

GEMEINSAME STELLUNGNAHME sowie Strategiepapier zur Zukunft der Apotheke

des Expertenkreises

- **Prof. Dr. Reinhard Herzog**, Tübingen (Apotheker, Autor, Berater, Hochschullehrer und Lehrbeauftragter an der Hochschule Albstadt-Sigmaringen, Fakultät Life Sciences)
- **Prof. Dr. David Matusiewicz**, Essen (Dekan und Direktor an der Hochschule für Ökonomie & Management, Essen)
- **Holger Seyfarth**, Frankfurt/Main (Apotheker und Apothekeninhaber, Vorsitzender des Hessischen Apothekerverbands)
- **Ulrich Ströh**, Kiel (Apotheker, Mitglied der Kammerversammlung Schleswig-Holstein)
- **Björn Kersting**, Männedorf/Schweiz (Gesundheitsökonom, Apotheker)
- **Daniela Klahn**, Bonn (Juristin)
- **Dominik Klahn**, Bonn (Ökonom)

zum

**Referentenentwurf eines Gesetzes für eine Apotheken-Reform
(ApoRG)**

Stand 24.06.2024

Vorbemerkungen

Die Verfasser dieser Stellungnahme zum Referentenentwurf für ein Apothekenreform-Gesetz (ApoRG) eint das Interesse am Fortbestand der durch freiberufliche Inhaber:innen geführten Vor-Ort-Apotheken. Wir konnten uns auf viele Positionen verständigen, einige bleiben kontrovers und dienen als Dreh- und Angelpunkt einer dringend gebotenen Debatte. Wir verbinden mit vorliegender Stellungnahme die Hoffnung, dass unsere Anregungen zur Weiterentwicklung der Positionierung inhabergeführter Vor-Ort-Apotheken in dieser herausfordernden Zeit aufgegriffen werden, denn: Unser solidarisch finanziertes Gesundheits- und innerhalb dessen unser (schützenswertes) Apothekensystem stehen gleichermaßen unter erheblichem Druck. Dafür sprechen jeweils sowohl große finanzielle als auch tiefgreifende strukturelle Herausforderungen in der Versorgung. Die zu gewährleistende Sicherstellung einer leicht zugänglichen, flächendeckenden und bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung ganz allgemein und hier speziell zur Versorgung mit Arzneimitteln ist von oberster Priorität. Vor diesem Hintergrund sind die pauschalen Rufe der Apotheken-Standespolitik nach Rettungsschirmen, massiver Honoraranpassung oder Entbürokratisierung zwar nachvollziehbar, allerdings berücksichtigen diese die aktuell zu bewältigenden Herausforderungen unseres solidarisch finanzierten Gesundheitswesens nur unzureichend.

Aus unserer Sicht kann es nur dann zu einer wirksamen Apothekenreform kommen, wenn beide Interessenlagen hinreichend Berücksichtigung finden. Insofern wäre es wünschenswert, wenn das nunmehr einsetzende Gesetzgebungsverfahren in eine „gesunde Interessenbalance“ zwischen den handelnden gesundheitspolitischen und standespolitischen Akteuren mündet – was allerdings den Willen aufeinander zuzugehen voraussetzt.

Aus unserer Sicht greift das Bundesgesundheitsministerium (BMG) sowohl in seinem zum Ende des Jahres 2023 publizierten Eckpunktepapier als auch mit dem nun vorgelegten, inhaltlich bis auf einige Details sehr ähnlichen Referentenentwurf zum ApoRG (vom Juni 2024) einige für die zukünftige Positionierung der Vor-Ort-Apotheken im deutschen Gesundheitswesen durchaus sinnvolle Ansätze auf – selbst wenn diese im Detail sicherlich noch Abstimmungsbedarf erfordern. Einige Punkte lehnen indes auch wir (vorerst) ab.

Executive summary

A. Problemstellung

Gesundheitssystem und Gesellschaft stehen vor enormen Herausforderungen: Demografischer Wandel, Bewältigung einer klimagerechten, ökologischen Transformation, drängende Sicherheitsfragen – bei im Idealfall weiterem Ausbau der sozialen und gesundheitlichen Versorgung. Dies ist lösbar, wenn wir all unsere Ressourcen klug einsetzen und bündeln, und alle Beteiligten gemäß ihrer Fähigkeiten und Möglichkeiten einbinden.

B. Die Initiative

Interessierte Branchenkundige aus Apothekenpraxis, Hochschule und Fachberatung haben sich zusammengetan, um unbelastet von standespolitischen Verengungen des Diskursraums eine Skizze für die Rolle der Apotheken der Zukunft zu entwerfen, aber auch ein kurzfristiges Sofortprogramm, um den Weg dahin möglich zu machen. Mit demnächst rund 70 Milliarden Euro Umsatz gehören die Apotheken zu den Top-Einzelhandelsbranchen nach Lebensmitteln und Kfz-Gewerbe. Es geht sowohl ökonomisch als auch gesundheitspolitisch um einiges.

C. Die Lösungsansätze

Die Apotheken mit über 53.000 vollakademisch ausgebildeten Apotheker:innen stellen ein Potenzial dar, welches nur unzureichend genutzt wird. Wir möchten daher ...

- die Apotheken in die Lage versetzen, vor allem im Sinne einer qualitativ hochwertigen, flächendeckenden Versorgung tätig werden zu können – indem unnütze (bürokratische) Tätigkeiten minimiert, Kompetenzspielräume eröffnet, aber auch die wirtschaftlichen Grundlagen erhalten werden.
- dass das Dienstleistungspotenzial evidenzbasiert ausgebaut wird. Themen der Zukunft sind präventive Früherkennung (Krankheiten erkennen, bevor sie teuer werden), Methoden der (Pharmako-)Genomik, Screeningprogramme auf noch unentdeckte Erkrankungen (Diabetes, Herz-Kreislauf, Demenz u.a.) in Abstimmung mit der Ärzteschaft. Perspektivisch erscheint die Rolle eines flächendeckenden „Gesundheits-Coachs“, fußend auf einem evidenzbasiert-datengestützten „Lebenspfad-Management“ und „Health-Risk-Management“ auch unter gesundheitsökonomischen Aspekten sinnvoll.
- dass Apotheken proaktiv die Möglichkeiten von IT, künstlicher Intelligenz und Automatisierung im Sinne der Patienten und Gesellschaft nutzen, und sich neuen Märkten vorurteilsfrei und wissenschaftsbasiert zuwenden (Cannabis als „verpasste Chance“? Gesundheitselektronik / Wearables, Novel Food u.a.).

