

Wie kommen Patientinnen und Patienten zu ihrem Arzneimittel?

Ambulante Distribution, regionale und patientenbezogene Unterschiede in der ambulanten Arzneimittelversorgung der GKV



Danny Wende, André Breddemann, Stefan Prüller, Nikolaus Schmitt

1 Gesundheitspolitischer und rechtlicher Hintergrund

Die Arzneimittelversorgung stellt einen zentralen Bestandteil der gesundheitlichen Daseinsvorsorge in Deutschland dar. Ihre Sicherstellung ist essenziell für die kontinuierliche und wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung mit notwendigen medikamentösen Therapien. Den Apotheken kommt hierbei eine besondere Rolle zu, da sie einen gesetzlichen Sicherstellungsauftrag nach § 1 Abs. 1 ApoG erfüllen und somit maßgeblich die ambulante Versorgung mit Arzneimitteln übernehmen.

Apotheken, im politischen Sprachgebrauch als „Vor-Ort-Apotheken“ bezeichnet, bilden den Grundpfeiler in der Arzneimittelversorgung. Sie gewährleisten jedoch nicht nur die Abgabe von Arzneimitteln, sondern übernehmen darüber hinaus zunehmend Beratungs- und Betreuungsfunktionen. In den vergangenen Jahren ist jedoch ein deutlicher Rückgang der Zahl der Apotheken zu beobachten. Zwischen 1991 und 2025 sank deren Anzahl von 20.108 auf 16.601 (ABDA, 2025; GBE, 2016). Trotz dieses Rückgangs ist der Zugang zur Arzneimittelversorgung auf gesamtstaatlicher Ebene weiterhin als gut zu bewerten. So erreicht nahezu die gesamte Bevölkerung mit dem motorisierten Individualverkehr innerhalb von zehn bis 15 Minuten mindestens eine Apotheke (IGES, 2026). Auch im fußläufigen Bereich besteht überwiegend eine hohe Erreichbarkeit. Bei rund zwei Dritteln der Arztpraxen liegt die nächste Apotheke fünf bis zehn Gehminuten entfernt. Diese Situation hat sich trotz rückläufiger Apothekenzahlen bislang nur geringfügig verändert, da Standortschließungen überwiegend strukturellen Mustern folgen und insbesondere mit dem lokalen Versorgungsumfeld sowie dem Wettbewerb zwischen Apotheken zusammenhängen (IGES, 2026).



Keywords: Apotheken, Belieferungen, Erreichbarkeit, Distributionswege, Arzneimittel

Gleichwohl können regionale Versorgungsschwernisse bestehen, insbesondere in peripheren und ländlichen Räumen. Die ABDA definiert solche Gebiete als Regionen, in denen die Entfernung zur nächsten Apotheke mehr als sechs Kilometer beträgt. Nach dieser Abgrenzung sind etwa vier Millionen Einwohnerinnen und Einwohner betroffen (ABDA, 2026). Ein fortschreitender Rückgang der Apothekenzahl birgt das Risiko einer weiteren Zunahme solcher Regionen. Die Apotheken bewegen sich hierbei in einem komplexen gesundheitspolitischen Spannungsfeld. Zudem steht die Erreichbarkeit auch anderer medizinischer Dienstleistungen – insbesondere die niedergelassener Ärztinnen und Ärzte – in ländlichen Regionen unter dem Druck einer Strukturentwicklung. Einerseits besteht der Anspruch einer flächendeckenden und gleichwertigen Versorgung, andererseits unterliegt der Sektor sowohl wirtschaftlichen Belastungen und Fachkräftemangel als auch einem anhaltenden Kostendruck im System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Reformansätze wie das Apothekenversorgung-Weiterentwicklungsgesetz (ApoVWG, 2026) zielen darauf ab, diese konkurrierenden Zielsetzungen in Einklang zu bringen und die wohnortnahe Versorgung durch Apotheken langfristig zu erhalten.

Zur vollständigen Bewertung der Arzneimittelversorgung sind neben der Abgabe von Arzneimitteln in Apotheken aber auch ergänzende Distributionswege zu berücksichtigen. So dürfen Apotheken mit einer Versandhandelserlaubnis seit dem Jahr 2004 Arzneimittel auch in Deutschland an die Versicherten versenden. Ebenso können Versandapotheken aus dem Ausland Arzneimittel nach Deutschland versenden. Eine Übersicht über zuverlässige Arzneimittelbezugsquellen auf dem Wege des Versands pflegt gemäß § 67 Abs. 8 AMG in Verbindung mit § 67a Abs. 2 AMG das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM, 2026). Der Versand von Arzneimitteln hat seither zunehmend an Bedeutung gewonnen. Obschon der Versandhandel mit rezeptpflichtigen und rezeptfreien Medikamenten seit dem Jahr 2004 in Deutschland erlaubt ist, überwiegt dabei der Bereich der Selbstmedikation mit einem Marktanteil des Versandhandels von mehr als 20 % deutlich (ABDA, 2024). Bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln liegt der Marktanteil aktuell bei etwa 2 %. Der Versandhandel mit Arzneimitteln profitiert von äußeren Einflüssen, die das Konsumentenverhalten beeinflussen. Zu nennen sind hier die COVID-19-Pandemie und die Einführung des elektronischen Rezepts. Eine ähnliche Entwicklung lässt sich für Botendienste durch Apotheken beobachten. Zwar waren diese bereits zuvor rechtlich zulässig, wurden jedoch insbesondere im Zuge des Gesetzes zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken (VOASG, 2020) ausgeweitet und während der COVID-19-Pandemie durch die Einführung einer gesonderten Vergütung als regulärer Bestandteil der Arzneimittelversorgung endgültig etabliert (SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung, 2020).

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie unter den derzeitigen Rahmenbedingungen der Arzneimittelbezugsoptionen die Abgabe von rezeptpflichtigen Arzneimitteln tatsächlich erfolgt. Zur Beantwortung dieser Fragestellung wurden Routinedaten der BARMER herangezogen, die in den Jahren 2024 und 2025 etwa 10 % der Bevölkerung in Deutschland abbilden. Auf dieser Grundlage wurden sowohl potenzielle als auch tatsächlich realisierte Zugangswege zu Arzneimitteln analysiert. Ein besonderer Fokus lag dabei auf der Entwicklung der Vor-Ort-Apotheken sowie auf einer Simulation der Auswirkungen eines Rückgangs.

Aktuelle politische Diskussion: GKV-Finanzierung und Apothekenreform

Mit dem Apothekenversorgung-Weiterentwicklungsgesetz (ApoVWG, 2026), den Änderungen der Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO, 2026), der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV, 2026) sowie weiteren begleitenden Verordnungen hat der Gesetzgeber eine umfassende Reform des Apothekenwesens angestoßen. Ziel ist es, die flächendeckende Arzneimittelversorgung

langfristig zu sichern (insbesondere in ländlichen Regionen), die wirtschaftliche Situation der Apotheken zu verbessern, bürokratische Belastungen abzubauen und die Apotheken stärker in die Gesundheitsversorgung einzubinden (Bundesministerium für Gesundheit, 2026).

Das ApoVWG, das zum 2. Juli 2026 in Kraft getreten ist, stellt den Kern der Reform dar. Es verfolgt das Ziel, Vor-Ort-Apotheken als wohnortnahe Gesundheitsdienstleister zu stärken und ihre Rolle im Gesundheitssystem auszubauen. Dazu erhalten Apotheken zusätzliche Kompetenzen und neue Aufgabenfelder. Künftig können sie unter anderem weitere Schutzimpfungen durchführen, bestimmte Schnelltests anbieten sowie neue pharmazeutische Dienstleistungen zur Prävention und Früherkennung von Erkrankungen erbringen.

Ein weiterer Schwerpunkt der Reform liegt auf der Sicherstellung der Versorgung in strukturschwachen und ländlichen Gebieten. Die Notdienstvergütung wird erhöht, Teilnotdienste werden gesondert gefördert und die Gründung von Zweigapotheken wird erleichtert. Außerdem werden in begrenztem Umfang neue Modelle für den Einsatz qualifizierter pharmazeutisch-technischer Assistentinnen und Assistenten (PTA) erprobt, um die Betriebsfähigkeit von Apotheken trotz des Fachkräftemangels aufrechterhalten zu können.

Die Änderungen der Apothekenbetriebsordnung ergänzen das Gesetz auf Verordnungsebene. Sie sollen den Apothekenbetrieb flexibler gestalten, die Eigenverantwortung der Apothekeninhaberinnen und Apothekeninhaber stärken und unnötige Bürokratie reduzieren. Gleichzeitig werden Regelungen geschaffen, die einen effizienteren Personaleinsatz ermöglichen. Damit reagiert der Gesetzgeber auf die zunehmenden wirtschaftlichen Belastungen und den Fachkräftemangel im Apothekensektor.

Von besonderer Bedeutung sind auch die Änderungen der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV, 2026). Die Reform sieht eine Weiterentwicklung der Vergütungsstrukturen vor. Künftig sollen Anpassungen des Apothekenhonorars regelmäßig zwischen dem Deutschen Apothekerverband und dem GKV-Spitzenverband verhandelt werden. Dadurch soll eine dynamischere Anpassung der Vergütung an steigende Kosten und veränderte Rahmenbedingungen ermöglicht werden. Zudem wurden Regelungen geschaffen, die die Wirtschaftlichkeit der Apotheken verbessern und den Umgang mit Lieferengpässen erleichtern sollen.

Gleichzeitig stehen den Stärkungsmaßnahmen jedoch finanzielle Entlastungen der GKV gegenüber. Im Zusammenhang mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (BStabG, 2026) wird eine Erhöhung des Apothekenabschlags von 1,77 € auf 2,07 € ab dem 1. Januar 2027 umgesetzt.

Insgesamt stellt die Apothekenreform einen tiefgreifenden Wandel des deutschen Apothekenwesens dar, der insbesondere für die Krankenkassen zu einer stärkeren finanziellen Belastung durch die Arzneimittelversorgung führt. Hauptkritikpunkt aus Sicht der GKV ist die pauschale Erhöhung des Apothekenaufschlags nach dem Gießkannenprinzip.

2 Methodik und Daten

Die Grundlage der Analysen bildeten Daten von rund 8,3 Millionen Versicherten der BARMER (entsprechend etwa 10 % der deutschen Bevölkerung). Berücksichtigt wurden alle ambulant verordneten und über Apotheken abgegebenen Arzneimittel in den Jahren 2024 und 2025. Die Daten wurden zu sogenannten Belieferungen zusammengefasst. Eine Belieferung ist dabei als ein Apotheken-Patienten-Kontakt definiert, der entweder physisch in einer Apotheke oder einer Krankenhausapotheke, über den Lieferservice der Apotheke (beim Botendienst), über ein

externes Logistikunternehmen (bei der Versandapotheke, Lieferdienst) oder durch Lieferung an die verabreichende Arztpraxis (bei onkologischen Zubereitungen) zustande kommen kann.

Neben dem Zugangsweg wurde auch der Ort der Belieferung als Geokoordinate der Apotheke, der Arztpraxis oder der Wohnadresse erfasst. Maßgeblich waren hierbei alle Apotheken- und Praxisstandorte mit Abrechnung in der gesetzlichen Krankenversicherung sowie die Wohnadressen der Versicherten. Ausgeschlossen wurden Versicherte mit Meldeadresse im Ausland sowie Grenzgängerinnen und Grenzgänger.

Auf Personenebene wurden das Alter (in Jahren) sowie das Geschlecht (männlich/weiblich) der Versicherten zum Zeitpunkt der Belieferung berücksichtigt. Zusätzlich wurde das Einkommensniveau (niedrig/mittel/hoch) einbezogen. Die Einkommensklassifikation basiert auf dem jahresdurchschnittlichen Haushaltsäquivalenzeinkommen und folgt dem sozialen Schichtenmodell des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW) (niedrig: < 75 % des Medians; hoch: > 150 % des Medians). Bei fehlenden Einkommensinformationen wurde die Klassifikation anhand der möglichen Höchstwerte des Versichertenstatus vorgenommen (insbesondere bei Bürgergeld, BAföG, ALG 1, KVdR; siehe Wende, 2024). Versicherte, bei denen dies nicht möglich war, wurden ausgeschlossen (ca. 0,9 %, insbesondere bei unklarem Versichertenstatus).

Darüber hinaus wurden Informationen zur individuellen Pflegebedürftigkeit anhand des Pflegegrades berücksichtigt. Der Pflegegrad differenziert die Pflegebedürftigkeit in fünf Stufen. Pflegegrade von 3 oder höher weisen auf eine schwere bis sehr schwere Beeinträchtigung hin.

