

Ökonomisches Gutachten zur Überprüfung des Anpassungsbedarfs des Apothekenhonorars gemäß § 3 Abs. 1 Satz 1 AMpreisV

Ein Gutachten von:

Prof. Kaapke Projekte
Am Zuckerberg 27
71640 Ludwigsburg

Im Auftrag von:

Freie Apothekerschaft e.V.

Bearbeitung:

Prof. Dr. Andreas Kaapke
Dipl.-Sowi. Nina Kleber-Herbel

Ludwigsburg, 03.04.2024

INHALT

1.	Ausgangslage	4
2.	Das Geschäftsmodell Apotheke	4
2.1.	Güter der besonderen Art – Strenge gesetzliche Vorgaben	4
2.2.	Apotheker:in als Freier Beruf	6
2.3.	Honorierung – Arzneimittelpreisverordnung	6
2.4.	Weitere Gesetze im Überblick	8
3.	Gutachten „Ermittlung und Erforderlichkeit des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung geregelten Preise“ von 2HM	12
4.	Allgemeine Kostenentwicklung / Inflation	14
4.1.	Inflation/höhere Einkaufspreise	14
4.2.	Energiekosten	22
4.3.	Erhöhung des Mindestlohns	22
5.	Wirtschaftliche Lage und Entwicklung der Apotheken	23
5.1.	Marktüberblick	23
5.2.	Versandhandel	25
5.3.	Kostenstruktur	26
5.4.	Umsatz	26
5.5.	Wareneinsatz	27
5.6.	Begrenztes Potenzial für Skaleneffekte durch Filialisierung	28
5.7.	Personalkosten	28
5.8.	Sinkende Apothekenzahl	31
6.	Datenerhebung: Detaillierte Betrachtung von Kosten, Umsatz, Personal	32
6.1.	Struktur/Merkmale der „Datengeber“	32
6.2.	Umsatz- und Kostenentwicklung	33
6.3.	Fazit	34
7.	Apothekenspezifische Leistungen und Anforderungen	35
7.1.	Überblick über zusätzliche Aufgaben der Apotheken seit 2004	35
7.2.	Weitere aktuelle gesetzliche Änderungen mit Konsequenzen für den Arbeitsaufwand in Apotheken	36
7.3.	Anforderungen an Betriebsabläufe (z.B: Lagerhaltung)	37
7.4.	Transaktions- und Kommunikationskosten	38
7.5.	Lieferengpässe, Bürokratie und Fachkräftemangel als zentrale Geschäftshemmnisse	39
8.	Entwicklung des apothekerlichen Honorars / Politische Sparmaßnahmen / Honorarkürzungen / Gerichtsurteile	40
9.	Vergleich mit anderen Berufsgruppen	41

9.1.	Hinweise zur Einordnung des Gehalts selbständiger Apotheker:innen	41
9.2.	Freie Berufe	42
9.3.	Andere angestellte Heilberufler	43
9.4.	Niedergelassene Ärzte.....	44
9.5.	Angestellte Apotheker:innen.....	45
9.6.	Bundesbesoldung.....	46
10.	Fazit.....	46
11.	Anhang	50
11.1.	Ausgewählte Gesetze und Auflagen im Überblick.....	50
11.2.	Ausgewählte konkrete Regelungen gemäß Apothekenbetriebsordnung	52
11.3.	Katalog zusätzlicher Dokumentationspflichten in Apotheken	54

1. AUSGANGSLAGE

Im Jahr 2004 haben sich die gesetzlichen Rahmenbedingungen zur Honorierung von Apotheken signifikant verändert. Seitdem unterliegen die Apotheken einer strengen gesetzlichen Regulierung im Bereich der verschreibungspflichtigen Arzneimittel, die je nach Apotheke über 80 % des Gesamtumsatzes ausmachen. Damals wurde pro abgegebener Verpackung ein Fixum von 8,10 € vereinbart sowie ein Zuschlag von 3 % auf den Apothekenabgabepreis abzüglich eines Rabatts an die Gesetzlichen Krankenversicherung. Die damaligen Veränderungen haben zwischen 2004 und 2024 nur einmal zu einer Anpassung der dortigen Regeln geführt, indem das Fixum pro Packung auf 8,35 € angehoben wurde. Dies ist umso verwunderlicher, wurde doch von Anfang an angeregt, dass dieser Betrag einer regelmäßigen Überprüfung unterzogen werden soll. Tatsächlich hat der Gesetzgeber in der Gesetzesbegründung eine regelmäßige Anpassung des Fixbetrages durch den Ordnungsgeber im Abstand von zwei Jahren vorgesehen. Dies hat aber nicht stattgefunden.

Vor dem Hintergrund kann konstatiert werden, dass ungeachtet der allgemeinen Preis- und Kostenentwicklung die Vergütung der Apotheker:innen seit nunmehr 20 Jahren nahezu konstant ist.

Parallel kann dokumentiert werden, dass seit 2008 eine sinkende Anzahl der Apotheken in Deutschland zu verzeichnen ist. Im Zeitraum zwischen 2008 und 2022 sank die Zahl um 16,4 % von 21.602 Apotheken auf 18.068 Apotheken. Eine Folge daraus könnte die Gefährdung der flächendeckenden Versorgung mit Arzneimitteln sein, was ein originärer gesetzlicher Auftrag der Apotheken ist.

Maßgeblich verursacht wird das Apothekensterben durch **wirtschaftliche Faktoren**. Wie in allen Wirtschaftsbereichen müssen auch Apotheken steigende Kosten schultern. Aufgrund der strengen gesetzlichen Regularien haben sie aber wenig Spielraum, dem steigenden Kostendruck mit preis- und kommunikationspolitischen Maßnahmen entgegenzuwirken.

Die Apotheken sind somit einerseits den typischen marktwirtschaftlichen Mechanismen ausgesetzt, unterliegen bei der Vergütung jedoch strengen ordnungspolitischen Vorgaben, welche die marktwirtschaftlichen Entwicklungen ausblenden.

2. DAS GESCHÄFTSMODELL APOTHEKE

2.1. Güter der besonderen Art – Strenge gesetzliche Vorgaben

Arzneimittel sind Güter der besonderen Art. Sie entziehen sich klassischen Marktmechanismen, können bei Falsch- oder Fehlbenutzung großen (gesundheitlichen) Schaden anrichten und müssen deshalb abweichend von klassischen Distributionswegen gewürdigt werden. Im Einzelnen zeichnen sich Arzneimittel durch die folgenden Merkmale aus, die sie von anderen Gütern unterscheiden:

- Arzneimittel müssen in der Regel deutlich **schneller verfügbar** sein als z.B. Textilien oder Baustoffe. Arzneimittel werden zur Therapie oder zur Prävention eingesetzt und

müssen demnach dann verfügbar sein, wenn die Beschwerden akut und somit die Anwendungsfelder zum Tragen kommen.

- Bei Arzneimitteln kommen **Hortungseffekte nicht oder nur selten** vor. Zum einen beschränkt eine begrenzte Haltbarkeit vieler Produkte die Bevorratung von Arzneimitteln beim Endverbraucher und auch in der Apotheke, zum anderen erfolgt die Verabreichung oder Einnahme zu einem ganz spezifischen Zweck, der außerhalb chronischer Krankheiten nur von begrenzter Dauer sein sollte und danach die Relevanz verliert oder an Bedeutung schwindet.
- Die **Konsumentensouveränität** ist bei Arzneimitteln signifikant **eingeschränkt**. Bei rezeptpflichtigen Arzneimitteln muss ein gültiges Rezept von einem approbierten Arzt ausgestellt worden sein, und dieses wird in Apotheken nur gegen Vorlage des Rezeptes an Endverbraucher abgegeben. Bei apothekenpflichtigen Arzneimitteln kann die Abgabe an Endverbraucher nur durch einen approbierten Apotheker/eine approbierte Apothekerin erfolgen. Nur freiverkäufliche Arzneimittel sind auch in anderen Betriebsformen des Einzelhandels anzutreffen.

Bei rezeptpflichtigen Präparaten bedarf es demnach der Einschätzung des Arztes/der Ärztin und ggf. des Apothekers/der Apothekerin. Aber auch bei apothekenpflichtigen Produkten, die Over the Counter gereicht werden, erfolgt keine gänzlich freie Auswahl, sondern ein durch einen Apothekenmitarbeiter gesteuertes Angebot. Von daher sind die Endverbraucher bei diesen beiden Kategorien auf das Mitwirken anderer Personen angewiesen und nicht völlig frei in ihrem Handeln.

- Wechselwirkungen zwischen oder Unverträglichkeiten von Arzneimitteln bedürfen einer eingehenden Aufklärung der Patient:innen sowie einer Prüfung der abgegebenen oder auf einem Rezept vermerkten Produkte. Dies führt zu einer **erhöhten Schutzfunktion** durch die distribuierenden Akteure. Von ihnen werden daher diverse Schutzvorkehrungen getroffen, die einen erhöhten Aufwand in der Warendistribution mit sich bringen.

Nur Apotheken dürfen rezeptpflichtige und/oder apothekenpflichtige Arzneimittel vertreiben. Sie besitzen damit ein Monopol. Allerdings haben sie weder Einfluss auf die Preise oder Marge, da beides gesetzlich vorgegeben ist, noch auf die Nachfrage bzw. das ärztliche Verordnungsverhalten.¹

Vor dem Hintergrund dieser Besonderheiten des Distributionsguts Arzneimittel ist der Staat in besonderem Maße aufgefordert, **für die ordnungsgemäße Warenverteilung gesetzliche Grundlagen** zu schaffen. Neben einzelbetrieblichen Interessen sind dabei vor allem übergeordnete, gesundheitspolitische Zielsetzungen zu berücksichtigen. Diese beziehen sich auf die folgenden Bereiche:

- **Versorgungssicherheit:** Die Verfügbarkeit eines benötigten Arzneimittels muss in zeitlicher, mengenmäßiger und räumlicher Hinsicht sichergestellt werden.

¹ Finanzgruppe Branchendienst der Sparkasse: Branchenreport 2023 – Apotheken.

- **Versorgungsqualität:** Die Qualität der Arzneimittelverwendung muss sichergestellt werden.
- **Arzneimittelausgaben:** Die Arzneimittelversorgung muss effizient erfolgen.

2.2. Apotheker:in als Freier Beruf

Der Apothekerberuf gehört zu den freien Berufen. Ein Freiberufler erbringt auf der Grundlage besonderer beruflicher Qualifikationen oder schöpferischer Begabung persönlich, eigenverantwortlich und fachlich unabhängig Dienstleistungen höherer Art im Interesse der Allgemeinheit. Während es bei freien Berufen also hauptsächlich um die Erbringung von Dienstleistungen geht, erbringt der Apotheker/die Apothekerin überdies eine gewerbliche Leistung. Er/sie ist demnach **nicht nur Freiberufler, sondern auch Gewerbetreibender**. Dies hat zur Konsequenz, dass viele Besonderheiten und Vorteile, die für Freie Berufe gelten, auf Apotheken nur eingeschränkt zutreffen.

So sind Apotheken im Gegensatz zu anderen Freiberufler:innen, die in der Regel kein Gewerbe anmelden müssen, sowohl Pflichtmitglied in der Apothekerkammer als auch in der Industrie- und Handelskammer und ins Handelsregister eingetragen. Dies bedingt einen erhöhten bürokratischen Aufwand für die Apotheker:innen, da sie eine **doppelte Buchführung** betreiben müssen. Aufgrund der strengen gesetzlichen Regulierung der Arzneimittelversorgung sind Apotheker:innen im Gegensatz zu anderen freien Berufen außerdem **weniger unabhängig** bspw. mit Blick auf Arbeitszeiten, Projekte und Klientel. Insbesondere unterliegen ihre Verdienstmöglichkeiten strengen gesetzlichen Regelungen, wohingegen andere Freiberufler:innen ihre Stunden-, Tages- oder Projektsätze selbst festlegen. Auch die Steuervorteile, die freien Berufsgruppen im Allgemeinen gewährt werden (steuerliche Absetzen von Geschäftsausgaben), entfallen für Apotheker:innen, da sie **steuerlich nicht als Freiberufler** geführt werden, sobald sie eine Apotheke betreiben.

Ein Aspekt, in dem sich Apotheker:innen nicht von anderen Freien Berufsgruppen unterscheiden, ist die **Vorsorge**: Sie müssen sich selbst um ihre Kranken-, Pflege- und Sozialversicherung kümmern und erhalten im Krankheitsfall oder im Urlaub keine Lohnfortzahlung.

2.3. Honorierung – Arzneimittelpreisverordnung

Der Abgabepreis von **rezeptpflichtigen** Arzneimitteln und somit das apothekerliche Honorar in diesem Bereich richten sich nach den gesetzlichen Vorgaben der **Arzneimittelpreisverordnung** (§ 3 AMPPreisV). In dieser ist die Honorierung der apothekerlichen Leistung pro abgegebenem rezeptpflichtigen Medikament auf 3 % (**Apothekenzuschlag**) des Arzneimittelseinkaufspreises zzgl. 8,35 Euro (Beratungshonorar als **Festzuschlag**) festgelegt.

Der Apothekenzuschlag stellt also die umsatzabhängige Komponente des apothekerlichen Honorars dar. Neun von zehn zulasten der GKVn abgegebenen rezeptpflichtigen

Arzneimittel kosten in der Apotheke unter 100 Euro, sodass für das Gros des Absatzes das Fixum die relevantere Einnahmequelle ist.²

Der Festzuschlag wird im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) um einen **Apothekenabschlag** reduziert. Dieser ist im Sozialgesetzbuch geregelt und „setzt voraus, dass die Rechnung des Apothekers innerhalb von zehn Tagen nach Eingang bei der Krankenkasse beglichen wird.“ (§ 130 SGB V). Seit seiner Einführung wurde der Apothekenabschlag mehrmals verändert und zeitweise erhöht. So erlegte der Gesetzgeber mit dem 2022 beschlossenen GKV-Finanzstabilisierungsgesetz den Apotheken eine auf zwei Jahre befristete Erhöhung des Abschlags von 1,77 Euro auf 2,00 Euro auf, um damit einen Beitrag zur kurzfristigen Stabilisierung der GKV-Finanzen zu leisten. Ab dem 01. Februar 2025 soll der Abschlag wieder auf 1,77 Euro sinken.

Die Apotheke erhält zudem 0,41 €, die sie an einen **Fonds** abgibt, aus dem Nachtdienste (0,21 €) und Pharmazeutische Dienstleistungen (0,20 €) finanziell unterstützt werden.

Im Bereich der verschreibungspflichtigen Arzneimittel hängt der Verdienst der Apotheke also zum einen davon ab, was – und vor allem wie viele Packungen – der Arzt/die Ärztin verschreibt. Zum anderen können Apotheken – im Gegensatz zu anderen Wirtschaftsbereichen – steigende Kosten hier nicht an ihre Kund:innen weiterreichen. Laut ABDA-Statistik resultierten im Jahr 2022 rund 84 Prozent des Umsatzes aus verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, gemessen an den Packungszahlen lag ihr Anteil bei 56,3 Prozent.³

Über allem schwebt außerdem die Gefahr von **Retaxationen**: Wenn eine Krankenkasse der Ansicht ist, dass der Apotheke ein (Form-)Fehler (z.B. Missachtung der Rabattverträge, fehlende Arztunterschrift oder Gültigkeitsüberschreitung) bei der Abgabe eines verordneten Arzneimittels unterlaufen ist, verweigert sie die Zahlung – teilweise oder sogar zu 100 Prozent. Bei sogenannten „Null-Retaxationen“ erhält die Apotheke für ein an den Patienten/die Patientin abgegebenes Arzneimittel keine Erstattung.

Apotheken erwirtschaften 84 Prozent ihres Umsatzes mit rezeptpflichtigen Arzneimitteln, höhere Margen gibt es allerdings auf Kosmetikprodukte, Nahrungsergänzungsmittel und andere freiverkäufliche Produkte aus dem Apothekensortiment. Etwa 46 Prozent aller Arzneimittelpackungen, die in Apotheken verkauft werden, sind nicht verschreibungspflichtig. Und ausgerechnet da üben nun die sehr viel günstigeren Online-Apotheken wie DocMorris oder Shop Apotheke Europe mit ihren deutlich breiteren Produktpaletten wirtschaftlichen Druck auf die Vorort-Apotheken aus.

Im Bereich der **apothekenpflichtigen**, aber nicht rezeptpflichtigen Arzneimittel sowie der **freiverkäuflichen** Medikamente kann der Apotheker zwar frei kalkulieren und hat die Chance auf höhere Margen, er steht in diesem Bereich aber neben dem Qualitäts- auch in einem Preiswettbewerb: Angesichts der preisgünstigen Konkurrenz aus dem Internet in allen Warenbereichen und der Drogeriemärkte im Bereich der freiverkäuflichen Präparate

² Finanzgruppe Branchendienst der Sparkasse: Branchenreport 2023 – Apotheken.

³ ABDA: Die Apotheke – Zahlen, Daten, Fakten 2023.

ist der Spielraum der Apotheken für preispolitische Maßnahmen begrenzt.⁴ Zudem können große Online-Anbieter wie DocMorris oder Shop Apotheke Europe hier häufig eine deutlich breitere Produktpalette anbieten.⁵

2.4. Weitere Gesetze im Überblick

Die Arzneimittelpreisverordnung ist nur eines von zahlreichen Gesetzen und Verordnungen, welche die Arzneimitteldistribution regeln. Die Berufsausübung des Apothekers/der Apothekerin unterliegt vielfältigen rechtlichen Regelungen. Diese umfassen alle Wertschöpfungsbereiche. Sie betreffen die Apothekenführung, die wirtschaftliche Seite sowie ethische und sozialpolitische Aspekte. Diese werden nicht zuletzt deshalb hier aufgeführt, da sie zu erheblichen Kosten führen, wenn sie gesetzestreu umgesetzt werden.

Regelungen, die das Führen von Apotheken nachhaltig beeinflussen sind unter anderem im Arzneimittelgesetz (AMG), dem Sozialgesetzbuch V (SGB V), der bereits dargestellten Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV), dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG), dem Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen und dem Heilmittelwerbegesetz (HWG) etc. festgeschrieben. Sie alle sind mit (teilweise massiven) Einschränkungen bei Preis-, Konditionen-, Kommunikations- und Produktpolitik verbunden.⁶

Im Folgenden werden die wichtigsten Gesetze und Auflagen mit ihren (un-)mittelbaren Konsequenzen für die Apotheken näher erläutert. (Ein Überblick in tabellarischer Form findet sich im Anhang 11.1.) Vorweg ist zu erwähnen, dass im Laufe der Zeit zahlreiche Änderungen und Anpassungen von Gesetzen und Auflagen vorgenommen wurden. Betrachtet man den Zeitraum seit 2004 sind zahlreiche **Reformen** erfolgt, die in erster Linie kostendämpfenden Charakter für den Staat hatten und die entweder direkten oder indirekten Einfluss auf die Kosten- und Ertragssituation der Apotheker:innen genommen haben. Mit direkten Einflüssen sind Gesetze gemeint, die sich unmittelbar an die Apotheker richten und sie betreffen. Mit indirekten Einflüssen sind alle gesetzlichen Vorgaben gemeint, die andere Leistungserbringer betreffen, aber deren Konsequenzen auch oder gerade Auswirkungen auf die Apotheken haben.

Grundlage der Berufsausübung sind das Apothekengesetz bzw. die Apothekenbetriebsordnung.

Das **Gesetz über das Apothekenwesen** (ApoG) regelt die Grundlagen des Betriebs von Apotheken in Deutschland. Es legt unter anderem fest, dass die Erlaubnis, eine Apotheke zu betreiben, nur einem approbierten Apotheker erteilt werden kann, ein fachfremder Unternehmer darf keine Apotheke besitzen (**Fremdbesitzverbot**). Das Prinzip des Fremdbesitzverbots betont die persönliche Verantwortung des Apothekers/der

⁴ <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2022/11/09/wo-sparen-apotheken-in-der-krise>

⁵ FAZ, 19.06.23: Von protestierenden Apothekern und schwindenden Chancen, online: <https://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/schneller-schlau/apotheken-durch-online-anbieter-und-lieferengpaeesse-unter-druck-18967401.html>, Zugriff: 19.03.24.

⁶ Finanzgruppe Branchendienst der Sparkasse: Branchenreport 2023 – Apotheken.

Apothekerin und stellt sicher, dass dieser/diese mit seinem/ihrem gesamten Vermögen haftet. Es entkoppelt somit die Arzneimittelversorgung von ausschließlich an Gewinnmaximierung orientierten Vorgaben Dritter, wie z.B. Kapitalgesellschaften. In seinem Urteil vom 19. Mai 2009 hat der Europäische Gerichtshof in Luxemburg bestätigt, dass das Fremdbesitzverbot in Deutschland ein zulässiges und wirksames Instrument des Verbraucherschutzes ist.

Eng mit dem Fremdbesitzverbot verbunden ist das Prinzip des **Mehrbesitzverbotes**. Es verhindert, dass Apotheker beliebig viele Betriebe unterhalten und Ketten entstehen können, in denen die unmittelbare persönliche Verantwortung des Inhabers für die Versorgung der Patient:innen nicht mehr gegeben ist. Seit Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) zum 1. Januar 2004 dürfen die Apothekeninhaber:innen in Deutschland neben ihrer Hauptapotheke bis zu drei weitere öffentliche Apotheken (sog. Filialapotheken) betreiben (eingeschränkter Mehrbesitz), die jedoch in räumlicher Nähe zueinander liegen müssen.

Die **Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO)** regelt detailliert die konkreten Anforderungen an die Räumlichkeiten und die Ausstattung der Apotheke sowie an den Apothekenleiter/die Apothekenleiterin, das Personal und deren Tätigkeiten.⁷ Im Jahr 2012 wurde eine **Novelle** der Apothekenbetriebsordnung verabschiedet, die nochmals zahlreiche Änderungen für den Arbeitsalltag in den Apotheken nach sich zog und die (bürokratischen) Belastungen für die Apotheken spürbar erhöhte. (Eine Zusammenstellung ausgewählter konkreter Regelungen gemäß ApBetrO findet sich im Anhang 11.2.) Im Wesentlichen wurden mit dem Erlass der Novelle zwei Ziele verfolgt: zum einen die Verbesserung der Arzneimittelsicherheit, insbesondere bei der Arzneimittelherstellung (Rezeptur und Defektur) und bei der Information und Beratung, zum anderen die Verbesserung der Versorgung durch die Apotheke. Unter anderem wurden die Apotheken daher verpflichtet, ein Qualitätsmanagementsystem und einen Hygieneplan einzuführen, Beratungen wurden zur obligatorischen Pflicht.⁸ Zusätzliche Belastungen brachten unter anderem die gesteigerten Anforderungen an die Prüfung und Herstellung von Arzneimitteln und die erweiterten Dokumentationspflichten im Rahmen der Herstellung von Rezeptur- und Defektur Arzneimitteln mit sich.

Ein essenzieller Bestandteil der Apothekenbetriebsordnung ist die Regelung der **Sortimentsgestaltung**. Das Apothekensortiment ist eindeutig definiert und lässt sich grob einteilen in apothekenpflichtige, rezeptpflichtige Arzneimittel (Rx), apothekenpflichtige, nicht rezeptpflichtige Arzneimittel (OTC) und das freiverkäufliche Ergänzungssortiment. Die beiden erstgenannten Sortimentskategorien erhält der Patient nur in Apotheken. Die Novelle der Apothekenbetriebsordnung listet die Warengruppen des freiverkäuflichen Ergänzungssortiments genau auf.

⁷ DeutschesApothekenPortal, online: www.deutschesapothekenportal.de/medien/dap-lexikon/apothekenbetriebsordnung-apbetro, Zugriff: 27.06.23.

⁸ DAZ/AZ 20/2012: Neue ApBetrO kann zum 1. Juni in Kraft treten, online: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2012/az-20-2012/neue-apbetro-kann-zum-1-juni-in-kraft-treten>, Zugriff: 18.03.24.

