

Maximilian Maurice Gail, Georg Götz, Daniel Herold, Jan Thomas Schäfer

Zugang zu Vor-Ort-Apotheken: eine Bestandsaufnahme der räumlichen Abdeckung

Die Zahl der Apotheken in Deutschland ist seit Jahren rückläufig. Dies führt dazu, dass ein nennenswerter Teil der Bevölkerung die nächstgelegene Apotheke fußläufig kaum noch erreichen kann. Mit einem eigenen Pkw ist die nächste Apotheke zwar in aller Regel gut zu erreichen, die Entfernungen zur übernächsten Apotheke können aber erheblich sein. Bei der Bewertung dieser Befunde ist zu bedenken, dass der Gesetzgeber keine konkreten Definitionen zur im öffentlichen Interesse gebotenen Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln durch Apotheken formuliert hat. Unter Anwendung der Maßgaben des Postgesetzes als Orientierungshilfe für die Apothekenversorgung zeigt sich, dass in ca. 900 Gemeinden oder 8 % der Gemeinden, die Anspruch auf eine Postfiliale haben, keine Vor-Ort-Apotheke vorhanden ist.

Die Zahl der Vor-Ort-Apotheken in Deutschland ist seit Jahren rückläufig. Waren im Jahr 2014 noch 20.441 Apothekenbetriebsstätten aktiv, sank diese Zahl bis Anfang April 2025 auf 16.908 (ABDA, 2025a, 2025b). Dies entspricht einem Rückgang von 17,28 %. Allein im ersten Quartal 2025 sind insgesamt 133 Betriebsstätten weggefallen. Hierbei ist zu beachten, dass gemäß § 1 Apothekengesetz (ApoG) „[d]en Apotheken [...] die im öffentlichen Interesse gebotene Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln“ obliegt. Angesichts der rückläufigen Zahl von Apotheken stellt sich die Frage, inwieweit diese Versorgung insbesondere in der Fläche derzeit bzw. perspektivisch sichergestellt ist.

Der Gesetzgeber hat derzeit keine Definitionen festgelegt, ab welcher Apothekenzahl die in § 1 ApoG festgehaltene Zielsetzung erfüllt ist. Um die Abdeckung der Bevölkerung mit Vor-Ort-Apotheken abzuschätzen, kann aber

ein Blick auf etablierte regulatorische Rahmenwerke zur Sicherstellung der Daseinsvorsorge in anderen Sektoren geworfen werden. Als gedankliche Orientierungshilfe dienen im Folgenden die in § 17 Absatz 1 Postgesetz (PostG) definierten Kriterien zur flächendeckenden Versorgung mit Postdienstleistungen.¹ Für die folgenden Überlegungen ist hierbei das folgende Kriterium maßgeblich: „In allen Gemeinden [...] mit mehr als 2.000 Einwohnern muss ein Universaldienstanbieter mindestens eine Universaldienstfiliale betreiben.“ Ausgehend von dieser Abgrenzung zeigt Abbildung 1 die Abdeckung mit Vor-

¹ Das Postgesetz dient als Vergleichsrahmen für die folgenden Überlegungen. Eine direkte Übertragung der Regelungen des Postgesetzes auf Apotheken wird ausdrücklich nicht vorgeschlagen.

Dieser Aufsatz ist aus einem Forschungsprojekt hervorgegangen, das vom Apothekerverband Westfalen-Lippe finanziell unterstützt wird. Die Unterstützung besteht unter anderem darin, den Ankauf von Absatz-Daten verschiedener Softwarehäuser zu ermöglichen. Die Autoren sind in der Durchführung ihrer Forschung und der Interpretation der Ergebnisse völlig unabhängig und unterlagen keinerlei Einflussnahme durch den Drittmittelgeber.

© Der/die Autor:in 2026. Open Access: Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht (creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de).

Open Access wird durch die ZBW – Leibniz-Informationzentrum Wirtschaft gefördert.

Prof. Dr. Georg Götz ist Inhaber der Professur VWL I - Industrieökonomie, Wettbewerbspolitik und Regulierung an der Justus-Liebig-Universität Gießen.

Dr. Daniel Herold, Dr. Jan Thomas Schäfer und **Maximilian Maurice Gail, M. Sc.**, sind wissenschaftliche Mitarbeiter dort.

