

tacheles

Informationsmagazin der
Landesapothekerkammer Brandenburg

Ausgabe
1/2026

Fremdbesitzverbot & Preisbindung für eine sichere und qualitativ hochwertige Arzneimittelversorgung in Deutschland

3

**PRO &
CONTRA**

5

**FREM- UND
MEHRBESITZVERBOT
- POSITIVE FOLGEN**

6

**PREISBINDUNG -
INTERNATIONALE
ERFAHRUNGEN**



HERAUSGEBER: DIESES MAGAZIN LIEGT IN DER VERANTWORTUNG DER LANDESAPOTHEKERKAMMER BRANDENBURG UND BIETET DEN KAMMERANGEHÖRIGEN SOWIE INTERESSIERTEN LESER*INNEN HINTERGRUNDINFORMATIONEN UND MEINUNGEN ZUM BERUFSSTAND DER APOTHEKER*INNEN.

SCHUTZ DER **GESUNDHEIT!**

Der Europäische Gerichtshof (EuGH) hat entschieden, dass sowohl Fremd- und Mehrbesitzverbote als auch die gesetzlich festgelegte Preisbindung für verschreibungspflichtige Arzneimittel mit dem EU-Recht vereinbar sind, wenn sie dem Schutz der Gesundheit und Versorgung dienen und angemessen sind. Deutschland nutzt diese Instrumente seit

Jahren zur Sicherung seines modernen und leistungsfähigen Gesundheitswesens, in dem die öffentlichen Apotheken tragende Säulen sind. Rund 160.000 Beschäftigte in knapp 16.700 Apotheken sorgen dafür, dass Patient*innen sich jederzeit auf eine wohnortnahe, hochwertige sowie vor allem unabhängige Arzneimittelversorgung und Beratung verlassen können.



Jens Dobbert,
Präsident der Landesapothekerkammer
Brandenburg

Das aktuelle Apothekenreformvorhaben der Bundesregierung stellt mittels einer geplanten PTA-Vertretungsbefugnis und einer gelockerten Regelung zur Gründung von Zweigapotheken diese ordnungspolitischen Eckpfeiler für die Sicherstellung einer flächendeckenden und unabhängigen Versorgung nun infrage und öffnet damit Tür und Tor für Apothekenketten und Großkonzerne. In dieser Ausgabe des tacheles stellen wir dar, welche Folgen das für die Patientenversorgung hat.

WAS BEDEUTEN **FREMD- UND MEHRBESITZVERBOT & PREISBINDUNG?**

Das seit 1960 bundesrechtlich verankerte **Fremdbesitzverbot** besagt, dass nur Apotheker*innen Apotheken betreiben dürfen und betont damit die persönliche Verantwortung und Haftung durch frei- und heilberuflich tätige Apotheker*innen. Dieses Prinzip stellt die unabhängige Versorgung der Patient*innen sicher und verhindert, dass große Konzerne, Investoren oder Handelsketten Apotheken besitzen und wirtschaftliche Interessen über die gesundheitlichen Belange der Patient*innen stellen. Es schützt somit die Unabhängigkeit der pharmazeutischen Beratung, stellt die heilberufliche Verantwortung der Apotheker*innen in den Vordergrund und sichert eine flächendeckende, qualitätsgesicherte Arzneimittelversorgung.

Auch das **Mehrbesitzverbot** verfolgt diesen Zweck. Demnach darf eine Apotheker*in nur eine Hauptapotheke und höchstens drei Filialapotheken betreiben. Es stellt damit sicher, dass Apotheken von approbierten Apotheker*innen persönlich und eigenverantwortlich geführt werden. Dadurch bleibt die fachliche Kontrolle

über Abgabe, Prüfung und Beratung bei Arzneimitteln gewährleistet. Zudem schützt es Patient*innen und das Gesundheitssystem davor, dass wenige große Anbieter den Arzneimittelmarkt dominieren und Preise, Sortiment oder Versorgung beeinflussen.

