vollnotdienstbetrags für diese Teilnotdienste genannt. Parallel soll die Abrechnung der pDL perspektivisch von der Fondslogik weg führen: Im Reformkontext wird eine direkte Abrechnung mit den Krankenkassen ab 2027 genannt. Damit soll Geld stärker an tatsächliche Leistung gekoppelt werden, während der Fonds abgebaut wird. Für Apotheken ist das Chance und Risiko zugleich. Gleichzeitig steigt der Druck, Leistungen eindeutig zu definieren, sauber zu dokumentieren und ihren Nutzen sichtbar zu machen – nicht nur im Einzelfall, sondern systematisch. Denn je stärker pDL als Finanzierungsreserve wahrgenommen werden, desto wichtiger wird der Nachweis, dass sie versorgungswirksam sind und an den richtigen Stellen ansetzen.

Internationaler Blick: Was andere Systeme vormachen

Der Ausbau pharmazeutischer Dienstleistungen ist kein deutsches Sonderthema. In England sind klinische Apothekendienste seit Jahren vertraglich verankert. Seit dem 31. Januar 2024 läuft dort „Pharmacy First“ als nationaler Service, der Apotheken entlang klinischer Pfade die Versorgung häufiger Erkrankungen

ermöglicht und die hausärztliche Versorgung entlasten soll; die Einführung wird wissenschaftlich evaluiert. Daneben ist der „New Medicine Service“ schon seit 2011 etabliert und unterstützt Patientinnen und Patienten beim Start neuer Dauermedikation mit strukturierten Folgegesprächen.

Für Deutschland ist daran weniger die genaue Ausgestaltung interessant als die Systemlogik: klare Leistungskriterien, wiederholbare Prozesse, definierte Vergütung – und Evaluation als Normalfall. Akzeptanz und Wahrnehmung solcher Angebote entwickeln sich in diesen Modellen meist über die Zeit – und sie hängen stark davon ab, ob der Service für Patientinnen und Patienten leicht zugänglich ist und ob er im System sichtbar „andockt“. In England ist „Pharmacy First“ genau so angelegt: Die Leistung ist national gerahmt, wird aktiv in die Primärversorgung eingebettet und parallel evaluiert. Dass die Angebote angenommen werden, spiegeln dort auch die berichteten hohen Konsultationszahlen von über 1,9 Millionen Konsultationen in den Pharmacy-First-Pfaden wider, ohne dass damit automatisch Zufriedenheit aller Akteure bewiesen wäre. ➤



Ergänzend beschreibt WHO Europa, dass Apotheken in mehreren Ländern im Zuge der Pandemie zusätzliche Aufgaben wie Testungen und Impfungen übernommen haben – was die Rolle der Apotheke als niedrigschwelligem Gesundheitsdienstleister sichtbar gemacht und Akzeptanzprozesse beschleunigt hat. Wie stark sich solche Services anschließend flächig durchsetzen, hängt allerdings auch vom jeweiligen Vergütungs- und Vertragsrahmen ab – und genau hier lohnt der Blick in die USA.

Hier zeigt sich ein stärker fragmentiertes Bild. Im US-System ist „Medication Therapy Management“ im Rahmen von Medicare Part D regulatorisch verankert: Part D Anbieter müssen entsprechende Programme vorhalten, um die Arzneimitteltherapie zu optimieren und Risiken zu senken. Die konkrete Vergütung und Ausgestaltung hängt jedoch stark an Verträgen und regionalen Regeln.

Schon der kurze und grobe Vergleich macht aber dennoch deutlich: Dienstleistungen wachsen dort am stabilsten, wo sie als erstattungsfähiger Versorgungsteil anerkannt sind – und wo der Nutzen über Outcomes für den Patienten und/oder die Kostenträger, nicht über politische Symbolik, diskutiert wird.