Ort-Apotheken auf Gemeinde-Ebene in Deutschland.² Die Auswertung deckt insgesamt 10.873 Gemeinden mit zusammen ca. 82,6 Mio. Einwohnern ab (Zensus 2022).³

Gemeinden mit mehr als 2.000 Einwohnern haben nach § 17 Absatz 1 PostG Anspruch auf eine Universaldienstfiliale. Dies betrifft 5.099 Gemeinden (ca. 46,9 % aller Gemeinden), die insgesamt 78.056.603 Einwohner (ca. 94,5 % der Einwohner) umfassen, wobei 4.188 dieser Gemeinden über mindestens eine Vor-Ort-Apotheke verfügen (hellblau). Diese umfassen 75.333.478 Einwohner bzw. ca. 91,24 % der Bevölkerung. In 911 Gemeinden mit mehr als 2.000 Einwohnern befindet sich hingegen keine Apotheke (dunkelblau). Dies entspricht ca. 8,38 % aller Gemeinden und umfasst insgesamt 2.723.125 Einwohner bzw. ca. 3,3 % der Bevölkerung. Insbesondere in Bayern und Baden-Württemberg befinden sich zahlreiche Gemeinden, die nach dem Postgesetz Anspruch auf eine Postfiliale haben, aber über keine eigene Vor-Ort-Apotheke verfügen. Auch in Sachsen verfügen 20 % der Gemeinden mit über 2.000 Einwohnern über keine Apotheke. In den restlichen Bundesländern bewegt sich der Anteil der Gemeinden mit über 2.000 Einwohnern, welche über keine Apotheken verfügen, zwischen 2,2 % und ca. 7 %.

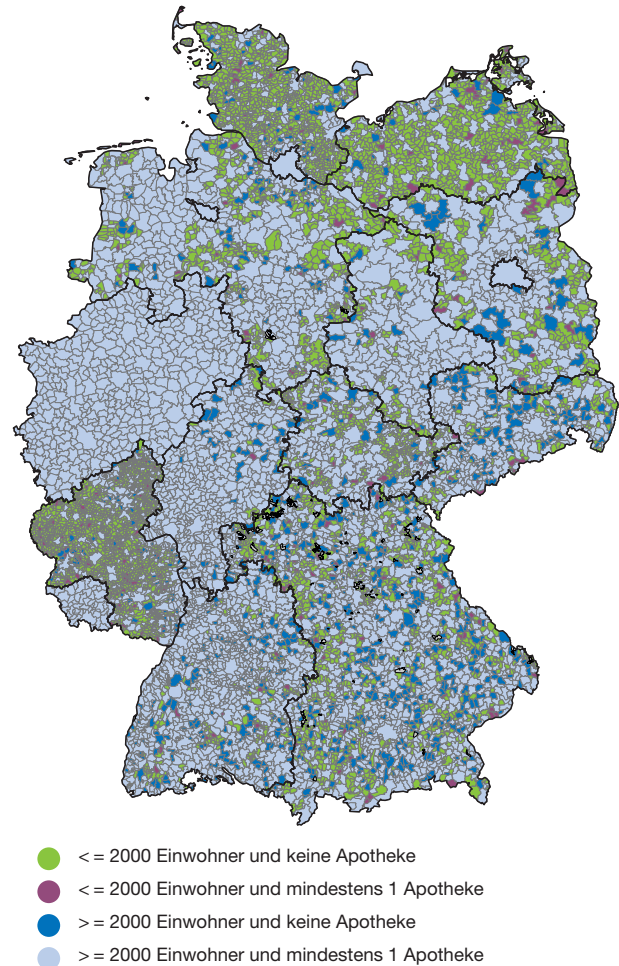
5.774 Gemeinden haben weniger als 2.000 Einwohner. In 266 dieser Gemeinden befindet sich mindestens eine Apotheke (lila). Dies betrifft 403.244 Einwohner bzw. ca. 0,5 % der Bevölkerung. Eine Mehrheit von 5.508 Gemeinden in dieser Kategorie verfügt hingegen über keine Apotheke (grün). Hiervon betroffen sind insbesondere kleine Gemeinden in Bayern, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und Thüringen. Bezogen auf die Einwohnerzahl leben 4.108.580 Einwohner bzw. ca. 4,98 % der Bevölkerung in einer kleinen Gemeinde ohne eigene Apotheke.

Um diese Zahlen in Perspektive zu setzen, ist zunächst auf den für die Frage der Flächendeckung relevanten Zielkonflikt einzugehen. Eine Apotheke kann nur dann am Markt bestehen, wenn sich ihr Betrieb wirtschaftlich rechnet. Der Gesetzgeber hat durch die Bestimmung relevanter Größen auf der Ausgaben- und Einnahmenseite (insbesondere Preisspannen, siehe § 78 AMG) zentralen

2 Die den folgenden Analysen zugrundeliegenden Standortdaten von Vor-Ort-Apotheken wurden mittels Web Scraping über das offizielle Gesundheitsportal der deutschen ApothekerInnen Aponet.de gesammelt (Stand: 09. Mai 2025). Demografische Informationen wurden aus den 100x100m Gitterzellendaten des Zensus 2022 (mit Stichtag 15. Mai 2022) entnommen (Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2024).

