

H. Sturm, B. Rebmann, P. Seisl, K. Klenk, A. Renz, H. Haumann, S. Joos

**Gutachten zur Qualität der Arzneimittelversorgung
durch Apotheken im Ländlichen Raum
Baden-Württembergs**

Die Rolle der Apotheken für die künftige
Sicherstellung der medizinischen Versorgung

Gutachten
im Auftrag des Ministeriums für Ländlichen Raum und Verbraucherschutz
Baden-Württemberg

Tübingen, Berlin, Oktober 2020

Erstellt durch

Dr. med. Heidrun Sturm, MPH

Katharina Klenk

André Renz

Dr. med. Hannah Haumann

Prof. Dr. med. Stefanie Joos

Dr. Bernd Rebmann

Dr. Petra Seisl



Institut für Allgemeinmedizin und
Interprofessionelle Versorgung,
Universitätsklinikum und medizinische
Fakultät Universität Tübingen,
Osianderstraße 5, 72076 Tübingen

REBMANN RESEARCH GmbH & Co. KG
Gewerbepark H. A. U. 8
78713 Schramberg

Inhalt

1	Allgemeine Einleitung	8
1.1	Fragestellung	8
1.2	Methodik	9
1.2.1	Literaturrecherche.....	9
1.2.2	Experteninterviews und/oder Fokusgruppendifkussion	9
1.2.3	Quantitative Trendanalyse der Apothekenzahlen/Apothekerzahlen	10
2	Medizinische Versorgungssituation in Baden-Württemberg und Deutschland	12
2.1	Bevölkerungsentwicklung und Altersstruktur.....	13
2.1.1	Einwohnerentwicklung	13
2.1.1.1	Entwicklung der Einwohnerzahlen in Deutschland (1999 – 2019)	13
2.1.1.2	Entwicklung der Einwohnerzahlen in Baden-Württemberg (1999 – 2019).....	14
2.1.1.3	Entwicklung der Einwohnerzahlen im <i>städtischen</i> Verdichtungsraum in Baden-Württemberg und Bezug zur Apothekenentwicklung	15
2.1.1.4	Entwicklung der Einwohnerzahlen in <i>ländlichen</i> Regionen in Baden-Württemberg..	15
2.1.2	Bevölkerungsdichte	16
2.1.3	Altersstruktur.....	17
2.2	Versorgungsbedarf	20
2.2.1	Gesundheitliche Bedarfsabschätzung (Versorgungsatlas Baden-Württemberg).....	20
2.3	Arzneimittelverbrauch.....	22
2.3.1	Eine Variable des Alters	22
2.3.2	Regionale Unterschiede im Arzneimittelverbrauch	23
2.3.3	Abhängigkeit des Arzneimittelverbrauchs von der regionalen Facharztstruktur	23
2.4	Beurteilung der aktuellen Versorgungssituation aus Sicht der Apotheken	24
2.4.1	Versorgung durch Hausärzte und Apotheken	24
2.4.2	Alter der niedergelassenen Ärzte in Baden-Württemberg.....	26
2.4.3	Apothekendichte bezogen auf das Alter der Bevölkerung	27
2.5	Zwischenfazit.....	29
3	Strukturen zur Sicherstellung der Arzneimittelversorgung	31
3.1	Präsenzapotheken.....	31
3.1.1	Rolle der Präsenzapotheke für die Versorgung	32
3.1.2	Narrativ: Die ‚Landapotheke‘	33
3.2	Lieferung an Patienten	35
3.2.1	Versandapotheke.....	35
3.2.2	Botendienst von Präsenzapotheken.....	36
3.3	Weitere Möglichkeiten der schnellen Arzneimittelverfügbarkeit.....	38
3.3.1	Rezeptsammelstellen	38
3.3.2	Abholfähcher.....	39
3.3.3	Pick-up-Stellen.....	40
3.3.4	Digitale Warenlager	40
4	Apothekenzahlen und Trendanalyse für Deutschland und Baden-Württemberg.....	42
4.1	Apothekenzahlen über die Zeit.....	42
4.1.1	Entwicklung der Apothekenzahlen im Zeitraum 1999 – 2009	42
4.1.2	Entwicklung der Apothekenzahlen im Zeitraum 2009 – 2019	46
4.1.3	Zusammenfassung der Entwicklung der Apothekenzahlen im Zeitraum 1999 – 2019 ..	48
4.2	Apothekenzahl in Stadt und Land zwischen 1999 und 2019	51

4.2.1	Entwicklung der Apotheken im städtischen Verdichtungsraum im Baden-Württemberg ..	51
4.2.2	Entwicklung der Apotheken in ländlichen Regionen in Baden-Württemberg	53
4.3	Apothekendichte als Maßstab der Versorgung im Zeitraum 1999 – 2019	54
4.3.1	Apothekendichte in Deutschland in den Jahren 1999, 2009 und 2019	55
4.3.2	Apothekendichte in Baden-Württemberg in den Jahren 1999, 2009 und 2019	58
4.3.3	Zusammenfassung der Entwicklung der Apothekendichte im Zeitraum 1999 – 2019 ..	63
4.4	Schlussfolgerungen und Ergebnisse aus der quantitativen Analyse	66
5	Wirtschaftliche Situation der Apotheken in Deutschland.....	69
5.1	Arzneimittelausgaben	69
5.2	Vergütung bzw. Einnahmequellen.....	69
5.2.1	Verschreibungspflichtige Arzneimittel.....	69
5.2.2	OTC (Over-the-Counter)-Medikamente.....	70
5.2.3	Kaufkraft pro Apotheke im Vergleich zwischen Deutschland und Baden-Württemberg	70
5.2.4	Aktuelle Vergütungssystematik und Reformoptionen.....	72
5.3	Wettbewerbssituation	73
5.3.1	Umsatzentwicklung und deren Ursachen	73
5.3.2	Wettbewerb verschärft sich	75
5.3.3	Gründe für Apothekenschließungen.....	76
5.4	Schlussfolgerungen und Ergebnisse aus der wirtschaftlichen Situation der Apotheken	77
5.5	Zusammenfassung	78
6	Rechtlicher Rahmen zum Apothekenbetrieb und der Rolle der Apotheken in der Gesundheitsversorgung	79
6.1	Regulierungsdynamik und aktuelle Gesetze (Gesetzesvorhaben)	79
6.1.1	Rechtliche Dynamik und Auswirkungen auf die Apotheken	80
6.1.2	Relevante aktuelle Gesetze.....	81
6.2	Rechtliche Anforderungen beim Apothekenbetrieb.....	82
6.2.1	Versorgungspflicht, Kontrahierungszwang und Notstandsvermeidung.....	82
6.2.2	Nacht- und Notdienst	83
6.2.3	Mehr- und Fremdbesitzverbot	83
6.2.4	EXKURS: Apothekenkooperationen – ‚Pseudoketten‘	85
6.2.5	Kooperationen: Absprache- und Zuweisungsverbot	86
6.3	Rechtliche Anforderungen ‚Sortimentsgestaltung‘	87
6.3.1	(Fertig-) Arzneimittel & Apothekenpflicht	87
6.3.2	Rezepturen, Defekturen und Spezialzubereitungen.....	88
6.3.3	Versorgung mit Hilfsmitteln.....	89
6.3.4	Apothekenübliches Ergänzungssortiment und Spezialisierung	90
6.3.5	Anforderungen bei Werbung und Marketing	92
6.3.6	Bewertung aus Sicht der Apotheker und FAZIT	93
6.4	Weitere, neue Versorgungsleistungen	94
6.4.1	Medikationsplan.....	94
6.4.2	Elektronisches Rezept.....	95
6.4.2.1	Fluch oder Chance: (erwartete) Effekte.....	98
6.4.2.2	Flächendeckende Nutzung des E-Rezepts (Finnland).....	98
6.4.3	Impfungen.....	100
7	Herausforderungen.....	102
7.1	Fachkräfte- und Nachwuchsmangel	102
7.1.1	Wahrgenommene Nachteile des Apothekerberufs.....	103
7.1.2	Hohe Qualifikationsanforderungen	104
7.2	Herausforderung Versandapotheken	104

7.2.1.	Akzeptanz in der Bevölkerung.....	104
7.2.2.	Risiken / Chancen des E-Rezepts.....	105
7.2.3.	Risiken aufgrund des EuGH-Urteil (betrifft ausländischen Versandhandel)	106
7.2.4.	Risiken aufgrund ungleicher Marktstrukturen.....	108
7.2.1	Exkurs: Digitale Kooperationen - Plattformen	109
7.2.5	Risiken aufgrund weiterer divergierender Auflagen und Aufgaben.....	111
7.2.7	Einschätzungen zur Entwicklung.....	112
7.3	Spezifische Herausforderungen im ländlichen Raum	114
7.3.1	Entwicklung der regionalen Infrastruktur und Kunden auf dem Land	114
7.3.2	„Unattraktiver Lebensraum“?	115
7.3.3	Ökonomisch gesund trotz Rückgang der Arztpraxen.....	115
7.3.4	Breiteres Angebot, mehr Aufgaben	116
7.3.4.1	Notdienstversorgung.....	117
8	Lösungsansätze.....	120
8.1	Nachwuchs fördern.....	120
8.1.1	Nachwuchs für ländliche Regionen gewinnen.....	120
8.1.2	Strukturelle Rahmenbedingungen schaffen	121
8.1.3	Berufsausübung als Apotheker fördern	122
8.2	Verbesserung der Versorgung durch sinnvolle Aufgabenverteilung und Kooperation	123
8.2.1	Welche Beratung in der Apotheke ist durch Patienten/Kunden gewünscht?	123
8.2.2	Medikationsmanagement und „Pharmaceutical Care“ - umfassende Betreuung in Sachen Arzneimittel.....	124
8.2.2.1	Definitionen: Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) und Pharmaceutical Care .	124
8.2.2.2	Medikationsmanagement in Deutschland.....	125
8.2.2.3	Effekte des Medikationsmanagements.....	128
8.2.2.4	Modellprojekte zur Umsetzung des Medikationsmanagements aus Deutschland	129
8.2.3	Beratung zur Selbstmedikation und Prävention - Apotheker als Lotsen.....	130
8.2.4	Weitere Aufgaben und Ansätze	131
8.2.4.1	Impfen.....	131
8.2.4.2	Diagnostische Tests	132
8.2.4.3	Kooperation mit dem ärztlichen Notdienst.....	133
8.2.4.4	Beratung durch Tele-Pharmazie.....	133
8.2.4.5	Community Pharmacy Enhanced Services Network (USA)	134
8.2.4.6	Verbesserte Arzneimittelversorgung durch Bindung an eine Apotheke (Niederlande)	135
8.2.5	Interprofessionelle Kooperation verbessert die Behandlungsergebnisse	135
8.2.5.1	Barrieren und Voraussetzungen für interprofessionelle Zusammenarbeit	136
8.2.5.2	Gesundheitszentren.....	137
8.2.5.3	Verordnungen von Medikamenten durch Pharmazeuten (Pharmaceutical Prescribing)	138
8.2.5.4	Übernahme des Erstkontakts zu Patienten	140
8.2.6	Einschätzungen durch Apotheker zu erweiterten Aufgaben und Rollen	140
8.3	Vorschläge für den Erhalt der Infrastruktur - Digitale & technische Angebote	142
8.3.1	Arzneimittellieferungen per Drohne	142
8.3.2	„FASS App“ (Schweden)	142
8.3.3	„Roboter-Arzt“ in der Apotheke (Schweiz).....	143
8.3.4	Rollende Apotheken	144
9	Zusammenfassung und Bewertung.....	145
9.1	Bevölkerungsentwicklung und Morbidität	145

9.2	Versorgungssituation durch Apotheken vor Ort	145
9.2.1	Allgemeine Lieferengpässe	146
9.3	Wirtschaftliche Situation der Apotheken.....	147
9.4	Rechtlicher Rahmen	148
9.4.1	Neue gesetzlich vorgegebene bzw. mögliche Angebote.....	149
9.5	Strukturen zur Sicherung der Arzneimittelversorgung.....	150
9.5.1	Vor-Ort-Apotheken.....	150
9.5.1.1	„Landapotheken“:.....	150
9.5.1.2	Botendienst.....	150
9.5.2	Versandhandel.....	151
9.6	Herausforderungen.....	151
9.6.1	Alter der Apotheker, Nachfolge und Attraktivität des Apothekerberufs	151
9.6.2	Herausforderungen auf dem Land.....	151
9.6.3	Konkurrenz durch Online-Handel	152
9.6.3.1	EuGH-Urteil und Chancengleichheit.....	152
9.6.4	Digitalisierung	152
9.7	Weiterentwicklung der medizinischen Versorgungsstruktur (insbesondere im ländlichen Raum) 153	
9.7.1	Neue Versorgungsformen und erweiterte Aufgaben	153
10	Lösungsansätze - Handlungsempfehlungen (Fazit).....	155
10.1	Attraktivität – Nachwuchs	155
10.1.1	Zielgruppe: Lokale Apotheker, Selbstverwaltung	155
10.1.2	Zielgruppe Gemeinde, regionale Politik.....	156
10.1.3	Zielgruppe Politik, Selbstverwaltung.....	156
10.2	Rahmenbedingungen	157
10.2.1	Zielgruppe Politik:	157
10.2.2	Zielgruppe Regionale Entscheider, Gemeinden.....	158
10.3	Kooperation – neue Rollenverteilung	158
10.3.1	Zielgruppe Politik und Selbstverwaltung.....	158
10.3.2	Zielgruppe Apotheker und regionale Gesundheitsanbieter	159
10.3.2.1	Vorhandene Ressourcen durch Kooperationen besser nutzen.....	159
10.3.2.2	Kooperation mit Ärzten beim Notdienst:	159
10.3.3	Zielgruppe: Kommunalpolitik / Verwaltung	160
10.4	Neue Aufgaben (Zielgruppe Selbstverwaltung, Politik).....	160
10.4.1	Medikationsmanagement	161
10.4.2	Weitere Ansätze aus anderen Ländern	161
10.5	Technische Lösungen	161
11	Abbildungsverzeichnis.....	163
12	Quellenverzeichnis	165

Unabhängig von der im Bericht jeweils verwendeten Form sind grundsätzlich immer beide Geschlechter gemeint.

Abstract

Zielsetzung:

Insbesondere strukturschwache Regionen sind von der Demographie, der Alterung der Bevölkerung betroffen. Das geht mit steigenden medizinischen Versorgungsbedarfen einher, insbesondere werden die Anforderungen an Arzneimittelversorgung und -therapie komplexer. Vor diesem Hintergrund stellt sich das Gutachten der Frage, welche Trends sich bezüglich der Versorgungssituation mit Medikamenten, insbesondere durch Apotheken, zeigen und welche Maßnahmen zur künftigen Sicherstellung sinnvoll sein können.

Status Quo:

Die Apothekenanzahl und -dichte sank insbesondere in den letzten 10 Jahren. Die Versorgung in Baden-Württemberg liegt mit rund 22 Apotheken je 100.000 Einwohner leicht unter dem Bundesdurchschnitt. Nur 12 Landkreise zeigen eine stark unterdurchschnittliche Apothekendichte, davon befindet sich nur ein Drittel im ländlichen Raum. Es gibt keine Definition für eine optimale Versorgungsdichte, jedoch gibt es aktuell keine Anhaltspunkte für eine bestehende Unterversorgung.

Apotheken sind im Kerngeschäft (verschreibungspflichtige Arzneimittel) auf die Verordnung von Ärzten angewiesen, Produktsortiment und Preise sind weitgehend festgelegt. D.h. sie können ihren Markt kaum selbst beeinflussen. Wettbewerbsmechanismen reduzieren sich somit auf den OTC-Bereich, in dem sich gerade auch der Versandhandel etabliert hat. Apotheker sind somit einerseits mit einem rechtlich sehr dynamischen Umfeld konfrontiert, das sie selbst kaum beeinflussen können, andererseits erfordert gerade auch das Themenfeld Digitalisierung (e-Rezept & Co) entsprechende Investitionen und vorausschauendes unternehmerisches Agieren.

Ländliche Apotheken haben ein anderes Patientenkollektiv (mehr Stammkunden, breites Versorgungsspektrum) und tendenziell eine größere Arbeitsdichte, aber keine wirtschaftlich schwächere Position. Der Nachwuchsmangel ist auf dem Land jedoch besonders prekär.

Lösungsansätze:

Die Vor-Ort-Apotheke sollte erhalten bleiben, da sie einen wesentlich breiteren Versorgungsbeitrag vor Ort leisten als das der reine Versandhandel kann. Hierzu gehört u.a. die persönliche Beratung, die Vernetzung und Unterstützung der Versorgung vor Ort. Insbesondere auf dem Land erfordert das, die Attraktivität für den Nachwuchs zu fördern. Hierzu gehören ein attraktives Umfeld, flexible Arbeitsbedingungen und erweiterte Aufgabenbereiche für junge Apotheker, die gern mehr pharmazeutische Aufgaben in Kooperation mit Ärzten und weiteren Leistungserbringern erbringen wollen. Letzteres kann auch zur Sicherung der Versorgung insgesamt beitragen.

1 Allgemeine Einleitung

1.1 Fragestellung

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels verändern sich der Arzneimittelbedarf und die Apothekenlandschaft in Deutschland. Von besonderer Bedeutung hierbei ist die Sicherstellung der medizinischen Versorgung in strukturschwachen Regionen, da dort häufig die Bevölkerung älter, der Versorgungsbedarf höher und die Erreichbarkeit der Versorgungseinrichtungen schlechter ist. In diesem Gutachten werden die Veränderungen und Entwicklungen in der Arzneimittelversorgung in Deutschland und insbesondere in Baden-Württemberg dargestellt und deren Ursachen diskutiert. Hierzu gehören Entwicklungen des Versorgungsbedarfs ebenso wie solche der medizinischen Versorgungsstrukturen und gesetzlichen Rahmenbedingungen.

In Ergänzung zu faktischen Informationen werden Experteninterviews genutzt, um die beschriebenen Entwicklungen zu bewerten und neue Gestaltungsmöglichkeiten zu eruieren. Gemeinsam mit Beispielen aus der Literatur und anderen Ländern werden Handlungsempfehlungen für die Rolle der Apotheken für die künftige Sicherstellung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum in Baden-Württemberg erarbeitet.

Fragestellungen des Gutachtens sind:

- Wie haben sich die Apothekenzahlen in den vergangenen 20 Jahren in Baden-Württemberg und Deutschland verändert?
 - Gibt es Unterschiede zwischen städtischen Apotheken und Apotheken in strukturschwachen/ländlichen Regionen?
 - Welche anzunehmenden Entwicklungen resultieren aus den Ergebnissen der retrospektiven Betrachtung unter Einbezug der Altersentwicklung der Apotheker und niedergelassenen Ärzteschaft?
- Wie können Lieferengpässe bei Arzneimitteln vermieden werden?
- Wie hängt die Erreichbarkeit von Apotheken mit dem Arzneimittelgebrauch und der Therapiequalität zusammen?
 - Welche Bedeutung haben Präsenzapotheken für die Beratungsqualität bezüglich der Arzneimitteltherapie?
- Wie beeinflussen Online-Apotheken diese beiden Faktoren?
 - Kann dieses Beratungsangebot auch von Online-Angeboten übernommen werden? Welche bereits existierenden Beratungsangebote kommen hier infrage?
 - Welchen Einfluss hat die alleinige Online-Verfügbarkeit von Apotheken auf die Beratungsqualität bei Fragen zu Arzneimitteln?

- Welche Folgen ergeben sich aus dem wachsenden Konkurrenzdruck durch Versandapotheken auf die Entwicklung der Apothekendichte und deren Angebote?
- Wie kann die Verfügbarkeit von Medikamenten für alle Menschen im ländlichen Raum gewährleistet werden? (Entscheidung des EuGH zur Zulässigkeit der Bonusgewährung beim Kauf verschreibungspflichtiger Medikamente)
- Welche Rolle spielen Apotheken in anderen Ländern und in Modellprojekten in der Qualitätssicherung und Beratung im Kontext der Arzneimitteltherapie?
 - Welche Konzepte zur Beratung, insbesondere bei komplexen Arzneimitteltherapien, existieren im Ausland?
- Welche Modellprojekte sind bereits in Deutschland implementiert und ggf. evaluiert?

1.2 Methodik

Das Gutachten basiert auf drei Teilen:

1.2.1 Literaturrecherche

Die Forschungsfragen werden anhand nationaler und internationaler Literatur aus wissenschaftlichen Quellen aber auch aus sog. „Grey-Search“, d. h. nationalen Zeitschriften und Verbandsnachrichten etc., beantwortet.

1.2.2 Experteninterviews und/oder Fokusgruppendifkussion

Hierbei wurden Apotheker in städtischen und ländlichen Regionen sowie Verbandsakteure beteiligt. Die pragmatische Rekrutierung erfolgte über das professionelle Netzwerk des Instituts für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung, ergänzt durch das „Schneeballprinzip“, d. h. über Kontakte von Teilnehmern wurde weiter rekrutiert. Dabei wurde darauf geachtet, dass verschiedene Regionen, die vor dem Hintergrund der Fragestellung von Interesse sind, sowie jüngere und ältere Apothekerinnen und Apotheker befragt wurden.

Die qualitativen Daten werden in einem pragmatischen Ansatz (angelehnt an die qualitative Inhaltsanalyse) ausgewertet und im Kontext der Erfahrungen aus der Literatur aufgearbeitet. Um die subjektiven Sichtweisen der interviewten Experten vom übrigen Text abzugrenzen, wurden diese immer farblich hervorgehoben.

Die Ergebnisse wurden dann durch einen Expertenworkshop mit Apothekern und Wissenschaftlern gespiegelt und konkretisiert.

Im Bericht wurden alle subjektiven Ergebnisse aus diesem Teil in blauen Boxen dargestellt.

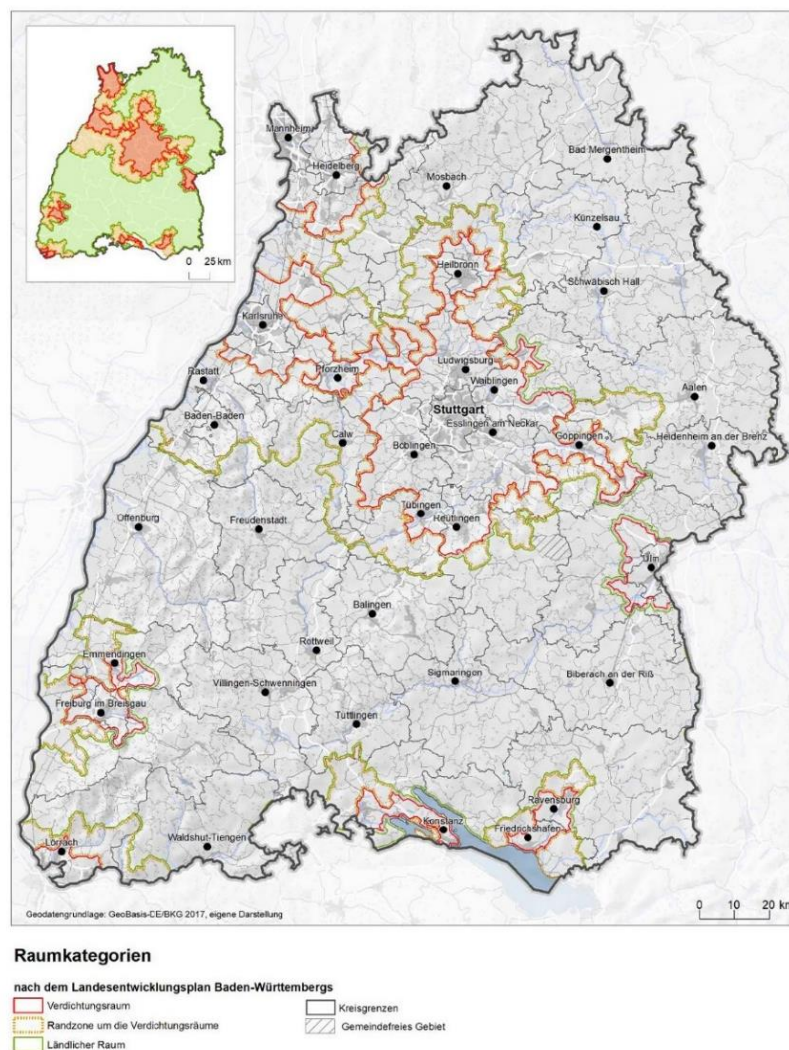
1.2.3 Quantitative Trendanalyse der Apothekenzahlen/Apothekerzahlen

Mit einer quantitativen Analyse auf Ebene der KV-Regionen, Landkreise und Postleitzahlenregionen wird der Frage nachgegangen, wie sich die Apothekenzahlen im Zeitraum 1999 – 2019 in Deutschland und in Baden-Württemberg entwickelt haben.

Abgrenzung ländlicher Raum

Für die Abgrenzung des ländlichen Raumes folgt die Studie den Kategorien des Landesentwicklungsplans Baden-Württemberg. Dabei wurden die Raumkategorien „Verdichtungsgebiete im Ländlichen Raum“ und „Ländlicher Raum im engeren Sinne“ zur Kategorie „Ländlicher Raum“ zusammengefasst, sodass sich die drei in der **Abb. 1** dargestellten Raumkategorien für die folgende quantitative Analyse ergeben.

Abb. 1: Raumkategorien nach Landesentwicklungsplan Baden-Württemberg



Die Daten für die Entwicklung der Apothekenzahlen wurden von der Landesapothekerkammer Baden-Württemberg bereitgestellt. Die bundesweite Entwicklung der Apothekenzahlen stammt von der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V. (ABDA). Demografische Daten wurden von der Gesellschaft für Konsumforschung (GfK) verwendet, die Daten zur hausärztlichen Versorgung stammen aus der Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigungen. Auf weitere Quellen wird im Text verwiesen.¹ Die Daten wurden in einer SQL-Datenbank erfasst und die statistischen Auswertungen wurden mit dem cloudbasierten Marktanalysesystem ATLAS MEDICUS^{®2} durchgeführt.

¹ Insbesondere auch auf die Daten des Statistischen Bundesamtes und Statistischen Landesämter.

² Durch das System sind die gewählten Einstellungen vorgegeben (Auswertungsebenen, Abkürzungen, Skalen, Einfärbung).

2 Medizinische Versorgungssituation in Baden-Württemberg und Deutschland

Die medizinische Versorgungssituation ist abhängig von der Versorgerdichte auf der einen Seite und vom Versorgungsbedarf auf der anderen Seite. Beides wiederum wird stark durch den demografischen Wandel beeinflusst: Eine alternde Gesellschaft hat aufgrund der Zunahme chronischer Erkrankungen im Alter (Multimorbidität) auch einen höheren Versorgungsbedarf. Die Behandlung multimorbider Patienten wiederum erfordert im Behandlungsalltag häufig eine Abstimmung der verschiedenen Versorger, um eine ganzheitliche Versorgung zu gewährleisten. Ein wichtiges Beispiel, das v.a. in der Versorgung der älteren Bevölkerung zentral ist, ist die Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS). Es ist bekannt, dass bis zu einem Viertel der ambulant versorgten über 65-Jährigen mindestens ein potenziell inadäquates Medikament einnimmt³, mit dem Risiko für unerwünschte Arzneimittelwirkungen.

Die (insgesamt gute) medizinische Versorgung in Deutschland und Baden-Württemberg ist geprägt durch eine schwache interprofessionelle und intersektorale Abstimmung – insbesondere bestehen Versorgungslücken an Übergängen wie der Krankenhausentlassung oder bei der Berücksichtigung sozialer Aspekte.⁴ Sie wird u. a. durch die sektorale Trennung der Budgets und der Sozialgesetzbücher sowie durch die starken Interessensvertretungen der freiberuflichen Selbstverwaltung aufrechterhalten.

Angesichts des demografischen Wandels mit seinen veränderten medizinischen Herausforderungen wird eine ganzheitliche, über die Sektorengrenzen hinweg und am Patienten ausgerichtete Versorgung immer zentraler. In diesem Kontext kann auch Apotheken künftig eine wichtige Rolle innerhalb der Versorgungsprozesse zufallen.⁵

³ Endres HG, Kaufmann-Kolle P, Steeb V, Bauer E, Böttner C, Thürmann P. Association between Potentially Inappropriate Medication (PIM) Use and Risk of Hospitalization in Older Adults: An Observational Study Based on Routine Data Comparing PIM Use with Use of PIM Alternatives. PLoS One. 2016; 11:e0146811

⁴ SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2008). Kooperation und Verantwortung - Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007. Nomos Verlag

⁵ ABDA (2014). Apotheke 2030. Perspektiven zur pharmazeutischen Versorgung in Deutschland

2.1 Bevölkerungsentwicklung und Altersstruktur

2.1.1 Einwohnerentwicklung

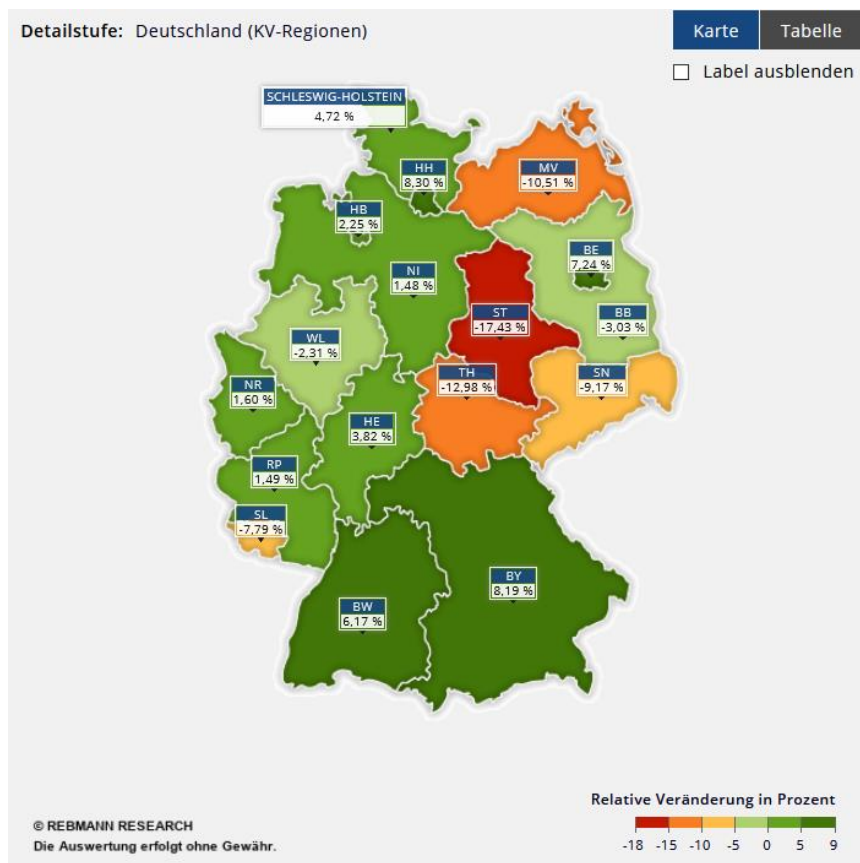
Die Entwicklung der Einwohnerzahlen besitzt Aussagekraft über die Nachfrage- und Bedarfsentwicklung in den einzelnen Ländern und Kreisen. Neben der Anzahl der Apotheken ist sie die zweitwichtigste Einflusskomponente im Hinblick auf die Versorgung der Bevölkerung mit Apotheken respektive Arzneimitteln. Bei einer konstanten Apothekenzahl und gleichzeitig steigenden Einwohnerzahl verschlechtert sich rechnerisch die Versorgung in dieser Region.

2.1.1.1 Entwicklung der Einwohnerzahlen in Deutschland (1999 – 2019)

Von 1999–2019 stieg die Einwohnerzahl in Deutschland um 1,2 % (982.202) auf 83.019.213 Einwohner. Insbesondere in Bayern hat die Bevölkerung mit 990.173 Einwohnern (+8,19 %) signifikant zugenommen, gefolgt von Baden-Württemberg (+643.493 Einwohner, +6,17 %) und Berlin (+246.004 Einwohnern, +7,24 %). In allen ostdeutschen Bundesländern hat die Einwohnerzahl dagegen insgesamt um 1.468.810 Einwohner in Sachsen abgenommen, in Sachsen-Anhalt um -17,43 %, gefolgt von Thüringen (-12,98 %) und Mecklenburg-Vorpommern (-10,51 %).⁶ Im Westen ist nur das Saarland mit einem Rückgang von -7,79 % vom Bevölkerungsschwund betroffen. Die Unterschiede in der Einwohnerentwicklung in Deutschland sind gravierend, wie die **Abb. 2** zeigt.

⁶ Hier erfolgte ein Quervergleich mit Daten des Statistischen Bundesamtes. Die Entwicklung für Deutschland wurde dort mit einer leicht geringeren Quote von 1,2% angegeben. Für Bayern wird ein Anstieg von 7,31%, Baden-Württemberg 5,47% und Berlin 8,5% angegeben. Der Einwohnerschwund in Ostdeutschland liegt bei 1.319.734.

Abb. 2: Einwohnerentwicklung in Deutschland 1999 – 2019



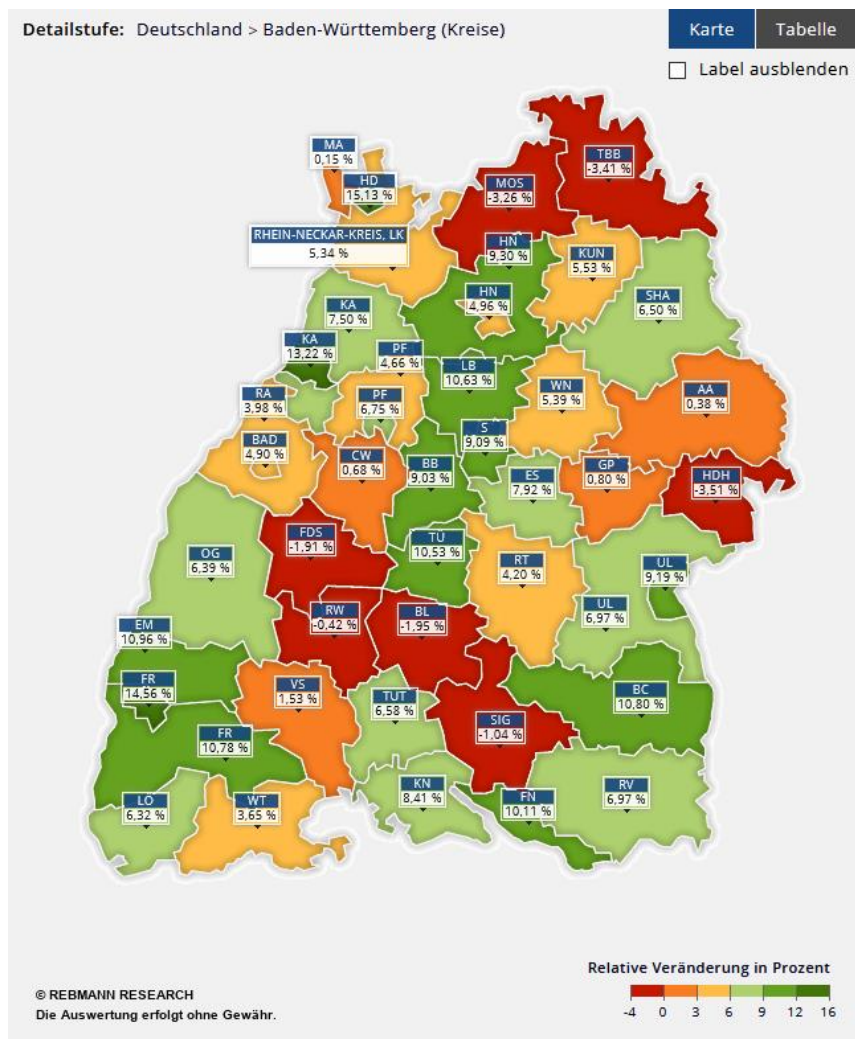
Legende: Die gewählten Landkreisbezeichnungen sind bedingt durch das verwendete Analysesystem ATLAS MEDICUS®

2.1.1.2 Entwicklung der Einwohnerzahlen in Baden-Württemberg (1999 – 2019)

Baden-Württemberg verzeichnete im selben Zeitraum (1999 – 2019) den absolut betrachtet zweitgrößten Einwohnerzuwachs in Deutschland. Hier stieg die Einwohnerzahl seit 1999 von 10.426.040 Einwohnern um 6,17 % auf 11.069.533 Einwohner.

Auch innerhalb Baden-Württembergs gibt es große Unterschiede hinsichtlich der Einwohnerentwicklung (**Abb. 3**). So haben Heidelberg als Spitzenwert mit +15,13 %, Freiburg (Stadt) +14,56 % gefolgt von Karlsruhe (Stadt) mit +13,22 % viele Einwohner hinzugewonnen, während die Kreise Heidenheim (-3,51 %), Main-Tauber (-3,41 %) und Neckar-Odenwald (-3,26 %) verloren.

Abb. 3: Einwohnerentwicklung in Baden-Württemberg 1999 – 2019



2.1.1.3 Entwicklung der Einwohnerzahlen im *städtischen* Verdichtungsraum in Baden-Württemberg und Bezug zur Apothekenentwicklung

Die Verdichtungsräume Baden-Württembergs verzeichneten in den letzten zwanzig Jahren (1999 – 2019) ausschließlich einen Bevölkerungszuwachs. Grund hierfür ist vor allem die Stadt-Land-Migration. Auch im größten Ballungsraum in Baden-Württemberg, der Stuttgart und seine anliegenden Kreise beinhaltet, wuchs die Einwohnerzahl überdurchschnittlich. Lediglich der Stadtkreis Mannheim wies eine stark unterdurchschnittliche Entwicklung auf. Hier wuchs die Bevölkerung im Zeitraum von 20 Jahren um gerade einmal +0,15 %.

2.1.1.4 Entwicklung der Einwohnerzahlen in *ländlichen* Regionen in Baden-Württemberg

Ausschließlich ländliche Kreise, insgesamt sieben, sind in Baden-Württemberg von einem Bevölkerungsrückgang betroffen. Im Vergleich zu den oben dargestellten Rückgängen, insbesondere für die östlichen Regionen Deutschlands, sind die Werte allerdings als eher gering

einzustufen, sodass von einer Landflucht kaum die Rede sein kann. Auch südlichere Landkreise in Baden-Württemberg wie der Zollernalbkreis, Freudenstadt, Sigmaringen und Rottweil verzeichneten einen meist leichten Rückgang.

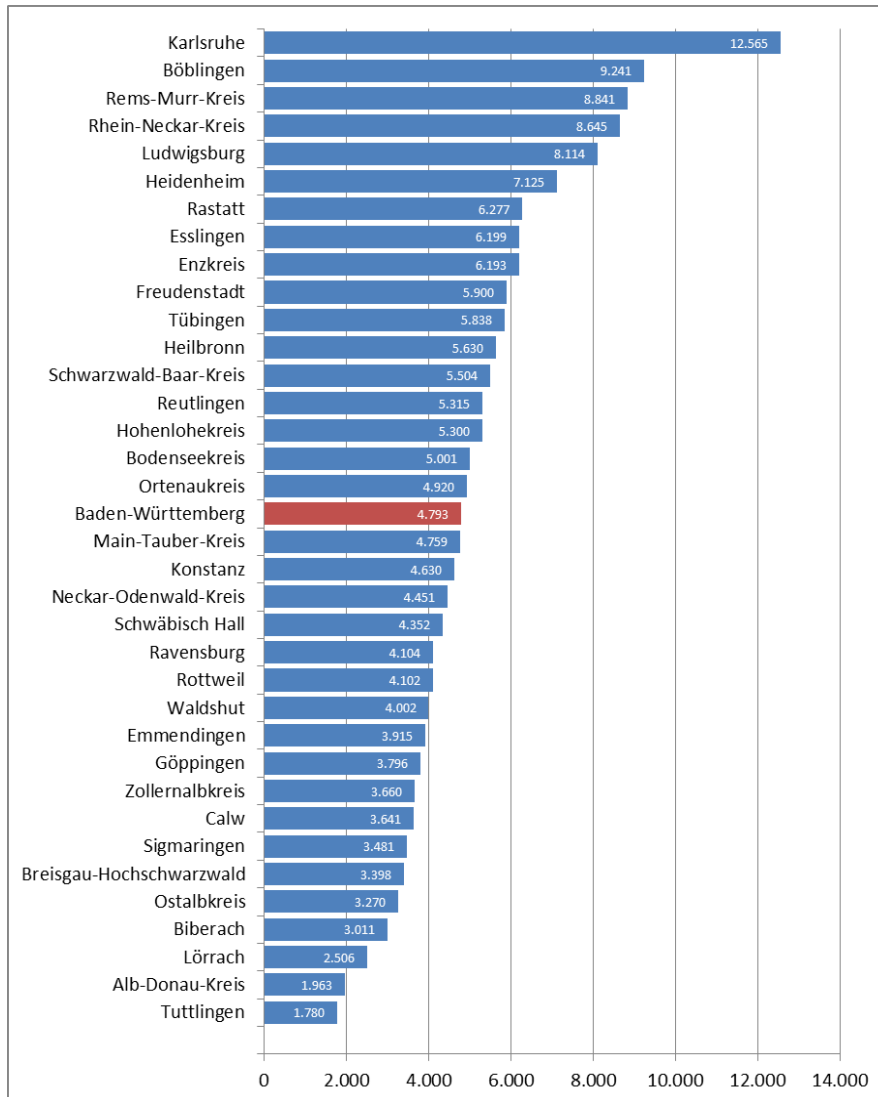
Auf der anderen Seite zeigen vereinzelte ländliche Kreise wie der Landkreis Biberach (+10,8 %) oder Breisgau-Hochschwarzwald (+10,78 %) einen überdurchschnittlichen Bevölkerungszuwachs. Insgesamt lässt sich bezüglich der Entwicklung Apotheken- und Einwohnerzahlen in den ländlichen Regionen keine Trendaussage treffen.

2.1.2 Bevölkerungsdichte

In Baden-Württemberg gibt es gravierende Unterschiede in den Landkreisen hinsichtlich der Durchschnittsgröße der Gemeinden. Interessant ist die Beobachtung, dass die durchschnittliche Gemeindegröße in Baden-Württemberg mit 4.793 Einwohner je Gemeinde sehr nahe an der gegenwärtigen Versorgungsdichte der Apotheken liegt.

In Landkreisen wie Tuttlingen mit einer durchschnittlichen Gemeindegröße von 1.780 Einwohner je Gemeinde muss ein Apotheker bereits 3 Gemeinden versorgen, um ein durchschnittliches Einzugsgebiet zu erreichen, während in Karlsruhe mit einer durchschnittlichen Gemeindegröße von 12.565 Einwohner je Gemeinde fast drei Apotheken in eine Gemeinde „reinpassen“.

Abb. 4: Durchschnittliche Einwohnerzahl einer Gemeinde in den Landkreisen (Einwohnerdichte)



Legende: Datenquelle: Bevölkerungsfortschreibung. © Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2020

2.1.3 Altersstruktur

Noch Anfang der 1970er-Jahre lag das Durchschnittsalter der Bevölkerung in knapp der Hälfte der Stadt- und Landkreise bei unter 35 Jahren. Am jüngsten war die Bevölkerung im Landkreis Sigmaringen mit im Schnitt lediglich 33 Jahren, am ältesten in Baden-Baden mit knapp 42 Jahren⁷. Aufgrund der niedrigen Geburtenrate und steigenden Lebenserwartung altert die baden-württembergische Gesellschaft weiter.

⁷ <https://www.statistik-bw.de/Service/Veroeff/Monatshefte/20191202?path=/BevoelkGebiet/Alter/>

Die mittlere Lebenserwartung schwankt regional von 82,5 Jahren bei Frauen und 77,4 Jahren bei Männern in Mannheim und 85,1 bzw. 80,9 Jahren im Breisgau-Hochschwarzwald, wobei kein klares Stadt-Land-Gefälle zu verzeichnen ist.⁸ Die demografische Alterung im Land war immer durch starke regionale Unterschiede gekennzeichnet.

Auch der Anteil der über 65-Jährigen hat sich seit 1960 nahezu verdoppelt auf zuletzt 18,5 %; dagegen reduzierte sich der Anteil der unter 15-Jährigen auf 17,6 % im Jahr 2017 (**Abb. 5**). Der Altenquotient (Anteil der 65-Jährigen pro 100 Personen aus dem erwerbsfähigen Alter, d. h. 20 – 64 Jahre) liegt meist über 25 Rentner pro 100 Erwerbsfähigen, in rund der Hälfte der Landkreise ist sogar 1/3 oder mehr der Erwachsenenbevölkerung über 65 Jahre alt. Von den 10 am dünnsten besiedelten Landkreisen haben 5 gleichzeitig auch einen hohen Altenquotienten. Diese Landkreise sind somit mit einem hohen Versorgungsbedarf und meist einer eher geringen Versorgerdichte konfrontiert, so dass teilweise lange Wegstrecken zu Ärzten und Apotheken in Kauf genommen werden müssen.

⁸ Quelle: © Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2019

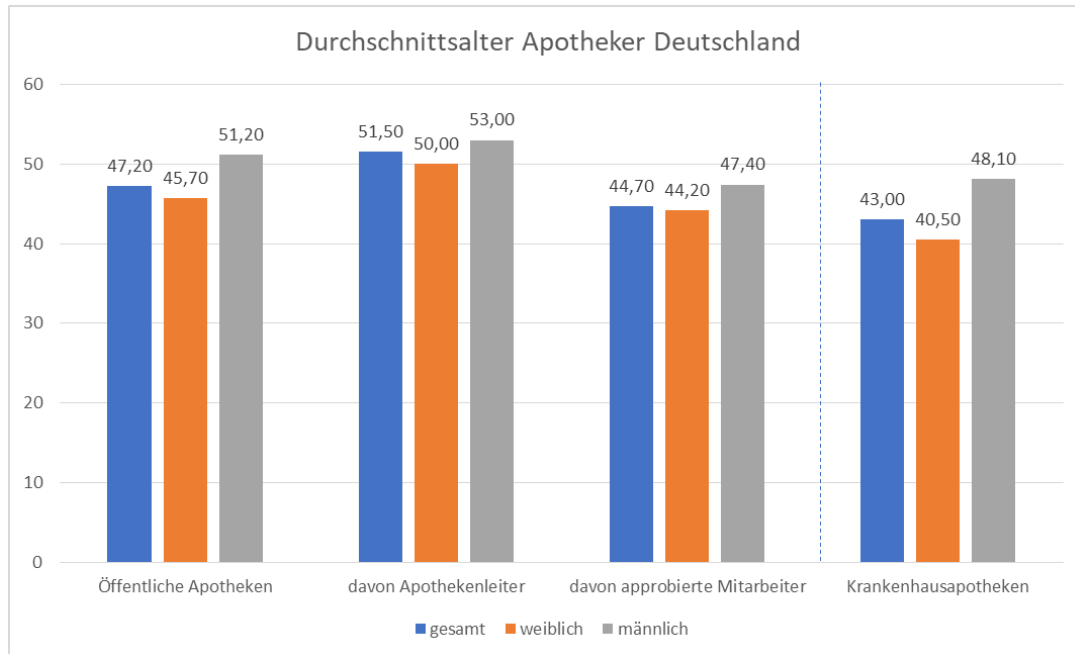
Abb. 5: Altersstruktur der Landkreise in Baden-Württemberg 2017 (sortiert nach Anteil Hochbetagter)

	Jugend-quotient	Kinder und Jugendliche (in %)	Personen im erwerbsfähigen Alter (in %)	Ältere Menschen (in %)	Anteil hochbetagter Menschen (in %)	Alten-quotient
Baden-Baden	24,8	16,6	67,2	16,2	4,8	24,1
Zollernalbkreis	28,0	18,3	65,4	16,3	5,0	25,0
Main-Tauber-Kreis	30,8	19,5	63,5	17,0	5,0	26,7
Karlsruhe Stadt	26,7	17,3	64,8	17,9	5,5	27,6
Esslingen	25,5	16,6	65,0	18,3	5,7	28,2
Baden-Württemberg	27,6	17,6	63,9	18,5	5,6	29,0
Mannheim	29,6	18,7	63,0	18,4	5,4	29,1
Ulm	34,7	21,0	60,6	18,4	5,4	30,4
Stuttgart	32,3	19,7	61,2	19,1	5,4	31,2
Rhein-Neckar-Kreis	33,0	20,1	60,9	19,0	5,6	31,3
Heidelberg	32,4	19,8	61,0	19,2	5,7	31,4
Tübingen	34,3	20,7	60,2	19,1	5,6	31,7
Schwarzwald-Baar-Kreis	32,0	19,5	60,9	19,5	6,0	32,1
Rastatt	32,5	19,7	60,6	19,7	5,7	32,4
Freiburg	33,4	20,2	60,3	19,5	5,6	32,4
Karlsruhe	35,1	20,9	59,6	19,4	6,0	32,6
Neckar-Odenwald-Kreis	31,5	19,1	60,8	20,0	5,9	32,9
Konstanz	33,4	20,1	60,1	19,8	5,6	32,9
Heilbronn Stadt	32,8	19,7	60,2	20,1	6,1	33,4
Göppingen	33,2	19,9	60,0	20,1	6,0	33,5
Heilbronn	31,5	19,1	60,6	20,4	6,0	33,6
Rems-Murr-Kreis	32,5	19,5	60,1	20,3	6,2	33,8
Hohenlohekreis	33,0	19,8	60,0	20,3	6,5	33,8
Ludwigsburg	32,6	19,6	60,1	20,4	6,0	33,9
Reutlingen	32,8	19,7	59,9	20,4	6,0	34,1
Freudenstadt	31,2	18,8	60,5	20,7	6,1	34,2
Ortenaukreis	32,8	19,6	59,8	20,5	6,1	34,3
Emmendingen	32,7	19,6	59,8	20,6	5,8	34,4
Bodenseekreis	32,6	19,5	59,8	20,6	6,3	34,5
Ostalbkreis	31,2	18,8	60,3	20,9	6,0	34,7
Calw	32,4	19,4	59,7	20,9	6,2	35,0
Lörrach	32,9	19,6	59,5	20,9	6,1	35,1
Enzkreis	33,6	19,9	59,2	20,9	6,2	35,4
Schwäbisch Hall	34,1	20,1	59,0	20,9	6,1	35,4
Pforzheim	30,9	18,6	60,1	21,3	6,3	35,5
Heidenheim	31,2	18,7	60,0	21,3	6,1	35,5
Sigmaringen	31,7	19,0	59,8	21,3	6,0	35,6
Breisgau-Hochschwarzwald	32,2	19,2	59,4	21,4	6,3	36,1
Böblingen	33,3	19,6	58,9	21,4	6,1	36,4
Ravensburg	31,1	18,5	59,6	21,9	6,9	36,8
Rottweil	33,2	19,5	58,7	21,8	6,9	37,1
Waldshut	31,8	18,8	59,1	22,1	6,9	37,4
Alb-Donau-Kreis	31,3	18,5	59,3	22,2	6,7	37,5
Biberach	32,7	19,1	58,5	22,4	6,1	38,3
Tuttlingen	28,1	16,2	57,7	26,2	8,2	45,4

Quelle: Versorgungsatlas Baden-Württemberg, Accessed: 8.4.2020

Die demografische Situation in Deutschland wirkt sich aber nicht nur auf die Bedarfsseite aus. Auch die Apothekenleiter haben mittlerweile ein hohes Durchschnittsalter erreicht, was sich wiederum auf eine steigende Anzahl an Apothekenabgaben niederschlägt, mit dem potenziellen Risiko, keinen Nachfolger mehr zu finden.

