

Gutachten zu Apothekerstandorten und zur Vergütung von Apotheken

IGES Institut, im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes

Ergebnisse zur Erreichbarkeit – Kurzfassung, 24.02.2026

1. Datengrundlagen und -aufbereitung
 2. Erreichbarkeit 2020 und 2025
 3. Bestands- und weggefallene Standorte sowie neue Standorte von Apotheken
 4. Einflüsse auf Standortaufgaben von Apotheken
 5. Einflüsse auf Standorteröffnungen
- Anhang: Berechnung Einzugsbevölkerung einer Apotheke

1. Datengrundlagen und –aufbereitung der Erreichbarkeitsanalyse

- **Bundes-Apotheken-Register (BAR)**
 - Stand 12.02.2020: 19.081 öffentliche Apotheken
 - Stand 24.11.2025: 16.771 öffentliche Apotheken

- **Arztadressen**
 - 2020 und 2025: www.adressendiscount.de (Limitationen hinsichtlich Vollständigkeit und Aktualität)

- **Zensus 2022**
 - Zensus-Bevölkerung geographisch verteilt auf das 100x100 Gitter gemäß EPS:3035 (flächentreues, metrisches Projektionskoordinatensystem für europaweite Analysen)
 - Ca. 3.1 Mio Punkte

- **Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung (INKAR) des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR)**
 - Raumordnungsregionen und Raumgliederungsgrenzen
 - Arbeitsmarkt
 - Bevölkerung
 - Einwohnerdichte
 - u.a.m.

■ Apotheken

- Ermittlung von Geo-Koordinaten für die Adressen beider Jahre
- Ermittlung von Isolinien/Isochronen (Distanzen auf dem Wegenetz) auf dem aktuellen HERE-Straßennetz
 - 5 Minuten
 - 10 Minuten
 - 15 Minuten
 - 5 km
 - 6 km

jeweils fußläufig / mit dem Auto

■ Arztadressen

- Ermittlung von Geo-Koordinaten identifiziert 104.755 unterschiedliche geographische Standorte
- Jahr 2020: Hausärzte: 53.406, FA Innere: 36.179, Fachärzte: 114.908
- Jahr 2025: Hausärzte: 47.731, FA Innere: 34.924, Fachärzte: 116.446

■ Ermittlung der Anzahlen für

- Bevölkerung
- Apotheken
- Ärzte

in der jeweiligen Isolinie (Distanzen auf dem Wegenetz)

2. Wie hat sich die Erreichbarkeit von Apotheken zwischen den Jahren 2020 und 2025 verändert?

Trotz Rückgang der Apothekenanzahl um 12% bleiben Apotheken vergleichbar gut erreichbar für die Menschen

Die Erreichbarkeit öffentlicher Apotheken hat sich im Zeitraum 2020 bis 2025 im 6 km-Radius* (Auto) um 0,6 Prozentpunkte verringert. **Nahezu jeder Bundesbürger** (99,9%) erreicht im Jahr 2025 mit dem Auto in maximal 15 Minuten eine Apotheke.**

Die fußläufige Erreichbarkeit (5 Min. Laufzeit) hat sich um 0,7 Prozentpunkte verschlechtert. Wohnortnahe und fußläufig erreichbare Apotheken (max. 15 Min. Laufzeit) gab es bereits 2020 für weniger als die Hälfte der Bevölkerung (43,7%).

Erreichbarkeit	mit dem Auto Apotheken 2020	mit dem Auto Apotheken 2025	zu Fuß Apotheken 2020	zu Fuß Apotheken 2025
5 Min.	84.6%	83.4%	6.0%	5.3%
10 Min.	99.0%	98.7%	25.0%	23.2%
15 Min.	99.9%	99.9%	43.7%	41.6%
5 km	91.4%	90.7%	92.2%	91.6%
6 km	94.6%	94.0%	95.3%	94.8%

- Reduktion der Apothekenanzahl im untersuchten Zeitraum zwischen 2022 und 2025 um 12% von 19.081 auf 16.771 (- 2.310 Apotheken)
- 5 km sind – auch international – ein gebräuchlicher Referenzbereich zur Beurteilung der Versorgungssicherheit.
- 6 km finden sich als Referenzbereich beim Thünen-Institut und werden auch in einigen Landesapothekenverordnungen genannt.