Fazit

Pharmazeutische Dienstleistungen sind in Deutschland aus der Einführungsphase herausgewachsen. Die steigenden Fallzahlen zeigen, dass Apotheken bereit sind, zusätzliche Versorgungsaufgaben zu übernehmen – wenn Abläufe funktionieren und die Rahmenbedingungen passen. Mit dem ApoVWG werden pDL politisch aufgewertet und stärker in Richtung Prävention verschoben. Entscheidend wird sein, ob diese gesetzliche Erweiterung praxis-tauglich umgesetzt wird: mit klaren

Leistungsbeschreibungen, schlanker Dokumentation, guter Einbindung in die Versorgung und einer Vergütung, die Zeit und Verantwortung abbildet. Gelingt das, können die erweiterten pDL auf drei Wegen wirken – als Sicherheitsnetz für die Arzneimitteltherapie sowie als niedrigschwelliger Einstieg in zusätzliche Prävention und als heilberuflich ausgerichtete wirtschaftliche Komponente. ◆



Annabelle Bieringer

Werkstudentin BWL bei der KOHL MEDICAL AG

kurz und bündig

Pollenstress wächst – und mit ihm die Anforderungen an Apotheken

Pollen fliegen in Deutschland nahezu ganzjährig und stellen für viele Menschen eine erhebliche Belastung dar. Das ist auch in Apotheken spürbar. In einer aktuellen Umfrage des ifh Köln geben 82 Prozent der befragten Apothekeninhaber an, dass sich die Pollensaison zeitlich ausweitet, also früher im Jahr beginnt und später endet.

Die Nachfrage nach entsprechenden Medikamenten stellt sich in diesem Jahr im Vergleich zum Vorjahr nach Aussage von 31 % der Befragten bislang leicht bis stark überdurch-

schnittlich dar, 23 Prozent verzeichnen Nachfragerückgänge und 46 % sehen keinerlei Veränderungen.

75 % der Apotheken hat den Eindruck, dass Patienten bei Pollenallergien seltener zum Arzt gehen und sich häufiger in der Apotheke beraten lassen als noch vor wenigen Jahren. Jeder zweite Pollenallergiker sucht in der Apotheke rezeptfreie Medikamente.

Fast alle Apotheken (97 %) geben an, in diesem Jahr gut auf die Pollensaison vorbereitet zu sein. Gleichzeitig greift über die Hälfte (53 %) das

Thema Pollenallergien aktiv im Marketing auf.

Seit dem OTC-Switch der Wirkstoffkombination aus Antihistaminikum und Glucocorticoid und der Markteinführung entsprechender Nasensprays zeigt sich eine spürbare Dynamik. So äußert knapp die Hälfte der Befragten, dass die neuen OTC-Kombinations-Nasensprays klassische Monopräparate verdrängen (48 %) und ein erhöhter Beratungsbedarf entsteht (45 %). Knapp jeder Vierte berichtet von steigenden OTC-Umsätzen (23 %). ◆

Cannabis

Apotheken fordern stärkere Rolle und strengere Regeln

Zwei Jahre nach der Legalisierung sehen die Apotheken die Cannabis-Reform mehrheitlich kritisch. Sie fordern eine stärkere Rolle bei der Aufklärung, ein Verbot des Vertriebs über Online-Plattformen und strengere Regeln bei Verschreibung und Abgabe von Cannabisblüten.

Mit Inkrafttreten des Cannabisgesetzes am 1. April 2024 wurde Cannabis in Deutschland nicht nur für den Freizeitgebrauch teilweise legalisiert, sondern auch die Verschreibung und Abgabe von Cannabis für die medizinische Anwendung neu geregelt. So wird Cannabis seitdem nicht mehr als Betäubungsmittel eingestuft und kann einfacher ärztlich verordnet und über Apotheken abgegeben werden. Doch unter den Apothekeninhabern stößt die Cannabis-Legalisierung überwiegend auf Skepsis, wie die Umfrage des ifh Köln zeigt.