Abb. 6: Durchschnittsalter der Apotheker



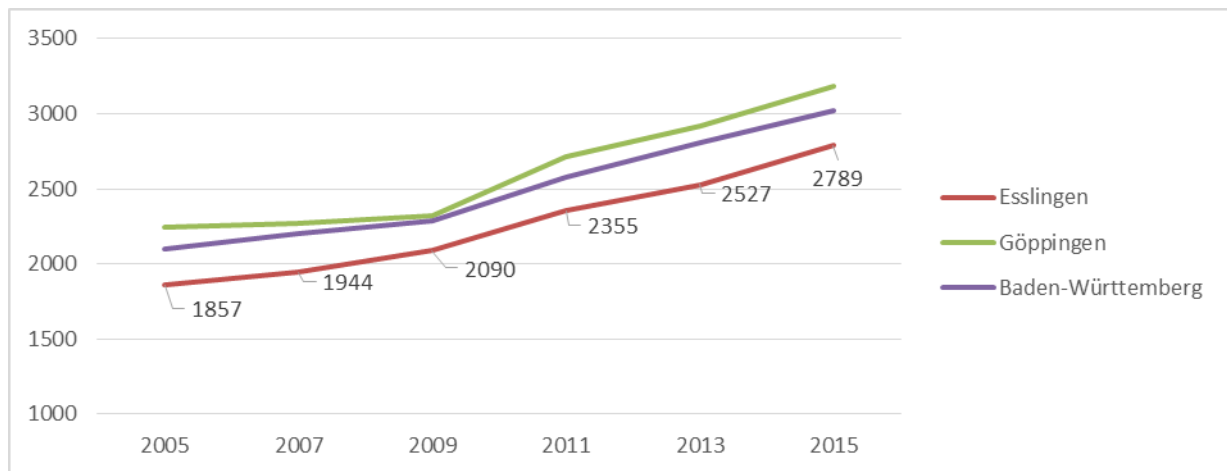
Quelle: ABDA, Stand 2019

2.2 Versorgungsbedarf

2.2.1 Gesundheitliche Bedarfsabschätzung (Versorgungsatlas Baden-Württemberg)

Die Anzahl der für den Versorgungsbedarf maßgeblichen Patienten, nämlich die mit chronischen Erkrankungen wie Diabetes mellitus, Bluthochdruck oder Herzkrankheit, hängt stark von der Altersstruktur ab: Mit dem demografischen Wandel nehmen erwartungsgemäß chronische Erkrankungen und die Morbidität zahlenmäßig zu. Als Beispiel für die Bedarfsentwicklung sei hier die Entwicklung des Pflegebedarfs aufgeführt (**Abb. 7**).

Abb. 7: Entwicklung der Pflegebedürftigkeit in zwei Landkreisen und Baden-Württemberg



Quelle: Gesundheitsatlas Baden-Württemberg

Etwa die Hälfte der Variationen der Erkrankungshäufigkeit insgesamt können auf eine regional unterschiedliche Alters- und Geschlechtsstruktur zurückgeführt werden.⁹ Allerdings gibt es Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Regionen, aber auch zwischen Regionen mit ähnlicher Bevölkerungsdichte, wie kürzlich beispielhaft für die koronare Herzkrankheit gezeigt wurde¹⁰. Das heißt die Morbidität hängt auch von der Einkommens- und Sozialstruktur (sie nimmt mit niedrigerem Sozialstatus zu) einer Region ab. Es bedarf somit immer einer individuellen lokalen Bedarfseinschätzung bzgl. der notwendigen Versorgungsinfrastruktur.

Insgesamt kann man somit auch in Baden-Württemberg von einem steigenden Versorgungs- und damit Arzneimittelverbrauch ausgehen. Die Bevölkerung altert, davon sind insbesondere strukturschwache Regionen betroffen, die dann einen steigenden medizinischen Versorgungsbedarf aufweisen und häufig gleichzeitig von rückläufigen Versorgungsangeboten bedroht sind.

⁹ Bericht: https://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/109/VA_kompakt_IschaemHerzerkrankung_2020-08-12.pdf

Holstiege J, Akmatov MK, Steffen A, Bätzing J.

Die ischämische Herzerkrankung in der vertragsärztlichen Versorgung – Zeitliche Trends und regionale Variationen.

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Versorgungsatlas-Bericht Nr. 20/04. Berlin 2020 DOI: 10.20364/VA-20.04

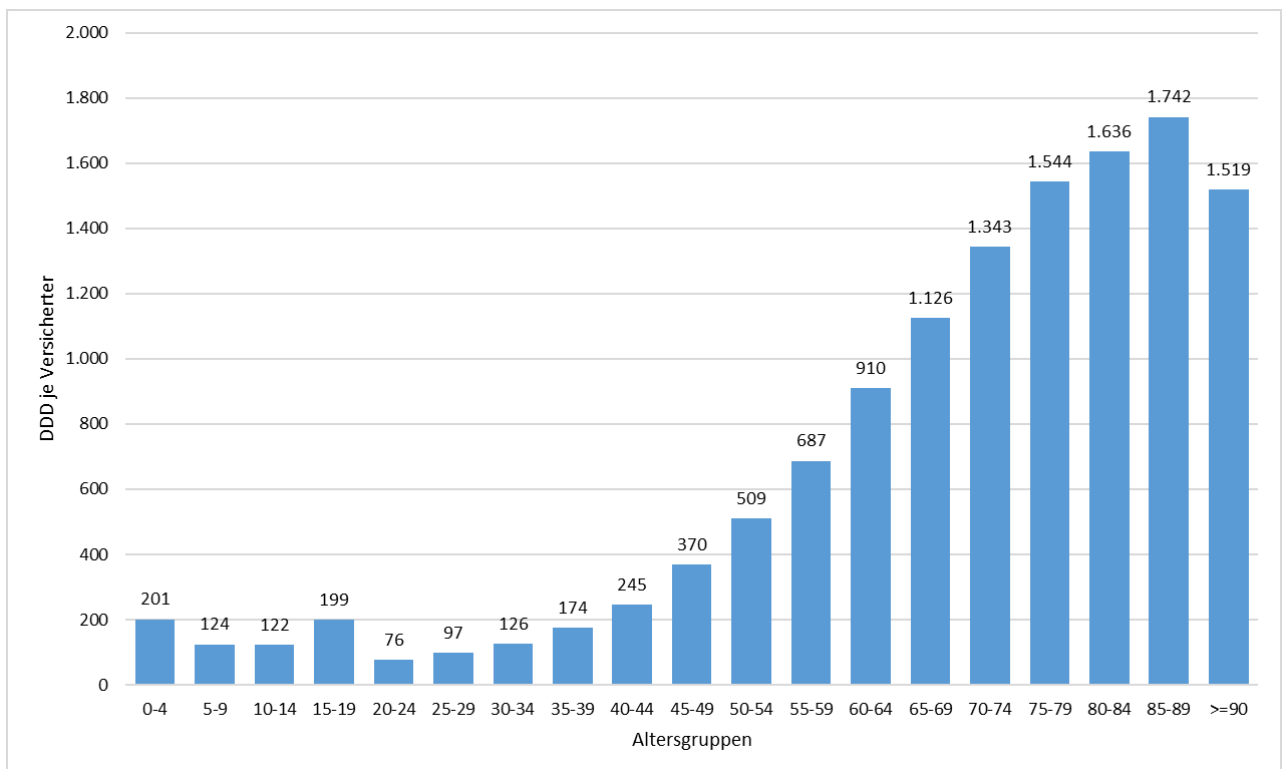
¹⁰ Für die Prävalenz auf Kreisebene. <https://www.versorgungsatlas.de/themen/alle-analysen-nach-datum-sortiert/?tab=1&uid=109>

2.3 Arzneimittelverbrauch

2.3.1 Eine Variable des Alters

Der Arzneimittelbedarf steigt mit dem Alter deutlich an, wie die **Abb. 7** zeigt. Bürger im Alter von 85 – 89 Jahren haben den mehr als 20-fachen Arzneimittelverbrauch wie die Altersgruppe der 20 – 24-Jährigen. Dies unterstreicht die große Bedeutung der Apotheken im Rahmen der medizinischen Versorgung älterer Bevölkerungsgruppen.

Abb. 8: Arzneimittelverbrauch je Versicherten in der GKV 2018 (nach Tagesdosen)



Quelle: GKV-Arzneimittelindex im WIdO 2019¹¹

Besonders die älteren Generationen haben einen höheren Arzneimittelkonsum und müssen dadurch öfters eine Apotheke aufsuchen als jüngere Menschen. Deshalb sollten in Regionen mit einem höheren Anteil an über 50-Jährigen mehr Apotheken vorhanden sein, um die potenziell höhere Nachfrage zu decken. Die Altersversorgung mit Apotheken kann über eine Dichteberechnung, bei der die Anzahl der über 50-Jährigen ins Verhältnis mit der Anzahl der Apotheke gesetzt wird, abgebildet werden.

Die Altersgruppe Ü50 zählt insgesamt 36.845.431 Zugehörige in Deutschland. Mit 19.075 Apotheken kommt Deutschland folglich auf durchschnittlich 1.932 über 50-Jährige pro Apotheke.

¹¹ https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Forschung_Projekte/Arzneimittel/wido_arz_verbrauch_altersgruppen_2018.pdf

2.3.2 Regionale Unterschiede im Arzneimittelverbrauch

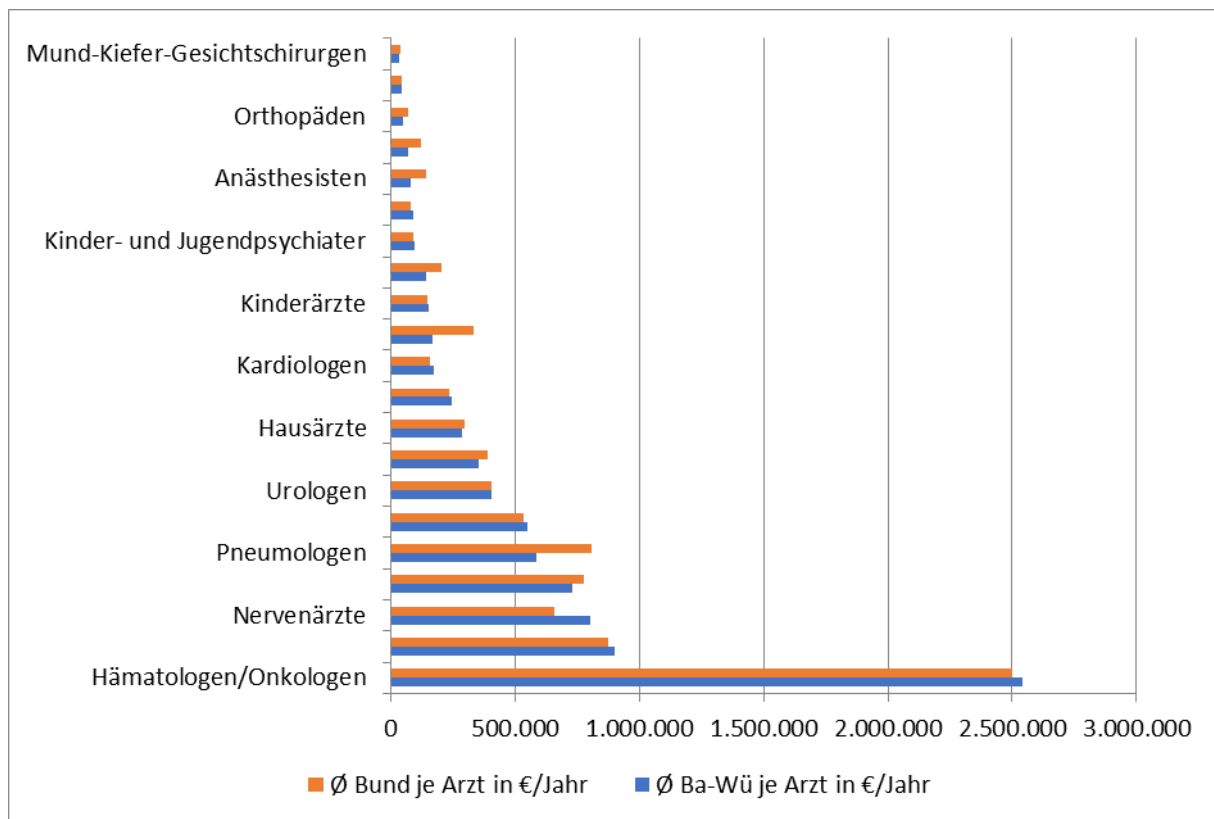
Bereits im Sachverständigenratsgutachten 2014¹² wurde festgestellt, dass (bezogen auf einzelne Indikationsfelder) „große Unterschiede in den regionalen Arzneimittelversorgungsstrukturen bestehen“. Diese regionalen Unterschiede lassen sich einerseits durch die Nachfrage (demografische und morbiditätsbedingte Faktoren, s. o.) jedoch auch durch angebotsbezogene Faktoren (z. B. die Arztdichte in einer Region) erklären. Es scheint ein regional unterschiedliches Ordnungsverhalten zu geben, was möglicherweise z. B. auf regionale Verträge (z. B. Rabatt- oder IV-Verträge) oder regionale Vereinbarungen der KV mit Ärzten (z. B. zu Ordnungsanteilen für Wirkstoffe und Wirkstoffgruppen) zurückzuführen ist und zu unterschiedlichen Arzneimittelvolumina führt. Auch die Verschreibungsqualität mit möglicher Über- bzw. Fehlversorgung schwankt regional, etwa hinsichtlich altersgerechter Therapie, Antibiotika-Resistenzen etc.

2.3.3 Abhängigkeit des Arzneimittelverbrauchs von der regionalen Facharztstruktur

Fachärzte zeigen außerdem ein fachspezifisches Verschreibungsverhalten, d. h. dass je nach verfügbarer Facharztpraxis regional eine spezifische Nachfrage bei Apotheken entsteht (**vgl. Abb. 9**)

¹² <https://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=480>

Abb. 9: Arzneiverordnungsvolumen einzelner Arztgruppen 2019 (in Euro)



Quelle: GAmSi 2019

In der ambulanten Versorgung verordnen internistische (Kardiologen, Pneumologen, Hämatologen/Onkologen), nervenärztliche und hausärztliche Fachgruppen die meisten Arzneimittel gemessen in Euro pro Jahr. Außer den Hausärzten sind diese Fachärzte allerdings in strukturschwachen Gebieten bzw. kleineren Gemeinden eher wenig bis gar nicht vertreten.

2.4 Beurteilung der aktuellen Versorgungssituation aus Sicht der Apotheken

Um die aktuelle Versorgungssituation in besonders betroffenen Gebieten besser zu beurteilen, werden weitere Faktoren herangezogen:

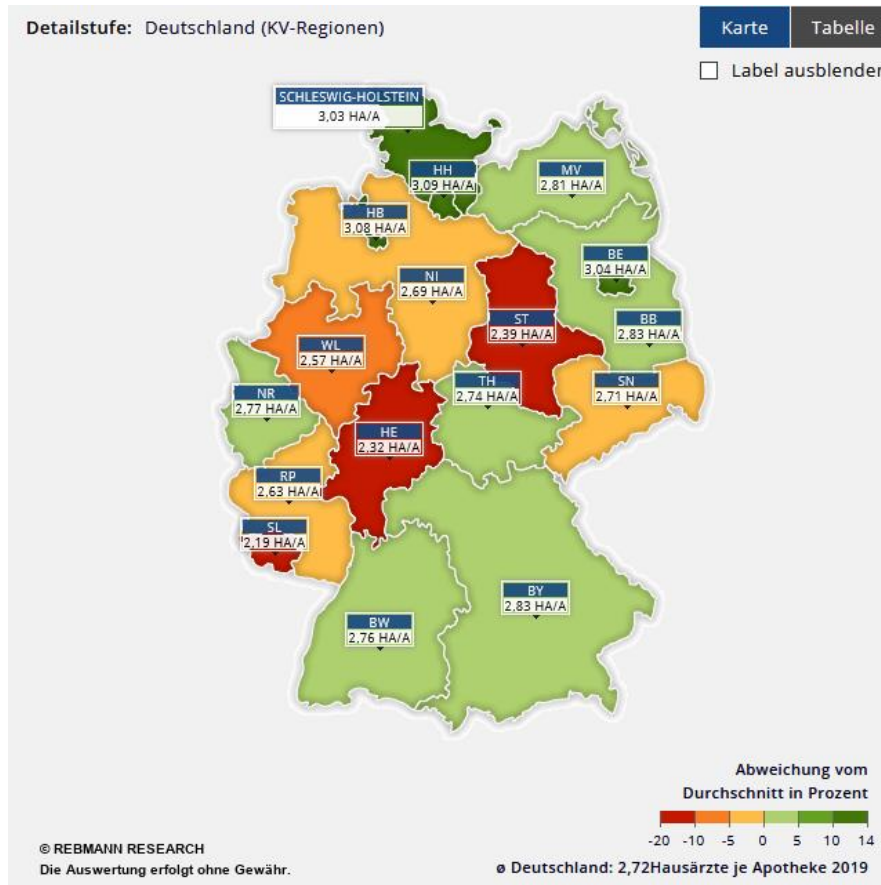
- ist die hausärztliche Versorgung gewährleistet (Hausarzt je Apotheke)
- haben die betroffenen Bevölkerungsschichten (älter als 50 Jahre) einen ausreichenden Zugang zu Apotheken?

2.4.1 Versorgung durch Hausärzte und Apotheken

Die folgenden Darstellungen zeigen die Anzahl der Hausärzte je Apotheke. Je mehr Hausärzte je Apotheke vorhanden sind, umso günstiger dürfte dies bzgl. der Verordnungen für Apotheker sein und bzgl. Versorgung für den Patienten (vgl. Abb. 10).

2019 gab es in Deutschland 51.859 Hausärzte und 19.075 Apotheken. Durchschnittlich kommen somit im Bundesdurchschnitt 2,72 Hausärzte auf eine Apotheke. Im Bundesvergleich zeigen die Werte eine Schwankungsbreite zwischen 2,19 und 3,09. Klare regionale Tendenzen sind hierbei nicht zu erkennen. Das Saarland weist mit 2,19 Hausärzten je Apotheke den geringsten Wert auf. Die meisten Hausärzte pro Apotheke gibt es in den Stadtstaaten. Hamburg zählte im Jahr 2019 3,09 Hausärzte pro Apotheke, Bremen 3,08 und Berlin auf 3,04.

Abb. 10: Hausärzte je Apotheke in Deutschland 2019

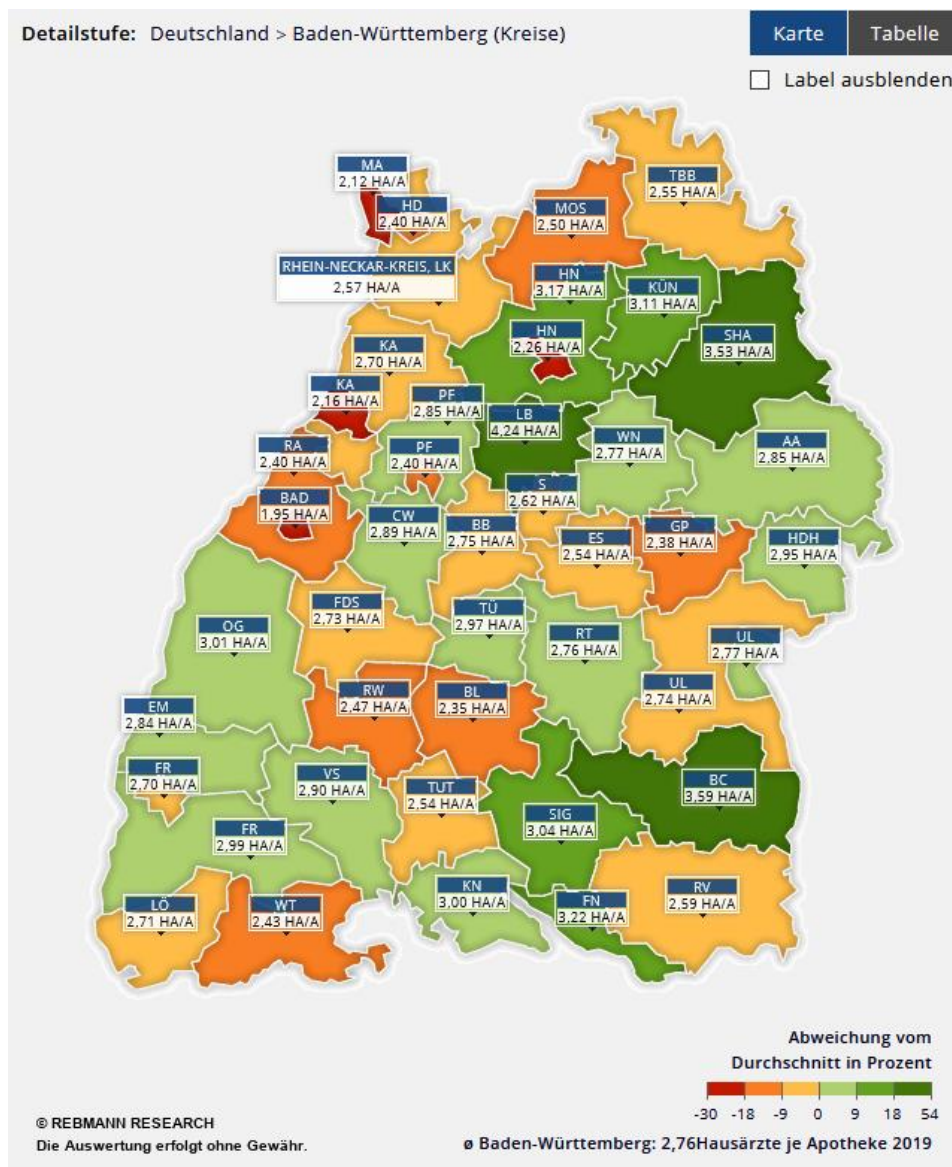


Legende: Gut versorgte Regionen werden in den Karten grün eingefärbt. Außerdem wird die Anzahl der Hausärzte je Apotheke angezeigt.

Im Bundesvergleich steht Baden-Württemberg mit einer Quote von 2,76 Hausärzten je Apotheke im Mittelfeld.

In der Fläche können dabei allerdings einige Ausreißer und eine viel größere Bandbreite als im Bundesgebiet festgestellt werden. Die geringste Hausarztzahl je Apotheke findet sich im Stadtkreis Baden-Baden mit nur 1,95 Hausärzten pro Apotheke, gefolgt von Mannheim (2,12 H/A) und Karlsruhe (2,16 H/A). Gleichzeitig bilden der Landkreis Ludwigsburg mit 4,24 Hausärzten pro Apotheke das Maximum der Bandbreite. Wie der Karte für gesamt Baden-Württemberg zu entnehmen ist, lässt sich hinsichtlich dieses Indikators keine Überlegenheit städtischer Verdichtungsräume oder ländlicher Regionen ableiten.

Abb. 11: Hausärzte je Apotheke in Baden-Württemberg 2019

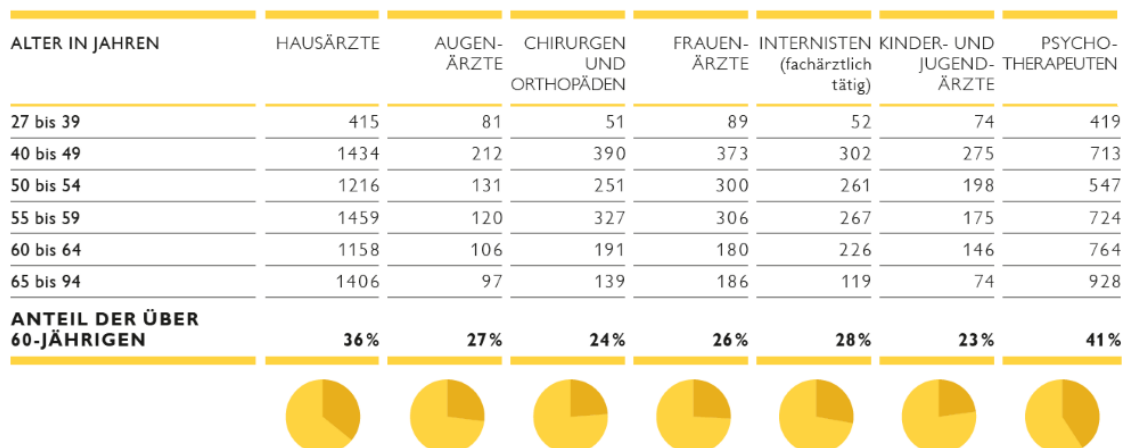


Legende: Gut versorgte Regionen werden in den Karten grün eingefärbt. Außerdem wird die Anzahl der Hausärzte je Apotheke angezeigt.

2.4.2 Alter der niedergelassenen Ärzte in Baden-Württemberg

Niedergelassene Ärzte altern mit der Bevölkerung und haben in Baden-Württemberg aktuell einen Altersdurchschnitt von 55,1 Jahren. Hausärzte sind besonders alt und befinden sich teilweise - bei fortbestehender ärztlicher Tätigkeit - bereits jetzt im Rentenalter.

Abb. 12: Altersstruktur der Ärzte in Baden-Württemberg



Quelle: Versorgungsbericht KV-BW 2019

Wenn Praxen abgegeben werden sollen, finden Praxisinhaber in ländlichen Gebieten häufig keinen Nachfolger. Folge dieser Entwicklung ist insbesondere eine Abnahme der Hausarztpraxen. Dies birgt die Gefahr, dass insbesondere in ländlichen Regionen die Erreichbarkeit der Hausarztpraxen und damit die Versorgungsinfrastruktur insgesamt weiter abnimmt.

Gründe hierfür liegen u. a. in der wahrgenommenen mangelnden Attraktivität des ländlichen Raums. Faktoren, die eine Niederlassung auf dem Land fördern, sind u. a. ein familienfreundliches Umfeld, die Möglichkeit zur Zusammenarbeit mit Kollegen und die Attraktivität des Ortes selbst. Abschreckend scheint insbesondere das wahrgenommene unternehmerische Risiko.¹³

2.4.3 Apothekendichte bezogen auf das Alter der Bevölkerung

In Bundesländern mit hohem Altersdurchschnitt (vor allem in ostdeutschen Bundesländern, ausgenommen Berlin) ist dieses Verhältnis schlechter: In Brandenburg versorgt eine Apotheke 2.231 über 50-Jährige, d. h. 15,49 % mehr als der Bundesdurchschnitt. Auch Schleswig-Holstein liegt mit 9,47 % über dem Bundesdurchschnitt. Saarländische Apotheken haben die geringste Anzahl an über 50-Jährige zu versorgen, hier liegt die Quote bei 1.688 pro Apotheke. In Baden-Württemberg gibt es 4.696.650 über 50-Jährige und 2.414 Apotheken, d. h. eine Apotheke versorgt 1.945 Einwohner der Generation Ü50. Damit belegt Baden-Württemberg im Bundesvergleich einen mittleren Platz (+0,7 %).

Die beste Versorgung für die ältere Generation bietet in Baden-Württemberg mit einer Abweichung von -39,86 % der Stadtkreis Heidelberg (1.170 über 50-Jährige pro Apotheke), gefolgt von weiteren Stadtkreisen wie Freiburg (1.236 Ü50/A) und Baden-Baden (1.360 Ü50/A).

¹³ Quelle: Steinhäuser, J; DMW, 2011; Steinhäuser JJ, S.; Szecsenyi J.; Goetz, K.: Welche Faktoren fördern die Vorstellung sich im ländlichen Raum niederzulassen? Z Allg Med 2013; 89: 6.

Den letzten Platz belegt der Landkreis Schwäbisch-Hall (2.441 Ü50/A bzw. +25,49 %). Im Stadtkreis Stuttgart ist die Apothekendichte zwar insgesamt um 21 % niedriger als im Landesdurchschnitt (5.473 Einwohner pro Apotheke), allerdings ist die Bevölkerung dort eher jünger (1.989 Ü50/A) (siehe Abb. 13).

Abb. 13: Einwohner älter als 50 Jahre pro Apotheke in Baden-Württemberg

Kürzel	Region	Anzahl	Dichte EW/A	Abw. vom e in %
UL	Alb-Donau-Kreis, LK	43	1.923	-1,13
BAD	Baden-Baden, SK	20	1.360	-30,08
BC	Biberach, LK	35	2.350	20,82
FN	Bodenseekreis, LK	44	2.230	14,65
FR	Breisgau-Hochschwarzwald, LK	61	1.949	0,19
BB	Böblingen, LK	77	2.121	9,03
CW	Calw, LK	32	2.212	13,69
EM	Emmendingen, LK	39	1.905	-2,07
PF	Enzkreis, LK	40	2.247	15,49
ES	Esslingen, LK	111	2.046	5,18
FR	Freiburg im Breisgau, SK	65	1.236	-36,49
FDS	Freudenstadt, LK	26	2.018	3,73
GP	Göppingen, LK	59	1.937	-0,41
HD	Heidelberg, SK	46	1.170	-39,86
HDH	Heidenheim, LK	29	2.029	4,30
HN	Heilbronn, LK	67	2.169	11,48
HN	Heilbronn, SK	26	1.900	-2,34
KÜN	Hohenlohekreis, LK	21	2.282	17,29
KA	Karlsruhe, LK	100	1.991	2,32
KA	Karlsruhe, SK	74	1.598	-17,85
KN	Konstanz, LK	60	2.048	5,28
LB	Ludwigsburg, LK	99	2.293	17,89
LÖ	Lörrach, LK	48	2.093	7,60
TBB	Main-Tauber-Kreis, LK	33	1.862	-4,27
MA	Mannheim, SK	83	1.429	-26,55
MOS	Neckar-Odenwald-Kreis, LK	34	1.952	0,32
OG	Ortenaukreis, LK	91	2.095	7,69
AA	Ostalbkreis, LK	66	2.063	6,03
PF	Pforzheim, SK	29	1.746	-10,25
RA	Rastatt, LK	58	1.824	-6,24
RV	Ravensburg, LK	65	1.843	-5,27
WN	Rems-Murr-Kreis, LK	87	2.158	10,94
RT	Reutlingen, LK	64	1.940	-0,27
HD	Rhein-Neckar-Kreis, LK	145	1.698	-12,73
RW	Rottweil, LK	32	1.942	-0,19
VS	Schwarzwald-Baar-Kreis, LK	43	2.216	13,90
SHA	Schwäbisch Hall, LK	34	2.441	25,49
SIG	Sigmaringen, LK	28	2.067	6,23
S	Stuttgart, SK	116	1.989	2,25
TUT	Tuttlingen, LK	26	2.238	15,04
TÜ	Tübingen, LK	47	1.855	-4,65
UL	Ulm, SK	31	1.513	-22,22
WT	Waldshut, LK	39	1.945	-0,02
BL	Zollernalbkreis, LK	41	2.118	8,86
Baden-Württemberg		Σ 2.414	e 1.945	

Quelle: REBMANN RESEARCH, Landesapothekerkammer BW

2.5 Zwischenfazit

Bevölkerungsentwicklung:

- Ausschließlich ländliche Kreise, insgesamt sieben, sind in Baden-Württemberg von einem Bevölkerungsrückgang betroffen, von einer Landflucht kann jedoch nicht die Rede sein und ein Zusammenhang mit einem Apothekensterben ist nicht zu erkennen.
- Ländliche Kreise wie der Landkreis Biberach (+10,8%) oder Breisgau-Hochschwarzwald (+10,78%) verzeichnen einen überdurchschnittlichen Bevölkerungszuwachs. In den ländlichen Regionen lässt sich bezüglich der Entwicklung Apotheken- und Einwohnerzahlen keine Tendaussage treffen.
- Die durchschnittliche Gemeindegröße in Baden-Württemberg liegt mit 4.793 Einwohnern je Gemeinde sehr nahe an der gegenwärtigen Versorgungsdichte der Apotheken, wobei in Landkreisen mit durchschnittlich sehr kleinen Gemeinden, wie z. B. Tuttlingen, ein Apotheker bereits 3 Gemeinden versorgen muss, um ein durchschnittliches Einzugsgebiet zu erreichen.

Demografische Aspekte:

- Von den 10 am dünnsten besiedelten Landkreisen haben 5 gleichzeitig auch einen hohen Altenquotienten. Viele dieser Landkreise sind somit mit einem hohen Versorgungsbedarf und meist einer eher geringen Versorgerdichte konfrontiert, sodass hier teilweise lange Wegstrecken zu Ärzten und Apotheken in Kauf genommen werden müssen.
- Die demografische Situation in Deutschland wirkt sich auch auf die Apotheker aus, sodass bei einer steigenden Anzahl an Apothekenabgaben das Risiko steigt, keinen Nachfolger mehr zu finden.

Bedarfsentwicklung:

- Mit dem demografischen Wandel nehmen erwartungsgemäß chronische Erkrankungen, die Morbidität und damit auch der Medikamentenbedarf zahlenmäßig zu.
- Bürger im Alter von 85 - 89 Jahren haben den mehr als 20-fachen Arzneimittelverbrauch wie die Altersgruppe der 20 - 24-Jährigen. Dies unterstreicht die große Bedeutung der Apotheken im Rahmen der medizinischen Versorgung älterer Bevölkerungsgruppen.

Versorgungssituation:

- Eine Apotheke in Baden-Württemberg versorgt durchschnittlich 1.945 Einwohner der Generation Ü50.
- Je nach verfügbarer Facharztpraxis entsteht regional auch eine spezifische Nachfrage bei Apotheken.

- Im Bundesvergleich befindet sich Baden-Württemberg mit einer Quote von 2,76 Hausärzten je Apotheke im Mittelfeld. Wie die Karte für Baden-Württemberg zeigt, lässt sich hinsichtlich dieses Indikators keine Überlegenheit städtischer Verdichtungsräume oder ländlicher Regionen ableiten.
- Wenn Praxen abgegeben werden sollen, finden Praxisinhaber in ländlichen Gebieten häufig keinen Nachfolger. Dies birgt die Gefahr, dass insbesondere in ländlichen Regionen die Erreichbarkeit der Hausarztpraxen und damit die Versorgungsinfrastruktur insgesamt weiter abnimmt.

3 Strukturen zur Sicherstellung der Arzneimittelversorgung

Paragraf 1 des Apothekengesetzes beschreibt und regelt die **vorrangige Aufgabe** der Apotheken in Deutschland: „Den Apotheken obliegt die im öffentlichen Interesse gebotene Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung der Bevölkerung.“¹⁴

Einerseits haben hierzulande Apotheken ein ‚rechtliches‘ Monopol für ‚apothekenpflichtige‘ Arzneimittel, denn diese sind eben nur dort erhältlich, andererseits gibt es keine klare Definition, wie viele Apotheken notwendig sind, um die vom Gesetzgeber geforderte flächendeckende Versorgung sicherzustellen. In einigen anderen Ländern - z. B. Großbritannien - hingegen gibt es auch für Apotheken eine Bedarfsplanung, während hierzulande **Niederlassungsfreiheit** besteht.¹⁵

Grundsätzlich werden Krankenhausapotheken von öffentlichen Apotheken unterschieden. Alle öffentlichen Apotheken, hier und im Weiteren auch Präsenz- oder Vor-Ort-Apotheken oder Offizine genannt, sind in Deutschland inhabergeführt; der Inhaber/die Inhaber müssen Apotheker sein, maximal vier Standorte sind möglich. **Apothekenketten** sind somit rechtlich nicht gestattet.

Die zentrale Rolle bei der Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln kommt den Präsenzapotheken (**siehe Kap. 3.1**) zu, daneben können sich Kunden bzw. Patienten jedoch auch beliefern lassen (**siehe Kap. 3.2**), was entweder über den Botendienst der Präsenzapotheken erfolgt oder durch den Versandhandel. Schließlich gibt es noch weitere, bis auf die Rezept-sammelstellen weniger bedeutende Versorgungsmöglichkeiten mit Arzneien (**siehe Kap. 3.3**). Bei der Bewertung und Abwägung ist ein zentrales Kriterium immer jenes, ob es sich um verschreibungs- bzw. apothekenpflichtige Produkte handelt oder nicht¹⁶ (**siehe Kap. 6**).

3.1 Präsenzapotheken

Den o. g. Versorgungsauftrag stellen mit über einer Milliarde Patientenkontakten pro Jahr vorrangig Präsenzapotheken (Haupt- und Filialapotheken) sicher.¹⁷ Diese bilden somit das Rückgrat der Arzneimittelversorgung in Deutschland.

¹⁴ §1, Abs. 1 ApoG

¹⁵ Weitere Details zu den rechtlichen Rahmenbedingungen für Apotheken siehe Kapitel 6

¹⁶ Neben der in diesem Kapitel im Vordergrund stehenden Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln erfüllen die Apotheken weitere wichtige Aufgaben z.B. im Rahmen der Herstellung von (Spezial-) Rezepturen / Defekturen, der Versorgung mit Hilfsmitteln, der Heimversorgung etc.

¹⁷ ABDA: Die Apotheke - Zahlen, Daten, Fakten 2020, S. 5

3.1.1 Rolle der Präsenzapotheke für die Versorgung

Vor-Ort-Apotheken bieten neben der **Arzneimittelbereitstellung** einen **niedrigschwelligen Zugang zum Gesundheitssystem**, agieren oft als persönlicher **Berater** und **Lotse** für Patienten. Außerdem stellen Apotheker die Verfügbarkeit aller Produkte sicher, die durch den Kontrahierungszwang sowie die Bevorratung vorgeschrieben sind.¹⁸

Sie bieten vor Ort **schnelle Handlungs- und Servicemöglichkeiten**, die vor allem auch für die Akutversorgung zentral sind.

- So wird eine schnelle Medikamentenverfügbarkeit, z. B. durch häufige Großhändlerbelieferungen (bis zu 6x täglich) oder „Same-Day-Delivery“ mit Hilfe von Botendiensten, ermöglicht.
- Weiterhin stellen Vor-Ort-Apotheken die Notdienstversorgung mit Arzneimitteln nicht nur für Patienten, sondern auch für die diensthabenden Ärzte sicher. Überdies können Apotheken bei Bedarf Praxen kurzfristig mit benötigten Materialien (bspw. Impfstoffen) versorgen.¹⁹
- Apotheken tragen vor Ort zu flexiblen Lösungen bei der Sicherstellung der Versorgung bei. So können Probleme meist schnell und einfach direkt mündlich vor Ort gelöst werden, Rücksprachen mit bekannten Praxen und Kliniken sind auf kurzem Weg zügig umsetzbar.²⁰ Sie kümmern sich bspw. um Rücksprachen und Therapieoptimierungen mit Ärzten oder auch um Kostenübernahmethematiken mit den Krankenkassen.
- Sie sind damit oft der **erste Ansprechpartner für die Bevölkerung** in Sachen Gesundheit und der Berufsstand genießt daher eine hohe Anerkennung.

Diese zentrale Rolle der Apotheken für und innerhalb der Gesundheitsversorgung bestätigte sich auch im Rahmen der Corona-Pandemie:

¹⁸ Weitere grundlegende Tätigkeiten und Aufgaben von Präsenzapotheken finden sich insbesondere in Kapitel 6.2

¹⁹ <https://www.abda.de/themen/arzneimitteltherapiesicherheit/koooperationen/>

²⁰ https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:98xtUY7-saQJ:https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/AVO_A-End_Apothekenbetriebsordnung-ArzneimittelpreisVO.pdf+&cd=2&hl=de&ct=clnk&gl=de&client=firefox-b-d

Der Beitrag von Apotheken im Pandemiefall – ein Fallbeispiel:

„Im Ausnahme- oder Katastrophenfall wie in der gegenwärtigen Corona-Pandemie nehmen stationäre Apotheken eine tragende Rolle ein. So werden zwingend notwendige Güter wie Desinfektionsmittel für medizinisches Personal aber auch für Privatpersonen selbst hergestellt, Notdepots aufgefüllt und die Bevölkerung weiterhin so gut wie möglich mit durch Exportbeschränkungen knapp werdende Arzneimittel zeitnah versorgt. Zudem wurde ein flächendeckender Botendienst etabliert, damit gefährdete oder erkrankte Patienten das Haus nicht verlassen müssen. An diesem Beispiel zeigt sich die schnelle Handlungsbereitschaft und Anpassungsfähigkeit eines funktionierenden Systems.“

(Einschätzung eines befragten Apothekers zur Rolle der Präsenzapotheken in Ausnahme- und Krisensituationen)

FAZIT:

- Präsenzapotheken übernehmen eine zentrale hoheitliche Aufgabe und damit viel mehr Leistungen als ‚nur‘ die Zurverfügungstellung von Medikamenten.
- Sie erhalten jedoch für viele Services (z. B. Beratungsgespräche mit Patienten) kein separates Honorar. Dies ist im generellen Apothekenhonorar pauschal berücksichtigt (z. B. im Gegensatz zu den Ärzten mit verschiedensten Abrechnungsziffern).
- Das Wissen der Apotheker wird nur suboptimal genutzt. Angesichts der demografischen Entwicklung ist mehr Koordination und pharmazeutisches Know-how in der Versorgung gefragt. Hierzu können die Vor-Ort-Apotheken einen größeren Beitrag leisten, als das aktuell der Fall ist.
- Im Diskurs um neue Aufgabenverteilungen sollte man die Kosten einer Vor-Ort-Apotheken dem möglichen Nutzen (Einsparungen durch vermiedene Arzneimittelnebenwirkungen, vermiedene Arztbesuche durch Selbstmedikation etc.) gegenüberstellen sowie die Investitionen für die Ausbildung berücksichtigen.

3.1.2 Narrativ: Die ‚Landapotheke‘

Häufig wird von (typischen) „Landapotheken“ gesprochen und geschrieben; es gibt jedoch weder einheitliche Definitionen, trennscharfe Begriffsabgrenzungen oder wissenschaftlich fundierte Differenzierungsmerkmale, die eine solche Landapotheke hinlänglich beschreiben würden. Das vorweggenommen, findet sich in Veröffentlichungen immer wieder eine (entsprechend nicht präzise) Differenzierung von Landapotheken im Kontext unterschiedlicher Kriterien:

1) Unterscheidung nach Einzugsgebiet:

In manchen Studien werden damit Apotheken in Orten mit weniger als 5.000 Einwohnern und einer Entfernung zur nächsten Präsenzapotheke von > 5km beschrieben. Eine alternative Einteilung stellte die Definition von „Solitär-Apotheken“ ohne Wettbewerber im Umkreis von 5 km dar²¹. Beim Wegfall einer solchen Apotheke würden der Ort und auch kleinere Nachbarorte nicht mehr in der gewohnten Weise versorgt werden.

2) Unterscheidung nach wirtschaftlichen Kriterien:²²

Die Landapotheke kann demnach auf stabile Einwohner- bzw. Kundenzahlen aufbauen bei gleichzeitig weniger Konkurrenz, eventuell ist sie sogar die einzige Apotheke in einem größeren Einzugsgebiet. Die Laufkundschaft spielt nur eine untergeordnete Rolle (im Vergleich z. B. zur Stadtteilapotheke), die Anzahl der monatlich bedienten GKV-Rezepte ist hier am höchsten.²³ Bei somit höheren Durchschnittsumsätzen liegt die Marge jedoch aufgrund der GKV-Lastigkeit tendenziell unter dem Branchendurchschnitt. Die Landapotheke hat in der Regel geringere Mietkosten. Bei den Personalkosten finden sich divergierende Aussagen: einerseits überdurchschnittlich hoch durch den intensiveren Kundenkontakt, mehr Stammkunden, mehr Aufwand für Boten- und Notdienste, andererseits geringer durch den höheren Einsatz des Apothekeninhabers.

3) Unterscheidung hinsichtlich der Attraktivität:

Fast konträr dazu wird häufig auch dann von „Landapotheken“ gesprochen, wenn es um die Nachfolgeproblematik, sprich mangelnde Standort- sowie wirtschaftliche Attraktivität von Apotheken auf dem Lande, die rückläufige Zahl von Apotheken oder die hohe Abhängigkeit von der vor Ort abnehmenden ärztlichen Versorgung geht. Demgegenüber stehen Aspekte wie die hohe Reputation des Apothekers auf dem Lande oder auch die Ergebnisse der letzten Kaufpreisanalysen der Deutschen Apotheker- und Ärztebank: Demnach liegen die durchschnittlichen Kaufpreise für die Übernahme einer Apotheke 2019 auf dem Lande über dem Wert jener Apotheken in Mittelstädten.²⁴

Die Ambivalenz dieser Aussagen und Narrative verdeutlicht, dass es keine allgemeingültige Beschreibung von Landapotheken gibt und dass diese von Fall zu Fall unterschiedlich zu beurteilen ist.

²¹ <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2017/08/23/gutachten-schliesst-be-weisluecke/chapter:3>

²² siehe z. B. Benz, M. (2020), Wie Apotheken funktionieren? S. 53 ff. oder <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2015/daz-9-2015/genau-mein-typ>

²³ IFH Köln: Apothekerbefragung zur Übernahme von Funktionen in der Arzneimittelversorgung durch Präsenzapotheken, Köln, 2017.

²⁴ Quelle: <https://www.apobank.de/praxis-apotheke/gruenden/existenzgruender-analysen/apotheker-existenzgruendung>

FAZIT:

Eine stringente Definition für „Landapotheken“ besteht nicht. Vielmehr werden damit häufig wirtschaftliche, demografische und auch attraktivitätsbezogene Aspekte verwässert. Die Vielfalt der Apotheken auf dem Land ist zu unterschiedlich, um sie zu verallgemeinern.

3.2 Lieferung an Patienten

Gerade in der Covid-19-Pandemie haben sich der Online-Handel mit Arzneimitteln und Gesundheitsprodukten (**Kap. 3.2.1**) sowie Botendienste (**Kap. 3.2.2**) bewährt und sind nicht mehr nur für immobile oder berufstätige Patienten eine bequeme sowie kontakt- und damit ansteckungsminimierende Bezugsquelle.

