

Bundesministerium für Gesundheit

Frau Bundesministerin Nina Warken
Friedrichstraße 108 · 10117 Berlin

Juni 2026

Fragen zu Schutzlücken und Stellungnahme zur Umsetzung des Apothekenversorgung-Weiterentwicklungsgesetzes (ApoVWG) — Vollzug und Monitoring

Barrierearme Arzneimittelversorgung — Botendienst, E-Rezept, Beratung und Hilfsstoffe als Schutzlücken

Sehr geehrte Frau Bundesministerin Warken,

Zugrunde gelegte Definitionen

Nicht sichtbare Behinderungen sind Behinderungen, deren Beeinträchtigung und Teilhabewirkung im Alltag nicht unmittelbar erkennbar sind — bei Menschen mit psychischen, neurologischen, chronischen oder immunologischen Erkrankungen, neurodivergenten Profilen sowie Sinnes- und kognitiven Beeinträchtigungen. Kriterium ist die funktionelle Belastungsreaktion, nicht die Diagnose.

Invisible Barrieren sind chemische, soziale, sensorische oder kommunikative, nicht offenkundige Umweltbedingungen, die kumulativ eine disproportionale Belastungsreaktion auslösen.

wir vertreten Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen.

Das ApoVWG hat den Bundesrat am 12.06.2026 passiert; es geht nun um Verkündung und Umsetzung. Die folgenden Hinweise richten sich an Vollzug, Rahmenverträge, Apothekenbetriebsordnung, pharmazeutische Dienstleistungen, E-Rezept-Prozesse, Botendienst- und Beratungsstandards sowie Monitoring. Arzneimittelversorgung ist nur gesichert, wenn Bestellung, Beratung, Lieferung, Medikationsmanagement und Information barrierearm funktionieren. Aus unserer Prüfung ergeben sich fünf Schutzrisiken.

Die Problemlage, die Präventionskaskade mit Suizid als möglichem Endpunkt und die vollständige LIORA-Architektur wurden dem Bundesministerium sowie allen ordentlichen und stellvertretenden Mitgliedern und Fraktionsreferenten des Gesundheitsausschusses am 9. April 2026 übermittelt und müssen dem Ressort bekannt sein.

Im Zentrum stehen die folgenden Fragen; Hintergrund und Formulierungsvorschläge folgen im Anschluss.

Unsere Fragen an das Bundesministerium

1. Wie wird sichergestellt, dass E-Rezept-Einlösung, App-Nutzung, Vertretungs- und Botendienstprozesse für Menschen mit kognitiver Erschöpfung, Autismus, Seh-/Hörbeeinträchtigung, ME/CFS oder Long Covid barrierefrei und assistenzfähig sind (Art. 21 UN-BRK; BFSG)?
2. Welche Mindeststandards sichern Botendienst und Lieferung für Homebound-Personen, energetisch-limitierte Menschen und Menschen mit schweren Reiz- oder chemischen Belastungen?
3. Besteht ein Anspruch auf schriftliche, verständliche und datenschutzsichere Arzneimittel- und Medikationsinformation zusätzlich zur mündlichen Beratung — kognitiv barrierefrei, assistenzfähig und ohne Telefon-/App-Zwang (BMG-Querschnitt Aufklärung/Information; Art. 9, 12, 21 UN-BRK)?
4. Wie wird die barrierefreie Verfügbarkeit von Arzneimittel- und Gebrauchsinformationen für blinde und sehbehinderte Menschen gesichert (Braille, Großdruck, digital vorgelesen, maschinenlesbar — wie im

PatientenInfoService mit dem DBSV) sowie in Leichter Sprache für Menschen mit Lern- und kognitiven Beeinträchtigungen?

5. Wie werden Hilfsstoffsensitivitäten, Allergien, mastzellbezogene Reaktionen oder dokumentierte Unverträglichkeiten im Medikationsmanagement (§ 129 SGB V; pharmazeutische Dienstleistungen) verbindlich erfasst?
6. Wie wird verhindert, dass Rabattvertragswechsel, Substitution oder Lieferengpässe bei sensiblen Patient:innen zu unverträglichen Hilfsstoff-, Darreichungs- oder Dosierungswechseln führen?
7. Werden Nichtabholung, Therapieabbrüche, Medikationsfehler, Lieferprobleme und Beratungsbarrieren bei chronisch kranken und nicht sichtbar behinderten Menschen erfasst (Art. 31 UN-BRK)?
8. Wie wird sichergestellt, dass wirtschaftlicher Druck und Bürokratie (Lieferengpässe, E-Rezept, Rabattverträge, Retax) nicht zuerst die zeitintensiven barrierearmen Leistungen — Beratung, Botendienst, Hilfsstoffprüfung, Medikationsmanagement — verdrängen?
9. Sofern eine behinderungsspezifische Prüfung nach § 44 GGO stattgefunden hat, bitten wir um Mitteilung der tragenden Erwägungen und Normverweise. Sofern sie nicht erfolgt ist, bitten wir um Nachholung vor dem nächsten Umsetzungsschritt (Rahmenverträge/Verordnungen).

