Deutscher Bundestag **Drucksache 21/8921**

21. Wahlperiode 03.11.2026

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Antrag

der Abgeordneten Nicole Hess, Martin Sichert, Dr. Christina Baum, Carina Schießl, Claudia Weiss, Kay-Uwe Ziegler, Thomas Dietz, Joachim Bloch, Tobias Ebenberger, Dr. Christoph Birghan, Birgit Bessin, Kerstin Przygodda, Alexis L. Giersch, Martina Kempf, Stefan Möller, Dr. Paul Schmidt, Gereon Bollmann, Alexander Arpaschi, Adam Balten, Dr. Michael Blos, Thomas Fetsch, René Bochmann, Peter Boehringer, Erhard Brucker, Dr. Ingo Hahn, Stefan Henze, Heinrich Koch, Achim Köhler, Jörn König, Reinhard Mixl, Iris Nieland, Tobias Matthias Peterka, Arne Raue, Georg Schroeter, Thomas Stephan, Martina Uhr, Sven Wendorf, Jörg Zirwes und der Fraktion der AfD

Versorgungskrise bei Arzneimitteln beenden – Strukturelle Fehler im Arzneimittel-Lieferengpassbekämpfungs- und Versorgungsverbesserungsgesetz korrigieren

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Die Versorgungssicherheit mit lebensnotwendigen Arzneimitteln in Deutschland hat sich trotz der Verabschiedung des Arzneimittel-Lieferengpassbekämpfungs- und Versorgungsverbesserungsgesetzes (ALBVVG) nicht nachhaltig verbessert. Die Bundesrepublik Deutschland befindet sich in einer anhaltenden Versorgungskrise, die insbesondere bei psychotropen Arzneimitteln wie Quetiapin-retard in dramatischer Weise sichtbar wird. Die Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage der AfD-Fraktion[1] belegt, dass im Zeitraum vom 1. Januar 2024 bis zum 31. Januar 2026 insgesamt 62 Erstmeldungen zu Lieferengpässen bei quetiapinhaltigen Retard-Präparaten erfasst wurden. Aktuell sind 65 Zulassungen betroffen, wobei die Engpässe teilweise bis weit in das Jahr 2026 hinein prognostiziert werden. Diese Engpässe bei Quetiapin-retard sind dabei kein isolierter Einzelfall.[2] Sie sind vielmehr Symptom eines systemischen Versagens der generischen Arzneimittelversorgung. Quetiapin steht hierbei stellvertretend für eine wachsende Liste verschreibungspflichtiger Medikamente, bei denen der ökonomische Preisdruck die Versorgungssicherheit ausgehebelt hat.

Bereits im Gesetzgebungsverfahren zum ALBVVG wurden durch Sachverständige, Fachverbände wie den Branchenverband Pro Generika[3] sowie die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA)[4] substanzielle Zweifel an

[1] BT-Drs. 21/5612
[2] https://www.bfarm.de/DE/Arzneimittel/Arzneimittelinformationen/Lieferengpaesse/_node.html
[3] https://www.progenerika.de/stellungnahmen/albvvg/
[4] https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/Stellungnahmen/2023/230607-ABDA-Stellungn-Regierungsentwurf-ALBVVG.pdf

der Wirksamkeit der geplanten Instrumente geäußert. Es wurde davor gewarnt, dass die strukturellen Ursachen der Arzneimittel-Versorgungskrise – insbesondere die einseitige Abhängigkeit von globalen Lieferketten und der ruinöse Preisdruck durch das bestehende Rabattvertragssystem – durch das Gesetz nicht behoben würden. Die aktuelle Datenlage bestätigt diese Einschätzungen. Das Gesetz fokussiert auf symptomatische Maßnahmen, während die systemischen Ursachen – der extreme Preisdruck und die Verlagerung der Produktion in das außereuropäische Ausland – unberührt bleiben. Die Folge sind Versorgungsengpässe, die Patienten mit psychischen Erkrankungen durch notwendige, aber unkoordinierte Therapieumstellungen massiven Gesundheitsrisiken aussetzen.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

1. die Resilienz der Lieferketten für essenzielle Arzneimittel nachhaltig zu stärken und Anreize für eine Rückverlagerung der Produktion nach Deutschland oder Europa zu setzen;

2. bürokratische Hürden beim Import und der Ersatzbeschaffung abzubauen, um Apotheken und Patienten im Falle nachgewiesener Engpässe zu entlasten;

3. das Frühwarnsystem beim BfArM von einem reinen Beobachtungs- in ein Steuerungsinstrument mit verbindlichen Durchgriffsrechten zu überführen;

4. den Patientenschutz durch ein Echtzeit-Engpass-Informationssystem und eine verbindliche Kostenübernahmeregelung für Ersatzpräparate auszuweiten.

Berlin, den 3. November 2026

Dr. Alice Weidel, Tino Chrupalla und Fraktion

Begründung

Die Bundesregierung verweist in ihrer Antwort[5] monokausal auf „Produktionsprobleme“ als Ursache für die Engpässe bei Quetiapin. Diese Sichtweise ist operativ korrekt, aber strategisch unzureichend. Ein technisches Problem oder ein Qualitätsthema bei einem Hersteller darf in einem stabilen Gesundheitswesen nicht unmittelbar zu einer Versorgungskrise führen.

Das aktuelle System der Rabattverträge sorgt jedoch strukturell dafür, dass Arzneimittelhersteller gezwungen sind, auf Sicherheitsreserven und redundante Bezugsquellen zu verzichten. Die extrem niedrigen Margen lassen für Unternehmen keinen Spielraum, um notwendige Puffer (Lagerhaltung, redundante Wirkstoffquellen oder Sicherheitsbestände) zu bilden. In der Folge ist das System bei der kleinsten Störung sofort instabil.