3.2.1 Versandapotheke

Seit der **Versandhandel** mit Medikamenten in Deutschland Anfang 2004 offiziell erlaubt wurde, hat sich mit der Online-Apotheke ein zusätzlicher, industriell geprägter Apothekentyp im Markt etabliert:²⁵

Nur öffentlichen Apotheken mit einer speziellen Versandhandelserlaubnis dürfen rezeptfreie und verschreibungspflichtige Arzneimittel als Versandleistung abgeben:²⁶

- ⇒ D. h. auch ausländische Versandapotheken agieren normalerweise auf Basis einer stationären Vor-Ort-Apotheke, die dann das Vollsortiment anbieten müssen.
- ⇒ Der Versand von Rx-Arzneien aus dem Ausland ist nur aus vier europäischen Ländern möglich (UK, Niederlande, Schweden, Island)
- ⇒ Knapp 3.000 Apotheken besitzen hierzulande eine Versandhandelsgenehmigung. Nach Schätzungen der ABDA sind es jedoch nur 150 aktive Marktteilnehmer mit entsprechendem Webshop bzw. Listing in Preissuchmaschinen²⁷ => das Gros der anderen Präsenzapotheken nutzte die Versandhandelsgenehmigung bislang dazu, den Botendienst zu legitimieren
- ⇒ Eine aktuelle Liste aller hierzulande zugelassenen Versandapotheken führt das **Deutsche Institut für Medizinische Information und Dokumentation (DIMDI)**.

²⁵ Tiefergehende Informationen finden sich u. a.: <https://www.bvdva.de/daten-und-fakten>

²⁶ Vgl. hierzu und zum folgenden Faktenblatt ‚Versandhandel mit Arzneimitteln‘ der ABDA <https://www.abda.de/aktuelles-und-presse/faktenblaetter/>

²⁷ ABDA: Die Apotheke - Zahlen, Daten, Fakten 2020, S. 18

Im Gegensatz zu den Präsenzapotheken:

- Haben Versandhändler bei verschreibungspflichtigen Arzneien (noch) einen zu vernachlässigenden Marktanteil (nämlich nur 1 % bzw. 300 Mio. €)²⁸, ihr Schwerpunkt liegt auf apothekenpflichtigen und freiverkäuflichen Arzneimitteln (sog. Selbstmedikations- bzw. OTC-Markt) sowie anderen Gesundheitsprodukten. Im rezeptfreien OTC-Segment erzielten sie zuletzt Umsätze in Höhe von rund 1 Mrd. € (im Vergleich zu 4,2 Mrd. € in den Präsenzapotheken).²⁹
- Sie agieren damit – zumindest bislang – eher im marktlichen Umfeld wie andere (Online-)Händler und weniger im reglementierten Rx-Segment.
- Damit sind die (bedeutenden) Versandhändler auch ungleich größer: Deren Marktstruktur entspricht nicht jener der Präsenzapotheken, die viel kleinteiliger ist.
- Übernehmen diese großen (meist ausländischen) Player weniger Services, die der Gesetzgeber den Apotheken übertragen hat (z. B. bezogen auf Nacht- und Notdienste/Herstellung von Rezepturen / Zusatzservices etc.)

Mit der Einführung des E-Rezepts³⁰ (u. a. auch in Kombination mit Rx-Boni, die ausländische Online-Händler im Gegensatz zu hiesigen Apotheken gewähren dürfen) könnten Marktanteile jedoch künftig zulasten der Präsenzapotheker verschieben.

FAZIT:

Derzeit bewegen sich stationäre Apotheken auf der einen (Schwerpunkt: Rx-Arzneien, Services & Beratung im Rahmen der vom Staat übertragenen Gesundheitsversorgung der Bevölkerung) und Versandhandelsapotheken (Schwerpunkt: freiverkäufliche Arzneien und Selbstzahlerleistungen im erweiterten sekundären Gesundheitsmarkt) auf der anderen Seite (noch) in zwei unterschiedlichen Marktsegmenten.

3.2.2 Botendienst von Präsenzapotheken

Ein wichtig werdender Baustein in der Versorgungsstruktur stellt der Botendienst der Apotheken dar, wodurch Patienten, Arztpraxen, Krankenhäuser und Pflegeheime schnell und sicher beliefert werden können. Gemäß ABDA sind - bedingt durch Corona - die Zahl der pro Tag

²⁸ https://www.abda.de/fileadmin/assets/ZDF/ZDF_2019/ZDF_19_15_Versandhandel.pdf

²⁹ <https://www.handelsblatt.com/technik/digitale-revolution/digitale-revolution-medikamente-per-klick-so-soll-die-apotheke-der-zukunft-aussehen/25605354.html?ticket=ST-492837-Q965bOrdlal-WuQMlyOVR-ap3>

³⁰ Das E-Rezept wird ausführlich in Kapitel 6.4.2 behandelt

von Apotheken geleisteten Botendienste von 300.000 im Januar auf 450.000 im März 2020 angestiegen.³¹

Bis vor Kurzem galt der Botendienst als Präsenzhandel, der auf den Einzelfall angelegt war (und nicht auf Regelmäßigkeit wie beim Versandhandel) und nicht separat vergütet wurde. Hierzu wurden erst kürzlich die gesetzlichen Vorgaben vereinfacht, sodass jede deutsche Apotheke ohne Antrag und ohne Versandhandelserlaubnis einen Botendienst - unter Einhaltung der Vorschriften (insbesondere hinsichtlich Beratungserfordernissen sowie der Auslieferung durch Fachpersonal oder Boten) - anbieten darf. Angesichts des Pandemiegeschehens im Frühjahr 2020 wurden Apotheken zudem, zunächst bis 30.09.2020, einmalig 250 € für die Beschaffung von Schutzausrüstung ihrer Boten zur Verfügung gestellt und die Botendienste mit 5 € je Gang honoriert. Der Gesetzgeber hat mit der Nivellierung der SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung im September 2020³² eine Verlängerung der Botendienstvergütung bis zum Jahresende 2020 vorgelegt, diese jedoch auf 2,50 € (ohne MwSt.) gesenkt. Eine Entfristung bzw. Verstetigung in Höhe dieser Vergütung ab 2021 ist zudem im Rahmen des VOASG (Vor-Ort-Apothekenstärkungsgesetz) vorgesehen.³³

FAZIT:

Eine Vergütung sowie die Verstetigung derselben für die von Präsenzapotheken geleisteten Botendienste wird als durchweg positiv gewertet – insbesondere Landapotheken scheinen jedoch mit der (halbierten) Höhe der Vergütung diesen Service oft nicht kostendeckend anbieten zu können.

Die von uns interviewten Apotheker sahen im Botendienst der Vor-Ort-Apotheken viele Vorteile:

Botendienste in Kombination mit dem E-Rezept stellten somit eine Überlebensstrategie für Vor-Ort-Apotheken dar. Botendienste stärkten die Wettbewerbsfähigkeit der Apotheken vor Ort und würden gleichzeitig zur Verbesserung der Versorgung beitragen. Botendienste stellten für Kunden eine alternative zu Versandhandel dar. Gerade die Kombination aus E-Rezept, Telepharmazie mit Botendienst optimierten die Versorgung.

- *Botendienste seien mittlerweile die Regel, sie bieten kürzere Lieferzeiten, sicherere Lieferung (Kühlkontrolle, pharmazeutisches Personal liefert, etc.). Die zeitnahe Lieferung sei „unschlagbar“.*

³¹ <https://www.abda.de/aktuelles-und-presse/pressemitteilungen/detail/tag-der-apotheke-krisenfeste-arzneimittelversorgung-auch-fuer-die-zukunft-sichern/>

³² <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2020/09/23/ab-oktober-gibt-es-nur-noch-2-50-euro-fuer-den-botendienst>

³³ <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2020/08/25/spahn-schiebt-botendienst-verguetung-ins-voasg>

- Eine persönliche Beratung bei Abgabe kann über ein Tablet, das der Bote mitnehmen und mit dem Apotheker verbinden kann, gewährleistet werden. Hierdurch kann die persönliche Betreuung des Vor-Ort-Apothekers auch bei Lieferung aufrechterhalten werden.
- Die Reichweite der Vor-Ort-Apotheke kann vergrößert werden. Die **Pharmazeutische Regionalität** würde gestärkt...(Rein praktisch sei ein Radius: 20 bis max. 30 km ökonomisch sinnvoll. Es gäbe bereits Logistikprogramme, die die Fahrten optimal planen). Für den überregionalen Versand wäre eine Versanderlaubnis notwendig.

Weitere Einschätzungen der interviewten Experten:

- Die Vergütung und somit die Sicherung des Botendienstes sollten unbedingt beibehalten werden, da dieser ein Wettbewerbsvorteil für Apotheken vor Ort darstelle.
- Die eingeführte Vergütung wurde als im Durchschnitt kostendeckend eingeschätzt. Allerdings sei eine Kostendeckung in der Stadt eher erreichbar als auf dem Land, wo durch die längeren Wegstrecken und mehr gefahrenen Kilometern der Aufwand höher ist. Teilweise wurden deshalb Botendienste auf dem Land als Zuschussgeschäft gesehen.
- Durch die Vergütung wird diese Leistung der Vor-Ort-Apotheken erstmals (bei Kassen und Rezeptabrechnungszentren) sichtbar.
- Aus Sicht der Apotheker stellt sich die Nutzerstruktur heterogen dar: Sowohl ältere, immobile Patienten, als auch Mütter mit kleinen Kindern nutzen den Lieferdienst. Manchmal würde der Botendienst auch für die Notarztpraxen am Wochenende benötigt.
- Die Versorgung bei Notfällen (insbesondere auf dem Land) sei teilweise auf Grund von langen Wegen schwierig.
- Ärztlicher Notdienst und Botendienst könnten sinnvoll verknüpft werden.

3.3 Weitere Möglichkeiten der schnellen Arzneimittelverfügbarkeit

Weitere infrastrukturelle Lösungen, um Patienten insbesondere auf dem Land zeitnah mit Medikamenten zu versorgen, sind z. B.:

3.3.1 Rezeptsammelstellen

Zur Sicherung der Versorgung können sogenannte (digitale) Rezeptsammelstellen eingerichtet werden, über die Rezepte gesammelt und an eine Apotheke weitergeleitet werden können.

Diese – 2019 waren es 1.209 deutschlandweit bzw. 119 in Baden-Württemberg – bedürfen der Genehmigung durch die jeweilige Kammer.³⁴ Damit ist die Apotheke dann aber auch verpflichtet, die Rezeptsammelstelle den Vorgaben entsprechend zu betreiben.³⁵ Eine Genehmigung wird normalerweise nur in unterversorgten Gebieten erteilt, eine Versandhandelsgenehmigung allein reicht nicht aus. Rezeptsammelstellen dürfen zudem nicht in Gewerbebetrieben oder bei Angehörigen der Heilberufe unterhalten werden. In der digitalen Form ist die Rezeptsammelstelle mit einer Scanner-Einheit („sehender Briefkastenschlitz“) ausgestattet, die das Rezept beim Aufwurf direkt scannt und vorab in die Apotheke schickt. In der analogen Version leert die Apotheke die Rezeptsammelstelle und liefert dann aus.

Im Rahmen des Gutachtens befragte Experten gaben an, die Rezeptsammelstelle würde nicht mehr benötigt, sobald das E-Rezept eingeführt ist und die Arzneimittelabgabe zuverlässig funktioniert.

3.3.2 Abholfächer

Jenseits der Öffnungszeiten ihrer Apotheke gelangen Patienten mittels durch einen PIN gesicherte Abholfächer an ihre Medikamente. Diese Möglichkeit wird durch § 17 der Apothekenbetriebsordnung reguliert. Demnach ist die „Bereitstellung und Abgabe von Arzneimitteln mittels einer automatisierten Ausgabestation [...] unzulässig, wenn es sich nicht um die Ausgabestation einer Apotheke handelt, die 1. unmittelbar mit den Apothekenbetriebsräumen verbunden ist und 2. ausschließlich der Abholung von Arzneimitteln dient, a) die zuvor bei der Apotheke bestellt wurden und b) zu denen bereits eine Beratung, die auch im Wege der Telekommunikation durch die Apotheke erfolgen kann, stattgefunden hat, oder es sich um eine Ausgabestation handelt, die der Arzneimittelzustellung im Rahmen des zulässigen Versandhandels dient.“

Immer wieder wurden in den letzten Jahren die Gerichte bzgl. der Zulässigkeit von Arzneimittel-Abgabeautomaten bemüht, im Vordergrund standen dabei apotheken- und arzneimittelrechtliche Aspekte (Kriterien die den Betriebsraum des Automaten betreffen oder die Form der Arzneimittelabgabe etc.).

Zuletzt ging es um eine DocMorris-Version, die 2017 im nordbadischen Hüffenhardt aufgestellt wurde. Der Bundesgerichtshof hat im April 2020 keine Revision zugelassen bzw. mehrere Nichtzulassungsbeschwerden von DocMorris abgewiesen und somit die bereits im Vorfeld gesprochenen OLG-Urteile bestätigt.

³⁴ Im Falle einer Unterversorgung sieht der Gesetzgeber zudem die Möglichkeit von Zweig-/Notapotheken vor.

³⁵ <https://www.abda.de/apotheke-in-deutschland/was-apotheken-leisten/immer-erreichbar-sein/rezeptsammelstellen-und-botendienste/>

Das VOASG (Vor-Ort-Apothekenstärkungsgesetz) soll die Möglichkeit zu automatisierten Arzneimittel-Ausgabestationen in/von Apotheken unter ganz speziellen Voraussetzungen eröffnen und zwar auch für Versandapotheken. (Präsenz-)Apothekenvertreter sehen das entsprechend kritisch.

FAZIT:

Abgabeautomaten – gepaart mit digitalen Lösungen, um die Arzneimittelsicherheit zu gewährleisten (E-Rezept, fernmündliche Beratung, Bestückung etc.) – könnten insbesondere in ländlichen Regionen sowie außerhalb der Öffnungszeiten einen Beitrag zur Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln leisten, werden von den Vor-Ort-Apotheken jedoch äußerst kritisch betrachtet.

3.3.3 Pick-up-Stellen

Sogenannte Pick-up-Stellen dienen in aller Regel zum Sammeln von Bestellungen, also auch von Rezepten und können damit i. d. R. nur von Apotheken mit Versandhandelserlaubnis betrieben werden. In Kooperation mit Online-Apotheken sind Pick-up-Stellen für Medikamente insbesondere in Drogeriemärkten von Bedeutung. Ein Pick-up-Verbot gibt es zwar nur für Arztpraxen sowie andere Heilberufler. Theoretisch wären damit auch Pick-up-Stellen in Reinigungen, Tankstellen, Blumenläden etc. möglich. Praktisch werden diese jedoch häufig als Rezept-sammelstellen gewertet, die wiederum genehmigungspflichtig sind und dann entsprechend von den Aufsichtsbehörden gestoppt werden.³⁶

Laut befragter Apotheker wird diese Art von Pick-up-Stellen kritisch gesehen. Problematisch ist, dass keine Beratung stattfinden kann. Denkbar sei aber die Ergänzung von Beratung, beispielsweise über Telepharmazie.

3.3.4 Digitale Warenlager

Eine weitere Möglichkeit, die lokale Verfügbarkeit von Arzneimitteln zu sichern, sind digitale Warenlager. Bei den sog. Warenwirtschaftssystemen handelt es sich meist um sogenannte Point-of-Sale-Systeme, kurz PoS. Diese erfassen elektronisch die Bestellungen beim Großhandel sowie den Vorrat im Lager. Bei Bedarf löst das System automatisch eine neue Bestellung aus. Immer mehr Apotheken koppeln dieses System an Kommissionierautomaten, d. h. die Packungen werden automatisiert aus dem Lager bereitgestellt. Es gibt sogar Konzepte, in denen die Software auf den Botendienst ausgeweitet wird und das System dann die optimalen

³⁶ In einem Urteil vom Frühjahr 2020 wurde jedoch einer Apothekerin höchststrichlerlich das Betreiben einer entsprechenden Sammelbox in einem Supermarkt gestattet, nachdem zwei Vorinstanzen das als unzulässige Rezeptsammelstelle gewertet hatten. <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2020/04/23/rezeptsammlung-im-supermarkt-ist-doch-zulaessig>

Routen vollautomatisch errechnet. Laut Apotheker können dadurch saisonale Effekte besser berücksichtigt und so eine schnelle Lieferung in die Apotheke ermöglicht werden.

Eine Anregung eines Experten war die digitale Verknüpfung der Warenlager einiger Apotheken bzw. Filialen vor Ort:

Diese könnten sich bei lokalen Engpässen gegenseitig aushelfen. Allerdings sind diesem Modell aktuell rechtliche Grenzen gesetzt und die Abgrenzung zum Großhandel sei ein Thema.

Ein Nachteil sei, dass Warenlager die Liquidität belasten.

4 Apothekenzahlen und Trendanalyse für Deutschland und Baden-Württemberg

4.1 Apothekenzahlen über die Zeit

Die Hauptfragestellungen der vorliegenden Studie aus quantitativer Sicht lauten wie folgt:

- Ist in Baden-Württemberg im Zeitraum 1999 – 2019 ein „Apothekensterben“ aus Sicht der ländlichen Regionen zu beobachten und unterscheidet sich die Entwicklung in Baden-Württemberg möglicherweise von dem bundesweiten Trend?
- Wie entwickelt sich die Apothekenversorgung im Vergleich der ländlichen Regionen zu den städtischen Verdichtungsräumen?
- Welche Rolle kommt der Bevölkerungsentwicklung bei der Betrachtung der Apothekenversorgung zu?

Aus diesen Hauptfragestellungen heraus soll insbesondere der Status quo dahingehend interpretiert werden, ob es in Baden-Württemberg ein signifikantes Versorgungsproblem mit Apotheken gibt und falls ja, in welchen Regionen dies der Fall ist:

- Gibt es im Status quo (Ende 2019) insbesondere hinsichtlich der Apothekenversorgung älterer Bevölkerungsschichten in Baden-Württemberg Regionen, die einen relativen „Apothekenmangel“ aufweisen?
- Wie lässt sich anhand einiger ausgewählter Indikatoren (wie bspw. Hausärzte je Apotheke oder auch Kaufkraft je Apotheke) der Status quo der baden-württembergischen Apothekenlandschaft im Vergleich zu bundesweiten Kennzahlen beschreiben?

Um eine bessere Zuordnung möglicher Einflussfaktoren für die Entwicklung der Apothekenzahlen in den folgenden Kapiteln zu bekommen, wurde die Untersuchung in zwei Dekaden unterteilt, 1999 – 2009 und 2009 – 2019. Im ersten Abschnitt wird die absolute Entwicklung, danach die Entwicklung relativ zur Bevölkerung dargestellt.

4.1.1 Entwicklung der Apothekenzahlen im Zeitraum 1999 – 2009

Im Zeitraum von 1999 – 2009 nahm in ganz Deutschland die Zahl der Apotheken absolut betrachtet nur um 42 Apotheken ab. Wie **Abb. 14** zeigt, nahm in einigen KV-Regionen die Zahl der Apotheken sogar zu. Dies betrifft v. a. die ostdeutschen Regionen, wo Sachsen mit einem Zuwachs von 68 Apotheken und Brandenburg mit 57 die stärkste Entwicklung zu verzeichnen haben. Aber auch in Westdeutschland stiegen u. a. in Bayern (14) und in Berlin (18) die Apothekenzahlen an.

In insgesamt acht KV-Regionen verringerte sich die Anzahl der Apotheken in dieser Zeitspanne. Auffallend ist, dass ausschließlich westdeutsche KV-Regionen von dieser Entwicklung betroffen sind. Den stärksten absoluten Rückgang verzeichnete Nordrhein mit einem Minus von 76 Apotheken, gefolgt von Baden-Württemberg mit 67 und Rheinland-Pfalz mit 59.

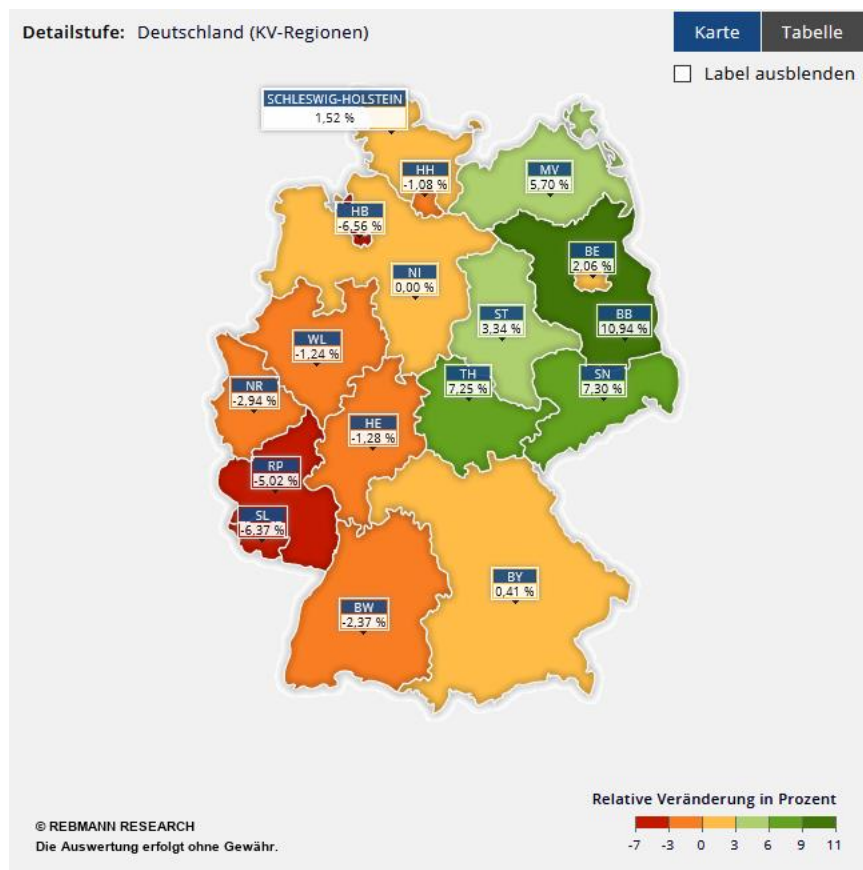
Abb. 14: Entwicklung Apothekenzahl in Deutschland 1999 – 2009

Kürzel	Region	Absolute Veränderung	Relative Veränderung in %
BW	Baden-Württemberg	-67	-2,37
BY	Bayern	14	0,41
BE	Berlin	18	2,06
BB	Brandenburg	57	10,94
HB	Bremen	-12	-6,56
HH	Hamburg	-5	-1,08
HE	Hessen	-21	-1,28
MV	Mecklenburg-Vorpommern	22	5,70
NI	Niedersachsen	0	0,00
NR	Nordrhein	-76	-2,94
RP	Rheinland-Pfalz	-59	-5,02
SL	Saarland	-23	-6,37
SN	Sachsen	68	7,30
ST	Sachsen-Anhalt	20	3,34
SH	Schleswig-Holstein	11	1,52
TH	Thüringen	39	7,25
WL	Westfalen-Lippe	-28	-1,24
	Deutschland	-42	-0,19

Quelle: REBMANN RESEARCH, ABDA

Relativ im Verhältnis zur vorhandenen Zahl an Apotheken verlor das Saarland mit -6,37% am stärksten. Im Vergleich der relativen Entwicklung auf Bundesebene steht Baden-Württemberg somit an fünftletzter Stelle, im absoluten Vergleich an zweitletzter, noch vor der KV-Region Nordrhein. **Abb. 15** zeigt diese Entwicklung und die Besonderheit in den ostdeutschen Regionen anschaulich.

Abb. 15: Entwicklung Apothekenzahl in Deutschland 1999 – 2009

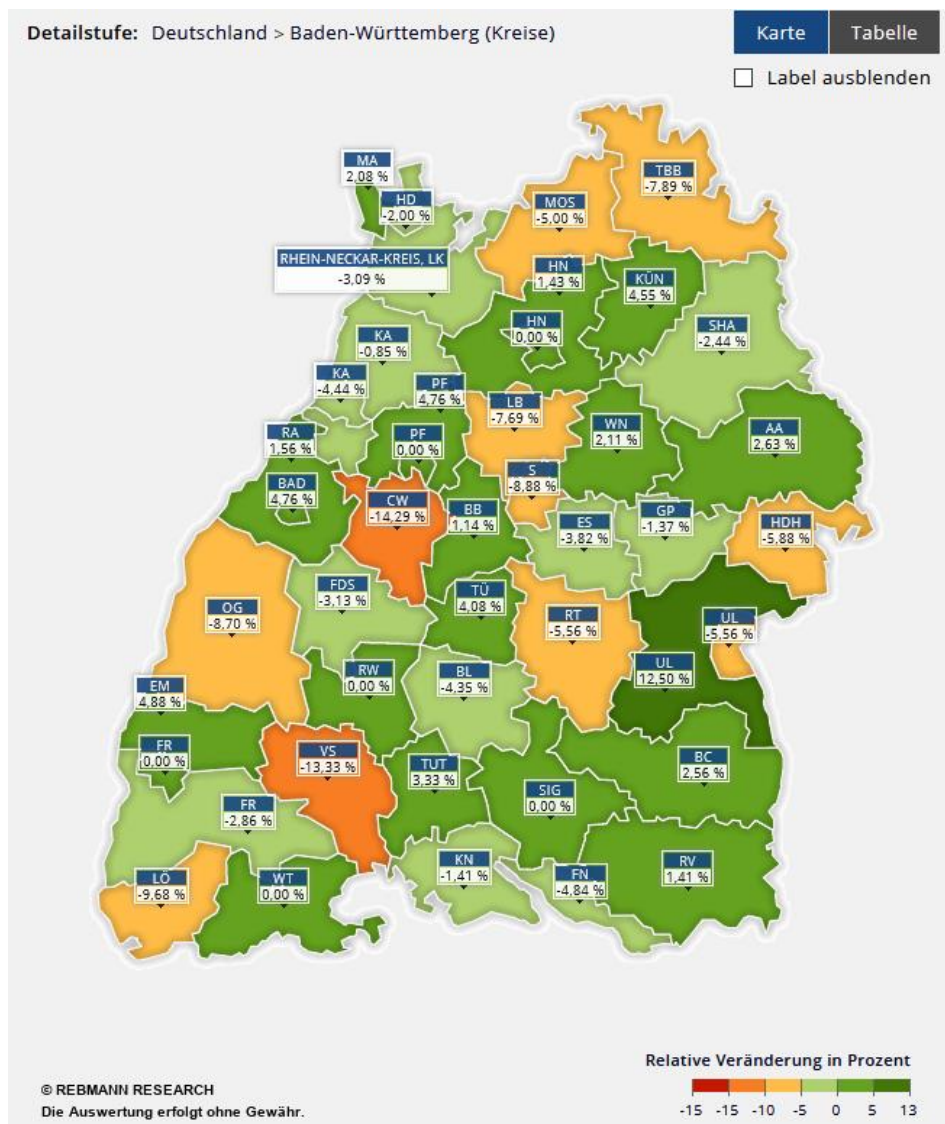


Betrachtet man die Detailentwicklung in Baden-Württemberg im Verhältnis zum durchschnittlichen Rückgang in der Gesamtregion von -2,37 %, so zeigt sich in der nachfolgenden **Abb. 16**, dass die Anzahl der Apotheken in Baden-Württemberg in mehr als den Hälften der Kreise (23/44) zurückging. Absolut betrachtet nahm die Zahl der Apotheken im Kreis Stuttgart am stärksten um 15 Apotheken ab. Die stärkste relative Abnahme ist mit -14,29 %, im Landkreis Calw zu beobachten, es folgt Villingen-Schwenningen mit -13,33 %.

In sechs Kreisen Baden-Württembergs blieb die Zahl der Apotheken im Zehnjahreszeitraum konstant.

Darüber hinaus nahm in 15 Kreisen die Anzahl der Apotheken zu. Hierbei handelt es sich jedoch um einen sehr geringen Zuwachs von lediglich ein oder zwei Apotheken. Ausschließlich der Alb-Donau-Kreis verzeichnete einen Apothekenzuwachs von fünf Apotheken, was einer relativen Veränderung von 12,5 % entspricht.

Abb. 16: Entwicklung Apothekenzahl in Baden-Württemberg 1999 – 2009



4.1.2 Entwicklung der Apothekenzahlen im Zeitraum 2009 – 2019

Nachdem die erste Betrachtungsdekade einen vergleichsweise geringen Rückgang der Apothekenzahlen im Bundesgebiet insgesamt zeigte, nahm in der zweiten hier betrachteten Dekade (2009 - 2019) die Anzahl der Apotheken in allen KV-Regionen teilweise deutlich ab (**siehe Abb. 17**). Wie auch im Jahrzehnt zuvor verzeichneten die westlichen KV-Regionen den stärkeren Apothekenrückgang. Absolut betrachtet liegen Bayern (-366 Apotheken), Westfalen-Lippe (-362), Nordrhein (-356) und Baden-Württemberg (-341) fast gleichauf, was den Verlust an Apotheken anbelangt. Auffallend ist auch hier wiederum der vergleichsweise geringe absolute Rückgang in den östlichen Bundesländern. Im Jahr 2019 gab es in Deutschland 2.473 Apotheken weniger als zehn Jahre zuvor.

Abb. 17: Entwicklung Apothekenzahl in Deutschland 2009 – 2019

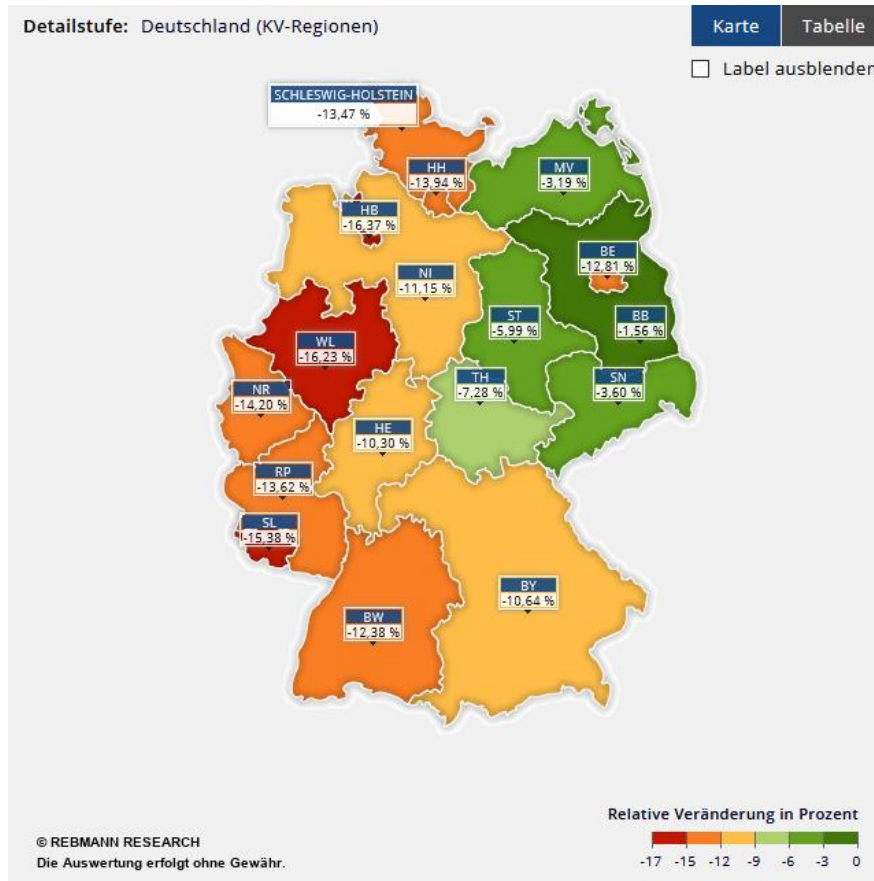
Kürzel	Region	Absolute Veränderung	Relative Veränderung in %
BW	Baden-Württemberg	-341	-12,38
BY	Bayern	-366	-10,64
BE	Berlin	-114	-12,81
BB	Brandenburg	-9	-1,56
HB	Bremen	-28	-16,37
HH	Hamburg	-64	-13,94
HE	Hessen	-167	-10,30
MV	Mecklenburg-Vorpommern	-13	-3,19
NI	Niedersachsen	-235	-11,15
NR	Nordrhein	-356	-14,20
RP	Rheinland-Pfalz	-152	-13,62
SL	Saarland	-52	-15,38
SN	Sachsen	-36	-3,60
ST	Sachsen-Anhalt	-37	-5,99
SH	Schleswig-Holstein	-99	-13,47
TH	Thüringen	-42	-7,28
WL	Westfalen-Lippe	-362	-16,23
	Deutschland	-2.473	-11,48

Quelle: REBMANN RESEARCH, ABDA

In den östlichen KV-Regionen (ausgenommen Berlin) fiel der Rückgang wie die **Abb. 17** zeigt – relativ betrachtet – deutlich moderater aus als im übrigen Bundesgebiet. Im Bundesdurchschnitt ging die Anzahl der Apotheken in diesem Betrachtungszeitraum um -11,48 % zurück. Im Vergleich hierzu veränderte sich die Anzahl der Apotheken von 1999 – 2009 um gerade

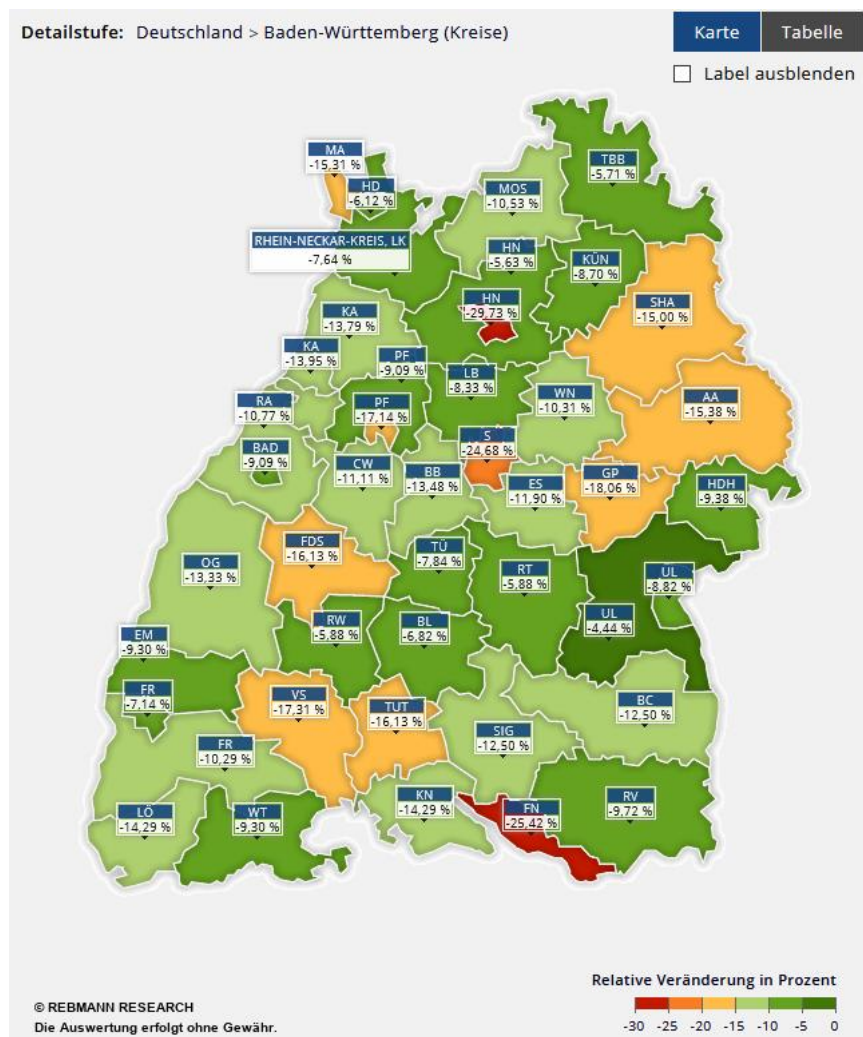
einmal 2,37 %. Die Anzahl der Apotheken ging somit im letzten Jahrzehnt deutlich stärker zurück als in der Dekade davor.

Abb. 18: Entwicklung Apothekenzahl in Deutschland 2009 – 2019



Wie auf Bundesebene ist auch auf Landesebene in Baden-Württemberg in allen Kreisen eine negative Entwicklung der Apothekenzahl zu beobachten (**siehe Abb. 19**), in keinem Kreis nahm die Anzahl der Apotheken zu. Vierzehn Kreise Baden-Württembergs verloren in der letzten Dekade zehn oder mehr Apotheken. Wie im Jahrzehnt zuvor verzeichnete auch im Zeitraum zwischen 2009 und 2019 der Stadtkreis Stuttgart mit einem Verlust von 38 Apotheken (-24,68 %) absolut betrachtet den stärksten Apothekenrückgang. Darüber hinaus verlor der Stadtkreis Heilbronn beinahe 30 % seiner Apotheken, was relativ betrachtet den stärksten Rückgang bedeutet.

Abb. 19: Entwicklung Apothekenzahl in Baden-Württemberg 2009 – 2019



4.1.3 Zusammenfassung der Entwicklung der Apothekenzahlen im Zeitraum 1999 – 2019

In den letzten 20 Jahren (1999 – 2019) nahm die Anzahl der Apotheken in Deutschland ab. Dabei lassen sich folgende Beobachtungen für das Bundesgebiet festhalten:

- In der ersten Dekade dieses Betrachtungszeitraums gab es in einigen KV-Regionen sogar noch Zuwächse v. a. in Ostdeutschland.
- In der zweiten Dekade nahm die Zahl der Apotheken in allen KV-Regionen ab, insbesondere aber in den bevölkerungsstärksten Regionen Westdeutschlands.
- In den letzten 10 Jahren ist eine deutliche Beschleunigung des „Apothekensterbens“ zu beobachten.
- Insgesamt zählte Deutschland im Jahr 2019 2.515 Apotheken weniger als im Jahr 1999, eine Veränderung von -11,65 %.
- Dabei waren die westlichen Bundesländer (bzw. KV-Regionen) deutlich stärker von diesem „Apothekensterben“ betroffen sind (vgl. Abb.20).

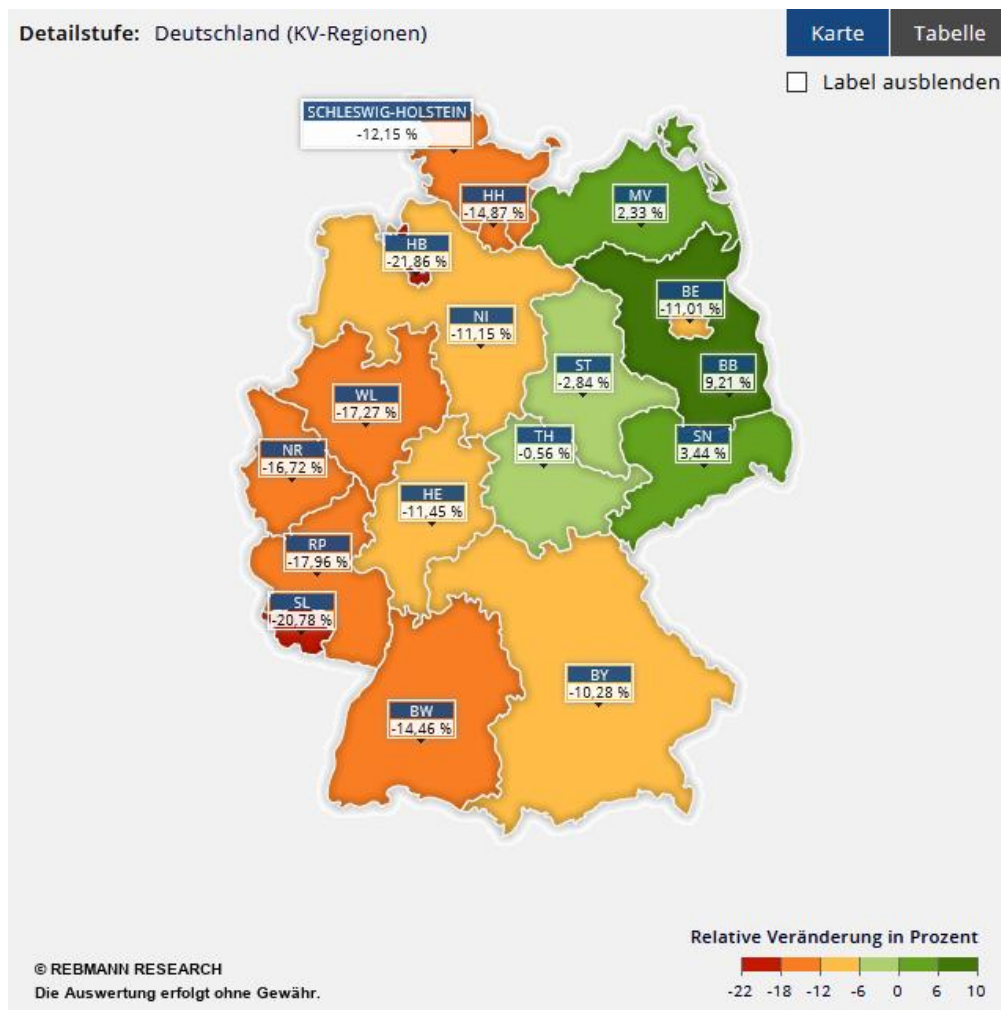
- Im Osten Deutschlands (ausgenommen Berlin) konnten in den letzten 20 Jahren 3 KV-Regionen sogar noch eine positive Entwicklung der Apothekenzahlen vorweisen. Den größten Zuwachs erreichte Brandenburg mit +48 Apotheken (+9,21%).

Abb. 20: Entwicklung Apothekenzahl in Deutschland 1999 – 2019

Kürzel	Region	Absolute Veränderung	Relative Veränderung in %
BW	Baden-Württemberg	-408	-14,46
BY	Bayern	-352	-10,28
BE	Berlin	-96	-11,01
BB	Brandenburg	48	9,21
HB	Bremen	-40	-21,86
HH	Hamburg	-69	-14,87
HE	Hessen	-188	-11,45
MV	Mecklenburg-Vorpommern	9	2,33
NI	Niedersachsen	-235	-11,15
NR	Nordrhein	-432	-16,72
RP	Rheinland-Pfalz	-211	-17,96
SL	Saarland	-75	-20,78
SN	Sachsen	32	3,44
ST	Sachsen-Anhalt	-17	-2,84
SH	Schleswig-Holstein	-88	-12,15
TH	Thüringen	-3	-0,56
WL	Westfalen-Lippe	-390	-17,27
	Deutschland	-2.515	-11,65

Quelle: REBMANN RESEARCH, ABDA

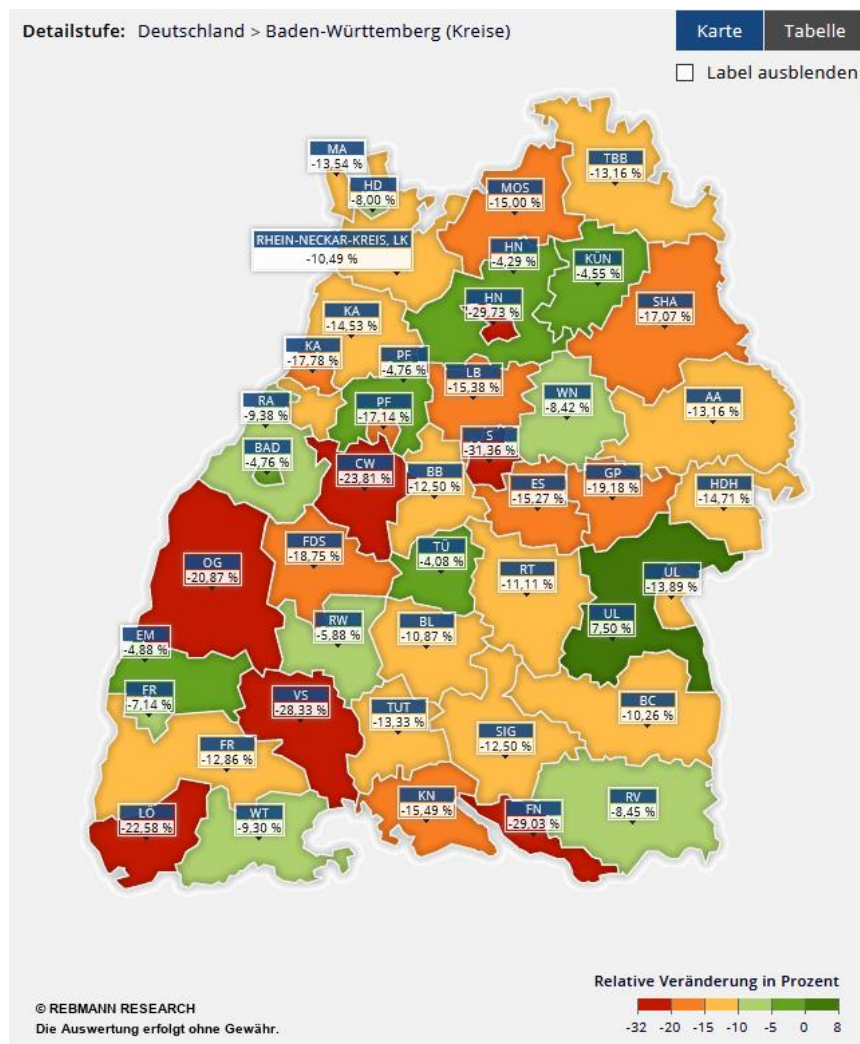
Abb. 21: Entwicklung Apothekenzahl in Deutschland 1999 – 2019



2019 gab es in Baden-Württemberg 408 Apotheken weniger als im Jahr 1999. Dies entspricht einer relativen Veränderung von -14,46 %. In Baden-Württemberg war somit der Rückgang deutlich gravierender als im Bundesdurchschnitt (-11,65 %). Auch im Hinblick auf die absoluten Zahlen belegt Baden-Württemberg den zweitletzten Platz noch vor Nordrhein (-432). Darüber hinaus lassen sich auf dieser Betrachtungsebene folgende Beobachtungen zusammenfassen:

- Alle Kreise in Baden-Württemberg, ausgenommen der Alb-Donau-Kreis, zeigten eine negative Entwicklung der Apothekenzahl in der Zeitspanne von 1999 bis 2019.
- Wie in der Einzelbetrachtung der beiden Jahrzehnte, musste ebenso in der Gesamtbetrachtung Stuttgart die größten Verluste in Kauf nehmen. Die Zahl der Apotheken nahm hier um 53 ab, was einer Veränderung von -31,36 % entspricht.

Abb. 22: Entwicklung Apothekenzahl in Baden-Württemberg 1999 – 2019



4.2 Apothekenzahl in Stadt und Land zwischen 1999 und 2019

4.2.1 Entwicklung der Apotheken im städtischen Verdichtungsraum im Baden-Württemberg

Im städtischen Raum in Baden-Württemberg ist bis auf die kontinuierliche Abnahme der Zahl an Apotheken, keine einheitliche Entwicklung der Apothekenzahl erkennbar. Allerdings ist auffällig, dass es sich bei einem Großteil der von einem Apothekensterben betroffenen Regionen eher um Verdichtungsräume bzw. Randzonen von diesen handelt. Mit am stärksten betroffen sind die Verdichtungsräume Heilbronn (-29,73%), der Bodenseekreis (-29,03%), Calw (-23,81), Lörrach (-22,58 %) und nicht zuletzt der Agglomerationsraum Stuttgart (Stadtkreis Stuttgart und seine anliegenden Landkreise Ludwigsburg, Esslingen und Göppingen) stechen mit einer besonders negativen Entwicklung heraus.

Während Stuttgart in einer Zeitspanne von zwanzig Jahren 53 Apotheken (-31,36 %) verlor, nahm auch in den 3 anliegenden Landkreisen zusammengenommen die Zahl der Apotheken

um 52 ab. Diese Zahl unterscheidet sich deutlich vom Landesdurchschnitt Baden-Württemberg, der bei einer durchschnittlichen Abnahme von -13,08 % liegt. Auffällig ist auch, dass auch andere Verdichtungsräume wie Karlsruhe (-17,78%) und Konstanz (-15,49%) deutlich mehr Apotheken verloren als der Landesdurchschnitt.

Es zeigt sich, dass es in den einzelnen Stadtgebieten z. B. in Stuttgart eine sehr unterschiedliche Entwicklung gibt, die von einer gleichbleibenden Zahl an Apotheken bis zu einem Rückgang von 100% reicht. Besonders deutlich wird diese Entwicklung auch in Heilbronn, wo sich das Apothekensterben besonders stark auf eine Stadtregion konzentriert (**siehe Abb. 23**).