Die Wohnadresse jeder Person wurde geocodiert und anhand der Regionstypklassifikation des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) als große kreisfreie Großstadt, kleine kreisfreie Großstadt, städtischer Kreis oder ländlicher Kreis klassifiziert.

Die geografische Distanz zwischen Wohnadresse und Ort der Belieferung wurde über den fußläufig kürzesten Weg bestimmt. Grundlage bildeten alle begehbaren Fußwege gemäß den Daten des OpenStreetMap-Projekts (Datenstand: Dezember 2025).

2.1 Potenzielle Erreichbarkeit

Die potenzielle Erreichbarkeit beschreibt den Zugang der Bevölkerung zu Versorgungsangeboten (hier: Apotheken) auf Basis räumlicher Distanzmaße, ohne das tatsächliche Nutzungsverhalten zu berücksichtigen. Sie beschreibt somit eine theoretische bzw. infrastrukturelle Versorgungsmöglichkeit.

Im vorliegenden Kontext wurde die potenzielle Erreichbarkeit als kürzeste fußläufige Wegstrecke von allen Wohnorten zu allen Vor-Ort-Apotheken innerhalb eines Radius von sechs Kilometern definiert (berechnet mittels Dijkstra-Algorithmus). Als Wohnorte dienten alle 100 × 100-Meter-Rasterzellen mit positiven Einwohnerzahlen gemäß Zensus 2022.

Auf Grundlage dieser Netzwerkanalyse wurden die Anzahl der innerhalb von sechs Kilometern erreichbaren Vor-Ort-Apotheken, die jeweils kürzeste Entfernung je Rasterzelle sowie die zugehörigen bevölkerungsgewichteten Anteile bestimmt.

Darüber hinaus wurde für jede einzelne Rasterzelle simuliert, wie sich diese Kennwerte beim Wegfall einer Vor-Ort-Apotheke verändern. Hierzu wurde jede Vor-Ort-Apotheke einzeln aus der Analyse ausgeschlossen, beginnend mit derjenigen, deren Wegfall für die größte Anzahl an Einwohnerinnen und Einwohnern eine Verschlechterung der Erreichbarkeit bewirken würde.

2.2 Realisierte Erreichbarkeit

Die realisierte Erreichbarkeit beschreibt im Gegensatz zur potenziellen Erreichbarkeit die tatsächlich in Anspruch genommenen Versorgungsangebote und damit das beobachtbare Nutzungsverhalten der Bevölkerung. Sie berücksichtigt somit nicht nur die räumliche Verfügbarkeit von Apotheken, sondern auch individuelle Entscheidungsprozesse, Mobilitätsmöglichkeiten sowie Präferenzen der Patientinnen und Patienten.

Im vorliegenden Kontext wurde die realisierte Erreichbarkeit über die tatsächlich gewählten Apothekenkontakte operationalisiert. Dabei war zu unterscheiden, ob ein physischer Kontakt zwischen Patientinnen und Patienten und der Apotheke stattgefunden hat oder ob alternative Distributionswege genutzt wurden. Die folgende Tabelle zeigt die dafür genutzten Aufgreifkriterien.

Tabelle 1: Definition und Aufgriff der Distributionswege von Arzneimitteln in den Routinedaten der GKV

Distributionsweg	Aufgreifkriterien
P1.1: Apotheke (Nahversorgung)	• Apotheke innerhalb Deutschlands • Weder Botendienst noch Praxislieferung (Zubereitungen in der onkologischen Versorgung) • Distanz zwischen Apotheke und Wohnort oder Praxisstandort der Rezept ausstellenden Arztpraxis bei taggleicher Abholung höchstens 6 km
P1.2: Apotheke (Gelegenheitsversorgung)	• Apotheke innerhalb Deutschlands • Weder Botendienst noch Praxislieferung (Rezeptur) • Distanz zwischen Apotheke und Wohnort und Praxisstandort der Rezept ausstellenden Arztpraxis bei taggleicher Abholung über 6 km • Eine Vor-Ort-Apotheke wäre innerhalb von 6 km erreichbar gewesen
P2: Apotheke (Botendienst)	• Apotheke innerhalb Deutschlands • Abrechnung Sonder-PZN (Rezeptur): 06461110, 06461127, 06461133
P3: Apotheke (Praxislieferung)	• Apotheke innerhalb Deutschlands • Abrechnung Sonder-PZN: 6460866, 6460984, 9999092, 6461021, 2567461, 6460872, 9999152, 6461015, 6461009, 6460990, 2567478
P4: Krankenhausapotheke	• Ambulante Abgabe durch eine Krankenhausapotheke
P5: Lieferdienst	• Im Ausland gelistete Versandapotheke
P6: Sonstiges	• Alle übrigen Fälle, darunter Versand im Inland

Quelle: eigene Darstellung

Für jede Inanspruchnahme bzw. Belieferung mit Patientenkontakt wurde die tatsächliche Wegstrecke zwischen der abgebenden Apotheke und dem wahrscheinlichen Startort bestimmt. Als wahrscheinlicher Startort diente entweder der Wohnort oder – bei Abholung am selben Tag und geringerer räumlicher Distanz – der Standort der Rezept ausstellenden Arztpraxis. Fälle der Gelegenheitsversorgung lassen eine Abholung am Arbeits- oder Urlaubsort bzw. durch eine andere Person vermuten, konnten jedoch im Rahmen der verfügbaren Daten nicht differenziert berücksichtigt werden. Unter diesen sowie den sonstigen Fällen kann auch der inländische Versand nach § 11a (ApoG, 2026) fallen. Dieser wurde im Jahr 2025 von ca. 5 % der Apotheken mit einer Versandhandelserlaubnis betrieben (ABDA). Eine Abgrenzung zur Abgabe in den

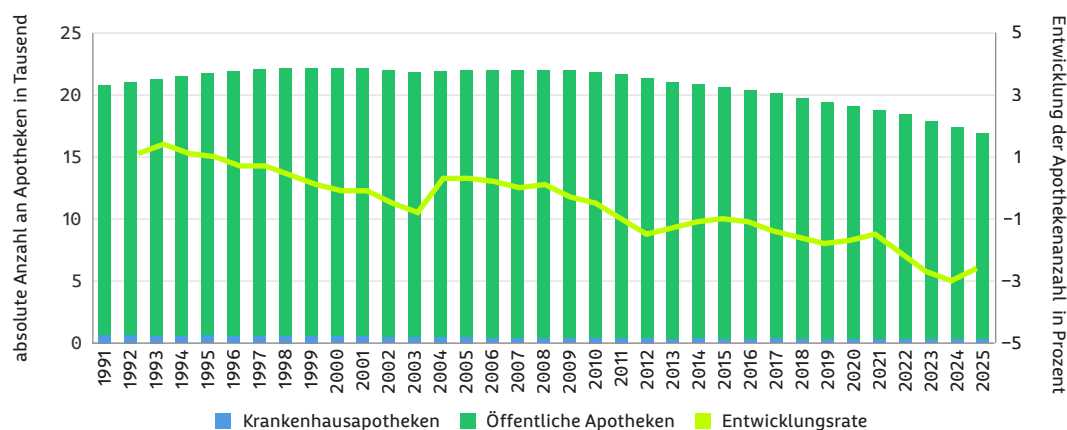
Apothekenbetriebsräumen ist mangels spezifischer Abrechnungsvorgaben in den Daten nicht möglich. Die Daten wurden deskriptiv analysiert. Die Verteilung kategorialer Variablen wurde über absolute und relative Häufigkeiten beschrieben. Zur Visualisierung der Altersverteilung wurde ein Kerndichteschätzer eingesetzt. Analysen zur Wahl des Distributionswegs erfolgten auf Personenebene mittels Poisson-Regressions-Modellen mit der logarithmierten Anzahl der Belieferungen als Offset und Random Effects für Bundesländer, um relative Belieferungsraten (Delivery Dispensing Rate Ratios, DRRs) mit 95 %-Konfidenzintervallen (95 %-KIs) zu schätzen.

3 Apotheken in Deutschland

3.1 Entwicklung

Die Abbildung 1 stellt die Entwicklung der Anzahl der Apotheken und Krankenhausapotheken in Deutschland im Zeitraum von 1991 bis 2025 dar und kombiniert absolute Werte (linke Achse) mit relativen Veränderungen (rechte Achse). Insgesamt zeigte sich zunächst ein leichter Anstieg der Anzahl der Apotheken (grün). Ausgehend von 20.108 Apotheken im Jahr 1991 nahm die Zahl bis Anfang der 2000er-Jahre moderat zu und erreichte ihren Höchststand im Jahr 2008 mit 21.602 Apotheken. Seit 2009 sank die Anzahl der Apotheken, zuletzt um etwa 2 % bis 3 % jährlich, sodass Ende 2025 noch 16.601 Apotheken in der Statistik erfasst wurden. Die Krankenhausapotheken (blau) spielten im Vergleich dazu zahlenmäßig nur eine sehr geringe Rolle und zeigten über den gesamten Zeitraum hinweg kaum Veränderungen (Absolutzahl 1991 zu 2025).

Abbildung 1: Anzahl und Entwicklung von Apotheken seit 1991



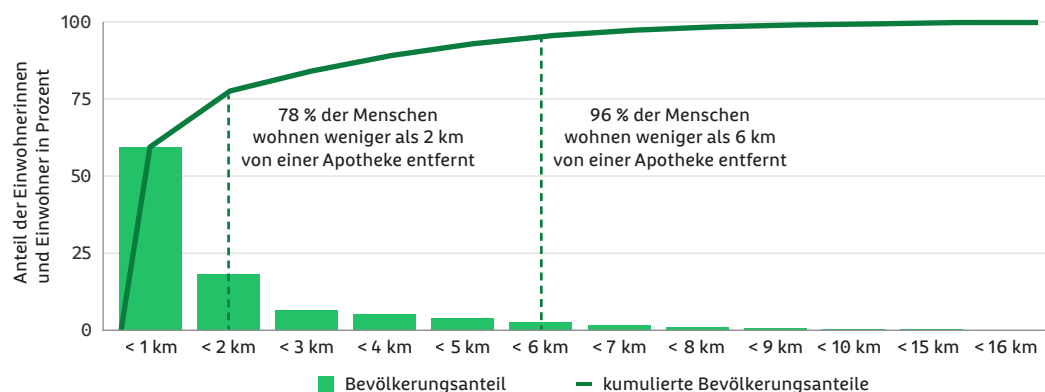
Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE Bund)

3.2 Potenzielle Erreichbarkeit

Die Abbildung 2 zeigt den relativen und kumulierten Anteil der Bevölkerung nach der Wegstrecke zur nächstgelegenen Apotheke von ihrem Wohnort aus. Es zeigte sich, dass 78 % der Einwohnerinnen und Einwohner in einem Umkreis von zwei Kilometern bzw. 96 % der Einwohnerinnen und Einwohner in einem Umkreis von sechs Kilometern zu mindestens einer Apotheke wohnen. Im bundesweiten Durchschnitt wurden hierbei 26 verschiedene Apotheken erreicht, wobei die Berliner Bevölkerung mit 104 verschiedenen Apotheken innerhalb von sechs Kilometern die größte Auswahl hatte, wohingegen diese Zahl mit acht in Mecklenburg-Vorpommern am niedrigsten war. Die fußläufige Wegstrecke lag im Bundesdurchschnitt bei 1,5 Kilometern für alle

Einwohnerinnen und Einwohner. Im Vergleich hierzu lag die durchschnittliche Wegstrecke zu Hausarztpraxen bei 1,2 Kilometern und zu Kinderarztpraxen bei 3,2 Kilometern. In abgelegenen Regionen mit einer Wegstrecke von über sechs Kilometern wohnten 4,2 % der Bevölkerung, wobei dieser Anteil mit 19,2 % in Mecklenburg-Vorpommern, gefolgt von Brandenburg mit 13,2 % und Sachsen-Anhalt mit 10,1 %, am höchsten lag.