* auf dem aktuellen HERE-Straßennetz

** Bezug ist die Zensusbevölkerung 2022 (jüngster Datenstand)

Quelle: IGES, eigene Berechnungen auf Basis des Bundes-Apotheken-Registers

Der Rückgang bei den Apotheken wirkt sich vor allem im fußläufigen Nahbereich aus (hier in absoluten Zahlen)

Die Analyse zeigt auch, wie viele Menschen in den jeweiligen Distanzen und Zeiten keine Apotheke mehr erreichen: Der Rückgang bei den Apotheken wirkt sich vor allem im fußgängigen Bereich aus: Etwa eine halbe Million Menschen hat eine Apotheke nicht mehr in 5-Minuten-Nähe. Rund 1,7 Mio. Menschen (2% der Bevölkerung) können zu Fuß innerhalb von 15 Minuten keine Apotheke mehr erreichen, die es 2020 noch konnten.

Bezug zum Auto: In Autoentfernung sind die Effekte deutlich geringer. Rund 73.000 Menschen (0,1% der Bevölkerung) erreichen im Jahr 2025 auch in 15 Minuten mit dem Auto keine Apotheke (10.000 Menschen mehr als im Jahr 2020).

Distanz	mit dem Auto Apotheken 2020	mit dem Auto Apotheken 2025	zu Fuß Apotheken 2020	zu Fuß Apotheken 2025
5 Min.	12.689.808	13.696.830	77.625.264	78.173.290
10 Min.	857.216	1.034.346	61.895.274	63.397.372
15 Min.	61.237	72.562	46.460.351	48.203.411
5 km	7.076.045	7.653.646	6.411.467	6.944.198
6 km	4.484.736	4.972.364	3.849.355	4.292.882

5 km sind – auch international – ein gebräuchlicher Referenzbereich zur Beurteilung der Versorgungssicherheit.

6 km finden sich als Referenzbereich beim Thünen-Institut und werden auch in einigen Landesapothekenverordnungen genannt.

* Reduktion der Apothekenanzahl im gleichen Zeitraum um 12 % von 19.081 auf 16.771 (- 2.310 Apotheken)

Quelle: IGES, eigene Berechnungen auf Basis des Bundes-Apotheken-Registers

Die für Rezept-Arzneimittel relevante Erreichbarkeit einer Apotheke nach Arztbesuch ist deutlich besser

Erreichbarkeit	mit dem Auto					
	Hausärzte 2020	Hausärzte 2025	Fachärzte 2020	Fachärzte 2025	Fachärzte Innere Medizin 2020	Fachärzte Innere Medizin 2025
5 Min	94.4%	93.9%	98.6%	98.5%	97.8%	97.3%
10 Min	99.6%	99.6%	99.9%	99.9%	99.9%	99.9%
5 km	96.2%	96.1%	99.6%	99.5%	98.9%	98.7%
6 km	97.5%	97.4%	99.7%	99.7%	99.3%	99.2%

Erreichbarkeit	zu Fuß					
	Hausärzte 2020	Hausärzte 2025	Fachärzte 2020	Fachärzte 2025	Fachärzte Innere Medizin 2020	Fachärzte Innere Medizin 2025
5 Min	35.8%	34.5%	39.9%	37.0%	38.9%	37.1%
10 Min	65.4%	63.2%	69.8%	67.1%	67.6%	65.8%
5 km	96.6%	96.4%	99.7%	99.7%	99.1%	98.9%
6 km	97.8%	97.7%	99.8%	99.8%	99.5%	99.3%

Aktuell diskutierte Vergütungsanpassungen beziehen sich ausschließlich auf rezeptpflichtige Arzneimittel. Die Rezepte werden nach einem Arztbesuch in einer Apotheke eingelöst.

Patienten von knapp zwei Drittel der Arztpraxen* können dafür nach Verlassen ihres Arztes innerhalb von 10 Min. zu Fuß eine Apotheke finden.

Von 34,5% der Hausärzte ist mind. eine Apotheke in 5 Minuten fußläufig zu erreichen, von Wohnorten nur bei 5,3 Prozent.

Von den Arztstandorten aus ist die Erreichbarkeit von Apotheken somit deutlich besser als von den Wohnorten.