Auch der **Notdienst** ist in der Apothekenbetriebsordnung geregelt: Apotheken haben die Pflicht zur umfassenden Dienstbereitschaft rund um die Uhr und an Sonn- und Feiertagen. Vor diesem Hintergrund sind jede Nacht 1.200 der rund 18.000 Apotheken wechselnd im Dienst, damit der Bevölkerung in akzeptabler Entfernung eine dienstbereite Apotheke zur Verfügung steht. 430.000 Nacht- und Notdienste kommen so jährlich zusammen.⁹ Angesichts der steigenden Zahl von Apothekenschließungen steigt die Belastung durch die zu leistenden Nacht- und Notdienste für die verbliebenen Apotheken. Dabei muss stets ein Apotheker/ eine Apothekerin anwesend sein, sodass dieser/diese die Dienste nicht selten zusätzlich zur regulären Arbeitszeit übernimmt. Insbesondere in Regionen mit geringer Apothekendichte belasten die Notdienste die einzelnen Apotheken stark, die Unterschiede zwischen Stadt und Land bzgl. der Zahl geleisteter Notdienste ist beachtlich. Ein Beispiel aus dem Freistaat Bayern belegt dies eindrucksvoll: Eine Apotheke im städtischen München hat 14 Mal Notdienst pro Jahr, im ländlicheren Rothenburg dagegen über 70 Mal.¹⁰ Verschärft wird die Lage durch den anhaltenden Fachkräftemangel.

Nacht- und Notdienste im Jahr 2022	430.000
davon Volldienste (20:00 Uhr bis 6:00 Uhr)	390.000
davon Teildienste	40.000
geöffnete Apotheken pro Nacht- und Notdienst	1.200
versorgte Patient:innen pro Nacht- und Notdienst	20.000

Tabelle 1: Nacht- und Notdienste von Apotheken im Jahr 2022¹¹

Seit dem 01.01.2020 beträgt der Festzuschlag zur Förderung des Nacht- und Notdienstes der Apotheken 21 Cent pro abgegebener Packung verschreibungspflichtiger Arzneimittel. Diese wird in voller Höhe in den beim Deutschen Apothekerverband angesiedelten Nacht- und Notdienstfonds eingezahlt. Aus diesem Topf werden später – quartalsweise – die geleisteten Nacht- und Notdienste der Apotheken vergütet.

Zum 01. Januar 2011 trat das **Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes** (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz – AMNOG) mit dem Ziel in Kraft, den Anstieg der Arzneimittelausgaben der GKV einzudämmen. Apotheken sind vor allem durch die Erhöhung des Zwangsrabattes an die gesetzliche Krankenversicherung, die geänderte Packungsgrößenverordnung (größere Einheiten) sowie mittelbar durch die Beschränkung der Großhandelsmarge betroffen. So führten die Honorierungskürzungen gegenüber dem Großhandel dazu, dass die bis dahin gewährten Rabatte an die Apotheken durch die Großhändler gekürzt werden mussten, um selbst rentabel wirtschaften zu können. Die Apotheker rechneten lange Jahre mit den Rabatten des Großhandels, so dass deren Kürzung sie wirtschaftlich stark traf. Nach einem jahrelangen Streit darüber, welche Skonti

⁹ ABDA: Die Apotheke – Zahlen, Daten, Fakten, 2023.

¹⁰ ABDA: Die Apotheke – Zahlen, Daten, Fakten, 2023.

¹¹ ABDA: Die Apotheke – Zahlen, Daten, Fakten, 2023.

Apotheken bei Arzneimitteln gewährt werden dürfen, entschied schließlich der Bundesgerichtshof (BGH) im Februar 2024, dass Großhändler bei Rx-Arzneimitteln keine Skonti anbieten dürfen, die über die Spanne von 3,15 Prozent gehen. Damit entfällt dieser letzte Einkaufsvorteil für die Apotheken.^{12 13}

Diverse Veränderungen für die Apotheken brachte das im Jahre 2004 erlassene **Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG)** mit sich: Die Abgabe von Re- bzw. Parallelimporten wurde verpflichtend, wenn diese mindestens 15 % oder 15 Euro billiger sind als das Originalpräparat. Mindestens 5 % des Arzneimittelumsatzes der Apotheke müssen durch Importe erzielt werden. Dazu wurden nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel aus der Erstattungspflicht der Gesetzlichen Krankenkassen ausgeschlossen und bei diesen ausgeschlossenen Arzneimitteln die Kalkulation der Preise freigegeben. Zudem wurde erstmals die Option des **Versandhandels** mit Arzneimitteln – unter den Auflagen einer traditionellen Apotheke – eingeräumt sowie die Option einer begrenzten Filialisierung geboten (bis zu drei Filialen). Schließlich gab es mit dem GMG einen **Paradigmenwechsel in der Arzneimittelpreisverordnung** für verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel.

Am 01. April 2007 trat das **GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz** (GKV-WSG) in Kraft und sorgte für die „Scharfstellung“ der **Rabattverträge** und ihre Ausgestaltung in der Form, wie man sie heute kennt: Ein Pharmahersteller sagt einer Krankenkasse zu, dass er für ein Medikament einen Rabatt auf den bundesweit einheitlichen Apothekenverkaufspreis gewährt. Im Gegenzug sagt die Krankenkasse dem Hersteller zu, dass alle ihre Versicherten im Normalfall künftig nur dessen Präparate erhalten. Hat der Arzt einen Wirkstoff verordnet oder die Ersetzung des verordneten Arzneimittels zumindest nicht ausdrücklich ausgeschlossen (Aut-idem-Regelung), ist der Apotheker verpflichtet, das von der jeweiligen Kasse vorgesehene rabattierte (und somit preisgünstigste) Arzneimittel abzugeben. Verhandelt werden die Rabattverträge somit an den Apotheken vorbei zwischen Krankenkassen und Arzneimittelherstellern, ihre Exekutierung obliegt aber den Apotheken. (Die Idee eines Initiativrechts der Apotheken, eigene Rabattverträge mit pharmazeutischen Unternehmen zu schließen war im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens fallen gelassen worden.)¹⁴ Insgesamt haben die Rabattverträge den Aufwand rund um die Rezeptbelieferung in Apotheken deutlich erhöht und gleichzeitig den abrechenbaren Preis reduziert. Für die Krankenkassen dagegen bedeutet die Umsetzung der Verträge durch die Apotheken Einsparungen in Milliardenhöhe.

¹² Apotheke Adhoc, 08.02.24: BGH verbietet Skonto auf Rx, online: <https://www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/detail/apothekenpraxis/bgh-verbietet-skonto-auf-rx>, Zugriff: 26.02.24

¹³ DAZ, 08.02.24: BGH kippt Skonti bei Rx-Arzneimitteln, online: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2024/02/08/bgh-keine-skonti-ueber-3-15-prozent-bei-rx-arzneimitteln>, Zugriff: 06.03.24.

¹⁴ DAZ, 03.04.17: 10 Jahre Rabattverträge – von den Anfängen bis heute, online: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2017/04/03/10-jahre-rabattvertraege-von-den-anfaengen-bis-heute/chapter:3>, Zugriff: 04.03.24.

3. GUTACHTEN „ERMITTLUNG UND ERFORDERLICHKEIT DES AUSMAßES VON ÄNDERUNGEN DER IN DER ARZNEIMITTELPREISVERORDNUNG GEREGLTEN PREISE“ VON 2HM

Im Jahre 2017 beauftragte das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie die Agentur 2HM mit der Erstellung des Gutachtens „Ermittlung und Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung geregelten Preise“. In dem Gutachten kamen die Berater:innen unter anderem zu der Schlussfolgerung, dass Apotheken auch dann noch kostendeckend funktionieren würden, wenn sie durchschnittlich 40.000 Euro weniger Honorar erhielten.¹⁵ Konkret schlugen die Gutachter:innen unter anderem vor, die prozentuale Spanne für die Apotheken von 3 auf 5 Prozent zu erhöhen, den Fixzuschlag dagegen von 8,35 Euro auf 5,84 Euro zu reduzieren.¹⁶ Die Kompensation möglicher Einbußen könne durch Verteuerungen im Bereich der OTC-Arzneimittel erfolgen. Für wirtschaftlich gefährdete Apotheken schlugen die Gutachter einen Strukturfonds vor. Der Versandhandel solle die Bevölkerung in der Fläche und auf dem Land mit Arzneimitteln versorgen. Im Zwischenfazit schreiben die Gutachter:innen, dass durch ihre Preissystematik im Kern die Leistung der klassischen Apotheke durch eine leistungsorientierte Vergütung gestärkt werde.

Allerdings solle laut Gutachten die gesetzliche und private Krankenversicherung deutliche Einsparungen erhalten: 1,24 Milliarden Euro soll durch die Umstellung abgeschöpft werden. 250 Millionen Euro sollen bei Sterilrezepturen eingespart werden, 780 Millionen Euro bei den „übrigen“ Apotheken. Der Großhandel soll mit 210 Millionen Euro weniger honoriert werden als bislang. Weiter schlägt das Gutachten vor, die Belieferungsfrequenz des Großhandels sowie einen „Beitrag der OTC an der Finanzierung des Nacht- und Notdienstes“ zu untersuchen. Die aus der Umstellung resultierende Reduktion der Vergütung „kann und sollte von Apotheken, Großhandel und pharmazeutischer Industrie innerhalb ihrer aktuellen Rabattspielräume ausgeglichen werden, damit auch in den Bereichen ohne Preisbindung, das heißt OTC und Freiwahl, kostendeckend gearbeitet wird“. ^{17 18}

Die Methodik des Gutachtens weist allerdings diverse Mängel auf. Mehrere Experten wiesen auf diese hin und entkräfteten damit das Gutachten und dessen Belastbarkeit. Anzuführen sind dabei insbesondere die kritischen Stellungnahmen von Dr. Heinz-Uwe Dettling (Jurist und Rechtsanwalt), von Dr. Thomas Müller-Bohn (DAZ-Redakteur und Apothekenwirtschaftsexperte) sowie von Uwe Hüsken (Dipl.-Mathematiker und ehemaliger Geschäftsführer des Apothekerverbands Nordrhein e.V.). Während sich

¹⁵ DAZ, 11.07.18: Honorargutachten – Was sagt 2HM zu den Rechenfehlern?, online: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2018/07/11/was-sagt-2hm-zu-den-rechenfehlern>, Zugriff: 05.03.24.

¹⁶ Apotheke Adhoc, 21.12.17: Das Gutachten ist da, online: <https://www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/detail/apothekenpraxis/das-gutachten-ist-da-apothekenhonorar/>, Zugriff: 05.03.24.

¹⁷ 2HM: Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) geregelten Preise, 2018.

¹⁸ DAZ, 11.07.18, online: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2018/07/11/was-sagt-2hm-zu-den-rechenfehlern>, Zugriff: 05.03.24.

Dettling insbesondere unter juristischen Gesichtspunkten mit dem Gutachten auseinandersetzt, warf Müller-Bohn Fragen zur methodischen Vorgehensweise auf und schlug alternative Berechnungen vor. Hüsgen ergänzte die bestehende Kritik, indem er Beweise für Rechenfehler, für die Verwendung von falschen Bezugsgrößen und für widersprüchliche Zahlen im Gutachten lieferte.

Die von den Autoren geäußerte Kritik an dem im Jahr 2017 erstellten Gutachten von 2HM bezieht sich auf unterschiedliche betriebswirtschaftliche Sachverhalte. Diese werden im Folgenden in Kürze dargestellt:

- In juristischer Hinsicht beschreibt Dettling, dass im Gutachten von Grundannahmen ausgegangen wird, die rechtlich nicht haltbar sind und zu einer Scheingenauigkeit führen. Erforderlich sei eine Interessenabwägung zwischen den berechtigten Interessen der Arzneimittelverbraucher, der Tierärzte, der Apotheker und des Großhandels, wobei die Sicherstellung der Versorgung das zentrale Element der Abwägung darstelle.
- In ökonomischer Hinsicht haben sich insbesondere Müller-Bohn, Hüsgen und Diener mit dem 2HM-Gutachten auseinandergesetzt.
- Hüsgen belegt, dass die für den vollversorgenden pharmazeutischen Großhandel vorzunehmenden Berechnungen maßgeblichen Einfluss auf die Vergütung der Apotheken haben (da diese in der Wertschöpfungsketten nach dem Großhandel kommen und von daher dessen betriebswirtschaftliches Überleben zugleich die Sicherung des Fortbestands von Apotheken signifikant beeinflusst) und fokussiert sich in seiner Kritik in erster Linie darauf, dass die für den Großhandel vorgenommene Berechnung nicht zutreffend ist. Dies bezieht sich z.B. auf Fragen der im Gutachten zugrunde gelegten Datenbasis, des fehlenden identischen Berechnungsjahres unterschiedlicher Bezugsgrößen, des Tatbestands, ob ein Großhandelsunternehmen Mitglied im entsprechenden Bundesverband PHAGRO ist oder eben nicht und dementsprechend Einzug in die Statistik erhielt oder gerade nicht u.v.m. Seine Kritik greift auf, dass eine Fehlberechnung beim Großhandel folgerichtig eine Fehlberechnung bei den Apotheken nach sich ziehen muss. Hüsgen hat sich auch insbesondere den sog. Hochpreiskern – also Arzneimitteln mit besonders hohem Wert – in Apotheken zugewandt und für diese eine Gegenrechnung zum Gutachten vorgenommen, die zu wahrnehmbar anderen Ergebnissen als das Gutachten kommt und demnach sämtliche Berechnungen aus dem Gutachten in Frage stellt.
- Müller-Bohn indes bezieht seine Kritik auf die zugrunde gelegten Kostenpositionen in Apotheken und vermisst bspw. neben dem kalkulatorischen Unternehmerlohn, der in den Berechnungen des 2HM-Gutachtens Berücksichtigung fand, wie in jedem Betriebsvergleich üblich die kalkulatorische Miete für Apotheken, so sie in eigenen Räumen wirtschaften und die kalkulatorische Eigenkapitalverzinsung für Apotheken, die Eigen- statt Fremdkapital für die Finanzierung der Apotheke nutzen. Da diese

nicht in die Berechnungen eingingen, sind die Gesamtkosten als zu niedrig einzustufen.

- Diener bemängelt darüber hinaus, dass bei Ausweisung der Apothekenumsätze auch apothekenfremde Umsätze einberechnet wurden (z.B. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung oder Erlöse aus Kapitalvermögen) und auf der anderen Seite bestätigt er den Befund von Müller-Bohn hinsichtlich der fehlenden Berücksichtigung von kalkulatorischen Kostenarten, sodass er in seinem ökonomischen Fazit von einerseits überschätzten Umsätzen und andererseits unterschätzten Kosten im 2HM-Gutachten ausgeht.
- Ein weiterer Kritikpunkt bei Diener ist, dass auch Apothekenverbünde, also eine Hauptapotheke mit Filialen, einbezogen werden, was aber eine betriebsstättenspezifische Betrachtung negiert. Auch fehlen für eine betriebswirtschaftliche Betrachtung wichtige steuerliche Abzugsmöglichkeiten wie Abschreibungen und Fremdkapitalzinsen gänzlich.
- Diener erweitert den Kritikpunkt von Müller-Bohn beim kalkulatorischen Unternehmerlohn, indem er in Frage stellt, ob der Vergleich zu Krankenhausapothekern gerechtfertigt ist, deren Einkommen als Referenzwert herangezogen werden. Zudem ist der dann zum Ansatz kommende Wert unterzeichnet, da hier von einem Tarifgehalt ausgegangen wird, aber keine übertariflichen Zulagen Eingang fanden. Auch die betriebliche Altersversorgung fehlt und das unternehmerische Risiko des Offizinapothekers wird nicht gewürdigt.

Es ließen sich aus den jeweiligen Gegenstellungnahmen eine Reihe weiterer Detailpunkte aufzeigen, die allesamt den Vorwurf einer falschen, verzerrten Situationsbeschreibung, einer fehlenden Berücksichtigung des gesellschaftlichen Auftrags der Apotheken und einer falschen Berechnungsweise im 2HM-Gutachten stützen. Allen Autoren ist gemein, dass sie die zugrunde gelegten Annahmen teilweise bezweifeln und dass die auf dieser Grundlage vorgenommenen Berechnungen aus ihrer Sicht in vielfacher Hinsicht fehlerhaft sind.

Das 2HM-Gutachten schlug auf der Grundlage der darin dargelegten Recherchen und Berechnungen vor, die Apothekenhonorierung auf 5,84 € zzgl. 5% auf den Herstellerabgabepreis zu verändern. Das nunmehr seit 7 Jahre bestehende Gutachten fand zu keinem Zeitpunkt Einzug in die Apothekenhonorierung. Die darin vorgenommenen Berechnungen wurden von namhaften Kritikern widerlegt und diverse Schwachstellen aufgezeigt. **Die ursprünglich im Jahr 2004 festgelegten 8,10 € und nicht die im 2HM-Gutachten vorgeschlagenen 5,84 € bilden damit nach wie vor den Ausgangspunkt für die Frage der Honoraranpassung für Apotheken.**

4. ALLGEMEINE KOSTENENTWICKLUNG / INFLATION

4.1. Inflation/höhere Einkaufspreise

Als Inflation wird in einem Wirtschaftssystem der anhaltende Prozess der Geldentwertung verstanden, der sich durch allgemeine Preiserhöhungen bemerkbar macht. Mit einer vorher definierten Geldeinheit kann mit zunehmender Inflation weniger gekauft werden als zuvor. Damit vermindert sich die Kaufkraft des Geldes. Ausnahmen hiervon bilden einmalige, vorübergehende durch ungewöhnliche Vorkommnisse verursachte Preisniveauerhöhungen sowie Preissteigerungen, die sich nur auf bestimmte Güter oder ausgewählte Produktionsfaktoren beziehen.

Gemessen wird die Inflation am Anstieg eines allgemeinen Preisniveaus, welches z.B. durch einen Preisindex für die Lebenshaltung oder einen Verbraucherpreisindex repräsentiert wird. Aus dem An- oder Abstieg des Preisindex wird die sog. Inflationsrate berechnet.

In der volkswirtschaftlichen Theorie sind für das Ansteigen der Inflationsrate diverse Parameter verantwortlich. Dabei ist zu beachten, dass für ein Anwachsen oder Absinken der Rate nicht jeweils alle Voraussetzungen erfüllt sein müssen und echte Gewichtungsunterschiede zwischen den Parametern gegeben sein können. Neben der Geldmenge einer Volkswirtschaft ist vor allem das Verhältnis aus Güternachfrage und Güterangebot maßgeblicher Treiber einer Inflation. Die aus großer Nachfrage bei nicht annähernd hohem Angebot entstehende Versorgungslücke hat steigende Preise aufgrund der Verknappung zur Folge (Preis-Absatz-Funktion). Höhere Mieten, höhere Löhne und Gehälter sind z.B. die Folge. Die daraus resultierenden höheren Einkommen befeuern die Nachfrage nach knappen Gütern, was wiederum die Schere aus Angebot und Nachfrage vergrößert. Auf der anderen Seite steigen die Kosten bei Unternehmen durch höhere Löhne, höhere Materialkosten, höhere Mieten usw. Die Folge daraus ist bspw. die sog. Lohn-Preis-Spirale. Entweder führt dies zu weiteren Güterkäufen oder zur sog. „Flucht in Sachwerte“, weil Menschen weitere Kaufkraftverluste befürchten. Daraus folgt die dauerhafte Selbstverstärkungstendenz einer Inflation. Zur Erklärung des Sachverhaltes werden diverse Inflationsarten unterschieden (schleichende Inflation, trabende Inflation, galoppierende Inflation und Hyperinflation) gemäß der jeweils anzutreffenden Geschwindigkeit der Geldentwertung.

Bei der in Tabelle 2 gezeigten Inflation ab 1991 in Deutschland mit dem Basisjahr 2020 ist zu sehen, dass die Veränderungsraten ab 1995 unter 2,0 Prozent liegen, dem Wert, der seitens des Rats der Europäischen Zentralbank (EZB) als typische Höhe der Geldentwertung pro Jahr angesehen wird.¹⁹ Moderate Ausnahmen ergaben sich in den beiden Krisenjahren in 2007 und 2008 (Weltwirtschaftskrise) mit jeweils etwas über 2 Prozent. Der exogene Schock der Corona-Pandemie mit mitunter irrationalen Hamsterkäufen der Endverbraucher in einzelnen Warengruppen führte zu einem Anstieg

¹⁹ Nach Auffassung des EZB-Rats kann Preisstabilität am besten gewährleistet werden, wenn mittelfristig ein Inflationsziel von 2 % angestrebt wird. Dieses Ziel ist symmetrisch, d. h. negative Abweichungen von diesem Zielwert sind ebenso unerwünscht wie positive. Wenn die nominalen Zinssätze in einer Volkswirtschaft in der Nähe ihrer effektiven Untergrenze liegen, sind besonders kraftvolle oder lang anhaltende geldpolitische Maßnahmen nötig, um zu verhindern, dass sich negative Abweichungen vom Inflationsziel verfestigen. Dies geht unter Umständen damit einher, dass die Inflation vorübergehend leicht über dem Zielwert liegt.

(Europäische Zentralbank, Pressemitteilung vom 08.07.21, online:

<https://www.ecb.europa.eu/press/pr/date/2021/html/ecb.pr210708~dc78cc4b0d.de.html>, Zugriff: 05.03.24.)

der Inflationsrate mit 3,1 % deutlich über den ansonsten gewohnten Raten. Danach ergaben sich mit Beginn des Russland-Ukraine-Kriegs ab Februar 2022, den daraus resultierenden Lieferengpässen und danach im Oktober 2023 dem eskalierenden Nahostkonflikt deutliche höhere Inflationswerte (vgl. auch Abbildung 1).

Jahr	Verbraucherpreisindex 2020 = 100	Veränderung zum Vorjahr
2004	80,2	1,6%
2005	81,5	1,6%
2006	82,8	1,6%
2007	84,7	2,3%
2008	86,9	2,6%
2009	87,2	0,3%
2010	88,1	1,0%
2011	90,0	2,2%
2012	91,7	1,9%
2013	93,1	1,5%
2014	94,0	1,0%
2015	94,5	0,5%
2016	95,0	0,5%
2017	96,4	1,5%
2018	98,1	1,8%
2019	99,5	1,4%
2020	100,0	0,5%
2021	103,1	3,1%
2022	110,2	6,9%
2023	116,7	5,9%

Tabelle 2: Verbraucherpreisindex: Deutschland, Jahre²⁰

²⁰ Statistisches Bundesamt (Destatis), Stand: 14.02.2024

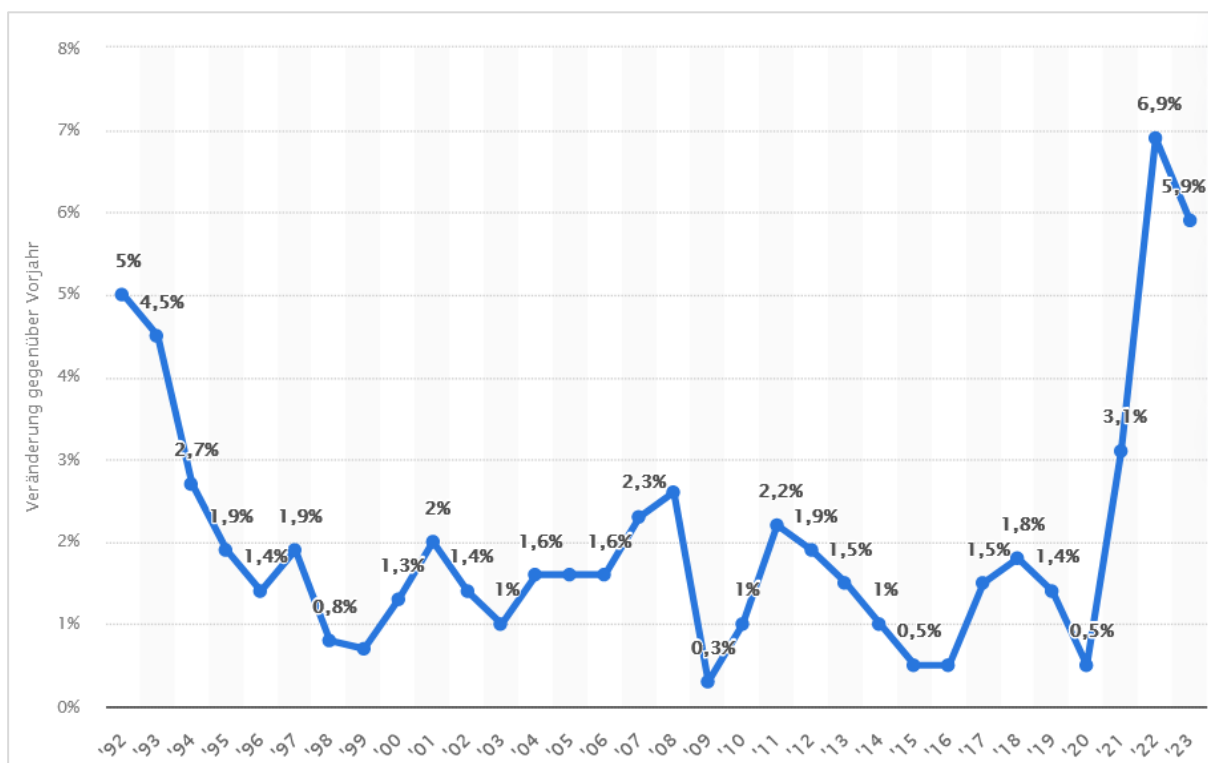


Abbildung 1: Inflationsrate in Deutschland von 1992 bis 2023
(Veränderung des Verbraucherpreisindex gegenüber Vorjahr)²¹

Die Werte zwischen 1991 und 2020 können mit Ausnahme der Jahre 2007 und 2008 als schleichende Inflation im üblichen Korridor interpretiert werden. Zufällige Sonderfälle tangieren das Apothekenwesen in dieser Zeit nicht. Ab 2021 entwickelte sich die Inflationsrate eher sprunghaft, je nach Interpretation noch immer nicht trabend (ab 10 – 20 %) oder gerade schon trabend (ab 5 %). Von einer galoppierenden Inflation (ab 20 %) oder gar einer Hyperinflation (ab 50 %) war und ist Deutschland weit entfernt.