Die gesetzliche **Preisbindung** für verschreibungspflichtige Arzneimittel garantiert bundesweit gleiche Preise in allen Apotheken. Damit werden Preiskämpfe und Wettbewerbsdruck auf Kosten der Versorgungsqualität ebenso verhindert wie ein Explodieren der Preise, beispielsweise während eines erhöhten Infektionsgeschehens oder Epidemien. Statt eines Preiswettbewerbs entsteht ein Wettbewerb um die beste Beratung, den umfassendsten Service und größtmögliche Sicherheit bei der Arzneimittelversorgung. Die Preisbindung sorgt außerdem für soziale Gerechtigkeit, da alle Patient*innen – unabhängig von Wohnort oder Einkommen – denselben Zugang zu notwendigen Arzneimitteln haben und bei Krankheit nicht benachteiligt oder zur Suche nach dem preisgünstigsten Angebot animiert werden.

PRO

CONTRA

Fremd- und Mehrbesitzverbot

Patientensicherheit

unabhängige Beratung durch Apotheker*innen ohne Verkaufsdruck

Therapiefreiheit & Neutralität

keine wirtschaftlichen Vorgaben von Investoren, Konzernen oder der Industrie

Flächendeckende Versorgung

Sicherung der Arzneimittelversorgung auch in ländlichen Regionen

Verantwortlichkeit

klare persönliche Haftung und fachliche Verantwortung der Apotheker*innen

Schutz vor Monopolisierung

Verhinderung von Marktbeherrschung durch wenige Ketten

Berufsethos

Apotheker*in ist primär freier Heilberuf und erst nachgeordnet Kaufmann/-frau

Kommerzialisierung der Arzneimittelversorgung

wirtschaftliche Interessen würden über das Patientenwohl gestellt

Verlust unabhängiger Beratung

Ketten könnten Vorgaben machen, welche Produkte verkauft werden

Gefahr der Unterversorgung

große Ketten konzentrieren sich auf profitable Standorte, ländliche Gebiete bleiben zurück

Anonymisierung & Verantwortungsdiffusion

Entscheidungen werden von Konzernzentralen getroffen, nicht vor Ort

Konzernmacht & Abhängigkeit

wenige große Ketten könnten Preise, Sortiment und Beratung diktieren

Verlust des Heilberufscharakters

Apotheker*innen würden zu Angestellten ohne Entscheidungsspielraum

Preisbindung

Versorgungssicherheit

einheitliche Preise lassen Patient*innen ohne Nachteil die nächstgelegene Apotheken nutzen und verhindern damit Schließungen von Apotheken und Versorgungsengpässe

flächendeckende Struktur

kleinere Apotheken können bestehen, gerade in dünnbesiedelten Gebieten; die wohnortnahe Versorgung mit Beratung bleibt erhalten

Patientenschutz

Fokus auf Beratung & Service statt auf Preisjagd

solidarisches Gesundheitssystem

einheitliche Preise sichern faire Bedingungen für Krankenkassen, Apotheken und Patient*innen, sorgen langfristig für Stabilität und Vertrauen

ingeschränkter Wettbewerb

Preiswettbewerb hätte den Vorrang und würde vor allem große Online-Ketten begünstigen und die Apothekenlandschaft gefährden

Wettbewerbsnachteile

ausländische Versandapotheken sind laut EuGH nicht an deutsche Regeln gebunden, partizipieren aber vom Solidarsystem – ein Ungleichgewicht, das politisch statt durch Preisfreigabe gelöst werden sollte

Gefahr von Inflexibilität

Preisbindung schränkt kurzfristige Anpassungen ein

FREMDBESITZVERBOT

INTERNATIONALE ERFAHRUNGEN MIT DER LIBERALISIERUNG DES APOTHEKENMARKTES

Ein Blick nach Europa und in die USA zeigt deutlich, welche Folgen die Abschaffung des Fremdbesitzverbotes oder eine weitgehende Liberalisierung des Apothekenmarktes haben können.

In **Norwegen** wurden die Apothekerpflicht und das Fremdbesitzverbot bereits 2001 aufgehoben, sodass auch große Handelsketten und Konzerne Apotheken betreiben durften. Innerhalb kürzester Zeit übernahmen drei große Anbieter rund 80 bis 90 Prozent aller Apotheken. Neue Apotheken entstanden vor allem in profitablen Ballungszentren, während ländliche Regionen größere Versorgungslücken aufwiesen. Fachverbände kritisierten den zunehmenden Verkaufsdruck und den damit verbundenen Qualitätsverlust in der Beratung.