* Arztstandorte mit Limitationen in der Vollständigkeit und Aktualität (Quelle Adressdienstleister)

Quelle: IGES, eigene Berechnungen

Fazit - Erreichbarkeit

1. Erreichbarkeit von Apotheken vom Wohnort aus weiterhin auf hohem Niveau

- Trotz Rückgang der Apothekenanzahl um 12% bleiben Apotheken vergleichbar gut erreichbar für die Menschen.
- Der Rückgang bei den Apotheken wirkt sich vor allem im fußläufigen Nahbereich aus.

3. Erreichbarkeit einer Apotheke nach Arztbesuch ist noch deutlich besser

- In der Diskussion stehen Vergütungsanpassungen für rezeptpflichtige Arzneimittel im Fokus. Rezepte werden in der Regel nach einem Arztbesuch in einer Apotheke eingelöst, so dass die Erreichbarkeit von Apotheken nach dem Arztbesuch im Zentrum stehen sollte.
- Patienten von knapp zwei Drittel der Arztpraxen* können nach Verlassen ihres Arztes innerhalb von 10 Min. zu Fuß eine Apotheke finden, vom Wohnort aus nur ein Viertel.

➔ Die Erreichbarkeit von Apotheken im Jahr 2025 hat sich trotz erheblicher Standortverluste in den vergangenen Jahren nur für einen geringen Anteil der Bevölkerung verschlechtert, das Niveau der Erreichbarkeit mit Auto und zu Fuß ist ähnlich wie im Jahr 2020.

3. Wo sind Apothekenstandorte weggefallen oder wurden neu eröffnet?

Rund 3.000 Apothekenstandorte sind in Folge von Geschäftsaufgabe oder Umzug weggefallen (2020-2025)

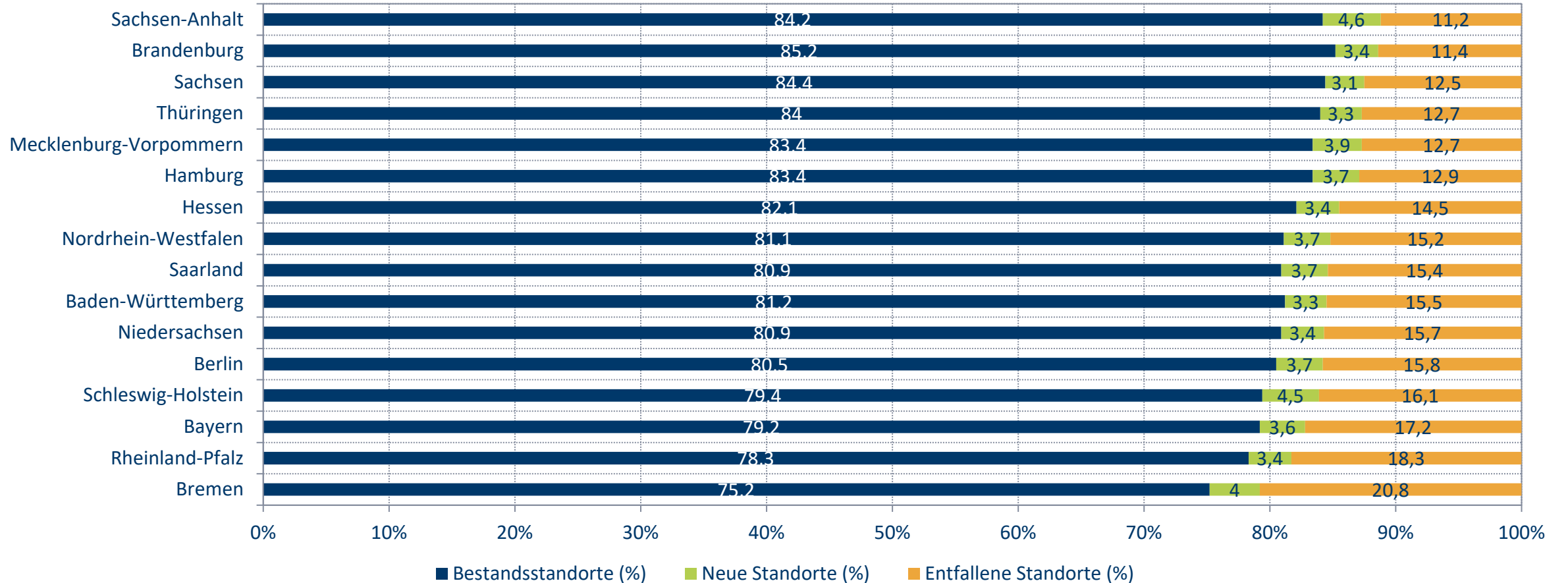
Zwischen 2020 und 2025 gab es

- 3.021 weggefallene Standorte in Folge von Geschäftsaufgabe oder Umzug (im Folgenden „weggefallene Standorte“)
- 711 neue Standorte durch Neugründung oder Umzug (im Folgenden „neue Standorte“)
- 16.060 Apotheken-Standorte sind im Jahr 2025 noch vorhanden (minus 15% zu 2020)