Einladung zum Diskurs

Der Referentenentwurf zur Apothekenreform und das Skontourteil fordern zu einer grundlegenden Diskussion über die Zukunft der Vor-Ort-Apotheken auf!

Unser solidarisch finanziertes Gesundheitssystem steht unter Druck. Trotz wachsender Defizite bei Rekordeinnahmen der Kostenträger werden tiefgreifende Strukturprobleme in der Breitenversorgung immer sichtbarer, und das vor dem Hintergrund großer gesellschaftlicher Herausforderungen. Die nichtsdestotrotz zu gewährleisten Sicherheit einer leicht zugänglichen, flächendeckenden und bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung hat auf der gesundheitspolitischen Agenda oberste Priorität. Diese Situation kann und sollte standespolitisch als Chance begriffen werden, um gesundheitspolitisch konstruktive Vorschläge einzubringen, sowohl für eine schnelle Umsetzung als auch für eine langfristige und für alle Beteiligten sinnhaften Einbindung der Vor-Ort-Apotheken in die Versorgung. Pauschale Rufe nach Rettungsschirmen, Honoraranpassungen oder Entbürokratisierung allein sind nicht zielführend.

Druck von der Basis nachvollziehbar

Zweifellos sind viele Apotheker*innen mit alltäglichen und leider immer weiter zunehmenden Schwierigkeiten konfrontiert. Solche ergeben sich durch den Takt, den die Digitalisierung vorgibt, durch die enorme Bürokratielast (allein die GKV-Rezeptbürokratie schlug in 2022 nach einer Studie von Prof. Herzog mit knapp einer Milliarde Euro zu Buche), durch Probleme bei der Beschaffung von Arzneimitteln und durch Personalmangel – mancherorts im bedrohlichen Umfang und damit verbundene Überlastung von Teams und InhaberInnen. Hinzu kommt in einigen Regionen eine weitere Ressourcen zehrende Notdienstorganisation. Unter dem Strich haben damit die Kosten, insbesondere für Personal, eine enorme Eigendynamik entfaltet, denen in den letzten Jahren ein nicht mehr adäquat steigendes Ertragsvolumen gegenübersteht (trotz Umverteilungseffekten durch Schließungen, die „Schließungsdividenden“). Unter dem Strich sinken, nach der (auch nicht bei allen wirksamen) Sonderkonjunktur Corona, die Gewinne nunmehr beschleunigt, sowohl nominal und erst recht kaufkraftbereinigt. Und das selbst bei vielen starken Apotheken. Verständlich, dass die Pharmazeut*innen an der Basis physisch und psychisch am Anschlag arbeiten. Gleichwohl braucht es eigene inhaltliche Lösungen statt einem polemischen Abarbeiten an Personalien anstelle von pauschalen Beschwörungen des Untergangs der Apothekenlandschaft. Fatalerweise mangelt es jedoch den Standesorganisationen an eigenen, mutigen und problemlösungsorientierten Vorschlägen. Die – von anderen Berufsgruppen mittlerweile überwundene – Wagenburgmentalität wird weiter zelebriert. Für die Pharmazeut*innen vor Ort ein brandgefährliches Trägheitsmoment, welches wir hiermit überwinden möchten. Denn fraglos besteht die Gefahr, dass die Vor-Ort-Apotheken eines Tages als Automatisierungs- und Rationalisierungsoffer enden.

Im Folgenden gehen wir – aufbauend auf unserem dem Bundesgesundheitsministerium bereits vorliegenden Diskussionspapier (Februar 2024) – **auf einige ausgewählte Ansätze aus dem ApoRG näher ein.**

1. Sicherstellung von Arzneimittel- und Grundversorgung in der Fläche

Ausweislich des Referentenentwurfs sollen Vor-Ort-Apotheken weitere Aufgaben übernehmen (wie weitere Impfungen, neue Testbefugnisse, Einbindung in Präventionskonzepte wie Herz-Kreislauf-Screening). Das ist bemerkenswert, denn in der Vergangenheit führte bereits die Diskussion solcher

Ansätze zu reflexartigen Abwehrhaltungen bei anderen, benachbarten Berufsgruppen. Dies hat sich während der Pandemie und aufgrund des berufsübergreifend eingetretenen Personalmangels verändert. Positive Beispiele aus dem Ausland (z.B. in der Schweiz, Großbritannien) ermutigen dazu, sich auf eine Ausweitung des Aufgabenspektrums einzulassen. **Solche Vorhaben begrüßen wir auch für die Apotheken hierzulande ausdrücklich.**

Allerdings ergibt das nur dann Sinn, wenn dem Fachkräftemangel vorher wirksam begegnet wurde. Damit spannt sich der Bogen heutiger sowie künftiger Leistungen wie folgt:

- ⇒ **Grundversorgungsaufgaben** stellen weiterhin als Basis, welche durch die Apotheke vorrangig vor Ort übernommen werden.
- ⇒ **Pharmazeutische Dienstleistungen** werden auf evidenzbasierter Grundlage (positives Kosten-Nutzen-Verhältnis) konsequent weiterentwickelt und ausgebaut.
- ⇒ **Präventionsleistungen**, v.a. Früherkennung bzw. Monitoring bei noch gesunden Patient*innen, latent Erkrankten sowie klinisch Auffälligen, besonders Chroniker*innen, auch in Apotheken. „Predictive analytics“ und (Pharmako-)Genomik werden als Zukunftsmärkte erkannt.

Sämtliche Leistungen müssen unter **evidenzbasierten Kosten-Nutzen-Aspekten** angemessen vergütet werden bei klarer Grenzziehung zwischen Erstattungs- und Selbstzahlermarkt. Eine so verstandene Leistungsausweitung festigt die Apothekerschaft systematisch und hebt sie von den Versandhändlern ab. In einem höheren Detaillierungsgrad sehen wir das künftige Leistungsspektrum der Apotheken wie folgt (**Impuls I**). Die Begründung dafür liefert unter anderem die Tatsache, dass sich das Gesundheitswesen mehr und mehr in einer „Fortschrittskostenfalle“ befindet, geprägt von immer weiter ausufernden Kosten für eine Hochleistungsmedizin und -pharmazie – siehe hierzu nachfolgend den Exkurs „**In der (Fortschritts-)Kostenfalle**“.