3 Detaillierte Daten und Tabellen zur folgenden Darstellung sind dem Arbeitspapier Gail et al. (2026) zu entnehmen, das auf der Website der Professur VWL I der JLU Gießen verfügbar ist (<https://www.uni-giessen.de/zugang-vor-ort-apotheken>).

Abbildung 1
Abdeckung mit Vor-Ort-Apotheken nach Gemeinden



Quelle: eigene Berechnung.

Einfluss auf die Anzahl der Betriebsstätten.⁴ Bei Vor-Ort-Apotheken werden die Kosten mitunter durch regulatorische Vorgaben des Betriebs beeinflusst (Öffnungszeiten, Personal, Ausstattung etc.; siehe insbesondere §§ 2-6, 11a-23 ApBetrO). Die Einnahmenseite wird wesentlich durch die Abgabe verschreibungspflichtiger (Rx) Arzneimittel bestimmt (IGES, 2020). Deren Nachfrage ist unelastisch, da die Verschreibung durch die behandelnde Ärztin erfolgt (Herrmann, 2011; Gatwood et al., 2014; Yeung et

4 Hier ist auf das sogenannte Apotheken-Urteil zu verweisen. Das Bundesverfassungsgericht erklärte Art. 3 Abs. 1 des damaligen bayerischen Apothekengesetzes, das die Erteilung einer Betriebserlaubnis vom Bedarf abhängig machte und so eine Art Bestandsschutz für bestehende Apotheken sichern sollte, für nichtig, da es einen Verstoß gegen die Berufsfreiheit nach Art. 12 Abs. 1 GG darstelle (siehe beispielsweise Bundesarchiv, o. D.).

al., 2018). Die Vergütung bei der Abgabe von Rx Medikamenten ist in § 3 Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) festgeschrieben. Aus politökonomischer Sicht ist hierbei besonders wichtig, dass die Vergütung der Apotheken über die Krankenkassen abgedeckt wird. Die Höhe dieser vom Solidarsystem getragenen Vergütung sowie die gesetzlichen Rahmenbedingungen bestimmen also, wie viele Einwohner im Einzugsgebiet einer Apotheke leben müssen, damit sich deren Betrieb rechnet. Steigt die Entlohnung oder sinken die regulatorischen Hürden, dürfte sich *ceteris paribus* die Anzahl der Betriebsstätten erhöhen. Eine höhere Entlohnung bedeutet allerdings auch eine zusätzliche Belastung für das Sozialsystem.

Bei diesem Zielkonflikt ist zu bedenken, dass sich *ceteris paribus* in dicht besiedelten Regionen der Betrieb einer Vor-Ort-Apotheke eher rechnen dürfte als in dünn besiedelten. Daher hat die Beobachtung, dass ein Großteil der Bevölkerung Zugang zu einer Vor-Ort-Apotheke in der eigenen Gemeinde hat, wenig Aussagekraft für die Frage nach der Flächenversorgung, da sich ein Großteil der Bevölkerung auf wenige Gemeinden konzentriert. Dies bedeutet allerdings nicht, dass die Versorgungssicherheit in dicht besiedelten Gebieten nicht gefährdet sein kann. Wie weiter unten aufgezeigt, können Schließungen von Apotheken auch in diesen Gebieten zu nennenswerten Veränderungen der Erreichbarkeit der dann nächsten Apotheke führen. Hier stellt sich auf der einen Seite die Frage nach den Kapazitäten einer Betriebsstätte und auf der anderen Seite die der Zugänglichkeit des Teils der Bevölkerung, der nicht in dicht besiedelten Regionen lebt. In diesen Gebieten können sich Schließungen besonders drastisch auf die Erreichbarkeit der nächsten Apotheke auswirken.

Abbildung 1 zeigt, dass 6.419 Gemeinden oder ca. 8,28 % der Bevölkerung über keine eigene Vor-Ort-Apotheke verfügen (grün und dunkelblau). Eine Vielzahl dieser Gemeinden hat eher wenige Einwohner, sodass sich die Frage stellt, inwieweit hier angesichts des oben genannten Zielkonflikts aus gesundheitspolitischer Sicht das Vorhandensein einer Vor-Ort-Apotheke als notwendig erachtet wird. Allerdings betrifft dies, wie bereits beschrieben, immerhin gut 2,7 Mio. Einwohner bzw. 3,3 % der Bevölkerung, die jedenfalls nach dem Postgesetz Anspruch auf eine Postfiliale hätten, aber in deren Gemeinde keine Vor-Ort-Apotheke vorhanden ist. Um zu klären, inwieweit für diese Einwohner Vor-Ort-Apotheken in Nachbargemeinden erreichbar sind, wird im nächsten Abschnitt die Distanz zur nächsten und übernächsten Apotheke diskutiert.