Status 2025	Anzahl Apotheken	Anteil* (%)
Bestand	16.060	81,1
Weggefallene Standorte seit 2020: Standort nicht mehr vorhanden (Geschäftsaufgabe/Umzug)	3.021	15,3
neue Standorte seit 2020: neuer Standort (Neugründung/Umzug)	711	3,6

*Anmerkung: der prozentuale Anteil bezieht sich auf die Gesamtmenge aller öffentlichen Apotheken in den beiden Jahren Quelle: IGES, eigene Berechnungen auf Basis des Bundes-Apotheken-Registers

Die meisten Apotheken-Standortaufgaben zwischen 2020 und 2025 gab es in Bremen



Quelle: IGES, eigene Berechnungen auf Basis des Bundes-Apotheken-Registers

Hinsichtlich regionaler Eigenschaften (Stadt/Land) unterscheiden sich die Standortveränderungen kaum

Regionalstatistischer Raum	Bestandsstandorte (%)	neue Standorte (%)	weggefallene Standorte (%)
Zentrale Stadt, Mittelstadt	81,0	3,3	15,6
Regiopole und Großstadt	81,0	3,5	15,5
Kleinstädtischer, dörflicher Raum	81,1	3,8	15,1
Metropole	81,3	3,7	15,0
Städtischer Raum	81,3	3,7	15,0

Zentrale Orte (ja/nein)	Bestandsstandorte (%)	neue Standorte (%)	weggefallene Standorte (%)
keine zentralörtliche Funktion	80,2	4,4	15,5
zentraler Ort	81,2	3,5	15,2

Substanzielle Unterschiede bei weggefallenen Standorten und neuen Standorten sind in Abhängigkeit vom Raumtyp nicht erkennbar.

Es gibt demnach keine überproportionalen Standortaufgaben in ländlichen Räumen.

Absolut gesehen sind die meisten Apothekenstandorte in Ober- und Mittelzentren weggefallen, da hier ein größerer Teil der Apotheken verortet sind. In Orten ohne bedeutsame Infrastruktur für das Umland („keine zentralörtliche Funktion“) sind die weggefallenen Standorte erwartungsgemäß etwas häufiger.

Quelle: IGES, eigene Berechnungen auf Basis des Bundes-Apotheken-Registers

5. Welche Einflüsse auf die Aufgabe von Standorten von Apotheken können identifiziert werden?

Die wettbewerbliche Apothekenstruktur hat die stärksten Effekte auf Standortaufgaben

Anzahl bestehender Apothekenstandorte

Eine überdurchschnittlich hohe Zahl bestehender Apotheken im lokalen Umfeld ist mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für eine Standortaufgabe verbunden. Dies spricht für intensiveren Wettbewerb in bereits dicht versorgten Märkten.

Anzahl weggefallener Apothekenstandorte

In Regionen mit bereits überdurchschnittlich vielen weggefallenen Standorten ist die Wahrscheinlichkeit weiterer Standortaufgaben niedriger. Dies deutet auf Marktbereinigungseffekte hin: Nach zuvor weggefallenen Standorten stabilisiert sich die verbleibende Apothekenstruktur.

Anzahl neu eröffneter Apothekenstandorte

Neuansiedlungen stehen in einem sehr starken Zusammenhang mit Standortaufgaben. Eine überdurchschnittliche Zahl von neuen Standorten geht mit einer deutlich erhöhten Wahrscheinlichkeit für eine Standortaufgabe bestehender Apotheken einher.

➔ *Indiz für Verdrängungswettbewerb*

Quelle: IGES, eigene Berechnungen

Die Arztdichte im Nahfeld von Apotheken schützt vor Standortaufgabe der Apotheken

Hausärzte, Fachärzte, Innere Medizin

Eine bessere ärztliche Versorgung im fußläufigen Einzugsbereich ist mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit zur Standortaufgabe verbunden.