Impuls I: Rahmen für ein künftig erweitertes Apotheken-Aufgabenspektrum

⇒ Grundversorgung:

- **Sicherstellung der Versorgung** mit Arznei- und Hilfsmitteln in der Fläche erforderlichenfalls unter Nutzung (**erweiterter**) **logistischer Konzepte** wie koordinierter Boten-, Fahr- und Versanddienste (über das individuelle Angebot heutiger Einzelapotheken hinaus), perspektivisch nötigenfalls **Einbindung von Abgabeautomaten** in abgelegenen Regionen unter der kompetenten Regie lokaler Apotheken mit strengen Abstandsregeln zum Schutz vor Marktverzerrungen.
- Ausbau **individualisierter Arzneimittelabgaben** insbesondere bei Polymedikation und eingeschränkter Handlungsfähigkeit (in Form von Stellen, Verblistern, perspektivisch 3D-Druck, Individualmischungen/Mikropellet-Konzepte).
- Durchführung einfacher **Gesundheitstests** und Blutuntersuchungen.
- Mitwirkung an und Einbindung in **DMPs und strukturierten Versorgungsprogrammen**.
- Beratung auch unter Nutzung moderner Technologien wie **Telemedizin, -pharmazie**.

⇒ Pharmazeutische Dienstleistungen:

- Ausbau der **Arzneimitteltherapie-Sicherheit (AMTS)** unter Einbindung / Weiterentwicklung IT-gestützter Auswertemethoden, künftig auf „Big Data“ basierend und durch künstliche Intelligenz unterstützt.
- Weiterhin Ausbau eher einfacher, **patientenorientierter Dienstleistungen** (Schulungen wie z.B. Inhalator-Anwendung, Diabetes-Früherkennung) mit einer sehr guten Kosten-Nutzen-Bilanz.

⇒ Prävention:

- **Einbindung in strukturierte Präventions-, Früherkennungs- und Monitoring-Programme**; Stärkung der Apotheke als Test-Institution u.a. auch im Hinblick auf künftige Pandemien. Perspektivisch Erhebung von (bevorzugt und künftig im Zuge der technischen Entwicklung nicht-invasiv erfassbaren) Blutparametern und Arzneistoff-Blutspiegelkurven zur Therapiekontrolle und -optimierung, auch in Kooperation mit spezialisierten Laboren und der Ärzteschaft.
- „**Predictive analytics**“ als Zukunftsfeld – (teure) Erkrankungen erkennen, bevor sie klinisch auffällig werden. Begleitung des Selbstmanagements von Patient:innen. Perspektivisch Etablierung eines „**Life-Path-Managements**“ (Health-Risk-basierte Lebenspfad-Begleitung, Lotsenfunktion, „**Gesundheitscoach**“). Das bedeutet: Die individuelle gesundheitliche Risikomatrix ermitteln und den Lebenspfad optimieren durch Zusammenführung und Auswertung relevanter Gesundheitsparameter und die Koordination geeigneter Maßnahmen in enger Abstimmung mit anderen Heilberuflern. Etablierung der **(Pharmako-)Genomik** im therapeutisch-pharmazeutischen Alltag.

⇒ Erweiterung der Märkte:

- Cannabis, auch „**Genuss-Cannabis**“, wird als u.a. **gesundheitpolitische und gesundheitsökonomische Chance begriffen**; sollte das Cannabis-Gesetz durchgreifend novelliert werden, stehen die Apotheken bereit, eine qualitätsgesicherte, verantwortungsbewusste Versorgung zu übernehmen, ähnlich wie mit OTC-Arzneimitteln auch.
- Zudem werden die Märkte der „Electronic Devices“ und „Wearables“ für die Apotheken erschlossen, einschließlich des qualitätsgesicherten Umgangs mit der daraus erwachsenden Datenvielfalt.
- Ebenfalls als apothekentauglicher Zukunftsmarkt wird die **gesundheitsbezogene, nachhaltige Ernährung** identifiziert, einschließlich der aktuellen Entwicklungen im Bereich des „novel food“.

Exkurs: In der (Fortschritts-)Kostenfalle?

Die Lebenszeitkosten eines GKV-Versicherten betragen hierzulande im Schnitt und in heutigen Preisen rund 350.000 Euro. Etwa 40% bis 50% von uns werden im Laufe ihres Lebens einmal an Krebs erkranken. Therapiekosten im Bereich von 100.000 Euro und teils deutlich mehr (bei oftmals nur überschaubarem Zeitgewinn) für ein derart großes Patientenkollektiv zeigen das enorme Kostenpotenzial. Dies gilt insbesondere, wenn Lebenszeit nur teuer verlängert wird („Krebs als chronische Erkrankung“), dies aber immer erfolgreicher. Kurativ-heilende Therapien nehmen zwar ebenfalls eine immer größere Rolle ein (zellbasierte und Gentherapien), aber zu exorbitanten Preisen.

Long story short: Ein klassisches Beispiel für eine Fortschrittskosten-Falle. Ähnliche Überlegungen lassen sich zu Massenerkrankungen wie Morbus Alzheimer anstellen. Eine weitere Herausforderung sind die Orphan Diseases mit teils abenteuerlichen Jahrestherapiekosten. „Predictive analytics“, ergänzt durch ein „Lifepath- und Health-Risk-Management“, kann ein Ausweg aus dieser Kostenfalle werden, und hier kommen auch die Apotheken ins Spiel.

Rein aus der Kostenperspektive betrachtet, zeigen Verteilungskurven (sogenannte „Lorenz-Kurven“), dass das teuerste Prozent der Patient:innen gut 40.000 Euro jährlich allein an Arzneimittelkosten erfordert, das teuerste Promille gar deutlich über 100.000 Euro (siehe unter anderem Barmer Arzneimittel-Report 2023 der Barmer Krankenkasse). Eine alte Berater-Regel lautet: „10 Prozent gehen immer!“ Eine erweiterte Rolle der Apotheken in der Optimierung der heutigen Arzneimitteltherapie kann auch unter Kostenaspekten höchst sinnvoll sein, da allein das Einsparpotenzial bei solchen Hochkostenpatienten selbst höhere Honorare der Apotheken für eine aufwendige Arzneitherapie-Optimierung meist weit übersteigen dürfte.

„Die beste Krankheit ist diejenige, die gar nicht erst ausbricht“ – für beinahe alle: Patient:innen, Gesellschaft, Kostenträger, und diejenigen, welche diesen präventiven Ansatz durchaus mit kommerziellen Eigeninteressen verfolgen. Vertreter der heutigen kurativen, oft nur Stand-by-Therapien ohne Heilungsaussicht, werden sich daran messen lassen müssen. Ein Strukturwandel ist absehbar.