Abschließend sind für diesen Teil zwei Befunde festzuhalten: *Erstens* weist Deutschland regionale Unterschiede bei der Apothekenabdeckung auf. Diese scheint im

Saarland und in Nordrhein-Westfalen besonders hoch zu sein. Insbesondere NRW zeichnet sich allerdings durch flächenmäßig große Gemeinden aus, in denen das Kriterium „mindestens eine Vor-Ort-Apotheke“ eher erfüllt ist als in Bundesländern mit einer granulareren Gemeindestruktur wie etwa Bayern. In diesem Bundesland verfügt eine Vielzahl kleiner Gemeinden (viele davon mit weniger als 2.000 Einwohnern) über keine eigene Apotheke. Ähnliches gilt in Mecklenburg-Vorpommern, Schleswig-Holstein und Baden-Württemberg, wo die Einwohner auch in angrenzenden Gemeinden häufig keinen Zugang zu Apotheken haben (Knobloch & Schröder, 2024; Neumeier, 2013, 2017).

Zweitens sind Apotheken und Postfilialen in vielerlei Hinsicht nicht vergleichbar, obwohl beide Teil der Daseinsvorsorge sind. Arzneimittel sind sensible Produkte, deren Herausgabe nur durch geschultes Fachpersonal erfolgen darf, sodass Apothekerinnen und Apotheker ebenfalls eine Beratungsfunktion erfüllen (Apothekenpflicht, § 43 AMG). Das Ersetzen von Apotheken durch Automaten, wie es bei Postfilialen möglich ist, dürfte daher nicht praktikabel sein. Zudem sind Apotheken auch zum Angebot von Nacht- und Notdiensten verpflichtet.

Distanz zur nächsten und übernächsten Apotheke

Ist die übernächste Apotheke nur mit deutlichem Mehraufwand (beispielsweise in Form längerer Reisezeit mit dem Auto) erreichbar, nimmt die nächstgelegene Apotheke für die Versorgung einen höheren Stellenwert ein. Die Differenz zwischen der Entfernung zur nächsten und zur übernächsten Apotheke gibt Aufschluss darüber, wie sich die Schließung einer Apotheke auf die Versorgung mit Arzneimitteln auswirken würde, und kann daher als Indikator für die Versorgungssicherheit betrachtet werden.⁵ Der seit über einem Jahrzehnt anhaltende Rückgang der Apothekenstandorte wirkt sich somit auch mittelbar auf die Versorgungssicherheit der Bevölkerung aus, die nicht direkt von einer Schließung betroffen ist, da sich mit jeder Schließung die Erreichbarkeit alternativer Versorgungsstandorte verschlechtert. Das bedeutet: Auch wenn eine Schließung die Erreichbarkeit der nächsten Apotheke nicht oder nur geringfügig beeinflusst (z. B. weil zwei Apotheken in direkter Nachbarschaft existierten), führt der Wegfall einer Alternativapotheke zu einer Verschlechterung der Versorgungssicherheit.

Die zentrale politische Frage lautet, welche Distanz noch als zumutbar anzusehen ist. In der Literatur wird in diesem Zusammenhang der Begriff „Apothekenwüste“

⁵ Dies gilt auch mit Blick auf den Notdienst, der allerdings nicht Gegenstand dieses Artikels ist.

Tabelle 1

Laufdauer der Bevölkerung (absolut und relativ) zur nächsten und übernächsten Apotheke

Laufdauer [min]	zur übernächsten Apotheke													
	< 5 min		5-10 min		10-20 min		20-30 min		30-60 min		> 60 min		Σ	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
< 5 min	5.181.417	6,28	7.074.164	8,57	3.111.799	3,77	872.396	1,06	1.094.718	1,33	834.701	1,01	18.169.195	22,00
5-10 min			8.948.745	10,84	9.242.981	11,19	1.807.990	2,19	2.096.011	2,54	1.408.117	1,71	23.503.844	28,47
10-20 min					11.788.085	14,28	3.972.817	4,81	2.309.487	2,80	1.398.123	1,69	19.468.512	23,58
20-30 min							2.903.600	3,52	2.126.140	2,57	724.583	0,88	5.754.323	6,97
30-60 min									6.216.110	7,53	3.527.875	4,27	9.743.985	11,80
> 60 min											5.931.136	7,18	5.931.136	7,18
Σ	5.181.417	6,28	16.022.909	19,41	24.142.865	29,24	9.556.803	11,57	13.842.466	16,76	13.824.535	16,74	82.570.995	

Quelle: eigene Berechnungen.

