

Eckpunktepapier zur Zukunft der Vor-Ort-Apotheken in Deutschland

Die Initiatoren und Unterstützer dieses Diskussionspapiers eint das Interesse am Fortbestand der durch freiberufliche Inhaber 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 blicken mit großer Sorge auf die Aktivitäten einer offenbar in der Vergangenheit verharrenden berufspolitischen Standesspitze. Und dass, obwohl es dieser Tage um nicht mehr und nicht weniger als die Weichenstellung für die Zukunft der Vor-Ort-Apotheken geht. Der Berufsstand braucht diese Weichenstellungen genau jetzt. Und er braucht sie aus sich selbst heraus, nicht als Diktat von dritter Seite. Dieses Papier liefert kein fertiges Konzept und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Wir beabsichtigen, Impulse zu setzen, damit eine ergebnisorientierte, konstruktive Debatte über die Zukunft der Vor-Ort-Apotheken überhaupt entstehen kann. Wir verbinden damit auch die Hoffnung, dass bei ABDA und DAV unsere Anregungen in dieser herausfordernden Zeit aufgegriffen werden. Denn eines ist sicher: Eine einschneidende Apothekenreform steht in absehbarer Zeit vor der Tür und gesundheitspolitisch sinnvolle Ansätze müssen mit hoher Geschwindigkeit erarbeitet werden.

Die Initiatoren

- *Daniela Klahn (Juristin)*
- *Björn Kersting (Gesundheitsökonom, Apotheker)*
- *Dominik Klahn (Ökonom)*

Die Unterstützer

- *Prof. Dr. Reinhard Herzog (Apotheker, Autor, Berater, Hochschullehrer)*
- *Prof. Dr. David Matusiewicz (Professor für Medizinmanagement, FOM Hochschule, Direktor des Instituts für Gesundheit & Soziales)*
- *Holger Seyfarth (Apotheker, Vorsitzender Hessischer Apothekerverband)*
- *Ulrich Ströh (Apotheker, Mitglied der Kammerversammlung Schleswig-Holstein)*

20. Februar 2024

Einladung zum Diskurs

Eckpunktepapier und Skontourteil laden zur Diskussion über die Zukunft der Vor-Ort-Apotheken ein

Unser solidarisch finanziertes Gesundheitssystem steht erheblich unter Druck. Dafür sprechen rekordverdächtige Defizite und tiefgreifende strukturelle Herausforderungen in der Versorgung. Die zu gewährleistende Sicherstellung einer leicht zugänglichen, flächendeckenden und bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung hat auf der gesundheitspolitischen Agenda oberste Priorität. Diese Situation kann und sollte standespolitisch endlich als Chance begriffen werden, um gesundheitspolitisch konstruktive Vorschläge einzubringen, sowohl für eine schnelle Umsetzung als auch für eine langfristige und für alle Beteiligten rentablen Einbindung der Vor-Ort-Apotheken in die Versorgung. *Pauschale Rufe* nach Rettungsschirmen, Honoraranpassung oder Entbürokratisierung *allein* sind *nicht zielführend*.

Verantwortungsvolle und erfolgreiche Standespolitik erfordert systemische Weitsicht, die mit dem Loslassen von überkommenen Sichtweisen beginnt und mit dem Ablegen der traditionell vorherrschenden Standespolitik noch nicht endet. Wer sich auf eine derart „bereinigte“ Denkweise einlässt, kann die vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) formulierten *Eckpunkte für eine Apothekenhonorar- und Apothekenstrukturreform* durchaus auch als Einladung zum Diskurs begreifen. ABDA und DAV sollten ihre Positionen neu denken und diese Einladung umgehend annehmen. Das „Skontourteil“ des Bundesgerichtshofs vom 8. Februar 2024 bietet dabei durchaus ein zusätzliches Faustpfand. Immerhin stellt das BMG in den besagten Eckpunkten ausdrücklich heraus, dass *„der Erhalt eines flächendeckenden Apothekennetzes mit persönlicher Vor-Ort-Beratung von zentraler Bedeutung für die Arzneimittelversorgung“* ist. **Wir sollten die Politik beim Wort nehmen.**

Druck von der Basis nachvollziehbar

Zweifellos sind viele Apotheker*innen mit alltäglichen Schwierigkeiten konfrontiert: Solche ergeben sich vor allem durch den Takt, den die Digitalisierung vorgibt, durch die Bürokratielast, durch das Ausbleiben von Honorarsteigerungen, durch Liquiditätsengpässe bei der Bevorratung mit sog. „Hochpreiserern“, durch die Abhängigkeit von der ärztlichen Verordnungspraxis, durch Probleme bei der Beschaffung von Arzneimitteln und durch einen gravierenden Personalmangel – der mancherorts einen bedrohlichen Umfang annimmt und zur völligen Überlastung von Teams und Inhaber*innen führt. Hinzu kommt in einigen Regionen eine massiv ressourcenzehrende Notdienstorganisation. Verständlich, dass die Pharmazeut*innen an der Basis physisch und psychisch am Anschlag arbeiten.