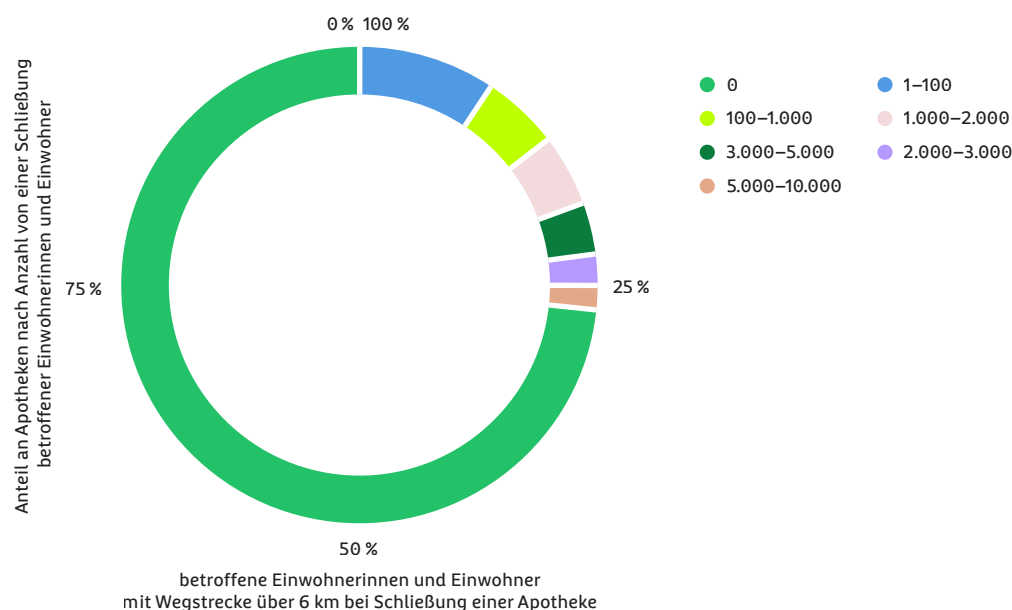
Abbildung 2: Wegstrecke vom Wohnort zur nächsten Apotheke (Dezember 2025)



Quelle: eigene Berechnung

Das Ergebnis der Simulation wegfallender Apothekenstandorte wird in Abbildung 3 dargestellt. Bei 73,4 % der Apothekenstandorte würde bei einer Schließung keine Einwohnerin bzw. kein Einwohner mit einer langen Wegstrecke von über sechs Kilometern zusätzlich betroffen sein, da es jeweils eine Alternative gab. Bei 1,6 % der Apothekenstandorte würde eine Schließung jeweils für 5.000 bis 10.000 Einwohnerinnen und Einwohner eine deutliche Verschlechterung bewirken. Dies betrifft überwiegend kleine Gemeinden in den bereits genannten drei Bundesländern. Eine Schließung der übrigen Apothekenstandorte würde wenige Menschen in peripheren Dörfern und Siedlungen im gesamten Bundesgebiet betreffen.

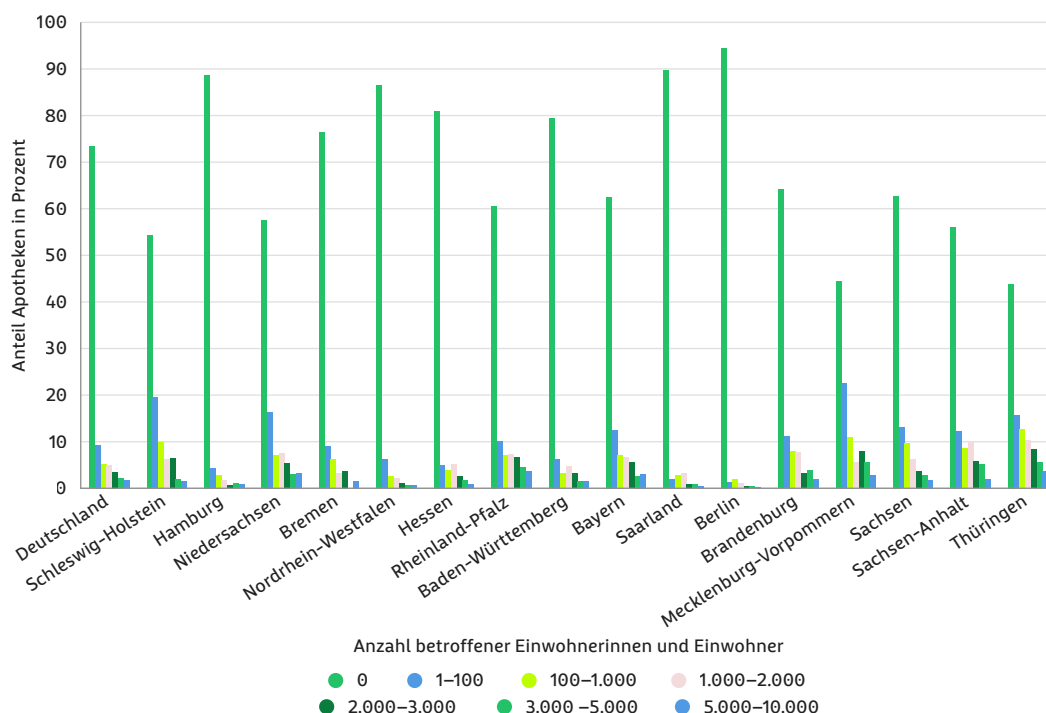
Abbildung 3: Anteil an Apotheken nach deren Auswirkung auf die Wegstrecke nach Schließung



Quelle: eigene Berechnung

Für die jeweiligen Bundesländer schwanken diese Ergebnisse erheblich (vgl. Abbildung 4). So waren es in der Simulation z. B. in Berlin 4 % der Apotheken, die bei einer Schließung vereinzelte Orte in Brandenburg von einer Versorgung unter sechs Kilometern abschneiden würden. In Mecklenburg-Vorpommern wären hingegen bei 60 % der Apotheken zumindest einige Einwohnerinnen und Einwohner negativ betroffen.

Abbildung 4: Anteil an Apotheken, deren Schließung für Einwohnerinnen und Einwohner eine Wegstrecke über 6 km erzeugt, im jeweiligen Bundesland

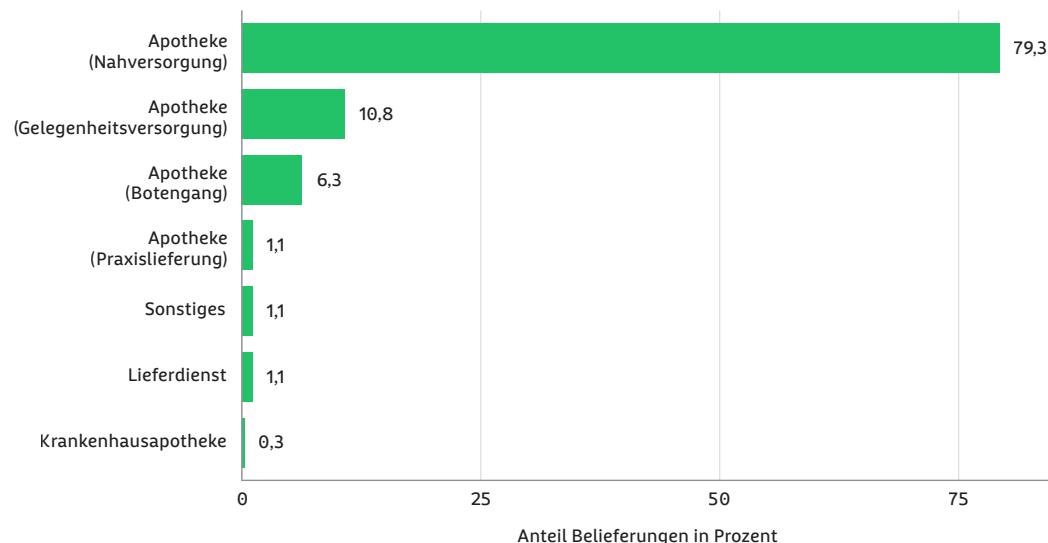


Quelle: eigene Berechnung

4 Distributionswege

4.1 Übersicht über die realisierten Distributionswege

Für die Jahre 2024 und 2025 wurden 107,13 Millionen Belieferungen aus 19.749 Apotheken an 7,33 Millionen Versicherte identifiziert. In der gleichen Zeit fielen 9,17 Millionen Personen in die Einschlusskriterien, für die in Summe 16,96 Millionen Versichertenjahre beobachtet wurden. Das heißt, dass für ca. 80 % der Personen mindestens eine ambulante Belieferung mit Arzneimitteln beobachtet wurde. Im Durchschnitt waren es 6,3 Belieferungen pro Jahr und Person bzw. eine Belieferung alle zwei Monate.

Abbildung 5: Anteil der realisierten Distributionswege im Jahr 2025

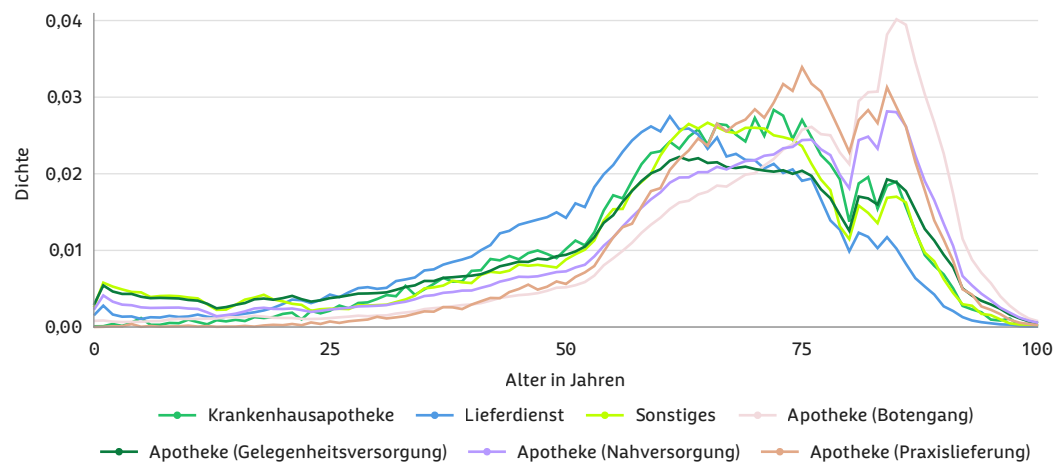
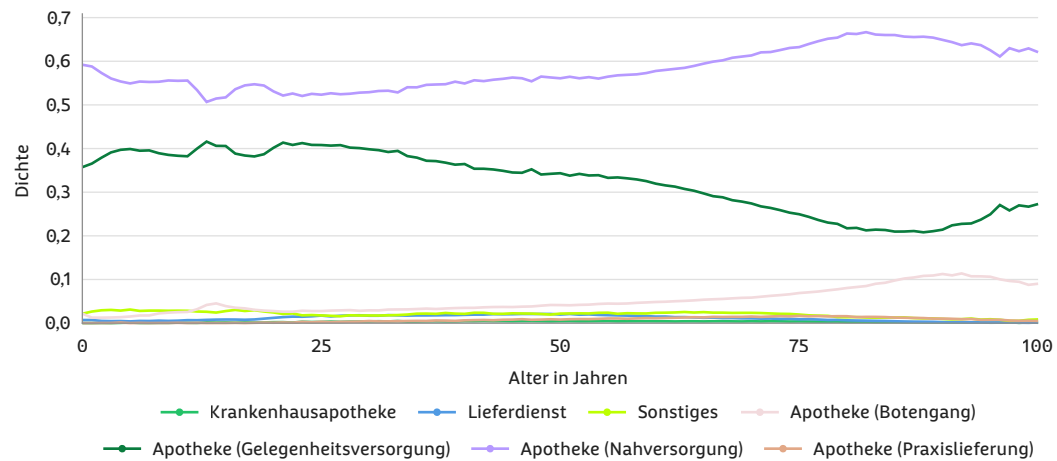
Quelle: eigene Berechnung

Abbildung 5 zeigt die Anzahl und den Anteil der realisierten Distributionswege aller Belieferungen. Den größten Anteil an der Versorgung hatte der traditionelle Apotheken-Patienten-Kontakt mit ca. 90 %, wobei ca. 80 % der Versorgung in unmittelbarer Nähe zum Patientenwohn- bzw. Praxisstandort stattfand und ca. 11 % der Versorgung eher als Gelegenheitsversorgung z. B. an der Berufsstätte erfolgte. Botendienste waren mit über 6 % vertreten, gefolgt von Praxislieferungen, Lieferdiensten und Sonstigem. Krankenhausapotheken waren in Bezug auf die Anzahl der Versorgungen in der ambulanten Versorgung kaum vertreten.