(„Pharmacy Desert“) verwendet, der sich auf ein Areal bezieht, in dem innerhalb eines bestimmten Radius keine Apotheke vorhanden ist. Es gibt keine etablierte Definition dafür, ab welchem Radius ein Areal als Apothekenwüste bezeichnet wird. Der Begriff wird je nach Forschungsfrage um soziodemografische (beispielsweise Einkommen oder Alter) oder geografische Faktoren (beispielsweise Stadt oder Land) erweitert. Qato et al. (2014) sprechen beispielsweise von einer Apothekenwüste, wenn für einkommensschwache Haushalte innerhalb von mindestens 0,5 Meilen (mi, ca. 800 m) keine Apotheke erreichbar ist, wobei die Autoren auch nach Radien von 1 mi und von mehr als 1 mi abgrenzen. Da Qato et al. (2014) Daten zu Chicago verwenden, ist die Abgrenzung nicht ohne weiteres auf ländliche Gebiete übertragbar. Di Novi et al. (2020) unterscheiden zwischen städtischen und ländlichen Regionen, wobei in städtischen Regionen ab einem Radius von 1 mi ohne Vor-Ort-Apotheke von einer Apothekenwüste gesprochen wird und im ländlichen Raum ab einer Distanz von 10 mi. In Pednekar und Peterson (2018) wird eine Apothekenwüste mit einer ähnlichen räumlichen Abgrenzung gegenüber den beiden vorherigen Studien definiert. Die Autoren berücksichtigen in ihren Analysen insbesondere den Zugang älterer, einkommensschwacher oder eingeschränkter Personen zu Apotheken. Demnach gilt ein Gebiet als Apothekenwüste, wenn mehr als 33 % der beschriebenen Personengruppe mehr als 1 mi von der nächstgelegenen Gemeindeapotheke entfernt leben.

Um die Komplexität, die mit einer Abgrenzung städtischer und ländlicher Gebiete verbunden wäre, zu umgehen, wird im Folgenden die Reisedauer anstelle der Reisedistanz betrachtet. Hierbei wird zwischen Lauf- und Pkw-

Fahrdauer unterschieden und jeweils die Erreichbarkeit der nächsten und der übernächsten Apotheke analysiert.⁶

In Tabelle 1 ist vertikal die durchschnittliche Laufdauer zur nächsten und horizontal zur übernächsten Apotheke abgetragen. Hierbei wird zwischen einer einfachen Laufzeit von maximal 5 min, 5 bis 10 min, 10 bis 20 min, 20 bis 30 min, 30 bis 60 min und über 60 min unterschieden. Um die gesamte Zeit zu ermitteln, sind die Werte entsprechend zu verdoppeln. In den jeweiligen Zellen ist links die absolute Zahl der betroffenen Einwohner und rechts der jeweilige prozentuale Anteil an der Gesamtbevölkerung abgetragen.⁷

Für 5.181.417 Einwohner (ca. 6,28 % der Bevölkerung) ist sowohl die nächste als auch die übernächste Apotheke in maximal 5 min erreichbar. Für etwa 41.673.039 Einwohner (Zeilensumme < 5 min (18.169.195) und 5-10 min (23.503.844); ca. die Hälfte der Bevölkerung) ergibt sich fußläufig eine einfache Laufzeit zur nächsten Apotheke von höchstens 10 min. Das heißt, dass die andere Hälfte der Bevölkerung einen Fußweg von mindestens 10 min in Kauf nehmen muss, um die nächste Apotheke zu errei-

6 Die jeweilige Dauer wurde mittels Open Source Routing Machine (OSRM) ermittelt. Hierbei wurde bei der Erreichbarkeit mit dem Pkw angenommen, dass kein Verkehr herrscht. Basierend auf den zugrundeliegenden Distanzen in den Daten ergibt sich eine Durchschnittsgeschwindigkeit von etwa 35 km/h mit dem Pkw bzw. 5 km/h zu Fuß. Hierbei sind die zugrundeliegenden topografischen Besonderheiten und Geschwindigkeitsbegrenzungen berücksichtigt, wie beispielsweise die Straßenführung in Innenstädten etc. Innerhalb von 5 min würden dementsprechend etwa 2,9 km bzw. 420 m mit dem Pkw bzw. zu Fuß zurückgelegt.

7 Für entsprechende Analysen auf Bundeslandebene, siehe Neumeier (2017). Im vorliegenden Aufsatz wird ein Fokus auf Bevölkerungszahlen gelegt.