Wenn die Bundesregierung also nur auf Produktionsprobleme verweist, ignoriert sie, dass es gerade das von ihr mit verantwortete Preissystem ist, das dem Markt jede Widerstandsfähigkeit (Resilienz) entzogen hat. Die

[5] s. FN. 1

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Engpässe bei Quetiapin sind somit kein zufälliges Ereignis, sondern das direkte Resultat einer Politik, die den niedrigsten Preis über die Versorgungssicherheit stellt.

Die Arzneimittelknappheit ist zu einer strukturellen Fehlentwicklung geworden, die das Vertrauen in die staatliche Daseinsvorsorge erschüttert. Das ALBVVG hat nicht zu der erhofften Trendwende geführt. Um die Versorgungssicherheit wiederherzustellen, sind folgende Maßnahmen zwingend erforderlich:

Zu Forderung 1: Resilienz der Lieferketten

Status Quo: Öffentliche Ausschreibungen folgen primär dem Kriterium „niedrigster Preis“. Dies erzeugt einen extremen wirtschaftlichen Druck, der Pharmaunternehmen dazu zwingt, ihre Lieferketten unter Verzicht auf notwendige Sicherheitsreserven zu optimieren. Die Folge ist eine Abwanderung der Produktion in Regionen, die durch niedrigere Umwelt- und Sozialstandards sowie geringere Energie- und Standortkosten einen einseitigen Kostenvorteil bieten. Durch diese geografische Konzentration entstehen gefährliche Monokulturen; bereits geringfügige Störungen an diesen wenigen Standorten führen in Deutschland unmittelbar zum Totalausfall der Versorgung.

Neu: Einführung eines „Resilienz-Bonus“ bei Rabattvertragsausschreibungen. Anbieter, die nachweisen, dass sie Wirkstoffe aus mindestens zwei unabhängigen Quellen (vorzugsweise innerhalb der EU) beziehen, werden gegenüber Anbietern mit einseitiger Abhängigkeit (z. B. nur Drittstaaten) bei der Vergabe bevorzugt. Ergänzend werden steuerliche Sonderabschreibungen für Pharmaunternehmen geschaffen, die Produktionslinien für versorgungskritische Wirkstoffe (wie Quetiapin) nach Deutschland zurückverlegen.

Zu Forderung 2: Bürokratieabbau (Apotheken/Import)

Status Quo: Apotheken tragen die Hauptlast des Engpassmanagements. Bei Nichtverfügbarkeit müssen sie zeitaufwendige Rücksprachen mit Ärzten und Krankenkassen führen, um Importe oder Ersatzpräparate genehmigen zu lassen – oft ohne ausreichende Kostenerstattung für diesen enormen Mehraufwand.

Neu: Implementierung eines „Null-Bürokratie-Pfads“: Sobald das BfArM einen Engpass für ein Präparat offiziell bestätigt, entfällt für Apotheken die Pflicht zur Rücksprache mit der Krankenkasse vor der Abgabe eines teureren Ersatzmedikaments. Zudem wird eine volle und unbürokratische Erstattung der Importkosten ohne Preisdeckelung gesetzlich verankert, um sicherzustellen, dass Apotheken bei der Versorgung von Patienten nicht auf den Mehrkosten sitzen bleiben.

Zu Forderung 3: Aktive Steuerungseinheit (BfArM)

Status Quo: Das BfArM nimmt eine rein passive Rolle als „Meldebehörde“ ein, die Engpässe statistisch erfasst, aber kaum intervenieren kann. Es handelt sich um die Verwaltung eines Mangels statt um dessen Behebung.

Neu: Das BfArM darf nicht länger eine rein passive Rolle als ‚Meldebehörde‘ einnehmen, die Engpässe nur statistisch erfasst. Es muss als zentrale Steuerungseinheit für die nationale Versorgungssicherheit agieren. Dies umfasst im Bedarfsfall:

- die unmittelbare Freigabe ausländischer Arzneimittelchargen per Allgemeinverfügung (Fast-Track-Import),
- die Durchführung von Lieferketten-Audits zur Erzwingung von Redundanzen bei kritischen Wirkstoffen sowie
- die Verwaltung einer nationalen strategischen Reserve für essenzielle Arzneimittel. Nur durch diese operativen Befugnisse kann das BfArM vom Beobachter zum Garanten der Arzneimittelversorgung werden.

Zu Forderung 4: Patientenschutz

Status Quo: Patienten erfahren oft erst in der Apotheke, dass ihr Medikament nicht verfügbar ist. Ärzte verschreiben Präparate, ohne zu wissen, dass der Markt bereits leer ist, was zu Fehlversorgungen und unnötigem Verwaltungsaufwand führt.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Neu: Einrichtung eines digitalen „Echtzeit-Engpass-Dashboards“ für Ärzte und Apotheker. So ist bereits bei der Rezeptausstellung ersichtlich, ob ein Medikament verfügbar ist, um proaktiv auf Alternativen auszuweichen. Zudem wird gesetzlich verankert, dass die gesetzlichen Krankenkassen bei nachgewiesenen Lieferengpässen verpflichtet sind, die Kosten für Ersatzpräparate oder Importe vollständig zu übernehmen. Um die Versichertengemeinschaft nicht durch steigende Beiträge für das politische Versagen bei der Arzneimittelversorgung zu belasten, ist der Bund verpflichtet, die hierdurch entstehenden systembedingten Mehrkosten den Krankenkassen aus Bundesmitteln zu erstatten.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.