Da sich die Werte auf den Verbraucherpreisindex beziehen, kann davon ausgegangen werden, dass keine Sondereffekte wie oben beschrieben zu berücksichtigen sind. Der Verbraucherpreisindex für Deutschland ist ein Preisindex der durchschnittlichen prozentualen Veränderung des Preisniveaus bestimmter Waren und Dienstleistungen, die von privaten Haushalten für Konsumzwecke gekauft werden. Damit fügt sich dies in die Logik des Abverkaufs von Arzneimitteln an Endverbraucherinnen und Endverbraucher. In Abbildung 2 zeigt sich das Zustandekommen des Verbraucherpreisindexes aktuell und die Gewichtungen, mit denen einzelne Teile zu dessen Berechnung beitragen.

²¹ Statistisches Bundesamt (Destatis), Stand: 14.02.2024.

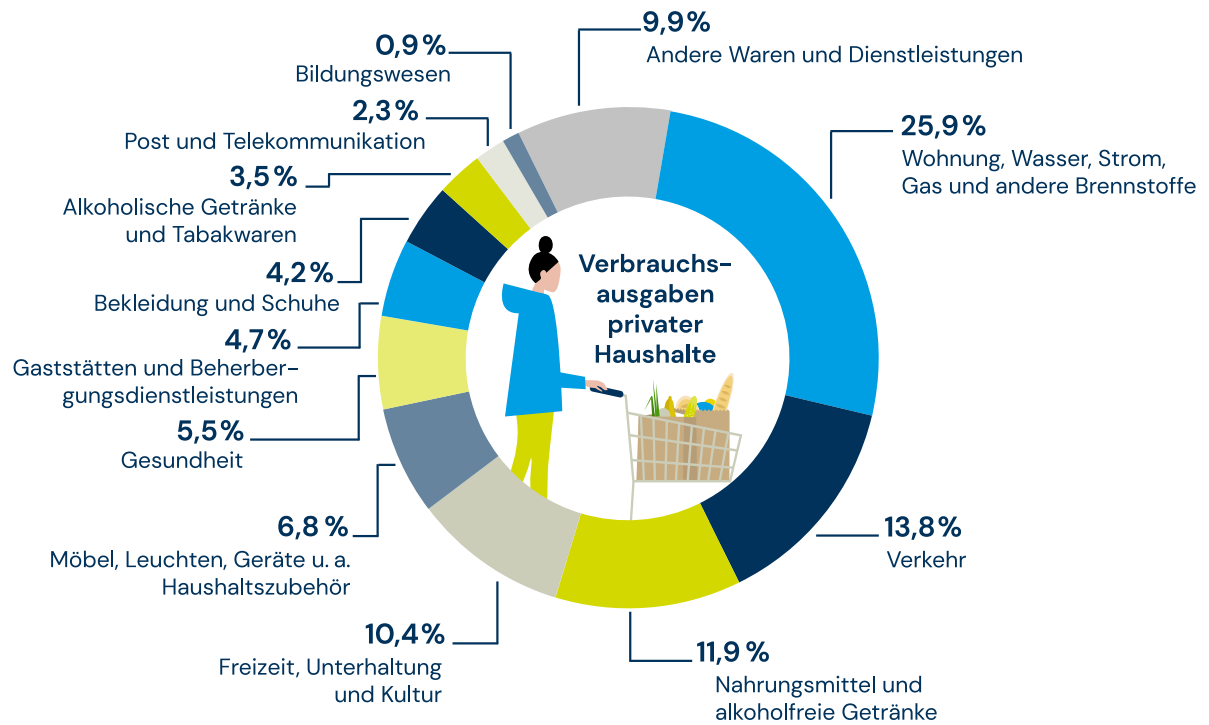


Abbildung 2: Gewichtung im Verbraucherpreisindex²²

Aus der oben beschriebenen Systematik lässt sich ableiten, dass sich gemäß der Inflationsrate auch Löhne und Gehälter und Mieten diesem Niveau anpassen.

Nachfolgend zeigen sich zum einen die Entwicklung der Einzelhandelsmieten und zum anderen die Lohnentwicklung generell.

²² Statistisches Bundesamt 2023, Grafik: www.tecis.de/news/warum-ist-die-inflation-gerade-so-hoch-.html, Zugriff: 08.01.24.

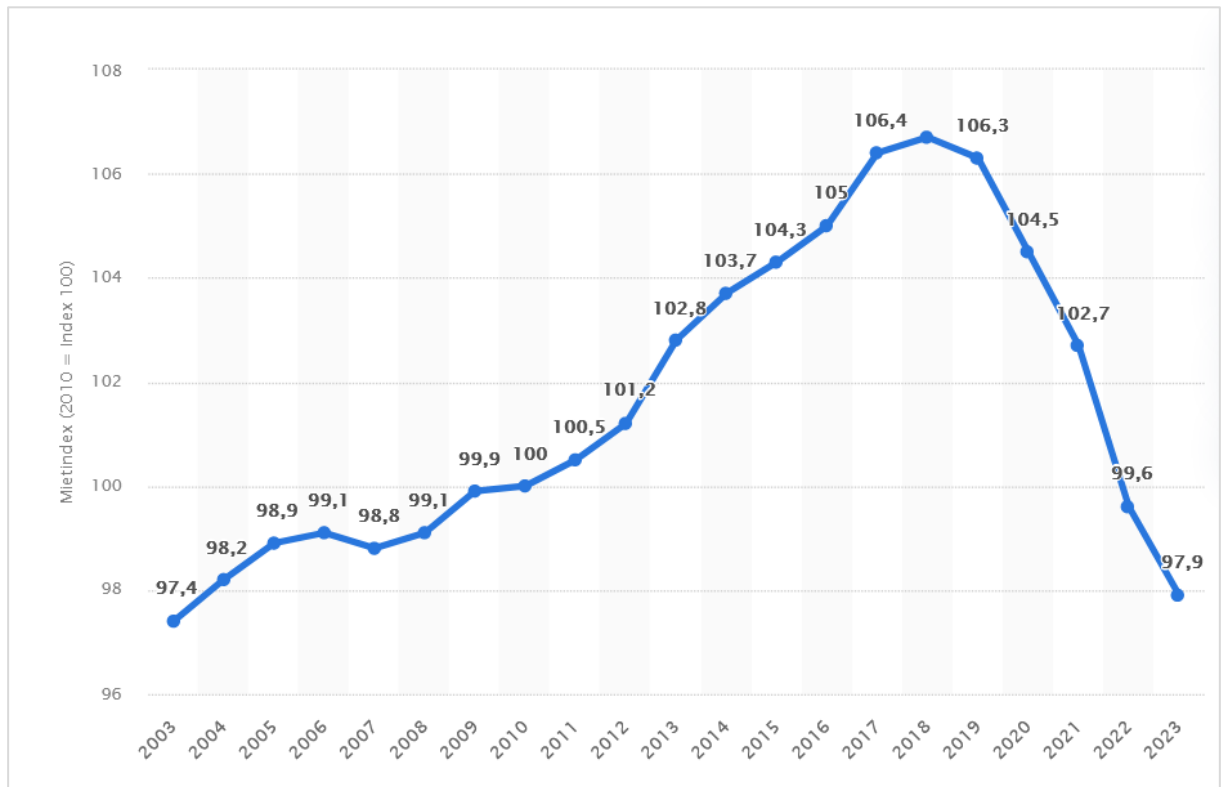


Abbildung 3: Mietindex für Einzelhandelsimmobilien in Deutschland bis 2023 | 2010 = Index 100²³

²³ Datenquelle: vdp – Die deutschen Pfandbriefmarken, veröffentlicht von Statista Research Department, 12.02.2024.

Hinweis: Diese Statistik zeigt die Entwicklung der Neuvertragsmieten für Einzelhandelsimmobilien in Deutschland in den Jahren von 2003 bis 2023. Ausgehend vom Jahr 2010 (Indexwert = 100) lag der Mietindex für Einzelhandelsimmobilien in Deutschland im Jahr 2023 bei etwa 97,9 Punkten. Abgebildet wird der vdp-Mietindex für Einzelhandelsimmobilien (bezogen auf die Neuvertragsmieten). In der vdp-Transaktionsdatenbank werden auf der Ebene einzelner Immobilien neben Kaufpreisen und Mieten Angaben zu den wertbeeinflussenden Eigenschaften systematisch erfasst. Auf der Grundlage dieses Datenpools werden Immobilienpreisindizes erzeugt, die die reine Preisbewegung auf dem Immobilienmarkt wiedergeben. Auf Grund der viel beschriebenen Heterogenität von Immobilien kommen hierbei hedonische Verfahren zur Anwendung. Diese Verfahren dienen dazu, die Qualitätsunterschiede der in der Datenbank enthaltenen Einzelobjekte herauszufiltern und die reine Preisentwicklung zu messen.

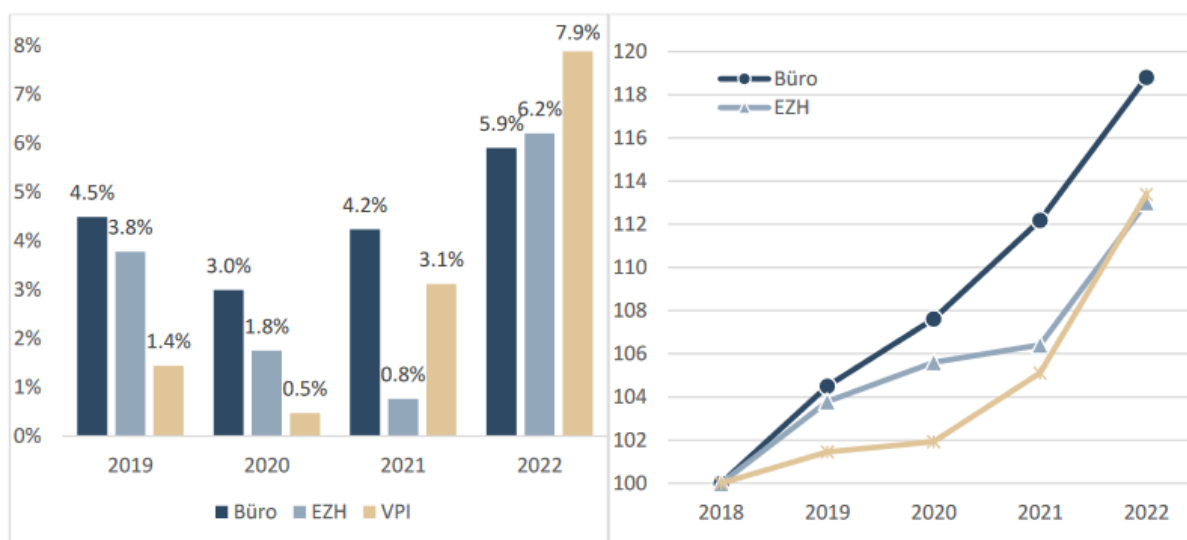


Abbildung 4: Qualitätsbereinigte gesamtwirtschaftliche Mietpreisentwicklung auf Jahresbasis²⁴

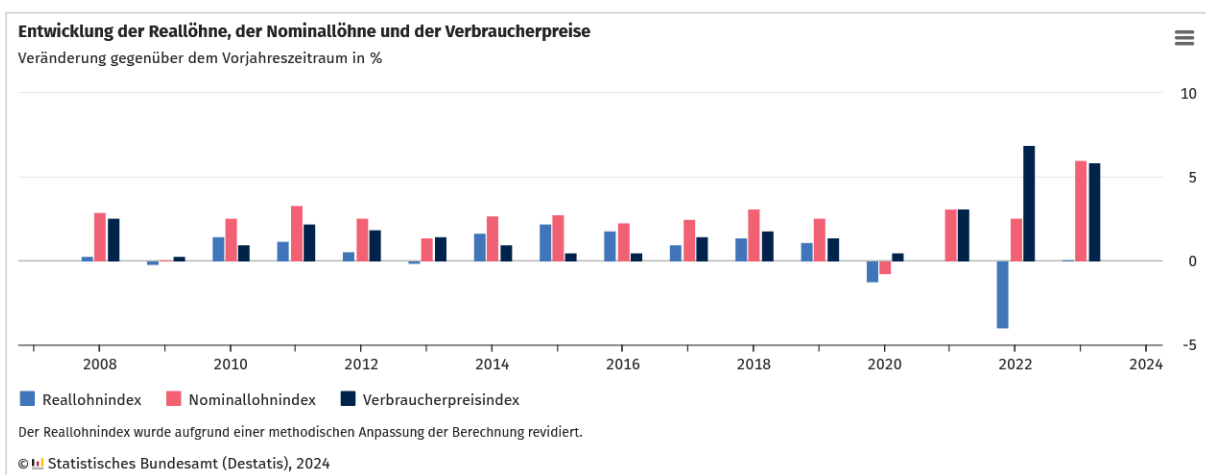


Abbildung 5: Entwicklung der Reallöhne, der Nominallöhne und der Verbraucherpreise 2008 bis 2024, Veränderung gegenüber dem Vorjahreszeitraum in %²⁵

Viele Menschen in Deutschland konnten sich trotz Lohnerhöhungen 2022 von ihrem Verdienst weniger leisten als im Jahr zuvor. Sie hatten mehr Geld auf dem Lohnzettel, aber weniger Kaufkraft: Die Verdienste haben 2022 wegen der Inflation deutlich an Wert verloren. Zwar stiegen die Löhne so stark wie nie seit Beginn der Zeitreihe 2008. Doch die Inflation zehrte diese Zuwächse mehr als auf. Anders ausgedrückt: Auch wenn der **Nominallohn** stark gestiegen ist, war der **Reallohn** trotzdem oft deutlich gesunken.

²⁴ Datenquelle: Value AG, 2023, veröffentlicht in: Institut der Deutschen Wirtschaft: Mietpreisentwicklung bei Gewerbeimmobilien, IW-Report Nr. 21, 02.04.2023, online: <https://www.iwkoeln.de/studien/christian-oberst-michael-voigtlaender-mietpreisentwicklung-bei-gewerbeimmobilien.html>, Zugriff: 05.03.24.

Hinweise: Auf Grundlage des OLS-Regressionsmodells für benachbarte Zeitperioden mit den Standortvariablen PKW-Fahrzeit zum Hauptbahnhof (Referenz 10 bis 20 Minuten), Regionskategorie (Referenz B63.Stadt), Bundesländergruppen (Referenz West/NRW, ggü. Nord, Süd-West, Süd und Ost), Nähe ÖPNV, Fläche, Baujahr, Erstbezug, Etageanzahl, log Angebotslaufzeit sowie weiteren ausgewählten Qualitätseigenschaften.

²⁵ Statistisches Bundesamt: Themenseite „Reallöhne und Nominallöhne“, online: https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Verdienste/Realloehne-Nettoverdienste/_inhalt.html, Zugriff: 05.03.24.

Der Reallohn ist der Verdienst, über den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer tatsächlich verfügen können, nachdem die Inflation berücksichtigt wurde. Im Gegensatz zum Nominallohn berücksichtigt der Reallohn die tatsächliche Kaufkraft des Verdienstes. Der **Reallohnindex** stellt die Entwicklung der Verdienste der Preisentwicklung gegenüber. Bei einer positiven Veränderung der Reallöhne sind die Verdienste stärker gestiegen als die Verbraucherpreise, bei einer negativen Veränderungsrate ist es entsprechend umgekehrt.

26

Die Trendumkehr kam mit der Corona-Pandemie: Preisbereinigt, also in Relation zur Entwicklung der Verbraucherpreise gesetzt, stieg das durchschnittliche Bruttogehalt von 31.437 Euro im Jahr 2000 auf 35.233 Euro im Jahr 2021 an. Netto blieben davon 23.864 Euro übrig – 21 Jahre zuvor waren es noch 21.135 Euro gewesen. Das verfügbare private Haushaltseinkommen ist in dem Zeitraum um 2.533 Euro gestiegen. Der durchschnittliche Netto-Stundenlohn erhöhte sich demnach von 15,33 Euro im Jahr 2000 auf 18,17 Euro im Jahr 2021.²⁷

Während im Jahr 2020 insbesondere der vermehrte Einsatz von Kurzarbeit zur negativen Entwicklung der Nominallöhne und Reallöhne beigetragen hatte, zehrte 2021 und besonders 2022 die hohe Inflation das Wachstum der Nominallöhne auf. Im Jahr 2022 wurde der stärkste Rückgang der Reallöhne in Deutschland seit Beginn der Zeitreihe im Jahr 2008 gemessen.²⁸

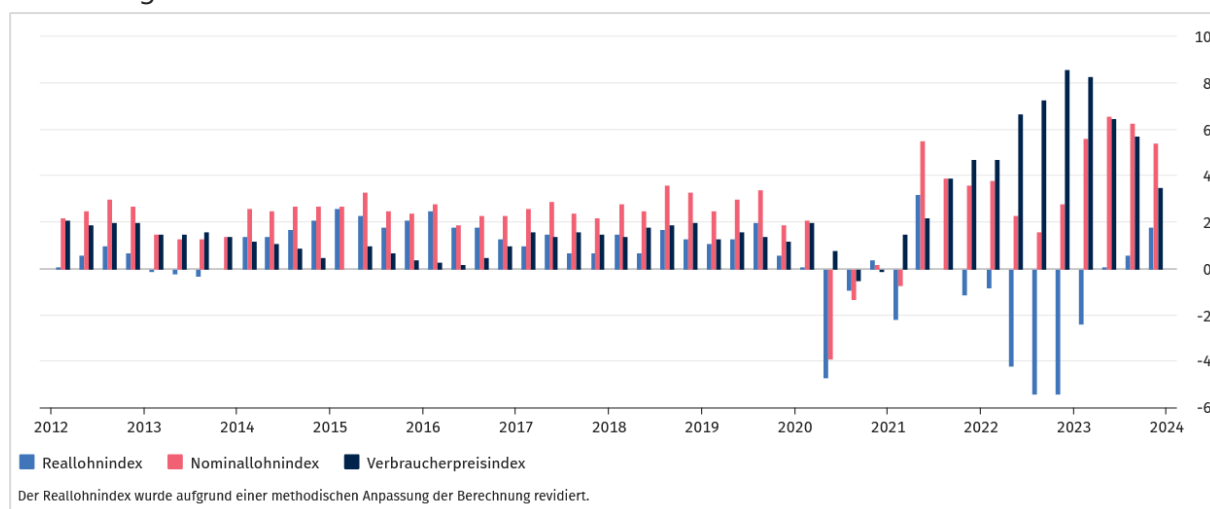


Abbildung 6: Entwicklung der Reallöhne, der Nominallöhne und der Verbraucherpreise 2012 bis 2024, Veränderung gegenüber dem Vorjahreszeitraum in %²⁹

Der Nominallohnindex in Deutschland ist im Jahr 2023 um 6,0 % gegenüber dem Vorjahr gestiegen. Der Index bildet die Entwicklung der Bruttomonatsverdienste von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern einschließlich Sonderzahlungen ab. Die kräftigen Steigerungen der Nominallöhne sind vor allem durch Zahlungen der

²⁶ Ebd.

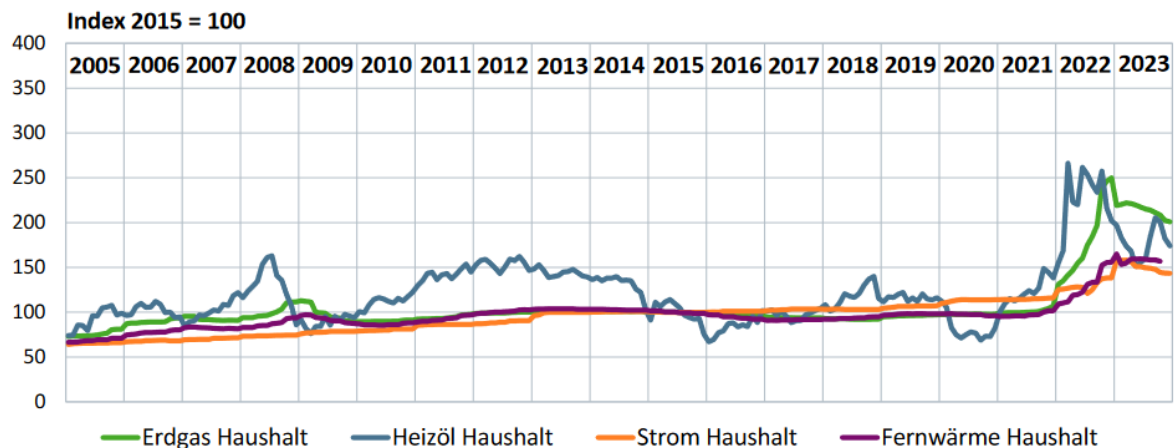
²⁷ Hamburger Abendblatt, 01.06.22, online: <https://www.abendblatt.de/wirtschaft/article235496771/inflation-loehne-gehalt-steigerung-2000.html>, Zugriff: 05.03.24.

²⁸ Ebd.

²⁹ Statistisches Bundesamt: Pressemitteilung Nr. 076 vom 29. Februar 2024, online: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/02/PD24_076_62321.html, Zugriff: 05.03.24.

Inflationsausgleichsprämie sowie die Mindestloohnerhöhung auf 12 Euro im Oktober 2022 bedingt. Die Verbraucherpreise stiegen im selben Zeitraum um 5,9 %. Damit stiegen die Reallöhne im Jahr 2023 um 0,1 % gegenüber 2022 – dies war der **erste Anstieg seit 2019**. Während im Jahr 2020 insbesondere der vermehrte Einsatz von Kurzarbeit zur negativen Nominal- und Reallohnentwicklung beigetragen hatte, zehrte 2021 und 2022 die hohe Inflation den Nominallohnanstieg auf.³⁰

4.2. Energiekosten



Quelle: Destatis (FS 17, R 2); Strom- und Gaspreisbremse im Index berücksichtigt
Die Grafik zeigt die Preisentwicklung (indexierte Preissteigerungsraten, **keine absoluten Brennstoffpreise**) bei Heizöl, Gas, Strom und Fernwärme für Haushalte seit Januar 2001 bezogen auf das Basisjahr 2015 (Jahresdurchschnitt); Stand 01/2024 (Daten bis einschl. Dez. 2023 verfügbar)

Abbildung 7: Entwicklung der Energiepreise für Haushalte³¹

Abbildung 7 dokumentiert die seit 2005 feststellbare Entwicklung der Energiekosten. Das Jahr 2015 dient dabei als Referenzwert (= 100). Betrachtet man insbesondere die beiden letzten Jahre im Vergleich zum Ausgangsjahr 2005 haben sich die Energiekosten zwischenzeitlich verdreifacht.

4.3. Erhöhung des Mindestlohns

Der allgemeine gesetzliche Mindestlohn ist in Deutschland die Lohnuntergrenze, die nicht unterschritten werden darf. Eingeführt wurde er zum 1. Januar 2015. Seitdem ist er kontinuierlich gestiegen (siehe Abbildung 8. Seit 1. Januar 2024 gilt ein gesetzlicher Mindestlohn von 12,41 Euro. Zum 1. Januar 2025 steigt der Mindestlohn auf 12,82 Euro.³²

³⁰ Ebd.