4.2 Altersverteilung

Die Abbildung 6 zeigt die Altersverteilung im Zusammenhang mit den Distributionswegen in zwei Varianten. Variante A stellt die Altersverteilung innerhalb der einzelnen Distributionswege dar, während Variante B die Verteilung der Distributionswege innerhalb der jeweiligen Altersgruppen abbildet. Es zeigte sich, dass die Altersverteilung über alle Distributionswege hinweg weitgehend der Altersverteilung des Medikationsbedarfs entsprach. Das bedeutet, dass insbesondere die ältere Bevölkerung sämtliche Zugangswege nutzte und über alle Zugangswege auch die dominant zu versorgende Gruppe darstellte.

Dennoch ist hervorzuheben, dass insbesondere die Botendienste einen ausgeprägten Peak bei den hochbetagten Personen aufwiesen und hierbei einen Versorgungsanteil von bis zu 10 % erreichten, während dieser Zugangsweg von jüngeren Versicherten kaum genutzt wurde. Bei diesen fand hingegen eine überproportional starke Gelegenheitsversorgung statt. Insbesondere bei Kindern liegt der Schluss nah, dass die Distribution über die Eltern erfolgte und daher Wegeberechnungen die tatsächlichen Wege nur unvollständig abbildeten. Gleiches gilt für die Höchstbetagten, da auch in dieser Gruppe die Gelegenheitsversorgung deutlich anstieg und die Beteiligung einer dritten Person an Beauftragung oder Betreuung wahrscheinlich war.

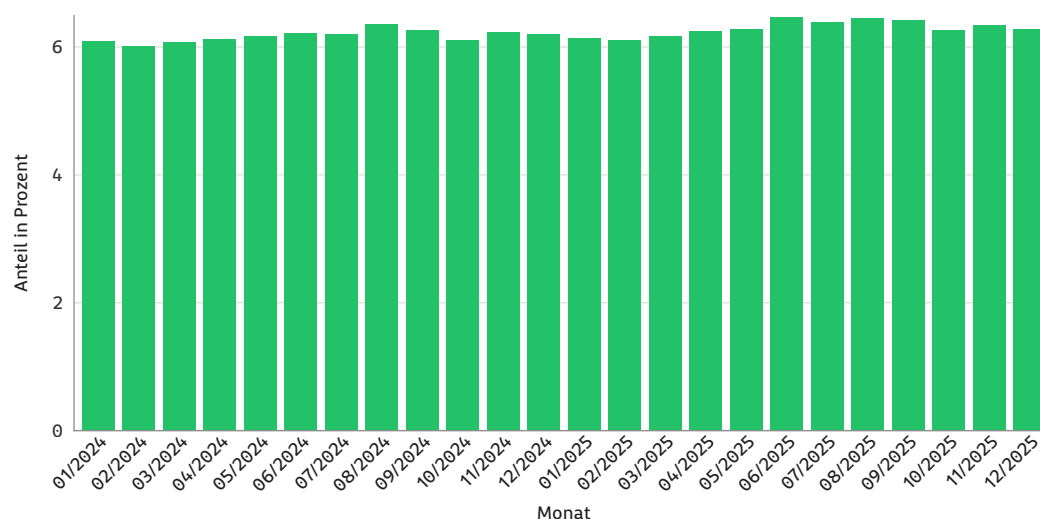
Abbildung 6: Anteilsverteilung nach realisiertem Distributionsweg (Kerndichteschätzung)**Distributionswege von Arzneimitteln innerhalb der Altersgruppen (relativ je Distributionsweg)****Distributionswege von Arzneimitteln nach Altersgruppen (relativ je Altersjahr)**

Quelle: eigene Berechnung

4.3 Schlaglicht Botendienste

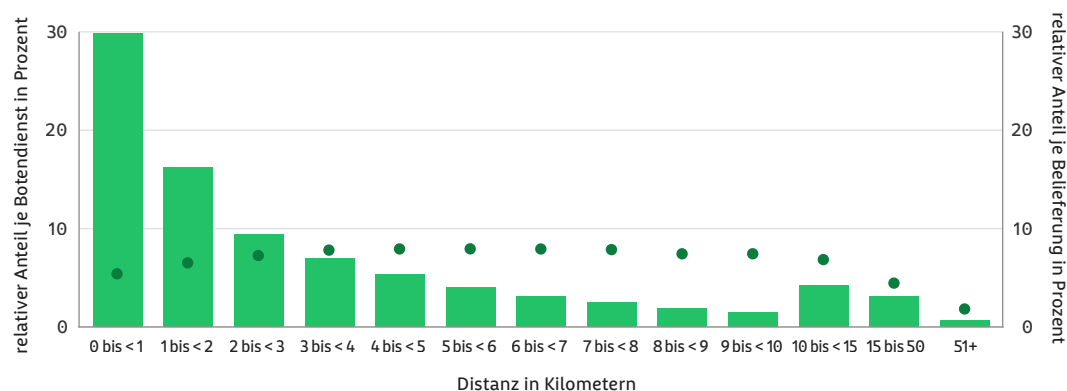
Die Abbildung 7 zeigt die Entwicklung der Botendienstbelieferungen im Zeitraum von Anfang 2024 bis Ende 2025 als relativen Anteil an allen Belieferungen. Insgesamt bewegten sich die Botengänge auf einem sehr stabilen Niveau. Der Anteil an allen Belieferungen lag durchgehend bei etwa 6 %.

Abbildung 7: Relative Häufigkeit von Botengängen (monatlich)



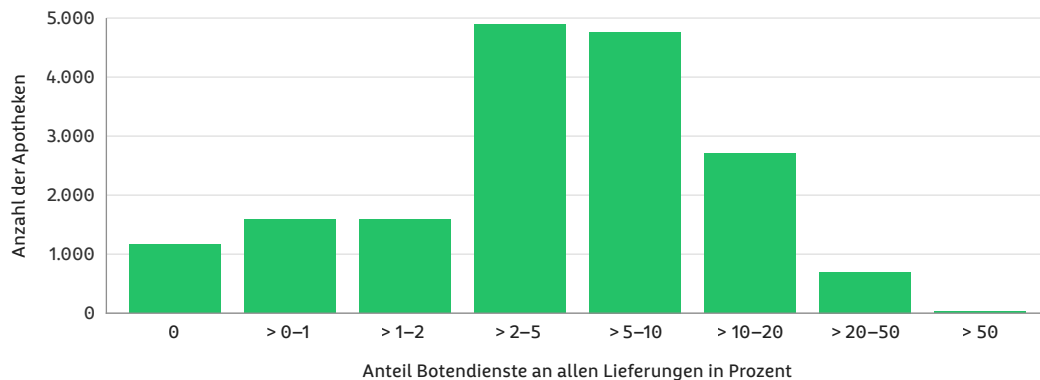
Quelle: eigene Berechnung

Abbildung 8: Relative Häufigkeit von Distanzen bei Botengängen



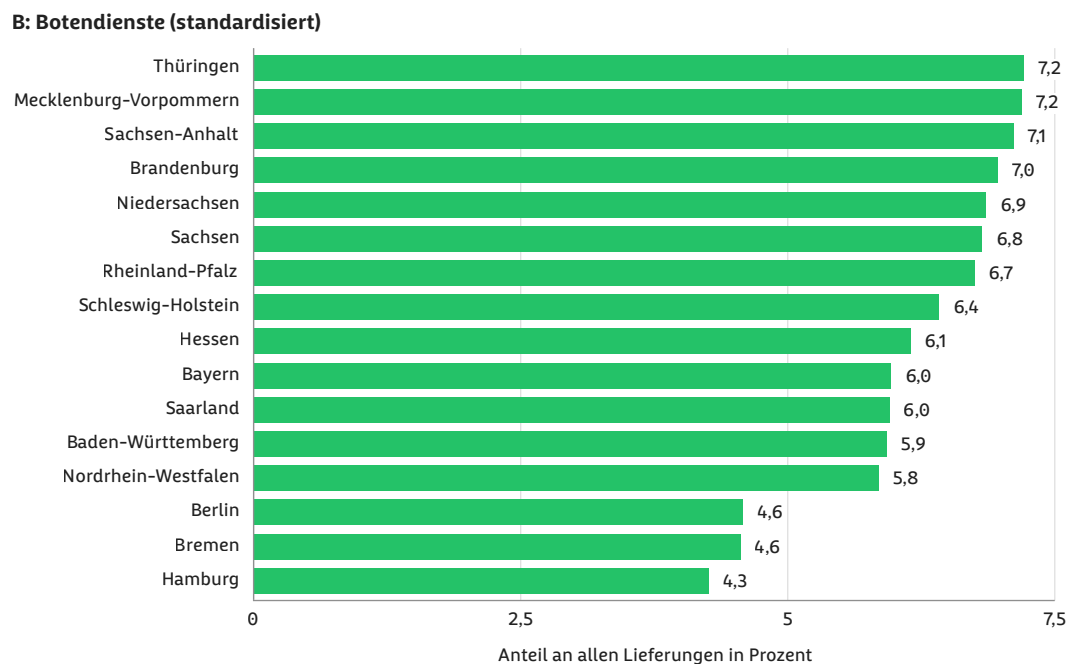
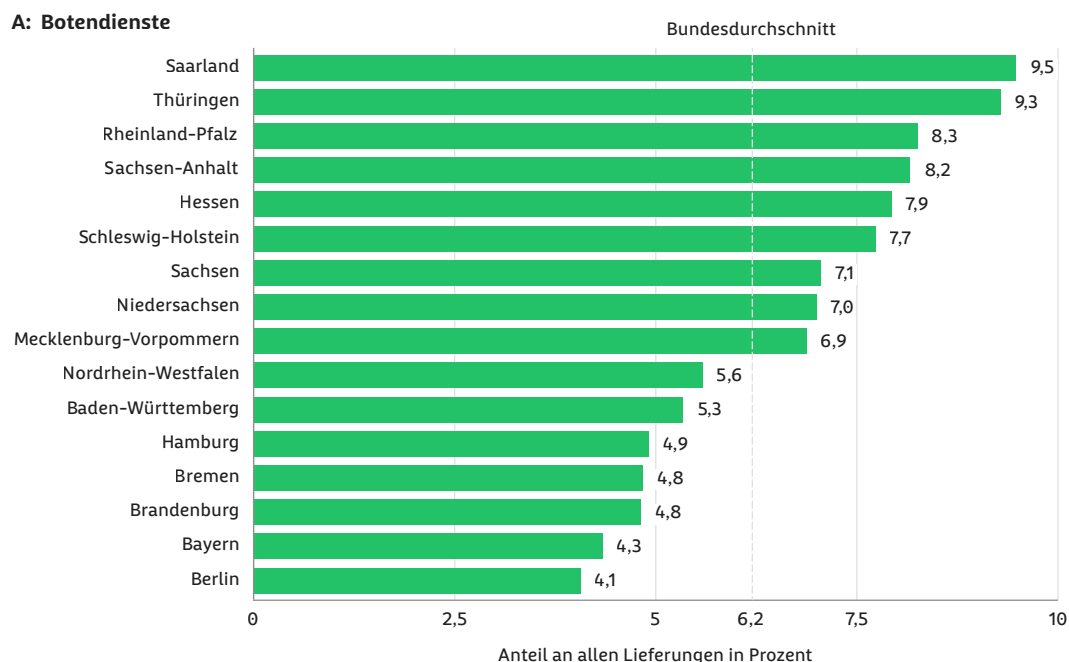
Quelle: eigene Berechnung

Abbildung 8 zeigt die Distanzen, die bei Botengängen zurückgelegt wurden, als relativen Anteil an allen Botendiensten (Balken) und als relativen Anteil der Botengänge je Belieferung mit einer bestimmten Distanz (Punkte). Beim Betrachten der Grafik fällt zunächst auf, dass sich diese auf kleine Entfernungen von unter zwei Kilometern konzentriert. Etwa 30 % der Botengänge fanden unter einem Kilometer statt, 46 % unter zwei Kilometern und 72 % unter sechs Kilometern. Im Vergleich zu allen Belieferungen durch Apotheken waren kurze Distanzen hingegen leicht unterrepräsentiert, während Distanzen von zwei bis zehn Kilometern leicht überrepräsentiert waren und Botengänge über zehn Kilometer deutlich seltener wurden. Insgesamt war festzustellen, dass Botendienste über alle Distanzbereiche verteilt stattfanden und sich hierbei nicht erheblich von den Direktabholungen unterschieden.