Gesetzgebungsverfahren droht dem ernsthaften Zukunftsdiskurs zu entgleiten

Das eingangs erwähnte Bekenntnis des Bundesgesundheitsministeriums zur wohnortnahen Apotheke ist eine Steilvorlage, die verwandelt werden sollte. Dieses Gesprächsangebot sollte aber keinesfalls mit leeren Händen, bzw. den üblichen Forderungen nach Honorarerhöhung bei Ablehnung aller anderen Vorschläge angenommen werden. Auf diese Weise droht die anstehende Gesetzesinitiative in einem

Desaster zu münden. Schlimmstenfalls enden die Vor-Ort-Apotheken aufgrund schlechter Standespolitik als Rationalisierungsoffer.

Im Folgenden wird zunächst die *Sicherstellung von Arzneimittel- und Grundversorgung in der Fläche* näher beleuchtet, um anschließend auf die *Finanzierung unter Einbeziehung des Skontourteils* einzugehen.

Sicherstellung von Arzneimittel- und Grundversorgung

Ausweislich des Eckpunktepapiers sollen Vor-Ort-Apotheken weitere Aufgaben übernehmen. Bemerkenswert, denn in der Vergangenheit führte bereits die Diskussion solcher Ansätze zu reflexartigen Abwehrspannungen bei anderen, benachbarten Berufsgruppen. Dies hat sich während der Pandemie und aufgrund des berufsübergreifend eingetretenen Personalmangels verändert. Positive Beispiele aus dem Ausland (bspw. in der Schweiz, Großbritannien) ermutigen verstärkend dazu, sich auf eine Ausweitung des Aufgabenspektrums einzulassen. Allerdings ergibt diese nur dann Sinn, wenn der Personalmangel vorher hinreichend behoben ist. Dazu folgende Anmerkungen:

- ⇒ **Grundversorgungsaufgaben**, welche von anderen Leistungserbringern durch die Apotheken übernommen werden.
- ⇒ **Pharmazeutische Dienstleistungen** werden auf evidenzbasierter Grundlage (positives Kosten-Nutzen-Verhältnis) konsequent weiterentwickelt und ausgebaut.
- ⇒ **Präventionsleistungen** bedeuten Erkennung und Überwachung von gesunden Patient*innen und Chroniker*innen. „Predictive analytics“ und (Pharmako-)Genomik werden als Zukunftsmärkte erkannt.

Sämtliche Leistungen müssen angemessen vergütet werden unter klarer Grenzziehung zwischen Erstattungs- und Selbstzahlermarkt. Bisherige Systemleistungen sollten weiterhin von den Kostenträgern der GKV (mindestens) gleichwertig vergütet werden. Eine so verstandene Leistungsausweitung festigt die Apothekerschaft systemisch und differenziert trennscharf von den Versandhändlern.

Impuls I: Beispiele für ein erweitertes Aufgabenspektrum

- ⇒ **Grundversorgung:** Ausbau des Impfangebots bei besserer Vergütung, Stellen von Arzneimitteln (u.a. Pflege etc.), Durchführung von Gesundheitstests, Mitwirkung an DMPs, strukturierten Versorgungsprogrammen, bestimmten Blutuntersuchungen.
- ⇒ **Pharmazeutische Dienstleistungen:** Angebot eines strukturierten Interaktionsmanagements oder zusätzlicher Dienstleistungen und Aufgaben wie ePA befüllen, Arzneimittelberatung (bei Nichtkauf) etc.
- ⇒ **Prävention:** Mitwirkung an Präventionsaktionen, Früherkennung und Selbstmanagement durch regelmäßige Messung und Überwachung von Parametern, bei gesunden Kund*innen und Chroniker*innen.

⇒ **Longevity:** Langlebigkeit unter Gesundheit ist ein weiteres recht neues Handlungsfeld, welches erschlossen werden kann.