Der Effekt ist bei Hausärzten stärker ausgeprägt als bei Fachärzten.

Für Fachärzte der Inneren Medizin zeigt sich kein eigenständiger Effekt, was auf Überlappungen mit der allgemeinen Facharztversorgung hindeutet.

→ Apotheken profitieren von einem stabilen medizinischen Umfeld, insbesondere von hausärztlicher Versorgung.

Eine überdurchschnittliche Einzugsbevölkerung sichert Apothekenexistenzen

Einzugsbevölkerung 2020

Apotheken mit einer überdurchschnittlich großen Einzugsbevölkerung weisen eine signifikant geringere Wahrscheinlichkeit für eine Standortaufgabe auf.

Veränderung der Einzugsbevölkerung

Zu- oder Abnahmen der Einzugsbevölkerung zeigen keinen eigenständigen Effekt, sobald das Ausgangsniveau berücksichtigt wird.

→ Die strukturelle Marktgröße ist entscheidend – nicht (kurzfristige) Bevölkerungsbewegungen.

Sozioökonomische Indikatoren wie höheres Alter und höhere Beschäftigung führen seltener zu Standortwegfall

Anteil \geq 65 Jahre

Ein höherer Anteil älterer Bevölkerung ist mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit zur Standortaufgabe verbunden, was auf stabile Nachfrage hindeutet.

Rückgang des Anteils \geq 65 Jahre

Ein Rückgang des Anteils älterer Bevölkerung geht mit leicht höherer Wahrscheinlichkeit zur Standortaufgabe einher.

Beschäftigungsquote

Höhere Beschäftigung geht mit leicht geringeren Wahrscheinlichkeiten zur Standortaufgabe einher.

Kaufkraft, Minijob-Anteil

Diese Variablen zeigen keinen robusten eigenständigen Zusammenhang, sobald Versorgungs- und Wettbewerbsfaktoren berücksichtigt werden.

- ➔ ***Hinweise darauf, dass demografische Alterung schützend wirkt, während Verjüngung mit erhöhter Wahrscheinlichkeit für eine Standortaufgabe einhergehen kann.***
- ➔ ***Makroökonomische Gemeindeindikatoren treten hinter versorgungsnahe und marktstrukturelle Faktoren zurück.***

Apotheken mit hohem und niedrigem Standortrisiko unterscheiden sich entsprechend deutlich in ihrem Umfeld **IGES**

Risiko für eine Standortaufgabe in Bezug auf die Apotheken, Stand 2020 ■

Im fußläufigen Radius von 10 Minuten:	Geringes Risiko (unterste 20%) N = 3.491 ¹	Hohes Risiko (Top 20%) N = 3.835 ¹
Bestandsapotheken	1.08	1.99
neue Standorte		
0	3.480 (100%)	2.951 (77%)
1	10 (0.3%)	833 (22%)
2	1 (<0.1%)	45 (1.2%)
3	0 (0%)	6 (0.2%)
Hausarzt	7,1	4,1
Facharzt Innere Medizin	6,7	4,0
Facharzt	27,1	16,0
Einzugsbevölkerung	4.637,15	3.943,29
Distanz zum Grundversorger	708,4	754,1
Anteil > 65 Jahre	22,9	22,0
Kaufkraft	29.677,53	30.197,91
Beschäftigtenquote	64,8	63,4

Apotheken mit hohem Standortrisiko (Top 20%) haben durchschnittlich knapp 2 andere Apotheken in der Nähe. Bei 30% hat mind. ein Apothekenstandort im Nahbereich neu eröffnet.

Apotheken mit niedrigem Standortrisiko (unterste 20%) haben durchschnittlich

- ca. 700 Menschen mehr Einzugsbevölkerung und
- knapp 6 Hausärzte bzw. Fachärzte für Innere Medizin sowie
- gut 11 Fachärzte mehr als Apotheken mit hohem Standortrisiko.