Demnach bewerten 65 % der im Mai befragten Pharmazeuten diese ne-

gativ, 26 % neutral und nur 9 % positiv. 83 Prozent der Befragten haben den Verdacht, dass ein Großteil der in Apotheken abgegebenen Cannabisblüten nur dem Freizeitkonsum dient.

Wachsende Privatnachfrage – Cannabisextrakte und -blüten im Fokus

Vertrieben wird Medizinalcannabis den Angaben der befragten Apothekeninhaber in knapp jeder zweiten Apotheke (46 %). Aber lediglich knapp zwei Prozent der Befragten geben an, dass die Abgabe von Medizinalcannabis eine hohe Bedeutung für ihre Apotheke habe. Am häufigsten abgegeben werden Cannabisextrakte (44 %), gefolgt von Cannabisblüten (30 %) sowie cannabishaltigen Rezepturen (17 %) und Fertigarzneimittel wie Sprays und Kapseln (9 %). Bei den Verordnungen sind Kassen- (54 %) und Privat-/Selbstzahlerrezepte (46 %) weitgehend gleichauf, mit steigender Tendenz bei den Privat-/Selbstzahlerrezepten.

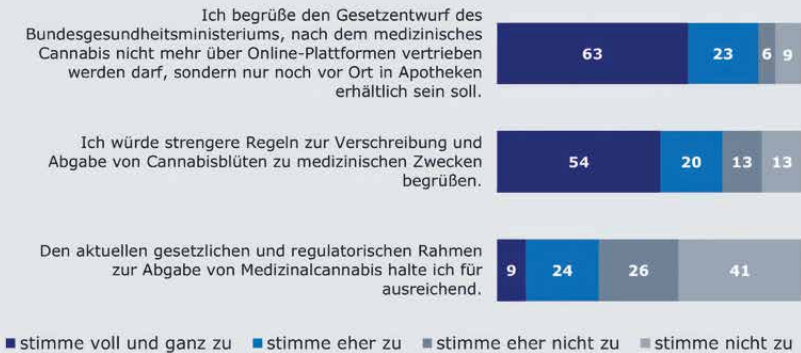
Apotheken sollen gestärkt werden – Online-Vertrieb in der Kritik

Knapp zwei Drittel der Befragten (66 %) findet, dass Apotheken eine wichtige Rolle bei der Aufklärung der Bevölkerung über den sicheren Umgang mit Cannabis zugeordnet werden sollte. Fast neun von zehn Befragten (86 %) begrüßen den aktuellen Gesetzesentwurf des Bundesgesundheitsministeriums, demzufolge medizinisches Cannabis nicht mehr über Online-Plattformen vertrieben werden darf, sondern nur noch vor Ort in Apotheken erhältlich sein soll. Knapp drei Viertel (74 %) befürworten strengere Regeln zur Verschreibung und Abgabe von Cannabisblüten zu medizinischen Zwecken. Lediglich ein Drittel der Befragten (33 %) hält den aktuellen gesetzlichen und regulatorischen Rahmen zur Verschreibung und Abgabe von Medizinalcannabis für ausreichend, zwei Drittel (67 %) teilen diese Meinung nicht. ◆

IFH KÖLN

Apotheken sehen Anpassungsbedarf bei der Cannabis-Regulierung

Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu bzw. lehnen Sie diese ab?



n= 96-104; Angaben in %

Quelle: APOKix Mai 2026, IFH KÖLN

Leben mit Stil

Fermob Gartenbar / Teewagen Luxembourg Kaktus

Der Teewagen von Fermob verbindet elegantes Design mit hoher Funktionalität. Inspiriert von der Luxembourg-Serie, überzeugt er durch seine klare Formsprache und das leichte, pulverbeschichtete Aluminium, das wetter- und UV-beständig ist. Zwei Ebenen bieten viel Platz für Geschirr und Getränke. Besonders praktisch: das herausnehmbare Tablett mit Griffen sowie die kippbare Glasablage. Unten sorgen drei Flaschenhalter für zusätzliche Ordnung. Dank großer Rollen lässt sich der Wagen mühelos bewegen, während die einfache Montage für schnellen Einsatz sorgt.