Schweden liberalisierte seinen bis dahin staatlich organisierten

Apothekenmarkt im Jahr 2009. Private Investoren konnten nun Apotheken besitzen. Kurzzeitig stieg die Zahl der Apotheken deutlich – allerdings vor allem in Städten und Einkaufszentren. In dünn besiedelten Regionen zeigte sich keine Verbesserung der Versorgung. Der Schwerpunkt verlagerte sich zunehmend auf umsatzstarke Produkte wie rezeptfreie Medikamente, Kosmetika und Nahrungsergänzungsmittel, während die klassische Arzneimittelversorgung in den Hintergrund trat. Nach einigen Jahren setzte auch hier eine Marktkonsolidierung ein: Wenige große Ketten dominieren den Markt in Regionen mit höherer Bevölkerungsdichte.

Großbritannien kennt seit jeher kein Fremdbesitzverbot. Der Markt wird heute von großen Ketten beherrscht. In den letzten Jahren



Fremdbesitzverbot

■ Ja ■ Nein □ Keine Angaben

kam es zu massiven Apothekenschließungen, insbesondere in strukturschwachen Regionen, wo sich die Versorgung zunehmend verschlechterte. Wiederholt stand die Praxis der Ketten in der Kritik: Verkaufsziele und Bonus-Systeme für bestimmte Produkte erzeugten enormen Druck auf das pharmazeutische Personal und führten zu Spannungen zwischen wirtschaftlichen Interessen und Patientenwohl.

Auch in den **USA** dominieren große Handelsketten den Markt. Immer wieder gibt es Berichte über massive Arbeitsüberlastung von Pharmazeut*innen, da Renditeziele Vorrang vor Beratungsqualität und Produktauswahl haben. Beratung und individuelle Betreuung sind dort deutlich schwächer ausgeprägt als in Ländern mit strengeren Regularien.



DIE POSITIVEN FOLGEN DES FREMDD- UND MEHRBESITZVERBOTES

Die Bedeutung des Fremd- und Mehrbesitzverbotes bei Apotheken als zentrales Prinzip der Arzneimittelversorgung zeigt sich in vielfältiger Weise.

1. Patientensicherheit und Arzneimittelversorgung

Apotheken haben nicht nur eine Verkaufs-, sondern vor allem eine heilberufliche Versorgungsfunktion: Beratung, Abgabe nach ärztlicher Verordnung, Überprüfung von Wechselwirkungen und Herstellung individueller Rezepturen. Wenn Kapitalgeber oder Konzerne ohne pharmazeutische Qualifikation Apotheken betreiben dürften, besteht die große Gefahr, dass wirtschaftliche Interessen über die Patientensicherheit gestellt werden.

2. Unabhängigkeit der Beratung

Apotheker*innen sind verpflichtet, neutral und am Patientenwohl orientiert zu beraten. Nicht selten raten Apotheker*innen auch von Arzneimittelwünschen der Patient*innen aus pharmazeutisch-medizinischer Sicht ab. Bei Fremdbesitz könnte der wirtschaftliche Druck (z. B. Absatz bestimmter Produkte, Rabatte von Herstellern) die Therapiefreiheit untergraben, was gravierende Folgen für die Gesundheit der Menschen hätte.

3. Flächendeckende Versorgung

Das Fremdbesitzverbot unterstützt eine gleichmäßige Verteilung von Apotheken – auch in ländlichen oder wirtschaftlich weniger attraktiven Regionen. Großketten könnten sich auf lukrative Standorte konzentrieren und „unrentable“ Gebiete vernachlässigen. Dies würde die wohnortnahe Versorgung deutlich einschränken.

4. Verhinderung von Monopolstrukturen

Ohne das Verbot von Fremd- und Mehrbesitz könnten Konzerne oder Investoren Apothekenketten aufbauen, die den Markt beherrschen. Das würde die Unabhängigkeit der Apothekenlandschaft schwächen und langfristig auch die Preise und die Qualität der Versorgung beeinflussen.