2. Sicherstellung des flächendeckend-bedarfsgerechten Zugangs zur Versorgung

Die Sicherstellung des flächendeckend bedarfsgerechten Zugangs der Bevölkerung zur Versorgung ist ein eminent wichtiges Thema, dem von Gesundheitspolitiker*innen parteiübergreifend nicht zuletzt demografiebedingt eine hohe Priorität eingeräumt wird. Das BMG anerkennt die Vor-Ort-Apotheken dabei ausdrücklich als tragende Säule auch im ApoRG – ein Meilenstein und die Aufforderung, mit Inhalt gefüllt zu werden. Im Gegenzug wäre es sehr begrüßenswert, die Apotheken entsprechend im **Systemdiagramm des Bundesgesundheitsministeriums** aufzuführen.

Gleichwohl geben **wir zu bedenken** bzw. regen an:

Die flächendeckend bedarfsorientierte Versorgung durch Vor-Ort-Apotheken könnte aufgrund der aktuellen Entwicklungen vor deutlichen Umbrüchen und Konzentrationseffekten stehen.

Bislang galt die Arzneimittelversorgung als grundsätzlich sichergestellt und erst mittelfristig als in größerem Umfang als gefährdet. Die aktuelle Wirtschaftsentwicklung (u.a. durch das Skontourteil noch befördert) impliziert sich beschleunigende Konzentrationseffekte, bei welchen wirtschaftlich unattraktive Regionen und Standortlagen von Apothekeninhaber:innen zunehmend gemieden werden. Zusammen mit ähnlichen Effekten in anderen Leistungsbereichen wie der hausärztlichen Versorgung, drohen zumindest erheblich längere Wege und eine Vertiefung der infrastrukturellen Gegensätze von Stadt und Land, aber auch innerhalb von Städten (Stadtteilunterschiede). Unterversorgung kann dabei ein aus der Not geborener Nährboden für innovative Zusammenarbeitsmodelle unter Leistungserbringern sein. Für diese sollten sich Apotheken bei Bedarf vor Ort konsequent öffnen.

Die Vorschläge des BMG zur Sicherstellung sollen konstruktiv aufgegriffen werden. Im Gegenzug können Forderungen für den Ausbau bestehender Strukturen gestellt werden.

Etliche der vom BMG vorgetragenen Impulse adressieren die Rolle der Vor-Ort-Apotheken ganz allgemein, aber insbesondere auch Maßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung. So sollen Vorgaben gelockert werden, um den *„Apotheken zu helfen, eine bessere wirtschaftliche Basis durch Kosteneinsparungen zu erreichen und Fachkräfte effizienter einzusetzen“*. Dazu aus den Referentenentwurf:

- ⇒ Ermöglichung flexibler Öffnungszeiten, um diese an Personalressourcen und Bedürfnisse (...) vor Ort anzupassen.
- ⇒ Möglichkeit, die Leitung der Filial- und Zweigapotheken eines Filialverbundes als Apothekeninhaberin oder Apothekeninhaber selbst zu übernehmen.
- ⇒ Einfachere Gründung von Zweigapotheken in abgelegenen Orten oder Ortsteilen ohne Apotheke.
- ⇒ Möglichkeit zur Aufteilung der Leitung einer Filiale auch unter zwei Apotheker*innen.
- ⇒ Möglichkeit der Apothekenneugründung für approbierte Apotheker*innen, die ihre Prüfung außerhalb Deutschlands bestanden haben (bislang: nur Übernahme bestehender Apotheken).
- ⇒ Fachkräfte aus dem Ausland sollen bereits während des Anerkennungsverfahrens wie Auszubildende für pharmazeutische Tätigkeiten eingesetzt werden können.
- ⇒ Prüfung von Beschäftigungsmöglichkeiten weiterer Berufsgruppen mit geeigneter Ausbildung für bestimmte unterstützende Tätigkeiten in der Apotheke.
- ⇒ Prüfung von Möglichkeiten zur Entbürokratisierung bestehender Regelungen im Apothekenalltag, etwa die Möglichkeit zur Vorhaltung bestimmter Materialien in digitaler Form, den Entfall bestimmter Dokumentationsanforderungen sowie die Möglichkeit der Aufbewahrung von Betäubungsmitteln in Kommissionierautomaten.
- ⇒ Mit gleichem Ziel sollen auch Möglichkeiten, die die Digitalisierung bietet, in Apotheken verstärkt zum Einsatz kommen können. Bereits heute sind die Apotheken in der Digitalisierung häufig Vorreiter in der Versorgung und setzen neue Möglichkeiten schnell ein. Die Digitalisierung soll insbesondere mit der Telepharmazie, also der Nutzung interaktiver Videoverbindungen in der Beratung durch Apotheken, ausgebaut werden.

Diese Vorschläge sind ein Versuch des BMG, bestimmte Herausforderungen zu lösen, denen sich die Apotheken im Alltag stellen müssen. Dem Personalmangel kann aus verschiedenen Gründen (Gehaltsspielräume, Thema Kinderbetreuung, flexiblere/bequemere Arbeitszeiten in der Industrie) in den Apo-

theiken nur mittelfristig begegnet werden. **Insoweit stellen die o.a. Punkte sinnvolle Diskussionsgrundlagen dar, welche positiv aufgegriffen und lediglich noch gesetzestechnisch in Abstimmung mit allen Beteiligten „feingeschliffen“ werden sollten.** Eine Neuorganisation des Apotheken-Notdienstes macht zwecks besserer Nutzung der Personalkapazitäten ebenfalls Sinn – so durch Angliederung an Gemeinschaftspraxen, MVZ oder Notfallzentren, wie politisch angedacht. Das Konzept der „Volldienste“ die gesamte Nacht hindurch ist ebenfalls diskussionswürdig.

Deutlich kritischer ist diese, neu in den Referentenentwurf hinzugekommene Passage zu sehen:

- ⇒ **Möglichkeit der Öffnung von öffentlichen Apotheken bei Anwesenheit von erfahrenen pharmazeutisch-technischen Assistentinnen und pharmazeutisch-technischen Assistenten, sofern eine telepharmazeutische Anbindung an Apothekerinnen und Apotheker im Filialverbund sichergestellt ist und die Apothekenleitung mindestens 8 Stunden pro Woche persönlich anwesend ist.**