Sicherstellung des flächendeckend bedarfsgerechten Zugangs zur Versorgung

Die Sicherstellung des flächendeckend bedarfsgerechten Zugangs der Bevölkerung zur Versorgung ist ein wichtiges Thema, das von Gesundheitspolitiker*innen parteiübergreifend ständig im Auge gehalten wird. Das BMG benennt die Vor-Ort-Apotheken dabei ausdrücklich als tragende Säule – ein Meilenstein, der mit Inhalt gefüllt werden sollte, und zwar so, dass eine deutliche Sichtbarmachung der Vor-Ort-Apotheken im Systemdiagramms des Bundesgesundheitsministeriums künftig außer Frage steht.

A. Die flächendeckend bedarfsorientierte Versorgung durch Vor-Ort-Apotheken könnte aufgrund des Skontourteils nicht erst mittelfristig, sondern in kurzer Zeit akut gefährdet sein.

Bislang galt die Arzneimittelversorgung grundsätzlich als sichergestellt und erst mittelfristig als in größerem Umfang als gefährdet. Nach dem „Skontourteil“ könnte sich im Fall der strikten Umsetzung des Skonto-Verbots im Direkt- und Großhandelsgeschäft eine Unterversorgung an erreichbaren Apotheken nicht mehr „nur“ in ländlichen Gebieten deutlich schneller ausbreiten. In anderen Leistungsbereichen, wie der hausärztlichen Versorgung, ist diese Lage bereits punktuell eingetreten. Unterversorgung kann ein aus der Not geborener Nährboden für innovative Zusammenarbeitsmodelle unter Leistungserbringern sein. Für diese sollten sich Apotheken bei Bedarf vor Ort auch ohne Unterstützung von ABDA und DAV konsequent öffnen.

B. Die Vorschläge des BMG zur Sicherstellung sind konstruktiv aufzugreifen. Im Gegenzug können durchaus Forderungen wie die Abkehr von Gesundheitskiosken und die Nutzung der freigewordenen Ressourcen für den Ausbau bestehender Strukturen gestellt werden.

Gesundheitskioske können bei unzureichender Versorgungslage in einzelnen, strukturschwachen Regionen eine sinnvolle Option sein. Viele der vom BMG vorgetragenen Impulse zahlen darauf ein, die Rolle der Vor-Ort-Apotheken ganz allgemein, aber insbesondere beim Ergreifen von Sicherstellungsmaßnahmen zu stärken. Mit einer geistig aufgeschlossenen Einstellung der Standesvertretung hätte die Idee der Gesundheitskioske problemlos abgeschmettert werden können.

Konkret sollen Vorgaben gelockert werden, die den *„Apotheken helfen, eine bessere wirtschaftliche Basis durch Kosteneinsparungen zu erreichen und Fachkräfte effizienter einzusetzen“*. Dazu aus den Eckpunkten im Wortlaut (**Flexibilisierung und Entbürokratisierung**):

- ⇒ Ermöglichung flexibler Öffnungszeiten, um diese an Personalressourcen und Bedürfnisse (...) vor Ort anzupassen.
- ⇒ 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, der Entfall bestimmter Dokumentationsanforderungen sowie die Möglichkeit der Aufbewahrung von Betäubungsmitteln in Kommissionierautomaten.

Diese Vorschläge sind ein Versuch des BMG, bestimmte Herausforderungen, denen sich die Apotheken im Alltag stellen müssen, zu lösen. Dem Personalmangel kann aus verschiedenen Gründen (bspw. durch bessere Bezahlung, Kinderbetreuung und flexiblere Arbeitszeiten in der Industrie) mit inländischen Lösungsansätzen nur mittelfristig begegnet werden. Warum aber wurden die kurzwirksamen, pragmatischen Lösungsansätze des BMG nicht von ABDA und DAV formuliert oder wenigstens ergänzt? Sie sollten aufgegriffen und deren gesetzliche Umsetzung in enger Abstimmung mit dem BMG in Angriff genommen werden. Um Personalkapazitäten effizienter bewirtschaften zu können, ergibt auch eine Neuorganisation des Apotheken-Notdienstes Sinn – bspw. durch Zentrierung in Gemeinschaftspraxen, MVZ oder Notfallzentren (wie bereits politisch angedacht im Eckpunktepapier zur Notfallreform vom 16. Januar 2024). Auch diesbezüglich hat Karl Lauterbach die Standesspitze zum Tanz eingeladen.