Abbildung 9: Anzahl an Apotheken nach relativer Häufigkeit von Botengängen

Quelle: eigene Berechnung

Abbildung 9 veranschaulicht die Anzahl der Apotheken nach der relativen Häufigkeit der durchgeführten Botengänge. Es zeigte sich zunächst, dass etwa 7 % der Apotheken ($n = 1.163$) keinerlei Botendienste abgerechnet hatten. Weitere 19 % erbrachten Botendienste gelegentlich und in deutlich unterdurchschnittlichem Umfang (bis zu 2 % der Belieferungen). Demgegenüber erfolgte bei der Mehrheit der Apotheken eine durchschnittliche Leistung an Botendiensten. Nur ein geringer Anteil der Apotheken konzentrierte sich stärker auf diesen Versorgungsweg; bei etwa 4 % lag der Anteil der Botendienste bei über 20 % der Belieferungen.

Abbildung 10: Relative Häufigkeit der Botengänge nach Bundesland im Beobachtungszeitraum

Anmerkung: A (oben): rohe Daten; B (unten): regional standardisiert nach Alter, Geschlecht, Pflegebedürftigkeit und Apothekenerreichbarkeit (Random Effects)

Quelle: eigene Berechnung

Abbildung 10 (oben) stellt die Anteile von Botendiensten an allen Belieferungen differenziert nach Bundesländern gegenüber und verdeutlicht erhebliche regionale Unterschiede in der Nutzung dieses Versorgungsangebots. Auffällig ist, dass insbesondere das Saarland und Thüringen mit Anteilen von jeweils über 9 % die höchste Inanspruchnahme von Botendiensten zeigten. Ebenfalls überdurchschnittliche Werte zeigten Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt und Hessen, deren Anteile im Bereich von etwa 8 % bis knapp 9 % lagen. Diese Bundesländer zählten damit zu den Regionen, in denen Botendienste eine vergleichsweise große Rolle in der Versorgung spielten. Demgegenüber hatten Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg leicht

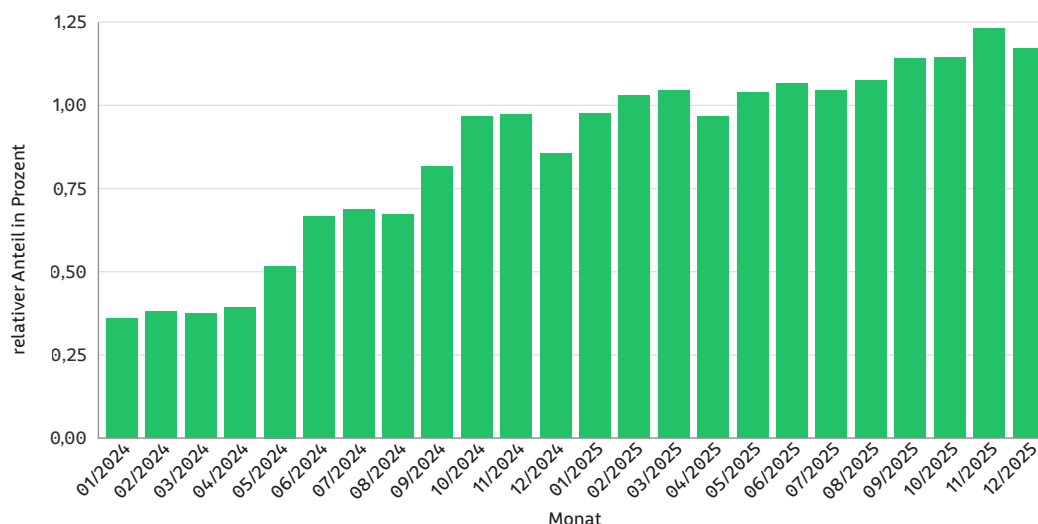
unterdurchschnittliche Werte (etwa 5,5 % bzw. 5 %). Niedrige Anteile fanden sich in den Stadtstaaten, Brandenburg und Bayern mit rund 4 % bis 5 % an allen Belieferungen. Der bundesweite Durchschnitt lag bei 6,2 %.

Abbildung 10 (unten) zeigt die standardisierten Werte der Bundesländer nach rechnerischer Bereinigung von Alters-, Geschlechts-, Pflegebedürftigkeits- und Apothekerreichbarkeitsunterschieden. Es wird ersichtlich, dass die Bundesländer stärker zusammenrückten. Die Stadtstaaten zeigten hierbei eine besonders geringe Botendienstquote, die ostdeutschen Bundesländer hingegen eine hohe Botendienstquote.

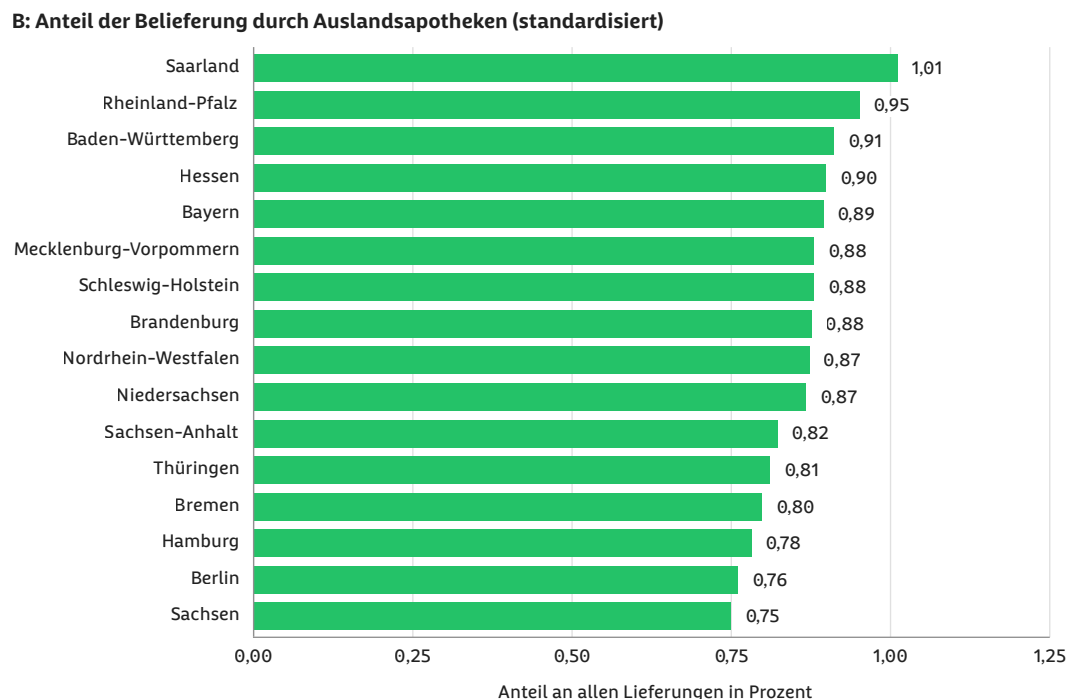
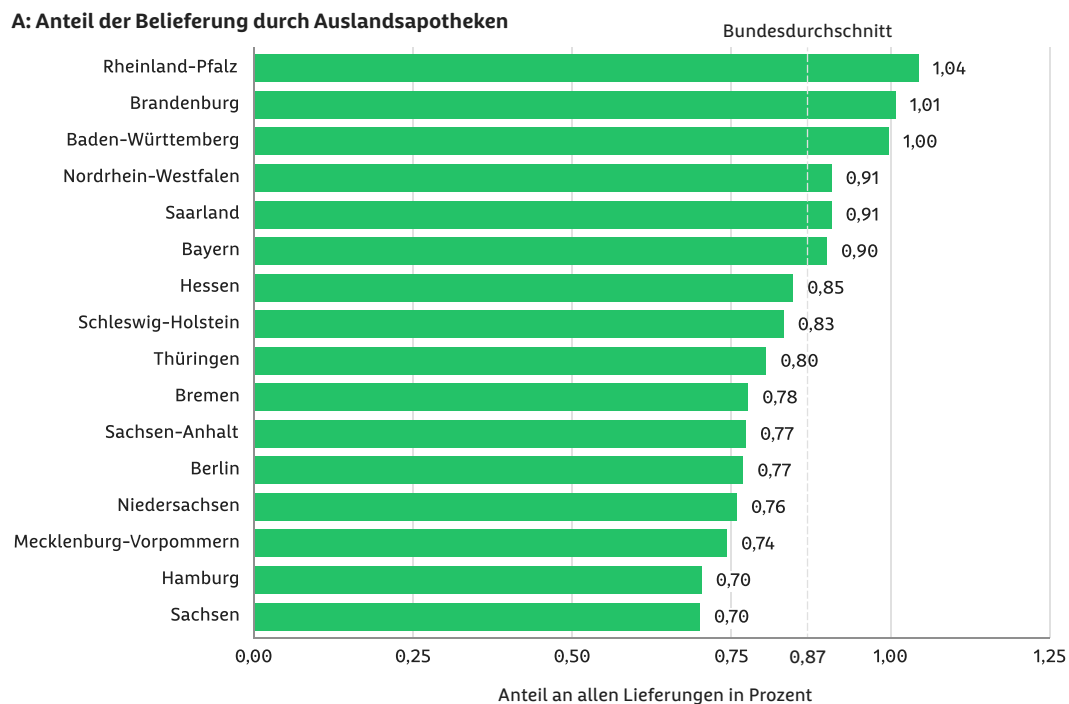
4.4 Schlaglicht ausländische Versandapotheken

Abbildung 11 zeigt die relative Entwicklung der Belieferungen über fachlich-datentechnisch identifizierbare Auslandsapotheken mit dem Geschäftsmodell des Arzneimittelversandhandels im Zeitraum von Anfang 2024 bis Ende 2025. Hierbei war ein Anstieg von etwa 0,25 % auf Werte von über 1,1 % festzustellen.

Abbildung 11: Monatliche Entwicklung der Belieferungen durch Auslandsapotheken



Quelle: eigene Berechnung

Abbildung 12: Relative Häufigkeit der Belieferungen durch Auslandsapotheken nach Bundesland im Beobachtungszeitraum

Anmerkung: A (oben): rohe Daten; B (unten): regional standardisiert nach Alter, Geschlecht, Pflegebedürftigkeit und Apothekenerreichbarkeit (Random Effects)

Quelle: eigene Berechnung

Der Auslandsversand der zwei betrachteten Jahre wird in Abbildung 12 differenziert nach Bundesländern dargestellt und auch hier zeigte sich eine deutlich heterogene regionale Verteilung (rohe Daten, oben). Die höchsten Anteile des Auslandsversands fanden sich in Rheinland-Pfalz und Brandenburg mit Werten von jeweils über 1 % der Gesamtlieferungen. Auch Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen und das Saarland zeigten überdurchschnittliche Anteile auf, die sich im Bereich von 0,95 % bis 1,0 % bewegten. Die geringsten Anteile des Auslandsversands waren in Mecklenburg-Vorpommern, Hamburg und Sachsen zu beobachten, wo die Werte bei etwa 0,7 % oder darunter lagen.

Nach der Standardisierung reduzieren sich die Unterschiede zwischen den Bundesländern deutlich. Die Stadtstaaten belegten neben Sachsen nunmehr die Plätze mit dem niedrigsten Anteil beim Versand. Die Bundesländer mit dem stärksten relativen Versandanteil lagen im Westen mit dem Saarland, Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg. Der bundesweite Durchschnitt lag bei 0,9 %.