³¹ BDEW-Strompreisanalyse, Februar 2024, online: www.bdew.de/service/daten-und-grafiken/bdew-strompreisanalyse, Zugriff: 06.03.24.

³² <https://www.ptaheute.de/aktuelles/2024/01/02/2024-was-sich-im-neuen-jahr-aendert>



Abbildung 8: Entwicklung des gesetzlichen Mindestlohns 2015 bis 2025, in Euro pro Stunde³³

5. WIRTSCHAFTLICHE LAGE UND ENTWICKLUNG DER APOTHEKEN

5.1. Marktüberblick

Das Marktvolumen von Deutschlands Apotheken lag im Jahr 2022 bei knapp 65 Mrd. € (ohne MwSt.), das ist der bedeutendste Markt für Arzneimittel in Europa. Darin enthalten sind allerdings pandemiebedingte Sonderumsätze: Zur Bekämpfung der Corona-Pandemie hatten die Apotheken entgeltliche Sonderaufgaben übernommen (z.B. Bürgertests, Impffertifikate, Impfstofflogistik).³⁴ Der damit verbundene Sonderumsatz betrug 2021 etwa 2,5 Mrd. Euro, reduzierte sich aber bereits 2022 um drei Viertel auf 0,6 Mrd. Euro.³⁵

Positiv zu vermerken sind steigende Umsätze bzw. Verordnungszahlen: Gemäß TK wurden im Jahr 2022 je Versicherten 269 Tagesdosen verschrieben, so viel wie noch nie seit 2000 (Beginn der Datenerhebung). Zudem initiierte der Gesetzgeber mit dem Arzneimittel-Lieferengpassbekämpfungs- und Versorgungsverbesserungsgesetz (ALBVVG) eine kleine Zuzahlung zum Management von Lieferengpässen: Apotheken haben nun die Möglichkeit, beim Austausch von nicht verfügbaren Arzneimitteln eine neue Lieferengpass-Pauschale in Höhe von 50 Cent (netto) abzurechnen.³⁶ Den mit dem Management von Lieferengpässen verbundenen Mehraufwand deckt diese Pauschale aber kaum ab.

³³ DGB, online: <https://www.dgb.de/schwerpunkt/mindestlohn>, Zugriff: 22.03.24.

³⁴ ABDA Faktenblatt, online: https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/Faktenblaetter/Faktenblatt_Apothekenhonorierung.pdf, Zugriff: 04.02.24.

³⁵ Finanzgruppe Branchendienst der Sparkasse: Branchenreport 2023 – Apotheken.

³⁶ ABDA: Zahlen, Daten, Fakten 2023.

Insgesamt können die genannten positiven Impulse die Negativentwicklungen bei den Kosten bei Weitem nicht kompensieren: Neben der oben beschriebenen allgemeinen geopolitische Lage mit dem Anstieg der Energiekosten, steigenden Zinsniveaus und der Inflation, die zu massiven Kostenbelastungen führen, kommen Belastungen hinzu, die spezifisch das Geschäftsmodell der Apotheke betreffen. Dazu gehört der Anstieg der Personalkosten sowie der krankheitsbedingten Ausfallzeiten seit Ende 2021. Des Weiteren sind auch Hersteller und Großhandel mit steigenden Kosten konfrontiert. Dies verschlechtert die Verhandlungsposition der Apotheken und führt dazu, dass der Materialeinkauf teurer wird. (Bspw. haben die Großhändler als Folge der hohen Benzinpreise ihre Lieferkosten erhöht.) Hinzu kommt die neuerliche Kürzung des Apothekenhonorars durch das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (siehe Kapitel 2.4).³⁷

Laut Berechnungen der ABDA setzte im Jahr 2022 eine durchschnittliche Apotheke rund 3,22 Millionen Euro um. Dabei generierte ein Apothekeninhaber/eine Apothekeninhaberin im Durchschnitt 163.000 Euro Gewinn vor Steuern. Die Gewinnmarge lag damit bei lediglich rund 5 Prozent (vgl. Abbildung 9).³⁸ Spätestens ab dem Geschäftsjahr 2023 wird sich die Rendite voraussichtlich nochmals stark rückläufig entwickeln. Die Treuhand Hannover weist auf einen **„rapiden Verfall der Ergebnisse“** hin. Laut betriebswirtschaftlicher Kennzahlen Unternehmens zum ersten Halbjahr 2023 hatte knapp jede dritte Apotheke in den ersten sechs Monaten an Umsatz verloren. Mehr als jeder dritte Betrieb erschien akut in seiner Existenz bedroht, elf Prozent schrieben bereits reale Verluste.³⁹

³⁷ Finanzgruppe Branchendienst der Sparkasse: Branchenreport 2023 – Apotheken.

³⁸ FAZ, 19.06.23: Von protestierenden Apothekern und schwindenden Chancen, online: <https://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/schneller-schlau/apotheken-durch-online-anbieter-und-lieferengpaesse-unter-druck-18967401.html>, Zugriff: 19.03.24.

³⁹ Apotheke Adhoc, 13.12.24: Apotheken zahlen 46 Cent je Packung drauf, online: <https://www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/detail/apothekenpraxis/apotheken-zahlen-46-cent-je-packung-drauf>, Zugriff: 26.02.24.

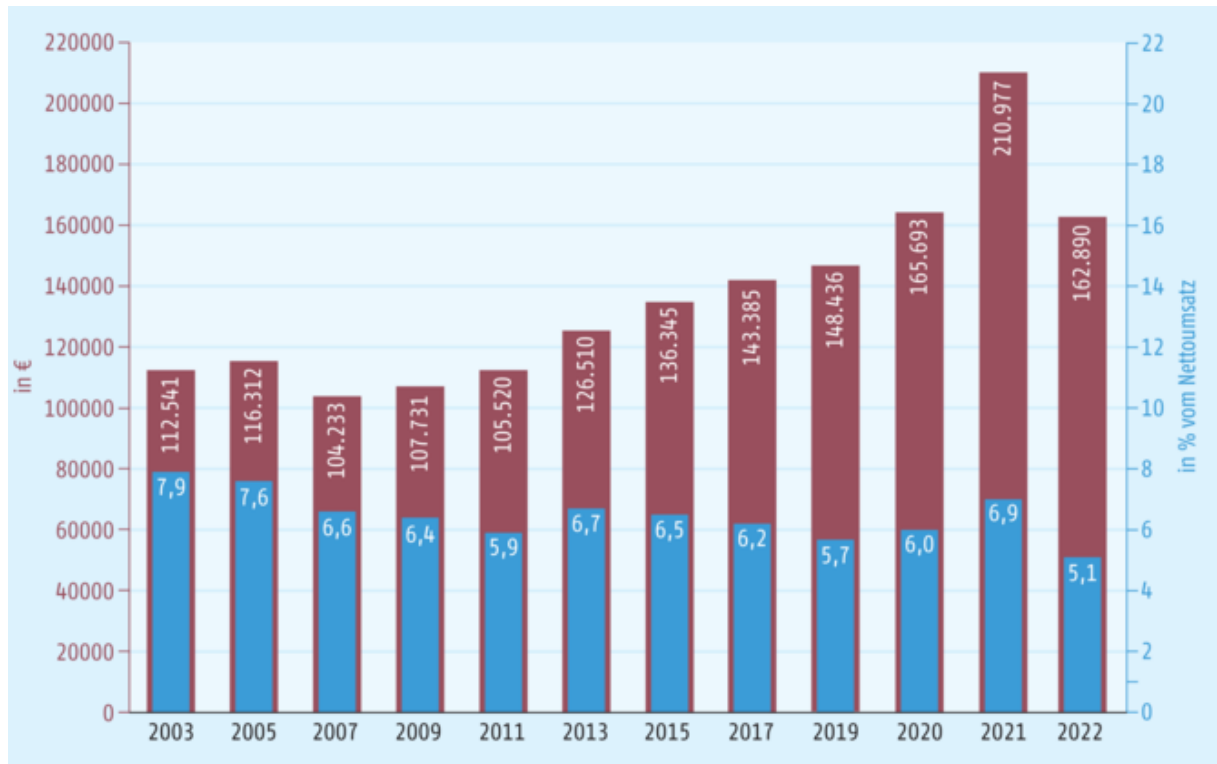


Abbildung 9: Absolute und umsatzbezogene Betriebsergebnisse der Apotheken von 2003 bis 2022 Die roten Säulen geben die steuerlichen Betriebsergebnisse durchschnittlicher Apothekenbetriebsstätten in Euro an (linke Skala). Die darin integrierten blauen Säulen zeigen diese steuerlichen Betriebsergebnisse in Prozent vom Nettoumsatz (rechte Skala). Die Zeitachse ist verzerrt. Von 2003 bis 2019 ist nur jedes zweite Jahr angegeben, ab 2019 jedes Jahr.⁴⁰

5.2. Versandhandel

Die oben genannten Zahlen zur Umsatz-/Absatzstruktur umfassen nicht den Versandhandel mit Arzneimitteln. Während die Vor-Ort Apotheken das Gros ihrer Umsätze im Bereich der verschreibungspflichtigen Arzneimittel erzielen, ist bei den Versendern das OTC-Segment von größter Bedeutung: Es macht hier mehr als die Hälfte der Umsätze aus. Somit haben die Versandapotheken bislang noch eine geringe Bedeutung im Kernsegment der Apotheken.

Der **Konkurrenzdruck im Selbstzahlerbereich** ist allerdings enorm. Online-Preissuchmaschinen und Preisvergleichsportale verschärfen den Wettbewerb zusätzlich (auch bei den Versandapotheken untereinander). Während früher eine aggressive Preisstrategie im Vordergrund stand, versucht der Versandhandel mittlerweile auch verstärkt mit Serviceangeboten in Konkurrenz zu den Vor-Ort-Apotheken zu treten (z.B. Express-Lieferungen, Beratungsangebote über Call-Center, Gratiszugaben, Bonusmodelle, Newsletter etc.).

Dabei leisten sie im Vergleich zu den Vor-Ort-Apotheken einen deutlich **geringeren Beitrag für die Gesundheitsversorgung** der Bevölkerung: Leistungen wie die Nacht- und

⁴⁰ Quelle: ABDA, Treuhand Hannover, veröffentlicht bei: DAZ, 18/2023: Apotheken in Schieflage, online: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2023/daz-18-2023/apotheken-in-schieflage>, Zugriff: 22.03.24.

Notdienstversorgung spielen bei ihnen eine ebenso untergeordnete Rolle wie die Herstellung von Rezepturen und Defekturen oder Spezialarzneien wie bspw. kühlpflichtige Medikamente.

Dabei wächst der Versandhandel mit Arzneimitteln kontinuierlich, auch wenn sein Umsatz- (+ 4 %) und Absatzwachstum (+ 2 %) im Jahr 2023 moderater ausfiel als in den Jahren zuvor⁴¹, in denen der Versandhandel Wachstumsraten im zweistelligen Bereich verzeichnete.⁴²

5.3. Kostenstruktur

Die bedeutendste Kostenposition der Apotheke ist der Wareneinsatz, der ca. drei Viertel des Umsatzes ausmacht. Maßgeblich verursacht wird der hohe Wareneinsatz durch den sog. Kontrahierungszwang, dem Apotheken unterliegen und der sie verpflichtet, jedes vorgelegte ärztliche Rezept in angemessener Zeit, d.h. in aller Regel unverzüglich, zu beliefern. Auf den Wareneinsatz folgen die Personalkosten. Dass diese beiden Positionen in 2021 gesunken sind, ist der Corona-Sondersituation geschuldet. Die Zusatzerlöse (insbesondere durch Masken) stiegen, ohne den Einkauf zu belasten. Statistisch sanken dadurch die prozentualen Werte der Kostenanteile aufgrund der höheren Basis. Das gilt auch für die sonstigen Positionen. Lediglich die sonstigen Kosten haben sich leicht erhöht, was insbesondere auf pandemiebedingte Zusatzaufwendungen (Hygienemaßnahmen, Umbauten, Kosten für das Test-Zentrum etc.) zurückzuführen ist.⁴³

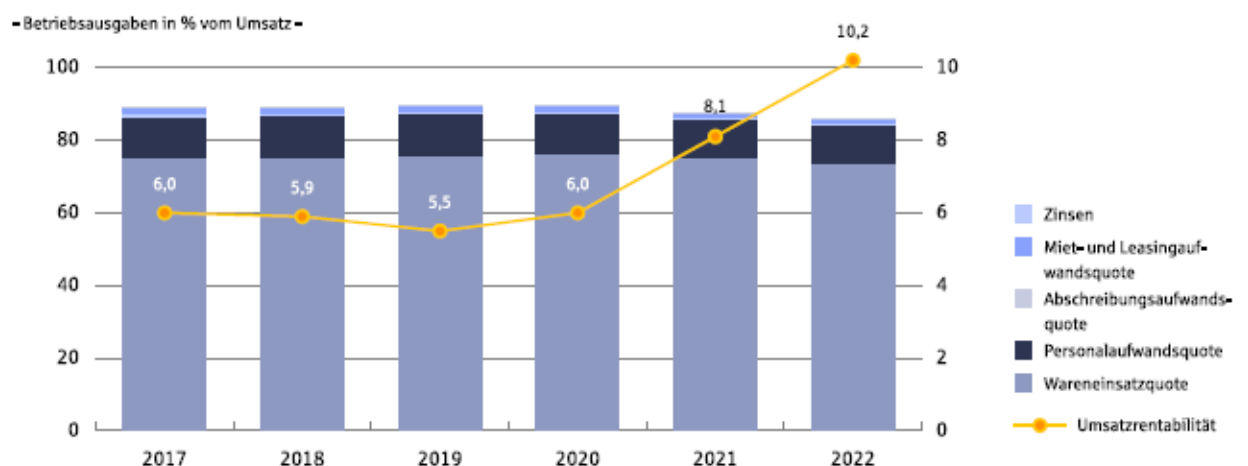


Abbildung 10: Kostenstruktur von Apotheken⁴⁴

5.4. Umsatz

⁴¹ IQVIA: IQVIA Marktbericht Classic – Entwicklung des deutschen Pharmamarktes im Jahr 2023, online: <https://www.iqvia.com/-/media/iqvia/pdfs/germany/library/publications/iqvia-pharma-marktbericht-classic-q4-2023.pdf>, Zugriff: 19.03.24.

⁴² Finanzgruppe Branchendienst der Sparkasse: Branchenreport 2023 – Apotheken.

⁴³ Finanzgruppe Branchendienst der Sparkasse: Branchenreport 2023 – Apotheken.

⁴⁴ Finanzgruppe Branchendienst der Sparkasse: Branchenreport 2023 – Apotheken.

Anteil der Apotheken in Prozent

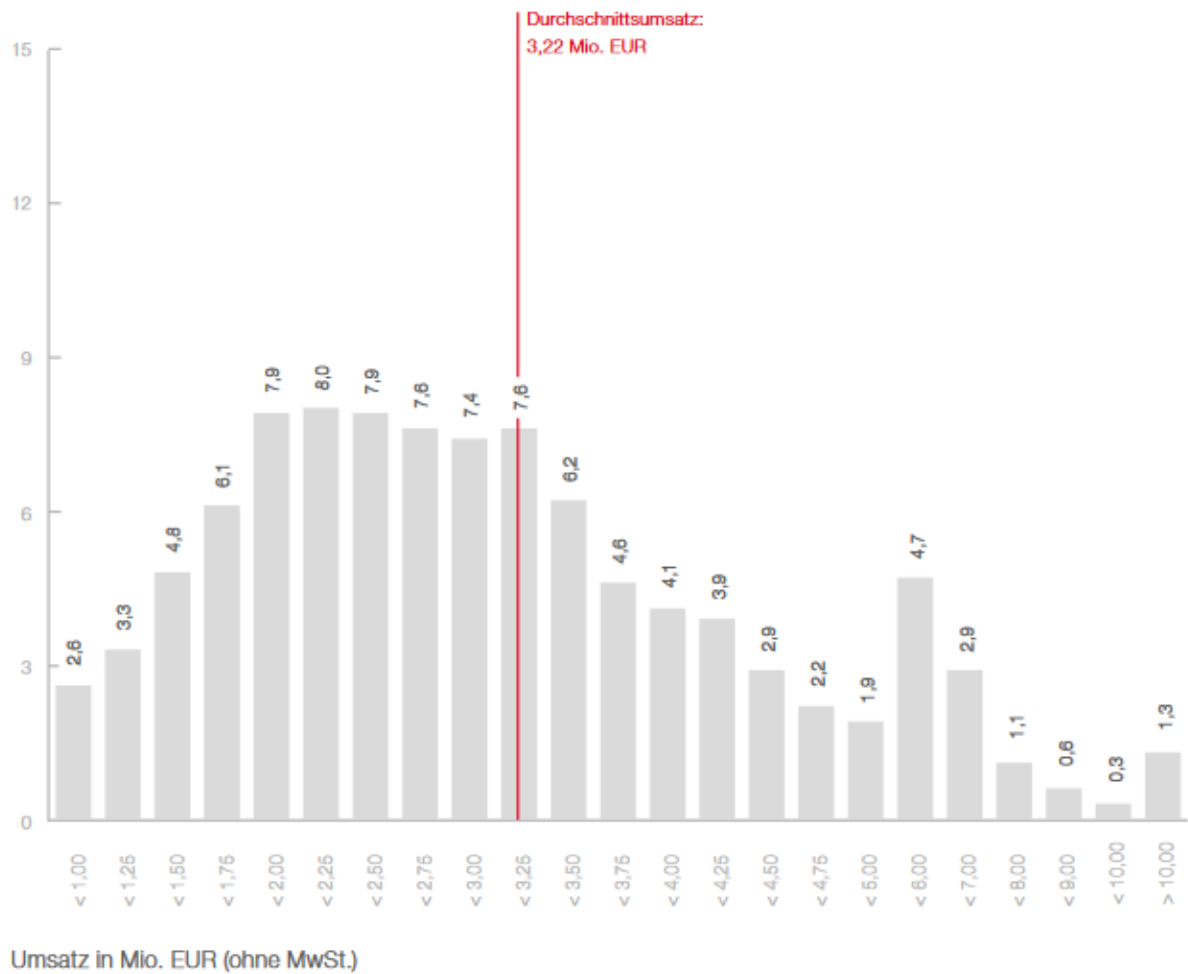


Abbildung 11: Apotheken nach Umsatzklassen (Berichtsjahr 2022)⁴⁵

Vier von zehn Apotheken (41%) erzielten im Berichtsjahr 2022 weniger als 2,5 Mio. € Umsatz. Bei diesen Apotheken lag die Rendite 2020 bei lediglich 5,7% und damit unter der Marge der nächsthöheren Umsatzklasse.

5.5. Wareneinsatz

Der **hohe Wareneinsatz** unterscheidet den Apotheker von anderen Gesundheitsberufen, z.B. den Ärzt:innen, die höhere Renditen erzielen. Bei Hausärzten sind es 36% bei einem Wareneinsatz von nur 3%, mit jedoch geringeren Umsatzniveaus. In anderen Gesundheitsberufen dominieren die Personalkosten.

Zu einem **Lagerwertverlust** kann es kommen, wenn bspw. Apotheken Arzneien vor Festbetrags-Preissenkungen teurer beschaffen als sie sie hinterher mit den Kassen abrechnen können. Nicht immer erfolgt dann ein automatisierter Ausgleich vonseiten der Pharmahersteller, was wiederum mit erhöhter Arbeitsbelastung der Apotheken einhergeht.

⁴⁵ Quelle: Treuhand Hannover GmbH, veröffentlicht in: ABDA: Die Apotheke – Zahlen, Daten, Fakten, 2023.

Apotheken müssen ihr Warenlager und die Belieferung der Patient:innen mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln **vorfinanzieren**. Dies erfordert eine entsprechende Liquiditätsplanung, die aufgrund der zunehmenden Bedeutung von Hochpreisen immer wichtiger wird.⁴⁶

Im Falle von Privat-Rezepten sowie bei Selbstzahlern ist die Apotheke in der Regel nicht auf die Zahlung der Kassen angewiesen, da der Kunde/die Kundin hier im Normalfall sofort bei Erhalt des Medikaments bezahlt. Bei sehr teuren Präparaten kann auch eine Direktabrechnung mit der PKV erfolgen, dann wird das Geld in der Regel innerhalb von 10 bis 14 Tagen erstattet. Mit der Gesundheitsreform 2007 wurde außerdem der sog. Basistarif für Hilfebedürftige im Sinne der Sozialgesetze eingeführt. Bei diesem übernimmt die private Krankenversicherung die Kostenerstattung. Entsprechend kann es auch im PKV-Bereich zu Zahlungsausfällen sowie Retaxationen für Apotheker:innen kommen.^{47 48}

5.6. Begrenztes Potenzial für Skaleneffekte durch Filialisierung

Auch wenn 2022 die absolute Zahl der Apotheken mit mindestens einer Filiale erstmalig leicht gesunken ist (von 3.365 auf 3.352), deutet der Mehrjahrestrend auf eine zunehmende Konzentration unter den Apotheken hin. Aktuell gehören 43,9 % der Apotheken einem Filialverbund (Hauptapotheke mit mindestens einer Filiale) an.⁴⁹ Skaleneffekte lassen sich im Falle von Apotheken jedoch nur sehr begrenzt realisieren, denn laut Gesetz muss jede Filiale von einem Apotheker geleitet werden, Notdienste übernehmen und entsprechend ausgestattet sein (z.B. Nachtdienstzimmer, Labor, Lagerraum).⁵⁰

5.7. Personalkosten

Die Vergütung der Apotheke wurde Anfang 2013 und somit nach neun Jahren erst- und einmalig angepasst, indem sie auf 8,35 Euro pro rezeptpflichtigem Arzneimittel erhöht wurde. Während mit dieser Honorarerhöhung nicht einmal die Effekte der Inflation über diesen Zeitraum abgedeckt wurden, stiegen dagegen die Tariflöhne der Apothekenmitarbeiter:innen (und somit die Personalkosten) im Zeitraum von 2004 bis deutlich stärker (vgl. Abbildung 12).

⁴⁶ Finanzgruppe Branchendienst der Sparkasse: Branchenreport 2023 – Apotheken.

⁴⁷ PKV-Welt, online: https://pkv-welt.de/basistarif-pkv/#Wie_funktioniert_das_mit_der_Kostenerstattung_beim_Basistarif_was_muss_ich_beachten, Zugriff: 18.03.24.

⁴⁸ Finanzgruppe Branchendienst der Sparkasse: Branchenreport 2023 – Apotheken.

⁴⁹ ABDA: Die Apotheke – Zahlen, Daten, Fakten, 2023 sowie eigene Berechnungen.

⁵⁰ Finanzgruppe Branchendienst der Sparkasse: Branchenreport 2023 – Apotheken.

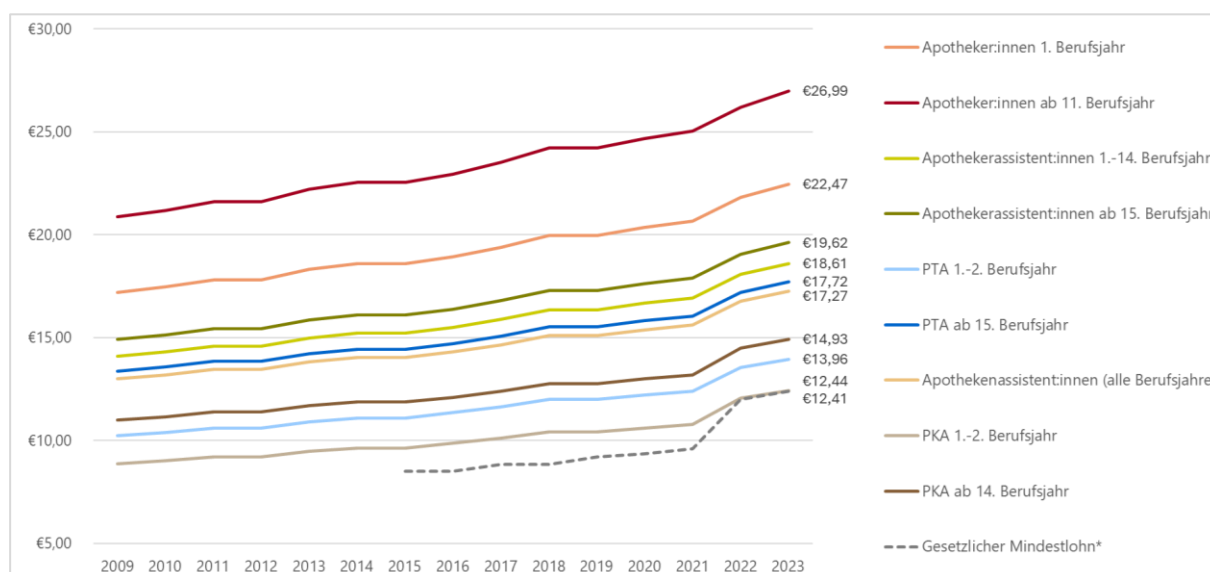


Abbildung 12: Entwicklung der Tarifgehälter ausgewählter Mitarbeitergruppen in der Apotheke sowie des gesetzlichen Mindestlohns⁵¹ (Dargestellt sind die Werte ab 2009, da in diesem Jahr eine Änderung der Tarifgruppen vorgenommen wurde und die Gruppen somit (teilweise) nicht vergleichbar sind.)