In punkto Telepharmazie besteht deutlicher Nachbesserungsbedarf. Quasi umgehend nach Publikation des Eckpunktepapieres wurde in einer Stellungnahme kommuniziert, eine Arzneimittelabgabe ohne Apotheker*innen sei unerwünscht. Verständlicherweise sind die Pharmazeut*innen an der Basis auf diesen Zug aufgesprungen und haben sich in den einschlägigen Foren massiv echauffiert. Allerdings wurde durch diese Einlassung der Landesvertretung die Verlautbarung des BMG ihrem eigentlichen Kontext vollständig entrissen. Daher hier noch einmal im Wortlaut:

*„Bereits heute sind die Apotheken in der Digitalisierung häufig Vorreiter (...) und setzen neue Möglichkeiten schnell ein. Beispielhaft sind etwa das elektronische Rezept und (...) die assistierte Telemedizin. Diese Elemente erweitern wir jetzt mit der Möglichkeit zur Telepharmazie, also der Nutzung technischer Einrichtungen zur Videokonsultation bei der Arzneimittelabgabe. **Apotheken können so bei Bedarf etwa Kund*innen einer anderen Apotheke des Filialverbundes beraten. Soweit eine solche telepharmazeutische Beratungsmöglichkeit mit Apotheker*innen der Apotheke bzw. des Filialverbunds zur Verfügung steht, können Apotheken und Filialen auch vorübergehend öffnen, wenn eine erfahrene PTA vor Ort die Arzneimittelabgabe übernimmt. Dabei bleibt die Herstellung parenteraler Arzneimittel, das Impfen und die Abgabe von Betäubungsmitteln an die persönliche Anwesenheit einer Apothekerin oder eines Apothekers gebunden. (...)**“*

Das Bundesgesundheitsministerium betont dabei ausdrücklich, dass die Arzneimittelabgabe bei Bedarf stets durch Apotheker*innen abzusichern ist. Hand aufs Herz: Die meisten Vor-Ort-Apotheken haben sicherlich bereits Situationen erlebt, in denen kein approbiertes Personal anwesend sein konnte. Oder? Mittlerweile entstehen hybride Versorgungsmodelle in unterversorgten Regionen, bisher als Angebote zur Reduzierung von Versorgungslücken bei ärztlichen Leistungen. Berufsträger*innen sind dabei nur zeitweise persönlich zugegen und üben ihre restliche Tätigkeit „remote“ aus, und dies teilweise in Zusammenarbeit mit pflegenden Berufen. Warum nicht auch mit Apotheken? Die Vorschläge des BMG zum Umgang mit dem akuten Personalmangel (einschließlich Telepharmazie) sind sinnvoll und tragen dem heutigen Konsumentenverhalten Rechnung.

Impuls II: Sicherstellung durch Flexibilisierung, Entbürokratisierung und Telepharmazie

- ⇒ **Flexibilisierung und Entbürokratisierung:** Die Gedanken des BMG sollten aufgegriffen, optimiert und um weitere Vorschläge ergänzt und mit weiteren Vorschlägen garniert werden. Das Gesetzgebungsverfahren sollte offenen Geistes begleitet und auf diese Weise gesteuert werden.
- ⇒ **Telepharmazie:** Das Thema sollte ebenso aufgegriffen, ergänzt und pragmatisch im Gesetzgebungsverfahren von ABDA und DAV begleitet werden.
- ⇒ **Proaktive Nutzung der Automatisierung** (bspw. Abgabeautomaten) streng in der Hand der niedergelassenen Apotheken bei Unterversorgung und mangelnder Tragbarkeit einer stationären Apotheke unter definierten Bedarfsrichtlinien; ggf. zusätzlich Ausweitung der Zweigapotheken-Option sowie erweiterter Boten-/Versanddienste, mobile Apothekenbusse.
- ⇒ **Interdisziplinäre Zusammenarbeit:** Gemeinsam mit der Ärzteschaft sollte – beginnend mit unterversorgten Regionen – über gemeinsame Sicherstellungsmodelle nachgedacht werden.

C. Die Vor-Ort-Apotheken bedürfen einer Honoraranpassung und mehr finanzieller Planbarkeit. Dabei sind die (finanziellen) Bedürfnisse von Apotheken in dünn besiedelten Regionen, die die Versorgung aufrechterhalten, besonders zu würdigen.