Tabelle 2

Laufdauer der Bevölkerung ab 75 Jahren (absolut und relativ) zur nächsten und übernächsten Apotheke

Laufdauer [min]	zur übernächsten Apotheke													
	< 5 min		5-10 min		10-20 min		20-30 min		30-60 min		> 60 min		Σ	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
< 5 min	535.139	6,057	765.998	8,669	368.453	4,170	103.199	1,168	129.792	1,469	101.749	1,152	2.004.330	22,7
5-10 min			1.025.334	11,605	1.086.857	12,301	212.830	2,409	240.328	2,720	163.648	1,852	2.728.997	30,9
10-20 min					1.322.166	14,964	429.237	4,858	237.973	2,693	135.614	1,535	2.124.990	24,1
20-30 min							291.098	3,295	211.784	2,397	66.529	0,753	569.411	6,4
30-60 min									582.109	6,588	313.326	3,546	895.435	10,1
> 60 min											512.449	5,800	512.449	5,8
Σ	535.139	6,1	1.791.332	20,3	2.777.476	31,4	1.036.364	11,7	1.401.986	15,9	1.293.315	14,6	8.835.612	

Quelle: eigene Berechnungen.

chen. Für etwa 19,47 Mio. Einwohner ergibt sich hierbei ein Fußweg von 10 bis 20 min. Für gut ein Viertel der Bevölkerung ist ein Fußweg von über 20 min zur nächsten Apotheke nötig. Von den 15.675.121 Einwohnern (18,98 % der Bevölkerung), die insgesamt mindestens eine halbe Stunde Fußweg zur nächsten Apotheke zurücklegen müssen, ergibt sich für etwa 5.931.136 Mio. Einwohner (7,18 % der Bevölkerung) sogar ein Fußweg von über einer Stunde.

Bei der Interpretation dieser Daten ist zu bedenken, dass vulnerable Gruppen besonders auf medizinische Versorgung angewiesen sind. Gerade kranke Menschen brauchen Zugang zu Arzneimitteln, und Apothekendienstleistungen sind insbesondere für ältere und kranke Menschen wichtig, wenn es beispielsweise um Fragen der Arzneimittel-Compliance geht (Di Novi et al., 2020). Auch bedürfen einige Medikamente der Kühlung, deren Aufrechterhaltung bei größeren Distanzen erschwert wird.⁸

Auch wenn hier keine allgemeingültigen Aussagen zur Versorgungsqualität ableitbar sind, legen die oben genannten Werte nahe, dass ein wesentlicher Teil der Bevölkerung auf den eigenen Pkw oder auf andere Verkehrsmittel (beispielsweise den ÖPNV) angewiesen ist, um die nächste Apotheke zu erreichen. Ein Fußweg von über einer Stunde dürfte in der Regel kaum realisierbar sein, insbesondere für vulnerable Gruppen. Die Analysen zeigen, dass gut 6 Mio. Einwohner (7,2 % der Bevölkerung) diese Strecke zurücklegen müssen. Inwieweit diese Interpretation auf Laufzeiten von unter einer Stunde übertragbar ist, muss hier offenbleiben.

⁸ Dies betraf 2023 beispielsweise 31,8 Mio. Packungen oder etwa 4 % aller Rx-Packungen. Für nähere Informationen, siehe DAPI (2024).

Tabelle 2 zeigt eine analoge Betrachtung der Laufzeit zur nächsten und übernächsten Apotheke aus Sicht von Einwohnern über 75 Jahre.⁹ Gut die Hälfte (53,6 %) der Menschen in dieser Altersgruppe kann die nächste Apotheke innerhalb von höchstens 10 min erreichen. Die andere Hälfte (46,4 %) benötigt zu Fuß mehr als 10 min. Die übernächste Apotheke ist für 42,2 % der über 75-Jährigen nur in mehr als 20 min Fußweg erreichbar. Inwieweit eine solche Strecke für diese Bevölkerungsgruppe zumutbar ist, kann hier nicht beantwortet werden. Im Hinblick auf die Diskussion zu verbindlichen Führerscheintests bzw. pauschalen Fahrverboten für Senioren scheint es problematisch, wenn insbesondere diese Bevölkerungsgruppe für den Weg zur Apotheke auf ein Auto angewiesen ist.

Analog zu Tabelle 1 wird in Tabelle 3 die Fahrdauer mit dem Pkw betrachtet (Individualverkehr). Die nächste Apotheke ist für 82.554.254 Einwohner (99,98 % der Bevölkerung) mit einer Fahrzeit von höchstens 20 min erreichbar. Lediglich ein Bruchteil der Bevölkerung benötigt eine längere Fahrzeit als 20 min (siehe auch IGES, 2020; Knobloch & Schröder, 2023).