Abb. 23: Entwicklung Apothekenzahl in Stuttgart 1999 – 2019

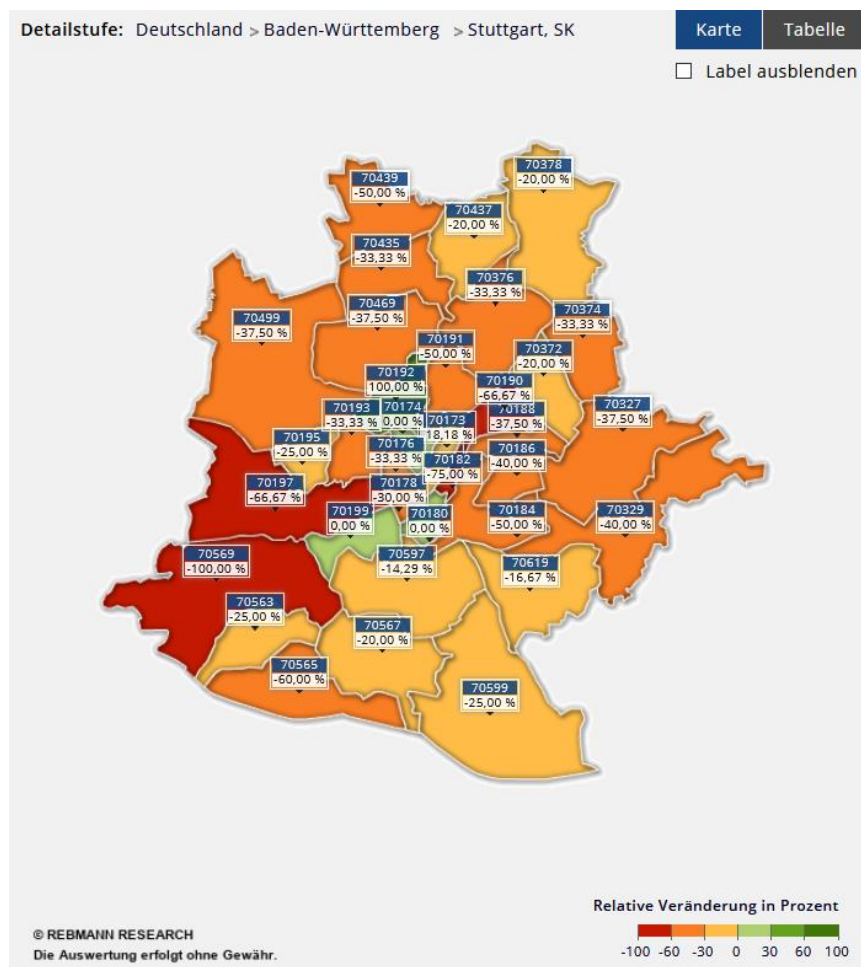
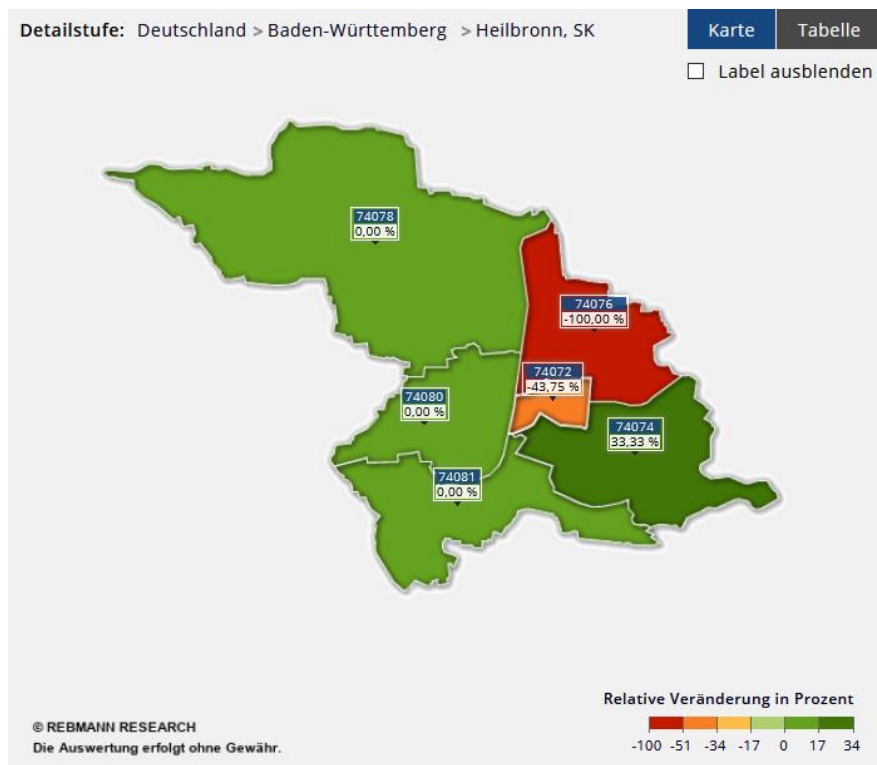


Abb. 24: Entwicklung Apothekenzahl in Heilbronn 1999 – 2019



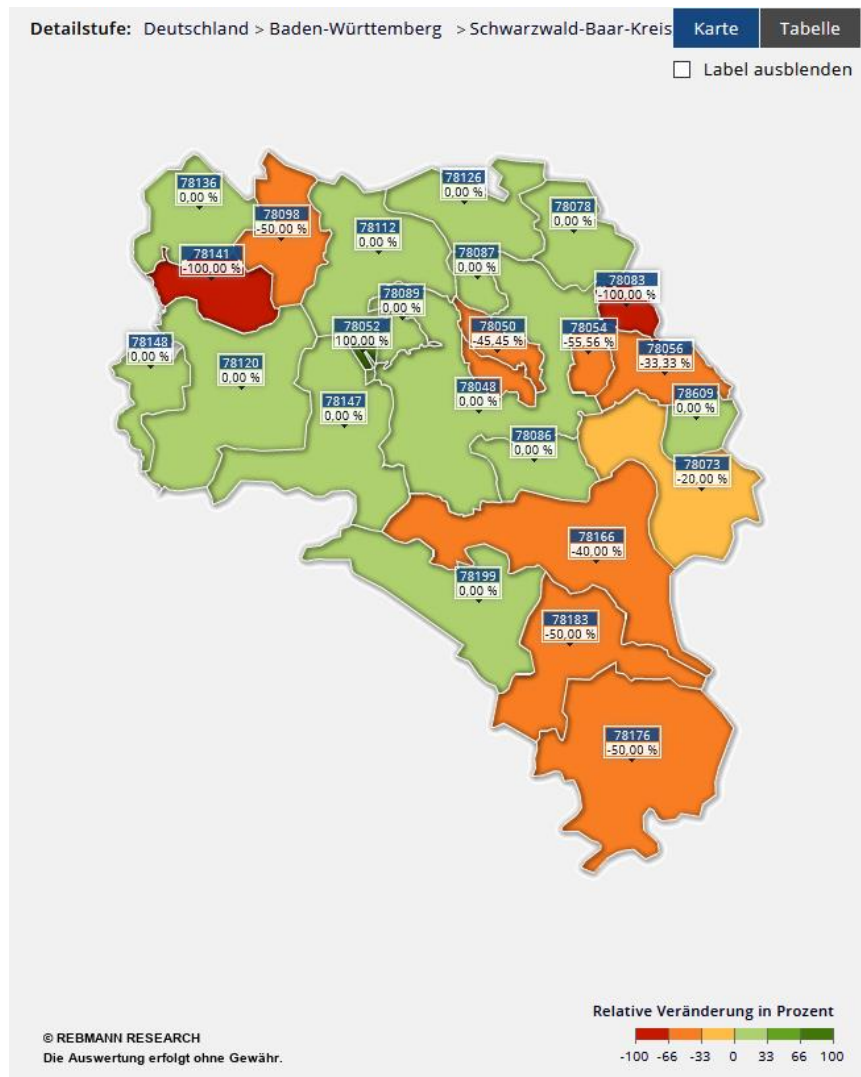
Allerdings gibt es auch städtische Verdichtungsräume wie Mannheim und Ulm, die eine moderate durchschnittliche Abnahme verzeichnen, die im Rahmen des Landesdurchschnitts von 13 % liegt. Gleichzeitig waren die Verdichtungsräume Freiburg (-7,14 %) und Heidelberg (-8,0 %) im Vergleich zu anderen Kreisen unterdurchschnittlich von einem Apothekensterben betroffen.

4.2.2 Entwicklung der Apotheken in ländlichen Regionen in Baden-Württemberg

Auch der ländliche Raum verzeichnete, ähnlich dem städtischen, in den letzten 20 Jahren beinahe ausschließlich eine Abnahme an Apotheken. Einzige Ausnahme ist der Alb-Donau-Kreis, der einen Zuwachs von +7,5% (+3 Apotheken) aufweist. In den meisten anderen Landkreisen lag die Entwicklung zwischen -10% und -13 % und damit folglich leicht unterhalb oder genau auf dem Landesdurchschnitt. Deutlich mehr Kreise im ländlichen Raum weisen im Zwanzigjahreszeitraum eine Apothekenentwicklung „im grünen Bereich“ auf, d. h. mit einem Rückgang der Apothekenzahl unter -10 % auf. Gleichzeitig fallen jedoch auch ländliche Regionen wie zum Beispiel der Schwarzwald-Baar-Kreis (-28,33 %) oder der Ortenau-Kreis (-20,87 %) mit einem extrem hohen Rückgang der Apothekenzahlen auf und somit mit einer Entwicklung, die auch die Arzneimittelversorgung im ländlichen Raum negativ beeinflussen könnte.

Besonders interessant ist dabei die Entwicklung im Schwarzwald-Baar-Kreis (**Abb.25**). Auch hier haben sich die Apotheken aus 2 Regionen ganz zurückgezogen, während in einer Region sogar eine Verdoppelung der Apothekenzahl zu beobachten ist.

Abb. 25: Entwicklung Apothekenzahl im Schwarzwald-Baar-Kreis 1999 – 2019



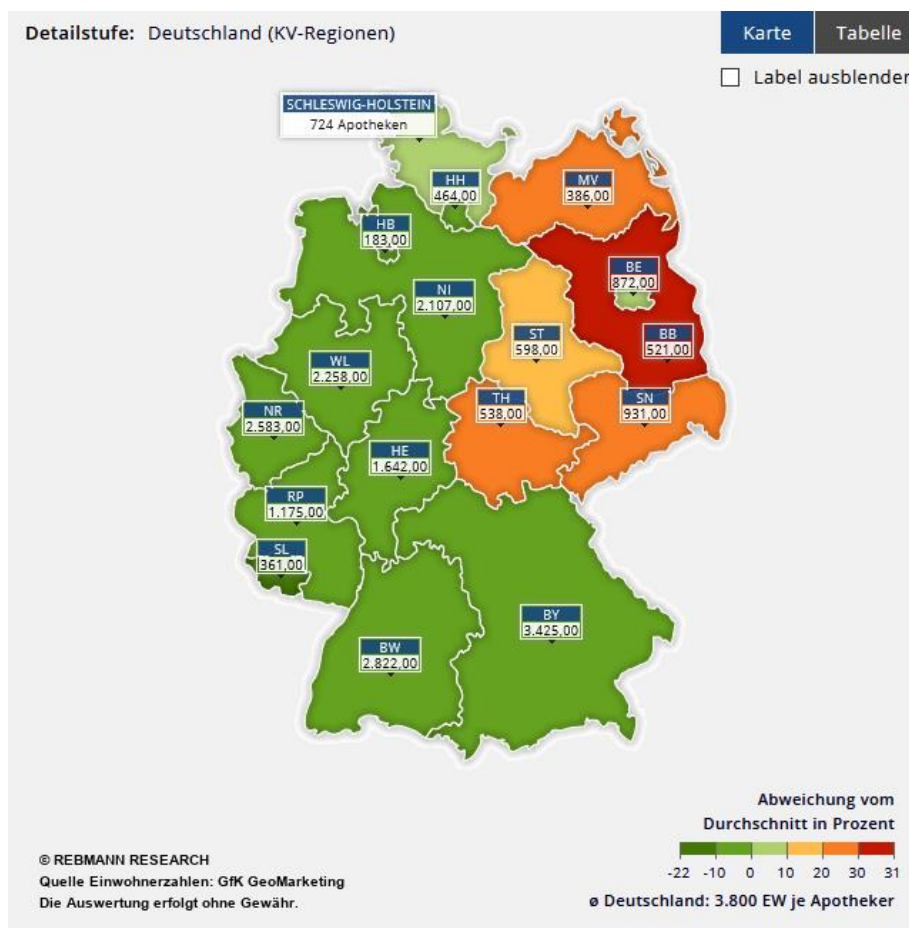
4.3 Apothekendichte als Maßstab der Versorgung im Zeitraum 1999 – 2019

Im Folgenden wird die Apothekendichte als Anzahl der Einwohner je Apotheke für die jeweilige Region dargestellt. Mit ihrer Hilfe lässt sich eine grundsätzliche Aussage darüber treffen ob eine Region gut mit Apotheken und damit auch mit Arzneimitteln versorgt ist oder nicht. Die Apothekendichte lässt sich auch mit dem reziproken Wert (dann meist als Anzahl der Apotheken je 100.000 Einwohner) wiedergeben. Von dieser Kennzahl wird bei der nachfolgenden Analyse abgesehen, weil meist auch andere Versorgungskennzahlen pro Versorger angegeben werden.

4.3.1 Apothekendichte in Deutschland in den Jahren 1999, 2009 und 2019

Im gesamten Bundesgebiet kamen im Jahr 1999 rund 82 Mio. Einwohner auf 21.590 Apotheken, was einer Apothekendichte von 3.800 Einwohner pro Apotheke entspricht. Die höchste Apothekendichte wies das Saarland mit 2.976 Einwohner pro Apotheke auf, eine Abweichung vom Bundesdurchschnitt von 21,69 %. In Brandenburg hingegen, der KV-Region mit der niedrigsten Apothekendichte, kamen im selben Jahr 4.972 Einwohner auf eine Apotheke. Dies entspricht einer Abweichung vom Bundesschnitt um -30,85 %. Auch in den anderen ostdeutschen KV-Regionen, ausgenommen Berlin, liegt die Apothekendichte deutlich unter dem Bundesdurchschnitt. Die Abbildung 26 zeigt die Apothekenverteilung mit einem rot eingefärbten Ostdeutschland mit der grünen Insel Berlin und grün gefärbten Westdeutschland mit der dunkelgrünen Insel Saarland.

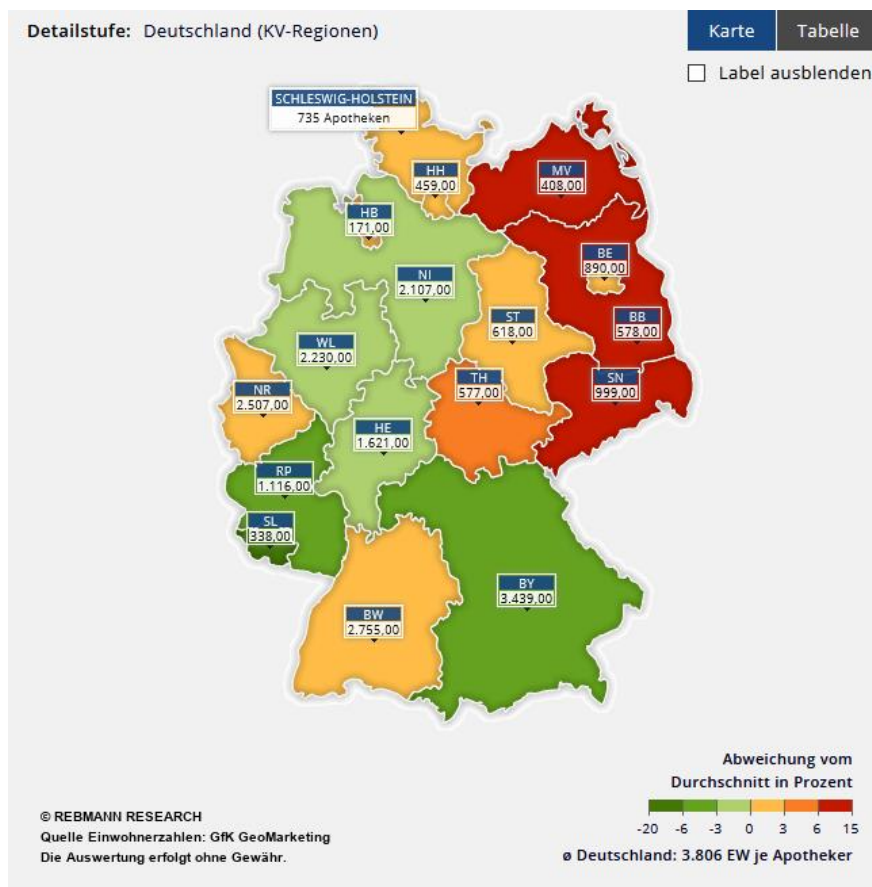
Abb. 26: Apothekendichte in Deutschland 1999



Im Jahr 2009 befanden sich insgesamt 21.548 Apotheken in Deutschland bei einer im Vergleich zu 1999 kaum veränderten Einwohnerzahl. Somit gab es in Deutschland eine fast unveränderte Dichte von einer Apotheke pro 3.806 Einwohnern. Somit hat sich in der ersten

Dekade unseres Betrachtungszeitraums an der Versorgungssituation zumindest im bundesweiten Durchschnitt kaum etwas verändert. Allerdings zeigt die Einfärbung, dass sich die Versorgungsgrenze nicht mehr so eindeutig wie noch im Jahr 1999 zwischen Ost- und Westdeutschland ziehen lässt. Mit einem Einzugsgebiet von 4.364 Einwohner je Apotheke und einer Abweichung vom Bundesdurchschnitt in Höhe -14,68 %, bildete Brandenburg wie 1999 weiterhin das Versorgungsschlusslicht. Allerdings lag 1999 dort das Einzugsgebiet noch bei 4.972 Einwohnern je Apotheke, sodass sich die Versorgungssituation deutlich verbessert hat.

Abb. 27: Apothekendichte in Deutschland 2009



Hinsichtlich der Apothekendichte sind im Jahr 2019 deutliche Unterschiede zu den vorherigen zwei Jahrzehnten festzustellen. Während die Einwohnerzahl in Deutschland um 1 Mio. Einwohner auf 83 Mio. Einwohner anstieg, sank die Anzahl der Apotheken auf 19.075. Im Schnitt kamen somit im Jahr 2019 rund 546 Einwohner mehr auf eine Apotheke als noch 10 Jahre zuvor, nämlich 4.352.

Auch die Verteilung der Dichte in den KV-Regionen veränderte sich. Spitzenreiter ist 2019 immer noch das Saarland mit 3.463 Einwohner pro Apotheke und einer Abweichung vom Bundesdurchschnitt um 20,42 %. Allerdings kann kein klarer Ost-West-Unterschied mehr festgestellt werden. Stattdessen erreichten im Jahr 2019 die drei Stadtstaaten die höchste Einwohnerzahl pro Apotheke und damit die vermeintlich schlechtesten Versorgungswerte für die Bevölkerung.

Hamburg zählte 4.661 Einwohner pro Apotheke, Berlin 4.697 Einwohner je Apotheke und in Bremen kamen, mit einer Abweichung von 9,74% vom Bundesschnitt, sogar 4.776 Einwohner auf eine Apotheke. Sachsen hingegen hat mit 4.235 Einwohnern je Apotheke mittlerweile eine bessere Versorgung als Baden-Württemberg mit 4.586. Sachsen-Anhalt liegt mit 3.801 Einwohner je Apotheke mittlerweile an zweiter Stelle hinsichtlich der Apothekendichte gefolgt von Thüringen mit 4.006.

Abb. 28: Apothekendichte (Einwohner/Apotheke) in Deutschland 2019

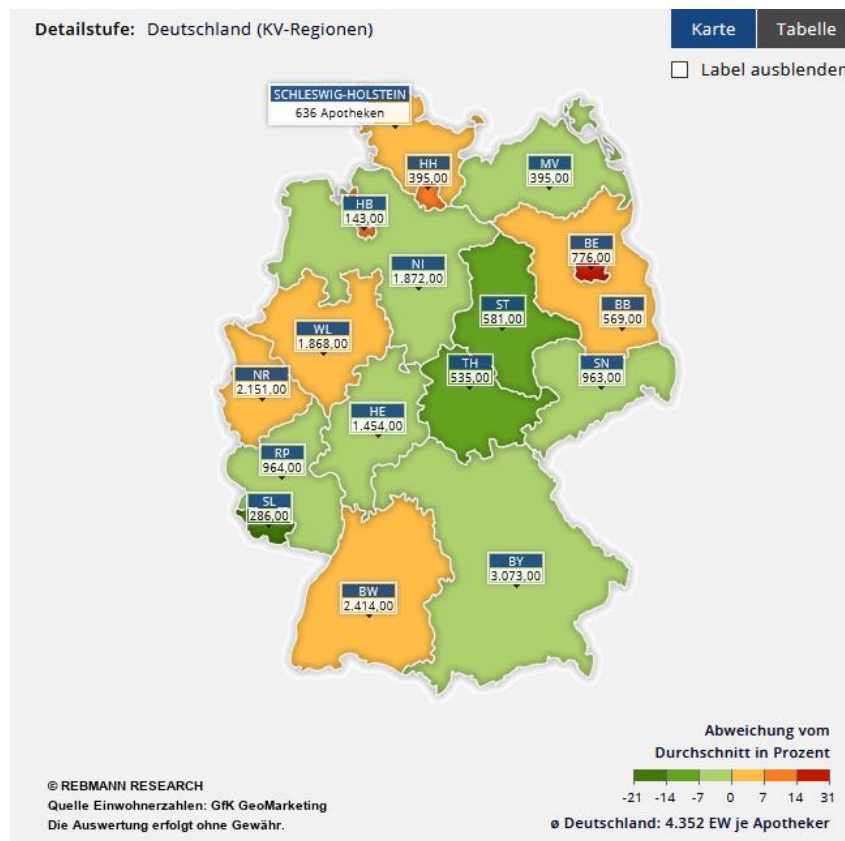
Kürzel	Region	Anzahl	Einwohner	Dichte EWA	Abw. vom \bar{e} in %
BW	Baden-Württemberg	2.414	11.069.533	4.586	5,36
BY	Bayern	3.073	13.076.721	4.255	-2,23
BE	Berlin	776	3.644.826	4.697	7,92
BB	Brandenburg	569	2.511.917	4.415	1,43
HB	Bremen	143	682.986	4.776	9,74
HH	Hamburg	395	1.841.179	4.661	7,10
HE	Hessen	1.454	6.265.809	4.309	-0,99
MV	Mecklenburg-Vorpommern	395	1.609.675	4.075	-6,37
NI	Niedersachsen	1.872	7.982.448	4.264	-2,02
NR	Nordrhein	2.151	9.671.225	4.496	3,31
RP	Rheinland-Pfalz	964	4.084.844	4.237	-2,64
SL	Saarland	286	990.509	3.463	-20,42
SN	Sachsen	963	4.077.937	4.235	-2,70
ST	Sachsen-Anhalt	581	2.208.321	3.801	-12,67
SH	Schleswig-Holstein	636	2.896.712	4.555	4,65
TH	Thüringen	535	2.143.145	4.006	-7,96
WL	Westfalen-Lippe	1.868	8.261.426	4.423	1,62
Deutschland		Σ 19.075	Σ 83.019.213	\bar{e} 4.352	

Quelle: REBMANN RESEARCH, ABDA

Positive Abweichungen bedeuten >Einwohner je Apotheke, d.h. eine schlechtere Versorgung.

Die Bundeskarte zeigt, dass aus der einst in Ost (schlechter versorgt) und West (besser versorgt) aufgeteilten Apothekendichte mittlerweile eine bunte Apotheken-Versorgungslandschaft geworden ist. Die Apothekendichten zwischen den Regionen haben sich vor allem in der letzten Dekade stark verändert und zwischen West und Ost angeglichen.

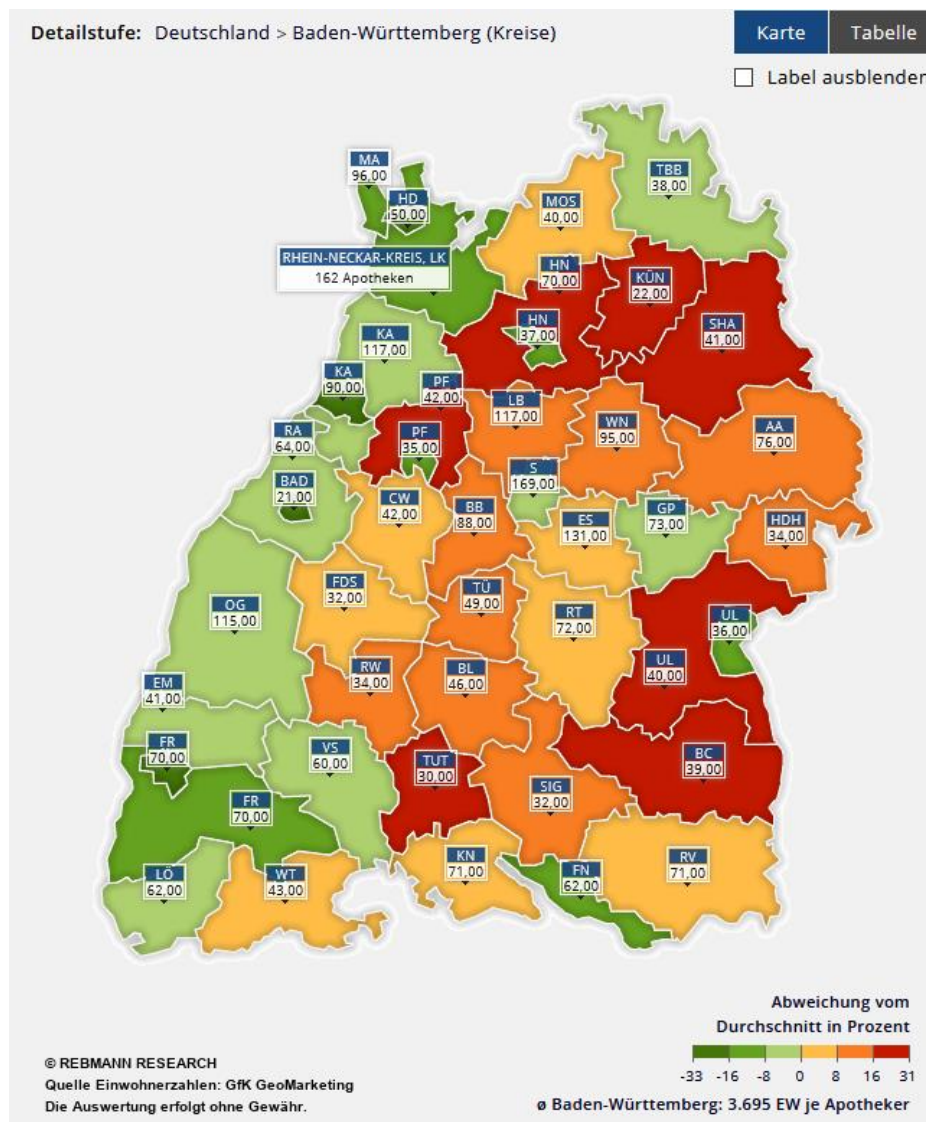
Abb. 29: Apothekendichte (Einwohner/Apotheke) in Deutschland 2019



4.3.2 Apothekendichte in Baden-Württemberg in den Jahren 1999, 2009 und 2019

Im Jahr 1999 zählte Baden-Württemberg 10,4 Mio. Einwohner und 2.822 Apotheken. Daraus resultiert eine Dichte von 3.695 Einwohner je Apotheke. Baden-Württemberg hatte somit eine bessere Versorgungssituation als der Bundesdurchschnitt, der bei 3.800 Einwohnern je Apotheke lag. Besonders in ländlichen Regionen besaßen die Apotheken teilweise sehr große Einzugsgebiete, so kamen der Hohenlohekreis (Dichte: 4.824 EW/A), der Landkreis Biberach (4.618 EW/A) und dem Alb-Donau-Kreis (4.579 EW/A) auf die niedrigsten Versorgungsquoten.

Abb. 30: Apothekendichte in Baden-Württemberg 1999

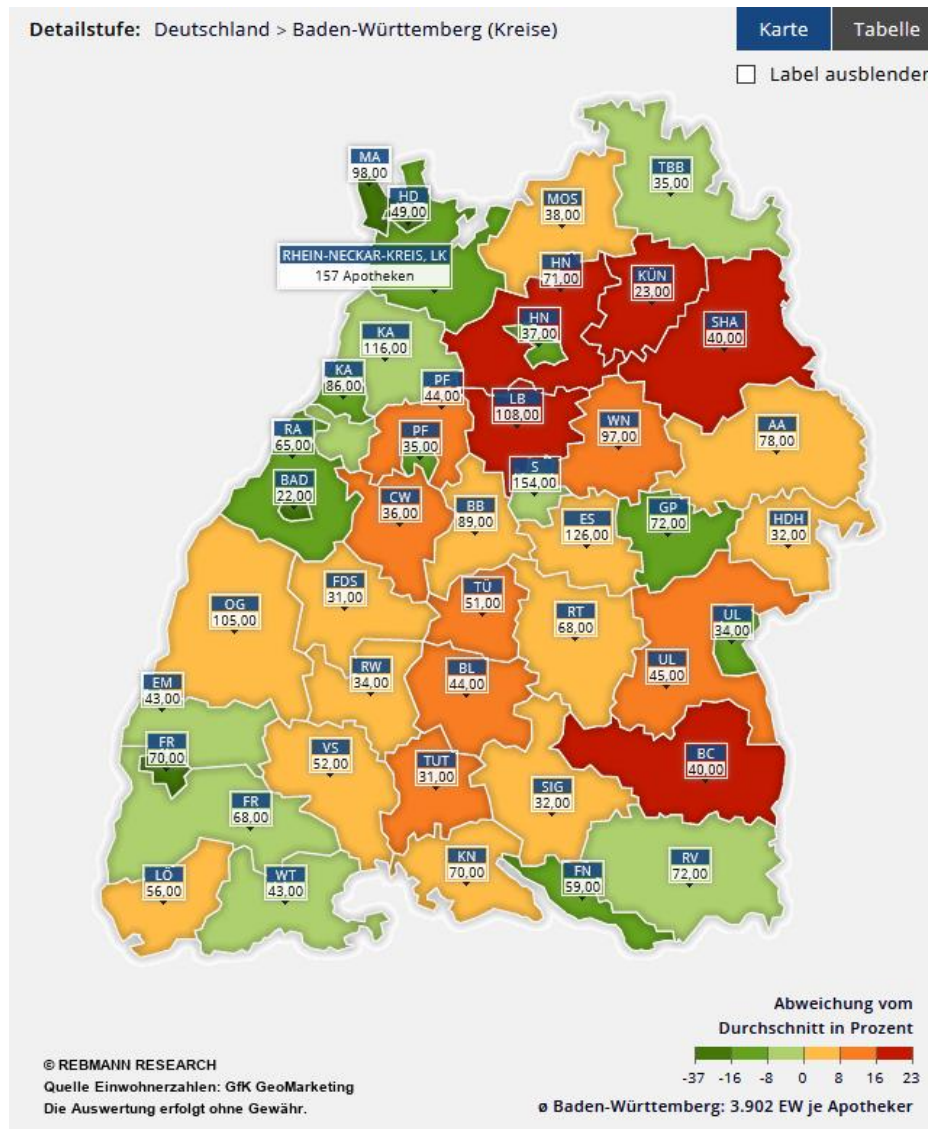


Die größte Apothekendichte in Deutschland insgesamt hatte im Jahr 1999 der Stadtkreis Baden-Baden mit insgesamt 52.546 Einwohner auf 21 Apotheken. Das entspricht 2.502 Einwohner pro Apotheke. Ebenfalls eine große Dichte und damit eine erstklassige Versorgung der Bevölkerung erreichten städtische Verdichtungsräume wie der Stadtkreis Heidelberg mit 2.786 EW/A, Freiburg mit 2.871 EW/A und Karlsruhe Stadtkreis von 3.073 EW/A. Auch in anderen großen Ballungsräumen wie den Kreisen Stuttgart, Mannheim, Heilbronn oder Ulm lag die Einwohnerzahl pro Apotheke unter dem Landesschnitt.

Im Jahr 2009 sank die Versorgungsquote mit Apotheken in Baden-Württemberg mit einer Abweichung von -2,53 % unter den Bundesdurchschnitt. Bei 10,7 Mio. Einwohnern und 2.755 Apotheken ergab sich eine Dichte von 3.902 Einwohner pro Apotheke. Der Bundesdurchschnitt lag jetzt niedriger bei 3.806 Einwohner pro Apotheke. Wie schon zehn Jahre zuvor zeichnete sich der Stadtkreis Baden-Baden mit einer sehr hohen Apothekendichte aus. Hier kamen 54.777 Einwohner auf 22 Apotheken (+1 Apotheke), was einer sogar noch gestiegenen

Dichte von 2.490 Einwohner je Apotheke entsprach. Das andere Extrem in Baden-Württemberg bildete jetzt aber eine verdichtete Region nämlich Ludwigsburg mit 4.777 Einwohnern je Apotheke.

Abb. 31: Apothekendichte in Baden-Württemberg 2009



Im Jahr 2019 gab es in Baden-Württemberg 11,07 Mio. Einwohner und 2.414 Apotheken. Demzufolge kamen 4.585 Einwohner auf eine Apotheke. Baden-Württemberg liegt inzwischen, was die Versorgungssituation betrifft, im Bundesvergleich auf dem viertletzten Platz, hinter den drei Stadtstaaten. Angeführt von Baden-Baden, mit einer Dichte von inzwischen 2.756 Einwohner pro Apotheke, wiesen weiterhin Stadtkreise wie Heidelberg (3.486 EW/A), Freiburg (3.542 EW/A) und Mannheim (3.727 EW/A) die besten Versorgungswerte auf. Das Schlusslicht der Apotheken-Versorgung liegt weiterhin in einer verdichteten Region nämlich Schwäbisch-Hall (5.762 EW/A) aber auch die ländliche Region ist mit Biberach und 5.702 Einwohner je Apotheke vertreten.

Damit ist das Phänomen einer niedrigen Apothekendichte nicht allein auf den ländlichen Raum beschränkt. Vielmehr zeigt sich auch in städtischen Verdichtungsräumen wie Ludwigsburg und Stuttgart, die hinsichtlich der Versorgungsdichte an viert- und fünftletzter Stelle stehen, mittlerweile eine Lücke. Hier nahm die Einwohnerdichte pro Apotheke in den letzten Jahren stark zu, was bedeutet, dass sich die Versorgungssituation verschlechterte. Der Stadtkreis Stuttgart zählte im Jahr 2019 eine Dichte von 5.473 Einwohner pro Apotheke und liegt damit um - 21,13% schlechter als die durchschnittliche Apothekendichte in Baden-Württemberg.

Abb. 32: Apothekendichte in Baden-Württemberg 2019

Kürzel	Region	Anzahl	Einwohner	Dichte EW/A	Abw. vom ø in %
UL	Alb-Donau-Kreis, LK	43	195.913	4.556	-0,64
BAD	Baden-Baden, SK	20	55.123	2.756	-39,89
BC	Biberach, LK	35	199.572	5.702	24,35
FN	Bodenseekreis, LK	44	216.227	4.914	7,17
FR	Breisgau-Hochschwarzwald, LK	61	262.795	4.308	-6,05
BB	Böblingen, LK	77	391.644	5.086	10,92
CW	Calw, LK	32	158.397	4.950	7,95
EM	Emmendingen, LK	39	165.383	4.241	-7,52
PF	Enzkreis, LK	40	198.903	4.973	8,44
ES	Esslingen, LK	111	533.864	4.810	4,89
FR	Freiburg im Breisgau, SK	65	230.241	3.542	-22,75
FDS	Freudenstadt, LK	26	117.954	4.537	-1,06
GP	Göppingen, LK	59	257.258	4.360	-4,91
HD	Heidelberg, SK	46	160.355	3.486	-23,98
HDH	Heidenheim, LK	29	132.435	4.567	-0,41
HN	Heilbronn, LK	67	343.072	5.120	11,67
HN	Heilbronn, SK	26	125.960	4.845	5,65
KÜN	Hohenlohekreis, LK	21	112.002	5.333	16,31
KA	Karlsruhe, LK	100	444.230	4.442	-3,12
KA	Karlsruhe, SK	74	313.092	4.231	-7,73
KN	Konstanz, LK	60	285.325	4.755	3,71
LB	Ludwigsburg, LK	99	543.946	5.494	19,82
LÖ	Lörrach, LK	48	228.639	4.763	3,88
TBB	Main-Tauber-Kreis, LK	33	132.747	4.023	-12,27
MA	Mannheim, SK	83	309.370	3.727	-18,71
MOS	Neckar-Odenwald-Kreis, LK	34	143.735	4.228	-7,81
OG	Ortenaukreis, LK	91	429.471	4.719	2,92
AA	Ostalbkreis, LK	66	314.010	4.758	3,76
PF	Pforzheim, SK	29	125.544	4.329	-5,59
RA	Rastatt, LK	58	231.018	3.983	-13,14
RV	Ravensburg, LK	65	284.285	4.374	-4,62
WN	Rems-Murr-Kreis, LK	87	426.196	4.899	6,83
RT	Reutlingen, LK	64	286.748	4.480	-2,29
HD	Rhein-Neckar-Kreis, LK	145	546.798	3.771	-17,76
RW	Rottweil, LK	32	139.444	4.358	-4,97
VS	Schwarzwald-Baar-Kreis, LK	43	212.381	4.939	7,71
SHA	Schwäbisch Hall, LK	34	195.909	5.762	25,66
SIG	Sigmaringen, LK	28	131.860	4.709	2,70
S	Stuttgart, SK	116	634.836	5.473	19,35
TUT	Tuttlingen, LK	26	139.469	5.364	16,98
TÜ	Tübingen, LK	47	227.331	4.837	5,48
UL	Ulm, SK	31	126.329	4.075	-11,13
WT	Waldshut, LK	39	170.619	4.375	-4,59
BL	Zollernalbkreis, LK	41	188.935	4.608	0,49
Baden-Württemberg		Σ 2.414	Σ 11.069.365	ø 4.585	

Quelle: REBMANN RESEARCH, Landesapothekerkammer BW

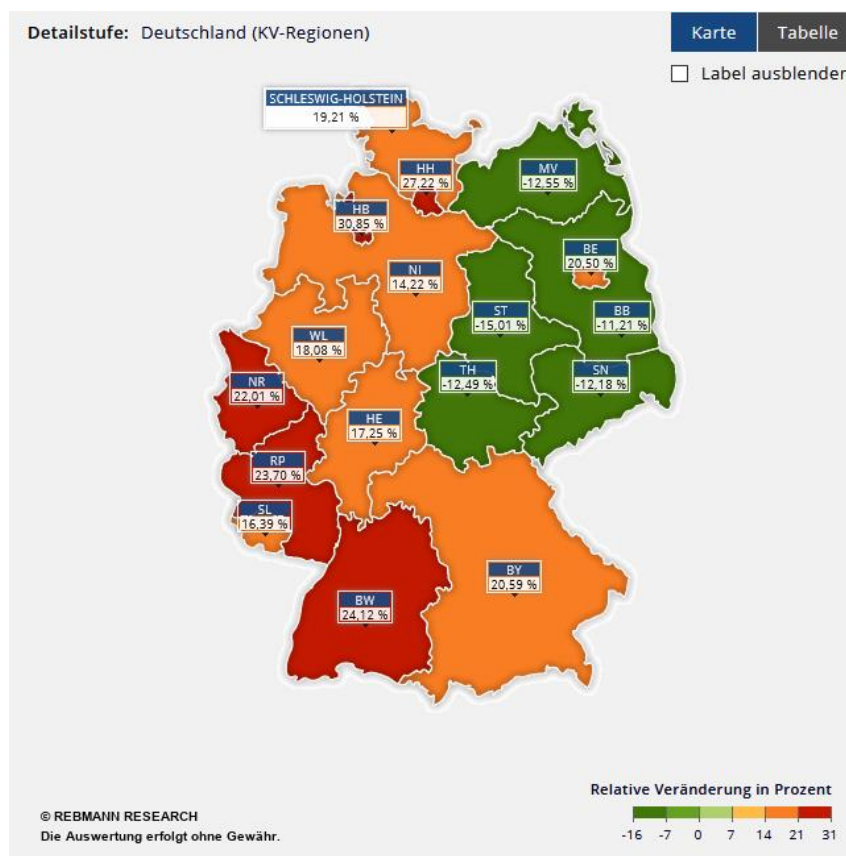
4.3.3 Zusammenfassung der Entwicklung der Apothekendichte im Zeitraum 1999 – 2019

Im Zeitraum von 1999 bis 2019, nahm die Anzahl der Apotheken in Deutschland um -11,65% von 21.590 Apotheken auf 19.075 Apotheken ab. Gleichzeitig stieg die Bevölkerungszahl um ungefähr 1 Mio. auf 83 Mio. Einwohner. In der Folge entwickelte sich die Apothekendichte in diesem Zeitraum von anfangs 3.800 auf 4.352 Einwohner pro Apotheke. Die Versorgungssituation insgesamt hat sich damit deutlich verschlechtert.

Aus Sicht der Versorgung hat sich die Situation in Ostdeutschland dagegen stark verbessert. Hier wurden die Einzugsgebiete für die Apotheken kleiner. Spitzenreiter ist Sachsen-Anhalt. Hier verringerte sich der Wert von 4.472 EW/A im Jahr 1999 um -15 % auf 3.801 EW/A im Jahr 2019. Für diese Entwicklung in den ostdeutschen KV-Regionen gibt es zwei Gründe. Zum einen nahm die Anzahl der Apotheken hier deutlich weniger ab als in Gesamtdeutschland: Zum anderem nahm die Bevölkerungszahl in den östlichen Regionen in den letzten zwanzig Jahren stetig ab: in Sachsen-Anhalt schrumpfte sie anteilig am stärksten, nämlich um -17,43 %.

Im Gegensatz hierzu zeigt sich in Bremen im selben Zeitraum eine signifikante Verschlechterung der Versorgungssituation um -30,85 %. Dicht darauf folgten Hamburg (-27,22 %) und dann auch schon Baden-Württemberg (-24,12 %).

Abb. 33: Entwicklung der Apothekendichte in Deutschland 1999 – 2019

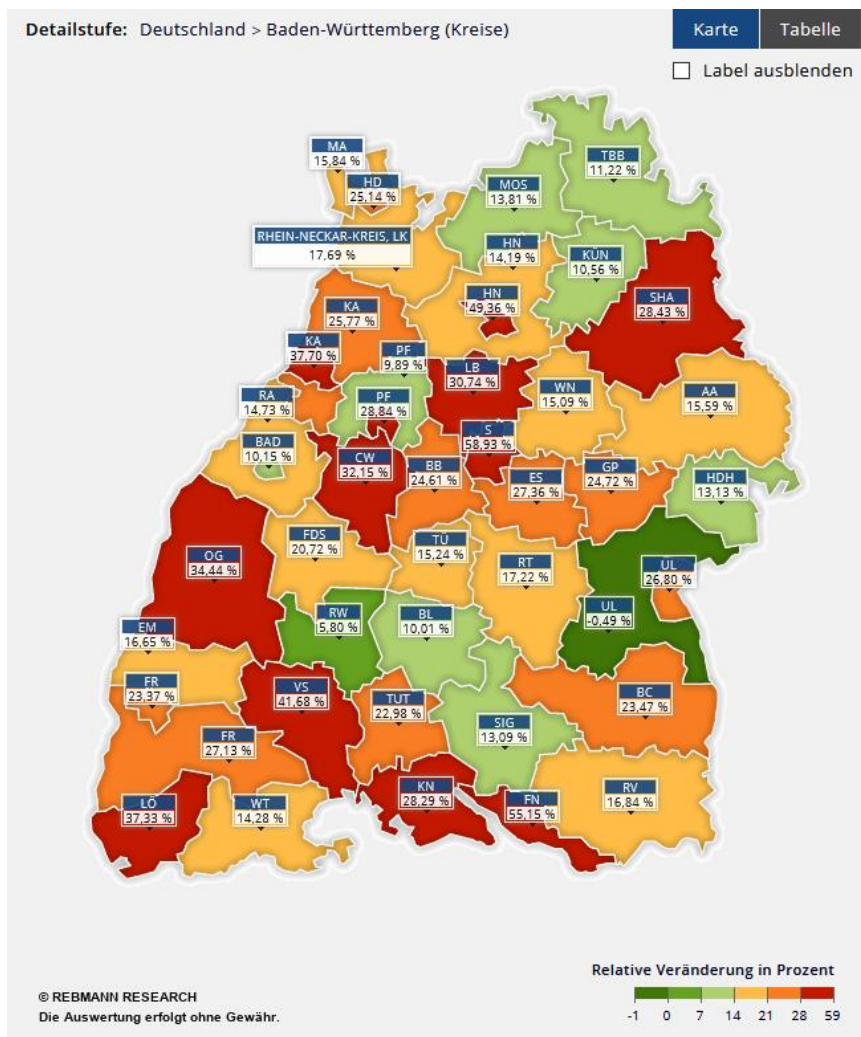


In Baden-Württemberg nahmen die Einzugsgebiete je Apotheke im Zeitraum von 1999 bis 2019 deutlich zu. Während im Jahr 1999 3.695 Einwohner pro Apotheke gezählt wurden, gab es im Jahr 2019 bereits 4.585 Einwohner pro Apotheke. Dies entspricht einem Zuwachs von 24 %. Zurückzuführen sind diese Zahlen zum einen auf den Bevölkerungszuwachs, die Einwohnerzahl nahm seit 1999 um mehr als 600.000 auf 11,07 Mio. zu. Zum anderen sank die Anzahl an Apotheken deutlich von 2.888 im Jahr 1999 auf 2.414 im Jahr 2019, d. h. eine prozentuale Abnahme von -16,4 %.

In Baden-Württemberg ist von einem Apothekensterben am stärksten der Stadtkreis Stuttgart betroffen. Hier wuchs die Einwohnerdichte je Apotheke um 58,93 %. Stuttgart verzeichnet einen Schwund von 169 Apotheken im Jahr 1999 auf 116 Apotheken im Jahr 2019, den größten Rückgang im Bundesland. Zusätzlich stieg hier die Einwohnerzahl überdurchschnittlich stark, um 9,09 %, auf 634.836 Einwohner. Dieselben Einflussfaktoren führen auch im Bodenseekreis (+55,15 %) sowie der Stadtkreis Heilbronn (49,36%) zu einem enormen Anstieg der Einzugsgebiete je Apotheke und damit zu einer Verschlechterung der Versorgung.

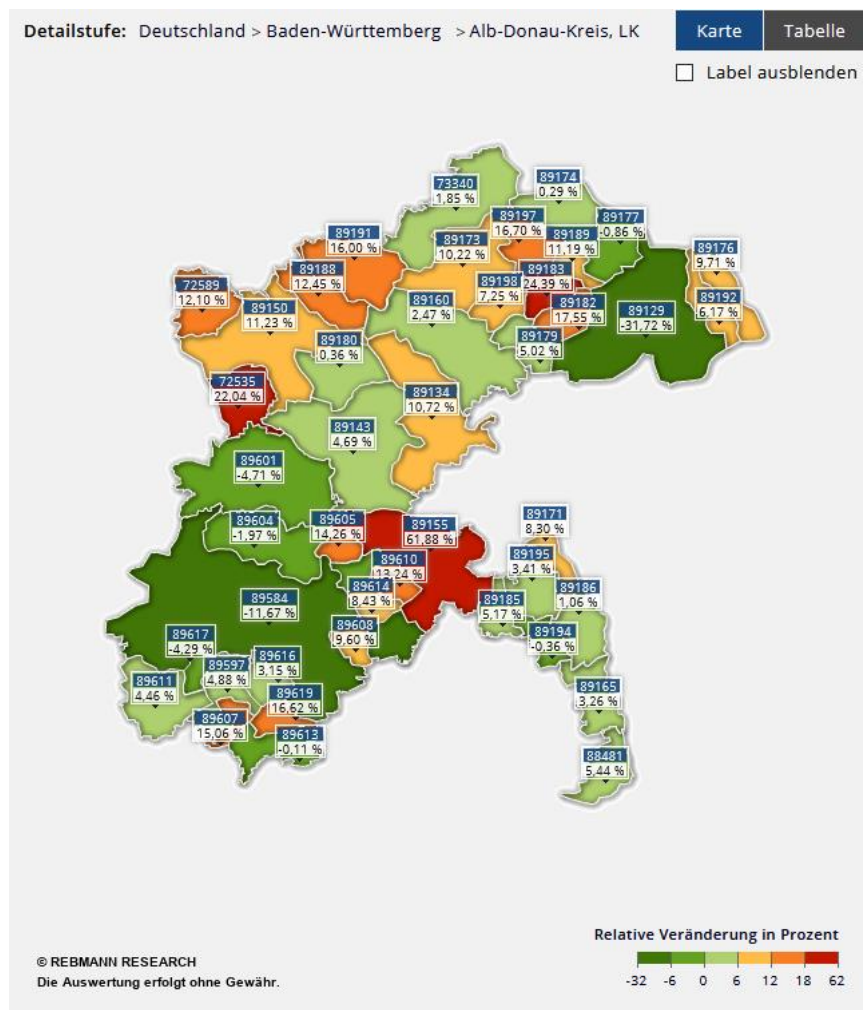
In vielen ländlichen Landkreisen wie Rottweil, dem Alb-Donau-Kreis, dem Landkreis Heidenheim sowie den Landkreisen Main-Tauber und Hohenlohe gibt es kaum Veränderungen hinsichtlich der Versorgungssituation. Stark betroffen von einer abnehmenden Apothekendichte sind dennoch auch einige ländliche Landkreise wie der Schwarzwald-Baar-Kreis, der Ortenaukreis und der Landkreis Schwäbisch Hall.