Grundsätzlich ist eine deutliche Erhöhung des Apothekenhonorars bereits aufgrund der allgemeinen Teuerungsrate und zum Inflationsausgleich unstrittig erforderlich. Bestehende Sondervergütungen für neue Aufgaben in der Grundversorgung, pharmazeutische Dienst- und Präventionsleistungen sind als materiell wichtig – insbesondere auch wegen der entstandenen Signalwirkung – aber bisher betriebswirtschaftlich als nicht ausreichend zu werten. Zudem sind die (voraussichtlich spürbar negativen) Effekte des „Skontourteils“ zu bedenken. Vor dessen Hintergrund rücken die Vorschläge zur Honorarreform aus dem Eckpunktepapier zumindest ein Stück weit in den Hintergrund. Sie werden nachfolgend nur skizzenhaft kommentiert (siehe **Impuls III**). Vielmehr geht es darum, die mit dem Urteil verbundene Chance zu ergreifen, den derzeit zuständigen Ministerien (BMG und BMWK) einen durchdachten Ansatz für eine Novellierung des gesamten Arzneimittelpreisbildungs- bzw. Honorierungssystems zu unterbreiten (siehe **Impuls IV**). Im Ergebnis sind ABDA und DAV auch hier in der Pflicht, mit höchster Eile sowie im Austausch mit den o.g. genannten Marktakteuren diesbezüglich einen politisch konsensfähigen Vorschlag zu unterbreiten. Was einem Drahtseilakt gleicht: Denn einerseits muss den heterogenen

Interessen innerhalb der eigenen Klientel Rechnung getragen und andererseits die Umsetzbarkeit in einem solidarisch finanzierten GKV-System gewährleistet werden.

Nochmals auf den Punkt gebracht:

Die Vor-Ort-Apotheken stehen wahrscheinlich vor ihrer bis dato tiefgreifendsten und richtungsweisendsten Reform. Das Spektrum der potenziellen Änderungen reicht von den mit Sicherstellung verbundenen Themen bis hin zur (Wieder-) Herstellung einer angemessenen und planbaren Vergütungssituation und muss in jedem einzelnen Punkt konsequent im Auge behalten werden. Dabei ist es unwahrscheinlich, dass eine weitere Reduktion der Apothekenanzahl verhindert werden kann. Es bedarf genau jetzt an guter statt schlechter Standespolitik, die geeignet ist, den Berufsstand bestmöglich zu erhalten und erforderlichenfalls auch die Konsequenzen einer weiteren Schrumpfung des Marktes zu managen.

Anmerkungen zu den Eckpunkten des BMG:

Impuls III: Vergütung der Vor-Ort-Apotheken

- ⇒ **Vorbemerkung:** Mit Blick auf das Apotheken-Honorar hat sich das BMG mit Zusagen zunächst zurückgehalten. Nachvollziehbar, mit Blick auf die im GKV-System angefallenen Defizite und die Haushaltssituation allgemein. Womöglich verändert sich diese Haltung bei konstruktiver Mitwirkung, insbesondere beim Thema Sicherstellung.
- ⇒ **Notdienstvergütung und -organisation:** Die Erhöhung um rund EUR 50 Mio. ist insgesamt zu kurz gesprungen. Alternativ kommt eine berufsgruppenübergreifende Zentrierung (siehe oben) in Betracht – zahlreiche Kollegen erachten es mit dem Ministerium und Karl Lauterbach auch als unnötig.
- ⇒ **Apothekenabschlag:** Die Rückführung des erhöhten Abschlages von EUR 2,00 auf EUR 1,77 ist grundsätzlich zu begrüßen. Womöglich kann in Verhandlungen der Abschlag noch weiter reduziert werden. Erst recht, wenn er als „faktisches Skonto“ für die Krankenkassen gedacht war/ist. Allerdings muss die Umsetzung schnellstmöglich und nicht erst im Februar 2025 erfolgen.
- ⇒ **Prozentualer Anteil der Apothekenvergütung:** Deren stufenweise 1/1 Umverteilung vom prozentualen in den festen Honorarbestandteil führt keinesfalls zu einer gerechteren und verbesserten Einkommensverteilung, sondern verschärft die Abkoppelung von Preis- und Kostenentwicklungen. Sie ist schlichtweg abzulehnen.
- ⇒ **Verhandlungslösung zum Apothekenhonorar:** Verhandelt, oder doch eher: festgelegt? 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).

Das Skontourteil – und nun?