Preis: 875,00 Euro
www.torquato.de



Bild: torquato.de

Marmor Weinkühler

Ein skulpturaler Flaschenkühler aus massivem Marmor, der Design und Funktion auf elegante Weise vereint. Aus einem einzigen Block gefertigt, entfalten die weich gerundeten Ringe und die polierte Oberfläche eine organische, beinahe sanfte Anmutung und bringen die individuelle Maserung des Natursteins zur Geltung. Dank hoher Dichte und natürlicher thermischer Trägheit speichert der vorgekühlte Marmor die Kälte besonders lange. Sein hohes Eigengewicht sorgt zudem für stabile Standfestigkeit – ein ebenso praktisches wie ästhetisches Accessoire für stilvolles Servieren.

Preis: 49,90 Euro
www.torquato.de



Bild: torquato.de

Feuerlaterne Chaumont



Bild: torquato.de

Diese großzügige Feuerlaterne ist ein stilvoller Blickfang für Terrasse und Garten. Ihre offene Konstruktion mit kuppelförmigem Dach und Drahtnetz rundum ermöglicht einen freien Blick auf die Flammen, während Funken zuverlässig abgefangen werden. Gefertigt aus hitze-

fest lackiertem Stahlblech, überzeugt sie durch Robustheit und authentische Materialwirkung. Inklusive Schürhaken und mit wenigen Handgriffen aufgebaut, ist sie schnell einsatzbereit – perfekt für stimmungsvolle Abende im Freien.

Preis: 299,00 Euro
www.torquato.de



Impressum: apothekenmarkt, Ausgabe Juli 2026

Herausgeber: KOHL MEDICAL AG, Im Holzhau 8, 66663 Merzig
Vorstand: Edwin Kohl, Philipp Kohl, Dipl.-Kfm. Jörg Geller, Reinhard Schaupp
Ansprechpartner: Karsten Wurzer (v. i. S. d. P.); E-Mail: kwurzer@kohlmedical.com
Redaktion: Karsten Wurzer, KOHL MEDICAL AG
Anzeigen: Karsten Wurzer, KOHL MEDICAL AG
Druck: L.N. Schaffrath GmbH & Co. KG DruckMedien
Redaktions-/Druckunterlagenschluss: 18.07.26

© KOHL MEDICAL AG 2026

Irrtümer, Satz- und Druckfehler vorbehalten.



Vielen Dank

Im Rahmen der 15. Umfrage zur „Coop-Study“ 2026 zur Zufriedenheit mit und der Leistung von den relevanten Partnern der Apotheke haben Sie kohlpharma erneut auf Platz 1 und damit zum „Besten Arzneimittelimporteur“ gewählt.

Wir bedanken uns bei Ihnen für diesen erneuten Vertrauensbeweis!

Auch in Zukunft werden wir uns für Ihre wirtschaftlichen Interessen, eine kostenbewusste Arzneimittelversorgung und das Wohl Ihrer Patienten einsetzen.

kohlpharma

Einfach MehrWert.



Vergleichen Sie noch Äpfel mit Birnen?

Wir optimieren Ihre Großhandelskonditionen!

Um die für Sie besten Einkaufskonditionen zu ermitteln, prüfen wir Ihre Großhandelsrechnungen auf Herz und Nieren. Wir schaffen Transparenz bei komplexen Rechnungsstellungen und beraten Sie persönlich, wie aus gefühlt guten, die für Sie besten Konditionen werden.

Vereinbaren Sie jetzt einen Termin zum Erstgespräch. Wir freuen uns auf Sie!



Telefon 06867 920-9800



info@avie.de



Jetzt scannen!

*Informieren Sie sich zu den AVIE
Leistungsbausteinen und überzeugen
Sie sich selbst.*



Apotheken mit System

AVIE GmbH | Im Holzhau 8 | 66663 Merzig | www.avie.de