Abb. 34: Entwicklung der Apothekendichte in Baden-Württemberg 1999 – 2019



Der einzige Kreis, der in Baden-Württemberg eine Zunahme der Versorgungsdichte verzeichnen kann, ist der Alb-Donau-Kreis. Hier wurden 1999 noch 4.579 Einwohner von einer Apotheke versorgt, im Jahr 2019 waren es sogar nur noch 4.556 Einwohner. Darüber hinaus ist der Alb-Donau-Kreis der einzige Kreis in Baden-Württemberg mit einem Apothekenzuwachs von 7,5 %.

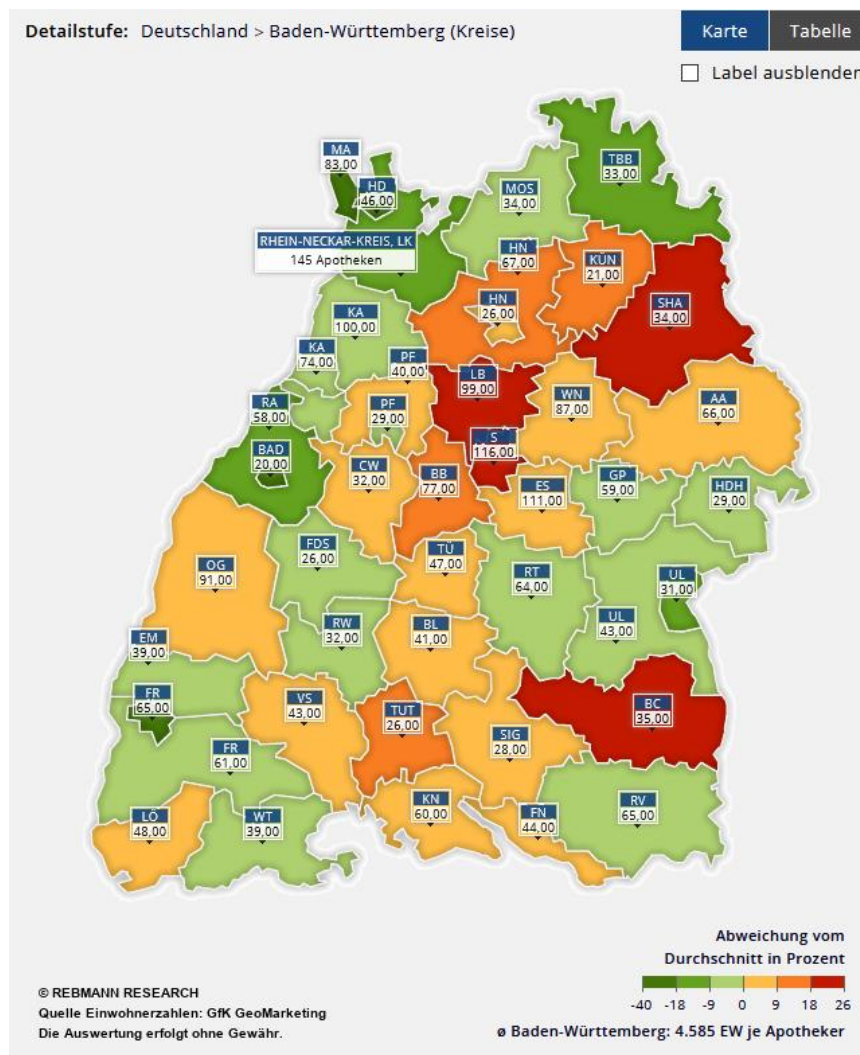
Abb. 35: Entwicklung der Apothekendichte im Alb-Donau-Kreis 1999 – 2019



4.4 Schlussfolgerungen und Ergebnisse aus der quantitativen Analyse

Betrachtet man die Apothekenlandkarte Baden-Württembergs auf der **Abbildung 36** so fällt an den Landesgrenzen ein hoher Grünanteil auf, der sich über städtische und ländliche Regionen gleichermaßen verteilt. Grün- und Gelbanteile sind relativ hoch, dies bedeutet, dass sich in weiten Teilen Baden-Württembergs die Versorgung mit Apotheken angeglichen hat und an einem Landesdurchschnitt von gegenwärtig 4.585 Einwohner je Apotheke orientiert. Gerade einmal 12 Landkreise fallen durch eine stark unterdurchschnittliche – orange oder rot eingefärbt – Apothekendichte aus diesem Rahmen, wobei sich diese zu zwei Dritteln im städtischen Verdichtungsraum und nur zu einem Drittel im ländlichen Raum befinden. Ein Ausreißer nach unten stellt Schwäbisch Hall dar mit einer im Vergleich zum Landesdurchschnitt um 28 % schlechteren Apothekenversorgung. Am anderen Ende ragt Baden-Baden heraus, wo es 39 % mehr Apotheken gibt als im übrigen Land.

Abb. 36: Apothekendichte in Baden-Württemberg 2019



Im europäischen Vergleich liegt Deutschland laut ABDA hinsichtlich der Apothekendichte unter dem EU-Durchschnitt: Die durchschnittliche Apothekendichte innerhalb der Europäischen Union liegt bei 32 Apotheken je 100.000 Einwohner. In Deutschland liegt die Dichte hingegen bei 23 Apotheken je 100.000 Einwohner. Deutschland liegt damit, was die Versorgung mit Apotheken betrifft, in Europa im unteren Drittel der Betrachtung, der Nachbar Frankreich beispielsweise weist mit 31 Apotheken je 100.000 Einwohner eine wesentliche größere Dichte auf als Deutschland.

Baden-Württemberg liegt mit rund 22 Apotheken je 100.000 Einwohner noch einmal leicht unter dem Bundesdurchschnitt, wobei sich die Apothekendichte zwischen städtischen und ländlichen Räumen nicht unterscheidet. Im Hinblick auf die Frage, inwiefern die in Deutschland verfügbare Anzahl an Apotheken ausreicht, um die Versorgung zu sichern, spielen eine ganze

Reihe weiterer Einflussfaktoren eine Rolle, denen im Rahmen dieser Studie durch Literaturrecherche aber auch durch qualitative Interviews mit Apothekern und Experten nachgegangen wird.

5 Wirtschaftliche Situation der Apotheken in Deutschland

5.1 Arzneimittelausgaben

Deutschland gehört zu den Ländern, die mit am meisten für Arzneimittel ausgeben, was insbesondere an der Strukturkomponente, sprich den Ausgaben für sehr teure Medikamente bzw. dem frühen Zugang zu Innovationen zu tun hat.

Deshalb gibt es stetige Bemühungen, die Ausgaben zu begrenzen. Vielfältige Maßnahmen tragen dazu bei, die Ausgabensteigerungen der GKVn für Arzneien zu beschränken: Der Patentmarkt wurde v. a. durch das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) 2011 durch die frühe Nutzenbewertung und die davon abhängige Preisgestaltung eingeschränkt. Jenseits des Patentmarkts tragen die forcierte Verordnung günstiger Generika, das für Hersteller geltende Preismoratorium, Festbeträge sowie insbesondere **Rabattverträge**, die per Ausschreibung zwischen einzelnen Kassen und pharmazeutischen Herstellern geschlossen werden, zur Ausgabenkontrolle bei. Apotheken sind hierbei zur wirtschaftlichen Arzneimittelabgabe verpflichtet, d. h. bei rezeptpflichtigen Generika zur Abgabe eines wirkstoffgleichen (günstigeren) Fertigarzneimittels mit Rabattvertrag. Allein die Einsparung aus Rabattverträgen betrug im Jahr 2019 4,9 Mrd. €.³⁷

Und auch die Apotheken müssen einen sogenannten Apothekenabschlag – analog den Herstellern – entrichten. Zu weiteren Einsparungen trägt die gesetzlich verankerte **Importquote** bei. Apotheken müssen 5 % ihrer Arzneimittelumsätze mit günstigeren (re)importierten Medikamenten generieren. Und schließlich erhalten die Kassen die Zuzahlungen der Patienten, die 2019 2,212 Mrd. € (+1,5 %)³⁸ betragen.

5.2 Vergütung bzw. Einnahmequellen

5.2.1 Verschreibungspflichtige Arzneimittel

Anders als im klassischen Einzelhandel erzielen Apotheken das Gros ihres Umsatzes nicht direkt vom Kunden, sondern über die Krankenkassen, die die Kosten für verschreibungspflichtige Medikamente erstatten. Apothekenhonorare machten im Jahr 2018 laut Apothekenwirtschaftsbericht etwa 2,2 % der GKV-Ausgaben aus.

³⁷ ABDA: Die Apotheke - Zahlen, Daten, Fakten 2020, S. 35

³⁸ ABDA: Die Apotheke - Zahlen, Daten, Fakten 2020, S. 36

Rezeptpflichtige Medikamente unterliegen einer Preisbindung. Apotheken und die Großhändler erheben Zuschläge auf die Einkaufspreise, deren Höhe staatlich geregelt ist.³⁹ Diese Regelung gewährleistet, dass ein bestimmtes rezeptpflichtiges Arzneimittel in jeder Apotheke den gleichen Preis hat.

5.2.2 OTC (Over-the-Counter)-Medikamente

In der Preisgestaltung besteht Freiheit lediglich für die nicht-verschreibungspflichtigen Medikamente, wobei die Sortimentsgestaltung für die sonstigen apothekenüblichen Waren reglementiert ist. Rezeptfreie, apothekenpflichtige Arzneimittel werden seit Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes im Jahr 2004 grundsätzlich nicht mehr durch die Gesetzlichen Krankenkassen übernommen und unterliegen nicht mehr Regelungen der AMPPreisV. Jedoch übernehmen viele Kassen Kosten für OTCs als freiwillige Satzungsleistung (z. B. bis zu einem gewissen Betrag) Stichwort 'grünes Rezept'.

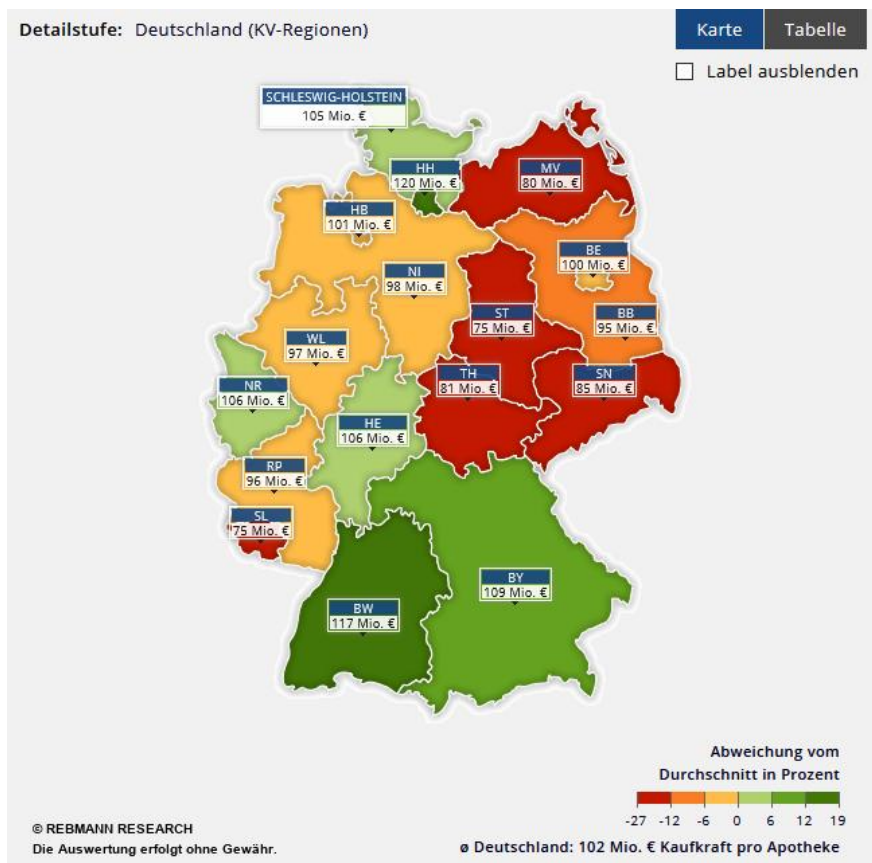
5.2.3 Kaufkraft pro Apotheke im Vergleich zwischen Deutschland und Baden-Württemberg

Die Kaufkraft der regionalen Bevölkerung spielt somit insbesondere für rezeptfreie Medikamente und andere Produkte sowie Selbstzahlerleistungen der Apotheke eine Rolle. Bei der Ermittlung der Kaufkraft pro Apotheke wird die durchschnittliche Anzahl der Einwohner mit der jeweils durchschnittlichen Kaufkraft (je Einwohner) in der Region multipliziert. Dadurch lässt sich eine Trendaussage dahingehend ableiten, ob das Einzugsgebiet der Apotheke wirtschaftlich eher positiv (grün) zu bewerten ist oder nicht.

In Deutschland beträgt die Kaufkraft pro Apotheke durchschnittlich 102 Mio. €. Im Bundesvergleich schneiden das Saarland und Sachsen-Anhalt am schlechtesten ab mit einer Kaufkraft von nur je 75 Mio. € pro Apotheke. Darauf folgen die weiteren ostdeutschen KV-Regionen. Die Apotheken in Hamburg erwartet die höchste Kaufkraft in Höhe von 120 Mio. € pro Apotheke. Den zweiten und dritten Platz belegen die einkommensstarken Regionen Baden-Württemberg (117 Mio. €) und Bayern (109 Mio. €).

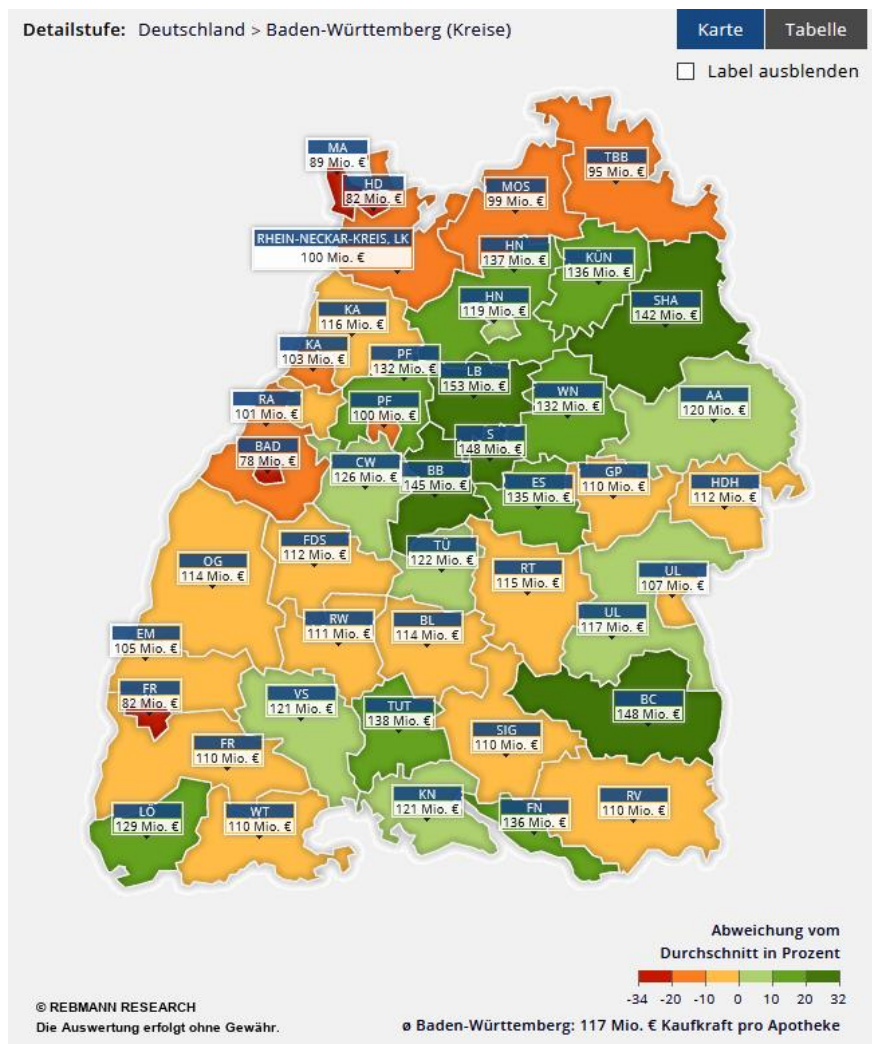
³⁹ der Großhandel erhält einen prozentualen Aufschlag von maximal 3,15 Prozent je Packung, höchstens jedoch 37,80 Euro zuzüglich eines Festzuschlages je Packung von 70 Cent, um die Beschaffung, Bevorratung und Verteilung von Arzneimitteln von den Herstellern an die Apotheken zu vergüten. Apotheken dürfen einen Zuschlag von maximal drei Prozent des Einkaufspreises erheben, zusätzlich zu einem Fixbetrag von 8,35 Euro je Packung sowie zuzüglich 21 Cent zur Förderung der Sicherstellung des Notdienstes.

Abb. 37: Kaufkraft pro Apotheke in Deutschland



In Baden-Württemberg erreichen die Stadtkreise Baden-Baden, mit 78 Mio. € pro Apotheke, sowie Freiburg und Heidelberg, mit je 82 Mio. € pro Apotheke, die geringste Kaufkraft. Den höchsten Wert erzielt Ludwigsburg mit (153 Mio. €) sowie die Kreise Stuttgart und Biberach mit je 148 Mio. €.

Abb. 38: Kaufkraft pro Apotheke in Baden-Württemberg



5.2.4 Aktuelle Vergütungssystematik und Reformoptionen

Die Vergütung für Apothekenleistungen bei Rx-Arzneimitteln regelt die Arzneimittelpreisverordnung. Die Apothekenvergütung insgesamt wird kostenbasiert berechnet (z. B. Zeitaufwand für Beratung) und eine einheitliche Vergütung in Höhe der Durchschnittskosten der heute existierenden Apotheken festgelegt. Auch die Vergütung des Großhandels ist festgelegt, darf aber rabattiert werden. Dieser Rabatt erhöht die Vergütung der Apotheken.

Durch die gesetzlich festgelegten Preise sowie das gesetzlich festgelegte Honorar des Apothekers dafür⁴⁰ hängt der Umsatz, den eine Apotheke mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln erwirtschaften kann,

- einerseits direkt von der Menge der eingelösten Verordnungen
- andererseits von dem Wert dieser verordneten Arzneimittel ab.

⁴⁰ Das Apothekenhonorar für ein verschreibungspflichtiges Arzneimittel bemisst sich an einer fixen Komponente in Höhe von 8,25 € je Fertigarzneimittel (vor Zwangsabschlag) sowie einer wertabhängigen Komponente (3 % bezogen auf den Apothekeneinkaufspreis des Arzneimittels).

Das bedeutet gleichzeitig, dass die Anzahl der Apotheken in einer Region eng von der Besiedlungsdichte abhängt. Apotheken in dünn besiedelten Gebieten müssen ggfs. ein sehr großes Gebiet versorgen, um wirtschaftlich zu sein.

Aus Sicht der interviewten Apotheker werden durch die aktuelle Vergütungssystematik viele Dienstleistungen nicht vergütet:

- *wie z. B. Beratung (indikationsbezogene Beratungsleistungen, Impfberatung, Präventionsberatung, Rauchentwöhnung ...) Pflegeunterstützung, Hilfsmittelunterstützung, Medikationsplan, Medikationsanalyse, Beratung, Kostenvoranschläge, Rezeptanforderungen, bis vor Kurzem Botendienste, medizinische/rechtliche Rücksprachen, Tablettenblistern, etc.*
- *keine finanzielle Berücksichtigung steigender Anforderungen und Aufwand (Digitalisierung, Telematikinfrastruktur, Datenschutz, Änderung ApBetrO mit resultierenden strukturellen Veränderungen, etc.)*
- *wirtschaftliches Risiko für Einkauf wird nicht beachtet*
- *Steuererleichterungen (Apotheke nicht als vollständiger Heilberuf geführt)*

5.3 Wettbewerbssituation

5.3.1 Umsatzentwicklung und deren Ursachen

Der durchschnittliche Nettoumsatz einer Apotheke betrug 2019 2,59 Mio. Euro (wobei etwa 60 % der Apotheken unter diesem Durchschnitt lagen), das Betriebsergebnis bei 148.000 €. ⁴¹ Jedoch erzielen vier von zehn Apotheken Umsätze, die unter der 2 Mio. € Marke liegen. Die Umsatzgrößenklasse mit den meisten Apotheken – d. h. die sogenannte ‘typische Apotheke’ ist die mit Erlösen zwischen 1,5 und 1,75 Mio. € pro Jahr (10,5 % der Apotheken). Das zeigt, dass der o. g. Durchschnittsumsatz (2,59 Mio. €) stark von einigen großen Betrieben beeinflusst wird. Noch vor zehn Jahren (2008) lag dieser Wert bei 1,75 Mio. € und somit ein Drittel unter dem derzeitigen Niveau.

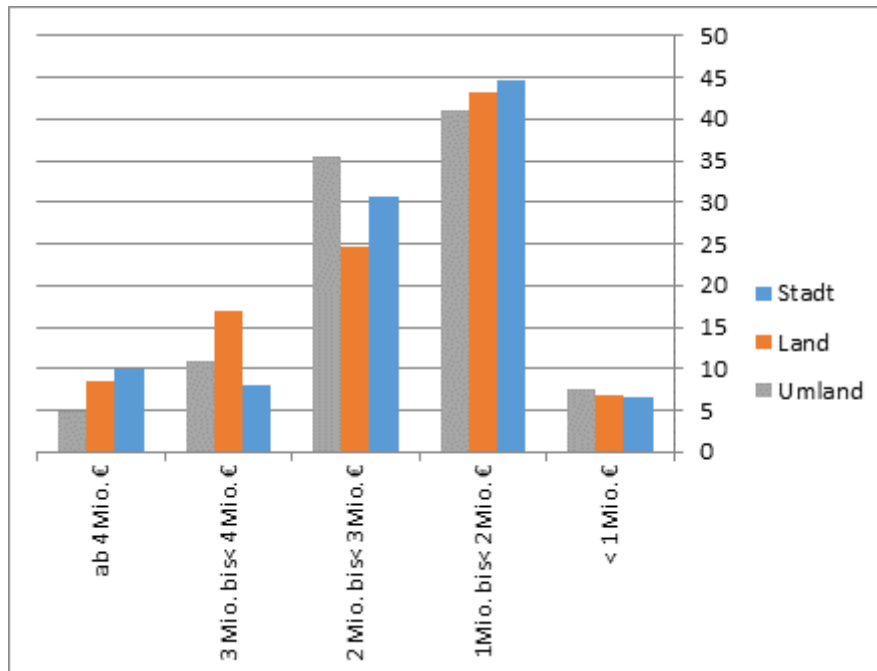
Einschätzung eines Apothekenberaters: Was ist eine gesunde Apotheke?

- *Mindestens 1 Mio. Umsatz, besser 1,4 Mio.*
- *4-4.500 Einwohner Einzugsgebiet*
- *Möglichst Ärzte in der Umgebung*

⁴¹ Siehe hierzu und zum Folgenden ABDA: Die Apotheke - Zahlen, Daten, Fakten 2020, S. 65f.

Vom Arzt per Rezept verschriebene Arzneien machen 84% der Apothekenerlöse aus und genau dieses Kernsegment des Apothekers wächst – wie bereits in den Vorjahren – am stärksten. Um 7,6% hat Verordnungsmarkt 2019 zugelegt, auf nunmehr 45,4 Mrd. €. ⁴² Somit sind Apotheken direkt abhängig von der Ärzteversorgung in der Region d. h. es wird befürchtet, dass eine Welle von Praxisschließungen eine Welle von Apothekenschließungen nach sich zieht.

Abb. 39: Umsatz hängt nicht von ländlicher oder städtischer Struktur ab⁴³

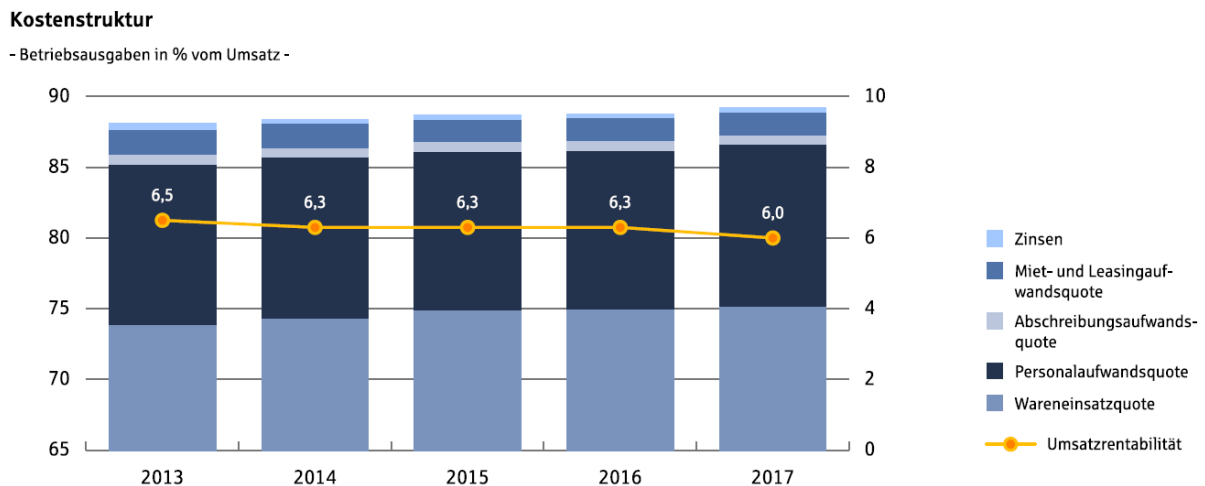


Quelle: ABDA

⁴² ABDA: Die Apotheke - Zahlen, Daten, Fakten 2020, S. 74f.

⁴³ ABDA auf Basis des ABDA-Datenpanels 2019

Abb. 40: Entwicklung der Kostenstruktur von Apotheken



5.3.2 Wettbewerb verschärft sich

Die Rivalität der Marktteilnehmer erhöht sich, wenn das Geschäft des Apothekers stark vom OTC-Bereich abhängt: Dort wurde die Preisbildung 2004 freigegeben, gleichzeitig traten mit den Versandapotheken und anderen Einzelhändlern zusätzliche Wettbewerber in den Markt. Auch künftig wird mit weiter steigendem Preiswettbewerb in diesem Segment zu rechnen sein, gerade auch aufgrund der steigenden Bedeutung von Preissuchmaschinen und Preisvergleichsportalen.

Hinzu kommt die Konkurrenz auch bei (rezeptpflichtigen) Arzneimitteln durch andere Einzelhändler im Rahmen der Pick-up-Stellen. Zudem fordern Kunden angesichts der digitalen Möglichkeiten flexible Angebote.

Weitere gegenwärtig zu beobachtende wirtschaftliche Trends sind:

- Schrumpfende Margen: Die Verhandlungsspielräume mit den Großhändlern haben sich verschlechtert, Margendruck zwingen die Apotheken in Kooperationen und Einkaufsgemeinschaften
- Kleinere, ländliche Apotheken mit am stärksten sinkender Rendite
- Krankenkassen (Retaxationen, niedrigere Vergütung z. B. Inkontinenzversorgung, etc.),
- vermehrt „Hochpreiser“
- Trend zu größeren Apotheken mit mehr Angestellten (Pharmazeuten und PTAs). Im Durchschnitt haben Apotheken aktuell > 6 Vollzeitkräfte.

Die subjektiven Einschätzungen der Apotheker waren teilweise pessimistisch:

Apotheken müssten aus wirtschaftlichen Gründen schließen, der Rohertrag wäre gesunken.

- Die Unternehmensgröße hat Einfluss
- Vergütung habe sich nicht verändert in Relation zur Teuerungsrate (Mieten, Gehälter, ...), d. h. Gewinne erziele man durch Masse, Rationalisierung, Automatisierung
- „Je mehr Arzneimittel ich abgebe, desto mehr verdiene ich“, so sei ein Fehlanreiz vorhanden.
- Der Preisdruck (im OTC Bereich) wird durch Apotheker selbst induziert, was weniger Beratung ermöglicht.

Falls das Fremdbesitzerverbot wegfallen sollte droht die vollständige Kommerzialisierung.

5.3.3 Gründe für Apothekenschließungen

Nach Angaben der ABDA sind die Gründe für Apothekenschließungen vielfältig. Genannt werden insbesondere:

- Wirtschaftliche Gründe: mangelnder Ertrag, steigende Kosten, niedriger Gesamtumsatz, Schwierigkeiten bei der Personalbeschaffung
- Systemische Gründe: Schließung von Arztpraxen in der Nähe. zunehmende Auflagen und Bürokratisierung Im Gesundheitssystem
- Nachfolgegründe und Alter des Apothekers: Größere Teil der Schließungen erfolgen vor dem 65. Lebensjahr der Apothekenleiter. Der hohe Altersdurchschnitt der Apothekenleiter ist vor allem an unrentablen Apothekenstandorten problematisch, da oft Schwierigkeiten bestehen, einen Nachfolger zu finden.
- Standortgründe: Vor allem im ländlichen Raum ist die Nachfolge offensichtlich schwieriger zu regeln, da die dortigen Standorte von vielen angehenden Apothekern aus vielerlei auch nicht wirtschaftlichen Gründen als unattraktiv empfunden werden.

Fazit

- In Deutschland und Baden-Württemberg hat die Zahl der Apotheken in den letzten 20 Jahren kontinuierlich abgenommen, im Bund um 11,65 %, in Baden-Württemberg um 14,46 %. Dieser Trend beschleunigte sich in den letzten 10 Jahren relativ stark. Unter Berücksichtigung einer zunehmenden Bevölkerung sind viele Regionen schlechter mit

Apotheken versorgt als vor 20 Jahren. Einzige Ausnahme sind die neuen Bundesländer, wo zusätzlich auch die Bevölkerungszahl stark abnahm.

- Die Apothekendichte in Baden-Württemberg liegt heute bereits leicht unterhalb vom Bundesdurchschnitt, was allerdings auch daran liegt, dass die Einwohnerzahl stärker zugenommen hat als in vielen anderen Bundesgebieten.
- Ein Übergewicht dieser Entwicklung in ländlichen Regionen lässt sich nicht beobachten, vielmehr ist insbesondere in Baden-Württemberg das Gegenteil der Fall. Das Apothekensterben betrifft vor allem den Agglomerationsraum Stuttgart oder auch Verdichtungsräume am Bodensee, wo ein starker Bevölkerungszuwachs den Trend einer schwindenden Apothekenanzahl noch verstärkte.
- Gerade der Schwund in den Verdichtungsräumen deutet auf wirtschaftliche Gründe wie hohe Mieten oder Wettbewerb z. B. durch Drogerien hin, die näher zu beleuchten sind. Auch der Versorgungsbedarf der Bevölkerung ist unterschiedlich z. B. bei besonders gesunden oder jungen Einwohnerstrukturen.
- Zwar verschlechtert sich auch in den ländlichen Regionen in Baden-Württemberg die Versorgung; aber bis auf wenige Ausreißer verteilen sich die Apotheken mit einer Abweichung +/- 10 % weiterhin recht gleichmäßig in der Fläche mit einer durchschnittlichen Dichte von 4.586 Einwohner je Apotheke. Von einer weitgehend guten Flächenabdeckung ist deshalb weiterhin auszugehen.
- Zumindest aus heutiger Sicht zeigt die quantitative Analyse, dass die Rolle der Apotheken für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum in Baden-Württemberg noch nicht gefährdet ist.

5.4 Schlussfolgerungen und Ergebnisse aus der wirtschaftlichen Situation der Apotheken

Apotheken befinden sich – trotz ihres Quasi-Monopols im Verordnungsbereich – in einem umkämpften Wettbewerbsumfeld. Konzentration bzw. Konsolidierungstendenzen sind aus wirtschaftlicher Sicht die Folge. Dies dürfte auch einer der Hauptgründe für die sinkenden Apothekenzahlen in Baden-Württemberg sein. Das Wettbewerbsumfeld hat sich in den letzten Jahren verändert und die wirtschaftlichen und auch regulatorischen Anforderungen sind gewachsen. Dies führt dazu, dass nur mit steigenden Durchschnittsumsätzen oder einem hohen Filialisierungsgrad es möglich ist steigende Kosten bzw. sinkende Rohertragsmargen aufzufangen. Insgesamt hat auch die Möglichkeit des eingeschränkten Filialbesitzes zu erheblichen strukturellen Veränderungen im Markt geführt. Dabei sind durchaus auch Apotheken, die eigentlich aufgegeben worden wären in eine solche Filialstruktur untergekommen oft unter Anstellungen des abgebenden Inhabers.

Aus Sicht der Apothekenleiter ist die Weiterentwicklung der Honorierung ein wesentliches Kriterium für die künftige Stabilität der Apothekenversorgung.

5.5 Zusammenfassung

Die Umsatzenschwankungen bei den Apotheken sind beträchtlich. Die typische Apotheke macht einen Umsatz von 1,5 bis 1,75 Mio. €. Der durchschnittliche Nettoumsatz liegt bei 2,6 Mio. €, wobei 60 % der Apotheken unter diesem Durchschnitt liegen.

Ein flächendeckender Umsatzvorteil in städtischen gegenüber ländlichen Regionen ist nicht zu erkennen.

Das durchschnittliche Betriebsergebnis liegt bei 148.000 €, was einer Umsatzrendite von 5,7 % entspricht.

Die Kaufkraft je Apotheke lässt keinen flächendeckenden Vorteil städtischer gegenüber ländlicher Apotheken erkennen.

Die Rivalität der Marktteilnehmer erhöht sich, wenn das Geschäft des Apothekers stark vom OTC-Bereich abhängt. Es lässt sich hinsichtlich dieses Indikators keine Überlegenheit städtischer Verdichtungsräume oder ländlicher Regionen ableiten.

Wenn Praxen abgegeben werden sollen, finden Praxisinhaber in ländlichen Gebieten häufig keine Nachfolger. Dies birgt die Gefahr, dass insbesondere in ländlichen Regionen die Erreichbarkeit der Hausarztpraxen und damit der Versorgungsinfrastruktur insgesamt weiter abnimmt.

6 Rechtlicher Rahmen zum Apothekenbetrieb und der Rolle der Apotheken in der Gesundheitsversorgung

6.1 Regulierungsdynamik und aktuelle Gesetze (Gesetzesvorhaben)

Apotheken bewegen sich in einem stark regulierten Umfeld (Kap. 6.1). In den darauffolgenden Unterabschnitten sollen beispielhaft entsprechende, rechtliche ‚Besonderheiten‘ dieser Branche beschreiben werden, die immer auch Ansatzpunkte für Modifikationen eröffnen könnten. Das betrifft u. a. den Betrieb von Apotheken (Kap. 6.2), Kooperationsmöglichkeiten (Kap. 6.2.5) oder die Gestaltung des Leistungssortiments von Apothekern (Kap. 6.3). Im Rahmen jüngster Gesetzesinitiativen soll die Digitalisierung vorangetrieben werden sowie eine Öffnung hinsichtlich zusätzlicher Leistungen von Apotheken jenseits der Arzneimittelabgabe erfolgen (Kap. 6.4).

Mit weiteren Veränderungen hinsichtlich Honorierung, Berufsausübung etc. ist zu rechnen. Der deutsche Apothekenmarkt wird auch regelmäßig von der EU beäugt, die den stationären Einzelhandel von Hemmnissen und Bürokratie befreien möchte. In einer aktuellen Stellungnahme etwa äußert sich die EU hinsichtlich der Einführung des elektronischen Rezeptes in Deutschland dahingehend, dass damit der Marktzugang für ausländische Versandapotheken verbessert würde.⁴⁴ Der derzeit strittigste Punkt ist das geltende Rx-Boni-Verbot, welches der Auslöser des EuGH-Urteils vom Herbst 2016 war. Die Richter bewerteten dieses als Verstoß gegen Unionsrecht bzw. als unverhältnismäßige Beschränkung des freien Warenverkehrs. Seither können ausländische Versandhändler in Deutschland Rabatte auch auf Rx-Arzneien gewähren, während dies inländischen Apotheken untersagt ist. Eine Anpassung des deutschen Arzneimittelrechts ist daher längst überfällig. Unabhängig vom Ausgang dieser Problematik – die im Rahmen des Vor-Ort-Apothekenstärkungsgesetzes (VOASG) geklärt werden soll – führt diese so lange ungeklärte Situation zu Verunsicherung und Frustration in der Apothekerschaft.

⁴⁴ <https://www.handelsblatt.com/politik/deutschland/gesundheitspolitik-bruessel-hofft-auf-konstruktive-loesung-beim-apotheken-rabattstreit-mit-deutschland/26193182.html?ticket=ST-389979-Txq4MkIG-mTfmGuReuosG-ap4>

FAZIT:

Apotheker sind mit einer hohen Regelungsdichte in ihrer Berufsausübung konfrontiert, die einerseits einer stetigen Dynamik unterliegt, andererseits an maßgeblichen Stellen nur langsam modernisiert wird. Pragmatisch und schnell durchgeführte Änderungen während der Corona-Pandemie zeigen jedoch, dass das durchaus möglich wäre.

Zudem gilt es die Liberalisierungsbemühungen der EU nicht außer Acht zu lassen.

6.1.1 Rechtliche Dynamik und Auswirkungen auf die Apotheken

Arzneimittel sind besonders schützenswerte Produkte. Vor diesem Hintergrund werden die Berufsausübung der Apotheker sowie der Betrieb der Apotheke staatlich reguliert.

Das betrifft nicht nur die Prüfung der Arzneimittel per se sowie die Meldepflichten an die Arzneimittelkommission (AMK), sondern auch die Bevorratung, die Lieferfähigkeit etc.

Rechtliche Einschränkungen finden sich aber auch bei anderen wettbewerblichen Marktmechanismen wieder (wie Preise, Rabatte, Produktportfolio etc.) sowie bei den ‚unternehmerischen‘ Handlungsspielräumen, die die Apothekenführung o. Ä. betreffen.

Grundlage der Berufsausübung für Apotheker sind das Apothekengesetz (ApoG) und die Apothekenbetriebsordnung (ApoBetrO), in der u. a. geregelt ist, welche Geräte, Chemikalien vorrätig, welche Räumlichkeiten (z. B. Rezeptur, Nachtdienstzimmer) gegeben sein müssen und welche Fachliteratur in der Apotheke verfügbar sein muss.⁴⁵ Weitere Regelungen von Bedeutung sind u. a. das Arzneimittelgesetz (AMG), das Sozialgesetzbuch V (SGB V), die Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV), das Betäubungsmittelgesetz (BtMG), das Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen, das Heilmittelwerbegesetz (HWG) etc.⁴⁶

Entsprechenden Regelungen, Verordnungen etc. unterliegen einer fortlaufenden Dynamik, was mit besonderen Herausforderungen für die verantwortlichen Apothekeninhaber verbunden ist. Im Gegensatz zu anderen Einzelhändlern – und dieser Branchen sind Apotheken zugeordnet – besitzen sie damit geringere Handlungsspielräume.

⁴⁵ https://www.gesetze-iminternet.de/apobetro_1987/BJNR005470987.html

⁴⁶ Neben berufsspezifischen Regelungen gelten für Apotheken natürlich auch weitere, branchenübergreifende Gesetze und Verordnungen, die es zu berücksichtigen gilt, wie z. B. die Kassensicherungsverordnung, die u. a. mit der Bonpflicht auch für Apotheken seit Januar 2020 einhergeht, das 2019 in Kraft getretene Verpackungsgesetz (VerpackG), die Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) oder die für das zweite Halbjahr 2020 auch die Apotheken betreffende temporäre Senkung der Mehrwertsteuer. Im Gegensatz zu den meisten anderen europäischen Ländern wird hierzulande der volle Mehrwertsteuersatz auch auf Arzneimittel erhoben.

Die von uns interviewten Apotheker sahen diese Entwicklungen mit gemischten Gefühlen. Hier einige Zitate:

- „Durch die Zunahme der Regelungen gab es zwar teilweise Qualitätssteigerungen, die allerdings mit erheblich größerem Aufwand (Arbeit und Zeit) einhergehen – oft ist kostendeckendes Arbeiten schwierig“
- „In den letzten Jahren sind große, aufwändige Änderungen im Apothekenalltag eingeführt worden, die Zeit und vor allem Geld kosten [...] all diese Neuerungen bedeuten finanziellen und logistischen Aufwand zur Anpassung des operativen Prozessablaufes“
- „... keine Aussicht auf Besserung (E-Rezept)“
- „Auch die AM-Sicherheit bedeutet zusätzlichen Aufwand“

Fazit:

Apotheken erfüllen einen hoheitlichen Auftrag (Gesundheitsversorgung) und handeln mit dem besonders schützenswerten Gut Arzneimittel. Die Berufsausübung unterliegt daher vielfältigen rechtlichen Regelungen. Apotheken haben im Vergleich zu anderen Einzelhändlern maßgeblich weniger (unternehmerischen) Handlungsspielraum, sind jedoch gewerbe- und mehrwertsteuerpflichtig.

6.1.2 Relevante aktuelle Gesetze

Gesundheitspolitische Gesetzesinitiativen nehmen auch in der aktuellen Legislaturperiode einen besonderen Stellenwert ein. Viele der bereits verabschiedeten oder im Entwurf befindlichen Gesetze betreffen dabei auch die Themenfelder Arzneimittel bzw. Apotheken. Das Rx-Versandhandelsverbot fand sogar Eingang in den Koalitionsvertrag.

Beispiele für aktuelle, die Apotheken betreffende Gesetze (außerhalb der Covid19-bedingten Sonderregelungen) sind:

- Vor-Ort-Apothekenstärkungsgesetz (VOASG)
- Patientendatenschutzgesetz (PDSG)
- Verordnung zur Änderung der Apothekenbetriebsordnung und der Arzneimittelpreisverordnung (ApBetrO und AMPPreisV)
- Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV) – im August 2019 in Kraft getreten (Kontrolle von Apotheken verschärft, Apotheker können künftig Rx-Medikamente auf Basis einer ärztlichen Fernbehandlung ausgeben, Erleichterungen bei Verordnung von medizinischem Cannabis sowie Arzneien gegen Hämophilie, Neufassung der Importklausel, Fahrplan E-Rezept etc.)

- Gesetz zur Weiterentwicklung des Berufsbildes der Ausbildung der pharmazeutisch-technischen Assistent/innen (PTA) – wird Anfang 2021 in Kraft treten
- Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) – im Dezember 2019 in Kraft getreten; bis Herbst 2020 müssen sich Apotheken an die Telematik-Infrastruktur angeschlossen haben
- Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG); April 2020
- Masernschutzgesetz, in Kraft getreten im März 2020 (Modellvorhaben zu Grippe-schutzimpfungen in Apotheken über entsprechende Verträge mit den Krankenkassen, Mehrfachbelieferungen durch Apotheken ermöglicht im Rahmen sogenannter Wiederholungsrezepte)

Fazit:

Einerseits sind Apotheken mit stetigen rechtlichen Änderungen und Neuerungen, die Sie umzusetzen haben und die mit hohen administrativen sowie kommunikativen Herausforderungen (z. B. gegenüber den Patienten verbunden sind) konfrontiert, andererseits ziehen sich zentrale, für die gesamte Branche und deren Strukturen wichtige Themen, insbesondere die Klärung rund um die Thematik Rx-Boni (aber auch Einführung E-Rezept) lange hin, was mit entsprechenden Planungsunsicherheiten einhergeht.

6.2 Rechtliche Anforderungen beim Apothekenbetrieb

6.2.1 Versorgungspflicht, Kontrahierungszwang und Notstandsvermeidung

Der **Kontrahierungszwang** (§17, Abs. 4 ApoBetrO) stellt die Versorgung der Bevölkerung sicher, in dem er Apotheken dazu verpflichtet, jedes vorgelegte ärztliche Rezept in angemessener Zeit – in aller Regel unverzüglich – zu beliefern. Versorgt werden neben Einzelpersonen und Arztpraxen natürlich auch Institutionen wie Alten- und Pflegeheime oder andere Gesundheitseinrichtungen.⁴⁷

Die Apothekenbetriebsordnung sieht zudem eine **verpflichtende Vorratshaltung** vor, z. B.: „Der Apothekenleiter hat die Arzneimittel und apothekenpflichtigen Medizinprodukte, die zur Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung der Bevölkerung notwendig sind, in einer Menge vorrätig zu halten, die mindestens dem durchschnittlichen Bedarf für eine Woche entspricht.“ (§ 15 ApBetrO, Abs. 1, Satz 1)

⁴⁷ Für die Versorgung eines Krankenhauses bedarf es jedoch einer strengen Trennung zum Offizin-Geschäftsbetrieb.

Kann die Versorgung eines Gebietes durch die abnehmende Apothekendichte nicht mehr gewährleistet werden, gibt es ein geregeltes, gestuftes Verfahren zur Vermeidung eines Notstandes. In solchen Fällen könnte – zuvor gäbe es noch die Option einer Rezeptsammelstelle – eine **Zweigapotheke** mit geringerer Ausstattung (u. a. kein Labor, keine Mindestgröße) oder eine **Notapotheke** unter Leitung eines von der Kommune angestellten Apothekers betrieben werden. Zum Jahresende 2019 gab es keine einzige Notapotheke im Bundesgebiet, und in Summe 10 (Vorjahr 11) Zweigapotheken,⁴⁸ was verdeutlicht, dass derzeit kaum Bedarf für diese notversorgenden Apothekenmodelle zu bestehen scheint.

FAZIT:

Für den Fall schlechter Versorgung gäbe es gesetzlich geregelte bzw. zu genehmigende Versorgungsmöglichkeiten; das heißt aber auch, dass es nicht den unternehmerischen Spielraum z. B. für eine ‚Apotheke light‘ (ohne Rezeptur, Labor und/oder mit eingeschränkten Öffnungszeiten gibt).

6.2.2 Nacht- und Notdienst

Die Versorgungspflicht der Apotheken ist durch die vorgeschriebene Übernahme entsprechender Nacht- und Notdienste zu gewährleisten (§ 23⁴⁹). Von der Pflicht zur Dienstbereitschaft können Apotheken nur befreit werden durch zuständige Behörden an bestimmten Tagen oder solange für adäquaten Ersatz gesorgt werden kann. In Deutschland leisten jeden Tag ca. 1.300 Apotheken Nacht- und Notdienste.⁵⁰ Land-Apotheken übernehmen öfter Notdienste: „Während eine Apotheke in München etwa 14 solcher Dienste im Jahr hat, sind es im ländlichen Rothenburg über 70.“⁵¹ Seit Anfang des Jahres werden die Dienste besser vergütet.⁵²

FAZIT:

Nacht- und Notdienste sind eine höhere Belastung für Landapotheken als in Städten.