In 2022 führten die Tarifverträge zu durchschnittlichen PK-Erhöhrungen in Höhe von 11 % sowie zu weiteren generellen Erhöhungen in 2023 um 3%. Die ABDA bezifferte die damit einhergehenden Mehrkosten in 2023 auf durchschnittlich 33.000 Euro. Aufgrund der Inflationsrate wie auch der sukzessiven Anhebung der Mindestlöhne auf 12,82 € bis Anfang 2025 fordert die Apothekengewerkschaft Adexa aktuell (für die neuen, ab 2024 zu verhandelnden Tarifverträge) eine Gehaltserhöhung in Höhe von 10,5 %. Um die Mindestlohnvergütung zu erreichen, stiegen die PK-Gehälter bereits 2022 um 10 bis 12%. Auszubildende erhielten 7% mehr.⁵²

Verpflichtend sind die Tarifverträge für den Arbeitgeber nur dann, wenn sowohl der Arbeitnehmer als auch der Arbeitgeber Mitglied ihrer jeweiligen Tariforganisation sind, also der/die Angestellte/r einer öffentlichen Apotheke Mitglied bei der Apothekengewerkschaft ADEXA ist und der Arbeitgeber Mitglied im Arbeitgeberverband Deutscher Apotheken (ADA). Letztere Bedingung erfüllen fast 90 Prozent der Apothekenleiter/innen, weil sie durch ihre Mitgliedschaft im Landesapothekerverband automatisch auch Mitglied im Arbeitgeberverband sind.⁵³

Ein zentrales Problem für Apotheken ist der **Fachkräftemangel**. Der Apothekenberuf gilt bereits seit 2016 als Engpass- bzw. Mangelberuf, die Zahl arbeitsloser Pharmazeuten sank 2022 auf 1.100. Insbesondere in Ballungsgebieten ist die Konkurrenz aufgrund attraktiver Stellenangebote in der Industrie groß. Viele Apotheker:innen und PTA arbeiten daher nicht

⁵¹ Datenbasis: Gehaltstarifverträge zwischen ADEXA und ADA für das Bundesgebiet, Mindestlohn: Website des Deutschen Gewerkschaftsbunds – DGB, online: <https://www.dgb.de/schwerpunkt/mindestlohn>, Zugriff: 13.03.24. | Grafik: eigene Darstellung.

⁵² Finanzgruppe Branchendienst der Sparkasse: Branchenreport 2023 – Apotheken.

⁵³ DAZ, 07.01.22: So viel verdienen Apothekenmitarbeiter künftig mehr, online: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2022/01/07/so-viel-verdienen-apothekenmitarbeiter-kuenftig-mehr/chapter:2>, Zugriff: 13.03.24.

in der öffentlichen Apotheke, sondern in besser bezahlten Jobs in der Industrie, die zudem keine Nacht- oder Wochenenddienste erfordern.

So lässt der Fachkräftemangel die Personalkosten zusätzlich steigen. Bereits heute liegen viele Gehälter über den Tarifempfehlungen.⁵⁴ Dennoch: Die Zahlung vergleichbarer Gehälter wie in der Industrie lässt aber die wirtschaftliche Lage der Apotheken nicht zu. Dies wiederum erschwert nicht nur die Personalgewinnung, sondern auch die dauerhafte Bindung der Mitarbeiter:innen. Es ist somit von einem weiteren (und stärkeren) langfristigen Anstieg des Personalkostenniveaus auszugehen.⁵⁵

Betrachtet man die Entwicklung der Apothekenvergütung im Vergleich zur Entwicklung der GKV-Einnahmen, des Bruttoinlandsprodukts, der Tariflöhne in Apotheken und der Inflationsrate, erscheinen die Apotheken auf allen Ebenen von der allgemeinen Entwicklung abgekoppelt. Beim Vergleich des Basisjahrs 2004 zu 2023 liegt die Apothekenvergütung bei 118,8, während die Inflationsrate auf 145,7, die Tariflöhne in den Apotheken auf 152,3, das Bruttoinlandsprodukt auf 181,0 und die GKV-Einnahmen auf 205,2 gestiegen sind (vgl. Abbildung 13).

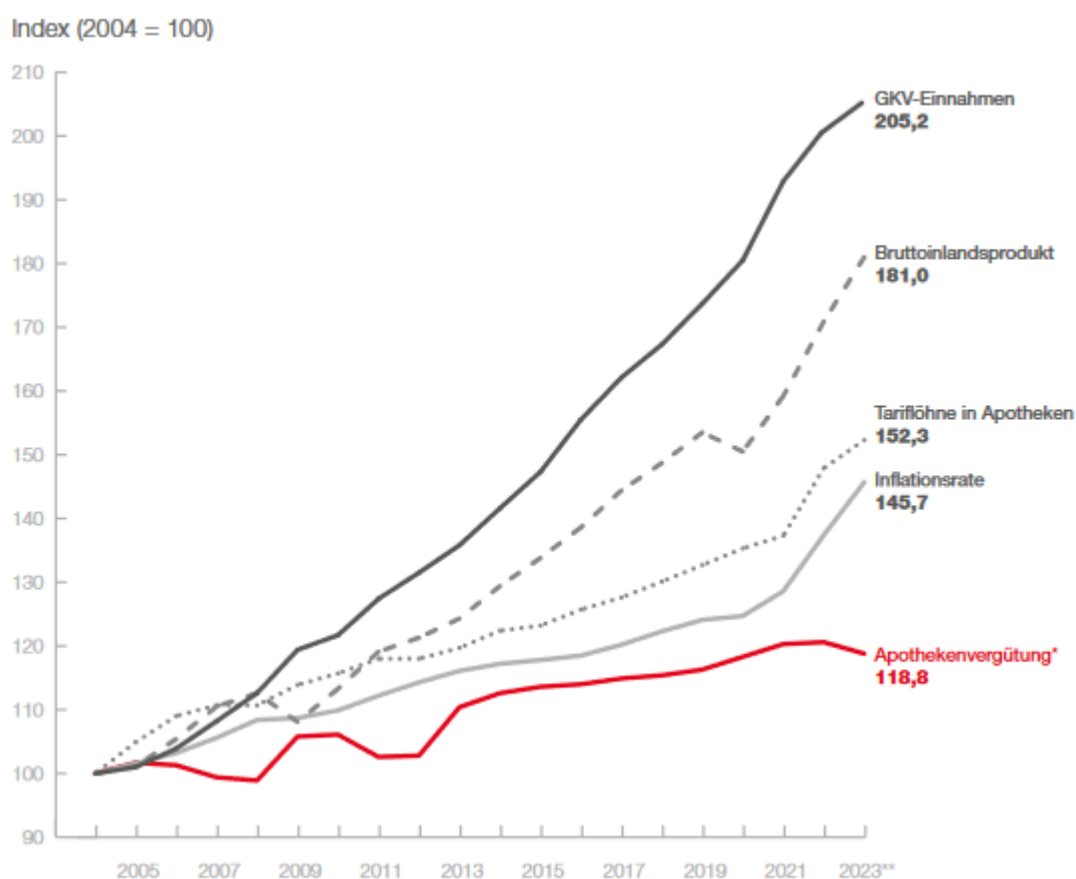


Abbildung 13: Entwicklung der Apothekenvergütung in Relation zu GKV-Einnahmen, BIP, Tariflöhnen und Inflationsrate (Basisjahr: 2004) | *Apothekenvergütung pro rezeptpflichtiger GKV-Fertigarzneimittelpackung gemäß § 1 AMPreisV i. V. m. § 130 SGB V (3-Prozent-Zuschlag auf den Apothekeneinkaufspreis plus 8,35 EUR

⁵⁴ Finanzgruppe Branchendienst der Sparkasse: Branchenreport 2023 – Apotheken.

⁵⁵ Finanzgruppe Branchendienst der Sparkasse: Branchenreport 2023 – Apotheken.

Fixzuschlag plus 0,21 EUR Notdienstzuschlag minus 2,00 EUR Apothekenabschlag. Ohne Notdienstzuschlag ergibt sich für 2023 ein Indexwert von 115,8. | **Prognose⁵⁶

Bei den kleineren Apotheken blieben häufig **kalkulatorische Kosten** (wie Unternehmerlohn, Eigenkapitalverzinsung und gegebenenfalls Miete, wenn die Apotheke in der eigenen Immobilie untergebracht ist) zum Teil unberücksichtigt. Ein höherer Personalbedarf wird oft vom Inhaber selbst abgedeckt. Auch das macht sich nicht direkt in den Zahlen bemerkbar. Der Arbeitseinsatz der Eigentümer bzw. Apotheker ist sehr hoch. 50 bis 60 Arbeitsstunden je Woche sind normal. Branchenanalysten gehen davon aus, dass unter Berücksichtigung dieser Aspekte viele dieser Apotheken sogar rote Zahlen schreiben würden. Das manifestiert sich anhand der geringen Streuung der Rendite.⁵⁷

5.8. Sinkende Apothekenzahl

Seit 2009 sinkt die Zahl der Apotheken in Deutschland. Ende 2022 waren es noch 18.068 Apotheken, zur Jahresmitte 2023 reduzierte sich die Apothekenzahl weiter deutlich auf 17.830, womit sich der Trend nochmals verschärfte.⁵⁸ Als Gründe für die vermehrten Apothekenschließungen sind neben den wirtschaftlichen Faktoren wachsende bürokratische Anforderungen sowie Personalmangel und Schwierigkeiten bei der Apothekennachfolge verantwortlich.⁵⁹

	1990	1995	2000	2005	2010	2015		2020	2021	2022
Apothekenzahl (inkl. Filialapotheken)	19.898	21.119	21.592	21.476	21.441	20.249		18.753	18.461	18.068
davon										
Haupt- / Einzel- apotheken*	19.898	21.119	21.592	20.248	17.963	15.968		14.110	13.718	13.355
Filialapotheken	—	—	—	1.228	3.478	4.281		4.643	4.743	4.713
Neueröffnungen	—	372	187	326	263	154		85	77	68
Schließungen	—	156	185	242	370	346		407	369	461
Apothekenentwicklung	—	+216	+2	+84	-107	-192		-322	-292	-393

Tabelle 3: Entwicklung der Apothekenzahl 1990 bis 2022
(Angaben jeweils Jahresende | *Apotheken mit Betriebserlaubnis nach § 2 Apothekengesetz)⁶⁰

⁵⁶ Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Statistisches Bundesamt (Destatis), ADEXA, ABDA-Statistiken, Zusammenstellung und Darstellung: ABDA: Die Apotheke – Zahlen, Daten, Fakten 2023.

⁵⁷ Finanzgruppe Branchendienst der Sparkasse: Branchenreport 2023 – Apotheken.

⁵⁸ Finanzgruppe Branchendienst der Sparkasse: Branchenreport 2023 – Apotheken.

⁵⁹ <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/gegenwind-fuer-moegliche-sparmassnahmen-132967/seite/2/?cHash=91d68645d7d9e087a9b9725e2556b6dc>

⁶⁰ ABDA: Die Apotheke – Zahlen, Daten, Fakten 2023.

Mit 22 Apotheken pro 100.000 Einwohnern/Einwohnerinnen liegt Deutschland im Vergleich mit den anderen europäischen Ländern bereits im unteren Drittel. Die durchschnittliche Apothekendichte der 27 Mitgliedsstaaten der Europäischen Union liegt bei 32 Apotheken pro 100.000 Einwohnern/Einwohnerinnen.⁶¹ Zudem gibt es deutliche regionale Versorgungsunterschiede. In einigen ländlichen Regionen haben Patient:innen zum Teil weite Wege bis zur nächsten Apotheke. Bspw. in Brandenburg (53%) und Mecklenburg-Vorpommern (56%) kann jeweils nur gut die Hälfte der Einwohner:innen eine Apotheke innerhalb eines Kilometers erreichen.⁶²

Gleichzeitig zu dem anhaltenden Rückgang der Apothekenzahl wird die einzelne Apotheke tendenziell immer größer: 2010 erzielte nur jede fünfte Apotheke mehr als 2 Mio. Euro Jahresumsatz, mittlerweile sind es drei Viertel. Umgekehrt sank der Anteil kleinerer Branchenvertreter mit Erlösen unter 1,5 Mio. Euro von 55 auf 10,7 %. Fast die Hälfte der Betriebe (rund 44 %) erzielt mehr als 3 Mio. Euro Umsatz, 2013 waren es nur 11 % (vgl. Abbildung 11). Die Größenverschiebungen sind die Folge des Markt- bzw. Umsatzwachstums bei gleichzeitig rückläufiger Zahl an Apotheken auf der einen Seite sowie der zunehmenden Bedeutung von Versand- und Großapotheken auf der anderen Seite.⁶³

6. DATENERHEBUNG: DETAILLIERTE BETRACHTUNG VON KOSTEN, UMSATZ, PERSONAL

Im Rahmen der Erstellung des Gutachtens wurden einige Apothekeninhaber:innen zu einigen betriebswirtschaftlichen Kennzahlen befragt. Im Folgenden werden ausgewählte Ergebnisse aus dieser Erhebung dargestellt.

6.1. Struktur/Merkmale der „Datengeber“

Insgesamt beteiligten sich 13 Apotheker:innen an der Umfrage, allesamt Einzelapotheken ohne angeschlossene Filiale(n). Tabelle 4 gibt einen Überblick über die Strukturmerkmale der Apotheken, die ihre Daten zur Verfügung gestellt haben.

⁶¹ ABDA: Die Apotheke – Zahlen, Daten, Fakten, 2023.

⁶² Finanzgruppe Branchendienst der Sparkasse: Branchenreport 2023 – Apotheken.

⁶³ Finanzgruppe Branchendienst der Sparkasse: Branchenreport 2023 – Apotheken.

	Filiale(n)	Größe der Offizin (inkl. Schaufenster) in eigenen Räumen	Größe der Offizin (inkl. Schaufenster) in fremden Räumen	Größe der übrigen Geschäftsräume in eigenen Räumen	Größe der übrigen Geschäftsräume in fremden Räumen	Größe der Geschäftsräume insgesamt	Geöffnete Stunden pro Woche	Anpassung der Öffnungszeiten seit 2004	Geöffnete Stunden pro Woche 2004*	Umsatz im Jahr 2023
1	keine		55		121	176	72	Ja	66	2.834.235
2	keine	50		130		180	58	0		1.379.947
3	keine		56		282	338	47	0		8.145.047
4	keine		38		163	201	44,5	Ja	40	
5	keine		55		95	150	58,5	0		3.798.727
6	keine	50		100		150	54			2.300.000
7	keine		27,3		120	147,3	54	Ja	56,5	2.225.176
8	keine	118,5					54	0		2.102.170
9	keine		150		85	235	56,5	0		3.780.918
10	keine	65,1		71,5		136,6	41	0		2.382.017
11	keine	115				115	42	Ja	47	2.368.327
12	keine		76		55	131	43	0		k.A.
13	keine	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.

Tabelle 4: Strukturmerkmale der Apotheken

*bzw. im Jahr der Gründung/Übernahme

6.2. Umsatz- und Kostenentwicklung

Abbildung 14 zeigt die Entwicklung des Gesamtumsatzes ohne Mehrwertsteuer und der Gesamtkosten im Zeitraum von 2006 bis 2023. Es zeigt sich der allgemeine langjährige Trend eines kontinuierlich steigenden Umsatzwachstums in Apotheken. Diese Entwicklung dürfte zum einen auf die steigenden Preise neuer patentgeschützter Arzneimittel zurückzuführen sein, zum anderen auf die infolge der rückläufigen Apothekenzahl Verteilung des Umsatzes auf weniger Apotheken. Angesichts der überwiegend absatzorientierten Honorierung ist der Umsatz allerdings nur bedingt ein geeigneter Erfolgsmaßstab und spiegelt in keiner Weise den Arbeits- und Kostenaufwand der Apotheken wider.⁶⁴ Denn auch die Gesamtkosten sind in den letzten Jahren kontinuierlich in gleichem Maße bzw. stärker gestiegen wie der Gesamtumsatz. Abbildung 14 zeigt, dass sich die Umsatz- und Kostenverläufe bei den befragten Apotheken in den vergangenen Jahren zunehmend aufeinander zubewegt haben.

⁶⁴ DAZ, 18/2023: Apotheken in Schieflage, online: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2023/daz-18-2023/apotheken-in-schieflage>, Zugriff: 22.03.24.

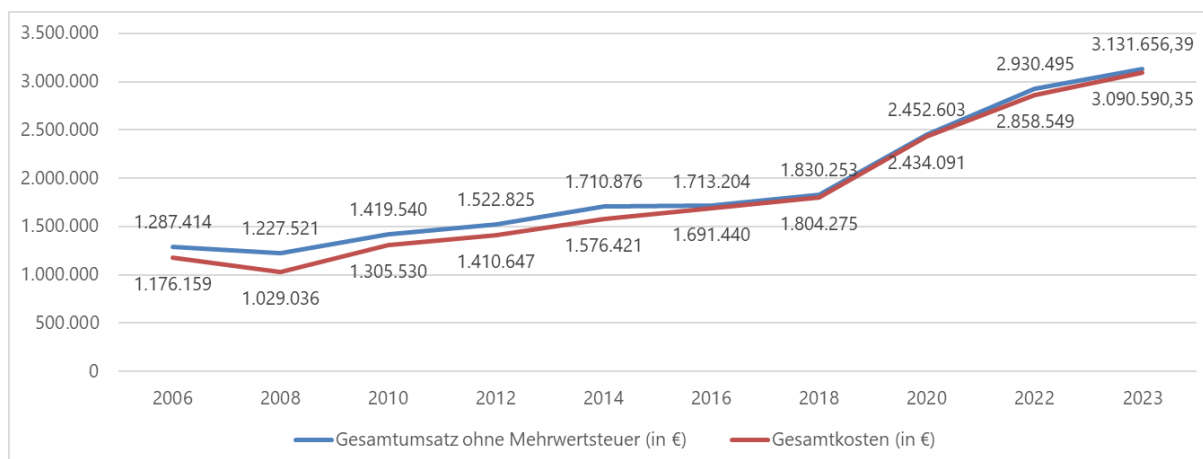


Abbildung 14: Umsatz- und Kostenentwicklung von 2006 bis 2023, Angaben in Euro
Fallzahl Gesamtumsatz ohne Mehrwertsteuer: $4 < n < 11$ | Fallzahl Gesamtkosten: $5 < n < 13$

Der Effekt der Annäherung zwischen Umsatz und Kosten im Laufe der Jahre lässt sich nochmals verdeutlichen, indem man die Differenz zwischen den beiden Größen betrachtet, die sich bei den befragten Apotheken entsprechend verringert hat (vgl. Tabelle 5).

	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018	2020	2022	2023
Gesamtumsatz ohne Mehrwertsteuer (in €)	1.287.414	1.227.521	1.419.540	1.522.825	1.710.876	1.713.204	1.830.253	2.452.603	2.930.495	3.131.656,39
Gesamtkosten (in €)	1.176.159	1.029.036	1.305.530	1.410.647	1.576.421	1.691.440	1.804.275	2.434.091	2.858.549	3.090.590,35
Differenz (Umsatz minus Kosten) (in €)	111.255	198.485	114.010	112.177	134.456	21.765	25.977	18.512	71.945	41.066,04
Standardabweichung Gesamtumsatz (in €)	204.793	318.295	550.914	555.049	528.783	557.334	591.542	1.484.525	1.857.725	1.911.235,43
Standardabweichung Gesamtkosten (in €)	281.290	352.127	543.640	554.890	495.663	603.349	590.398	1.494.209	1.881.718	2.037.776,63
Fallzahl Gesamtumsatz	4	6	9	9	9	10	10	11	11	10
Fallzahl Gesamtkosten	5	7	10	10	11	12	12	13	13	12

Tabelle 5: Kennzahlen zur Umsatz- und Kostenentwicklung

6.3. Fazit

Der steigende Umsatz in den Apotheken hat also nicht zu einem steigenden Gewinn geführt. Im Gegenteil: Der Betrag, der den Apotheken nach Abzug der Kosten vom Umsatz verbleibt, hat sich im Laufe der Jahre kaum verändert bzw. ist geschrumpft. Die Umsatzrentabilität hat sich somit deutlich verschlechtert: Apotheken müssen zunehmend mehr umsetzen, um ein gleichbleibendes Ergebnis zu erzielen. Das starke Wachstum bringt Apotheken nicht selten an die Sprungstellen ihrer Kostenfunktion: Sie müssen investieren (in Personal, Warenbestand/Lagerhaltung, Software etc.) und somit ein höheres Geschäftsrisiko in Kauf nehmen, um das zusätzliche Geschäft abwickeln zu können.⁶⁵

Hinzu kommt, dass sich im Laufe der Jahre der Umfang an Leistungen und Aufgaben, die Apotheken zu erbringen haben, kontinuierlich erweitert hat. Einen angemessenen monetären Ausgleich gab es dafür nicht. Vor diesem Hintergrund wird im Folgenden auch

⁶⁵ Siehe dazu auch: DAZ, 18/2023: Apotheken in Schieflage, online: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2023/daz-18-2023/apotheken-in-schieflage>, Zugriff: 22.03.24.

das Leistungs- bzw. Aufgabenspektrum von Apotheken einer kurzen Betrachtung unterzogen.

7. APOTHEKENSPEZIFISCHE LEISTUNGEN UND ANFORDERUNGEN

7.1. Überblick über zusätzliche Aufgaben der Apotheken seit 2004

Der Festbetrag von 8,10 € aus dem GMG 2004 wurde auf der Basis der zum damaligen Zeitpunkt von den Apotheken zu erbringenden Leistungen errechnet. Durch diverse weitere Gesetze seit 2004 sind zusätzliche Aufgaben entstanden, die Einsparungen bei Krankenkassen erzeugen und Versicherungsbeiträge senken und somit zu einer Entlastung des Gesundheitswesens führen, was aber auf dem finanziellen Rücken der Apotheken ausgetragen wird. Auf der Webseite der Freien Apothekerschaft e.V. sind ein Teil dieser nicht honorierten Leistungen aufgeführt, die allein schon die Anpassung der 8,10 Euro gemäß der Gesetzesbegründung rechtfertigen würden. Nachfolgend sind die wichtigsten (Mehr-) Leistungen der Apotheken in leicht modifizierter Form kurz zusammengefasst:

- Eintreiben der gesetzlichen Zuzahlung bei Patient:innen,
- Erfüllung der Importquote,
- Erfüllung der Blutzuckerteststreifenquote,
- Abgabe von aufzahlungsfreien Hilfsmitteln,
- Umsetzung der Rabattverträge einschließlich der Beratung und Aufklärung dazu beim Wechsel der Vertragspartner,
- Inkasso des Herstellerrabattes,
- Notdienste – diese werden hier aufgeführt, weil sie von Apotheken unter dem Mindestlohn anzubieten sind,
- Höhere Anzahl zu erbringender Notdienste pro Apotheke aufgrund sinkender Apothekenzahlen,
- Vorhalten von Rezeptur und Labor mit nicht kostendeckender Herstellung von Individualrezepten,
- Sprechstundenbedarf – ohne entsprechende Aufschläge,
- Umsetzung der Festbeträge,
- Umsetzung Securpharm seit 2019 (Patientenschutz vor Fälschungen),
- Tägliche Kontrolle von Fertigarzneimittel, Hilfsmittel oder Medizinprodukte auf Produktionsfehler und Qualitätsmängel,
- Erfassung von Nebenwirkungen sowie Wechselwirkungen bei Patient:innen und ihrer Medikation, Dokumentationen, Meldung an zuständige Behörden (ein ausführlicher Katalog an zusätzlichen Dokumentationspflichten in Apotheken findet sich in Anhang11.3),

- Wöchentliche Bearbeitung der behördlich gemeldeten Arzneimittelrückrufe, ggf. Kontaktaufnahme von Patient:innen und Klärung bei Neumedikation mit dem Arzt, zur Vermeidung von Schädigungen bei Patient:innen,
- Aufdeckung von Doppelverordnungen und Verordnungskaskaden durch die Überwachung der Medikation,
- Management von Lieferengpässen durch Recherche nach Alternativen inkl. der dadurch erforderlichen ergänzenden Beratungsleistung oder auch der zusätzlichen Individualherstellung dringend benötigter Arzneimittel,
- Aufdeckung von Rezeptfälschungen durch gestohlene Versichertenkarten oder Rezepte zur Verhinderung von Arzneimittelmissbrauchs.