Wirtschaftliche Chancen und die Absturzgefahr eines ganzen Berufsverständnisses liegen hier so nah beieinander wie bei keiner anderen Apothekenreform zuvor. Wir halten einen solchen tiefgreifenden Einschnitt, der zu Ende gedacht die gesamte eigenverantwortliche Freiberuflichkeit der niedergelassenen Kolleg:innen infrage stellen kann, in der Eile der Zeit für nicht geboten. Solche potenziell systemverändernden Reformen brauchen einen viel längeren Vorlauf, ausführliche Diskussionen über einen grundlegenden (überhaupt mehrheitlich gewollten?) Systemwechsel und insoweit einen ganz anderen, systematischen und strategischen Reifegrad. **Wir lehnen diesen Vorstoß deshalb zu diesem Zeitpunkt klar ab.** Die Erfordernis, grundsätzlich über das Berufsbild, die Konkurrenz durch die Automatisierung und IT-Systeme (bzw. deren proaktive Nutzung), aber auch die künftige Positionierung von Assistenzberufen und deren Aufwertung zu einer „Scharnierfunktion“ in der künftigen Versorgungslandschaft (vgl. Pflegeberufe), sehen wir dagegen durchaus. Das erfordert indes vertiefte Diskussionen und keine Hau-ruck-Aktionen. Was unter dem Strich unseres Erachtens sinnvoll ist, zeigt zusammenfassend **Impuls II.**

Impuls II: Sicherstellung durch Flexibilisierung, Entbürokratisierung und Telepharmazie

- ⇒ **Flexibilisierung und Entbürokratisierung:** Die diesbezüglichen Gedanken des BMG sollten aufgegriffen, optimiert und um eine ganze Reihe weiterer Vorschläge ergänzt werden (auch im Hinblick auf die Apothekenbetriebsordnung).
- ⇒ **Telepharmazie:** Das Thema wird als hochgradig zukunftsrelevant eingestuft. Es ist proaktiv zu unterstützen und dahingehend zu konkretisieren, dass „Fernberatungen“ durch berufsfremde Kreise („Callcenter in Übersee“, Einfallstor für den ausländischen Versandhandel sowie neue Player) unterbunden werden und die persönliche Apotheken-Patienten-Beziehung erhalten bleibt.
- ⇒ **Proaktive Nutzung der Automatisierung** (z.B. Abgabeautomaten) streng in der Hand der niedergelassenen Apotheken bei Unterversorgung und mangelnder wirtschaftlicher Tragfähigkeit einer stationären Apotheke unter definierten Bedarfsrichtlinien; ggf. auch Ausweitung der Zweigapotheken-Option sowie erweiterter Boten-/Versanddienste, möglicherweise mobile Apothekenbusse.
- ⇒ **Interdisziplinäre Zusammenarbeit:** Gemeinsam mit der Ärzteschaft sollte – beginnend mit unterversorgten Regionen – über gemeinsame Sicherstellungsmodelle nachgedacht werden.

3. Finanzielle Aspekte

Die Vor-Ort-Apotheken brauchen mehr finanzielle Planbarkeit und Sicherheit. Dabei sind die (finanziellen) Bedürfnisse von Apotheken in dünn besiedelten Regionen, welche die Versorgung aufrecht erhalten, besonders zu würdigen. Grundsätzlich ist eine zeitnahe Erhöhung des Apothekenhonorars aufgrund der massiv gestiegenen allgemeinen Teuerungsraten in 2021 bis 2023 sowie der speziellen personellen Strukturprobleme in den Apotheken erforderlich, zumindest vom Basisjahr 2019 ausgehend, dem letzten „normalen Jahr“ (dazu unten mehr, **Impuls V – Sofortprogramm**). Bestehende Sondervergütungen für neue Aufgaben in der Grundversorgung sowie pharmazeutische Dienst- und Präventionsleistungen klassifizieren wir als perspektivisch wichtig, insbesondere auch wegen der Signalwirkung. Sie sind unseres Erachtens aber mehrheitlich bisher betriebswirtschaftlich nicht hinreichend tragfähig.

Wir begrüßen ausdrücklich, dass das so genannte Skontourteil des Bundesgerichtshofes (BGH) mittels einer gesetzlichen Klarstellung wieder revidiert und somit echte Skonti wieder erlaubt werden sollen. Allerdings sollte dazu eine eindeutige Formulierung im Benehmen mit dem Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz gefunden und als Anhang in ein kurzfristig in Kraft tretendes Gesetz integriert werden. Für uns sind keine Gründe ersichtlich, dies bis zum Inkrafttreten des ApoRG warten zu lassen.

Die übrigen Vorschläge zur Honorarreform aus dem Referentenentwurf seien nachfolgend nur skizzenhaft kommentiert (siehe **Impuls III**). Vor allem geht es darum, die mit dem Urteil verbundene Chance zu ergreifen, den derzeit zuständigen Ministerien für Gesundheit sowie für Wirtschaft einen durchdachten Ansatz für eine spätere Novellierung des gesamten Arzneimittelpreisbildungs- bzw. Honorierungssystems zu unterbreiten (siehe **Impuls IV**). Im Ergebnis sind auch ABDA und DAV angehalten, sehr zeitnah im Austausch mit den o.g. genannten Marktakteuren diesbezüglich einen politisch konsensfähigen Vorschlag zu unterbreiten. Das gleicht freilich einem Drahtseilakt: Einerseits muss den heterogenen Interessen innerhalb der eigenen Klientel Rechnung getragen, andererseits die Umsetzbarkeit in einem solidarisch finanzierten GKV-System gewährleistet werden.

Auf den Punkt gebracht: Die Vor-Ort-Apotheken stehen wahrscheinlich vor ihrer bis dato tiefgreifendsten und richtungsweisendsten Reform. Das Spektrum der potentiellen Änderungen reicht von den mit der Sicherstellung verbundenen Themen bis hin zur (Wieder-)Herstellung einer angemessenen und planbaren Vergütungssituation. Dabei ist es unwahrscheinlich, dass eine weitere Reduktion der Apothekenzahl verhindert werden kann. Die Konzentrationsprozesse hin zu größeren, regelhaft aber auch leistungsfähigeren Betrieben werden sich (beschleunigt?) fortsetzen. Es bedarf daher einer klugen, weit-sichtigen (Standes-)Politik, die geeignet ist, den Beruf bestmöglich zu erhalten und die Konsequenzen einer Konsolidierung der Apothekenbranche zu managen.

Impuls III: Vergütungsaspekte im Referentenentwurf – eine Basis?