6.2.3 Mehr- und Fremdbesitzverbot

Seit 2004 dürfen Apotheker neben der Hauptapotheke bis zu drei Filialapotheken betreiben (sogenanntes **eingeschränktes Mehrbesitzverbot**). Der Apothekenbetrieb ist somit auf maximal vier Standorte begrenzt, wobei die Filialapotheken innerhalb desselben Kreises oder in

⁴⁸ ABDA: Die Apotheke - Zahlen, Daten, Fakten 2020, S. 17

⁴⁹ https://www.gesetze-im-internet.de/apobetro_1987/BJNR005470987.html

⁵⁰ ABDA: Die Apotheke - Zahlen, Daten, Fakten 2020, S. 6

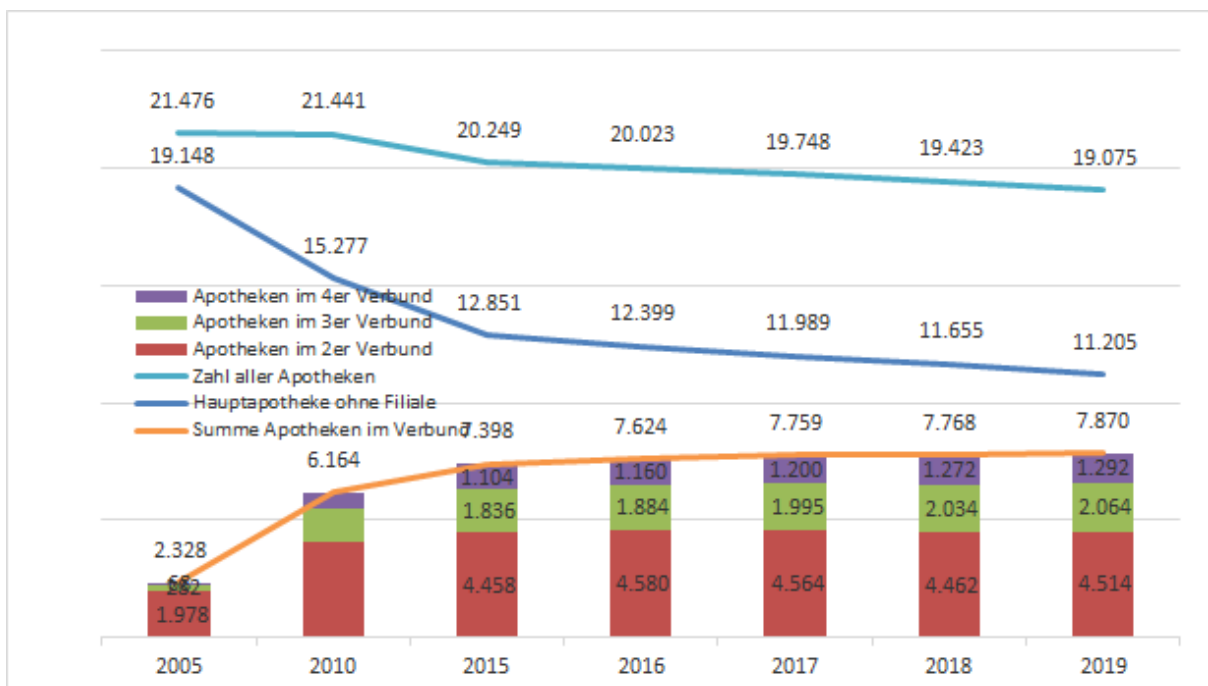
⁵¹ <https://www.abda.de/apotheke-in-deutschland/was-apotheken-leisten/immer-erreichbar-sein/nacht-und-notdienst/> Abruf vom 15. Sept. 2020

⁵² Gemäß ABDA erhalten Apotheken derzeit (Stand: 2. Quartal 2020) 345 € pro Notdienst.

benachbarten Kreisen bzw. Städten wie die Hauptapotheke liegen müssen. Jede Filiale muss zudem dieselben apothekenrechtlichen Anforderungen erfüllen wie eine Hauptapotheke, z.B. von einem Apotheker geleitet werden, Notdienste übernehmen und entsprechend ausgestattet sein (z. B. Nachtdienstzimmer, Labor, Lagerraum).

Die Zahl der Filialen steigt stetig, zuletzt auf 4.602. Zwei von fünf Apotheken befinden sich somit mittlerweile in einem Verbund.⁵³

Abb. 41: Entwicklung der Haupt- und Filialapotheken



Quelle: ABDA 2019, Darstellung REBMANN RESEARCH

FAZIT:

Einerseits werden die Erfordernisse für das Betreiben einer Filialapotheke als hoch eingeschätzt, und somit erscheinen Skaleneffekte kaum zu erwirtschaften. Andererseits geben Filialbetreiber an, dass durch flexiblen Personaleinsatz durchaus Vorteile erzielbar seien. Außerdem eröffnen größere Einkaufsmengen eine bessere Verhandlungsposition bei Großhändlern.

Der **Eigentümer** einer Apotheke muss immer auch approbierter Apotheker sein. Teilweise werden diese von mehreren Apothekern als Offene Handelsgesellschaft geführt. Pachtapotheken entstehen meist nur übergangsweise, z. B. bei Tod des Inhabers. Externe (Wagnis-

⁵³ ABDA: Die Apotheke - Zahlen, Daten, Fakten 2020, S. 13

)Kapitalgeber oder die Rechtsform als Kapitalgesellschaft gibt es somit für Apotheken nicht (**Fremdbesitzverbot**).

FAZIT:

Aufgrund des eingeschränkten Mehrbesitzverbots (max. vier Apotheken) sowie des Fremdbesitzverbots, wonach Nichtapothekern das Betreiben einer Apotheke verboten ist, gibt es hierzulande keine Apothekenketten und die Marktstruktur präsentiert sich damit fragmentiert. Aber: Niederlassungsfreiheit (z. B. im Gegensatz zu den Ärzten).

Einheitliche Dachmarken-Apotheken hierzulande sind somit keine ‚Ketten‘, sondern werden entweder als Franchise-Apotheke (z. B. easy Apotheke) betrieben oder der Apotheker hat sich einer der Apothekenkooperationen angeschlossen – in beiden Fällen bleibt er jedoch selbstständig.

6.2.4 EXKURS: Apothekenkooperationen – ‚Pseudoketten‘

Das Gros der inhabergeführten Apotheken (die selbst ja nicht mehr als vier Apotheken betreiben dürfen) hat sich einer oder mehreren Marketing-/Einkaufskooperationen oder Apothekengenossenschaften angeschlossen, um – analog der ungleich größeren Versandhändler – Größenvorteile nutzen zu können. Bei den meisten dieser Systeme steht der Erhalt der Selbstständigkeit des Apothekers im Vordergrund. Sie kann auf Genossenschaftsmodellen basieren, vom Großhandel, Arzneimittelimporteuren und/oder der Pharmaindustrie initiiert sein, einem regionalen Zusammenschluss von selbstständigen Apothekern folgen etc. Gemeinsam ist den Kooperationen, dass sie Einkaufsaktivitäten bzw. andere Wertschöpfungsbereiche des Apothekers bündeln und damit professionalisieren, z. B. Handelsmarken, Dachmarkenkonzepte, Weiterbildungsangebote. Meist sind die Mitgliedschaften modulmäßig aufgebaut, d. h. je mehr Serviceangebote der Apotheker nutzt, desto mehr muss er auch bezahlen/ desto höher die Beiträge.

Laut Bundesverband der Apothekerkooperationen gibt es über 50 verschiedene Apothekenkooperationen, in denen rund 80 % aller Apotheken vertreten sind.⁵⁴ Hinter den mitgliedstärksten Kooperationen stehen – bis auf den Verein MVDA – die sechs wichtigsten Arzneimittelgroßhändler. Das sind zum einen die Genossenschaften, zum anderen (Tochter-)Unternehmen internationaler Großkonzerne.

⁵⁴ Quelle: Bundesverband Deutscher Apothekenkooperationen e.V. / <https://www.bvdak-kooperations-gipfel.de/>

Einschätzungen:

- „Hersteller müssen die Zusammenarbeit mit Apothekenkooperationen neu bewerten und dabei den Nutzen der Kooperation für das eigene Geschäft kritisch hinterfragen“
- „Einkaufsgemeinschaften sind sinnvoll, da bei größeren Einkäufen (beim Großhändler) höhere Rabatte möglich sind.“
- Für viele Apotheken seien die Verbände essentiell für das wirtschaftliche Überleben⁵⁵
- Aber: „Wettbewerb „grenzwertig“: Zusammenschluss mehrerer Apotheker mit jeweils mehreren Filialen (max. 4) führt zu großem Verdrängungswettbewerb und „Auftreten“ als Kette, durch Gleichnamigkeit aller Partnerapotheken. Das werde häufig kritisiert“.

6.2.5 Kooperationen: Absprache- und Zuweisungsverbot

Im Gesundheitswesen sind Regelungen zur Kooperation zwischen Leistungserbringern, Kassen und Apotheken an verschiedenen Stellen verankert: Für Krankenkassen und Vertragsärzte findet sich das **Beeinflussungs- und Zuweisungsverbot** im SGB V, für Apotheken ist das **Zuweisungs- und Makelverbot** im Apothekengesetz geregelt.⁵⁶ Hinzu kommt das relativ junge Anti-Korruptionsgesetz, das u. a. auch zu (straf-)rechtlichen Folgen für Apotheker führen kann, wenn gegen Absprache- bzw. Zuweiserverbote verstoßen wird.

Der § 11 Abs. 1 ApoG regelt, dass Apotheken „...mit Ärzten oder anderen Personen [...] keine Rechtsgeschäfte vornehmen oder Absprachen treffen, die eine bevorzugte Lieferung bestimmter Arzneimittel, die Zuführung von Patienten, [etc ...] zum Gegenstand haben. Dies gilt auch für Rechtsgeschäfte oder Absprachen, die die Einlösung elektronischer Verordnungen zum Gegenstand haben.“ Dies gelte auch für Apotheken in EU-Ländern, die Patienten in Deutschland haben.

Im Apothekengesetz bestehende Regelungen bzgl. Zuweisungen wurden im Patientendatenschutz-Gesetzes (PDSG) im Zusammenhang mit dem ‚Makeln von E-Rezepten‘ aufgegriffen, das voraussichtlich im Herbst 2020 in Kraft tritt. Mit dem PDSG wird geregelt, dass das Kooperationsverbot nicht für gesetzlich vorgesehene Rechtsgeschäfte und Absprachen gilt. Hierunter zählen z. B. Integrierte Versorgungsverträge nach §140 SGB V oder Heimversorgungsverträge. Die Erwartung ist, dass dadurch künftig Kooperationen vereinfacht werden.

⁵⁵ <https://www.presseportal.de/pm/139457/4517150>

⁵⁶ Aber auch weitere Rechtsnormen beinhalten entsprechende Zuwendungs-Verbote, wie z. B. das Heilmittelwerberecht, das Lauterkeitsrecht, das Arzneimittelpreisrecht.

FAZIT:

Apotheken sind im Kerngeschäft auf die Verordnung von Ärzten angewiesen, können ihren Markt somit nicht selbst beeinflussen und auch Kooperationen mit Ärzten sind enge Grenzen gesetzt.

6.3 Rechtliche Anforderungen ‚Sortimentsgestaltung‘

Die **verschreibungspflichtigen Arzneimittel** (stellen den ökonomisch wichtigsten Teil der Produkte dar. Sie können nur durch eine ärztliche Verschreibung auf Kassen-, Privat-, Betäubungsmittel-, oder T-Rezept durch Patienten bezogen werden und werden größtenteils durch Krankenkassen finanziert. Unter den Arzneimitteln nehmen die **Betäubungsmittel, T-Substanzen und Rezepturen zur Substitutionstherapie** eine gesonderte Rolle ein, da diese einer speziellen Überwachung und Dokumentation unterliegen und nur durch Vor-Ort-Apotheken ausgehändigt werden dürfen.

Apothekenpflichtige Arzneimittel, also Medikamente, die einer Beratung bedürfen, sind zwar nicht rezeptpflichtig, dürfen aber nur durch pharmazeutisches Personal ausgegeben werden.

Des Weiteren können Apotheken an der Versorgung mit **Hilfsmitteln** oder der Versorgung von **Heimen** teilnehmen.

Eine weitere Rolle spielen **freiverkäufliche Arzneimittel und das sogenannte Ergänzungssortiment**. Hier hat die Apotheke die höchsten unternehmerischen Spielräume, jedoch gilt es auch Einschränkungen zu berücksichtigen. Zudem ist der Umsatzanteil dieses Segments vergleichsweise gering.

6.3.1 (Fertig-) Arzneimittel & Apothekenpflicht

Da es sich bei Arzneimitteln um Waren besonderer Art handelt, dürfen sie, wenn sie mit Erklärungs- und Beratungsbedarf verbunden sind, in Deutschland nur in bzw. über Apotheken und nur vom pharmazeutischen Personal verkauft bzw. an den Endverbraucher abgegeben werden⁵⁷ (= *apothekenpflichtige* Arzneimittel).

Etwa zwei Drittel der über 103.000 in Deutschland zugelassenen Arzneimittel sind apothekenpflichtig, etwas mehr als die Hälfte ist verschreibungs- bzw. rezeptpflichtig.⁵⁸

⁵⁷ <https://flexikon.doccheck.com/de/Apothekenpflicht>

⁵⁸ ABDA: Die Apotheke - Zahlen, Daten, Fakten 2020, S. 26 (Stand: Januar 2020)

Das verbleibende Drittel sind freiverkäufliche Arzneimittel und nur diese können auch anderweitig, z. B. in Drogeriemärkten erworben werden; aber auch nur bei diesen hat der Apotheker unternehmerische Handlungsspielräume (z. B. zur Bewerbung, Preisgestaltung).

Unter OTC-Arzneimittel bzw. "Over-the-counter"-Arzneimittel bezeichnet man solche Medikamente, die ohne Verordnung abgegeben werden dürfen oder frei verkäuflich sind – OTCs sind somit sowohl solche sein, die apotheken- (aber nicht ordnungs-)pflichtig sind als auch solche, die freiverkäuflich sind; sog. Selbstmedikation (‘über den Tresen’).^{59 60}

In anderen Ländern (z. B. in Österreich oder in den Niederlanden) dürfen Arzneimittel unter gewissen Voraussetzungen (z. B. in unterversorgten ländlichen Regionen) auch über Ärzte im Rahmen sogenannter Haus- bzw. Praxisapotheken abgegeben werden. Ein solches Dispensierrecht oder Dispensierfreiheit, also eine vom Gesetzgeber erteilte Erlaubnis, apotheken- und verschreibungspflichtige Arzneimittel herstellen, mischen, lagern und abgeben zu dürfen, gibt es hierzulande nicht.⁶¹

Eine Ausnahme von der Apothekenpflicht gibt es für Palliativmediziner sowie für Tierärzte bei veterinärmedizinischen Arzneimitteln.

FAZIT:

Für das Gros der Arzneimittel besitzt der Apotheker hierzulande ein (Quasi-)Monopol, Ärzte haben kein Dispensierrecht. Jedoch ist der Apotheker seinerseits stark vom Ordnungsverhalten der Ärzte abhängig, denn er selbst kann Rx-Arzneien nur auf Basis eines ärztlichen Rezepts ausgeben. Zudem kann er nicht die Preise beeinflussen und muss eine Vorratshaltung etc. sicherstellen.

6.3.2 Rezepturen, Defekturen und Spezialzubereitungen

Bei Fehlen passender Fertigarzneimittel obliegt der Apotheke die Herstellung patientenindividueller Rezepturen im apothekeneigenen Labor, z. B. Salben, Kapseln oder auch Augentropfen. 2019 wurden in deutschen Apotheken über 12 Mio. Rezepturen zulasten der GKV hergestellt.⁶² Die Hälfte davon (6,2 Mio.) sind Standardrezepturen; Spezialzubereitungen hingegen,

⁵⁹ ABDA_ZDF_2020_Brosch.pdf

⁶⁰ <https://www.grosch-ps.com/de/2019/healthcare-2020-otc-selbstmedikation-im-fokus-3344/>

⁶¹ Hauptargument für diese Regelung: Dispensierende Arztpraxen hätten einen Anreiz, mehr zu verordnen, da sie selbst daran verdienen würden.

⁶² ABDA: Die Apotheke - Zahlen, Daten, Fakten 2020, S. 8

wie z. B. von Zytostatika oder individuell hergestellten parenteralen Lösungen erfordern spezifische zusätzliche Voraussetzungen (z. B. Reinraumlabor). Es gibt nur etwa 300 Zytostatika und parenterale Lösungen herstellende Apotheken im Bundesgebiet, die jedoch einen enormen Markt von über 4 Mrd. € bedienen.⁶³

Im Rahmen der Substitutionsbehandlung werden auch Substitutionsmischungen hergestellt und ggf. deren Einnahme überwacht.⁶⁴ Substitutionsrezepte gewähren stabilen Patienten eine Take-Home-Verschreibung (zu kennzeichnen mit der Ziffer „ST“).

Wenn die Vergabe der Substitutionsrezepturen nicht in der Arztpraxis erfolgen soll, kann die Arztpraxis dies nach vorheriger Einweisung an eine andere medizinische Einrichtung oder auch die Apotheke übertragen. Es gibt keine Verpflichtung für die Apotheke, die Verabreichung zu übernehmen.

Stabile Patienten können die Rezeptur in der Apotheke abholen und nach Hause mitnehmen. Instabilen Patienten wird auf dem Betäubungsmittelrezept das Kennzeichen „SZ“ zum Sichtbezug vermerkt und die sichere Verabreichung der Substitutionsmenge muss durch das pharmazeutische Personal vor Ort in der Apotheke geprüft werden. (§5 Abs. 6 BtMVV).

Neben Rezepturen, werden auch **Defekturen** produziert. Hierbei handelt es sich um größere Ansätze oder Mengeneinheiten, die bei Nachweis einer häufig vorliegenden ärztlichen Verordnung zum Lagern in der Apotheke angefertigt werden dürfen.

Beim Thema Rezepturen und Labor sind aktuell die großen Mengen an Desinfektionsmittel hervorzuheben, die durch Apotheken im momentanen Pandemiefall schnell - nach Lockerung der Biozidverordnung durch die Bundesstelle für Chemikalien⁶⁵ - hergestellt und der Bevölkerung und Institutionen zur Verfügung gestellt wurden.

6.3.3 Versorgung mit Hilfsmitteln

Neben Sanitätshäusern können auch Apotheken die Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) mit Hilfsmitteln versorgen. Seit Anfang 2011 müssen sich Apotheken, die

⁶³ ABDA: Die Apotheke - Zahlen, Daten, Fakten 2020, S. 52 (Zahlen beziehen sich auf das Jahr 2018).

⁶⁴ <https://www.gesetze-im-internet.de/apog/>
https://www.gesetze-im-internet.de/apobetro_1987/BJNR005470987.html
<https://www.abda.de> › ZDF › ABDA_ZDF_2019_Brosch

⁶⁵ „Allgemeinverfügung zur Zulassung 2-Propanol-haltiger, 1-Propanol-haltiger und Ethanol-haltiger Biozidprodukte zur hygienischen Händedesinfektion zur Abgabe an berufsmäßige Verwender und private Haushalte aufgrund einer Gefahr für die öffentliche Gesundheit“, <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2020/03/24/haendededesinfektionsmittel-aus-der-apotheke-eine-uebersicht>

sich an Hilfsmittelverträgen der GKV beteiligen, zunächst präqualifizieren. Damit wird nachgewiesen, ob sich die Apotheke für die Versorgung mit Hilfsmitteln eignet (behindertengerechter Zugang, Beratungsraum, etc.).⁶⁶

Das Gros, rund 18.000 Apotheken, besitzt eine zumindest produktgruppenspezifische Präqualifizierung dafür. Für Hilfsmittel aus den Apotheken fielen 2018 bei den GKVen 677 Mio. € an.⁶⁷ Die häufigsten Hilfsmittelangebote durch Apotheken (nach Umsatz) betreffen Applikationshilfen (z. B. Insulin-Pens), Inkontinenzhilfen, Kompressionsstrümpfe, sowie Blutzucker-/Blutdruckmessgeräte.

Erfahrungen der von uns interviewten Apotheker:

Insgesamt werden die Anforderungen für die Präqualifizierung (Zertifizierung, Qualitätsmanagementsystem (QMS), Klimatisierung, Überwachung durch Regierungspräsidium und andere Kontrollinstanzen zur Prozesssicherung) als (zu) hoch empfunden. Einerseits sind die Maßnahmen an sich aufwändig, und der damit einhergehende Dokumentationsaufwand hoch. Hinzu kommt, dass jeweils Einzelverträge mit Kassen geschlossen werden müssen. Andererseits stehen dem je nach Angebot geringe Kundenzahlen (insbesondere auf dem Land) gegenüber.

- *Zitat: „Insgesamt seien die notwendigen Maßnahmen „zu umfassend, nicht inhaltsbezogen und teuer. Dadurch lohne sich der Aufwand oft nicht.“*
- *Zitat: „Problematisch sind extrem geringe Vergütungen und teilweise sogar Minusgeschäfte mit Hilfsmitteln - man zahlt oft wirklich drauf“*

„... Viele Apotheken verbannen deshalb HiMis aus dem Alltag ...“

Das führe u. U. zu einer Verschlechterung der Versorgung auf dem Land, wo es häufig auch keine Sanitätshäuser gäbe. Aktuell könnten Apotheken vielleicht als Zwischenlösung helfen, wenn die Lieferkette nicht klappt.

Fazit:

Die Heilmittelversorgung durch Apotheken ist sinnvoll, die formalen Anforderungen sind jedoch hoch.

6.3.4 Apothekenübliches Ergänzungssortiment und Spezialisierung

Weitere Produkte im Sortiment einer Apotheke müssen unter die Kategorie „**apothekenübliches Produkt**“ fallen. Klassischerweise werden hierzu Körperpflegeprodukte und sogenannte

⁶⁶ § 126 Sozialgesetzbuch V.

⁶⁷ ABDA: Die Apotheke - Zahlen, Daten, Fakten 2020, S. 62

Gesundheitswaren gerechnet, d. h. Produkte, die unmittelbar der Gesundheit dienen oder diese fördern.⁶⁸ Das gesetzlich definierte Sortiment, also was in Apotheken verkauft und welche Leistung erbracht werden darf, und was nicht, ist immer wieder Gegenstand rechtlicher Auseinandersetzungen oder beschäftigt auch Gerichte.⁶⁹

Mehr als zwei Drittel der Apotheken versuchen sich über **entsprechende Beratungsschwerpunkte vom Wettbewerber** zu differenzieren, z. B. Haut und Kosmetik (38 %), Diabetes (29 %), Ernährung (24 %) oder Reise (23 %).⁷⁰ Es gibt Apotheken, die sich auf die Versorgung und Betreuung einzelner Patientengruppen (indikationsspezifische Apotheke) konzentrieren, wie z. B. auf Atemwegserkrankungen, Allergien, Schmerzen, Bluthochdruck. Andere spezialisieren sich auf Homecare, spezielle Zielgruppen (z. B. Eltern von Kleinkindern) oder die Betreuung von Heimen oder bieten patientenindividuelle Verblisterung für Altenheime, ähnliche Einrichtungen oder auch Privatpersonen an. In einem engen Markt bewegen sich Compounder-Apotheken, die sich auf die Versorgung ganzer Regionen in Spezialbereichen fokussieren, z. B. für Onkologie oder MS.

Apotheken können an Präventionsprogrammen teilnehmen, sich zu speziellen Themen (wie etwa Ernährungsberatung, Homöopathie, geriatrische Pharmazie) über die Kammern weiterbilden, an Integrierten Versorgungsverträgen teilnehmen, Sprechstundenbedarf für Ärzte anbieten etc.

Experteneinschätzungen aus unseren Interviews zeigen die Bedeutung dieser Spezialbereiche:

- *Apotheken müssten sich spezialisieren und z. B. Verblisterung für Heime, Belieferung von Heimen und Rehakliniken oder Homöopathika und deren Versand anbieten*
- *Zwar erweitere sich dadurch das Versorgungsspektrum und der Aspekt des Alleinstellungsmerkmals, allerdings wäre die damit einhergehende Arbeitsbelastung und der Aufwand für die Zulassung unverhältnismäßig hoch bei gleichzeitig wenig lukrativer Vergütung (Beispiel: Hilfsmittel, Pflegehilfsmittel, Inkontinenzversorgung)*
- *Hier bestehe ein Dilemma: einerseits erfordern Spezialbereiche (z. B. Zytostatika/Verblisterung) wegen des steigenden Aufwands eine Mindestgröße der Apotheke. Andererseits wird während der COVID-19 Pandemie die Relevanz der lokalen Herstellungsmöglichkeiten (auch in kleinen Apotheken) deutlich*

⁶⁸ (Quelle: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2016/daz-26-2016/apothekeneubliche-waren-was-gehoert-dazu>).

⁶⁹ Siehe z. B. https://www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/detail/apothekenpraxis/kosmetikkabinen-nun-doch-erlaubt-wegen-versandhandel-apotheke/?tx_aponews_newsdetail%5B%40widget_4%5D%5BcurrentPage%5D=2&tx_aponews_newsdetail%5B%40widget_4%5D%5BitemsPerPage%5D=1&cHash=b003710557a0e6ac17e69adb45a63cd0

⁷⁰ Aliud, Apothekenmarktreport 2018.

- *Sprechstundenbedarf für Arztpraxen wandert ab, da KVen das an Apotheken vorbei einkaufen und regeln. Es wird suggeriert, dass Apotheken hohe Preise verlangen, Ärzte wissen oft nicht, was sie bezahlen (2)*

Fazit:

Die Sortimentsgestaltung einer Apotheke ist durch die bestehenden Regelungen weitgehend festgelegt bzw. definiert:

- ... weil es auch im Ergänzungssortiment – im Vergleich zu anderen Einzelhändlern – massivere gesetzliche Einschränkungen gibt
- ... weil neben Spezialisierungen immer auch der Kernmarkt (die Versorgung mit Arzneimitteln) sichergestellt werden muss

Bei freiwilligen Leistungen (wie z. B. Heimversorgung, Verblisterung, speziellen Beratungen) ist zudem immer eine Kosten-Nutzen-Abwägung vorzunehmen, da eine wirtschaftliche Leistungserbringung aufgrund entsprechend zu erfüllender Voraussetzungen nicht immer gewährleistet ist.

6.3.5 Anforderungen bei Werbung und Marketing

Das Gesetz über die Werbung im Heilwesen (Heilmittelwerbegesetz – HWG) regelt Werbung zu Arzneimitteln und Medizinprodukten und zu Verfahren „soweit sich die Werbeaussage auf die Veränderung des menschlichen Körpers ohne medizinische Notwendigkeit bezieht“. Werbung für rezeptpflichtige Arzneien außerhalb von Fachkreisen ist hierzulande generell verboten (§ 10 (1)). Auch die weiteren Vorgaben für Arzneimittelwerbung sind dort detailliert geregelt, z. B. das Werbeverbot für Homöopathika oder das Verbot übertriebener Werbung.

6.3.6 Bewertung aus Sicht der Apotheker und FAZIT

Insgesamt wird der pharmazeutische Markt von den von uns interviewten Experten als (zu) stark reguliert empfunden:

Es sei „essentiell im pharmazeutischen Markt, dass rechtliche Hürden gelockert werden“. Eine Flexibilisierung auf rechtlicher Ebene sei notwendig, die jedoch die Arzneimittelsicherheit berücksichtigt und abwägt. Folgende konkrete Anmerkungen wurden zu Regelungen gemacht:

- *Regelung „Apothekenübliches Sortiment“ (apothekenübliche Ware)... könnte aufgeweicht werden, sodass evtl. auch andere Produkte verkauft werden können (z. B. Tee darf verkauft werden, Kaffee nicht...) Dies wäre auf dem Land sicherlich hilfreich bzgl. der ortsnahen Versorgung.*
- *Auflagen bei Hilfsmittelvergütung müssten heruntergeschraubt werden.*

Weitere Einschätzungen

... fast täglich stellen neue Verordnungen und Regelungen sowie Marktveränderungen das Gesundheitssystem - vor allem aber auch die Apotheken - auf die Probe und man kann teilweise schlichtweg dem steigenden Aufwand und dem ständig weiter wachsenden (vor allem auch Preis-)Druck immer schwerer standhalten.

Die interviewten Apotheker nannten spezifisch, dass Parenteralia hergestellt, Rezepturen für Dermatologen angemischt oder Onkologika beschafft werden müssten. Auch wenn die Beschaffung dann über eine Klinikapotheke abgewickelt wird, müsse das Know-how trotzdem vorgehalten werden.

FAZIT:

Um all diese Anforderungen erfüllen zu können, sind aufwändige Vorkehrungen, räumliche Gegebenheiten, Know-how und fortlaufende Kontrollen notwendig⁷¹.

Das heißt die Anforderungen sind hoch was u. a. auch zu einem schlechteren Image des Berufs bei den Nachwuchsapothekern führt. Hier herrscht die Wahrnehmung vor, dass administrativ-bürokratischen Themen gegenüber heilberuflichen Komponenten in der Berufsausübung überwiegen.

⁷¹ https://www.gesetze-im-internet.de/apobetro_1987/BJNR005470987.html

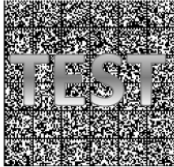
6.4 Weitere, neue Versorgungsleistungen

6.4.1 Medikationsplan

Von einem Patienten eingenommene Medikamente werden in einem sogenannten Medikationsplan zusammengefasst. Die Anfertigung von Medikationsplänen folgte bis Oktober 2016 keinem vorgegebenen Schema, sondern unterschied sich je nach ausstellendem Arzt.

2016 startete der bundesweit einheitliche Medikationsplan als Teil des Ende 2015 in Kraft getretenen E-Health-Gesetzes. Alle GKV-Versicherten, die regelmäßig mehr als drei Arzneimittel einnehmen, haben damit einen Anspruch auf einen solchen vom Arzt erstellten Plan, der alle Arzneimittel dokumentiert. Die Verantwortung des BMP liegt beim Arzt, der dafür 4 € erhält. Apotheker und andere Gesundheitsfachberufe können den Plan auf Wunsch des Patienten ergänzen.⁷² Eine Vergütung erhält der Apotheker dafür nicht.⁷³

Abb. 42: Beispiel eines ausgefüllten Medikationsplans (BMP)

Medikationsplan		für: Rudolf Testmann		geb. am: 19.10.1959				ausgedruckt am: 01.05.2016		
Seite 1 von 1		ausgedruckt von: Praxis Dr. Michael Müller Schloßstr. 22, 10555 Berlin Tel.: 030-1234567 E-Mail: dr.mueller@kbv-net.de								
Wirkstoff	Handelsname	Stärke	Form	morgens	mittags	abends	Nacht	Einheit	Hinweise	Grund
Metoprololsuccinat	Metoprololsuccinat 1A Pharma 95 mg retard	95 mg	Tabl	1	0	0	0	Stück		Herz/Blutdruck
Ramipril	Ramipril-ratiopharm	5 mg	Tabl	1	0	0	0	Stück		Blutdruck
Insulin aspart	NovoRapid Penfill	100 E/ml	Lösung	20	0	20	0	I.E.	Wechseln der Injektionsstellen, unmittelbar vor einer Mahlzeit spritzen	Diabetes
Simvastatin	Simva-Aristo	40 mg	Tabl	0	0	1	0	Stück		Blutfette
zu besonderen Zeiten anzuwendende Medikamente										
Fentanyl	Fentanyl AbZ 75 µg/h Matrixpflaster	2,375mg	Pflaster	alle drei Tage 1				Stück	auf wechselnde Stellen aufkleben	Schmerzen
Selbstmedikation										
Johanniskraut	Laif Balance	900 mg	Tabl	1	0	0	0	Stück		Stimmung

Quelle: Bundesärztekammer 2020⁷⁴

In der Vergangenheit gab es den Medikationsplan nur in Papierform, seit Mitte 2020 kann ein elektronischer Medikationsplan (eMedikationsplan) auf Gesundheitskarten gespeichert werden.

Das im Herbst 2020 verabschiedete Patientendatenschutzgesetz berücksichtigt künftig auch Apotheker stärker und zwar insofern, als dass auch sie einen **eMedikationsplans** (als Teil der

⁷² Vgl. Anlage 3 zur Vereinbarung gemäß § 31a Abs. 4 Satz 1 SGB V über Inhalt, Struktur und Vorgaben zur Erstellung und Aktualisierung eines Medikationsplans sowie über ein Verfahren zur Fortschreibung dieser Vereinbarung, (Vereinbarung eines bundeseinheitlichen Medikationsplans – BMP), 1. Juli 2019

BMP Version 2.6

⁷³ <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/was-apotheker-ueber-den-e-medikationsplan-wissen-muessen-119406/seite/2/>

⁷⁴ <https://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/telematiktelemedizin/medikationsplaene>

elektronischen Patientenakte) einstellen können. Während die Vergütung für Ärzte hinsichtlich der Befüllung geklärt ist, bedarf dies noch weiterer Verhandlungen im Falle der Apotheker.

FAZIT:

Die Apotheken können gerade beim eMedikationsplan einen wichtigen Beitrag zur Arzneimitteltherapiesicherheit/Reduzierung der Gefahren und Kosten bei Polymedikation leisten, jedoch sollte auch eine die Honorierung des Apothekers überdacht werden.

6.4.2 Elektronisches Rezept

Beim elektronischen Rezept (kurz: E-Rezept) handelt es sich um das digitale Äquivalent zum klassischen Papierrezept, das bei der Verschreibung von Arznei- und Heilmitteln Anwendung findet. Während in vielen anderen Ländern⁷⁵ das E-Rezept längst Standard ist, wurden in Deutschland erst kürzlich die bundeseinheitlichen Weichen per Gesetz dafür gestellt:

- Gemäß Digitale-Versorgung-Gesetz müssen sich Apotheken bis Herbst 2020 an die Telematik-Infrastruktur angeschlossen haben
- Gemäß „Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung E-Rezept (GSAV)“,⁷⁶ am 16.8.2019 in Kraft getreten, sieht ein Fahrplan für das u. a. die Erprobung im Rahmen von Modellprojekten vor
- Gemäß PDSG können Rezepte künftig vom Arzt auf ein mobiles Endgerät des Patienten übertragen werden, der dieses dann in der Apotheke seiner Wahl einlöst. Technisch soll dies im Laufe des Jahres 2021 realisiert und im Falle von Rx-Verordnungen verpflichtend zum Jahresanfang 2022 umgesetzt werden (bei freier Apothekenwahl); d. h. für OTC (grünes Rezept) gibt es keine Verpflichtung per Gesetz, hier soll es vielmehr zu einer dezentralen Einigung zwischen den Verhandlungspartnern kommen. Laut PDSG soll es zudem weiterhin die Möglichkeit eines Papiausdrucks des E-Rezepts für Patienten ohne Handy geben, was auch von den im Rahmen dieser Studie befragten Experten als essentiell gewertet wird. Vor allem für ältere Menschen in ländlichen Regionen wird so die Medikamentenverfügbarkeit sichergestellt.

Im Rahmen diverser Modellprojekte – z. B. GERDA von der Landesapothekenkammer Baden-Württemberg oder von KVen (TK, AOK) – kann und konnte des E-Rezeptes bereits erprobt werden. Im Sommer 2020 konnten bereits etwa 26 Mio. Versicherte (35 % aller in Deutschland

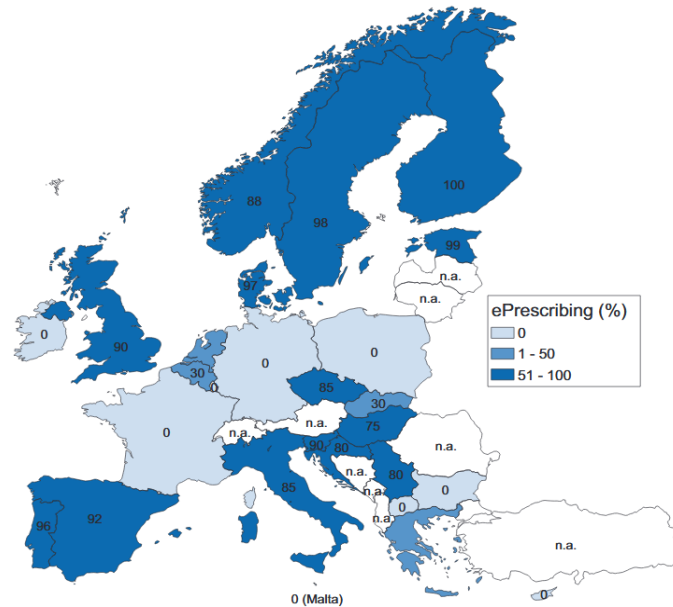
⁷⁵ Zu den Vorreitern innerhalb der EU gehören Finnland, Estland, Schweden, Dänemark, Portugal und Spanien; auch in Belgien müssen seit 2020 die Rezepte sogar in digitaler Form ausgestellt werden,

⁷⁶ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/gsav.html>

gesetzlich Versicherten) elektronische Verordnungen nutzen, fast ein Viertel der niedergelassenen Ärzte in Deutschland können aktuell E-Rezepte ausstellen.⁷⁷

Abb. 43: Verfügbarkeit des E-Rezepts in Apotheken in Europa (in %)⁷⁸

8.2. Percentage of ePrescriptions in community pharmacies, 2018



Note: Greece and the Netherlands are implementing ePrescribing but the percentage was not reported.
Source: Pharmaceutical Group of the European Union (PGEU).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933836751>

Auch die EU-Kommission plant die Einführung eines europaweiten E-Rezepts.

Vorteile für Patienten:

- Verbesserte Arzneimittelverfügbarkeit und schnellere Versorgung
- Erleichterung bei der Erneuerung von Verordnungen oder bei der Besorgung von Medikamenten im Namen anderer
- Verbesserung der Medikamentensicherheit (weniger Rezeptfälschungen, weniger Dosierungsfehler)
- Besseres Medikamentenmanagement; erleichterte Überwachung von möglichen Doppeltherapien und Arzneimittelwechselwirkungen
- Kombination mit anderen E-Health Anwendungen
- Umweltfreundlicher als das Papierrezept
- Weiterhin freie Apothekerwahl (im Normalfall)

⁷⁷ <https://www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=17&typ=1&nid=114728&s=e%2Drezept>

⁷⁸ Quelle: Pharmaceutical Group of the European Union, 2018 nach OECD/EU (2018), Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris.
https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en

Vorteile für Vor-Ort-Apotheken:

- siehe auch Vorteile für Patienten (oben)
- Zeitersparnis (weniger Administration, weniger Fehlverordnungen, evtl. weniger Retaxationen, weniger Kommunikationsaufwand z. B. durch Angaben der Dosierung auf dem Rezept)
- In Kombination mit Botendienst sogar schnellere Versorgung als über Versandhandel
- Größere Unabhängigkeit vom Verordnungsvolumen umliegender Ärzte (was insbesondere auf dem Land interessant ist, wenn dort bei schlechterer und abnehmender ärztlicher Versorgung mit dem E-Rezept die Patienten wieder wohnortnaher und einfacher durch die Stammapotheke versorgt werden können)

Nachteile/Gefahren für Vor-Ort-Apotheken:

- IT- und bürokratischer Aufwand/Kosten für Anbindung an die Telematikinfrasturktur/elektronischer Heilberufeausweis etc.
- Hohe Abhängigkeit von der digitalen Infrastruktur vor Ort
- Ausnahmeregelung im PDSG, wonach Ärzte unter gewissen Umständen (im Gegensatz zum eigentlichen Primat der freien Apothekenwahl) das Rezept auch direkt an eine Apotheke weiterleiten können (z .B. Integrierte Versorgungsverträge nach § 140 SGB V oder Heimversorgungsverträge)
- Abwanderung von Patienten in den Versandhandel (E-Rezept ist einfacher einzulösen als bislang Papierrezept).

Abwanderung von Patienten/Kunden in den ausländischen Versandhandel (zumal diese – so der aktuelle Stand Ende September – Rabatte auch auf Rx-Arzneien gewähren dürfen, was inländischen Apotheken untersagt ist)

FAZIT:

Die Einführung des E-Rezepts in Deutschland ist längst überfällig und muss – gerade aus Patientensicht und hinsichtlich der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung als durchwegs positiv bewertet werden. Aus Sicht der Vor-Ort-Apotheken gibt es jedoch Befürchtungen, was den Verlust von Marktanteilen an den Versandhandel angeht.

6.4.2.1 Fluch oder Chance: (erwartete) Effekte

Für den Kunden selbst ergeben sich durch das E-Rezept zahlreiche Vorteile. Neben dem Wegfall von Übertragungsfehlern und vom Verlust von Papierrezepten ist der zentrale Vorteil für die Kunden die schnellere und bequemere Verfügbarkeit ihres jeweiligen Arzneimittels. So haben diese die Möglichkeit, Rezepte direkt von ihrem jeweiligen Arzt in ihre Vor-Ort-Apotheke senden zu lassen. Im Idealfall wird der Kunde dann online informiert, wann und wo er sein Medikament abholen kann.

Für den Vor-Ort-Apotheker birgt die Einführung des E-Rezept Chancen, aber auch Gefahren, wobei die Abwägung nicht nur von der noch nicht klar definierten gesetzlichen Lage abhängig ist. Versandhändler erhoffen sich durch das E-Rezept niedrigschwellige Einlösung von Rezepten und damit hohe Umsatzsprünge und einen starken Ausbau des Marktanteils im Rx-Segment. Demgegenüber steht die Meinung einiger im Rahmen dieses Gutachtens befragten Experten, dass die Angst der Vor-Ort-Apotheken, der Versandhandel könne durch das E-Rezept übermäßig gewinnen, unbegründet sei, solange die freie Apothekenwahl gewährleistet ist und Patienten selbst entscheiden können, wo sie sich gut beraten fühlen. Insbesondere Landapotheken helfe, dass Kunden auf dem Land treu sind. Nichtsdestotrotz seien ein Versandhandelsverbot oder ein Boni-Verbot für Versender denkbare Wege, um eine Gefährdung der Vor-Ort-Apotheken durch Einführung des E-Rezepts zu verhindern.

Wichtig sei darüber hinaus, dass alle Apotheken an die erforderliche Telematikinfrastruktur angegliedert sind und einzelne Apotheken nicht durch die Digitalisierungen abgehängt werden. Gerade für kleinere (Land-)Apotheken sei der EDV-Aufwand, der mit der Einführung des E-Rezepts einhergeht, schwierig zu bewältigen.

Durch die Kombination von E-Rezept und Botendiensten könnte sich laut der Experten gar ein Wettbewerbsvorteil für die Vor-Ort-Apotheken einstellen, da diese dann sogar schneller als der Versandhandel Medikamente ausliefern könnten. Insbesondere auch Landapotheken dürften auf diese Weise unabhängiger von der zum Teil schlechten Ärzteversorgung in ländlichen Regionen werden, da die Patienten mit dem E-Rezept wieder wohnortnaher und einfacher durch ihre Stammapotheke versorgt werden können.

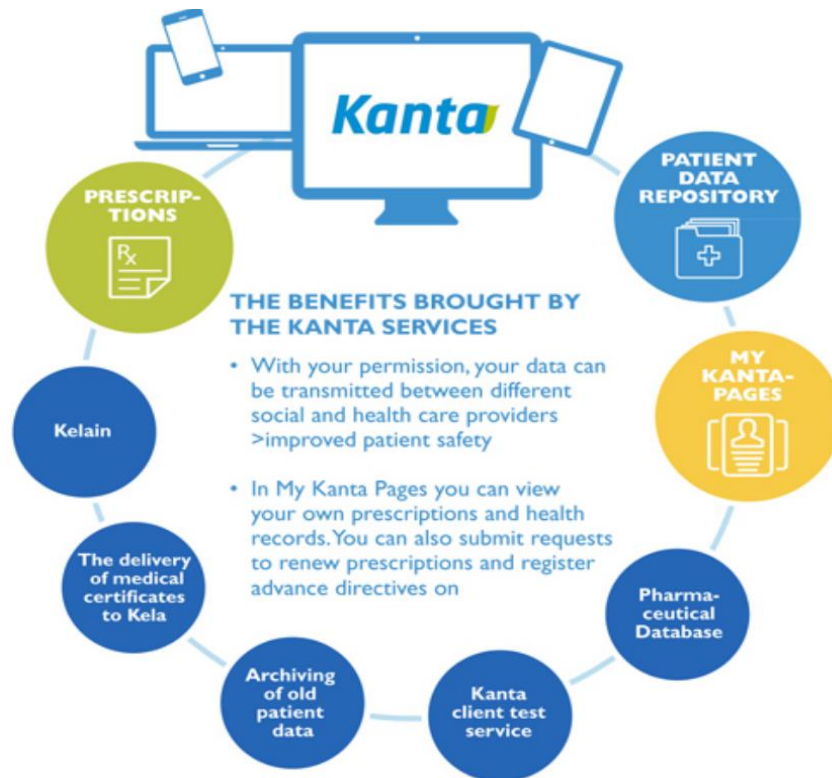
Wirtschaftlich wird erwartet, dass das E-Rezept zu Zeitersparnissen führt: weniger Administration, weniger Fehlverordnungen, eine vereinfachte Kommunikation (z. B. durch Angaben zur Dosierung auf dem Rezept) und weniger Retaxationsverfahren.

6.4.2.2 Flächendeckende Nutzung des E-Rezepts (Finnland)

In Finnland wurde schrittweise ein voll funktionsfähiges und landesweites System (genannt „Kanta“ von der finnischen Sozialversicherungsanstalt Kela) für eine ganze Reihe an E-Health-

Angeboten implementiert. Kanta vereint neben der Möglichkeit für die Ausstellung und Einlösung von Rezepten auch ein umfassendes Gesundheitsdatenarchiv, das sowohl von Ärzten, als auch von Patienten selbst (online über „MyKanta Pages“) eingesehen werden kann sowie viele weitere Dienste.

Abb. 44: Angebote und Bestandteile von „Kanta“



Quelle: www.kanta.fi

Die Nutzung des Systems für E-Rezepte wurde gesetzlich vorgeschrieben. 2012 wurde es zunächst in den kommunalen Apotheken eingeführt, 2013 folgte der staatliche Sektor des Gesundheitssystems, 2015 schließlich das private Gesundheitswesen.

Alle Gesundheitsdienstleister wurden verpflichtet, das System bis spätestens 2017 umzusetzen. Danach sollten herkömmliche Verschreibungen nur noch in besonderen Fällen erlaubt sein, z. B. bei technischen Systemausfällen. Mittlerweile wird in Finnland demnach nicht mehr von „E-Rezepten“ gesprochen, sondern nur noch von Rezepten, denn es gibt hier in der Regel nicht anderes mehr als die elektronische Form. Beim Arztbesuch in Finnland werden elektronische Rezepte ausgestellt, übertragen und in einer zentralen landesweiten Datenbank gespeichert. In dieser Datenbank gespeichert lassen sie sich in jeder finnischen Apotheke abrufen und können an den Patienten ausgegeben werden.

Eine weitere Besonderheit des finnischen „E-Rezepts“: Seit kurzem können finnische Rezepte auch im Ausland, nämlich in Estland und Kroatien, eingelöst werden. Weitere europäische

Länder sollen folgen. Finnland macht sich dafür die eHealth Digital Service Infrastruktur (eHDSI) der EU zu Nutze.⁷⁹

Studien haben ergeben, dass sowohl Apotheker als auch deren Kunden mit der landesweiten Einführung von E-Rezepten zufrieden sind. Patienten berichten, dass sie selten Schwierigkeiten beim Erwerb von Medikamenten, bei der Erneuerung ihrer Verordnungen oder bei der Besorgung von Medikamenten im Namen anderer haben. Weitere Hilfestellung mit dem Umgang des E-Rezepts durch die verschiedenen Gesundheitsberufe wird als essentiell erachtet, nichtsdestotrotz berichtet aber ein Großteil der befragten Apothekenkunden (95,84 %), mit dem E-Rezept zufrieden zu sein (Lämsä et al. 2018).

Zufriedenheit mit dem System herrscht auch unter den Apothekern selbst, die die Vorteile des E-Rezepts vor allen Dingen in einer Verbesserung der Medikamentensicherheit sehen. So gibt es weniger Rezeptfälschungen und weniger Dosierungsfehler. Weiterhin unterstützt das E-Rezept allgemein ein besseres Medikamentenmanagement bei den Patienten und erleichtert beispielsweise die Überwachung von möglichen Doppeltherapien und Arzneimittelwechselwirkungen.

6.4.3 Impfungen

Das im März 2020 in Kraft getretene gültige Masernschutzgesetz sieht nun auch die Möglichkeit von Impfungen in Apotheken vor, zunächst jedoch nur im Rahmen von Modellvorhaben über entsprechende Verträge mit den Krankenkassen (**siehe Kap. 8.2.4.1 Impfen**).

Weitere, noch genauer zu spezifizierende ‚sonstige pharmazeutische Dienstleistungen‘ durch den Apotheker, die dann auch vergütet werden sollen, sieht der Entwurf des Vor-Ort-Apotheken-Stärkungs-Gesetz (VOASG) vor. Das könnten Apotheken-Services wie folgende sein:

- Arzneimitteltherapiesicherheit / Medikationsanalyse / Therapietreue / Adhärenz
- Schulungen für ausgesuchte, erklärungsbedürftige Medizinprodukte wie z.B. Insulinspens
- pharmazeutische Betreuung bei Krebspatienten oder Pflegebedürftigen

Diese Öffnungen riefen den Widerstand der Ärzteschaft hervor, da sie es als einen Eingriff in ihren eigenen Leistungskatalog auslegen. Der Deutsche Hausärzteverband etwa hat im Gegenzug ein Dispensierrecht für Ärzte gefordert. Die Apotheker hingegen argumentieren, dass sie ärztliche Versorgungsengpässe und lange Wartezeiten für Patienten abfedern könnten und dass sich auch in anderen Ländern zusätzliche, von den Apotheken erbrachte Services und Dienstleistungen etabliert haben.

⁷⁹ <https://ec.europa.eu/cefdigital/wiki/display/CEFDSIS/eHealth+-+ePrescription>

Fazit:

Die Öffnung des Gesetzgebers hinsichtlich der Vergütung für weitere Leistungen jenseits der Arzneimittelabgabe eröffnet die Möglichkeit,

- die Qualifikation der Vor-Ort Apotheker stärker zu nutzen
- seine Rolle als Gesundheitsberater zu stärken
- die Abhängigkeit seines Honorars von der Arzneimittelabgabe zu reduzieren

Wünschenswert wäre jedoch ein kooperativerer Ansatz zwischen Apotheken einerseits und Ärzten andererseits, denn im Vordergrund sollte die Versorgungsqualität der Bevölkerung stehen.