Zudem gab und gibt es für politisch eingeforderte Umsetzungsquoten keine Erfolgsprämien und die Krankenkassen bestrafen ggf. nicht erkannte Formfehler bei Rezepten in Apotheken bis hin zur Retaxation auf Null (s.o.), obgleich die Versorgung der Patient:innen qualitativ voll erfüllt wurde.

Seit Jahresbeginn ist außerdem das E-Rezept ein verbindlicher Standard in der Arzneimittelversorgung geworden. Der Start des verpflichtenden E-Rezepts verläuft allerdings ähnlich holprig wie die vorherigen Test- und Übergangsphasen im Laufe der stufenweisen Einführung seit September 2022. Berichtet wird bspw. von technischen Störungen und Verzögerungen, verursacht dadurch, dass das Rezept noch nicht verfügbar ist, wenn der oder die Patient:in die Apotheke aufsucht.⁶⁶ Der Mehraufwand in Apotheken für die Belieferung von E-Rezepten ist und bleibt somit hoch. Im Rahmen einer aktuellen Befragung des Marktforschungsinstituts aposcope unter Apothekenteams⁶⁷ gaben 73 Prozent der Befragten an, dass der Zeitaufwand im Vergleich zum Papierrezept höher ist. Der durchschnittliche Mehraufwand wird auf rund fünf Minuten beziffert. Auf die Woche hochgerechnet – ausgehend von rund 414 E-Rezepten pro Apotheke und fünf Minuten Mehraufwand im Zeitraum vom 10. Januar bis 16. Januar 2024 – ergibt sich ein Mehraufwand von 35 Stunden pro Apotheke.⁶⁸

7.2. Weitere aktuelle gesetzliche Änderungen mit Konsequenzen für den Arbeitsaufwand in Apotheken

Im Jahr 2024 kommen weitere Aufgaben für die Apotheke hinzu, die sich (indirekt) aus diversen gesetzlichen Änderungen bzw. Erlassen ergeben. Auch diese werden im Folgenden kurz dargestellt:

- BtM-Abgabebelege nur noch elektronisch (ab Januar): Mit § 1 der Betäubungsmittel-Binnenhandelsverordnung (BtMBinHV) hat der Gesetzgeber festgelegt, dass alle

⁶⁶ DAZ, 04.03.24: Gute Aussichten fürs E-Rezept, online: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2024/03/04/mehrheit-der-rezepte-elektronisch>, Zugriff: 22.03.24.

⁶⁷ An der Online-Befragung von aposcope nahmen vom 9. bis 11. Januar 2024 insgesamt 346 Apotheker:innen, PKA und PTA teil.

⁶⁸ Apotheke Adhoc, 16.01.24: Rund 5 Minuten Mehraufwand pro E-Rezept, online: <https://www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/detail/e-rezept/rund-5-minuten-mehraufwand>, Zugriff: 22.03.24.

Teilnehmenden am Betäubungsmittelverkehr für jede einzelne BtM-Abgabe (i.S.d. § 12 Abs. 1 Betäubungsmittelgesetz – BtMG) einen elektronischen Abgabebeleg zu erstellen haben. Auch Apotheken müssen diese BtM-Abgabebelege erstellen, wenn sie Betäubungsmittel an einen anderen Erlaubnisinhaber abgeben, also beispielsweise Betäubungsmittel an den Großhandel retournieren, an eine andere Filiale innerhalb des Filialverbundes abgeben oder bei Abgabe der Apotheke an den Nachfolger übergeben.

- Lieferengpass-Gesetz (Februar) mit neuen Vorgaben für Zuzahlungen
- Ausweiskontrolle für E-Rezept-App in Apotheken (im Laufe des Jahres): Um digitale Angebote wie bspw. die elektronische Patientenakte oder die E-Rezept-App nutzen zu können, müssen sich Versicherte zuvor authentifizieren. Dieses Verfahren ist bislang wenig komfortabel. Apotheken sollen Versicherten künftig ein Ident-Verfahren anbieten, um z. B. den Zugang zur E-Rezept-App zu ermöglichen. Laut Gematik soll das neue Angebot im Laufe des Jahres zur Verfügung stehen.)⁶⁹

7.3. Anforderungen an Betriebsabläufe (z.B: Lagerhaltung)

Auch die Anforderungen an die **Lagerhaltung** und das Lagermanagement in Apotheken sind enorm und im Laufe der Zeit gestiegen. Die durchschnittliche Lagerdauer lag 2021 bei 16,6 Tagen, 2004 waren es noch 30 Tage. Die mit der Umsatzklasse sinkende Lagerdauer verdeutlicht, wie wichtig die Größe bzw. der Umschlag für Apotheken ist. Aufgrund ihres Versorgungsauftrages müssen Präsenzapotheken unzählige unterschiedliche Präparate und Artikel auf Lager halten sowie verwalten, darunter auch selten nachgefragte Medikamente. Im Rahmen der Sortimentsplanung müssen zudem die jeweils geltenden Rabattverträge Berücksichtigung finden, die Sortimentszusammensetzung ändert sich daher kontinuierlich. Laut einer Umfrage des Marktforschungsinstituts Kantar Health aus dem Jahr 2012 mussten 63 Prozent der insgesamt 1.006 befragten Apotheken infolge der Einführung der Rabattverträge ihr Warenlager vergrößern. Fast jeder dritte Apothekenleiter gab an, den Lagerbestand um bis zu 10 Prozent erhöht zu haben, bei jedem Fünften waren es bis zu 20 Prozent.⁷⁰

Apotheken unterhalten daher leistungsfähige computergestützte **Warenwirtschaftssysteme**, mit denen sämtliche Daten zu Beschaffung, Transport, Lagerung und Verkauf der Waren erfasst und ausgewertet werden können. Viele Arzneimittel stellen darüber hinaus besondere Anforderungen an Lagerung und Transport und müssen bspw. gekühlt und/oder verschlossen gelagert werden.

Im Gegensatz zum sonstigen Einzelhandel, in dem Rechnungen direkt vom Käufer beglichen werden, ist der **Zeitraum zwischen Rechnungserstellung und Zahlungseingang** länger (24 bis 34 Tage). Im Durchschnitt ist sie zuletzt erneut gestiegen auf nunmehr 29,3 Tage. Die GKVen bezahlen normalerweise spätestens 10 Tage nach Eingang der

⁶⁹ <https://www.ptaheute.de/aktuelles/2024/01/02/2024-was-sich-im-neuen-jahr-aendert>

⁷⁰ Pharmazeutische Zeitung, 29.05.2012: Große Warenlager durch Rabattverträge, online: <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/ausgabe-222012/grosses-waren-lager-durch-rabattvertraege/>, Zugriff: 18.03.24.

Verordnung. (Nur dann gewähren die Apotheken ihrerseits den Zwangsabschlag.) Die **Zahlungsziele bei den Großhändlern und Herstellern** sind durchschnittlich länger bemessen als bei den Kassen und begünstigen so die Liquidität der Apotheke. In 2021 hat sich 35,2 Tagen die Kreditorenlaufzeit jedoch zulasten der Apotheken um fast einen Tag verschlechtert. In Summe ergibt sich eine **Working Capital Bindung** für 2021 in Höhe von 10,7 Tagen, was ein halber Tag mehr als im Vorjahr ist (vgl. Abbildung 15).⁷¹

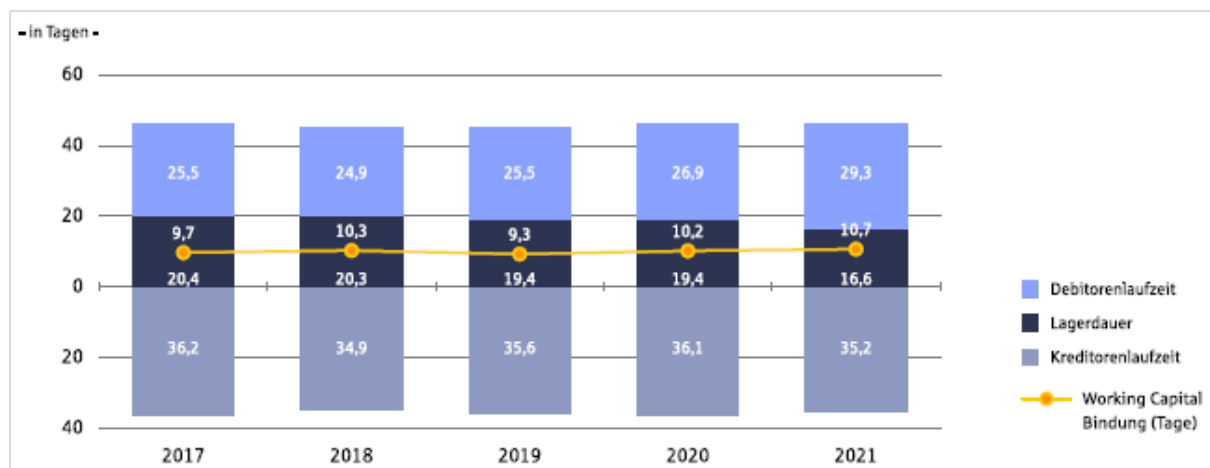


Abbildung 15: Entwicklung der Working Capital Bindung von Apotheken⁷²

7.4. Transaktions- und Kommunikationskosten

Die Abgabe von Arzneimitteln ist im Vergleich zu anderen Waren und Dienstleistungen generell mit einem erhöhten Beratungsaufwand verbunden. Auch dieser hat sich im Laufe der vergangenen Jahre aber nochmals deutlich erhöht.

Unter anderem brachte die Einführung der **Rabattverträge** eine immense Erhöhung des Beratungsbedarfs seitens der Kund:innen mit sich. Die Verträge werden normalerweise für eine Laufzeit von zwei Jahren geschlossen. Ende 2022 gab es 39.000 kassenspezifische Rabattverträge.⁷³ Jede durch die Verträge induzierte Medikamentenumstellung muss dem Patienten/der Patientin gegenüber erklärt werden. Gleiches gilt für die Zuzahlungsveränderungen, die aufgrund der jährlich wechselnden Festbeträge zustande kommen. Apotheker:innen sind somit stetig mit Transaktions- und Kommunikationskosten konfrontiert.

Ebenso sind die vermehrt durch **Lieferengpässe** auftretenden Medikamentenumstellungen den Kund:innen gegenüber erklärungsbedürftig. Berichten der ABDA zufolge können in manchen Apotheken über 600 Medikamente nicht geliefert werden. Hintergrund ist, dass die in Europa benötigten Wirkstoffe mittlerweile überwiegend in Asien, vor allem in China und Indien hergestellt werden. Wenn dort pandemiebedingt Fabriken geschlossen werden oder Frachter die Häfen nicht mehr anlaufen dürfen, fehlen am Ende selbst diejenigen fertigen Arzneimittel in den Regalen der hiesigen Apotheken, die in Europa hergestellt werden. Drei von zehn der zulasten der GKV

⁷¹ Finanzgruppe Branchendienst der Sparkasse: Branchenreport 2023 – Apotheken.

⁷² Finanzgruppe Branchendienst der Sparkasse: Branchenreport 2023 – Apotheken.

⁷³ ABDA: Die Apotheke – Zahlen, Daten, Fakten, 2023.

abgegebenen Fertigarzneien fallen zudem mittlerweile in die Kategorie „**beratungsintensive Arzneimittel**“, d.h. dass aufgrund der Darreichungsform der Patient/die Patientin entsprechend aufgeklärt werden muss (z.B. bei Retard-Tabletten, Injektionen oder der Anwendung von Inhalationen).

Statistisch gesehen hat eine Apotheke täglich mehr als 150 Patientenkontakte. Außerdem sind die Kund:innen selbst immer besser über das Thema Gesundheit **informiert**, weil sie häufig bereits vor dem Besuch in der Apotheke online recherchiert haben. Entsprechend hoch sind ihre Erwartungen an Beratung und Service des Apothekers/der Apothekerin sowie der Apothekenmitarbeiter:innen gestiegen. Weniger erklärungsbedürftige Gesundheitsprodukte hingegen und OTC-Arzneien werden vermehrt online gekauft.

All dies macht die **Weiterbildung des Personals** essentiell. Doch auch dies erfordert Zeit und Kosten. Hinzu kommen der bürokratische Verwaltungsaufwand für Abrechnung, Dokumentation, Rezeptprüfung etc.⁷⁴

7.5. Lieferengpässe, Bürokratie und Fachkräftemangel als zentrale Geschäftshemmnisse

Eine Untersuchung des Marktforschungsdienstleister Aposcope vom Januar 2022 ergab, dass Apotheker:innen in ihrem Arbeitsalltag insbesondere mit drei Problemen zu kämpfen haben: Lieferengpässe, Bürokratie und Fachkräftemangel (vgl. Abbildung 16). Mehr als zwei Drittel der befragten Apotheker:innen gab an, dass Lieferengpässe eines der größten Hemmnisse für ihr Geschäft sind. Diese betreffen mittlerweile nicht mehr nur Nischenprodukte, sondern auch gängige Medikamente gegen Bluthochdruck oder Diabetes sowie Schmerzmittel wie Ibuprofen und sind daher mittlerweile an der Tagesordnung im Apothekenalltag.

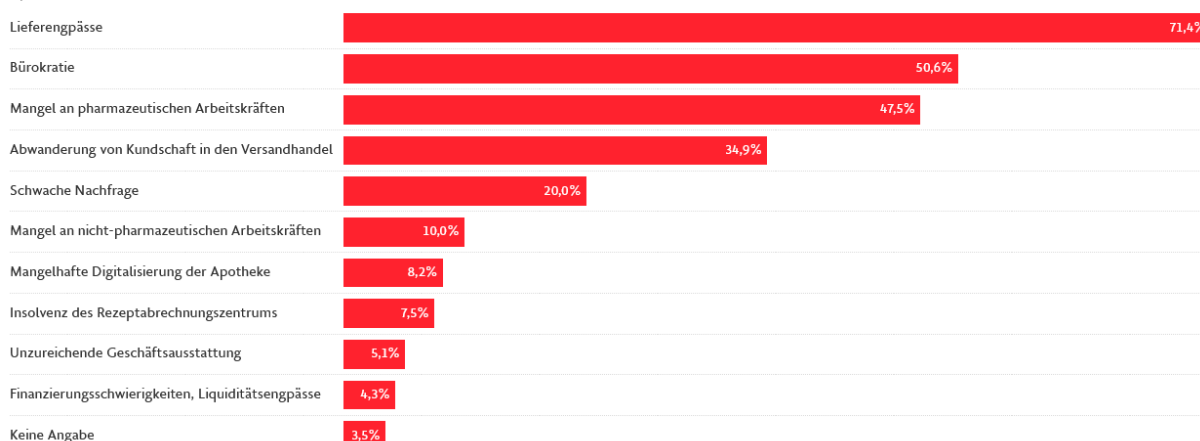
Neben der Problematik, dass die Apotheken den Patient:innen nicht immer eine medizinische Alternative bieten können, ist ihr Versuch, ein Ausweichmittel mit gleichem oder ähnlichem Wirkstoff zu finden, häufig mit viel Bürokratie verbunden. Dies wird wiederum erschwert durch den Mangel an Fachpersonal. Dabei deckt die Honorierung dieser Leistung mit 50 Cent den Aufwand der Apotheke bei Weitem nicht ab. Bisweilen muss bspw. dem behandelnden Arzt über Stunden hinterhertelefoniert werden, damit dieser ein neues Rezept erstellt oder das alte ändert.⁷⁵

⁷⁴ Finanzgruppe Branchendienst der Sparkasse: Branchenreport 2023 – Apotheken.

⁷⁵ FAZ, 19.06.23: Von protestierenden Apothekern und schwindenden Chancen, online: <https://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/schneller-schlau/apotheken-durch-online-anbieter-und-lieferengpaesse-unter-druck-18967401.html>, Zugriff: 19.03.24.

Welche der folgenden Faktoren waren Geschäftshemmnisse in Ihrer Apotheke?

Apothekenumfrage zu geschäftshemmenden Faktoren im Jahr 2021 (Mehrfachauswahl)



27. Dezember 2021 bis 3. Januar 2022, Deutschland, Panel-Befragung; Coronabedingte Geschäftshemmnisse wurden in der Darstellung ausgelassen
Grafik: dhaj. / Quelle: aposcope

Abbildung 16: Geschäftshemmende Faktoren in der Apotheke⁷⁶

8. ENTWICKLUNG DES APOTHEKERLICHEN HONORARS / POLITISCHE SPARMAßNAHMEN / HONORARKÜRZUNGEN / RICHTSURTEILE

Wie bereits dargestellt, wurde nach der Neuregelung der gesetzlichen Rahmenbedingungen zur Honorierung von Apotheken im Jahre 2004 das Honorar der Apotheken nur einmal (im Jahr 2013) angepasst, indem das Fixum pro verschreibungspflichtiger Packung von 8,10 Euro auf 8,35 Euro angehoben wurde. Damit wurden nicht einmal die Effekte der Inflation über diesen Zeitraum abgedeckt. Einer nominalen Anpassung folgte somit dennoch ein realer Verlust.

2023 und 2024 wurde vorübergehend der Abschlag, den Apotheken der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für jedes rezeptpflichtige Arzneimittel einräumen müssen (Apothekenabschlag), von 1,77 Euro auf 2 Euro erhöht. Nach Berechnungen der ABDA entspricht dies einer Honorarkürzung für alle rund 18.000 Apotheken von rund 120 Millionen Euro netto pro Jahr.⁷⁷

Im Juni 2023 entschied das OLG Brandenburg, dass jegliche Skonti des pharmazeutischen Großhandels einem Verstoß gegen arzneimittelrechtliche Regelungen gleichkommen. Unstrittig war bislang, dass das Großhandelsfixum (70 Cent) nicht rabattiert werden darf. Neu hingegen ist, dass auch ein Skonto auf die variable Vergütung nicht erlaubt ist und dieser wie ein Rabatt zu werten sei.⁷⁸ Im Februar 2024 bestätigte der Bundesgerichtshof die Unzulässigkeit von **Skonti bei verschreibungspflichtigen Medikamenten**, sofern der

⁷⁶ FAZ, 19.06.23: Von protestierenden Apothekern und schwindenden Chancen, online: <https://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/schneller-schlau/apotheken-durch-online-anbieter-und-lieferengpaeisse-unter-druck-18967401.html>, Zugriff: 19.03.24.

⁷⁷ <https://www.diepta.de/news/politik-apotheken-muessen-sparen-helfen>

⁷⁸ Finanzgruppe Branchendienst der Sparkasse: Branchenreport 2023 – Apotheken.

Nachlass insgesamt über die 3,15-prozentige Spanne hinausgeht. Damit fällt dieser letzte Einkaufsvorteil für die Apotheken weg.⁷⁹

Abbildung 17 zeigt die Entwicklung des Betriebsergebnisses von Apotheken für die Jahre 2010 bis 2023. Abgesehen von dem durch die Sondereffekte der Pandemie bedingten positiven Ausschlag im Jahr 2021 zeigt sich ein weitestgehend stagnierendes Niveau.

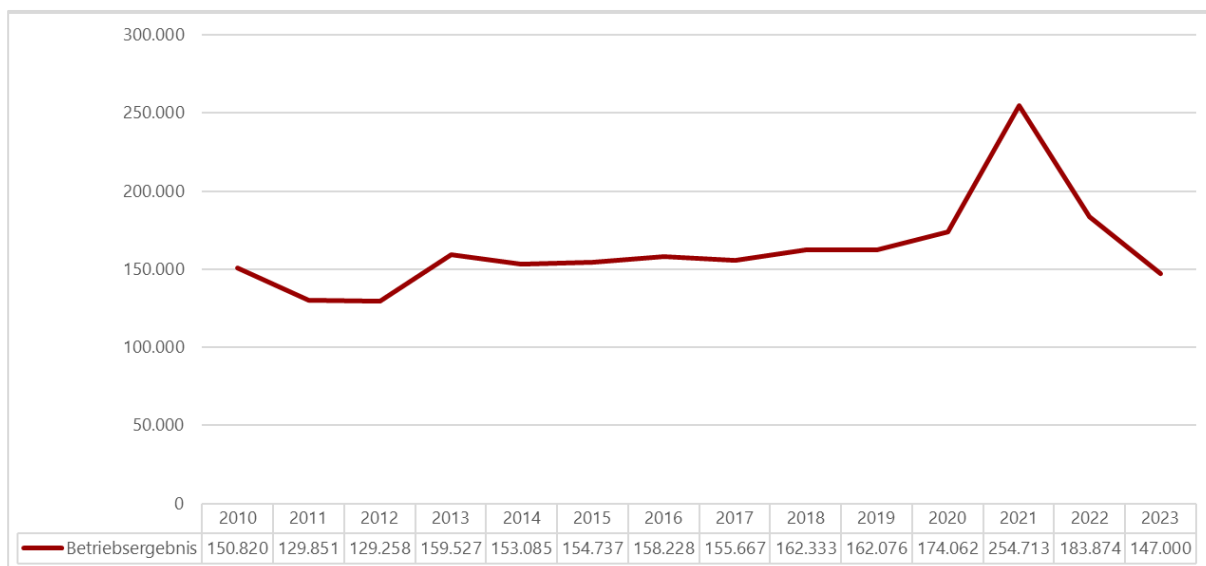


Abbildung 17: Entwicklung des Betriebsergebnisses von Apotheken 2010 bis 2023⁸⁰

9. VERGLEICH MIT ANDEREN BERUFSGRUPPEN

9.1. Hinweise zur Einordnung des Gehalts selbständiger Apotheker:innen

Lediglich 64 Prozent der 18- bis 39-jährigen Deutschen finden laut einer Verbraucherumfrage der Gesundheitswirtschaft Rhein-Main den Apothekerberuf attraktiv oder eher attraktiv. Damit landet er auf dem fünften Platz aller Gesundheitsberufe, hinter Ärzten und Psychologen. Ein möglicher Grund dafür liegt im vergleichsweise geringen Verdienst von Apotheker:innen.⁸¹

Das durchschnittliche **Bruttoeinkommen** eines selbstständigen Apothekers bzw. einer selbstständigen Apothekerin beträgt laut Aussagen der apoBank 173.900 Euro im Jahr. Damit liegt das durchschnittliche monatliche Bruttogehalt bei knapp 14.500 Euro.⁸² Allerdings ist die Bezeichnung dieses Wertes als Gehalt irreführend, vielmehr handelt es sich dabei um den **Gewinn der Apotheke vor (Unternehmens-)Steuern**. Nach Abzug des

⁷⁹ Apotheke Adhoc, 08.02.24: BGH verbietet Skonto auf Rx, online: <https://www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/detail/apothekenpraxis/bgh-verbietet-skonto-auf-rx>, Zugriff: 26.02.24

⁸⁰ DATEV Branchenüberblick für die Jahre 2010 bis 2023

⁸¹ Quelle: StepStone, Medicare, veröffentlicht bei: FAZ, 19.06.23: Von protestierenden Apothekern und schwindenden Chancen, online: <https://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/schneller-schlau/apotheken-durch-online-anbieter-und-lieferengpaesse-unter-druck-18967401.html>, Zugriff: 19.03.24.

⁸² Main Post, 17.02.23: Gehalt als Apotheker und Apothekerin: Wie viel verdient man?, online: <https://www.mainpost.de/im-fokus/gehalt/gehalt-als-apotheker-und-apothekerin-wie-viel-verdient-man-art-11046239>, Zugriff: 02.04.24.