4.5 Schlaglicht Gelegenheitsversorgung

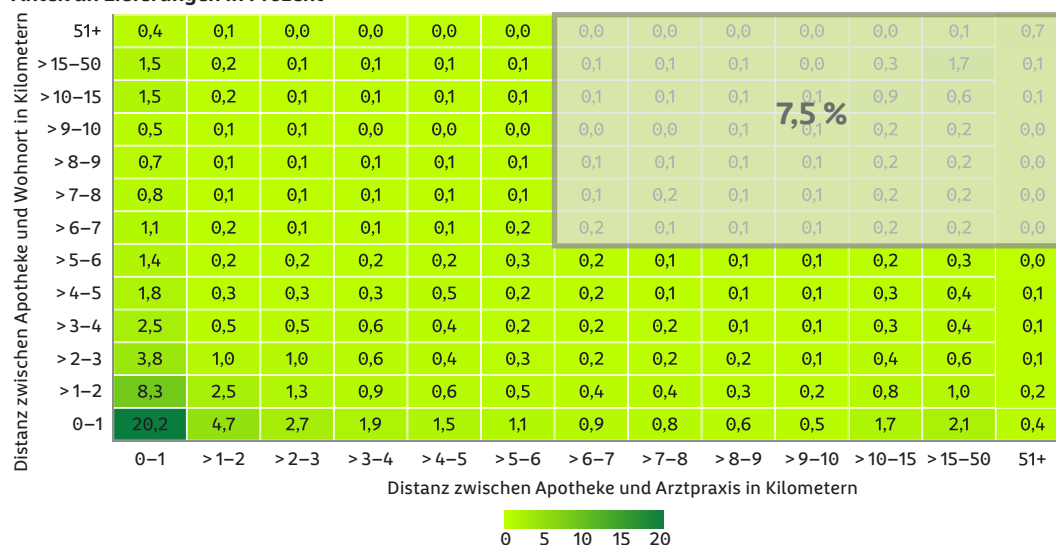
Im Folgenden blicken wir näher auf die Gelegenheitsversorgung. Die Abbildung 13 zeigt die Anteile der präsenzgebundenen Versorgung nach der Entfernung zwischen Wohnort bzw. Arztpraxis und abgebender Apotheke. Zunächst ist zu bemerken, dass die Gelegenheitsversorgung 7,5 % und die Nahversorgung 92,5 % innerhalb der präsenzgebundenen Versorgung ausmachte. Insgesamt war dabei die Arztpraxis mit 51,9 % etwas häufiger näher an der Apotheke als die Wohnung der Patientin bzw. des Patienten. In der Nahversorgung traf dies in 52,8 % der Belieferungen zu, während es in der Gelegenheitsversorgung 41,8 % waren. Bei 6,8 % aller Belieferungen wurde eine Apotheke genutzt, die nah an der Arztpraxis war, während diese sich mindestens sechs Kilometer vom Wohnort der Patientin bzw. des Patienten entfernt befand. Bei 10,6 % der Belieferungen war es andersherum, das heißt, der Wohnort lag nahe der Apotheke, während diese über sechs Kilometer von der Arztpraxis entfernt lag. Bei 36,6 % der Belieferungen befanden sich Arztpraxis, Apotheke und Wohnadresse in einem Radius von zwei Kilometern.

Es konnte ferner ein Zusammenhang zwischen der zurückgelegten Distanz zur Arztpraxis und der Apothekenwahl beobachtet werden. Lag die Arztpraxis innerhalb von zwei Kilometern um den Wohnort der Versicherten, wählten diese bei 63,2 % der Belieferungen eine Apotheke, die näher an der Arztpraxis als am Wohnort lag. Lag die Arztpraxis zwischen zwei und vier Kilometer entfernt, war es bei 51,7 % die der Arztpraxis nähere Apotheke, bei vier bis sechs Kilometern waren es 46,6 %. Lag die Arztpraxis aber über sechs Kilometer entfernt, war es bei 37,2 % der Belieferungen die der Arztpraxis nähere Apotheke, obwohl eine dem Wohnort nähere Apotheke verfügbar gewesen wäre.

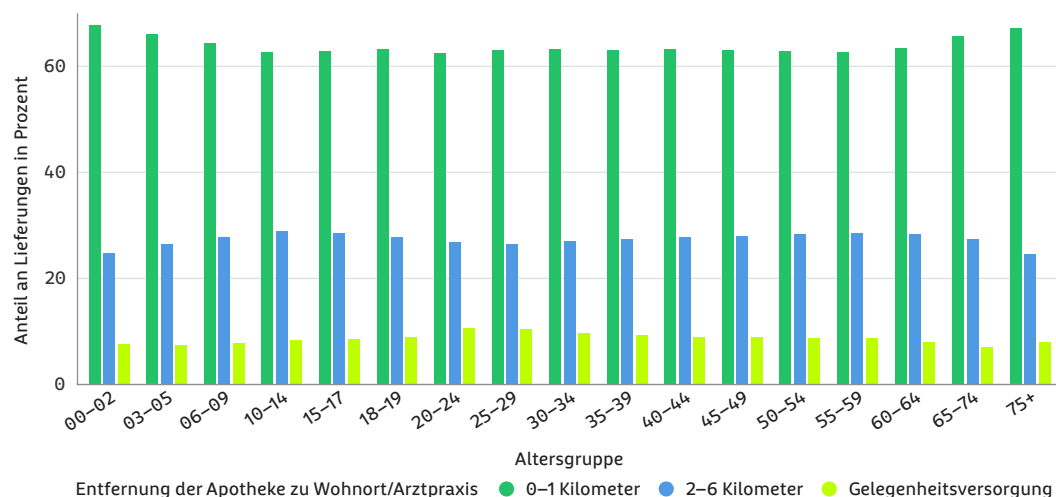
Das heißt, dass einerseits die Apotheken eher zentral an Arztpraxen lokalisiert sind. Andererseits ist erkennbar, dass Patientinnen und Patienten diese Lokalisation nicht immer bevorzugten, denn bei weiten Wegen wurden häufiger die wohnortnahen Apotheken aufgesucht. Bei den meisten Belieferungen lagen gleichwohl Apotheke und Arztpraxis nah am Wohnort.

Abbildung 13: Entfernungen bei der präsenzgebundenen Versorgung im Inland

Anteil an Lieferungen in Prozent

**Lieferungen in Prozent**

Die Abbildung 14 zerlegt die eben dargestellte Wegeverteilung in Abhängigkeit vom Alter der Patientinnen und Patienten und verdeutlicht ein stabiles Nutzungsmuster. Über sämtliche Altersgruppen hinweg dominierte die Kategorie der Entfernung bis zwei Kilometer deutlich. Dabei lag der Anteil von Belieferungen unter zwei Kilometern durchgehend im Bereich von etwa 62 % bis knapp 68 %. Auffällig ist, dass diese besonders kurzen Wege vor allem bei der Versorgung von Kindern und hochbetagten Menschen genutzt wurden. So lag bei Kindern in diesem Fall die Apotheke bei 72,1 % der Belieferungen auch näher an der Arztpraxis als am Wohnort. Bei den Hochbetagten waren es 68,5 %. Der Anteil an mittleren Distanzen (zwei bis sechs Kilometer) war mit ca. 25 % und 30 % vor allem bei den mittleren Altersgruppen verbreitet. Demgegenüber war die Gelegenheitsversorgung mit rund 7 % bis 11 % in allen Altersgruppen vergleichsweise selten.

Abbildung 14: Entfernungen (zum Wohnort bzw. zur Arztpraxis) je Altersgruppe bei der präsenzgebundenen Versorgung

5 Wahl des Distributionswegs

Die Ergebnisse der Poisson-Regression bezüglich der Wahl des Distributionswegs sind im Anhang, Tabelle A1, dargestellt.

Wir fanden einen deutlichen Zusammenhang zwischen der kontaktlosen Belieferung und den potenziellen Erreichbarkeiten zur Apotheke. Mit schlechter werdender Erreichbarkeit stieg der Anteil der kontaktlosen Belieferungen deutlich. Für Patientinnen und Patienten, deren nächste Apotheke zwischen zwei und vier Kilometer entfernt lag, stieg die Quote kontaktloser Belieferungen um 35 % (DRR: 1,35; 95 %-KI: 1,35; 1,36). Bei einer Entfernung von vier bis sechs Kilometern waren es um 83 % mehr (DRR: 1,83; 95 %-KI: 1,82; 1,83), und wenn keine Apotheke innerhalb von sechs Kilometern verfügbar war, stieg die Quote an kontaktlosen Belieferungen um über das Doppelte an (DRR: 2,16; 95 %-KI: 2,15; 2,16). Hierbei bedingten vor allem demografische Merkmale, ob eher Botendienste oder der Auslandsversand genutzt wurde. Botendienste hatten eine um über 20 % höhere Inanspruchnahmerate bei Personen über 70 Jahren. Ähnliches galt für Personen mit Pflegegrad 1 bis 3, die zu Hause gepflegt wurden. Zudem wurden Botendienste mit einer um 26 % bzw. 32 % höheren Rate in kleinen Städten bzw. dem ländlichen Raum gegenüber den Großstädten in Anspruch genommen. Der Auslandsversand konzentrierte sich dagegen stärker auf die städtischen Kreise mit einer um 21 % höheren Rate. Zudem wurde der Auslandsversand verstärkt von mittleren Altersgruppen zwischen 30 und 60 genutzt. Menschen mit Pflegegrad waren weniger affin für diese Versorgung, genauso wie Menschen im Pflegeheim. In Bezug auf das Einkommen fand sich eine leichte Tendenz zu mehr kontaktlosen Belieferungen, insbesondere Botendiensten, bei niedrigerem Einkommen gegenüber höherem Einkommen. Der Auslandsversand wurde stärker von Männern als von Frauen genutzt, während es bei den Botendiensten andersherum war.

Die sonstige Versorgung, die in dieser Analyse als Restgruppe fungierte, war besonderes prävalent bei Kindern (DRR: 1,1; 95 %-KI: 1,1; 1,11) und selten bei Personen in Pflege.

6 Diskussion

Die vorliegende Analyse zeigt, dass die ambulante Arzneimittelversorgung in Deutschland trotz rückläufiger Apothekenzahlen weiterhin wohnortnah und präsenzgebunden erfolgt. Zwar hatten Ende 2025 noch 96 % der Bevölkerung mindestens eine Apotheke innerhalb eines fußläufigen Radius von sechs Kilometern zur Verfügung, allerdings mit erheblichen regionalen Unterschieden. Insbesondere Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und Sachsen-Anhalt weisen bereits heute relevante Bevölkerungsanteile mit größeren Entfernungen zur nächsten Apotheke auf. Gleichzeitig verdeutlichen die Daten, dass infrastrukturelle Erreichbarkeit und tatsächliches Inanspruchnahmeverhalten nicht vollständig gleichgesetzt werden können. Rund 90 % aller Belieferungen erfolgten weiterhin über den direkten Kontakt mit einer Apotheke. Dabei lag der überwiegende Teil der Versorgungen in unmittelbarer Nähe zum Wohn- oder Praxisstandort. Die Ergebnisse bei der Gelegenheitsversorgung zeigten derweil, dass Patientinnen und Patienten ihre Apotheke keineswegs ausschließlich nach räumlicher Nähe auswählen. Vielmehr werden Apotheken in den individuellen Alltag integriert, insbesondere die Nähe zur Arztpraxis scheint eine wichtige Rolle zu spielen. Gleichzeitig nahm die Bedeutung wohnortnaher Apotheken mit steigender Entfernung zwischen Wohnort und Arztpraxis zu. Dies spricht dafür, dass Apotheken

nicht isoliert betrachtet werden sollten, sondern als Bestandteil eines räumlichen Versorgungsnetzwerks aus Wohnort, Arztpraxis und weiteren alltäglichen Mobilitätsmustern.

Die Wahrscheinlichkeit einer kontaktlosen Versorgung stieg – bei einem insgesamt niedrigen Anteil – mit zunehmender Entfernung zur nächsten Apotheke deutlich an. Personen ohne Apotheke innerhalb von sechs Kilometern nutzten kontaktlose Versorgungsformen mehr als doppelt so häufig wie Personen mit sehr guter Erreichbarkeit. Dies deutet darauf hin, dass alternative Distributionswege bestehende Erreichbarkeitsdefizite zumindest teilweise kompensieren können. Allerdings zeigte sich auch, dass sich hinter der kontaktlosen Versorgung unterschiedliche Versorgungssituationen verbergen.

Insbesondere die Botendienste sind eine relevante Erweiterung der wohnortnahen Versorgung. Ihr Anteil lag stabil bei etwa 6 % aller Belieferungen. Gleichzeitig wurden sie überdurchschnittlich häufig von älteren und pflegebedürftigen Personen genutzt. Auch mit zunehmender Entfernung zur nächsten Apotheke nahm ihre Nutzung deutlich zu. Bemerkenswert ist dabei, dass die meisten Botengänge weiterhin bei vergleichsweise kurzen Distanzen stattfanden. Dies spricht gegen die Vorstellung eines großräumigen Liefermodells und deutet vielmehr darauf hin, dass Botendienste vor allem dort eingesetzt werden, wo die Apotheke grundsätzlich erreichbar wäre, die persönliche Abholung jedoch erschwert ist oder das Arzneimittel zum Zeitpunkt des Apothekenbesuchs nicht vorrätig war. Botendienste übernehmen damit eine wichtige Funktion innerhalb der bestehenden Apothekenstruktur.