7 Herausforderungen

Das Bild der öffentlichen Apotheke und die pharmazeutische Versorgungsstruktur sind seit Jahren im Wandel. Hierbei spielen neben der Digitalisierung auch die Änderungen der lokalen Infrastruktur – besonders in ländlichen Gebieten – und die damit einhergehenden sich ändernden Rahmenbedingungen eine entscheidende Rolle.

Seit Jahren nimmt die Anzahl der Apotheken ab wobei Standorte oft durch Filialbildungen erhalten werden können (**siehe Kap. 5 Wirtschaftliche Situation der Apotheken in Deutschland**). Gründe für Apothekenschließungen liegen nach Einschätzungen der Apothekerverbände an wirtschaftlichen (Vergütung und Kosten), systemischen (Nachwuchs, Praxenschließungen, Auflagen) und standortbezogenen (Attraktivität) Ursachen.

7.1 Fachkräfte- und Nachwuchsmangel

Die steigende Zahl älterer Apotheker, die ihre Apotheke abgeben wollen, finden (wie auch die Ärzte) immer schwerer Nachfolger. Seit Jahren wird der Beruf des Apothekers von der Bundesagentur für Arbeit als Mangelberuf (d.h. dass eine Stelle durchschnittlich ca. 150 Tage unbesetzt bleibt) eingestuft.⁸⁰ Besonders betroffen sei Baden-Württemberg. Dies war auch das erste Bundesland, in dem Apotheker als Mangelberuf ausgewiesen wurden. Die Arbeitslosenquote bei den Pharmazeuten liegt bei 1,7 %.⁸¹ Es bestehe allerdings kein absoluter Mangel an Absolventen. Die Studienplatzanzahl ist seit Jahren konstant und die Studienplätze konnten offensichtlich in den letzten Jahren wieder gut besetzt werden.⁸²

Der Status des Mangelberufs gilt ebenso für den pharmazeutisch-technischen Assistenten.⁸³ Vor allem im ländlichen Raum, aber selbst Großstadtapotheken oder Apotheken in Universitätsnähe suchen immer öfter vergebens nach Arbeitskräften. Im Jahr 2019 haben 7.375 junge Menschen eine Ausbildung in den Apotheken absolviert – zu Pharmazeutisch-kaufmännischen Angestellten (PKA) und Pharmazeutisch-technischen Assistenten (PTA). Auch für Pharmaziestudierende sind Apotheken ein wichtiger Bestandteil ihrer Ausbildung, da sie dort den praktischen Teil ihres Studiums absolvieren.⁸⁴

Im Rahmen dieses Gutachtens befragte Landapotheker gaben an, die Suche nach Personal sei ihr zentrales Problem. Selbst weit übertariflich vergütete und familienfreundliche Stellengesuche mit attraktiven Arbeitszeiten blieben oft ohne Rückmeldung.

⁸⁰ Bundesagentur für Arbeit, Statistik/Arbeitsmarktberichterstattung, Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt–Fachkräfteengpassanalyse, Nürnberg, Dezember 2019

⁸¹ <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/2017-11/hanke-apotheker-sind-mangelberuf/>

⁸² <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/mangelberuf-apotheker/>

⁸³ Bundesagentur für Arbeit, Statistik/Arbeitsmarktberichterstattung, Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt–Fachkräfteengpassanalyse, Nürnberg, Dezember 2019

⁸⁴ <https://www.abda.de/aktuelles-und-presse/zdf/>

7.1.1 Wahrgenommene Nachteile des Apothekerberufs

Die nachfolgenden Generationen haben bekannter Maßen andere Ansprüche an ihren Beruf. Ähnlich wie bei jungen Ärzten legen Apotheker mehr Wert auf eine ausgeglichene Work-Life-Balance, die Feminisierung erfordert für beide Geschlechter mehr Flexibilität und Teilzeitmodelle. Außerdem besteht ein deutlicher Trend, das geregelte Einkommen und feste Arbeitszeiten der eigenen Niederlassung vorzuziehen.⁸⁵ Allerdings scheint die Zufriedenheit der Apotheker mit Ihrem Beruf seit 2016 wieder zu steigen.⁸⁶

Nachfolger fürchten eine hohe Arbeitsbelastung, Wochenend- und Feiertagsarbeit, unzureichende Vergütung, sowie stetig sich ändernde Vorschriften und steigende bürokratische Anforderungen. Die aktuelle politische Lage halte viele Neugründer oder Filialisten davon ab, neue Apotheken zu eröffnen – es würden fast ausschließlich bestehende Betriebe übernommen oder als Filiale weitergeführt. Zu ungewiss sei die betriebswirtschaftliche Zukunft für viele. Die Wahrnehmung vieler Apotheker ist, dass die Politik und Gesellschaft der öffentlichen Apotheke immer mehr den Rücken zuzukehren scheinen.⁸⁷

Hinzu kommt der Wunsch des Nachwuchses, mehr im Team und mehr am Patienten zu arbeiten. Junge Apotheker sehen in der Berufsausübung in einer öffentlichen Apotheke nicht das ganze Potenzial, dessen ausgeschöpft, was man im Studium gelernt hat. „Hier bräuchte es frische Gedanken, um zu überlegen, was man in Zukunft noch in die Apotheke mit einbinden kann.“ So der Vorstand der Pharmaziestudierenden Deutschland.⁸⁸

Hinzu kommt, dass sich Absolventen des Pharmaziestudiums aktuell verschiedene berufliche Optionen bieten: neben der Pharmaindustrie gibt es auch Tätigkeiten in Klinikapotheken, in der Verwaltung oder der Wissenschaft.⁸⁹ Pharmazieabsolventen versprechen sich in der Industrie die besten Karrierechancen.

⁸⁵ G. Kroeger 2017, Ärztemonitor 2016

⁸⁶ <http://newsroom.apobank.de/pressreleases/apobank-studie-inside-heilberuf-wunsch-nach-weniger-buerokratie-und-mehr-zeit-fuer-den-patienten-2958291>

⁸⁷ <https://www.apotheken-umschau.de/Medikamente/Apothekensterben-Darum-schliessen-Filialen--551837.htm>

⁸⁸ <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/apotheker-werden-auch-in-zukunft-gebraucht-118570/>

⁸⁹ https://www.deutschlandfunk.de/pharmaziestudium-abkehr-vom-job-in-der-apotheke.680.de.html?dram:article_id=460329

7.1.2 Hohe Qualifikationsanforderungen

Die Aufgabenerweiterung des Apothekenpersonals hin zu mehr pharmazeutischen Aufgaben erfordert ein spezifischeres Know-how und höhere Qualifikationen. Um das erforderliche Know-how aufzubauen, bieten die Apothekerkammern Fortbildungen zum sogenannten Fachapotheker in verschiedenen Fachgebieten an (z. B. Onkologische Pharmazie, Naturheilverfahren und Homöopathie, Geriatrische Pharmazie, Pflegeversorgung etc.).

Auch für Pharmazeutisch-technische Assistenten ändert sich das Aufgabenspektrum. Mit dem PTA-Reformgesetz („PTA-Berufsgesetz“) das Anfang 2021 in Kraft tritt, will man dem Fachkräftemangel entgegensteuern. Neben der Ausbildungsvergütung sollen PTAs zukünftig unter bestimmten Voraussetzungen erweiterte Aufgaben in der Apotheke übernehmen können, aber einen Apotheker nicht vollumfänglich vertreten: wenn die Apotheke geöffnet ist, muss stets ein Apotheker anwesend sein.

7.2 Herausforderung Versandapotheken

Ein zentrales Thema für Vor-Ort-Apotheken und deren Positionierung im Markt ist die Rolle der Online-Apotheken. Dabei geht es im Folgenden weniger um das Gros der deutschen Versandhandelsapotheken (Stichwort: **Nebenerwerbs-Versandapotheke**), sondern um die wenigen großen Player (insbesondere auch jene aus dem europäischen Ausland), die den Markt mittlerweile dominieren.

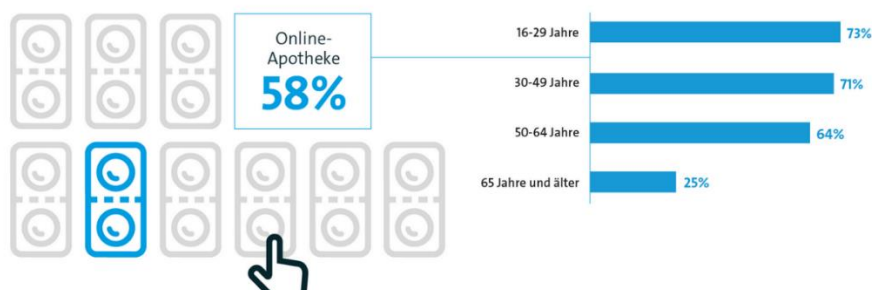
7.2.1. Akzeptanz in der Bevölkerung

Die Akzeptanz des Onlinehandels steigt stetig:

Abb. 45: Nutzung von Online-Apotheken 2020⁹⁰

Mehr als jeder Zweite kauft Medikamente online

Wo kaufen Sie gewöhnlich Ihre Medikamente ein?



⁹⁰ Quelle: Befragung unter 1.193 Personen im März / April 2020 des Digitalverbands Bitkom (<https://www.bitkom.org/Presse/Presseinformation/Medikamente-kommen-bei-58-Prozent-der-Verbraucher-aus-der-Online-Apotheke>); Zu ähnlichen Ergebnissen kam das PWC-HealthCare Barometer 2019, wobei dort sogar 65 % der >55-Jährigen rezeptfreie, und 29 % auch verschreibungspflichtige Medikamente bestellt haben.

Gemäß einer aktuellen Bitkom Studie (**siehe Abb. 45**) bestellen mittlerweile 58 % der Deutschen regelmäßig Arzneimittel bei einer Onlineapotheke. Davon lösen 17 % zudem Rezepte für verschreibungspflichtige Arzneien online ein. Gleichzeitig nutzten aber 99 % auch ihre Vor-Ort-Apotheke für Rx-Arzneien und 74 % für OTC. Dabei ist der Zufriedenheitsgrad der Nutzer hoch (92 %), insbesondere hinsichtlich des Preis-Leistungsverhältnisses (91 %) ⁹¹. Bei dem Beratungs- und Informationsangebot sinkt der Wert jedoch auf 47 %.

Einschätzungen:

Vielen Kunden fehlte laut einer Bevölkerungsumfrage die persönliche Beratung beim Versandhandel. ⁹²

Von den von uns befragten Apothekern wurde angemerkt, dass Online-Apotheken eher der „urbanen Orientierung“ von Apotheken entspräche, da sie weniger von Kundenbindung abhängig seien.

Überdies sei eine Entwicklung hin zu mehr Versand von Arzneimitteln bemerkbar, was durch die Corona-Pandemie kürzlich noch verstärkt wurde..

FAZIT:

Der Versand- bzw. Onlinehandel mit Arzneimitteln hat sich etabliert und wird auch weiterhin an Relevanz – gerade auch auf dem Land sowie für mobil eingeschränkte oder ältere Personen – gewinnen. So steigt die Internetaffinität z. B. derzeit auch aufgrund der Corona-Situation an.

7.2.2. Risiken / Chancen des E-Rezepts

Bislang liegt der Schwerpunkt der Versandapotheken jedoch im OTC-Bereich, nur 1 % macht der Marktanteil im Rx-Segment aus. Wenn ab 2021 das E-Rezept kommt bzw. ab 2022 für Rx-Arzneien sogar verpflichtend ist, kann der Patient diese online leichter einlösen als bislang das Papierrezept.

These 1: E-Rezept stärkt den Versandhandel bzw. schwächt die Präsenzapotheke

- Gemäß einer aktuellen Befragung von Civey zum Thema E-Rezept, wollen 14,3 % künftig ganz klar online bestellen und 22,5 % der Befragten gaben an, ihre Rezepte teils online und teils in der Apotheke vor Ort einlösen zu wollen. Vorreiter werden dann zunächst die jüngeren, berufstätigen Menschen (bis 40 Jahre) sein.
- Mit der Einführung des E-Rezepts ist daher auch mit einer Erhöhung des Marktanteils des Versandhandels im Rx-Segment zu rechnen: dieser könnte in den Jahren nach der

⁹¹ [Ärzteblatt: Mehr als jeder zweite Deutsche kauft Arzneimittel online](#)

⁹² <https://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/pwc-bevoelkerungsbefragung-apothekenversandhandel-2019.pdf>

Einführung des E-Rezepts auf bis zu 10 % ansteigen und damit Vor-Ort-Apotheken gefährden.

These 2: E-Rezept stärkt die Präsenzapotheker

- Das E-Rezept stellt aber (gerade auch für ländliche Apotheken) eine Chance dar, insbesondere in Kombination mit dem Botendienst. Denn die persönliche Betreuung zusammen mit der zeitnahen Lieferung ist dem reinen Versandhandel überlegen.
- Wenn die Ärztedichte im ländlichen Raum abnimmt und somit die Arzneimittelverordnungen von Ärzten in größerer Entfernung erfolgen, war das bislang mit Risiken für die heimische Apotheke verbunden, da Patienten das Rezept gleich arztnah, sprich außerhalb einlösen wollen. Mit dem E-Rezept jedoch kann die Kundenbindung zur Stammapotheke gestärkt und ihre Abhängigkeit von der ärztlichen Versorgung im nahen Umfeld reduziert werden.

7.2.3. Risiken aufgrund des EuGH-Urteil (betrifft ausländischen Versandhandel)

Die Fairness des Wettbewerbs angesichts der Konkurrenz durch internationale Versandhändler ist seit dem EuGH-Urteil 2016 Dauerthema: Im Oktober 2016 entschied der Europäische Gerichtshof, dass sich EU-ausländische Versandapotheken, die Kunden in Deutschland beliefern, nicht an die in der Arzneimittelpreisverordnung geregelten Festpreise für verschreibungspflichtige Arzneimittel halten müssen („**EuGH-Urteil**“). D.h. die Rahmenbedingungen für nationale Vor-Ort- sowie Versandapotheken auf der einen und internationalen Versendern auf der anderen Seite sind aktuell unterschiedlich und führen zu Wettbewerbsverzerrungen. Dazu gehören z. B. Vorteile durch **Rabattmöglichkeiten** auf Verschreibungen für ausländische Versender, die durch die Preisvorgaben für inländische Apotheken nicht möglich sind.

Hintergrund EuGH Urteil

Nicht-deutsche Apotheken sind nicht an das Rx-Boni-Verbot gebunden. Versender (beispielsweise aus den Niederlanden) dürfen auf die Zuzahlung im Rahmen der Rezeptgebühr verzichten (maximal 30 €/Rezept) und dürfen diesen Wettbewerbsvorteil aktiv bewerben, beispielsweise indem Sie 10 € Gutscheine für die Einlösung eines ersten Rezepts anbieten. So können Patienten verschreibungspflichtige Arzneimittel im Ausland günstiger beziehen. Deutschen Apotheken (stationär und Versand) ist diese Rabattierung nicht erlaubt und jeder Patient muss in jeder deutschen Apotheke (egal ob Versand oder stationär) den gleichen Preis für seine Arzneimittel entrichten.

Hinzu kommt das heilmittelwerberechtliche Zugabeverbot (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 HWG). Während ausländische Versender mit Gewinnspielen bei der Einsendung von Rezepten werben, gilt für deutsche Apotheken durch die Preisbindung ein weitgehendes „Zuwendungs-Verbot“⁹³.

Aktueller Stand:

Diese Ungleichbehandlung zu beenden, fand sogar Eingang in den Koalitionsvertrag, jedoch liegt bis heute keine finale rechtliche Klärung vor. Nachdem lange sogar auch ein generelles Versandhandelsverbot mit Rx-Arzneimitteln als Vorschlag im Raum stand oder eine Boni-Deckelung (z. B. auf 2,50 €), sieht der aktuelle Entwurf des VOASG vor, ein Rx-Boni-Verbot im Sozialrecht zu verankern. Das BMG geht davon aus, dass Regelungen hinsichtlich des Sozialrechts bzw. der Gesundheitsversorgung normalerweise nicht im Fokus der EU stehen. Die Einschätzungen der Juristen hinsichtlich der Europa-/Verfassungsrechtskonformität dieser ‚Bypass-Lösung‘ divergieren jedoch und auch die Abstimmungen mit der EU-Kommission dazu sind noch nicht beendet. Derzeit scheint der Gesetzgeber jedoch zuversichtlich zu sein, dass es noch dieses Jahr zu einer Verabschiedung des Gesetzes kommen könnte.

Auswirkung für Vor-Ort-Apotheken / deutsche Versandhändler:

Derzeit noch geringe Auswirkungen...

- Patienten können folglich bereits seit mehreren Jahren ihre Rx-Rezepte günstiger bei ausländischen Versand-Apotheken einlösen, sofern diese eben Boni gewähren.
- Trotz dieser Option ist in den letzten Jahren jedoch der Anteil an Rx-Arzneien des ausländischen Versandhandels nicht wesentlich angestiegen und liegt immer noch im 1 %-Bereich: Bei den Arzneimittelausgaben zulasten der GKVen (also darunter sind dann auch nicht rezeptpflichtige Arzneien!) hatte der ausländische Versandhandel 2019 einen Anteil von 1,2 % (427 Mio. €).⁹⁴

Aber mit Risiken für die Vor-Ort-Apotheke ist zu rechnen:

- Gerade auch die Corona-Pandemie hat im aktuellen Jahr zu einem erheblichen Wachstum bei den Versandhändlern geführt, beispielsweise stieg der Umsatz der Zur Rose-Gruppe (DocMorris) in Deutschland im ersten Halbjahr um 16 % auf 250 Mio. € und jener der Shop Apotheke – bezogen auf den DACH-Markt (Deutschland, Österreich, Schweiz) – sogar um

⁹³ AZ 2019, Nr. 34-35, S. 1, 19.08.2019. <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2019/az-34-2019/bgh-zuwendungsverbot-ist-eindeutig-geregelt>

⁹⁴ Quelle: ABDA Faktenblatt ‚Versandhandel mit Arzneimitteln‘, Stand: Juni 2020

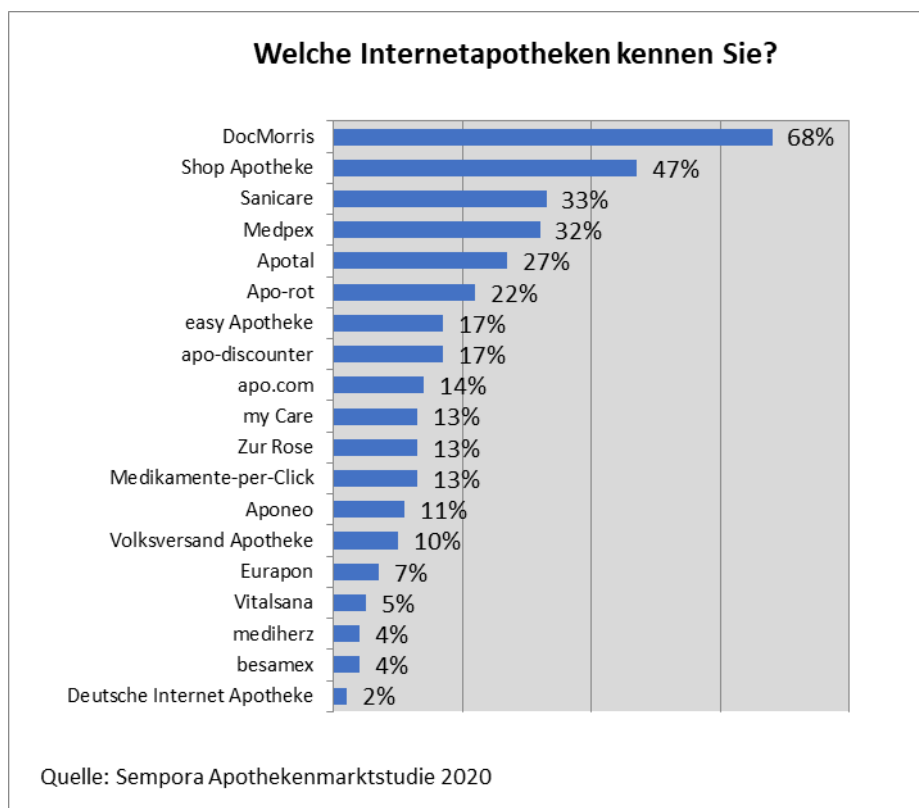
über 30 % auf 391 Mio. €. ⁹⁵ Es dürfte damit davon auszugehen sein, dass sich auch der Rx-Anteil im ausländischen Versandhandel erhöht hat.

- Die schrittweise Einführung des E-Rezepts außerhalb von Modellregionen ab 2021 wird die Attraktivität der ausländischen Versandhändler stark erhöhen, wenn bis dahin nicht eine gesetzliche Gleichstellung mit den inländischen Playern erfolgt sein sollte.

7.2.4. Risiken aufgrund ungleicher Marktstrukturen

Die gerade erwähnten Zahlen verdeutlichen es: DocMorris hat allein im ersten Halbjahr etwa den 100-fachen Umsatz im Vergleich zu einem Ganzjahresumsatz einer deutschen Durchschnittsapotheke erzielt. Die Shop Apotheke wird seit September 2020 im M-DAX gelistet. Neben DocMorris gehören alleine sechs weitere in der folgenden Abbildung gelisteten Online-Apotheken mittlerweile zu der Zur Rose-Gruppe.

Abb. 46: Die bekanntesten Versandapotheken in Deutschland



Und auch ‚vermeintlich‘ deutsche Versandhändler haben über entsprechende Betreiberkonstrukte mittlerweile ausländische Investoren im Hintergrund. Sie argumentieren dahingehend, dass sie nur so im Wettbewerb mit den beiden großen (Zur Rose / Shop Apotheke) bestehen

⁹⁵ Quellen: Jeweilige Halbjahresberichte der Unternehmen.

können; beispielsweise ist der Auf- und Ausbau entsprechender Logistik-Infrastruktur mit entsprechendem Kapitalbedarf verbunden. Der Versandhandel konkurriert mittlerweile nicht mehr nur mit aggressiven Preisen, sondern auch mit verbesserten Services wie kürzere Lieferzeiten, Gratiszugaben, Wertgutscheine, kostenfreie Lieferungen bei immer geringeren Mindestbestellvolumina, aber auch bessere Services, wenn es um Beratung, Datenschutz etc. geht – auch das ist mit Investitionen verbunden.

Die großen Mitbewerber im (bisherigen) OTC-Kernmarkt waren und sind für den Versandhandel – egal ob in- oder ausländisch – insbesondere auch Drogeriemärkte mit entsprechend professionellen Handelsmarketingkonzepten sowie großer Einkaufsvolumina, die eine attraktive Preisgestaltung überhaupt erst ermöglichen. Auch da müssen die Versandhändler entsprechend mithalten und investieren – Größe und Bekanntheit sind damit zentral für die Positionierung im Markt.

Mittlerweile geht es zudem um neue, noch größere potenzielle Mitbewerber, so versuchen sich z. B. die beiden Platzhirsche Zur Rose/Shop Apotheke ihrerseits wiederum für einen Markteintritt von Amazon & Co. zu rüsten, zumal der deutsche Arzneimittelmarkt in Europa der bedeutendste ist. Kurzum: der Markt ist stark umkämpft und mit weiteren Konsolidierungstendenzen ist zu rechnen.

FAZIT:

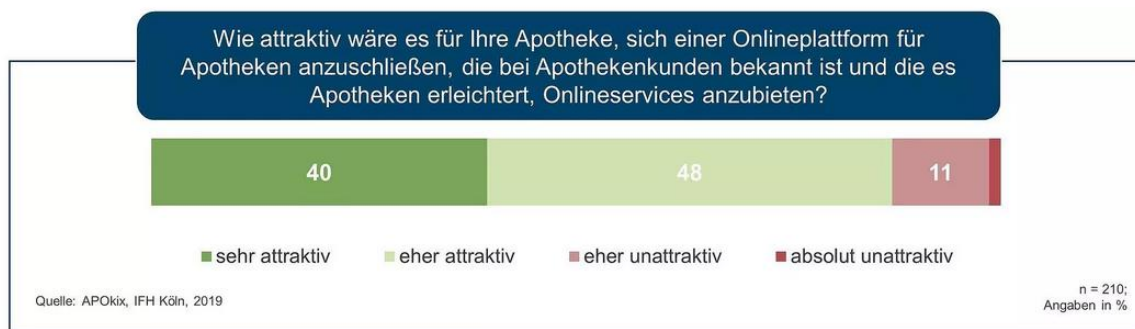
Um ihrerseits im Wettbewerb bestehen zu können, hebeln Online-Versandhändler oft auch über entsprechende rechtliche Konstrukte das hierzulande geltende Mehr-/ Fremdbesitzverbot aus. Gleichzeitig ermöglichte ihr OTC-Kerngeschäft andere unternehmerische Spielräume hinsichtlich Preisgestaltung, Marketing und Werbung. Es ist verständlich, dass sich der Vor-Ort-Apotheker, mit seinen rechtlichen Einschränkungen, von diesen ‚Giganten‘ bedroht fühlt; insbesondere vor dem Hintergrund, dass sie künftig mit zunehmender Digitalisierung / Einführung E-Rezept / Plattformkonzepten etc. in den Kernmarkt des Präsenzapothekers, dem Rx-Bereich, vordringen könnten.

7.2.1 Exkurs: Digitale Kooperationen - Plattformen

Eine neuere Entwicklung stellen digitale Plattformen dar wie etwa „Pro Apotheke vor Ort“ (ProAvO) / Apora, „ihreapotheken.de“ (Zukunftspakt Apotheke) oder „Deine Apotheke“. Hinter diesen Plattformen stehen u. a. jeweils auch Pharmagroßhändler, an deren Kooperationsmodellen sich Vor-Ort-Apotheken häufig beteiligen. Zusammen mit weiteren Akteuren, wie Online-Informationsdienste, IT-Dienstleister, Verlage, Lagersystemanbieter etc. wollen die Großhändler vernetzte Angebote ermöglichen und für künftige Digitalservices gerüstet sein (z. B.

E-Rezept). Ein attraktiveres Angebot über alle Versorgungskanäle basiert dabei auf der Kombination mit den Kernkompetenzen der Vor-Ort-Apotheker (lokale Verfügbarkeit, Nähe zum Kunden, persönliche Beratung, Belieferung über deren Boten etc.). Patienten haben auf einer einheitlichen Benutzeroberfläche dann etwa die freie Auswahl, Medikamente gesendet zu bekommen, sie in ihrer Vor-Ort-Apotheke ihrer Wahl zu bestellen oder diese von einem Boten bringen zu lassen – mit transparenten Preisen und der Wahl zwischen Online- und Vor-Ort-Beratung. 40 % der Präsenzapotheken sehen die Relevanz solcher Onlineservices (**siehe Abb. 47**), zumal ihnen selbst häufig die digitale Infrastruktur / das erforderliche Kapital für entsprechende Reichweiten fehlt, und sie auf die digitalen Services, wie online-Bestellungen und -Bezahlung der Plattformanbieter zurückgreifen können.

Abb. 47: Attraktivität von Online-Plattformen



Dass auch DocMorris und die Shop Apotheke entsprechende Plattformen anbieten werden, zeigt wie hoch die Relevanz derartiger Konzepte in der Branche eingestuft wird. Ähnlich wie in anderen Branchen auch, gehen Experten zudem davon aus, dass nach der zunächst startenden digitalen Öffnung im Markt langfristig nur wenige, evtl. nur zwei, Plattformen halten werden.⁹⁶ Ob die Präsenzapotheker jedoch bereit sein werden, mit dem ‚enfant terrible‘ der Branche zu kooperieren, wird sich noch zeigen müssen. DocMorris scheint jedoch zuversichtlich zu sein, wie die von der Geschäftsführung beschriebene Vision verdeutlicht: „Ein Online-Marktplatz, der neben einem E-Rezeptservice und Angeboten stationärer Apotheker auch Serviceleistungen von Krankenkassen, Versicherungsprodukte und Apps zum Gesundheitsmanagement anbietet“⁹⁷.

⁹⁶ <https://www.simon-kucher.com/de/about/media-center/corona-krise-grosse-chance-fuer-apotheken-plattformen>

⁹⁷ <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2020/09/09/zur-rose-chef-schliesst-fusion-mit-shop-apotheke-nicht-aus>

FAZIT:

Apothekenplattformen bieten durchaus Chancen, viele Vor-Ort-Apotheken haben sich bereits einer oder mehreren Plattformen angeschlossen. Künftig ist sogar eine Kooperation mit den großen Versandhändlern denkbar; das verdeutlicht, in welcher Ambivalenz sich die Apotheker bewegen hinsichtlich der Einstufung und Beurteilung des Versandhandels.

7.2.5 Risiken aufgrund weiterer divergierender Auflagen und Aufgaben

Diese großen Versandhändler übernehmen wesentliche den Apothekern vom Hoheitsträger überlassene Aufgaben nicht bzw. in geringerem Umfang, z. B. Nacht- und Notdienstversorgung, Betäubungsmittel, Notfalldepots, Herstellung von Rezepturen, Spezialarzneien wie z. B. kühlpflichtige Medikamente, Hilfsmittelversorgung. Damit gehen jedoch auch entsprechend Kosten einher: z. B. für die Anforderungen wie die Präqualifizierung für Heilmittel, dem Aufwand für Rezepturen, Defekturen, Betäubungsmittelkontrollen und Dokumentation, die beim Versandhandel entfallen.

Auch wenn die Arzneimittel über einen Botendienst nach Hause geliefert werden, gibt es strengere Auflagen als im Versand; jedoch wird der Botendienst neuerdings vergütet.

Ungleichbehandlung gegenüber Botendiensten

Während Versandapotheken über externe Lieferanten (z. B. DHL) beliefern, muss beim Botendienst die Vor-Ort-Apotheke dem Lieferanten gegenüber weisungsbefugt sein. Sie hat außerdem Auflagen bzgl. der Dokumentation und des Qualitätsmanagements zu erfüllen, die bei unabhängigen Dienstleistern entfallen.

Beratung wird auch im Versandhandel (telefonisch oder per Chat etc.) angeboten, jedoch nicht immer umfänglich (z. B. Wechselwirkungschecks) und wird seltener in Anspruch genommen. So sei die Hemmschwelle für Kunden höher, da sie selbst aktiv werden müssen.⁹⁸ Allerdings ist die Anonymität höher. Gleichzeitig wird die Beratung, die bislang hauptsächlich vom Vor-Ort-Apotheker übernommen wird, normalerweise nicht separat vergütet.

Außerdem besteht im Online-Versandhandel theoretisch die Gefahr, dass Arzneimittelfälschungen einfacher auf den Markt gebracht werden können. Jedoch scheint dieses Problem in den Lieferketten des deutschen Versandhandels kaum aufzutreten, sondern ist eher ein Problem bei internationalen, nicht autorisierten Anbietern.⁹⁹

⁹⁸ <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2018/10/19/zwei-jahre-eugh-urteil-was-ist-passiert>

⁹⁹ https://www.bfarm.de/DE/Arzneimittel/Arzneimittelzulassung/Arzneimittelinformationen/Arzneimittelfaelschungen/_node.html

Die befragten Apotheker befanden, dass für Patienten der persönliche Kontakt von großem Vorteil sei. Man könne sich ein abgerundetes Bild voneinander schaffen, der Patient als Ganzes sei zugänglicher und Problematiken könnten besser eingeschätzt werden. Dies komme insb. chronisch kranken Patienten zugute. Dadurch sei der Versandhandel für chronisch Kranke eher ungeeignet.

Auch für Notfälle sei der Versandhandel ungeeignet: Der Bestellservice richte sich vor allem an Patienten, die mehrere Tage auf ihre Arzneimittel warten können, da die Lieferung selten am selben Tag umgesetzt werden kann.

Großkonzerne (wie große Versender) ließen den Heilberufsaspekt vermissen, würden sich nur in lukrativen/urbanen Lagen ansiedeln und keine Leistungen wie Notdienst, Rezepturen anbieten.

FAZIT: Im Vergleich zu den (großen) Versandhändlern übernehmen Vor-Ort-Apotheker eine umfänglichere Rolle in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung, jedoch werden nicht alle dieser Leistungen vergütet bzw. sind mit zusätzlichen Kosten / höheren Aufwandsanteilen verbunden.

7.2.7 Einschätzungen zur Entwicklung

Eine Befürchtung ist, dass die Existenz öffentlicher Apotheken durch zunehmende Marktanteile der Versandapotheken gefährdet würde, was wiederum in einer – quantitativ und qualitativ schlechteren Versorgung der Bevölkerung resultieren würde.¹⁰⁰ Insbesondere „Landapotheken“, bislang oft ohne Wettbewerber im direkten Umfeld, scheinen jedoch die Konkurrenz durch Online- bzw. Versandapotheken zu fürchten, da deren Entfernung zum Kunden und damit auch für die eigenen Botendienste weiter ist als in der Stadt.

Gleichzeitig kann jedoch dort, wo Botendienste wegen der Reichweite an ihre Grenzen stoßen, der Versandhandel zur Versorgung in dünn besiedelten Gebieten beitragen. Es gibt zudem auch Anhaltspunkte dafür, dass sich durch Online-Apotheken die Versorgungsqualität für Patienten verbessern könnte: Internationale Studien stellten z. B. eine höhere Medikamentenadhärenz bei Nutzern von Versandapotheken fest. Gleichzeitig ist die Nutzung des Apotheken-Versandhandels assoziiert mit einem geringeren Aufsuchen der Notaufnahmen.¹⁰¹

¹⁰⁰ https://monopolkommission.de/images/HG22/HGXXII_Kap1_Arzneimittel.pdf

¹⁰¹ Fernandez et al 2016; Schmitt diel et al 2013

Die Einschätzungen der interviewten Experten hinsichtlich des Effekts des Versandhandels auf den Wettbewerb differierten:

Für einige interviewte Apotheker stellt ein Versandhandelsverbot für Rezepte nach wie vor die richtige Lösung dar: "Versandhandel bedeute „Kahlschlag auf regionaler Ebene“, er sei eine große Gefahr“. „Wenn noch mehr Leute zu „neuen Medien“ abwandern, brechen irgendwann noch mehr Apotheken weg“. Problematisch seien z. B.

- Zu der Ungleichbehandlung in der Preisgestaltung, Heilmittelwerbegesetz, Notdienste/Rezepturen etc. käme die fehlende Mehrwertsteuer, die von Versendern nicht erhoben werde.*
- Versandapotheken könnten sich die lukrativen Angebote raussuchen („Rosinenpicken“). Damit verbunden besteht die Befürchtung, dass "... der hochpreisige OTC Bereich für Vor-Ort-Apotheken wohl entfällt."*
- Menschen ließen sich vor Ort beraten und würden dann Online kaufen. Das sei insbesondere bei Nachbestellungen relevant.*
- Die Rolle des Apothekers wandle sich im Versandhandel hin zum Geschäftsmann und weg vom medizinischen Akteur.*
- Der einzige Vorteil des Versandhandels für Kunden sei der Preis.*
- Versandhandel kann nicht leisten, was die öffentliche Apotheke leistet, das muss der Gesetzgeber erkennen. Wichtig sei es, zu erkennen, dass die pharmazeutische Betreuung ein wesentlicher Bestandteil für das Gesundheitssystem und Gesunderhaltung der Menschen ist.*

Andere der von uns interviewten Apotheker meinten dagegen:

- Das EuGH-Urteil sei aktuell noch nicht so relevant, da noch relativ wenig verschreibungspflichtige Arzneimittel versandt werden.*
- Bei gleichen Bedingungen wäre es kein Problem.*
- Außerdem sei ein komplettes Versandhandelsverbot kein realistischer Weg, denn schließlich ist der Versandhandel auch in Deutschland ein etablierter Vertriebskanal.*

FAZIT Versandhandel:

Zusammenfassend zeigt sich, dass ein direkter Vergleich von Präsenzapotheken mit Versandapotheken hinkt – das Versorgungsspektrum deckt sich in den wenigstens Punkten. Wo Versender eher auf Preiskampf, Verdrängungswettbewerb und Distribution setzen, nehmen stationäre Apotheken eher den Aspekt des Heilberufes¹⁰² auf und bieten ein breites Spektrum an pharmazeutischen und medizinischen Dienstleistungen.

Die Qualität der Versorgung durch den Versandhandel leidet aktuell durch weniger Beratung. Internationale Studien zeigen andererseits, dass eine bessere Compliance und eine Entlastung der Notaufnahmen durch Versandhandel möglich sind.

Künftig, mit zunehmender Digitalisierung und Vernetzung der Akteure im Gesundheitswesen, dürften jedoch Apothekenplattformen und damit ggfls. auch Versandhändler als Kooperationspartner für die Vor-Ort-Apotheker in Frage kommen.

7.3 Spezifische Herausforderungen im ländlichen Raum

Ländliche Apotheken nehmen in der Apothekenlandschaft eine gesonderte Rolle ein. Trotz geringerer Konkurrenz untereinander müssen sich ländliche Apotheken besonderen strukturellen Herausforderungen stellen. Hier spielen aussterbende Ortskerne ebenso wie die Entwicklung der (haus-)ärztlichen Praxen und Nachwuchs- und Personalprobleme eine Rolle.¹⁰³

7.3.1 Entwicklung der regionalen Infrastruktur und Kunden auf dem Land

Die Erhaltung einer intakten Infrastruktur im ländlichen Gebiet gestaltet sich vielerorts immer problematischer und die resultierende „Landflucht“ insbesondere der jungen Bevölkerung bedingt einen Teufelskreis: Durch den Bevölkerungsrückgang werden Einkaufsmöglichkeiten aber auch Einrichtungen der medizinischen Versorgung immer unrentabler und induzieren gleichzeitig einen Rückgang der Arbeitsmöglichkeiten. Niedrigere Kundenfrequenzen resultieren aus weniger werdender Laufkundschaft, die immer weniger Läden in ländlichen Ortsmitten findet.

Ländliche Apotheken leben vielerorts besonders von Stammkunden, die Arzneimittel und sonstige pharmazeutische Waren immer in „ihrer“ Apotheke beziehen. Für Kunden bedeutet das gleichzeitig eine persönlichere Betreuung¹⁰⁴. Sie profitieren aber nicht nur von der örtlichen Nähe und Erreichbarkeit von Arzt und Apotheker, sondern auch von deren Zusammenarbeit.

¹⁰² <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitsberufe/gesundheitsberufe-allgemein.html>

¹⁰³ <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2016/az-3-2016/das-apothekensterben-geht-weiter>

¹⁰⁴ <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2017/12/15/landapotheken-geht-es-besser-als-stadtapotheken/chapter:all>

Anmerkungen der von uns interviewten Apotheker:

Da auf dem Land fast nur Stammkunden sind, sei kein großes Marketing erforderlich auf dem Land (wie in der Stadt, wo Laufkundschaft vorherrscht).

Landapothekenstruktur sei meist mit hohem Rx-Anteil.

Persönliche Kontakt sei zentral. Die Menschen auf dem Land hätten weniger Ansprüche als in der Stadt, seien „angenehmer“.

7.3.2 „Unattraktiver Lebensraum“?

Das Nachwuchs- und Fachkräfteproblem ist im ländlichen Raum besonders prekär. Gerade junge Leute zieht es eher in die Städte; das Land als Wohn- und Arbeitsort erscheint vielen Nachwuchs-Fachkräften weniger attraktiv. Es fehlen Jobmöglichkeiten für Partner, die Infrastruktur für Schulen, öffentlichen Transport und das kulturelle Angebot wird als schlechter wahrgenommen. Ähnliches gilt für die Ärzteschaft: Die Landarztbörse beschrieb bereits 2016, dass immer mehr junge Leute und junge Familien in Ballungszentren ziehen und sich gegen eine ländliche Region entscheiden, da es dort sowohl bessere Jobaussichten als auch vielfältige Kulturangebote für die Freizeit gibt¹⁰⁵. Auch in Baden-Württemberg sind insbesondere die bereits dünn besiedelten Landkreise mit einer alternden Einwohnerschaft konfrontiert, während etwa Stuttgart oder die Bodenseeregion gewachsen sind (siehe Kap. 2.1.3). Vor dem Hintergrund des Ärztemangels gibt es in verschiedenen Landkreisen Initiativen, um insbesondere Hausärzte für ihre Region zu gewinnen.¹⁰⁶

7.3.3 Ökonomisch gesund trotz Rückgang der Arztpraxen

Die Lage der Apotheke ist neben dem Finanzbedarf und der Gründungs-/Übernahmewilligkeit eines Apothekers ein kritischer Erfolgsfaktor für die Gründung einer Apotheke.¹⁰⁷ Hier spielt auch die wirtschaftliche Attraktivität und damit die Präsenz von Arztpraxen eine Rolle, denn über 80 % des Apothekenumsatzes wird durch ärztliche Verordnungen auf Rezept generiert – mit Abstand die Haupteinnahmequelle der stationären Apotheken. Die Arztdichte in ländlichen Gebieten nimmt seit einigen Jahren stetig ab und es entsteht nicht nur ein Ärztemangel für Patienten, sondern auch ein Rezeptmangel für Apotheken, da Rezepte oft in der Nähe der besuchten Arztpraxis eingelöst werden.

Deshalb wird oft angenommen, dass es Landapotheken aufgrund der abnehmenden Ärztedichte schwerer hätten. Allerdings sprechen die Entwicklungen der Apothekenzahlen hier eine andere Sprache. (Vgl. Kap. 4).

¹⁰⁵ Landarztbörse

¹⁰⁶ z.B. www.DonauDoc.de, Tuttlingen, www.patient-hochrhein.de, Waldshut

¹⁰⁷ REBMANN RESEARCH: Branchenbericht

Der Rückgang der Landapotheken war eher geringer als der Apotheken in den städtischen Regionen, was auch im Einklang mit der wirtschaftlichen Situation der Apotheken steht. Apotheken in ländlichen Kreisen waren laut des Honorargutachtens 2017¹⁰⁸ wirtschaftlich vergleichsweise erfolgreich. Die von den Gutachtern präsentierten durchschnittlichen Bruttoertragsüberschüsse einschließlich der Bruttoinvestitionen waren in dünn besiedelte ländliche Kreise mit 149.113 € am höchsten. Laut einer Apothekerbefragung von 2017 erwirtschafteten 20 % der Landapotheken mehr als 2 Mio. € Nettoumsatz, nur knapp 20 % erwirtschafteten unter 1 Mio. € Nettoumsatz.¹⁰⁹

Auch die von uns interviewten Apotheker betonten, wie wichtig insbesondere auf dem Land ein guter persönlicher Kontakt zu Ärzten und weiteren Akteuren sei. Auf dem Land sei es häufig möglich, auf dem kleinen Dienstweg Nachfragen und Anpassungen zu regeln. Allerdings seien Apotheken auf dem Land nicht so abhängig von Facharztpraxen, da diese ja ohnehin v.a. in der Stadt praktizieren. Und Unterschiede in dem was verordnet wird, hängen eher von Fachärzten in der näheren Umgebung einer Apotheke ab, nicht so sehr von den Hausärzten auf dem Land.

7.3.4 Breiteres Angebot, mehr Aufgaben

Da andere Leistungserbringer wie Sanitätshäuser oder Sozialdienste auf dem Land oft fehlen, erweitert sich automatisch das Leistungsspektrum vieler ländlicher Apotheken, wodurch diese für viele Patienten und Kunden mehr als Gesundheitsinstitution erscheinen, als vergleichbare Betriebe in der Stadt. Dies schlägt sich für ländliche Apotheken oftmals in einem intensiveren Arbeiten nieder – hilft diesen aber langfristig zu einer stabileren Existenz.¹¹⁰

¹⁰⁸ <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2017/12/15/landapotheken-geht-es-besser-als-stadtapotheken/chapter:2>

¹⁰⁹ IFH Köln: Apothekerbefragung zur Übernahme von Funktionen in der Arzneimittelversorgung durch Präsenzapotheken, Köln, 2017.

¹¹⁰ <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2017/12/15/landapotheken-geht-es-besser-als-stadtapotheken/chapter:all>

Die Einschätzungen unserer Experteninterviews zur Situation auf dem Land:

- *Die Landapotheke müsse alle Bedürfnisse stillen, da sie die einzigen vor Ort sind. Auf dem Lande kommen viele verschiedenen Kunden mit einer Vielzahl an Beschwerden. D.h. Apotheken müssen „Allrounder“ sein. D.h. es ist auch ein immenses Know-how erforderlich.*
- *Da häufig Sanitätshäuser fehlen, sind Hilfsmittelangebote auf dem Land besonders wichtig (z. B. Inkontinenz, Kompressionsstrümpfe). Aber der sehr hohe Aufwand/Auflagen der Präqualifizierung bei gleichzeitig begrenztem Ertrag mache diese Angebote schwierig. Es müsste besser entlohnt werden, dann würden es auch mehr Kassen machen als nur AOK.*
- *Auch die Vorgaben hinsichtlich Barrierefreiheit müssten erfüllt werden, was insbesondere bei älteren Baulichkeiten eine wirtschaftliche Hürde darstellen kann.*

7.3.4.1 Notdienstversorgung

Landapotheker in Ortschaften mit weniger als 5.000 Einwohnern verrichten weitaus häufiger Nacht- und Notdienste: durchschnittlich 2,8 pro Monat, während Apotheken in Städten mit mehr als 100.000 Einwohnern im Durchschnitt nur 1,2 Dienste ableisten müssen. Gleichzeitig haben Landapotheken während der Nacht- und Notdienstzeiten im Regelfall weniger Kunden und entsprechend deutlich niedrigere Umsätze. Präsenzapotheken auf dem Land erwirtschaften pro Nacht- und Notdienst nach eigenen Angaben durchschnittlich 40 % weniger Umsatz als in der Stadt.¹¹¹ Durch die einheitliche Vergütung würden Apotheken auf dem Land strukturell benachteiligt.

¹¹¹ <https://www.ifhkoeln.de/blog/details/das-a-und-o-in-der-arzneimittelversorgung-apotheken-vor-ort/>

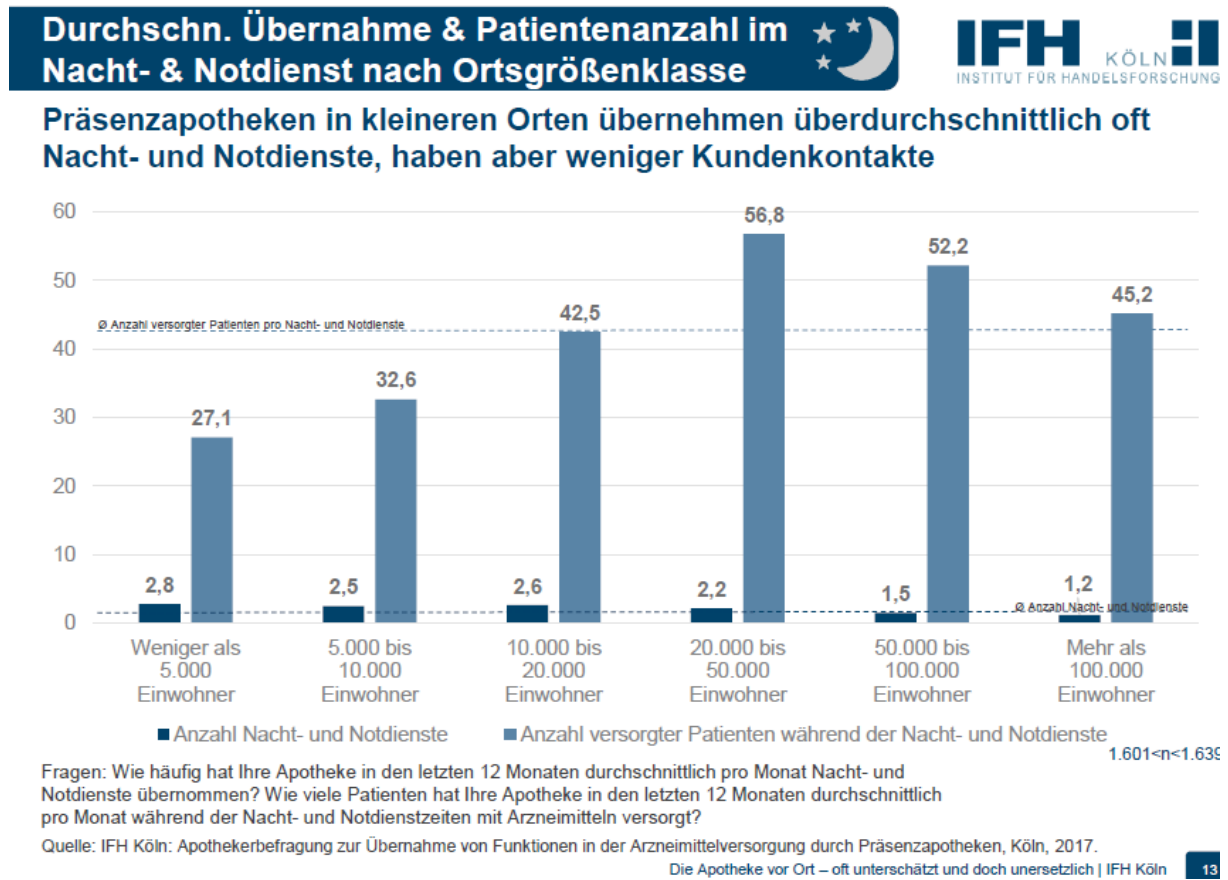
Die von uns interviewten Apotheker bemerkten, dass Notdienste die Arbeit auf dem Land noch unattraktiver machen:

- *Notdienst auf dem Lande sei eher fordernder als in der Stadt,*
- *Dienste seien häufiger und würden zu mehr Arbeitsbelastung führen und sich negativ auf die Work-Life-Balance auswirken*
- *Beispiele für die Dienstbelastung waren z. B.*
 - *alle 11 Tage Dienst auf dem Land. In einer Region mit insg. 9 Apothekenstandorten, davon 3 von einer Apotheke, müssen alle Dienste abgedeckt werden,*
 - *...während in der Stadt 12-14 Dienste pro Jahr anfielen.*
 - *1 approbierter Apotheker muss dann 24h in der Apotheke sein, das sei eine immense Dienstbelastung*
 - *seitens der Kammer gäbe es keine Unterstützung bei hoher Notdienstbelastung*

Hinzu komme die finanzielle Belastung durch Notdienste:

- *Notdienst auf dem Land sei nicht lukrativ, da man weniger Kunden habe, aber dieselben Personalkosten*
- *Durch große Einzugsgebiete entstehen lange Fahrstrecken...*
- *Notdienstpauschale für jeden geleisteten Notdienst ca. 230 €*

Abb. 48: Nacht- und Notdienste nach Ortsgrößen



8 Lösungsansätze

Um die Versorgung auch in strukturschwachen Regionen in der Zukunft sicher zu stellen, gilt es demnach, drei Ziele zu verfolgen:

1. **Die flächendeckende Versorgung durch Vor-Ort-Apotheken.** Dazu bedarf es einerseits genügend Nachwuchs und damit einhergehend einer attraktiven Arbeitsumgebung und ein positives Image vom Leben und Arbeiten auf dem Land.
2. **Die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung auch bei mangelnder Apothekendichte.** Hierzu gehören insbesondere technische Lösungen durch die Digitalisierung und Versand, aber auch eine neue Aufgabenverteilung, um etwa hausärztliche Versorgungsengpässe zu kompensieren sowie Botendienste.
3. **Optimierung der Versorgungsqualität allgemein im Hinblick auf steigende Anforderungen in der Versorgung Multimorbider und Älterer.** Hier gilt es insbesondere, die Versorgung als ein Kontinuum und integriertes System zu denken und dabei alle vorhandenen Ressourcen optimal zu nutzen

Die Lösungsansätze im Einzelnen:

8.1 Nachwuchs fördern

8.1.1 Nachwuchs für ländliche Regionen gewinnen

Wie zuvor beschrieben, ist das Nachwuchs- und Fachkräfteproblem auf dem Lande intensiviert. Ziel ist es daher, die wichtigsten beeinflussbaren Defizite auszugleichen. Hierzu gehören etwa finanzielle Anreize zur Niederlassung ebenso wie generelle Investitionen in die Infrastruktur oder persönliche Kontaktanbahnung.