5. Berufsethos und Verantwortung

Apotheker*innen tragen persönlich die Verantwortung für ihre Apotheke – fachlich wie rechtlich. Bei Fremdbesitz würde diese klare Verantwortlichkeit verschwimmen, da ökonomische Entscheider nicht die gleiche berufsrechtliche Bindung haben.

Beide Regelungen – **Fremd- und Mehrbesitzverbot** – sind von zentraler Bedeutung für das deutsche Gesundheitssystem. Sie sichern eine unabhängige, wohnortnahe und eine fachlich wie ökonomisch verantwortungsvolle Arzneimittelversorgung, die sich am Wohl der Patient*innen orientiert, nicht an ökonomischer Gewinnmaximierung.

Auch eine Apothekenreform darf daran nicht rütteln!

PREISBINDUNG

Während in Deutschland weiterhin die rezeptpflichtigen Arzneimittel der Preisbindung unterliegen, gilt dies nach einem Urteil des EuGH nicht für EU-Versandapotheken. Diese unterlaufen die deutschen Regelungen zum Preis unter anderem damit, dass sie ihren Kund*innen Boni einräumen. Deutschen Apotheken ist dies untersagt.

England, Irland, die Niederlande, Norwegen (2001) und Schweden (2009) haben in den letzten zwei Jahrzehnten die strikte staatliche Steuerung des Apothekenmarktes gelockert (z.B. Öffnung der Eigentumsregelung, erlaubte Preisvariationen, mehr Wettbewerb). Viele Länder regeln nicht die Verkaufspreise per se, sondern Herstellerpreise, Erstattungs-/Referenzpreise sowie **gesetzliche Apothekenmargen** (fixe Margen oder gestaffelte Mark-ups). Die Begriffe „Preisbindung“ und „starke Regulierung“ sind dabei nicht überall identisch. Fast alle EU-Länder regulieren Arzneimittelpreise zumindest indirekt und regeln die Apothekenmargen – ein völlig unregulierter Apotheken-„Freimarkt“ für verschreibungspflichtige, erstattete Arzneimittel ist in Europa selten.

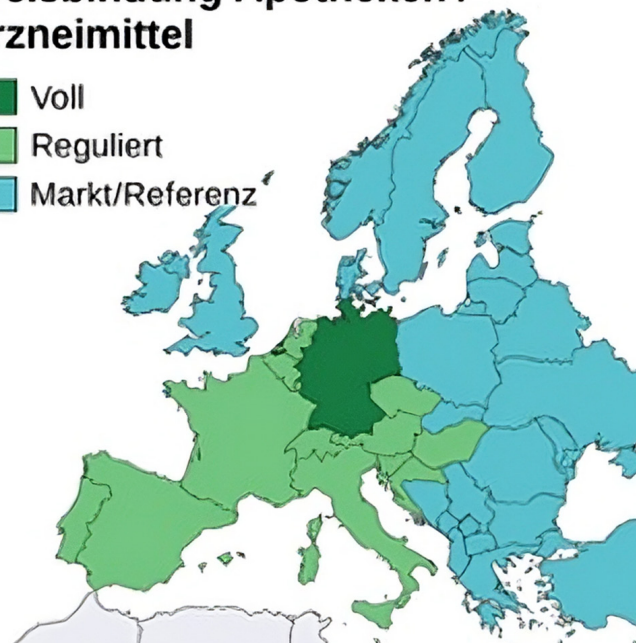
Durch die Aufhebung der Preisbindung in **Schweden** sanken die Preise für rezeptfreie Medikamente (OTC), während die Preise für verschreibungspflichtige Arzneimittel (Rx) nahezu stabil blieben, da weiterhin staatlich über TLV (Tandvårds- och Läke-medelförmånsverket) reguliert

wurde. Daher erfolgte keine spürbare Entlastung für Patient*innen mit chronischen Erkrankungen. Die einkommensstarken Haushalte profitierten stärker, indem sie beispielsweise Preisvergleiche oder Online-Apotheken nutzten. Dagegen profitiert die ländliche und einkommensschwache Gruppe weniger, da sie oft eine geringere Auswahl haben und höhere Fahrtkosten tragen müssen. Konsumenten mit geringem Einkommen und außerhalb urbaner Gebiete zahlen im Schnitt mehr für dieselben OTC-Produkte. Die Beratung und Servicequalität der dominierenden drei bis vier großen Ketten sind teils gesunken, da der Fokus stärker auf dem Umsatz lag.