Spitzensteuersatzes von 42 Prozent verbleiben 8.410 Euro. Davon müssen Kranken- und Pflegeversicherung sowie Rentenversicherung bezahlt werden.

Der dann verbleibende Gewinn dient dem Apotheker/der Apothekerin als Gehalt, muss aber zugleich für in Zukunft zu tätige Investitionen verwendet werden. Sogenannte **Investitionsrückstellungen** müssen derzeit bspw. vermehrt vor dem Hintergrund der Digitalisierung des Gesundheitswesens getätigt werden. Ein weiteres Beispiel für Investitionsrückstellungen sind die in regelmäßigen Abständen anfallenden Kosten für die Erneuerung der bestehenden Hardware mit Kassen, Server(n) und Backofficearbeitsplätzen.⁸³

Zudem wurde bereits in Abschnitt 2.2 dargelegt, dass der Apotheker/die Apothekerin nicht nur Freiberufler:in, sondern auch Kaufmann/Kauffrau ist und deshalb eine doppelte Kammermitgliedschaft besitzt. Daraus folgt, dass das generierte Gehalt nicht nur dazu dient, das Risiko als Freiberufler, sondern auch das kaufmännische Risiko abzudecken. Dieses ist vor dem Hintergrund des immens **hohen Wareneinsatzes** enorm (vgl. Abschnitt 5.3 sowie 5.5) und aufgrund des Kontrahierungszwangs⁸⁴ der Apotheken unvermeidbar. Während also beispielsweise Ärzt:innen lediglich das mit dem Führen einer Praxis verbundene Risiko tragen, müssen Apotheker:innen einen Warenbestand vorhalten, dessen Kosten ca. drei Viertel des Umsatzes der Apotheke ausmachen, und das entsprechende Risiko zusätzlich tragen.

Um also überhaupt das Gehalt zu erreichen, von dem Steuern sowie Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung zu zahlen sind, muss der Apotheker/die Apothekerin ein immenses Warenrisiko eingehen. Dies unterscheidet den Apotheker/die Apothekerin von anderen vergleichbaren Berufsgruppen und sollte beim vergleichenden Blick auf andere Berufsgruppen stets mitgedacht werden.

Im Folgenden werden die Verdienste verschiedener Berufsgruppen der Apothekenhonorierung gegenübergestellt.

9.2. Freie Berufe

Abbildung 18 stellt die jährlichen Einkünfte freiberuflicher Tätigkeiten gegenüber. Für die Berufsgruppe der Apotheken ist das jährliche Betriebsergebnis dargestellt, das (wie oben dargelegt) die wesentliche Grundlage für die Berechnung des tatsächlichen Einkommens von selbstständigen Apotheker:innen bildet. Apotheker:innen belegen in diesem Vergleich den dritten Platz hinter Zahnärzt:innen und Ärzt:innen. Dieses Ergebnis relativiert sich allerdings deutlich, bedenkt man (wie in Abschnitt 9.1 beschrieben) das immense Warenrisiko, das die Apotheker:innen tragen müssen, um zu einem Betriebsergebnis in dieser Höhe zu gelangen.

⁸³ Apotheke adhoc, 12.09.23: „Deutlich mehr als 10.000 Euro im Monat“, online: <https://www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/detail/politik/deutlich-mehr-als-10000-euro-im-monat>, Zugriff: 02.04.24.

⁸⁴ Der Kontrahierungszwang verpflichtet Apotheken, jedes vorgelegte ärztliche Rezept in angemessener Zeit, d.h. in aller Regel unverzüglich, zu beliefern.

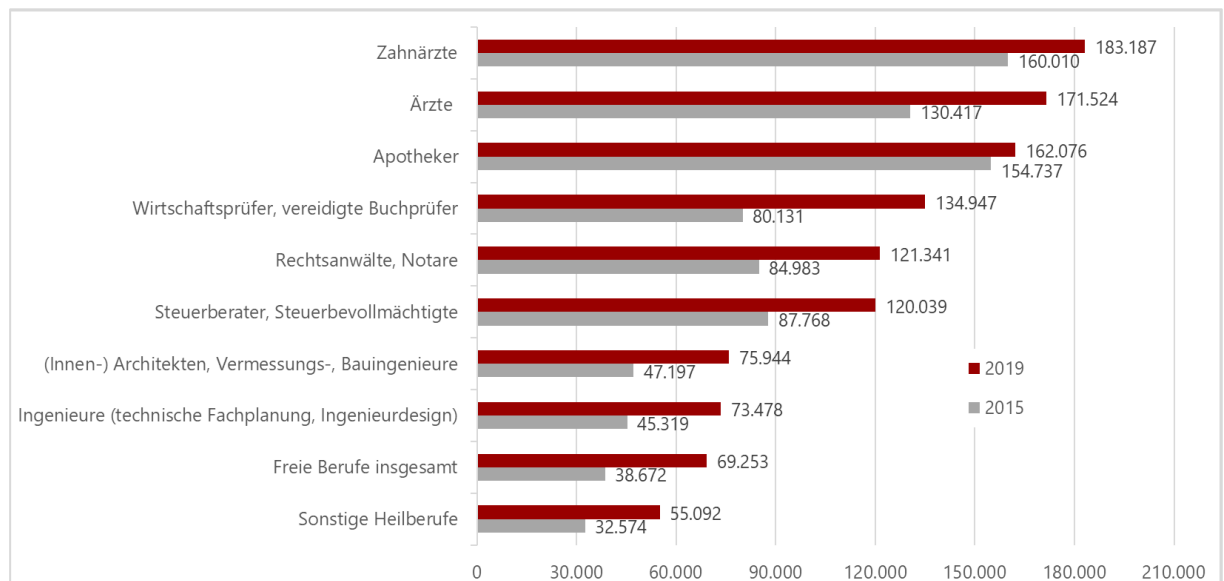


Abbildung 18: Jährliche Einkünfte⁸⁵ aus freiberuflicher Tätigkeit in Deutschland (in Euro)
Datenbasis Apotheken: Betriebsergebnis gemäß DATEV Branchenüberblick 2015 (n = 6.534) und 2019 (n = 5.471) | Datenbasis für die anderen Berufe: Lohn- und Einkommensteuerstatistik 2015 und 2019
(Steuerpflichtige mit überwiegenden Einkünften aus freiberuflicher Tätigkeit in ausgewählten Freien Berufen)⁸⁶

9.3. Andere angestellte Heilberufler

Im Gehaltsvergleich mit anderen angestellten Heilberuflern (vgl. Abbildung 19) liegen angestellte Apotheker:innen, die in einer öffentlichen Apotheke arbeiten, mit einem Durchschnittseinkommen von 3.782 Euro brutto im Monat⁸⁷ im unteren Bereich. Ärzt:innen und Zahnärzt:innen verdienen ebenso mehr wie Krankenhausapotheker:innen. Nur Tierärzt:innen verdienen in dieser Gegenüberstellung weniger.

⁸⁵ Einkünfte je Steuerfall. Aufgrund der Möglichkeit der Zusammenveranlagung von Ehepartner:innen bzw. Personen in eingetragenen Lebenspartnerschaften fallen die Einkünfte je Steuerfall (je Partner:in) geringer aus als die Reinerträge je Praxisinhaber:in in der Kostenstrukturhebung des Statistischen Bundesamtes

⁸⁶ Die aktuellsten Werte der aktuellen „Lohn- und Einkommensstatistik“ des Bundesamts für Statistik (Destatis) stammen von 2019. Dies hat damit zu tun, dass hier (anders als bei über Umfragen erzielten Gehaltsvergleichen) die Werte von Millionen echten Steuererklärungen einfließen.

⁸⁷ Apobank, 2022, online: <https://www.apobank.de/wissen-news/karrierekompass-heilberufler/apotheker/gehalt-arbeitszeit>, Zugriff: 21.03.24.

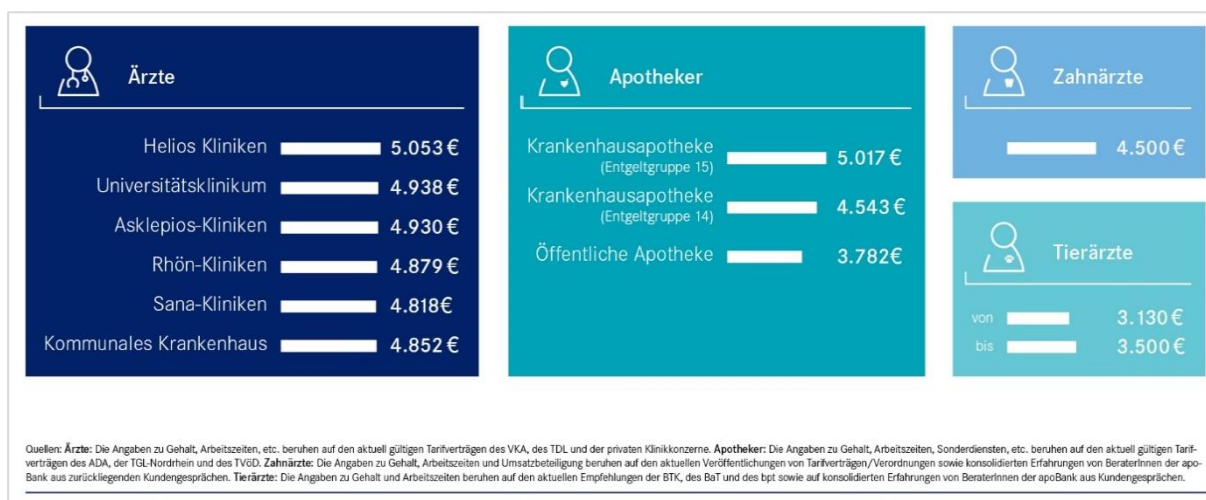


Abbildung 19: Monatliche Einstiegsgehälter von angestellten Heilberuflern im Vergleich (2022)⁸⁸

9.4. Niedergelassene Ärzte

Der durchschnittliche Reinertrag je Inhaber:in einer Arztpraxis ist in den Jahren 2011 bis 2021 kontinuierlich gewachsen (vgl. Abbildung 20).

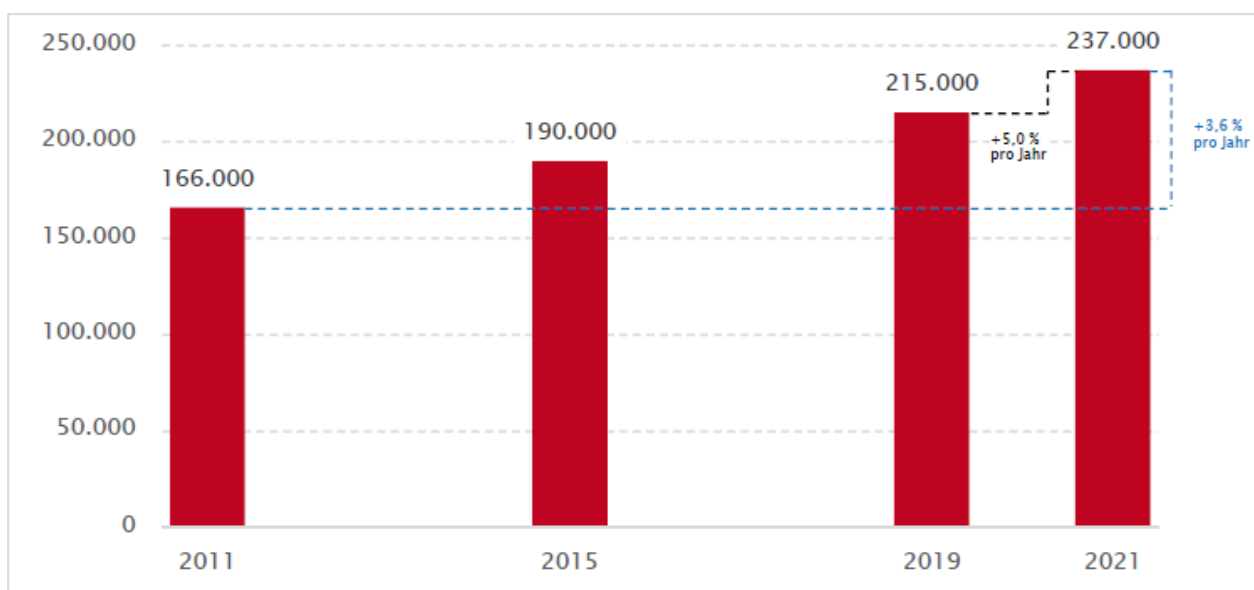


Abbildung 20: Durchschnittlicher Reinertrag⁸⁹ je Inhaber:in einer Arztpraxis, in Euro pro Jahr
(In dieser Darstellung wird der Reinertrag einer Arztpraxis je Praxisinhaber:in ausgewiesen. Arztpraxen werden im Durchschnitt von mehr als einem Praxisinhaber/einer Praxisinhaberin geführt, welche sich den Reinertrag entsprechend teilen.)⁹⁰

⁸⁸ Apobank, 2022, online: <https://www.apobank.de/wissen-news/karrierekompass-heilberufler/apotheker/gehalt-arbeitszeit>, Zugriff: 21.03.24.

⁸⁹ Der Reinertrag oder Reingewinn gibt den Überschuss der Einnahmen nach Abzug der Aufwendungen je Praxisinhaber (Arzt) vor Steuern und sonstigen Abgaben an; er entspricht damit etwa dem Bruttoeinkommen zzgl. Arbeitgeberbeiträge zur Sozialversicherung. In die Berechnung der Einnahmen aus Praxistätigkeit fließen neben den Einnahmen aus der GKV-Praxis auch die Einnahmen aus Privatpraxis und sonstige Einnahmen. Die Aufwendungen umfassen die gesamten Aufwendungen aus Praxistätigkeit, also u. a. für Personal, Miete, Energie, Investitionen, Fremdkapitalzinsen und sonstige Aufwendungen.

⁹⁰ Quelle: Statistisches Bundesamt, Kostenstrukturstatistik im medizinischen Bereich, versch. Jg., veröffentlicht in: Pressemitteilung des GKV-Spitzenverbands, 06.09.23: Faktenblatt – Thema ambulante Versorgung.

Zieht man auch in diesem Zusammenhang als Vergleichswert das Betriebsergebnis als Maßstab für das apothekerliche Gehalt heran, liegt dieser stets unter dem Reinertrag je Praxisinhaber:in. So lag das durchschnittliche Betriebsergebnis der Apotheken im Jahr 2011 bei 129.851, 2015 bei 154.228 und 2019 bei 162.076. Das Jahr 2021 bildet aufgrund der pandemiebedingten Sondereffekte in der Apotheke (Betriebsergebnis von 254.713 Euro) keine brauchbare Vergleichsbasis. 2023 lag das durchschnittliche Betriebsergebnis der Apotheken bei 147.000 und somit deutlich unter dem Reinertrag von Praxisinhaber:innen im Jahr 2021.

Dieses Bild verfestigt sich, betrachtet man den durchschnittlichen jährlichen Reinertrag je Praxisinhaber:in nach Arztgruppen (Tabelle 6). Das Betriebsergebnis der Apotheke unterschreitet diesen in jeder Arztgruppe und in jedem Betrachtungsjahr (ausgenommen 2021).

Arztgruppe	2011	2015	2019*	2021*
Radiologie n: 1.386	295.000	355.000	414.000	451.000
Augenheilkunde n: 3.516	229.000	256.000	346.000	399.000
Dermatologie n: 3.196	185.000	225.000	235.000	262.000
Innere Medizin (fach- und hausärztlich) n: 13.469	184.000	206.000	232.000	251.000
Orthopädie** n: 5.916	193.000	214.000	227.000	228.000
Urologie n: 2.632	168.000	210.000	225.000	232.000
Chirurgie** n: 2.595	198.000	209.000	211.000	226.000
Allgemeinmedizin n: 30.179	138.000	167.000	188.000	220.000
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde n: 3.270	148.000	183.000	185.000	209.000
Gynäkologie n: 7.388	144.000	173.000	203.000	200.000
Kinder- und Jugendmedizin n: 4.933	140.000	166.000	189.000	197.000
Psychiatrie, Neurologie, Psychotherapie n: 4.751	173.000	161.000	185.000	192.000

Tabelle 6: Durchschnittliche Reinertrag je Praxisinhaber:innen nach Arztgruppen, in Euro pro Jahr
(*Berechnung des GKV anhand des Reinertrags je Praxis sowie dem Verhältnis der Zahl der Praxen und der Praxisinhaber:innen. | **Durch eine veränderte Abgrenzung des Fachgebiets sind die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2021 nur eingeschränkt mit den vorangegangenen Berichtsjahren vergleichbar.)⁹¹













9.5. Angestellte Apotheker:innen

Auch die Verdienstmöglichkeiten angestellter Apotheker:innen sind in einer öffentlichen Apotheke vergleichsweise gering (vgl. Abbildung 21). Im Jahr 2022 verdienten angestellte Apotheker:innen im zweiten bis fünften Berufsjahr in einer öffentlichen Apotheke gemäß Tarifvertrag 3.896 Euro. Arbeiteten sie in Krankenhausapotheken oder in Apotheken unter anderen Trägerschaften waren Gehälter von über bzw. bis 7.000 Euro möglich.

Modellrechnungen zeigen zudem immer wieder, dass es in öffentlichen Apotheken zu der grotesk anmutenden Situation kommen kann, dass die angestellten Apotheker:innen mehr verdienen als der jeweilige Inhaber. Das heißt, der Netto-Verdienst der Angestellten übersteigt bisweilen den Jahresüberschuss, der nach Steuern dem Unternehmer bleibt.

⁹¹ Quelle: Statistisches Bundesamt, Kostenstrukturstatistik im medizinischen Bereich, versch. Jg., veröffentlicht in: Pressemitteilung des GKV-Spitzenverbands, 06.09.23: Faktenblatt – Thema ambulante Versorgung.

Wenn aber der in einer Apotheke angestellte, ohne unternehmerisches Risiko arbeitende Apotheker ähnlich viel oder sogar mehr verdient bzw. verdienen kann als der (das komplette unternehmerische Risiko tragende) Inhaber, ist dies sicher nicht verhältnismäßig. Der unternehmerische Anreiz wird dadurch in Frage stellt.

 Öffentliche Apotheke	 Krankenhausapotheker	 Apotheken unter anderen Trägerschaften
 Zweites bis fünftes Berufsjahr	 Je nach Tarifgruppe	 k. A.
 40 Wochenstunden	 40 Wochenstunden/Tarifverträge	 k. A.
 3.896 €	 4.543 € bis 7.144 €	 3.500 € bis 7.000 €

Quelle: Die Angaben zu Gehalt, Arbeitszeiten, Sonderdiensten etc. beruhen auf den aktuell gültigen Tarifverträgen des ADA, der TGL-Nordrhein und des TVÖD.

Abbildung 21: Konditionen, zu denen angestellte Apotheker:innen arbeiten (2022), Bruttogehälter ⁹²

9.6. Bundesbesoldung

Zwar sind Apotheker:innen nicht verbeamtet, unterliegen aber den strengen Regularien des Gesetzgebers, wodurch ihr Einkommen maßgeblich von den staatlichen Vorgaben abhängig ist. Vor diesem Hintergrund sei an dieser Stelle auch darauf hingewiesen, dass erst kürzlich bei diversen Berufsgruppen, für deren Besoldung der Staat zuständig ist, eine Gehaltsanpassung beschlossen wurde: Am 1. März 2024 kam es zu einer kräftigen Besoldungserhöhung: Für die Beamt:innen, Anwärt:innen, Pensionär:innen, Soldat:innen sowie Richter:innen des Bundes wurde die Auszahlung eines Sockelbetrags in Höhe von 200 Euro beschlossen und die Besoldung sowie die Versorgung zusätzlich um 5,3 Prozent erhöht.⁹³ Die Dienst- und Versorgungsbezüge sollen damit an die Entwicklung der allgemeinen wirtschaftlichen und finanziellen Verhältnisse angepasst werden.⁹⁴

10. FAZIT

Das ökonomische Gutachten hat folgende Aspekte herausgearbeitet:

⁹² Apobank, 2022, online: <https://www.apobank.de/wissen-news/karrierekompass-heilberufler/apotheker/gehalt-arbeitszeit>, Zugriff: 21.03.24.

⁹³ Verdi, 01.03.24: Kräftige Besoldungserhöhung ab 1. März 2024, online: <https://beamte.verdi.de/themen/besoldung/++co++abb44d58-d7c3-11ee-ae3f-9563b9866d9a>, Zugriff: 02.04.24.

⁹⁴ Deutscher Bundestag, 12.09.23: Anpassung der Bundesbesoldung und -versorgung, online: <https://www.bundestag.de/presse/hib/kurzmeldungen-965606>, Zugriff: 02.04.24.

Die Aufgaben, die von Apotheken übernommen werden, haben sich seit 2004 erheblich erweitert. Da sich die Vergütung auf die Anzahl der abgegebenen Packungen bezieht, ist folgerichtig damit der Aufwand pro abgegebener Packungseinheit gestiegen.

Daraus folgt auch, dass bei gleichbleibenden Inputfaktoren, in erster Linie Arbeitszeit, nicht mehr, sondern weniger Packungen pro Zeiteinheit abgegeben werden können. Entweder steigt nun der Auslastungsgrad der Beschäftigten bzw. bei schon vorhandener Vollausslastung wird die vereinbarte Arbeitszeit überschritten oder es müssen für die gleiche Anzahl abgegebener Packungen mehr Zeiteinheiten und damit mehr Beschäftigte eingesetzt werden.

Zudem wurde in diversen Entwicklungslinien aufgezeigt, wie sich die in einer Apotheke relevanten Kostenarten im Zeitverlauf entwickelt haben. Daraus wird deutlich, dass ein signifikanter Kostenanstieg bei nahezu allen Kostenarten stattgefunden hat.

Der Rückgang der Apothekenzahl könnte fälschlicherweise von der Politik als Lösungsweg angesehen werden, da über mehr abgegebene Packungen pro verbleibender Apotheke die zu geringe Vergütung kompensiert werden könnte. Dies setzt aber voraus, dass diese Umverteilung gleichmäßig erfolgt, sodass sie mit dem bestehenden Personal geschultert werden kann und dass daraus kein erhöhter zeitlicher Aufwand entsteht. Da dieser aber (siehe oben) durch die zusätzliche Aufgabenerfüllung pro abgegebener Packung signifikant gestiegen ist, löst der Rückgang der Apothekenzahl und somit die Umverteilung des Umsatzes bzw. Absatzes auf weniger Apotheken das Problem nicht – vor allem nicht in mittelfristiger Perspektive. Denn dann müsste mit jeder weiteren Aufgabenübernahme von Apotheken bei gleichbleibender Vergütung die Zahl der Apotheken sinken und die Umverteilung dies regeln, was einem Ausbluten des Systems gleichkäme.

Aus diesen grundsätzlichen Überlegungen resultieren zwei denkbare Vorgehensweisen:

Wenn die in 2004 zusätzlich formulierte Gesetzesbegründung so interpretiert wird, dass die allgemeine Preissteigerung eingerechnet wird, müsste die jeweilige Inflationsrate pro Jahr in die ursprünglichen 8,10 € eingepreist werden. Tabelle 7 zeigt die sich im Rahmen eines Inflationsausgleichs ergebenden Honorare von 2005 bis 2023. Dementsprechend wäre zum aktuellen Zeitpunkt eine Erhöhung des Fixums pro verschreibungspflichtiger Packung auf 11,78 Euro der Inflationsentwicklung angemessen.

Jahr	Inflation (Veränderung zum Vorjahr)	Honorar
2004	1,6%	8,10 €
2005	1,6%	8,23 €
2006	1,6%	8,36 €
2007	2,3%	8,55 €
2008	2,6%	8,78 €
2009	0,3%	8,80 €
2010	1,0%	8,89 €
2011	2,2%	9,09 €
2012	1,9%	9,26 €
2013	1,5%	9,40 €
2014	1,0%	9,49 €
2015	0,5%	9,54 €
2016	0,5%	9,59 €
2017	1,5%	9,73 €
2018	1,8%	9,91 €
2019	1,4%	10,04 €
2020	0,5%	10,09 €
2021	3,1%	10,41 €
2022	6,9%	11,13 €
2023	5,9%	11,78 €

Tabelle 7: Berechnung der inflationsbedingten Honorarerhöhung

Wenn die Gesetzesbegründung nicht die allgemeine Preissteigerung thematisiert, sondern vielmehr die Erbringung der apothekerlichen Leistungen würdigt, müsste der Aufwand im Jahr 2004, der mit 8,10 € berechnet wurde, ins Verhältnis zum durchschnittlichen zeitlichen Aufwand pro Packung in den Folgejahren gesetzt werden. Dann müssten alle seitdem zusätzlich den Apotheken übertragenen Aufgaben gemessen und als Aufschlag auf die ursprünglichen 8,10 Euro berechnet werden. Derzeit findet keine äquivalente Vergütung der vielfältigen Zusatzaufgaben statt, die den Apotheken seit dem Jahre 2004 zuteil wurden.