Wenn die übernächste Apotheke weit entfernt ist, steigt die Versorgungsrelevanz der nächstgelegenen Apotheke. Für etwa ein Drittel der Bevölkerung (27.667.001 Einwohner) ist die übernächste Apotheke nur durch einen einfachen Fußweg von mindestens 30 min erreichbar (siehe Tabelle 1). Dabei ist beispielsweise für 8.113.933 Einwoh-

⁹ Demografische Informationen zur infrastrukturellen Altersgruppenverteilung wurden aus den 100x100m Gitterzellendaten des Zensus 2022 (mit Stichtag 15. Mai 2022) entnommen (Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2025).

Tabelle 3

Fahrdauer der Bevölkerung (absolut und relativ) zur nächsten und übernächsten Apotheke

Fahrdauer [min]	zur übernächsten Apotheke												Σ	
	< 5 min		5-10 min		10-20 min		20-30 min		30-60 min		> 60 min			
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
< 5 min	53.806.090	65,16	12.443.850	15,07	2.026.725	2,45	12.385	0,01					68.289.050	82,70
5-10 min			9.689.484	11,73	2.509.441	3,04	22.987	0,03	8	0			12.221.920	14,80
10-20 min					1.988.069	2,41	54.680	0,07	535	0			2.043.284	2,47
20-30 min							14.682	0,02	423	0			15.105	0,02
30-60 min									268	0			268	0
> 60 min											1.368	0	1.368	0
Σ	53.806.090	65,16	22.133.334	26,81	6.524.235	7,90	104.734	0,13	1.234	0	1.368	0	82.570.995	

Quelle: eigene Berechnungen.

ner (9,83 % der Bevölkerung) die nächste Apotheke zwar maximal 10 min entfernt, die übernächste Apotheke aber wenigstens 20 min. Im Fall einer Schließung müsste diese Gruppe zu Fuß also mindestens doppelt so lange unterwegs sein, um die übernächste Apotheke zu erreichen. Hier stellt sich die Frage, ob diese dann auf das Auto angewiesen ist.

Fazit

Erreichbarkeitsanalysen geben Hinweise für die Frage, ob die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln durch Apotheken im Sinne von § 1 ApoG sichergestellt ist. Solange Zugang zu einem eigenen Pkw besteht, ist die Versorgung als gut einzuschätzen. Ohne eigenen Pkw ist die Situation für einen nennenswerten Anteil der Bevölkerung als problematisch einzuschätzen. Wird eine zumutbare einfache Reisezeit von 30 min angesetzt, können ca. 16 Mio. Einwohner (ca. 19 % der Bevölkerung) die nächste Apotheke nicht fußläufig erreichen. Selbst wenn von einer zumutbaren einfachen Laufzeit von 60 min ausgegangen wird, verfügen gut 6 Mio. Einwohner (ca. 7 % der Bevölkerung) über keinen fußläufigen Zugang zu einer Apotheke. Zudem können gut 27,7 Mio. Einwohner (ca. ein Drittel der Bevölkerung) die übernächste Apotheke nicht innerhalb von 30 min fußläufig erreichen. Für diese Einwohner dürfte die nächste Apotheke einen hohen Stellenwert bei der Versorgungssicherheit haben. In diesem Kontext ist zu beachten, dass für gut die Hälfte der Einwohner im Alter von 75 Jahren und älter bereits die nächste Apotheke fußläufig nicht innerhalb von 10 min erreichbar ist. Setzt sich der Trend rückläufiger Apothekenzahlen fort, kann die Versorgungssicherheit für einen nennenswerten Anteil der Bevölkerung bedroht sein.

Es ist darauf zu verweisen, dass sich der Gesetzgeber bisher keine Zielvorgaben zur Versorgungssicherheit gesetzt hat. Dies hat er in anderen Bereichen der Daseinsvorsorge getan, beispielsweise im Postsektor. In einem Gedankenexperiment, in dem der Maßstab des Postgesetzes auch für Vor-Ort-Apotheken angelegt wird, befinden sich insbesondere in Bayern, Mecklenburg-Vorpommern, Schleswig-Holstein und Baden-Württemberg zahlreiche Gemeinden, die nach dem Postgesetz Anspruch auf eine Postfiliale haben, aber über keine eigene Vor-Ort-Apotheke verfügen.

Die in diesem Aufsatz dargestellten Analysen verdeutlichen, dass die Flächenversorgung mit Arzneimitteln durch Apotheken bestenfalls gefährdet und schlimmstenfalls nicht mehr gegeben ist. Es dürfte zielführend sein, wenn der Gesetzgeber hier zunächst klare Zielvorgaben formuliert. Darauf aufbauend kann mithilfe des existierenden regulierungs- und wettbewerbsökonomischen Werkzeugkastens an einer effizienten Zielerreichung gearbeitet werden.