In **Norwegen** blieb die Preiskonkurrenz bei OTC-Produkten eingeschränkt, da die großen Apothekenketten denselben Großhändlern gehören. Auch für Rx-Arzneimittel wurde die Preisbindung gelockert, aber die staatliche Preisobergrenze blieb. Insgesamt stiegen die Preise leicht in den ersten Jahren an. Die Gesamtausgaben privater Haushalte für Arzneimittel wuchsen um ca. 7 Prozent (2001-2008). Die Preisunterschiede zwischen Regionen nahmen zu, die Stadtpreise sanken, die Landpreise blieben hoch oder stiegen leicht. Geringverdiener und ältere Patient*innen, die auf Rx-Medikamente angewiesen sind, zahlten mehr. Die durchschnitt-

Preisbindung Apotheken / Arzneimittel

- Voll
- Reguliert
- Markt/Referenz



Voll = starke gesetzliche Festpreise/Preisbindung für Apothekenabgabe von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln

Reguliert = feste Margen/gestaffelte Aufschläge/eng gesteuerte Erstattung

Markt/Referenz = freiere Apothekenpreise, aber Hersteller- oder Erstattungsregeln wie Referenzpreise.

liche Zuzahlungsbelastung pro chronisch Krankem stieg laut Gesundheitsministerium um etwa 6 Prozent (zwischen 2001-2005).

Die Aufhebung der Preisbindung in Norwegen und Schweden führte zwar zu Wettbewerb und Preisdruck bei OTC-Produkten, brachte jedoch keine spürbare Entlastung bei verschreibungspflichtigen Medikamenten. Die regionalen und sozialen Unterschiede stiegen

(Städte/Online profitieren, Land/ältere Patient*innen verlieren). Die Gesamtausgaben pro Haushalt blieben tendenziell stabil oder stiegen leicht an. Die Aufhebung der Preisbindung führte zu einer langfristigen Marktkonzentration, wodurch der Wettbewerb wieder nachließ. Die Bevölkerung profitierte in Summe kaum. Nur Konsumenten mit hoher Preissensibilität und gutem Zugang (urban, online) gewannen.

Die Preisbindung für verschreibungspflichtige Arzneimittel schützt die flächendeckende Versorgung, stärkt die Apothekenstruktur und stellt Patientensicherheit über Preiswettbewerb. Dagegen kann Versandhandel-Dumping bei Arzneimitteln zu gefährlichem Überkonsum und zur Schließung kleiner Apotheken führen. Auch wenn dadurch mögliche Rabatte entfallen, überwiegt bei Beibehaltung der Preisbindung der Nutzen für ein stabiles und solidarisches Gesundheitssystem.



Der Blick zu den Ländern mit Liberalisierung des Apothekenmarkts zeigt, dass kein garantiert niedrigerer Preis für erstattete, verschreibungspflichtige Arzneimittel folgte: Für erstattete Arzneimittel wirken Erstattungslisten/Referenzpreise/Regelungen oft stärker als reine Apothekenkonkurrenz – Preise fallen nicht automatisch. Einige Studien zeigen, dass eine starke Regulierung insgesamt tendenziell niedrigere öffentliche Ausgaben sicherstellt.

Es kommt zu Qualitäts- und Sicherheitsrisiken bei reinem Preiskampf: Wenn Margen stark schrumpfen, müssen Apotheker*innen an Service/Qualität sparen oder weniger Beratungsleistung anbieten. Die Aufhebung führt zur Verlagerung von Kosten: Staatliche Kostendämpfung (z. B. niedrigere Erstattung) kann zu höheren Zuzahlungen für Patient*innen führen oder Herstellerreaktionen (z. B. weniger Markteinführungen) provozieren.