Sofern die aufgeführten Schutzrisiken im Entwurf adressiert sind, bitten wir um Verweis auf die entsprechenden Normen. Die Problemlage und die beschriebenen Schutzrisiken — einschließlich der vollständigen LIORA-Architektur — wurden am 9. April 2026 übermittelt. Wir bitten ausdrücklich, diese Hinweise im weiteren Verfahren nachvollziehbar zu prüfen und zu dokumentieren.

Hintergrund und Formulierungsvorschläge

■ S = Systemisch ■ E = Erheblich ■ St = Strukturell — P = Psychisch · N = Neurologisch · C = Chronisch/Schmerz/Kognitiv · S = Sinnesbeeinträchtigungen

A — Zugang: Botendienst und E-Rezept

- **A1 Botendienst / Vor-Ort-Versorgung; Art. 9, 25 UN-BRK [C·S·N·P]** Botendienst ist für Homebound- und PEM-betroffene Menschen (ME/CFS, Long Covid, schwere Schmerzen, MCS/MCAS, sensorische Überlastung) keine Komfortleistung, sondern Zugangsvoraussetzung. Zu differenzieren sind regelmäßiger Botendienst, Akut-/Notdienstlieferung, Kühlketten- und BtM-Medikamente sowie die Rezeptbeschaffung. [1]
- **A2 E-Rezept; BFG; Art. 21 UN-BRK [N·P·C·S]** E-Rezept-Einlösung, App-Nutzung, Vertretungs- und Botendienstprozesse müssen für Menschen mit kognitiver Erschöpfung, Autismus, Seh-/Hörbeeinträchtigung, ME/CFS oder Long Covid barrierefrei und assistenzfähig sein (Querbezug BFG, digitale Bestellwege).

B — Beratung und Medikationsmanagement

- **B1 Pharmazeutische Dienstleistungen; § 129 SGB V [N·P·C·S]** Apothekenberatung ist oft schnell, mündlich, im Verkaufsraum und unter Zeitdruck. Beratung muss mündlich, schriftlich, reizarm, assistenzfähig und datenschutzsicher digital möglich sein (ruhiger Beratungsraum, klare Sprache, vorherige Fragenliste, kein Telefonzwang, barrierefreie Medikationspläne).
- **B2 Hilfsstoffe; Medikationsanalyse [C·S·P]** Bei Unverträglichkeiten, Allergien, mastzellbezogenen Reaktionen oder dokumentierten Hilfsstoffsensitivitäten (Duft-, Konservierungs-, Farb-, Trägerstoffe, Laktose, Alkohol) können Hilfsstoffe, Darreichungsform und Verpackung versorgungskritisch sein. Das Medikationsmanagement sollte Hilfsstoffe systematisch prüfen und dokumentieren. [2]

C — Substitution, Lieferengpässe, Governance

- **C1 Aut-idem / Rabattverträge; Lieferengpässe [C·P·N]** Rabattvertragswechsel oder Substitutionen können bei sensiblen Patient:innen zu unverträglichen Hilfsstoffwechseln führen; bei Lieferengpässen sind Ausweichpräparate wegen Hilfsstoffen, Dosierung, Darreichungsform oder Reizbelastung oft nicht verträglich. Eine verträglichkeitsbezogene Ausnahme- bzw. Schutzregel im Rahmen der pharmazeutischen Dienstleistungen (§ 129 SGB V) ist nicht erkennbar vorgesehen.

■ **C2 Vollzugsfolgenprüfung; Art. 4 Abs. 3, 31 UN-BRK [alle]** Eine behinderungsspezifische Umsetzungs- und Vollzugsfolgenprüfung, Beteiligung und ein Monitoring von Nichtabholung, Therapieabbrüchen, Medikationsfehlern und Beratungsbarrieren fehlen.

Formulierungsvorschläge — zur Übernahme oder Anpassung

Vorschläge zur Übernahme oder Anpassung; Schwellenwerte bleiben politisch zu bestimmen.

- **Barrierearme Versorgung:** Botendienst/Lieferung, barrierefreie und assistenzfähige E-Rezept-Prozesse und schriftliche, datenschutzsichere Beratung sind flächendeckend sicherzustellen.
- **Hilfsstoff-Schutz:** Das Medikationsmanagement prüft und dokumentiert Hilfsstoffe und Unverträglichkeiten; bei Aut-idem/Substitution und Lieferengpässen ist eine verträglichkeitsbezogene Ausnahme vorzusehen.
- **Monitoring:** Nichtabholung, Therapieabbrüche, Medikationsfehler, Lieferprobleme und Beratungsbarrieren werden bei chronisch kranken und nicht sichtbar behinderten Menschen erfasst.