- ⇒ **Vorbemerkung:** Mit Blick auf das Apothekenhonorar hat sich das BMG bislang zurückgehalten – zwar nachvollziehbar, angesichts der Defizite in der GKV und die Haushaltssituation allgemein. Hier wünschen wir uns dennoch mehr Flexibilität und Kompromissbereitschaft, auch unter dem Aspekt der Gleichbehandlung mit anderen Gesundheitsberufen und ihrer Honorierung.
- ⇒ **Notdienstvergütung und -organisation:** Die Erhöhung um rund 50 Mio. Euro ist insgesamt zu kurz gesprungen. Die Notdienstorganisation ist grundsätzlich zu überdenken, hinsichtlich Positionierung der Apotheken (idealerweise nahe an den notdiensthabenden Ärzten) und des zeitlichen Umfangs (Volldienste die ganze Nacht hindurch? Wo sinnvoll, wo nicht?).
- ⇒ **Apothekenabschlag:** Die (sowieso geplante) Rückführung des erhöhten Rx-Packungsabschlages von 2,00 Euro auf 1,77 Euro ist grundsätzlich zu begrüßen. Es sollte versucht werden, diesen Abschlag noch weiter zu reduzieren, erst recht, wenn er lediglich als „Skonto“ für die Krankenkassen gedacht war/ist. Zumal jedes GKV-Rezept bislang rund 2 Euro Bürokratie-Aufwand erfordert hat und damit weit mehr als bei Privatrezepten (siehe Bürostudie von Herzog, R.: „Fast eine Milliarde Euro“, in: Deutsche Apotheker Zeitung Nr. 1 (2023), Seite 25ff.). Langfristig ist das Modell des Kassenabschlages in einer honorarorientierten Vergütungsordnung grundsätzlich zu hinterfragen.
- ⇒ **Prozentualer Anteil der Apothekenvergütung:** Deren Kürzung von 3% auf 2% und die stufenweise Rückführung dieses Einsparvolumens in den festen Honorarbestandteil führt keinesfalls zu einer gerechteren und verbesserten Einkommensverteilung, sondern verschärft die Abkoppelung von Preis- und Kostenentwicklungen. Sie ist abzulehnen, zumal das Umverteilungsvolumen letztlich zu gering ist, um wirklich strukturelle Veränderungen (welche wären zielführend?) anzustoßen. Es werden mehr Probleme geschaffen als gelöst. Die Neuverteilung prozentualer und fester Vergütungskomponenten sollte einer grundlegenden Honorarreform vorbehalten bleiben.
- ⇒ **Verhandlungslösung zum Apothekenhonorar:** Wird ab 2027, wie vorgesehen, wirklich verhandelt, oder eher: diktiert angesichts der unterschiedlichen Wirkmacht der Beteiligten? Dieser Vorschlag bedarf eines Ordnungsrahmens, nach welchen Kriterien eine Honoraranpassung erfolgen soll. Liegt dieser fest, benötigt man insoweit keine grundlegenden Verhandlungen, sondern lediglich Umsetzungsvereinbarungen und ggf. einzelne Differenzierungen (z.B. regional, vgl. Ärztehonorierung).

Mit einer Novellierung des Arzneimittelpreisbildungs- und Honorierungssystems geht eine Grundsatzentscheidung einher: **Mehr „freier“, am Ende weiterhin stark (stärker?) regulierter Beruf oder mehr Unternehmertum?** Diese Entscheidung liegt unter anderem auch in den Händen der Apothekenbetreiber*innen!

Deshalb untenstehend unsere Skizzen zweier diametral unterschiedlicher Herangehensweisen, mit einer aktuell klaren Präferenz für die erste Variante A.

Impuls IV: Novellierung des Arzneimittelpreisbildungs- und Honorierungssystems

A. Variante „mehr Regulierung“ –

Schwerpunkt auf Honoraren und Minimierung der kaufmännischen Risiken:

- **Weiterentwicklung** der 2004 eingeführten, rein packungsbezogenen Honorierung (= sogenanntes Kombimodell) für rezeptpflichtige Arzneimittel mit einer Mischfinanzierung aus kaufmännischer Komponente (3% Aufschlag auf den Listen-Einkaufspreis, geplant 2%) und einem ansonsten bislang nicht näher nach umfassten Leistungen definierten Abgabehonorar (Festzuschlag, 8,35 € abzüglich Rabatten).
- Stattdessen Gewährung einer **kaufmännischen Komponente gemäß der tatsächlichen kaufmännischen Verantwortung auf Warenebene**, welche durch Minimierung von Retaxationsrisiken, Sofort-Direktabrechnung und Online-Erstattungsprüfung, womöglich sogar einem Rx-Warenlager auf Kommissionsbasis u.a.m. soweit reduziert werden könnte, dass Minimalaufschläge im Bereich von nur wenigen Prozent weiterhin vertretbar sind.
- Der **überwiegende Vergütungsanteil** erfolgt durch **pharmazeutische Honorare**, in versorgungskritischen Fällen (Land!) ergänzt durch die Möglichkeit, Grund- und Vorhaltepauschalen oder sogar betriebsindividuelle Zuschüsse durch ansonsten unterversorgte Gemeinden zu gewähren (Vorstufe zu Gemeindeapotheken).
- Hierzu wird ein **Honorarsystem** bestehend aus einer **pharmazeutischen Grundberatungspauschale je Packung** sowie einer fortlaufenden **Patienten-Betreuungspauschale nach Einschreibung** auf Monats- oder Quartalsbasis entwickelt. Das Einschreibesystem kann auf bestimmte Patientengruppen beschränkt werden (Senioren, Patienten mit Polymedikation oder bestimmten Risiko-/Krankheitsprofilen). Eine Anlehnung an Disease Management Programme (DMPs) erscheint sinnvoll. Im Rahmen der Einschreibeprogramme erfolgen erweiterte Dienstleistungen wie vertiefte Medikationsberatung, Datenerfassung und -auswertung, Koordination mit den Verordnern u.a.m. Insoweit würde die heutigen pharmazeutischen Dienstleistungen mehrheitlich in diesen Einschreibemodellen und ihrer Honorierung aufgehen.
- Nur **hochspezielle Dienstleistungen** (z.B. für onkologische Patienten, Hochpreispatienten mit seltenen Erkrankungen) werden als **separate Honorarpositionen** geführt. **Rezepturen** werden ihrem Aufwand (plus kalkulatorischer Gewinnkomponente) entsprechend vergütet.
- Es sollen faire, dem Nutzen angemessene **Erfolgsbestandteile** bei Erreichen pharmazeutisch-therapeutischer, ökonomischer oder logistischer Zielgrößen etabliert werden
- Perspektivisch wird der Ansatz eines erweiterten **„Life Path Managements“**, einer Lebenspfad-Begleitung zur Minimierung von Krankheitsrisiken verfolgt, bevor diese überhaupt klinisch relevant werden (siehe auch oben). Das geht einher mit vielfältigen, prädiktiven Analysetools und einem umfassenden **Lebensdaten-Management**. Dies kann ebenfalls über das Einschreibesystem abgebildet werden.
- Es wird zudem angeregt, erwiesenermaßen deutlich **risikobehaftete OTC-Arzneiwirkstoffe in das System der Rx-Festpreise mit einer vertieften Beratungserfordernis aufzunehmen**. Obgleich damit die Packungspreise (Kunden-Endpreise) im OTC-Segment bei etwa 10 € bis 12 € beginnen dürften,

erscheint dies angesichts der Bedeutung und Wertigkeit (mitsamt Gefahrenpotenzial) dieser Wirkstoffe angemessen, und überfordert die große Mehrzahl der Kunden nicht. Wettbewerbsverzerrungen im Hinblick auf den Versandhandel gilt es zu vermeiden, indem entsprechende regulatorische Vorkehrungen getroffen werden (z.B. Schaffung einer neuen Abgabekategorie „verschreibungspflichtig durch Apotheken – persönlicher Kontakt erforderlich“).