Aus Sicht der Gutachter bedingen beide Betrachtungsweisen einen Anpassungsbedarf des apothekerlichen Honorars. Demnach müsste zunächst eine inflationsgeleitete Anpassung erfolgen. In einem zweiten Schritt wäre das so errechnete Honorar nochmals um einen prozentualen Aufschlag zu erhöhen, der den Mehraufwand vergütet, der den Apotheken durch die von ihnen erbrachten zusätzlichen Leistungen entsteht. Nimmt man einen

(leistungsbedingten) prozentualen Aufschlag von 20 Prozent an, würde sich somit ein Fixum in Höhe von 14,14 Euro pro verschreibungspflichtiger Packung ergeben.

11. ANHANG

11.1. Ausgewählte Gesetze und Auflagen im Überblick

Gesetz/Auflage	Erläuterung
Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO)	Die ABetrO regelt die Details des Betriebes einer öffentlichen Apotheke in Deutschland hinsichtlich personeller und räumlicher Ausstattung. Im Juni 2012 ist die Novelle der ABetrO in Kraft getreten.
Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln (Arzneimittelgesetz – AMG)	Das AMG enthält Richtlinien zur „Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit von Arzneimitteln“. Es sichert Apotheken das Monopol zur Abgabe von Arzneimitteln an den Endverbraucher. Am 26. Oktober 2012 trat eine umfassende Novelle in Kraft. Die Schwerpunkte liegen in den Bereichen Pharmakovigilanz und Schutz vor Arzneimittelfälschungen.
Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz – AMNOG)	Das AMNOG ist zum 01.01.2011 mit dem Ziel in Kraft getreten, den Anstieg der Arzneimittelausgaben der GKV einzudämmen. Apotheken sind vor allem durch die Erhöhung des Zwangsrabattes an die gesetzliche Krankenversicherung, die geänderte Packungsgrößenverordnung (größere Einheiten) sowie mittelbar durch die Beschränkung der Großhandelsmarge betroffen.
Gesetz über das Apothekenwesen (ApoG)	Das ApoG regelt die Grundlagen des Betriebs von Apotheken in Deutschland. Es legt u. a. fest, dass die Erlaubnis, eine Apotheke zu betreiben, nur einem approbierten Apotheker erteilt werden kann, ein fachfremder Unternehmer darf keine Apotheke besitzen (Fremdbesitzverbot). Das Prinzip des Mehrbesitzverbotes verhindert, dass Apotheker beliebig viele Betriebe unterhalten und Ketten entstehen können. In Deutschland dürfen Apotheker:innen neben ihrer Hauptapotheke bis zu drei weitere öffentliche Apotheken (sog. Filialapotheken) betreiben (eingeschränkter Mehrbesitz).
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)	Mit dem GKV-WSG wurden die Rabattverträge in ihre heutige Form gegossen: Ein Pharmahersteller sagt einer Krankenkasse zu, dass er für ein Medikament einen Rabatt auf den bundesweit einheitlichen Apothekenverkaufspreis gewährt. Im Gegenzug sagt die Krankenkasse dem Hersteller zu, dass alle ihre Versicherten im Normalfall künftig nur dessen Präparate erhalten. Hat der Arzt einen Wirkstoff verordnet oder die Ersetzung des verordneten Arzneimittels zumindest nicht ausdrücklich ausgeschlossen (Aut-idem-Regelung), ist der Apotheker verpflichtet, das von der jeweiligen Kasse vorgesehene rabattierte (und somit preisgünstigste) Arzneimittel abzugeben.
Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG)	Das GMG führte für die Apotheken 2004 zu diversen Änderungen. Die Abgabe von Re- bzw. Parallelimporten sind verpflichtend, wenn diese mindestens 15 % oder 15 Euro billiger sind als das Originalpräparat. Mindestens 5 % des FAM-Umsatzes der Apotheke müssen durch Importe erzielt werden. Dazu wurden nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel aus der Erstattungspflicht der Gesetzlichen Krankenkassen ausgeschlossen und bei diesen ausgeschlossenen Arzneimitteln die Kalkulation der Preise freigegeben. Im Gesetz wurde erstmals die

Gesetz/Auflage	Erläuterung
	Möglichkeit des Versandhandels mit Arzneimitteln eingeräumt sowie die Option einer begrenzten Filialisierung geboten (bis zu drei Filialen). Schließlich gab es mit dem AMG 2004 einen Paradigmenwechsel in der Arzneimittelpreisverordnung für verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel.
Arzneimittel- preisverordnung (AMPreisV)	Die AMPreisV schreibt die Preisbildung für verschreibungspflichtige FAM bei der Abgabe durch öffentliche Apotheken sowie die Preise für in Apotheken selbst hergestellte AM vor. Daneben wird die Vergütung des pharmazeutischen Großhandels festgelegt. Preise für die Dienstleistung der Verblisterung sind nach derzeitiger Rechtsauffassung nicht von der Arzneimittelpreisverordnung erfasst.
Zulassung Versandhandel	Der Versandhandel von Medikamenten wurde – unter den Auflagen einer traditionellen Apotheke – zugelassen. Ein Urteil des Bundesverwaltungsgerichts (März 2008) hat die Zusammenarbeit von Gewerbebetrieb (z. B. Drogeriemarkt) und Versandapotheke in letzter Instanz legalisiert. Ein Gewerbebetrieb darf eine Rezeptsammelstelle und eine Abholstation für Arzneimittel (Pick-up-Stellen) anbieten. Es muss jedoch kenntlich gemacht werden, dass der Gewerbebetrieb nur die Funktion des Transportmittlers übernimmt.
Apothekenabschlag	Der Apothekenabschlag ist ein Zwangsrabatt auf verschreibungspflichtige Arzneimittel, den Apotheken der GKV gewähren müssen.

11.2. Ausgewählte konkrete Regelungen gemäß Apothekenbetriebsordnung

Die ApBetrO enthält konkrete Regelungen für ...

- Anforderungen an Räumlichkeiten und Ausstattung
 - die Lage und Gestaltung der Betriebsräume der Apotheke (§ 4 ApBetrO),
 - die Ausstattung der Betriebsräume mit wissenschaftlichen und sonstigen Hilfsmitteln (§ 5 ApBetrO),
 - das erforderliche Personal für den Apothekenbetrieb (§ 3 ApBetrO) und
 - den konkreten Betrieb im Praxisalltag der Apotheke (§§ 2a, 6 – 24 ApBetrO).
- Kernaufgaben (§§ 17, 20 ApBetrO)
 - Abgabe von Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten
 - Information und Beratung über diese Produkte
- Vorgaben für die Herstellung von Arzneimitteln (§§ 6 – 11 ApBetrO)

Allgemeine Anforderungen an die Betriebsräume (Auswahl)

- Betriebsräume: Eine Apotheke muss mindestens aus einer Offizin, einem Laboratorium, ausreichendem Lagerraum und einem Nachtdienstzimmer bestehen. Die Grundfläche dieser Räume muss insgesamt mind. 110 m² betragen (§ 4 Abs. 2 ApBetrO). Das ist der "Apothekenkern".
- Die Betriebsräume – außer dem Nachtdienstzimmer – sollen so angeordnet sein, dass jeder Raum ohne Verlassen der Apotheke zugänglich ist – Raumeinheit (§ 4 Abs. 1 Nr. 5 ApBetrO).
- Die Betriebsräume müssen nach Art, Größe, Zahl, Lage und Einrichtung geeignet sein, einen ordnungsgemäßen Apothekenbetrieb, insbesondere die einwandfreie Entwicklung, Herstellung, Prüfung, Lagerung, Verpackung sowie eine ordnungsgemäße Abgabe der Arzneimittel und die Information und Beratung über Arzneimittel zu gewährleisten. Sie sind gegen unbefugten Zutritt zu schützen, ausreichend zu beleuchten und zu belüften sowie erforderlichenfalls zu klimatisieren; Sie sind in einwandfreien baulichen und hygienischen Zustand zu halten (§ 4 Abs. 1 ApBetrO).
- Die Betriebsräume sind von anderweitig gewerblich oder beruflich genutzten Räumen sowie von öffentlichen Verkehrsflächen und Ladenstraßen durch Wände oder Türen abzutrennen (§ 4 Abs. 1 Nr. 1a ApBetrO).
- Die Offizin muss so gestaltet werden, dass insbesondere für die Beratung von Kunden genügend Raum bleibt. Sie muss so eingerichtet sein, dass insbesondere dort, wo Arzneimittel abgegeben werden, das Mithören des Beratungsgesprächs weitestgehend verhindert wird (§ 4 Abs. 2a ApBetrO).
- Die Offizin muss einen Zugang zu öffentlichen Verkehrsflächen haben (§ 4 Abs. 2a ApBetrO).
- Die Offizin soll barrierefrei erreichbar sein.

Weitere Regelungen (Auswahl)

- Vertretungsbefugnis des Apothekers: In bestimmten Aufgabenbereichen ist eine Vertretung gänzlich ausgeschlossen (Medikationsmanagement), in anderen Bereichen (Beratung) ist sie an strenge (bürokratische) Vorgaben geknüpft (Bsp.: Erfordernis schriftlicher Festlegung der Vertretungsbefugnis individualisiert nach Status, Kenntnissen und Fähigkeiten der Mitarbeiter).
- Regelung der (bürokratischen) Anforderungen an die Rezeptur- und Defekturherstellung
- Vorgaben bzgl. des apothekenüblichen Nebensortiments: „Apothekenüblich“ sind Waren nur, sofern sie der Gesundheit unmittelbar dienen oder diese fördern.“ (Bsp.: Sanitärartikel dürfen nicht vertrieben werden.) Ausgenommen von diesem Gesundheitsbezug sind Mittel zur Körperpflege, damit auch Kosmetika.
- Vorgaben bzgl. der apothekenüblichen Dienstleistungen: Diese müssen der Gesundheit dienen oder diese fördern. Die Vermittlung von Dienstleistungen Dritter ist nicht zulässig (z.B. die Reise- oder Versicherungsvermittlung)
- Vorschrift für den Versandhandel: „Eine Arzneimittelabgabe ohne jegliches Beratungsangebot ist rechtlich nicht akzeptabel“. Der Patient muss im Zuge seiner Arzneimittelbestellung eine Telefonnummer angeben, unter der er beraten wird.

11.3. Katalog zusätzlicher Dokumentationspflichten in Apotheken

Pharm. Personal einschließlich Inhaberin:

- Pharm. Ausbildung mit entsprechenden Abschlüssen und Nachweisen
- Fortbildungszertifikate
- Beratungsbefugnisse
- Aufzeichnungsbefugnisse
- Abzeichnungsbefugnisse
- Befreiung von der Aufsichtspflicht
- Pflichtenübertragung
- QMS zu allen Tätigkeiten
- Datenschutz
- Nachweise für Präqualifizierung zur Belieferung von Hilfsmitteln
- Belehrungen (jährlich) und Unterweisungen
- Sachkundenachweis Gefahrstoffe (aller 6 Jahre, trotz Fachschul- oder Universitätsabschluss)
- Ersthelfer
- Brandschutzhelfer
- Zertifikate zur Anmessung Bandagen, Kompressionsware, Zytostatikaherstellung, pharm. Dienstleistungen, Medikationsanalyse, Medizinprodukte, Datenschutz, Impfen
- Nachweis Impfstatus
- besondere Vorkehrungen bei Schwangeren, Stillende, Jugendliche, Schüler, Praktikanten, Auszubildenden
- Hygieneunterweisung
- Betriebsanweisungen
- Gefährdungsbeurteilungen zu allen Tätigkeiten
- Studium der wöchentlichen bzw. täglichen Information der Arzneimittelkommission aus der Fachpresse, des BfArM, BMG, Apothekenkammer, Apothekenverband, Berufsgenossenschaft, Bundesland, Gemeinde, Gesundheitsamt, Rückrufe mittels Rote-Hand-Briefe
- ärztliche Untersuchungen im Rahmen der Berufsausübung
- besondere Regelungen bei Schwerbeschädigung
- Bereitstellung Arbeitskleidung, Schutzkleidung, persönliche Schutzausrüstung inkl. Unterweisung der korrekten Anwendung und Gebrauches
- Unfallbuch und Verbandskasten aufgrund Arbeitsunfälle
- Führerschein

Labor und Rezeptur (Herstellung von Arzneimitteln):

- Gefahrstoffverzeichnis für alle in der Apotheke gelagerten Substanzen (Reagenzien, Arznei- und Hilfsstoffe)
- Verfall, fachgerechte Entsorgung
- Prüfung der Ausgangs- und Arzneistoffe, Hilfsstoffe, registrierter Verpackungsmaterialien
- Plausibilitätsprüfungen
- Herstellung von Arzneimitteln (individuell oder Defektur)
- Freigabe der hergestellten Arzneimittel
- Hygieneplan
- Notfallplan
- Explosionsschutzdokument
- Sicherheitsdatenblätter
- Betriebsanweisungen
- Gefährdungsbeurteilung
- jährliche Überprüfung der elektronischen oder manuell anzuwendenden Labor-Geräte
- jährliche Eichung der Waagen, Leitern und Tritte
- Chemikalienabgabe und Verwendungszweck des Endverbrauchers
- jährliche Überprüfung Laborabzug
- jährliche Überprüfung Gefahrstoffschränk
- Überprüfung Gasanlage / Gaspatronen

Überprüfungen in der Apotheke:

- Überprüfung ortsveränderlicher und ortsfester Elektrogeräte und Anlagen
- Überprüfung Brandschutzvorrichtungen Feuerlöscher, Sprinkleranlagen
- Anzeigen bei Behörden, Kammer, Verbände, Versicherungen
- DSGVO
- Umsetzung Vorgaben Berufsgenossenschaft/Gefährdungsbeurteilungen zu allen Tätigkeiten
- Regelbesuche/Revisionen durch Landesdirektion, Regierungspräsidium, Apothekerkammer
- Überprüfung Arbeitsschutz
- Überprüfung durch den Zoll
- Überprüfung durch das Finanzamt
- Überprüfung durch das Gewerbeaufsichtsamt
- Überprüfung durch DEKRA, TÜV
- Überprüfung durch Rentenversicherung inkl. Lohnabrechnung

- Überprüfung durch das Ordnungsamt

Dokumentationspflichtige Aufgaben (Teil 1):

- tägliche Prüfung Fertigarzneimittel, Hilfsmittel oder Medizinprodukt
- Rückrufe von Fertigarzneimitteln, Hilfsmitteln oder Medizinprodukten bearbeiten
- Meldung von fehlerhaften Fertigarzneimitteln, Hilfsmitteln zum Ge- oder Verbrauch, Medizinprodukten oder Missbrauch, Neben- oder Wechselwirkungen an Behörden, Kammer und Arzneimittelkommission und entsprechenden Hersteller
- Arzneimittelimporte nach AMG, § 73 a
- Bezug und Abgabe von Betäubungsmitteln (Substitution nochmals separat aufgeführt)
- Bezug und Abgabe von T- Arzneimitteln
- Bezug und Abgabe von Tierarzneimitteln
- Bezug und Abgabe von Produkten, die dem Transfusionsgesetz unterliegen (Aufbewahrung 30 Jahre und aufgrund Datenschutz kann es Niemanden ausgehändigt werden)
- pharm. Dienstleistungen(pDL)
- Schutzimpfungen (aktuell gegen Covid-19, Grippe)
- Rezeptsammelstelle
- Heimversorgung
- Verblisterung
- Klinikversorgung
- Substitution von BTM (Methadon, etc.)
- Take-Home-Versorgung bei Substitution
- Zytostatikaherstellung
- Sterilherstellung
- Versandhandel
- Großhandel
- Botendienst
- Nichtverfügbarkeit von Arzneimitteln inkl. BfArM-Liste
- Importquote für GKV
- Blutzuckermessstreifenquote für GKV
- Präqualifizierung, um Hilfsmittel (zum Ge- oder Verbrauch) und Trinknahrung zu Lasten der GKV abgeben zu dürfen, Gültigkeit 5 Jahre inklusive 2 Zwischenaudits nach 20 und 40 Monaten (entfällt teilweise für einige Produktgruppen zum 01.04.2024)
- QMS
- DSGVO für Kunden, Geschäftspartner, andere Leistungserbringer im Gesundheitswesen
- Hilfsmittelabgabe zum Ge- oder Verbrauch an Endverbraucher

- Verleih von Hilfsmitteln an Versicherte / Kunden
- Abgabe von Medizinprodukten an Endverbraucher
- Temperatur (Lagerung und Transport von Arznei-, Hilfsmitteln, Medizinprodukten)
- Securpharm
- Beratung „Pille danach“
- Chargen der Arzneimittel bei Abgabe mittels e-Rezept
- Dosierungen ergänzen, sofern Angabe auf Papierrezepten oder im Datensatz des e-Rezeptes fehlt
- Medikationsplan ändern
- Notdiensttauhänge
- fehlerhafte ärztliche Verordnungen, Interaktionen, Wechselwirkungen, Nebenwirkungen, Missbrauch, Doppel- oder Falschverordnungen
- Pharmazeutische Bedenken und Gefährdung der Patienten-Compliance
- Genehmigungen Krankenkassen zu Hilfsmitteln zum Ge- oder Verbrauch, Arzneimittellimporten, Pflegehilfsmitteln, Inkontinenzmateriale
- Abgabe von Pflegehilfsmitteln, Hilfsmitteln zum Ge- oder Verbrauch, Medizinprodukten, Ausleihe von medizinischen Geräten
- Überprüfung Zuzahlungsstatus der GKV-Versicherten
- Dokumentation der Packungsanzahl verschreibungspflichtiger Arzneimittel für den Nacht- und Notdienstfond aufgrund Notdienstpauschale und pharm. Dienstleistungen
- Vernichtung vom per Gesetz vorgeschriebenen Notfalldotum sowie Arzneimittel, Hilfsmitteln zum Ge- oder Verbrauch, Medizinprodukten und apothekenüblichen Waren aufgrund von Verfall, Qualitätsmängeln, Retouren, Abschreibung
- Durchsicht/TÜV/AU Botenfahrzeuge inkl. Fahrtenbuch
- Verpflichtende Vorhaltung und Kontrolle des Notfallsortiments
- Aktualisierung umfangreicher Pflicht- und Fachliteratur
- zertifizierte Soft- und Hardware
- 14-tägiger Datenabgleich aufgrund der Arzneimitteltaxe, Rabattverträgen von derzeit 97 Krankenkassen, Kostenträgern, Festbeträgen, Neuzulassungen, Änderungen, Ruhen der Zulassung oder Löschungen von Arznei-, Hilfsmitteln, Medizinprodukten sowie apothekenüblicher Ware
- Verfallskontrolle
- Ladenhüterkontrolle
- Lagerwertverluste
- Alkoholabgabe
- Dokumentation unversteuerter Alkohol
- Preisauszeichnungspflicht

- Flucht- und Rettungswege,
- Arbeitszeiten Mitarbeiter
- Buchhaltungspflichten wie jedes Wirtschaftsunternehmen
- Rechnungswesen
- Medizinprodukteliste nach der Medizinproduktebetreiberverordnung
- Bearbeitung von Retaxationen der gesetzlichen Krankenkassen
- Bearbeitung von Einsprüchen
- Eintreiben gesetzlicher Zuzahlung bei Belieferungen von Arztpraxen, Pflegeheimen, etc.

Pharmazeutische Dienstleistungen

- Kunden inkl. Arzt im Software-System anlegen
- Leistungsnachweis
- Datenschutzerklärung
- Selbsterklärung des Kunden „Keine Leistung in den letzten 12 Monaten“
- Formular zur Durchführung der pDL nach BAK-Leitlinie, je nach pDL
- Sonderbeleg NNF zur Abrechnung pDL
- Aufbewahrungspflicht NNF-Bescheid zu Abrechnung pDL
- QMS-Arbeitsanweisung pDL

Zusätzlich bei Medikationsanalyse:

- Erfassen der kompletten Medikation
- Athina-Bogen NW/WW + Laborwerte
- Gesprächsprotokoll Patient
- Einverständniserklärung Patient
- Entbindung ärztl. Schweigepflicht
- Gesprächsprotokoll Arzt
- Doku Abschlussgespräch Patient

Substitution Betäubungsmittel z. B.: Take Home:

- Abgabeliste mit Unterschrift Apotheker + Patient
- Eintrag BTM-Kartei
- Monatliche, abzeichnungspflichtige (Apotheker) Bestandskontrolle BTM
- Aufbewahrungspflicht BTM-Rezeptkopie (5 Jahre)
- Empfangsquittung GH-Lieferung
- Jede Substitution ist eine Rezeptur -> Hashwert
- ggfls. Rezepturdokumentation + Etiketten (L-Pola)
- Kundenkartei Substitution

- QMS-Arbeitsanweisung Substitution

Rezept Sammelstelle

- Antrag zur Sammelstelle bei der Apothekerkammer
- Nachweis und Begründung der Notwendigkeit einer Sammelstelle
- Anzahl der Apotheken im jeweiligen Umkreis mit Entfernung
- Stellungnahme der betreffenden Gemeinden und ggfls. Ärzte
- Antrag beim Regierungspräsidium oder Landesdirektion
- Fotodokumentation der Sammelstellen an die entsprechenden Behörden
- Dokumentation der täglichen Briefkastenleerung
- Dokumentation der eingelieferten Rezepte
- Dokumentation der Auslieferung/Botenliste
- QMS-Arbeitsanweisung Sammelstelle
- QMS-Arbeitsanweisung Botendienst

Inkontinenzmaterial-Versorgung

- Präqualifizierung Hilfsmittel (HiMi)
- Datenschutzerklärung zur Speicherung der Kundendaten in der (vorgeschriebenen!!!!) HiMi-Liste
- HiMi-eKV (elektronischer Kostenvoranschlag)
- Mehrkostenerklärung HiMi
- Abgabe-Dokumentation mit Nachweis der Einweisung ins HiMi
- Dokumentation der Seriennummer des abgegebenen HiMi

Impfungen

- Patienten registrieren in Apotheken-Software
- Einwilligungserklärung, DSGVO-Erklärung
- Dokumentation zu den Impfstoffen (bei Covid-19-Impfstoffen noch die ganze Logistik, Temperatur und Herstellung zur Applikation des Impfstoffes)
- Chargen-Dokumentation
- Impfdokumentation im Impfausweis des Patienten
- Hygienemaßnahmen zum kompletten Impfvorgang
- Abrechnung auf Sonderbeleg NNF inkl. Dokumentation
- Bestandsänderung der verbrauchten Impfdosen im Warenlager und Abrechnung zur Impfleistung

Zytostatika Zubereitung:

- Bestellung/Lieferengpassmanagement
- Erstellung Plausibilität

- Erstellung Herstellungsprotokolle
- Erstellung Etiketten
- Eingabe Patientendaten
- Temperaturkontrollen und Dokumentation aller Räumlichkeiten und Kühlschränke
- Validierung
- Dummy, Sedi-Platten, Abklatsche 2 St./Wo
- Partikelmessung u. Luftkeimsammlung
- Retaxierungen (regelmäßig 4-stelliger Bereich, zu 90% unbegründet)
- Rechnungswesen/Inkasso (Privat- u. Zuzahlungsrechnungen schreiben, Kontoführung, Mahnung)

E-Rezepte

- TI-Ausfälle aufgrund fehlerhafter Datensätze, Haftungsproblem (Versorgung der Patienten nicht möglich)
- Chargendokumentation
- andere Sonder-Pharmazentralnummern als bei m Papierrezept (Formular 16)
- Berufsbezeichnung des Arztes
- Abweichungen innerhalb des Arztnamens und Signatur
- Anforderung von Papierrezepten für Hilfsmittel, Medizinprodukten
- Freitextverordnungen z. T. mit fehlenden Dosierungen oder ohne Angabe der Arzneiform müssen neu angefordert werden (insb. Individuelle Rezepturen)