Anschluss an die Fachverbände

Die ABDA (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände) kritisiert, dass die wirtschaftliche Stabilisierung ausbleibt (das zugesagte Fixum von 9,50 Euro fehlt) und dass Bürokratie bei Lieferengpässen, E-Rezept, Rabattverträgen und Retax zusätzliches Personal bindet — also genau die Kapazität, die für barrierearme Beratung, Botendienst und Medikationsmanagement gebraucht wird. Die ABDA fordert erweiterte Austauschmöglichkeiten bei Lieferengpässen und pharmazeutisches Medikationsmanagement ohne vorherige ärztliche Verordnung.

Für Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen ist das doppelt relevant: Wo wirtschaftlicher Druck und Bürokratie die Vor-Ort-Apotheke ausdünnen, brechen zuerst die zeitintensiven, barrierearmen Leistungen weg — Beratung, Botendienst, Hilfsstoffprüfung.

Zur strukturellen Ursache

Versorgungssicherung, die den Zugangsweg nicht barrierearm denkt, sichert die Versorgung der Sichtbaren — nicht die der Übersehenen. Gesundheitsversorgung beginnt erst dort, wo Menschen die Versorgung erreichen, verstehen, vertragen und im Alltag fortführen können.

Wer Barrieren früh anerkennt, verhindert chronisches Leid und gesellschaftliche Folgekosten. Wer sie ignoriert, produziert sie. Die Lösungen existieren. Die Evidenz existiert. Die völkerrechtliche Verpflichtung existiert.

Wir bitten um Berücksichtigung in der Umsetzung und um ein Hintergrundgespräch.

Studien und Quellen

Vollständige Angaben mit DOI, Studiendesign und Qualitätsbewertung; gekennzeichnet nach direktem Evidenzbeleg vs. plausibler Übertragung auf den Gesetzeskontext.

[1] Nacul, L.C. et al. (2011). The functional status and well being of people with ME/CFS and their carers. *BMC Public Health*, 11, 402. DOI: 10.1186/1471-2458-11-402

Design: Querschnittsstudie, n=170 ME/CFS + 44 Angehörige; LSHTM | Qualität: Hoch. Kernbefund: ME/CFS stärker einschränkend als Krebs oder Herzerkrankung.

[2] Sinnott, S.J. et al. (2013). The effect of copayments for prescriptions on adherence to prescription medicines in publicly insured populations: a systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 8(5), e64914. DOI: 10.1371/journal.pone.0064914

Design: Systematisches Review + Meta-Analyse | Qualität: Hoch. Direkte Evidenz: höhere Zuzahlungen/Eigenbeteiligung senken die Therapieadhärenz. Übertragung: Cost-Sharing-Wirkung bei dauerhaftem Versorgungsbedarf — stützt das Zuzahlungs-/Belastungsargument.

[3] UN-Fachausschuss (2023). Abschließende Bemerkungen zu Deutschland, CRPD/C/DEU/CO/2-3.

Design: Offizielles Prüfergebnis UN-Vertragsorgan | Qualität: Sehr hoch — völkerrechtlich verbindlich. Ziffer 8b (medizinisches Modell), 12c (fehlende disaggregierte Daten). Direktes Korrekturmandat.

[4] Hirvikoski, T. et al. (2016). Premature mortality in autism spectrum disorder. The British Journal of Psychiatry, 208(3), 232–238. DOI: 10.1192/bjp.bp.114.160192

Design: Populationsbasierte Kohortenstudie, n=27.122 autistische Personen vs. 2.672.185 Kontrollen; Karolinska Institutet | Qualität: Sehr hoch. Direkte Evidenz: Suizid-OR 7,55 für ASD insgesamt; OR 9,40 für ASD ohne Intelligenzminderung, OR 2,41 mit Intelligenzminderung. Übertragung: Risikohintergrund, kein direkter Normierungsbeweis.

Hinweis: Zahlen aus epidemiologischen Studien belegen Risikohintergrund; die Übertragung auf die konkrete Normlücke ist jeweils gekennzeichnet und als strukturelles, nicht kausales Einzelargument zu lesen.

Mit freundlichen Grüßen

Rebecca Lefèvre

Leitung, Initiative Stille Stunde / gemeinsam zusammen e.V.

Sprecherin AG Neurodivergenz und neurologische Vielfalt, NaSPro

post@stille-stunde.com · www.stille-stunde.com

Fachpapiere LIORA (Vertiefung, keine externe Evidenz): KONVERA-Modell v14, FEMORA v12, PRAEVIO v3, MEDIRA, INVERSIO
https://www.stille-stunde.com/wp-content/uploads/2026/04/LIORA_Uebersicht.pdf
— gemeinsam zusammen e.V., März 2026. www.stille-stunde.com