¹ Mean; n (%) **signifikant positiv**, **signifikant negativ**

Quelle: IGES, eigene Berechnungen

Ergebnisse der Analyse zu Einflüssen auf neue Standorte verweisen auf Orte mit guter Infra- und Sozialstruktur

- **Bevölkerungsentwicklung**
 - Positiv (RR > 1), signifikant
 - Gemeinden mit überdurchschnittlichem Bevölkerungswachstum haben mehr neue Standorte pro Einwohner
- **Anteil der Bevölkerung > 65 Jahre**
 - positiv (RR > 1), signifikant
 - mehr ältere Bevölkerung → höhere Intensität von Neuansiedlungen
 - Konsistent zum Standortaufgabemodell, dort war das Merkmal schützend
- **Delta Hausärzte**
 - positiv (RR > 1), signifikant
 - Ausbau der hausärztlichen Versorgung → höhere Intensität von Neuansiedlungen
- **Grundversorgung**
 - Negativ (RR < 1), signifikant
 - Je weiter entfernt die Grundversorgung, desto niedriger die Intensität von Neuansiedlungen
- **Beschäftigungsquote**
 - Negativ (RR < 1), signifikant
 - Je arbeitsmarktzentrierter die Kommune, desto niedriger Intensität von Neuansiedlungen

Fazit - Weggefallene Standorte

1. Wettbewerb ist der zentrale Treiber von Standortaufgaben

- Hohe Apothekendichte und insbesondere neue Standorte im Umfeld erhöhen die Wahrscheinlichkeit einer Standortaufgabe deutlich.
- Standortaufgaben sind Ausdruck lokaler Marktberreinigung, nicht zufälliger Einzelereignisse.

2. Versorgung stabilisiert Standorte

- Eine gute ärztliche Versorgung (insb. Hausärzte) und eine große Einzugsbevölkerung wirken schützend.
- Die strukturelle Marktgröße ist relevanter als kurzfristige demografische Veränderungen.

3. Gemeindeebene spielt eine untergeordnete Rolle

- Nur ein kleiner Teil der Varianz ist auf Gemeindeunterschiede zurückzuführen ($ICC \approx 2\%$).
- Makroökonomische Indikatoren liefern keinen zusätzlichen Erklärungsbeitrag nach Kontrolle der Versorgungsstruktur.

➔ Die Aufgabe von Apothekenstandorten folgen strukturellen Mustern – primär getrieben durch Wettbewerb und Versorgungsumfeld.

Anhang: Methodischer Hintergrund

Methodischer Hintergrund zur Modellierung von Einflüssen auf weggefallene Standorte

Datenbasis: Apothekenbestand des Jahres 2020

Abhängige Variable: Apotheke weggefallen (ja/nein) im Jahr 2025

Einflussvariablen

Level: Apotheken

- Anzahl Apotheken (Bestand, weggefallener Standort, neuer Standort) in der Nähe* + Delta
- Anzahl Ärzte in der Nähe* + Delta
- Einzugsbevölkerung + Delta

Level: Gemeinde

- Entfernung zur Grundversorgung + Delta
- Steuereinnahmen + Delta
- Anteil der Bevölkerung älter als 65 Jahre + Delta
- Anteil Mini-Jobber an Erwerbstätigen + Delta
- Kaufkraft + Delta
- Beschäftigungsquote + Delta

*10 Minuten Distanz auf Wegenetz fußläufig

Quelle: IGES, eigene Berechnungen auf Basis des Bundes-Apotheken-Registers

- **Modellcharakter**
 - Das Modell ist auf die Identifikation struktureller Einflussfaktoren ausgerichtet und nicht auf die exakte Vorhersage einzelner weggefallener Standorte.
- **Daten- und Zeitdimension**
 - Veränderungen werden als Differenzen zwischen 2020 und 2025 abgebildet; kurzfristige Effekte (z. B. pandemiebedingte Sonderentwicklungen) können nur indirekt berücksichtigt werden.
- **Beobachtungsebene**
 - Die Analyse basiert auf apotheken- und standortbezogenen Merkmalen. Interne betriebliche Entscheidungen oder individuelle Geschäftsmodelle bleiben unbeobachtet.
- **Räumliche Modellierung**
 - Einzugsgebiete und Wettbewerbsbeziehungen werden mithilfe modellbasierter Verfahren approximiert und bilden reale Entscheidungsräume nicht vollständig ab.
- **Gemeindespezifische Besonderheiten**
 - Gemeindeindikatoren spiegeln allgemeine sozioökonomische Rahmenbedingungen wider, können jedoch lokale Förderprogramme oder planerische Besonderheiten nicht im Detail erfassen.

→ *Die Ergebnisse sind als strukturbezogene Risikoindikatoren zu interpretieren, nicht als deterministische Prognosen.*

IGES Institut
www.iges.com