Literatur

- ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände. (2025a). *Apothekenwirtschaftsbericht 2025*.
- ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände. (2025b). *Apothekenwirtschaftsbericht 2025: Mehr Umsatz, aber ein Viertel der Apotheken weiterhin in der Bredouille*.
- Bundesarchiv. (o. D.). Grundsatzentscheidung zur Berufsfreiheit – „Apotheken-Urteil“ von 1958 einsehbar.
- DAPI – Deutsches Arzneimittelprüfungsinstitut e. V. (2024, 01. Juli). *Im Jahr 2023 wurden 31,8 Mio. Packungen kühlpflichtige Arzneimittel in öffentlichen Apotheken zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgegeben*.
- Di Novi, C., Leporatti, L. & Montefiori, M. (2020). Older patients and geographic barriers to pharmacy access: When nonadherence translates

- to an increased use of other components of health care. *Health economics*, 29, 97–109.
- Gail, M. M., Götz, G., Herold, D. & Schäfer, J. T. (2026). *Zugang zu Vor-Ort-Apotheken in Deutschland: eine Bestandsaufnahme der räumlichen Abdeckung im Lichte politischer Zielsetzungen*. Arbeitspapier.
- Gatwood, J., Gibson, T. B., Chernew, M. E., Farr, A. M., Vogtmann, E. & Fendrick, A. M. (2014). Price Elasticity and Medication Use: Cost Sharing Across Multiple Clinical Conditions. *Journal Of Managed Care Pharmacy*, 20(11), 1102–1107.
- Herrmann, K. (2011). Der Wettbewerb im Einzelhandel mit Arzneimitteln. *Wirtschaftsdienst*, 91(2), 121–126.
- IGES. (2020). *Ökonomisches Gutachten zum Apothekenmarkt*.
- Knobloch, C. & Schröder, H. (2023, 24. August). Zu wenige und zu viele Apotheken? Ergebnisse einer geodatenbasierten Analyse der Apothekendichte in Deutschland. *Deutsche Apotheker Zeitung*, 163(34). Deutscher Apotheker Verlag.
- Knobloch, C. & Schröder, H. (2024, 4. April). Wer hat zugemacht? Datenanalyse zum Rückgang der Apothekenzahl in Baden-Württemberg. *Deutsche Apotheker Zeitung*, 164(14). Deutscher Apotheker Verlag.
- Neumeier, S. (2013). Modellierung der Erreichbarkeit öffentlicher Apotheken. *Thünen Working Paper*, 14.
- Neumeier, S. (2017). Regionale Erreichbarkeit von ausgewählten Fachärzten, Apotheken, ambulanten Pflegediensten und weiteren ausgewählten Medizindienstleistungen in Deutschland: Abschätzung auf Basis des Thünen-Erreichbarkeitsmodells. *Thünen Working Paper*, Nr. 77.
- Pednekar, P. & Peterson, A. (2018). Mapping pharmacy deserts and determining accessibility to community pharmacy services for elderly enrolled in a State Pharmaceutical Assistance Program. *PloS one*, 13(6), e0198173.
- Qato, D. M., Daviglus, M. L., Wilder, J., Lee, T., Qato, D. & Lambert, B. (2014). 'Pharmacy deserts' are prevalent in Chicago's predominantly minority communities, raising medication access concerns. *Health Affairs*, 33(11), 1958–1965.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder. (2024). *Ergebnisse des Zensus 2022. Bevölkerungszahlen in Gitterzellen (Version 2: 30.09.2024)*.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder. (2025). *Ergebnisse des Zensus 2022. Alter in infrastrukturellen Altersgruppen in Gitterzellen (Version 1: 03.04.2025)*.
- Yeung, K., Basu, A., Hansen, R. N. & Sullivan, S. D. (2018). Price elasticities of pharmaceuticals in a value based-formulary setting. *Health Economics*, 27(11), 1788–1804.

Title: *Access to brick-and-mortar pharmacies in Germany: an assessment of the geographic coverage*

Abstract: *The number of pharmacies in Germany has been declining for years. This means that a significant portion of the population can barely reach the nearest pharmacy on foot. While the nearest pharmacy is generally easily accessible by car, the distances to the next but one can be considerable. When evaluating these findings, it must be noted that the legislator has not formulated any tangible definitions regarding the proper supply of medicinal products to the population by pharmacies, which is mandated in the public interest. Applying the provisions of the Postal Services Act as a guide to pharmacy provision, it becomes clear that approximately 900 municipalities that are entitled to a post office branch do not have a local pharmacy. This corresponds to approximately 8% of all municipalities in Germany.*