- Die **Notdienst-Honorierung** wird auf dem angedachten Niveau (etwa 550 € bis 600 € je Volldienst und Nacht) im Fonds-Modell beibehalten. Zu prüfen ist, ob nicht auch eingeschränkte Dienstbereitschaften (z.B. bis 23:00 Uhr und ab 7:00 Uhr) jeweils vor Ort vertretbar sind.

Dynamisierung: Die Honorare werden entsprechend der **Einnahmeentwicklung der Krankenkassen** sowie an **veränderte Bedarfsprofile** jährlich angepasst.

„**Kassenrabatte**“ werden im Rahmen einer Vergütungsreform grundsätzlich **nicht mehr gewährt**. Für Privatversicherte können ggf. die Privatversicherer Zuschläge oder weitere Leistungen über den Grundkatalog hinaus vorsehen.

Die Honorare **werden betriebstragend einschließlich eines angemessenen Unternehmerlohns für die „kassenapothekerliche Versorgung“** (ein zu definierender Anteil am Gesamtgewinn) und einer anteiligen Verzinsung auf das eingesetzte unternehmerische Kapital ausgestaltet. Eine **Querfinanzierung durch Einkaufsrabatte auf Rx-Arzneimittel erfolgt nicht mehr**. Demzufolge werden hier sämtliche Rabatte und Nachlässe untersagt. Die Großhandelsvergütung für verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel wird dementsprechend nach unten angepasst (z.B. auf 2% prozentual plus 0,50 € fest, maximal 24,50 €), die freiwerdenden Mittel werden in o.a. Apothekenhonorare umverteilt.

Zur (Um-)Finanzierung und Entlastung der Krankenversicherung ist eine **Reduzierung der Umsatzsteuer auf Rx-Arzneimittel** zu erwägen (naheliegend: 7% statt heute 19%; eine komplette Abschaffung der Umsatzsteuerpflicht zöge gefährliche steuerliche Implikationen nach sich, u.a. hinsichtlich Vorsteuerabzugsmöglichkeit). Dies entlastet die Kostenträger (GKV, PKV und Selbstzahler), belastet jedoch den Staat umgekehrt mit ebenjenen rund 7 Mrd. Euro (Stand 2024 progn.).

Grundsätzlich werden alle Honorare (und Abzüge) der Leistungserbringer auf **reiner Nettobasis** ohne Umsatzsteuer vereinheitlicht.

B. Variante „mehr Unternehmertum“:

Völlig diametral wäre die vollständige Freigabe der Preisbildung. Die Krankenversicherungen (GKV einheitlich sowie die PKV tarifindividuell) gewähren nur noch einen Erstattungsbetrag je Arzneimittel. Diese Erstattungslisten werden periodisch zwischen Apotheken bzw. ihren Spitzenorganisationen und Kostenträgern neu verhandelt. Lokale Besonderheiten, Morbidität und Demografie können hier Berücksichtigung finden. Die Apotheke ist in der Gestaltung des Abgabepreises dann frei. Institutionalisierte Zuzahlungen entfallen (sie machen mit 2,3 Mrd. € nur noch knapp 5% der Arzneimittelausgaben aus, ihre Steuerungswirkung ist minimal, und der Aufwand für das Handling und die Verwaltung der Zahlungsmodalitäten und -befreiungen ist erheblich) bzw. gehen kalkulatorisch in den Erstattungspreisen auf. Dies führt zu mehr unternehmerischer Freiheit und Wettbewerb unter den Apotheken, und der Versandhandel bietet insoweit ebenfalls ein weiteres Wettbewerbselement. In diesem Modell entfällt die Festschreibung der Großhandels-Margen, die Apotheken sind insoweit bei der Erzielung ihrer Einkaufsrabatte frei. Fixpunkt aller Betrachtungen ist der jeweilige Listen-Herstellerpreis.

Diese Variante dürfte die Vorstufe zu einem grundlegenden Systemwandel hin zu einem (auch) durch Kapitalgesellschaften und Fremdbesitz bestimmten Apothekenwesen darstellen. Wenngleich dieser Liberalisierungsansatz teils überraschende Chancen (nebst etlichen beachtenswerten Risiken) bietet, so erachten die Verfasser den Zeitpunkt für (noch) nicht gekommen. Dieser Liberalisierungsansatz erfordert eine vertiefte Analyse, welche den Rahmen dieses Konzeptpapiers sprengen würde und zudem derzeit nicht als mehrheitsfähig erscheint. Der Berufsstand tut jedoch gut daran, auch für dieses Szenario einen durchdachten Plan B in der Schublade zu haben.

Handeln im Hier und Jetzt – das Sofortprogramm

Die Mehrzahl der Apotheken steht unmittelbar unter Druck. Dabei ist es wichtig zu erkennen, dass dieser Druck vor allem von zwei Seiten kommt:

1. **Wirtschaftlich**; zwar steigen die Umsätze nach wie vor beachtlich, doch die Roherträge halten insbesondere mit der Kostenentwicklung nicht (mehr) Schritt. Der Druck auf die Gewinne beschleunigt sich. Mindestens die Hälfte der Haupt-Apotheken (ohne Filialen) dürfte aktuell nur noch monatliche Netto-Verfügungsbeträge (nach Abzug von Steuern, eigener Vorsorge und Tilgungen, aber ohne Transferleistungen wie Kindergeld/-freibeträge) von maximal 5.000 Euro erzielen. Im Grunde müsste davon noch eine Rückstellung für den Wertverzehr (Abschreibungen auf Sachwerte) gebildet werden.
2. Mindestens ebenso bedeutsam ist die Erschöpfung der personellen Ressourcen. Der **Faktor Zeit** ist daher mindestens gleichbedeutend mit dem Faktor Geld zu sehen. Mehr Geld stößt aus diesem Grund vielfach sogar an praktische Wirkungsgrenzen, weil mehr Personal gar nicht zur Verfügung steht.