Aufgrund des Skontourteils droht den Vor-Ort-Apotheken bei der Abgabe rezeptpflichtiger Arzneimittel möglicherweise eine erhebliche Reduzierung ihres Betriebsergebnisses, egal ob das Urteil „nur“ für die Direkteinkäufe oder auch für die Großhandelseinkäufe gilt. Eine Entlastung des GKV-Systems geht damit

nicht einher, denn die Skontogewährung übt darauf keinen Einfluss aus. Der steigende finanzielle Druck gefährdet die Sicherstellung des flächendeckend bedarfsgerechten Zugangs der Bevölkerung zu Vor-Ort-Apotheken mit steigender Abwärtsdynamik. Das Interesse der Politik an wirksamen Lösungsansätzen sollte somit geweckt sein - soweit diese das GKV-System – mit seinen immanenten Schwierigkeiten auf der Einnahmen-Seite – nicht über Gebühr belasten. *Aber wie sehen solche Lösungsansätze aus?* Zunächst bedarf es der Analyse die Urteilsgründe; diese lagen beim Verfassen dieses Papiers noch nicht vor. Zudem ginge mit einer Novellierung des Arzneimittelpreisbildungs- und Honorierungssystems eine Grundsatzentscheidung einher: **Mehr Staat oder mehr Unternehmertum?** Diese Entscheidung liegt unter anderem auch in den Händen der Apothekenbetreiber*innen! Zum Abschluss daher dazu nur einige Gedankenskizzen:

Impuls IV: Novellierung des Arzneimittelpreisbildungs- und Honorierungssystems

- ⇒ **Variante „mehr Staat“:** Abkehr von der 2004 eingeführten, packungsbezogenen Honorierung (sogenanntes Kombimodell) für rezeptpflichtige Arzneimittel und Rückkehr zu einer primär aufschlagsbezogenen, kaufmännischen Vergütung (mit neu zu fassenden Staffeln) bei gleichzeitiger Preisbindung von freiverkäuflichen Arzneimitteln (bestenfalls einschließlich Erstattungsfähigkeit) plus fester Honorarkomponenten für eine persönlich vor Ort zu erbringende Beratungsleistung. Aus dem heutigen Festzuschlag wird das Honorar für eine rein pharmazeutische Leistung. Dies entspräche in Teilen der Wiedereinführung der AMPPreisV aus dem Jahr 2003 plus der pharmazeutischen Komponenten. Bei (drohender) Unterversorgung sollte betroffenen Vor-Ort-Apotheken ein Sicherstellungszuschlag gewährt werden, wenn nicht ohnehin das Vorhalten und Erbringen von Gemeinwohlpflichten wie Labor, Rezeptur, Notdienste, Notfaldepots usw. mit einem Sicherstellungszuschlag aus einem (neuen) Versorgungsfonds finanziell unterstützt werden sollte.
- ⇒ **Variante „mehr Unternehmertum“:** Vollständige Freigabe der Preisbildung. Die Kostenträger aus GKV und PKV gewähren einen Pauschalbetrag je Arzneimittel (bestenfalls auch bei OTC-Präparaten). Dies führt zu unternehmerischer Freiheit und Wettbewerb unter den Apotheken. Die Wettbewerbsintensität sinkt automatisch mit der Abnahme der Apothekendichte und geht bei (drohender) Unterversorgung quasi gegen null mit den entsprechenden Folgen für die Versorgung der Bevölkerung.
- ⇒ **Heutiges Kombimodell (plus Reduzierung der Umsatzsteuer):** Das heutige Kombimodell wird mit einer Reduzierung der Umsatzsteuer (naheliegend: 7% statt heute 19%) zumindest auf Rx-Arzneimittel kombiniert (die komplette Abschaffung der Umsatzsteuerpflicht zöge gefährliche steuerliche Implikationen nach sich, u.a. hinsichtlich Vorsteuerabzug), wobei die Brutto- und Netto-Beträge der Leistungserbringer vorher zu reinen Netto-Beträgen vereinheitlicht werden müssen. Dies entlastet die Kostenträger aus GKV und PKV, belastet jedoch den Staat umgekehrt mit rund sechs bis sieben Mrd. Euro. Die so generierten Einsparungen werden zumindest teilweise an die Vor-Ort-Apotheken zurückgeführt, einschließlich eines angemessenen Umverteilungsschlüssels zu Gunsten der Apotheken in dünnbesiedelten Regionen.