Deregulierung kann schnellere Angebots- und Servicevielfalt mit sich bringen und die Preise für OTC/privat bezahlte Produkte drücken. Gleichzeitig ist die Wirkung auf erstattete verschreibungspflichtige Arzneimittel begrenzt, weil diese meist über Erstattungs-/Referenzsysteme und Herstellerpreisregelungen gesteuert werden. Ein häufig beobachtetes Nebeneinander: **Stadtgewinne / Landverluste** – bessere Versorgung in Ballungsräumen, schlechtere in peripheren Regionen.

JETZT REDEN WIR TACHELES ...

PTA-Vertretung

Die Pharmazeutisch-technische Assistentin (PTA) ist schon dem Namen nach ein Assistenz- und kein freier Heilberuf. Er verfügt weder über das fachlich notwendige Wissen noch trägt er die Verantwortung für die Arzneimittelversorgung. Seine Ausbildung und Berufsausübung sind zudem deutlich kostengünstiger und werden, wo gesetzlich möglich, stets aus ökonomischen Gründen vorgezogen. Fremdbesitz – keine persönliche Leitung durch den freien Heilberuf Apotheker*in – führt zu Verschlechterung der Versorgungsqualität und Aufhebung der Flächendeckung.

Zweigapotheken

Die vorgesehene Erweiterung der Apothekenanzahl führt dazu, dass eine Apothekeninhaber*in ihre Zeit auf mehrere Apothekenbetriebsstätten aufteilen müsste und so weniger ihrer persönlichen Verantwortung nachkommen kann. Werden diese Betriebsstätten auch noch einer weiteren Betriebserlaubnis zugeordnet, fällt das Mehrbesitzverbot. Die vorgesehenen Bedingungen senken die Versorgungsqualität deutlich: verkürzte Öffnungszeiten, eingeschränkter Notdienst und Wegfall individueller Rezepturen. Aus rein ökonomischer Sicht folgt zwangsläufig ein Versorgungsabbau.

Gepaart mit dem **Versandhandel**, der die Arzneimittel weder qualitäts- (z.B. temperaturlabile Arzneimittel) noch gegen Miss- und Fehlgebrauch (z.B. Kinder-) gesichert zustellt, fehlt die apothekerliche Verantwortung bei weniger Verfügbarkeit/Öffnungszeit und pharmazeutischen Dienstleistungen (Beratung, Rezeptur, Notdienst, Medikationsanalyse, etc.). Das kann weder im Interesse des Gesetzgebers noch der Patient*innen sein.

Stattdessen

Etablierung einer Weiterqualifizierung der PTA zur Apotheker*in unter Anrechnung der Ausbildung und der praktischen Erfahrung an der BTU Cottbus.

Beibehaltung der alten Regelung zur Zweigapotheke zum Einsatz bei einem Notstand in der Arzneimittelversorgung.

Gleiche Preise, faire Versorgung, Mensch vor Profit – das sind keine Zufälle, sondern Ergebnisse klarer Regeln: Fremd- und Mehrbesitzverbot sowie Preisbindung sind kein Anachronismus, sondern der Kern eines solidarischen Gesundheitssystems. Das Apothekenreformvorhaben muss daher korrigiert werden: keine Gefährdung der Patientensicherheit durch PTA-Vertretung, keine Zweiklassenversorgung und höchstens vier Betriebsstätten pro Inhaber*in.

Impressum

Herausgeber:

Landesapothekerkammer Brandenburg,
Präsident: Apotheker Jens Dobbert
Körperschaft des öffentlichen Rechts,
Am Buchhorst 18, 14478 Potsdam

Redaktion:

Apothekerin Ramona Reimann,
Telefon 0331-888 66 22

Redaktionsschluss: 12.01.2026

Projektmanagement/Gestaltung:

Sabine Remdt, Landesapothekerkammer
Brandenburg

Druck:

Druckerei Thiel e.K.
Graf-von-Zeppelin-Straße 10a
14974 Ludwigsfelde

Quellen:

ABDA - Bundesvereinigung Deutscher
Apothekerverbände e. V.: "Die Apotheke: Zahlen
Daten Fakten 2025"
Rudholm, 2008; OECD Reports
Wisell, 2016; Swedish National Board of Health and
Welfare
Pharmaceutical Journal, Healthwatch Briefings, The
Guardian
US Research on Community Pharmacies

Foto- und Bildquellen:

Jens Dobbert: privat
www.pixabay.de
www.freepik.com