Ein **Sofortprogramm (siehe Impuls V weiter unten) zur Stabilisierung der Apotheken** sollte daher an **beiden Punkten ansetzen**, nicht zuletzt, um auch die zusätzlichen Kosten im Rahmen zu halten. Fast alle Punkte sind mit gutem Willen kurzfristig umzusetzen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Entlastung und Honorarerhöhung synergistisch zusammenwirken, sodass man mit einer niedrigeren Honoraranpassung auskommt, die Apotheken aber trotzdem wieder mehr Handlungsspielräume erhalten und im Wettbewerb, nicht zuletzt gegenüber dem Versandhandel, bestehen können.

Impuls V: Das Sofortprogramm

- ⇒ **Anpassung des Rx-Fixkomponente um 1,20 € (netto)** je Fertigarzneimittelpackung spätestens ab Anfang 2025, Herleitung siehe weiter unten.
- ⇒ **Wiederzulassung der Skonti** auf den Stand vor dem Urteil des Bundesgerichtshofes auf rechtsfester Basis, zumindest bis zu einer grundlegenden Vergütungsreform.
- ⇒ **Verzicht auf die Kappung des prozentualen Zuschlags** von 3% auf 2%.
- ⇒ **Der „Kassenrabatt“** wird, etwas früher als angedacht, ebenfalls zum Januar 2025 auf 1,77 Euro brutto zurückgeführt.
- ⇒ **Etablierung eines Sicherstellungsfonds** für unterversorgte Regionen (Startvolumen etwa 100 Mio. Euro), Schaffung der Voraussetzungen für „Gemeindeapotheken“ bzw. gemeindegeförderte Apotheken ohne kapitalgesteuerte Fremdbesitzinteressen.
- ⇒ **Beschlussfassung** über die Verwendung der **ungenutzten Mittel aus dem Fonds für pharmazeutische Dienstleistungen** (> 300 Mio. Euro). Wir schlagen die Umleitung in den o.a. Sicherstellungsfonds vor sowie in eine anteilige Finanzierung des erhöhten Rx-Honorars.
- ⇒ **Einer Kürzung der Zuweisungen** in den Fonds für pharmazeutische Dienstleistungen von 0,20 € auf 0,13 € zugunsten der Notdienstvergütung stehen wir temporär neutral gegenüber, unter der Prämisse, dass absehbar eine „große Vergütungsreform“ erfolgt, welche das Thema „Honorare“ grundlegend neu justiert (siehe weiter oben).
- ⇒ Last but not least wird ein **„Entbürokratisierungs-Programm“** möglichst schnell noch im Rahmen der geplanten Reform (oder auch früher durch Verhandlungen mit den Betroffenen) auf den Weg gebracht. Die **Schwerpunkte**:
 - Bevorzugt **Wirkstoffverschreibung** und **Erweiterung der Austauschmöglichkeiten** therapeutisch vergleichbarer Präparate.
 - Nutzung der Möglichkeiten der Digitalisierung beim E-Rezept (v.a. **retaxsichere Prüfung und Freigabe** der Erstattung direkt am Verkaufstisch), Schaffung der Voraussetzungen für eine Online-Direktabrechnung sofort nach Warenabgabe, Nutzung der Möglichkeiten der elektronischen Patientenakte (ePA) für Zwecke der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) und optimierten Patientenbetreuung.
 - **Kritische Durchforstung der Apothekenbetriebsordnung** (Identitätsprüfung von Ausgangsstoffen, diverse Dokumentationspflichten, Vorhaltung von [Papier-]Literatur usw., diverse Pflichten im Labor).
 - **Abkehr von formalen Qualifizierungssystemen** mit hohen Vorhaltekosten (Präqualifizierung, Qualitätsmanagementsystem). Stattdessen wird die **prozess- und fallbezogene, patientenorientierte Ergebnisqualität** durch jeweils konkret geeignete Maßnahmen unter Berücksichtigung der bereits vorhandenen Ausbildungsqualität der Handelnden in den Mittelpunkt gerückt.

Anhang

Ableitung des Anpassungsbedarfs der Rx-Festkomponente („Packungspauschale“), falls wirksam ab Anfang 2025 und unter Aufteilung der Anpassungsbeträge in Rx-Fertigarzneimittel (= etwa 64% durchschnittlicher Rohertragsanteil) sowie Non-Rx = durch eigene Preisgestaltung oder im Bereich Hilfsmittel- und Rezepturvergütung zu regeln:

| | Ø in 2023 (lt. ABDA) | Anpassung 2023 auf 2025 (2 Jahre) | Anpassungsbedarf in Euro, gerundet |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| Personalkosten | 355.000 € | „normale“ Lohnerhöhung + 8,0% erw.* Sonderpersonalbedarf* | + 28.000 € + 15.000 € |
| Sonstige Betriebskosten | 219.000 € | + 5,0% | + 11.000 € |
| Anpassung Gewinn gemäß voraussichtlichem Verbraucherpreisindex 2019 → 2025 (= + 21%) | 148.000 € (2019) | + 21% (auf Ø 179.000 €) | + 31.000 € |
| Nötiger Mehrbedarf Rohertrag | | | + 85.000 € |
| Ertragsanteil Rx (Fertigarzneimittel) am durchschnittlichen Apotheken-ertrag = circa 64% | | korrigierter Soll-Mehrertrag Rx ca: | + 54.000 € |
| ... je Packung bei 45.000 Rx-Packungen im Durchschnitt | | | + 1,20 € |
| = Rohertragsplus Σ Apotheken (Basis 770 Mio. Rx-Packungen) | | | + 924 Mio. € |
| Kosten GKV, PKV, Selbstzahler | | | + 1.100 Mio. € |

Daten für 2023 nach: ABDA, Die Apotheke: Zahlen, Daten, Fakten 2024 (vom Juni 2024).

Es werden 770 Mio. Rx-Packungen zugrundegelegt = rund 45.000 je Betrieb bei erwarteten rund 17.000 Apotheken Ende 2024

* +5,5% ab 2024 und +2,5% ab 2025 tariflich erwartet (Verhandlungen laufen noch), in Summe etwa 8%. Sonderbedarf (weitere gut 4% von 2023 bis 2025) zu erwarten aufgrund der angespannten Personallage und der (wachsenden) Lohndefizite gegenüber anderen Branchen; dies sind insbesondere Anreize und Prämien über die erwarteten Tarifsteigerungen hinaus, eine zunehmend teure Personalakquise und Fluktuationskosten, Personal-Mehrbedarf und Übernahme auch defizitärer Leistungen durch Schließungen, Sonderfaktoren wie Engpassmanagement.