Anders stellt sich die Situation beim Versandhandel dar. Der identifizierte Auslandsversand machte im Beobachtungszeitraum nur einen kleinen Teil der Versorgung mit rezeptpflichtigen Arzneimitteln aus, zeigte jedoch aktuell ein moderates Wachstum. Die Nutzung konzentrierte sich stärker auf Personen mittleren Alters, auf Männer sowie auf urbanere Regionen. Pflegebedürftige Menschen sowie Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen nutzten diesen Vertriebsweg dagegen deutlich seltener. Diese Ergebnisse sprechen dafür, dass Versandmodelle vor allem für planbare und standardisierte Arzneimitteltherapien attraktiv sind. Für Bevölkerungsgruppen mit erhöhtem Beratungsbedarf, eingeschränkter Mobilität oder komplexeren Versorgungsanforderungen scheint hingegen weiterhin die unmittelbare Anbindung an eine Apotheke vor Ort von größerer Bedeutung zu sein.

Die Ergebnisse legen damit nahe, dass die verschiedenen Distributionswege nicht als vollständig austauschbare Alternativen genutzt werden. Vielmehr erfüllen sie unterschiedliche Funktionen innerhalb des Versorgungssystems. Während die klassische Apothekenversorgung die große Basis der Arzneimittelabgabe bildet, kompensieren Botendienste Mobilitätseinschränkungen innerhalb bestehender Versorgungsstrukturen. Versandangebote ergänzen hingegen insbesondere bei planbaren Versorgungsbedarfen die vorhandenen Bezugswege.

Stärken und Limitationen

Eine wesentliche Stärke dieser Analyse liegt in der Verwendung umfangreicher Routinedaten, die mehr als 107 Millionen Belieferungen aus über 16.000 Apotheken bei über sieben Millionen Versicherten umfassen. Durch die Georeferenzierung aller beteiligten Apotheken, Arztpraxen und Versicherten sowie das anschließende Routing im Fußwegenetz entstand eine belastbare und differenzierte Datengrundlage. Diese ermöglichte eine systematische Untersuchung und den Vergleich potenzieller und tatsächlich realisierter Distributionswege in der ambulanten Arzneimittelversorgung in Deutschland.

Eine zentrale Limitation bestand in der fehlenden Selektierbarkeit und Differenzierung hinsichtlich der Nutzung von Versanddiensten bei inländischen Apotheken. Laut ABDA liegt der umsatzbezogene Marktanteil von Lieferservices bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln bei etwa 1,4 % bis 2 %. Vor dem Hintergrund, dass Lieferungen häufig mehrere Arzneimittel umfassen und somit die Umsatzanteile tendenziell höher ausfallen als die entsprechenden Belieferungsanteile, ist davon auszugehen, dass der hier ermittelte Anteil an Auslandsbelieferungen von rund 0,9 % bereits einen Großteil des entsprechenden Versorgungsgeschehens abbildet, jedoch möglicherweise eine leichte Unterschätzung darstellt.

Ein weiterer methodischer Unsicherheitsfaktor betraf die Bestimmung der Startpunkte der Patientenwege. Diese waren naturgemäß nicht direkt beobachtbar und mussten über den Wohnort der Versicherten bzw. den Standort der verordnenden Arztpraxis approximiert werden. Dies kann insbesondere bei der Bewertung der tatsächlich realisierten Erreichbarkeit zu Verzerrungen geführt haben. Das gilt in besonderem Maße für Fälle der sogenannten Gelegenheitsversorgung, denn es lässt sich im Einzelfall nicht eindeutig bestimmen, ob es sich um spontane Inanspruchnahmen, um Lieferungen durch Dritte, um inländischen Versand oder um bewusst in Kauf genommene längere Wege handelte.

Darüber hinaus konnte nicht abschließend unterschieden werden, ob es sich bei Belieferungen aus der Kategorie „Auslandsversand“ ausschließlich um klassische Versandvorgänge oder teilweise auch um Abholungen im grenznahen Ausland handelte. Aufgrund des Ausschlusses von Versicherten mit Wohnsitz im Ausland sowie der breiten regionalen Streuung der Zieladressen ist davon auszugehen, dass das Ausmaß dieser potenziellen Verzerrung gering ist.

Ein Befund der Analyse betrifft den Zusammenhang zwischen kontaktlosen Belieferungsformen und sozioökonomischen Merkmalen, insbesondere dem Einkommen der Versicherten. Für etwa 1 % der Fälle lagen jedoch keine entsprechenden Einkommensinformationen vor, sodass diese Beobachtungen aus den Analysen ausgeschlossen werden mussten.

Es wurden keine Daten von vor 2024 für die Analyse genutzt, obwohl die genannten Distributionswege etwa seit dem Jahr 2020 etabliert waren. Allerdings erfolgte zum 1. Januar 2024 die bundesweit verpflichtende Einführung des E-Rezepts. Waren vormals maximal drei Positionen je Rezept verfügbar, so wurde mit dem E-Rezept nun eine Beschränkung auf eine Position eingeführt. Zudem fielen Medienbrüche weg, die insbesondere für den Versand hinderlich waren. Diese Änderungen bewirkten eine veränderte Datenverfügbarkeit und ein verändertes Rezeptausstellungsverhalten der Ärztinnen und Ärzte bei gleicher Medikation und führten damit zu einem statistischen Bruch in den Daten, der bei einer Langzeitanalyse Artefakte erzeugt hätte.

Zuletzt muss erwähnt werden, dass sich die verwendeten Daten auf eine einzige Krankenkasse beschränken, die etwa 10 % der deutschen Bevölkerung abdeckt. Trotz fehlender Vollerhebung erachten wir die Daten aufgrund ihres Umfangs und der breiten Besetzung aller Regional-, Alters- und Geschlechtsverteilungen für repräsentativ. Dennoch kann es insbesondere in Verbindung mit kassenindividuellen Rabattverträgen bei Arzneimitteln zu Unterschieden zum bundesdeutschen Schnitt gekommen sein.

7 Fazit und politische Einordnung

Die empirischen Analysen zur bestehenden Versorgungssituation mit rezeptpflichtigen Arzneimitteln in Deutschland zeigen einen positiven Gesamteindruck. Das Gros der Versorgung erfolgt unmittelbar in Apotheken und wird ergänzt durch Logistikleistungen, die in den letzten Jahren gesetzlich weiter ausgebaut wurden. Dabei hat der Botendienst als unmittelbare Leistung durch die Apotheken den höchsten Anteil an ergänzender Logistikleistung für die Patientinnen und Patienten. Bei Botendiensten steigt der Versorgungsanteil mit dem Alter und dem Versorgungsbedarf deutlich an, mit nach wie vor erheblichen regionalen Abweichungen. Dies liegt auf der Linie der Zielsetzung, die der Gesetzgeber mit der Einführung einer Vergütung für Botendienste skizziert hatte. Der Versandhandel hat bei rezeptpflichtigen Arzneimitteln einen geringen Versorgungsanteil, allerdings mit steigender Tendenz. Insgesamt zeigt sich die Versorgungslage stabil und trotz eines signifikanten Rückgangs der Apothekenzahl aktuell unkritisch.

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen auch, dass nicht jeder Apothekenstandort die gleiche Versorgungsrelevanz besitzt. Gerade in Ballungsräumen bestehen häufig Alternativen, während einzelne Apotheken in ländlichen Regionen eine zentrale Bedeutung für die Erreichbarkeit ganzer Bevölkerungsgruppen haben können. Umgekehrt verdeutlichen die Befunde aber auch, dass alternative Distributionskanäle die wohnortnahe Versorgung nicht vollständig ersetzen können. Dies gilt insbesondere für ältere, pflegebedürftige und weniger mobile Personen, die sich in besonderem Maß für Leistungen lokaler Apotheken und deren Botendienste entscheiden.

Die Entwicklung der wirtschaftlichen Situation der Apotheken zeigte sich in den letzten Jahren ebenfalls positiv. Dies kann man dem Bericht „Apotheke – Zahlen, Daten, Fakten 2026“ der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) entnehmen. Dort wird tabellarisch die jüngste Entwicklung der wirtschaftlichen Situation der durchschnittlichen Apotheke aufgeführt (Seite 22).

Tabelle 2: Entwicklung der Umsätze und Erträge von Apotheken

	2023 in Tsd. Euro	2024 in Tsd. Euro	2025 in Tsd. Euro	Entwicklung von 2023 bis 2025 in Prozent
Nettoumsatz (ohne Umsatzsteuer und Rabatte)	3.440	3.695	4.001	+16,3
Rohertrag	708	737	770	+8,8
Betriebsergebnis (vor Steuern)	148	162	168	+13,5

Quelle: „Apotheke – Zahlen, Daten, Fakten 2026“ der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA)

Die Bewertung einer durchschnittlichen Verbesserung des Betriebsergebnisses um 13,5 % innerhalb von drei Jahren als unzureichend fällt in den Bereich legitimer Interessenvertretung. Gleichwohl stellt sich die Frage, inwieweit diese Einschätzung aus wirtschaftlicher Perspektive objektiv begründet werden kann. In anderen, ebenfalls durch kleine Dienstleistungsbetriebe geprägten Branchen dürfte eine vergleichbare Ergebnisentwicklung vielfach positiv bewertet werden. Die von der Apothekerschaft veröffentlichten Kennzahlen stützen die wirtschaftliche Argumentation für das Apothekenversorgung-Weiterentwicklungsgesetz (ApoVWG) und die darin vorgesehenen zusätzlichen finanziellen Leistungen zugunsten der Apotheken und zulasten der GKV-Beitrags-

zahlenden jedenfalls nur eingeschränkt. Allerdings werden politische Entscheidungen nicht ausschließlich auf Basis ökonomischer Kennzahlen getroffen.

Wichtig ist, kurz auf die Gründe einzugehen, weshalb sich die wirtschaftlichen Ergebnisse der durchschnittlichen Apotheke so positiv entwickeln, obwohl das Fixum tatsächlich seit Jahren nicht erhöht wurde. Entscheidend dafür sind drei Faktoren:

1. Mengensteigerungen bei der Anzahl abgegebener Arzneimittel.
2. Erhebliche Preissteigerungen von Arzneimitteln. Dadurch steigt auch der Ertrag aus dem Handelsaufschlag der Apotheken von 3 % entsprechend an.
3. Die sinkende Anzahl der Apotheken sorgt dafür, dass sich der Umsatz auf weniger Apotheken aufteilt, und trägt so zum Anstieg des Durchschnittswerts bei.

Daher wäre eine zielgerichtete Weiterentwicklung der Apothekenvergütung sehr wichtig. Das derzeit verwendete Gießkannenprinzip mit der pauschalen Erhöhung des Fixums geht in die falsche Richtung. Die Zahlen zeigen, dass die Durchschnittsapotheke auch in jüngster Zeit eine gute wirtschaftliche Entwicklung hatte. Daher müssen keineswegs alle Apotheken besser vergütet werden. Es wurde bedauerlicherweise gesetzlich versäumt, die Vergütungsanpassungen auf die Apotheken zu beziehen, die sich tatsächlich in wirtschaftlicher Not oder in einer besonders wichtigen Versorgungssituation befinden. Stattdessen werden finanzielle Wohltaten für alle Apotheken veranlasst, die zudem noch den wirtschaftlich robusten, mit hohen Abgabezahlen, eben auch den Versandapotheken, am meisten zugutekommen.

Die aufgezeigten bestehenden Fehlanreize in der Vergütungssystematik bedürfen einer Korrektur. Einerseits ist es dringend angezeigt, den relativen Anteil von derzeit mindestens 3 % ab einem bestimmten Apothekeneinkaufspreis zu kappen. In Analogie zur Großhandelsvergütung erscheint eine Kappung ab einem Abgabepreis eines pharmazeutischen Unternehmens von 1.200 € sinnvoll.

Andererseits ist die pauschale Erhöhung des Fixums auf 9,50 € ab dem 1. Januar 2027 kritisch zu werten, da dies ohne Berücksichtigung der Anzahl der abgegebenen Arzneimittelpackungen erfolgt. Apotheken mit standortbedingt geringerer Anzahl von Arzneimittelabgaben haben dadurch keinen relativen Vorteil im Sinne einer Standortförderung. An dieser Stelle könnte ein Vorschlag des GKV-Spitzenverbands zu einem degressiv ausgestalteten Fixum zur Umverteilung des Apothekenfixums in Abhängigkeit von der Anzahl der abgegebenen Arzneimittelpackungen eine sinnvolle Steuerungswirkung entfalten. Unter Beibehaltung bundeseinheitlicher Arzneimittelpreise würde ein Anteil des Apothekenfixums, das von der GKV vergütet wird, automatisch in einen Ausgleichsfonds, z. B. den Nacht- und Notdienstfonds, der bereits für andere Ausgleichsaufgaben verwendet wird, fließen. Nach Abschluss einer zu definierenden Abrechnungsperiode würde dann ein „Versorgungsbonus“ an die Apotheken ausgeschüttet, die eine vergleichsweise geringe Anzahl von abgegebenen Arzneimittelpackungen aufweisen (GKV-Spitzenverband, 2026).

Dabei gilt es auch ergänzend zu berücksichtigen, dass Apotheken nicht mehr allein Abgabestelle für Arzneimittel sind, sondern weitreichende Aufgaben in Prävention und Labordiagnostik sowie assistierter Telemedizin erschließen könnten, für die es attraktive Vergütungen gibt. Es ist jedoch fraglich, ob jede Apotheke von diesen zusätzlich vergüteten Leistungen profitieren kann, da diese vor allem ausreichend viel und qualifiziertes Personal voraussetzen. 1.700 Apotheken und damit ein Anteil von lediglich ca. 10 % bieten derzeit beispielsweise Impfungen an (ABDA, 2026). Die Vermutung liegt nahe, dass der Rückgang der Anzahl von Apotheken, trotz der im Wege der Apothekenreform nach dem Gießkannenprinzip verteilten finanziellen Änderungen, nicht gebremst werden kann. Dies ist aus Sicht einer Krankenkasse zu kritisieren, da somit das

eigentliche Ziel der Apothekenreform – also explizit die Stärkung der Vor-Ort-Apotheken – trotz der mit der Reform einhergehenden relevanten Mehrausgaben nicht erreicht wird.

Anhang

Tabelle A1: Ergebnisse der Poisson-Regression, Outcome: personenbezogene Belieferungen 2024 und 2025

	Botendienste	Versand	Kontaktlose Belieferung	Sonstiges
(Intercept)	0,03* (0,03; 0,03)	0,01* (0,01; 0,01)	0,04* (0,04; 0,04)	0,03* (0,03; 0,03)
AG < 18	0,49* (0,49; 0,5)	0,29* (0,28; 0,29)	0,45* (0,44; 0,45)	1,11* (1,1; 1,11)
AG 18–29	0,66* (0,65; 0,66)	0,74* (0,73; 0,75)	0,68* (0,68; 0,69)	0,8* (0,79; 0,81)
AG 30–39	0,76* (0,75; 0,76)	0,91* (0,9; 0,92)	0,8* (0,8; 0,81)	0,88* (0,87; 0,89)
AG 40–49	0,87* (0,87; 0,88)	1,04* (1,03; 1,04)	0,92* (0,91; 0,92)	0,96* (0,95; 0,96)
AG 50–59	(ref.)	(ref.)	(ref.)	(ref.)
AG 60–69	1,11* (1,1; 1,11)	0,79* (0,78; 0,79)	1,03* (1,02; 1,03)	1,05* (1,05; 1,06)
AG 70–79	1,24* (1,24; 1,25)	0,66* (0,66; 0,67)	1,11* (1,1; 1,11)	0,91* (0,9; 0,91)
AG 80–89	1,44* (1,44; 1,45)	0,43* (0,42; 0,43)	1,23* (1,23; 1,24)	0,67* (0,66; 0,67)
AG 90+	1,47* (1,47; 1,48)	0,23* (0,23; 0,24)	1,25* (1,25; 1,25)	0,56* (0,56; 0,56)
Einkommen hoch	0,85* (0,84; 0,85)	1,05* (1,05; 1,06)	0,9* (0,89; 0,9)	0,78* (0,78; 0,79)
Einkommen mittel	(ref.)	(ref.)	(ref.)	(ref.)
Einkommen niedrig	1,03* (1,02; 1,03)	0,99* (0,99; 1)	1,02* (1,02; 1,02)	1,11* (1,1; 1,11)
Erreichbarkeit 0 bis unter 2 km	(ref.)	(ref.)	(ref.)	(ref.)
Erreichbarkeit 2 bis unter 4 km	1,39* (1,39; 1,39)	1,12* (1,12; 1,13)	1,35* (1,35; 1,36)	
Erreichbarkeit 4 bis unter 6 km	1,92* (1,91; 1,92)	1,31* (1,29; 1,32)	1,83* (1,82; 1,83)	
Erreichbarkeit 6 km und mehr	2,28* (2,28; 2,29)	1,41* (1,39; 1,42)	2,16* (2,15; 2,16)	
GG männlich	0,9* (0,9; 0,91)	1,26* (1,26; 1,27)	0,94* (0,94; 0,95)	1,13* (1,13; 1,14)

GG weiblich	(ref.)	(ref.)	(ref.)	(ref.)
Pflegegrad 0	(ref.)	(ref.)	(ref.)	(ref.)
Pflegegrad 1	1,91* (1,9; 1,92)	0,84* (0,83; 0,85)	1,73* (1,73; 1,74)	0,85* (0,85; 0,86)
Pflegegrad 2	2,23* (2,22; 2,23)	0,73* (0,72; 0,73)	1,99* (1,98; 1,99)	0,85* (0,85; 0,86)
Pflegegrad 3	2,23* (2,23; 2,24)	0,6* (0,6; 0,61)	1,98* (1,98; 1,99)	0,79* (0,79; 0,8)
Pflegegrad 4	1,73* (1,72; 1,73)	0,38* (0,38; 0,39)	1,52* (1,52; 1,53)	0,74* (0,73; 0,75)
Pflegegrad 5	1,51* (1,5; 1,52)	0,22* (0,21; 0,22)	1,31* (1,3; 1,32)	0,73* (0,72; 0,74)
Pflegeheim 0	(ref.)	(ref.)	(ref.)	(ref.)
Pflegeheim 1	1,25* (1,19; 1,32)	0,49* (0,32; 0,76)	1,23* (1,17; 1,3)	1,25* (1,12; 1,4)
Regionstyp große kreisfreie Großstadt	(ref.)	(ref.)	(ref.)	(ref.)
Regionstyp kleine kreisfreie Großstadt	1,26* (1,25; 1,26)	1,01* (1; 1,02)	1,22* (1,22; 1,23)	
Regionstyp ländlicher Kreis	1,29* (1,28; 1,29)	1,06* (1,05; 1,07)	1,25* (1,25; 1,26)	
Regionstyp städtischer Kreis	1,32* (1,31; 1,32)	1,21* (1,2; 1,22)	1,3* (1,3; 1,3)	
Zeitpunkt 2024	1* (1; 1)	0,6* (0,6; 0,6)	0,94* (0,94; 0,94)	0,9* (0,9; 0,9)
Zeitpunkt 2025	(ref.)	(ref.)	(ref.)	(ref.)

Quelle: eigene Berechnung

Literaturverzeichnis

ABDA (2024). Die Apotheke – Zahlen, Daten, Fakten 2024. Versandhandel. Verfügbar unter: https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/ZDF/Zahlen-Daten-Fakten-24/ZDF_2024_14_Versandhandel.pdf [Zugriff am 19.08.2026].

ABDA (2025). Die Apotheke – Zahlen, Daten, Fakten 2025. Entwicklung der Apothekenzahl. Verfügbar unter: https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/ZDF/Jahrbuch-ZDF-2025/ZDF_2025_08_Entwicklung_der_Apothekenzahl.pdf [Zugriff am 19.08.2026].

ABDA (2026). Studie: Für 4 Millionen Menschen mehr als 6 Kilometer bis zur nächsten Apotheke. Verfügbar unter: <https://www.abda.de/aktuelles-und-presse/veranstaltungen/detail/studie-fuer-4-millionen-menschen-mehr-als-6-kilometer-bis-zur-naechsten-apotheke/> [Zugriff am 19.08.2026].

AMPreisV. Arzneimittelpreisverordnung vom 14. November 1980 (BGBl. I S. 2147), zuletzt geändert durch Artikel 3a des Gesetzes vom 26. Juni 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 195).

ApBetrO. Apothekenbetriebsordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 26. September 1995 (BGBl. I S. 1195), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 26. Juni 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 195).

ApoG. Apothekengesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 15. Oktober 1980 (BGBl. I S. 1993), zuletzt geändert durch Artikel 2a des Gesetzes vom 26. Juni 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 195).

ApoVWG. Gesetz zur Weiterentwicklung der Apothekenversorgung (Apothekenversorgung-Weiterentwicklungsgesetz).

BfArM (2026). Versandhandels-Register. Verfügbar unter: https://www.bfarm.de/DE/Arzneimittel/Arzneimittelinformationen/Versandhandels-Register/_node.html [Zugriff am 23.07.2026].

BStabG. Gesetz zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Bundesministerium für Gesundheit (2026). Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Apothekenversorgung (Apothekenversorgung-Weiterentwicklungsgesetz – ApoVWG). Drucksache 21/4084. Verfügbar unter: <https://dserver.bundestag.de/btd/21/040/2104084.pdf> [Zugriff am 17.09.2026]

GBE (2016) (Statistisches Bundesamt (Destatis), Hrsg.). Anzahl der Apotheken in Deutschland. Verfügbar unter: <https://www.gbe-bund.de/> [Zugriff am 19.08.2026].

GKV-Spitzenverband (2026). Für eine moderne und wohnortnahe Arzneimittelversorgung: Ansätze zur Stärkung der niedergelassenen Apotheken. Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/service_1/publikationen/20240430_Argumentationspapier_Arzneimittelversorgung_barrierefrei.pdf [Zugriff am 19.08.2026].

IGES (2026). Gutachten zu Apothekerstandorten und zur Vergütung von Apotheken – Ergebnisse zur Erreichbarkeit. GKV-Spitzenverband. Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2026/20260224_Kurzfassung-IGES-Studie_Apothekenversorgung_und_Erreichbarkeit_in_Deutschland.pdf [Zugriff am 23.07.2026].

SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung. Verordnung über Abweichungen von den Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, des Apothekengesetzes, der Apothekenbetriebsordnung, der Arzneimittelpreisverordnung, des Betäubungsmittelgesetzes und der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung infolge der SARS-CoV-2-Epidemie. SARS-CoV-2-AMVV, am 28. März 2020 in Kraft getreten.

VOASG. Gesetz zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken, am 15. Dezember 2020 in Kraft getreten.

Wende, D. (2024). Die Abbildung des sozioökonomischen Status in den Routinedaten der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: Repschläger, U., Schulte, C. & Osterkamp, N. (Hrsg.), Gesundheitswesen aktuell 2024. Beiträge und Analysen, 112–133.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Anzahl und Entwicklung von Apotheken seit 1991	06
Abbildung 2:	Wegstrecke vom Wohnort zur nächsten Apotheke (Dezember 2025)	07
Abbildung 3:	Anteil an Apotheken nach deren Auswirkung auf die Wegstrecke nach Schließung	07
Abbildung 4:	Anteil an Apotheken, deren Schließung für Einwohnerinnen und Einwohner eine Wegstrecke über 6 km erzeugt, im jeweiligen Bundesland	08
Abbildung 5:	Anteil der realisierten Distributionswege im Jahr 2025	09
Abbildung 6:	Anteilsverteilung nach realisiertem Distributionsweg (Kerndichteschätzung)	10
Abbildung 7:	Relative Häufigkeit von Botengängen (monatlich)	11
Abbildung 8:	Relative Häufigkeit von Distanzen bei Botengängen	11
Abbildung 9:	Anzahl an Apotheken nach relativer Häufigkeit von Botengängen	12
Abbildung 10:	Relative Häufigkeit der Botengänge nach Bundesland im Beobachtungszeitraum	13
Abbildung 11:	Monatliche Entwicklung der Belieferungen durch Auslandsapotheken	14
Abbildung 12:	Relative Häufigkeit der Belieferungen durch Auslandsapotheken nach Bundesland im Beobachtungszeitraum	15
Abbildung 13:	Entfernungen bei der präsenzgebundenen Versorgung im Inland	17
Abbildung 14:	Entfernungen (zum Wohnort bzw. zur Arztpraxis) je Altersgruppe bei der präsenzgebundenen Versorgung	17

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Definition und Aufgriff der Distributionswege von Arzneimitteln in den Routinedaten der GKV	05
Tabelle 2:	Entwicklung der Umsätze und Erträge von Apotheken	21
Tabelle A1:	Ergebnisse der Poisson-Regression, Outcome: personenbezogene Belieferungen in 2024 und 2025	23

Impressum

Herausgeber

BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung (bifg)
10837 Berlin
www.bifg.de
info@bifg.de

Autorinnen und Autoren

Danny Wende
André Breddemann
Stefan Prüller
Nikolaus Schmitt

Design und Realisation

Satzweiss.com GmbH

Veröffentlichungstermin

Oktober 2026

DOI

10.30433/ePGSF.2026.003

Copyright



Lizenziert unter CC BY-ND 4.0