Die befragten Experten regten Maßnahmen bereits im Studium an. Man könne z. B.:

- *...die Aufnahme zum Pharmaziestudium bei Verpflichtung zur Tätigkeit als Landapotheker erleichtern (analog zur Landarztquote im Medizinstudium).*
- *...die spätere Tätigkeit auf dem Land durch finanzielle Unterstützung fördern (z. B. zinslose Studiendarlehen, Zuschüsse oder der (Teil-)Erlass von Studiengebühren).*
- *...Kontakte zu Landapotheken früh herstellen: Praktika auf dem Land fördern oder regelhaft einführen.*
- *...Praktika auf dem Land finanziell fördern (Aufwandsentschädigung Übernachtungen/Fahrtkosten).*

Die Erfahrung der Interviewten zeigt, dass man Nachfolger auf dem Land am ehesten über persönliche Kontakte oder Menschen die aus der Umgebung kommen, gewinne. Oft auch

über "Apothekerkinder" selbst. Anknüpfungspunkte seien demnach Aktionen und Kampagnen auch schon in den Schulen, um Schüler aus ländlichen Regionen bereits frühzeitig für die Pharmazie zu begeistern.

8.1.2 Strukturelle Rahmenbedingungen schaffen

Die strukturellen Rahmenbedingungen für junge Nachfolger müssen attraktiv gestaltet werden. Auf politischer Ebene sollte die Schaffung einer ökonomischen und politischen Planungssicherheit und als attraktiv und fair empfundene Vergütungsstrukturen geschaffen werden. Hier gilt es etwa, die als überreguliert empfundenen Anforderungen und Rahmenbedingungen unter pragmatischen Gesichtspunkten zu hinterfragen.

Aus unseren Experteninterviews ergaben sich folgende Anregungen mit dem Ziel, die Regelvorgaben zu flexibilisieren und pragmatische Lösungen zu ermöglichen

- *Z.B. Auseinander aus Packungen*
- *Retaxation: hier wurden der Aufwand und die Unsicherheit als ein Problem gesehen, die z. B. durch einen Ombudsmann oder eine Schiedsstelle den Widerspruch erleichtern könnten, auch eine Quotenregelungen wurde vorgeschlagen.*
- *Rahmenbedingungen für Barrierefreiheit (auf dem Land) erleichtern.*
- *Die Mehrbelastung durch Notdienste könnte aus einem Nacht- und Notdienstfonds kompensiert werden.*

Durch Kooperationen (evtl. auch unkonventionelle) können flexiblere Arbeitszeiten erreicht werden und damit die Anforderungen an eine ausgeglichene Work-Life-Balance besser erfüllt werden. Dies ist insbesondere im Hinblick auf Feminisierung und den Wunsch zu mehr Teilzeitarbeit wichtig. Durch Anpassung der Öffnungszeiten und Schaffung von Synergien durch Kooperation von mehreren (Land-)Apotheken kommt man den Kunden und den Apothekemitarbeitern gleichermaßen entgegen.

Ein Vorschlag der Experten zu Öffnungszeiten: Zwei Apotheken könnten sich die Öffnungszeiten über die Woche teilen. "Besser eine Landapothek mit eingeschränkten Öffnungszeiten als gar keine Apotheke".

Außerdem können Kosten geteilt und das Angebot attraktiver gestaltet werden. Das wiederum zieht Patienten bzw. Kunden an. Regionale Akteure könnten über finanzielle Unterstützung die Bildung von solchen Versorgungszentren stärken.

Auch interprofessionelle Kooperationen (etwa in Gesundheitszentren) können die Attraktivität steigern und die Versorgung sichern. Sie bieten attraktive Arbeitsplätze sowohl für Apotheker, Ärzte und weiteren Gesundheitsanbietern und eröffnen die Chance einer sinnvollen Arbeitsteilung.

Nach Einschätzung der befragten Experten und Apotheker sei die tarifliche Entlohnung, v.a. für PTA, deutlich zu niedrig. Deshalb sei eine übertarifliche Bezahlung mittlerweile in nahezu allen Apotheken Standard, die tatsächliche Besetzung von offenen Stellen rücke ansonsten in noch weitere Ferne.

Die finanzielle Unterstützung für die Ausbildung neuer Fachkräfte sei ein möglicher Lösungsansatz.

8.1.3 Berufsausübung als Apotheker fördern

Grundsätzlich gibt es immer normative (strukturelle), utilitaristische (Anreize) und regulatorische (Zwang) Ansätze, um Veränderungen herbeizuführen.

Bis zu einem Drittel der neuapprobierten Pharmazeuten sind zunächst nicht bei der Kammer gemeldet, d.h. sind nicht pharmazeutisch tätig. Dieses Potenzial muss gehoben werden.

Dafür ist auf struktureller Ebene ein zentraler Aspekt, die (wahrgenommenen) Nachteile zu minimieren und vor allem das Image der Landapotheken zu verbessern. Die Arbeit in Apotheken muss sich gegenüber konkurrierenden Angeboten durch attraktive Arbeitsbedingungen behaupten. So sollte u. a. das Berufsbild durch neue Aufgaben und mehr interprofessioneller Kooperation aufgewertet werden.

Um die Attraktivität zu steigern seien laut der von uns befragten Experten folgende Ansätze denkbar und hilfreich:

- *die Teilnahme an Modellprojekten (z. B. zur Medikationsanalyse)*
- *Schaffung neuer Beratungsbereiche wie Gesundheitscoaching oder Lotsen*
- *mehr regionale Vernetzung und Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen*
- *die Nutzung neuer digitaler Kommunikationsmöglichkeiten (z. B. Telepharmazie)*
- *die Möglichkeit zur Fort- und Weiterbildung.*

8.2 Verbesserung der Versorgung durch sinnvolle Aufgabenverteilung und Kooperation

Die vorrangige Aufgabe der Apotheken ist die: „gebotene Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung der Bevölkerung.“¹¹² Aus dieser gesetzlich definierten Rolle ergibt sich vordergründig die Aufgabe der Versorgung der Bevölkerung mit Medikamenten. Unter den Aspekt der „ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung“ fällt jedoch auch fachliche Beratung im Rahmen der Abgabe von Medikamenten. Während in manchen Ländern die Ausweitung der Aufgaben von Apothekern weitgehend etabliert ist, ist die Apotheke in anderen Ländern, so auch in Deutschland, (noch) primär der Ort, der Medikamente zur Verfügung stellt. Durch das Praxissterben auf dem Land wird die Ressource Arzt immer knapper. Der wachsende Ärztemangel in ländlichen Regionen verursacht längere Anfahrtswege oder Wartezeiten für Patienten. Auch hier kann eine engere Kooperation zwischen Apothekern, Advanced Practice Nurses und Hausärzten ein Lösungsansatz sein, indem die Aufgaben zwischen den Berufsgruppen je nach regionaler Verfügbarkeit optimal aufgeteilt werden. Dies gilt für die Übernahme des Erstkontakts oder Koordinierungsaufgaben ebenso wie für Unterstützung in der Patientenberatung. Apotheken könnten überdies stärker in die Betreuung von multimorbiden Patienten eingebunden werden.

8.2.1 Welche Beratung in der Apotheke ist durch Patienten/Kunden gewünscht?

Eine Übersichtsarbeit aus dem Jahr 2018 zeigt, dass Patienten insbesondere in den Bereichen „unerwünschte Arzneimittelwirkungen“ und „Arzneimittelinteraktionen“ ein Beratungsbedürfnis haben¹¹³.

Klare und verständliche Therapieempfehlungen für Patienten verbessern die Therapietreue und damit das Therapieergebnis¹¹⁴. Dabei wird das Informationsbedürfnis u. a. durch den sozio-ökonomischen Status und Komorbiditäten beeinflusst. Sowohl ein „Zuviel“ als auch ein „Zuwenig“ an Information über die Arzneimitteltherapie kann bei Patienten einen Einfluss auf die Therapietreue haben.

Einschätzungen der Kunden

Laut einer Umfrage aus 2019 im Auftrag der AOK sind die Bürger in Deutschland mit der Apothekenversorgung derzeit sehr zufrieden. – egal, ob auf dem Land oder in der Stadt.

¹¹² (§1, Abs. 1 ApoG)

¹¹³ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6229142/pdf/ppa-12-2339.pdf#page=10&zoom=auto,-13,543>

¹¹⁴ Náfrádi L, Galimberti E, Nakamoto K, Schulz PJ. Intentional and Unintentional Medication Non-Adherence in Hypertension: The Role of Health Literacy, Empowerment and Medication Beliefs. *J Public Health Res.* 2016;5(3):762

Dabei sind Bürgern nach Hausärzten, die Apotheken am zweitwichtigsten. Danach kamen Einkaufsmöglichkeiten, Internetversorgung, Bildungseinrichtungen und Krankenhäuser. Außerdem hat sich nach Einschätzung 18 % der Befragten die Versorgung durch Apotheken verbessert (7 % verschlechtert), was in strukturschwächeren Regionen noch ausgeprägter war. Demgegenüber wurde von 20 % eine Verschlechterung der hausärztlichen Versorgung gesehen.¹¹⁵

8.2.2 Medikationsmanagement und „Pharmaceutical Care“ - umfassende Betreuung in Sachen Arzneimittel

8.2.2.1 Definitionen: Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) und Pharmaceutical Care

AMTS, d.h. die Arzneimitteltherapie und -sicherheit beschreibt „die Gesamtheit der Maßnahmen zur Gewährleistung eines optimalen Medikationsprozesses, mit dem Ziel, Medikationsfehler und damit vermeidbare Risiken für den Patienten bei der Arzneimitteltherapie zu verringern“.¹¹⁶ Die wichtigsten Begriffe zur AMTS sind nachfolgend erläutert:

Definitionen

Pharmakovigilanz ist die Gesamtheit der Maßnahmen zur Entdeckung, Erfassung, Bewertung und Vorbeugung von Nebenwirkungen sowie anderen arzneimittelbezogenen Problemen, die bei der Anwendung von Arzneimitteln auftreten. Sie unterteilt sich in **Arzneimittelsicherheit und Arzneimitteltherapiesicherheit**.

Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) ist die Gesamtheit der Maßnahmen zur Gewährleistung eines optimalen **Medikationsprozesses** mit dem Ziel, Medikationsfehler und damit vermeidbare Risiken für den Patienten bei der Arzneimitteltherapie zu verringern.¹¹⁷

Das **Medikationsmanagement** ist das koordinierte Zusammenwirken der am Medikationsprozess Beteiligten zur Gewährleistung der AMTS.¹¹⁸

Die Rolle des Apothekers wird durch **Pharmaceutical Care** definiert. PC ist “the pharmacist’s contribution to the care of individuals in order to optimise medicines use and improve health outcomes.”¹¹⁹

Methoden des Medikationsmanagements sind:

Medikationsanalyse (Brown-Bag Review)

¹¹⁵ <https://www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/detail/politik/zufriedenheit-platz-eins-fuer-apotheken-aok-umfrage/>

¹¹⁶ Quelle <https://www.akdae.de/Kommission/Presse/DAe/20141031.pdf>

¹¹⁷ Ein „Was ist Was“ der Sicherheit, Dr. Amin-Farid [Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft](https://www.akdae.de/AMTS/). (<https://www.akdae.de/AMTS/>) Zugriff 20.8.2020

¹¹⁸ AKDAE

¹¹⁹ <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jep.12783#jep12783-bib-0004>

„Eine Medikationsanalyse ist eine strukturierte Analyse der aktuellen Gesamtmedikation eines Patienten. Sie umfasst die vier Hauptschritte

- Identifikation von Datenquellen und Zusammentragen der Informationen,
- Evaluation und Dokumentation von manifesten und potentiellen arzneimittelbezogenen Problemen,
- Erarbeitung möglicher Lösungen sowie
- Vereinbarung von Maßnahmen mit dem Patienten und gegebenenfalls mit dem / den behandelnden Arzt / Ärzten.

Ziele sind die Erhöhung der Effektivität der Arzneimitteltherapie und die Minimierung von Arzneimittelrisiken.¹²⁰ Die Medikationsanalyse dient als Grundlage zur Erstellung eines (konsolidierten) Medikationsplans und des Medikationsmanagements.

Medikamenten-Review

Bei einem "medical review" (Medikamentenüberprüfung) wird zusammen mit einem Apotheker, Arzt oder einer Pflegekraft der Medikationsplan eines Patienten besprochen. Ziel dabei ist, einen Gesamtüberblick über alle Medikamente, die ein Patient einnimmt, zu erlangen und diese auf Verträglichkeit sowie auf eventuelle Wechselwirkungen zu kontrollieren. Ein solches Review sollte regelmäßig stattfinden, im besten Falle jährlich, damit eine dauerhaft korrekte Medikamenteneinnahme gewährleistet werden kann.

8.2.2.2 Medikationsmanagement in Deutschland

Angesichts der demographischen Entwicklung und der Zunahme der Komplexität in der medizinischen Versorgung haben die ABDA (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e.V.) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) bereits 2011 gemeinsam das „**Zukunftskonzept Arzneimittelversorgung**“ entwickelt, um die AMTS (Arzneimitteltherapiesicherheit) zu verbessern¹²¹. Das Konzept beinhaltet u. a. das **Medikationsmanagement**, was definiert wurde als „Erfassung und Prüfung der Gesamtmedikation mit dem Ziel der Vermeidung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen und Förderung der Compliance“. Laut ABDA baut „*Ein Medikationsmanagement ... auf einer Medikationsanalyse auf, an die sich eine kontinuierliche Betreuung des Patienten durch ein multidisziplinäres Team anschließt. Mit der kontinuierlichen Betreuung werden [...] arzneimittelbezogene Probleme und deren Ergebnis nach-*

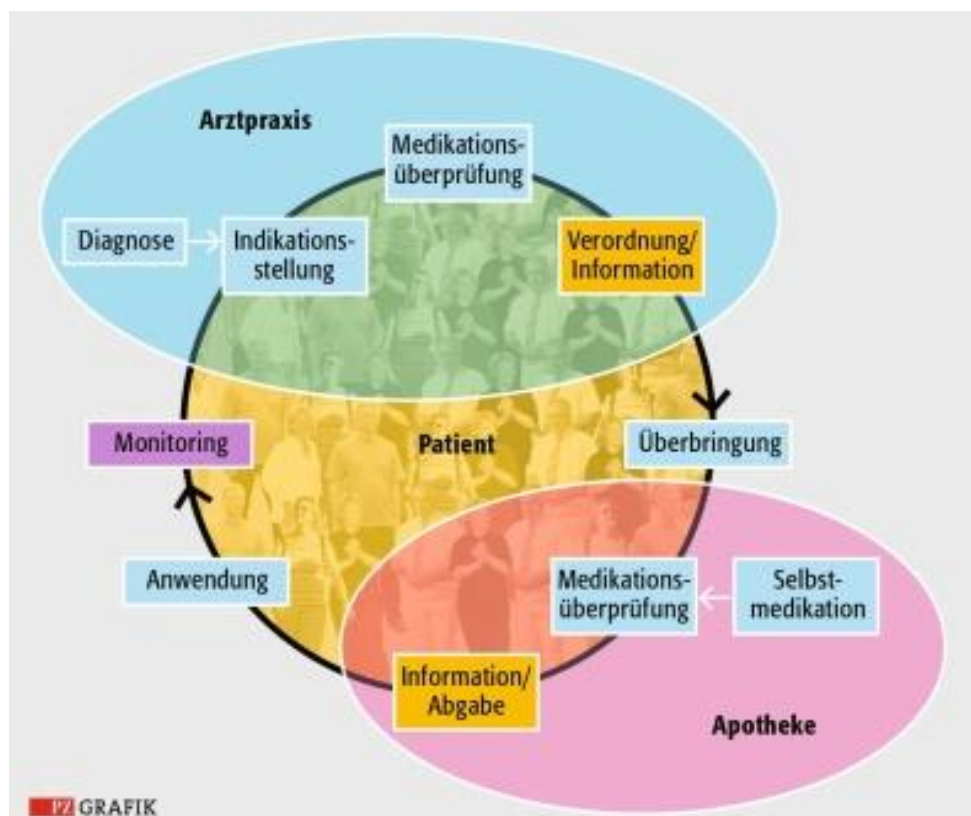
¹²⁰ ABDA - Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, Geschäftsbereich Arzneimittel. Grundsatzpapier zur Medikationsanalyse und zum Medikationsmanagement: Überblick über die verschiedenen Konzepte zur Medikationsanalyse und zum Medikationsmanagement als apothekerliche Tätigkeit, 2014. <https://www.abda.de/uploads/media/Grundsatzpapier.pdf>.

¹²¹ https://www.kbv.de/media/sp/ABDA_KBV_Zukunftskonzept.pdf

verfolgt [..]. Neuauftretende, manifeste und potenzielle arzneimittelbezogene Probleme werden erkannt, gelöst oder vermieden....“¹²² Pharmaceutical Care schreibt dabei Apothekern neben den Hausärzten eine aktive Rolle in der ambulanten Versorgung von Menschen zu.¹²³ (vgl. Abb. 49)

Die Bedeutung der Apotheke vor Ort in diesem Prozess wird Im Angelsächsischen bereits durch die Bezeichnung „community pharmacy“ deutlich. Bereits aktuell halten 98 % der Präsenzapotheken mehrmals wöchentlich Rücksprache mit den verordnenden Ärzten.¹²⁴ Zum Medikationsmanagement gehören aber auch Elemente, die über die im Berufsalltag bisweilen übliche Patientenbetreuung hinausgehen, so z. B.: systematisches, standardisiertes und strukturiertes Vorgehen, intensive persönliche Gespräche mit Patienten, systematische Erfassung und Analyse aller Medikamente sowie die formalisierte Kooperation von Ärzten und Apothekern.¹²⁵

Abb. 49: Der Medikationsprozess



Quelle: <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/ausgabe-182013/herausforderung-und-zukunftssicherung/>

¹²² https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/Medikationsmanagement/Grundsatzpapier_MA_MM_GBAM.pdf

¹²³ z. B. in Australien (Chen, Drugs Aging 2016, 33: 199-204)

¹²⁴ FH Köln: Apothekerbefragung zur Übernahme von Funktionen in der Arzneimittelversorgung durch Präsenzapotheken, Köln, 2017.

¹²⁵ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30062582/>

Der Umsetzung stehen aus Sicht der interviewten Apotheker folgende Faktoren im Wege:

- *Die Umsetzung des Medikationsmanagements erfolge bislang nur im Rahmen von Pilotprojekten, dies müsse flächendeckend ausgebaut werden.*
- *Komplette Interaktionschecks seien sehr zeitaufwändig (bis zu 8 Std) und würden in der Regel nicht vergütet.*
- *D.h. das Angebot sei nicht wirtschaftlich und mache eher Sinn als Motivation (neue Aufgabe) für neue/junge Mitarbeiter.*
- *Auch die Kommunikation Arzt-Apotheker müsse vergütet werden. Arzt bekomme eine Vergütung für die Verschreibung, Apotheker nicht...*

Kooperation zwischen Ärzten und Apothekern:

- *Medikationsanalysen müssten vermehrt angefordert werden, von individuellen Ärzten werde sie häufig aktiv abgefragt. Umgekehrt kontaktierten Apotheker v.a. die Ärzte, die sie persönlich kennen.*
- *Hinzu komme ein Konkurrenzempfinden zwischen Apothekern und Ärzteschaft, Ärzte empfinden die Rückmeldung und Beratung durch Apotheker teilweise als Kompetenzbeschränkung bzw. mangelnde Anerkennung. Ärzte fühlten sich kritisiert und Apotheker müssten um eine neue Verordnung „betteln“.*

Voraussetzung für das Funktionieren von Medikationsreviews durch Apotheker sei die Akzeptanz bei und Kooperation mit den verordnenden Ärzten. Es wurde deshalb angeregt,

- *schon in der Ausbildung zum Pharmazeuten bzw. Arzt durch gemeinsame Seminare im Studium Vorurteile gegenüber der jeweils anderen Berufsgruppe abzubauen.*
- *Die Kommunikationsabläufe im Rahmen des Medikationsmanagements sollten standardisiert werden und z. B. mit Hilfe von digitalen Medien (Chatrooms) vereinfacht werden.*
- *Apotheker sollten in den Verschreibungsprozess direkt mit einbezogen werden, und idealer Weise VOR der Verordnung durch den Arzt konsultiert werden.*
- *Apotheker bräuchten regelhaft definierte Informationen zu Patienten (ICD, Labor und Medikation) für den Review. Diese Informationsbereitstellung müsste unkompliziert geregelt werden.*

Ein Beispiel einer funktionierenden Kooperation sei der Medikationsreview in Pflegeheimen: Apotheker bieten dort vor Ort einen Med.Review an. Ziel sei in der Regel, Interaktionen und überflüssige Medikamente zu vermeiden. Hierbei sei die Rückmeldung an die Praxen in der Regel unkompliziert, häufig gehe es da über die MFAs.

8.2.2.3 Effekte des Medikationsmanagements

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen haben einen großen negativen Effekt auf das Gesundheitssystem. Bis zu 250.000 Krankenhauseinweisungen sollen auf vermeidbare Medikationsfehler zurückgehen.

Aus nationalen und internationalen Studien ist bekannt, dass Elemente des Medikationsmanagements die arzneimittelbezogenen Risiken für Patienten grundsätzlich reduzieren können und damit Therapieerfolge wahrscheinlicher machen, wenngleich die Evidenz insbesondere hinsichtlich der patientenbezogenen Outcomes schwach ist.^{126 127}Die erste randomisierte, kontrollierte Studie zur interdisziplinären apothekenbasierter Betreuung von Herzinsuffizienzpatienten (PHARM-CHF) zeigte positive Effekte auf Einnahmetreue, Lebensqualität aber keinen Effekt auf Arzneimittelrisiken.¹²⁸ Die WestGem-Studie konnte zeigen, dass ein Medikationsmanagement im Rahmen einer interprofessionellen Betreuung von Apothekern, Ärzten und Pflegedienst die Therapie älterer multimorbider Patienten signifikant verbessert.¹²⁹

Die Aussagen der Apotheker und Experten im Rahmen unserer Studie stimmten mit den Ansätzen des Medikationsmanagements und den sich daraus ergebenden Rollen für die Apotheker überein: Apotheker hätten die pharmazeutische Kompetenz dafür, sie stelle eine Grundkompetenz der Apotheker dar, insbesondere träfe das für die junge Apotheker-Generation zu. Überdies hätten Apotheker auch die Zeit dafür.

Vorteile des Medikationsmanagements wurden darin gesehen, dass

- ein engerer Austausch mit Patienten bestehe und dadurch die Therapie individueller angepasst werden könne.
- Nebenwirkungs-Management und Anwendungsprobleme könnten gelöst werden. So könnten z. B. tägliche Abläufe der regelmäßigen Einnahme im Wege stehen.
- Auch können durch die Auswahl des Stoffes innerhalb der Klasse, der am besten zu den Komorbiditäten und parallelen Therapien passt, Interaktionen und Nebenwirkungen vermieden werden.

¹²⁶ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29972691/>, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27816566/>, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25401788/>

¹²⁷ <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2018/daz-10-2018/was-apotheker-bei-der-rx-abgabe-leisten>

¹²⁸ <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/intensivere-betreuung-lohnt-sich>

¹²⁹ Koberlein-Neu J, Mennemann H, Hamacher S, Waltering I, Jaehde U, Schaffert C, Rose O. Inter-professional Medication Management in Patients With Multiple Morbidities. Dtsch Arztebl Int. 2016;113:741-8. doi:10.3238/arztebl.2016.0741 zitiert nach <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2018/daz-10-2018/was-apotheker-bei-der-rx-abgabe-leisten>

8.2.2.4 Modellprojekte zur Umsetzung des Medikationsmanagements aus Deutschland

ATHINA – Modellprojekt zur Umsetzung des Medikationsmanagements

Aktuell können Apotheken nur im Rahmen von Modellprojekten und nach entsprechenden Schulungen, meist durch die zuständigen Apothekerkammern, umfassende und detaillierte Medikationsanalysen durchführen. Das Modellprojekt ATHINA wurde von der Apothekerkammer Nordrhein entwickelt und wird mittlerweile in 11 Bundesländern umgesetzt. Beim im Rahmen von ATHINA angebotenen Medikationsmanagement handelt es sich um eine Selbstzahlerleistung für den Patienten (die Landesapothekerkammer empfiehlt einen Betrag von 69 €).¹³⁰

Der Ablauf von ATHINA und ähnlichen Medikationsmanagement-Modellprojekten gestaltet sich in der Regel wie folgt: Es finden zwei Gespräche mit dem Patienten statt. Dazwischen liegt die Auswertung des Apothekers hinsichtlich der eingenommenen Präparate. Identifiziert werden sollen insbesondere Wechselwirkungen, Unverträglichkeiten, ggf. abgelaufene Arzneimittel. Auch prüft der Apotheker, inwiefern beispielsweise ein Kombimittel statt zwei verschiedenen Präparaten oder eine andere Darreichungsform (beispielsweise Tropfen statt Tabletten) in Frage kommen. Bei einem zweiten Termin werden die identifizierten Probleme besprochen und der Patient erhält einen aktualisierten und übersichtlichen Medikationsplan.¹³¹

Das 2014 ins Leben gerufene **Modellprojekt ARMIN** (Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen) geht noch einen Schritt weiter und bezieht den behandelnden Arzt bei der Medikationsanalyse konkret mit ein. Der zuständige Arzt und Apotheker werden in diesem Projekt vom Patienten festgelegt und sind anschließend an der Erstellung und laufenden Aktualisierung des Medikationsplans beteiligt.¹³² Eine Evaluation im Rahmen des Projektes PRIMA (Primärsystem-Integration des Medikationsplans mit Akzeptanzuntersuchung) zeigte, dass der elektronische Datenaustausch zwischen Apotheken und Arztsoftware funktionierte, auch die vereinbarten Verantwortlichkeiten von Arzt und Apotheker wurden als sinnvoll und praktikabel bewertet.¹³³

Auch im Werra-Meißner-Kreis wurde ein gemeinsames Arzneimittelkonsil mit Ärzten und Apothekern etabliert, was dem Konzept Pharmaceutical Care entspricht.¹³⁴

Im Rahmen des Gutachtens befragte ATHINA-Apotheker zweifelten die Kostendeckung durch die von der Kammer vorgesehene Gebühr an. Oft seien die Analysen kompliziert und

¹³⁰ <https://www.aknr.de/apotheker/inhalt.php?id=153&sid=nhrmmbd8npphgmbm6e8jpkh5kf>

¹³¹ <https://www.lak-bw.de/service/patient/athina-medikationsanalyse.html>

¹³² <https://www.arzneimittelinitiative.de/ueber-armin/grundlagen>

¹³³ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30062582>

¹³⁴ https://optimedis.de/files/OptiMedium/deutsch/2020/01_Juni/pdf/OptiMedium_DE_Juni_2020.pdf

zeitaufwändig. Pro Patient seien bis zu fünf Stunden Zeitaufwand notwendig inkl. der Vor- und Nachgespräche.

Die Medikationsanalyse (z. B. ATHINA s. u.) sei aktuell privat zu bezahlen und würde deshalb von Patienten bislang zu wenig nachgefragt. Deshalb sei die Anerkennung als Kassenleistung unabdingbar.

Modellprojekt Apotheke 2.0 - Digitale Unterstützung beim Medikationsmanagement

Mit dem dreijährigen Gemeinschaftsprojekt in Westfalen-Lippe sollten die Möglichkeiten der Digitalisierung optimal genutzt werden, um die Arzneimittelversorgung von älteren Menschen – besonders in strukturschwachen Regionen – zu verbessern und damit Pflegeheim- oder Krankenhausaufenthalte so lange wie möglich hinauszuzögern.¹³⁵ Letztendlich sollen dadurch Apotheken eine zunehmende Lotsenfunktion einnehmen.¹³⁶

Zu den Angeboten gehören eine elektronische Interaktionsüberprüfung mit anderen Arzneimitteln des Patienten und eine IT-gestützte Unterstützung der Dauermedikation sowie die Überprüfung von Vitalparametern durch Wearables und Telemedizin. Auch IT-basierte Services für Pflegeheime, pflegende Angehörige und Pflegebedürftige selbst sind angedacht.

8.2.3 Beratung zur Selbstmedikation und Prävention - Apotheker als Lotsen

Durch Selbstmedikation und bessere Gesundheitskompetenz der Bevölkerung kann das Gesundheitssystem entlastet werden. Selbstmedikation (mit OTC-Präparaten) spare der Gesetzlichen Krankenversicherung bis zu 4,5 Milliarden € pro Jahr. Mit den selbst erworbenen Medikamenten reduziert sich die Anzahl der Arztbesuche; sowohl Patienten als auch Ärzte sparen demnach Zeit.¹³⁷ Der Effekt der Beratung zu Selbstmedikation konnte wissenschaftlich etwa für Asthma belegt werden: durch ein verbessertes Wissen zur Krankheit verbesserte sich das Selbstmanagement und damit die Kontrolle des Asthmas.¹³⁸

Durch ihre Beratung optimieren Apotheken somit den therapeutischen Nutzen der (Selbst-)Medikation und erhöhen die Wahrscheinlichkeit eines Behandlungserfolgs mit weniger Nebenwirkungen. Die ABDA beschreibt 2014 konkrete Beratungsleistungen zur individuellen Verhaltensprävention (Ernährung, Gewicht, Rauchen, etc.), zu Screening Angeboten sowie zu Angeboten der Gesundheitsförderung in Lebenswelten (z. B. Schulen).¹³⁹

¹³⁵ <https://www.apotheke20.de/>

¹³⁶ <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/modellprojekt-will-offizinen-staerken/>

¹³⁷ Studie von Uwe May zur Selbstmedikation

¹³⁸ Kovačević M, Čulafić M, Jovanović M, Vučićević K, Kovačević SV, Miljković B. Impact of community pharmacists' interventions on asthma self-management care. Res Social Adm Pharm 2017.

¹³⁹ [Weitere Leistungen der Apotheker in Prävention und ... – ABDA](#)

Apotheken können auch bei erweiterten **Gesundheitscoachings** eine wichtige Rolle übernehmen. Sie hätten zum einen das nötige pharmazeutisch-gesundheitliche Know-how und zum anderen kennen sie die Bedarfe ihrer Kunden gut.¹⁴⁰ Sie haben – insbesondere auf dem Land – einen regelmäßigen Kontakt zu ihren Kunden und sind der niederschwelligste Ansprechpartner zur gesundheitlichen Versorgung. Apotheker können Patienten in ihrer gesamtgesellschaftlichen persönlichen Lebenssituation im Sinne des Case Management Konzepts erfassen.¹⁴¹

In einem **Modellprojekt im „Gesunden Werra-Meißner-Kreis“** wurden Apotheker und PTAs zu Gesundheitslotsen ausgebildet. Hier beraten und unterstützen die Lotsen ihre Patienten hinsichtlich Gesundheitsförderung, Selbstmanagement und Gesundheitskompetenz.¹⁴²

*Auch im Rahmen der von uns geführten Interviews wird die Förderung der **Apothekerrolle als Lotse** durchweg befürwortet. Apotheker seien die am niederschwelligsten erreichbaren Heilberufler. Die ganzheitliche Betreuung durch den Apotheker schaffe eine bessere und patientenzentriertere Versorgung bei gleichzeitiger Aufwertung des Berufsbilds durch mehr interprofessionelle Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsdienstleistern. Die Kompetenzen zur Kooperation und Teamarbeit werden abgerufen, was den Apothekenberuf besonders beim Nachwuchs wieder attraktiv mache.*

Bereits heute agiere der Apotheker als Lotse (Er macht Termine mit Fachärzten, Sozialstationen oder berät Kunden hinsichtlich verfügbarer regionaler Angebote). Ein Modellprojekt von Betapharm zu Sozialberatung durch Apotheker sei zwar erfolgreich gewesen, aber „eingeschlafen“.¹⁴³

8.2.4 Weitere Aufgaben und Ansätze

8.2.4.1 Impfen

Bislang beschränkt sich die Verantwortung der Apotheker beim Thema Impfungen auf die Bereitstellung von Impfstoffen. Apotheken sind zur Bestellung, Lagerung und Abgabe der Impfstoffe, meist an Arztpraxen, verpflichtet. Mit dem im März 2020 in Kraft getretenen Masernschutzgesetz ergibt sich jüngst eine neue Herausforderung für die Apotheker. Ähnlich wie in anderen Ländern sollen künftig auch in Deutschland Apotheken Impfungen gegen Grippe

¹⁴⁰ https://optimedis.de/files/OptiMedium/deutsch/2020/01_Juni/pdf/OptiMedium_DE_Juni_2020.pdf (... Modellprojekte Kinzigtal S. 7)

¹⁴¹ <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/inhalt-50-2002/pharm5-50-2002/>

¹⁴² https://optimedis.de/files/OptiMedium/deutsch/2020/01_Juni/pdf/OptiMedium_DE_Juni_2020.pdf

¹⁴³ <https://silo.tips/download/soziales-engagement-der-betapharm-arzneimittel-gmbh-im-berblick-2>

durchführen können. Mittels dieses niederschweligen Angebots für Kunden und Patienten erhofft man sich eine Steigerung der Impfquote, um letztlich einen wirksamen Schutz der gesamten Bevölkerung gegen Ansteckung („Herdenschutz“) zu gewährleisten.¹⁴⁴

Das Impfen durch die Vor-Ort-Apotheken soll zunächst durch Modellprojekte erprobt und evaluiert werden. Das erste und bislang einzige Modellprojekt wurde zwischen dem Landesapothekerverband Nordrhein oder der AOK Rheinland/Hamburg verbindlich vereinbart und soll in der Grippesaison 2020/21 starten.^{145 146 147}

Die im Rahmen dieses Gutachtens befragten Apotheker blicken dieser Neuerung mit gemischten Gefühlen entgegen. Einerseits werden die Vorteile v.a. aus Patientensicht anerkannt. Der Besuch in einer Arztpraxis falle weg und den Patienten eröffnet sich ein niederschwelliger Zugang in der Apotheke. Die Durchimpfungsrate könne dadurch gesteigert werden.

Von mehreren Apothekern wird jedoch angemerkt, die Kompetenz für das Impfen an sich liege nicht bei der Apotheke, sondern beim Arzt. Bislang werde die Verabreichung von Injektionen im Pharmaziestudium nicht gelehrt. Es erfordere demnach Schulungen des Personals zur Durchführung der Impfungen, aber auch zu Notfällen wie allergischen Schocks. Weiterhin wird befürchtet, mit der neuen Aufgabe stehen aufwändige strukturelle Änderungen bevor, beispielweise im Bereich von Hygienevorgaben oder ein höherer Dokumentationsaufwand.

Auch die Ärzteschaft sieht diese Entwicklung kritisch. Wichtiger sei es „die Kooperation von Arzt und Apotheker zu stärken und über Modellprojekte die Arzneimittelversorgung im Bereitschaftsdienst oder nach Hausbesuchen zu verbessern.“¹⁴⁸

8.2.4.2 Diagnostische Tests

Über die reine Medikationsanalyse hinaus können weitere diagnosespezifische Beratungs- und Behandlungsaufgaben durch Apotheken durchgeführt werden. Damit kann die Apotheke einen Beitrag zu populationsweiten Screenings leisten, beispielsweise über die Abgabe von

¹⁴⁴ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/impfpflicht.html>

¹⁴⁵ <https://www.abda.de/themen/pilotprojekt-grippeschutzimpfungen>

¹⁴⁶ <https://www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/detail/pta-live/nordrhein-die-ersten-apotheker-haben-geimpft/>

¹⁴⁷ <https://www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/detail/internationales/1700-grippeimpfungen-in-einer-apotheke-neuseeland-corona/>

¹⁴⁸ https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2020/08/12/kreative-kooperationsprojekte-statt-impfungen-in-der-apotheke?utm_campaign=kurzNach6&utm_source=20200812&utm_medium=newsletter&utm_keyword=article

kostenlosen Blutzucker-Teststreifen für eine frühe Detektion von Diabetes oder über Screenings zu kardiovaskulären Risikofaktoren (über Blutdruckmessung).¹⁴⁹ Denkbar – und teilweise schon angeboten – sind auch weitere Messungen (z. B. Blutdruck, Cholesterin, Venen und Knochendichte), wobei hier eine sinnvolle Abstimmung mit der ärztlichen Versorgung stattfinden sollte.

8.2.4.3 Kooperation mit dem ärztlichen Notdienst

Aktuell seien die Notdienstpläne der Apotheken nicht mit denen der Ärzte harmonisiert, d.h. manchmal käme es zu verzögerter Arzneimittelversorgung der Ärzte oder behandelten Patienten. Deshalb machte der Hausärzterverband den Vorschlag, Apotheken an die Notdienstpraxen anzugliedern.

Weitere Ideen aus den Interviews waren:

- *Apotheken könnten eine Fahrbereitschaft im Nachgang an Hausbesuche anbieten.*
- *Alternativ könnten „mobile Boxen“ für den Fahrdienst organisiert werden.*
- *Es könnte eine PTA in der Notdienstpraxis eingesetzt werden, die die verschriebene Medikation im Auftrag des Apothekers ausgibt.*
- *In Kombination mit einer (elektronischen) Rezeptbox bzw. dem E-Rezept kann die Entnahme der Medikation aus einem von Apotheken verwalteten Bestand erfolgen.*
- *Durch Materialabsprachen Lieferketten stabiler und schlanker gestalten.*

8.2.4.4 Beratung durch Tele-Pharmazie

In der Telepharmazie werden Kunden und Patienten mittels einer Videoverbindung von Personal aus der Apotheke beraten. Insbesondere in der gegenwärtigen Corona-Pandemie stellt diese Form der digitalen Beratung eine sinnvolle Versorgungsform ohne die Notwendigkeit eines direkten Kontakts dar. Hierzu zählt z. B. auch die Videoberatung im Rahmen der Botenlieferung.

In den vergangenen Monaten haben sich – aufgrund der Situation – eine Vielzahl an Anwendungen am Markt etabliert. Eine der bekanntesten Anwendungen ist die App „Apomondo“, entwickelt von einem Zusammenschluss von Apothekern. Das Tool ist kostenlos – für teilnehmende Apotheken wie für die Kundschaft. Bei Apomondo erhält der Patient einen Zugangslink von seiner teilnehmenden Vorort-Apotheke, mit dem er sich für die Tele-Beratung einwählen kann. Anwendungsbeispiele der App sind z. B. Medikationsanalyse, Medikationsmanagement, Selbstmedikationsberatung, Inkontinenzberatung, Beratung zu Hilfsmitteln und weitere.¹⁵⁰

¹⁴⁹ https://www.gesundheitsdialog-bw.de/fileadmin/media/Modellprojekt_SueV/SueV_BW_Abschlussbericht.pdf

¹⁵⁰ <https://www.apomondo.de/>

Auch Bestell-Apps fallen unter telepharmazeutische Anwendungen, mit denen Medikamente nach Abfotografieren des Rezepts bei der Vor-Ort-Apotheke bestellt werden können, wie zum Beispiel in der App „Deine Apotheke“. Dabei kann ggf. auch eingesehen werden, ob das gewünschte Arzneimittel vorrätig ist oder wann mit einer Lieferung/Abholung zu rechnen ist. Zusätzlich kann mit dem Apotheker für Beratung und Absprache eines Abholtermins gechattet werden.¹⁵¹

Nach Einschätzung der von uns befragten Apotheker stellt die Telepharmazie einen möglichen Ersatz für fehlende Vor-Ort-Apotheken auf dem Lande dar. In Kombination mit einem Lieferservice (d.h. Beratung und Lieferung am selben Tag) könne gar ein Wettbewerbsvorteil gegenüber der Versandapotheke entstehen und somit die Vor-Ort-Apotheken gestützt werden. Weiterhin wird die Chance der Telepharmazie auch in Ballungszentren betont. Auch in Städten lebende immobile Patienten könnten von der Versorgungsform profitieren.

Prinzipiell lasse sich die Beratung per Videotelefonie vom Personal auch von zuhause ausführen. Mit der Möglichkeit des „Home Offices“ für Apotheker eröffnen sich folglich neue Potentiale für eine bessere Work-Life-Balance und damit eine Attraktivitätssteigerung für das Berufsbild des Apothekers.

Voraussetzung für eine gelingende Telepharmazie sei zum einen die Erfüllung der technischen Voraussetzungen. So muss zum einen eine datensichere Kommunikationsverbindung geschaffen werden und zum anderen müssen die Kommunikationspartner auch über die erforderliche Hardware (Smartphone, Tablet, PC) verfügen und mit dem Gerät zurechtkommen. Ebenso müsse die Videofunktion des Geräts über eine gewisse Auflösung verfügen, sodass beispielsweise auch Blickdiagnosen (bei Haut, Wunden, Kosmetik) möglich sind.

8.2.4.5 Community Pharmacy Enhanced Services Network (USA)

In den USA ist das seit 2019 laufende Community Pharmacy Enhanced Services Network (CPESN), ein integriertes Apothekennetzwerk mit über 2.000 Apotheken zum Beispiel sehr erfolgreich. Sie bieten Medikamentenüberprüfungen, Arzneimittelsynchronisation und Führung einer Medikationsakte an, unterstützen Opioid- oder HIV-Patienten, führen Impfungen durch und nehmen an Disease -Management-Programmen teil. Die Effekte der Interventionen werden erfasst und darauf aufbauend ergebnisbezogene Vergütungen festgelegt.¹⁵²

¹⁵¹ <https://deine-apotheke.com/deineApp>

¹⁵² <https://www.cpesn.com/>

8.2.4.6 Verbesserte Arzneimittelversorgung durch Bindung an eine Apotheke (Niederlande)

In den Niederlanden gibt es die Möglichkeit, sich bei einer Apotheke zu registrieren. Dadurch können Hausärzte (bei denen Patienten ebenfalls eingeschrieben sind) Rezepte direkt zur jeweiligen Apotheke emailen und die Medikamente können durch den Patienten dann direkt und ohne Wartezeit abgeholt werden. Darüber hinaus ist in der Apotheke durchgehend dokumentiert, welche Medikamente im Verlauf der Zeit dem Patienten verschrieben wurden und welche er ggf. dauerhaft einnimmt. So wird immer durch die Apotheke ein Interaktionscheck durchgeführt.

Einschätzung:

Dieses Einschreibemodell ist prinzipiell mit einer freier Apothekenwahl vereinbar, denn die Apotheke ist selbst gewählt. In Deutschland gibt es eine ähnliche Kundenbindung über Kundenkarten. Allerdings ist die Bindung an die Apotheke nicht ausschließlich. Dadurch fehlt die Transparenz ausgegebener Medikamente, überdies fehlen die technischen Voraussetzungen.

8.2.5 Interprofessionelle Kooperation verbessert die Behandlungsergebnisse

Die Umsetzung des Medikationsmanagements bzw. von Pharmaceutical Care bedarf der interprofessionellen Zusammenarbeit. Im Arzneimittelbereich meint das insbesondere die Kooperation zwischen Apotheker und Ärzten, aber auch zwischen Apothekern und anderen Gesundheitsberufen, beispielsweise Sozialarbeiter, Case Manager. Der Grad an Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Apothekern scheint die Umsetzung von Empfehlungen zur Medikation bei Patienten positiv zu beeinflussen¹⁵³ und sogar die klinischen Outcomes bei Fettstoffwechselstörungen, Bluthochdruck und Diabetes zu verbessern.¹⁵⁴ Gleichzeitig wertet vermehrte Kooperation das Berufsbild des Apothekers auf. Gerade jüngere Menschen, die den Beruf des Apothekers anstreben, sind motiviert zur Zusammenarbeit.

Der Sachverständigenrat forderte bereits 2009 und 2012¹⁵⁵ eine Stärkung der interdisziplinären Zusammenarbeit bei der Arzneimitteltherapie insbesondere zwischen Ärzteschaft und

¹⁵³ (Kwint HF, Bermingham L, Faber A, Gussekloo J, Bouvy ML. The relationship between the extent of collaboration of general practitioners and pharmacists and the implementation of recommendations arising from medication review: a systematic review. *Drugs Aging*. 2013;30(2):91-102. doi:10.1007/s40266-012-0048-6)

¹⁵⁴ <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11096-019-00851-1>

¹⁵⁵ Sondergutachten 2009 und 2012 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

Apothekerschaft mit dem Ziel der „Förderung von Therapiesicherheit und bestimmungsgemäßen Gebrauch“. Mit dem dritten "Aktionsplan zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit in Deutschland" (**Aktionsplan AMTS 2016 – 2019**) wurde dies aufgegriffen um: „gemeinsam mit allen Beteiligten – der Ärzte- und Apothekerschaft, den Pflegekräften sowie den Patientinnen und Patienten – den sicheren Umgang mit Arzneimitteln [zu] fördern“.¹⁵⁶ Ein thematischer Schwerpunkt waren hierbei „Strategien zur Verbesserung der Sicherheit des Arzneimitteltherapieprozesses“ mit Fokus auf einer verstärkten Kooperation zwischen Apothekern und der Ärzteschaft.

8.2.5.1 Barrieren und Voraussetzungen für interprofessionelle Zusammenarbeit

Umfrageergebnisse aus 2010 zeigten, dass der Kontakt zwischen Ärzten und Apothekern lose und wenig strukturiert ist und dass das gegenseitige professionelle Rollenverständnis durch teils falsche Vorstellungen vom Anderen geprägt ist.¹⁵⁷ Auch 2015 schloss der Apothekenalltag das Medikationsmanagement mehrheitlich noch nicht ein und die Kooperation hing von der räumlichen Distanz zwischen Arzt und Apotheke als auch vom Alter des Arztes ab.¹⁵⁸ Eine zentrale Erkenntnis aus dem Aktionsplan war, dass eine **einheitliche Auffassung zur Aufgabenverteilung zwischen Ärzteschaft, Apotheken und Pflege fehlt**: Aus Sicht der Ärzteschaft wird die Medikationsanalyse primär als ärztliche Aufgabe bzw. als Aufgabe, die in Verantwortung des Arztes liegt, angesehen: Die Pflege wird insbesondere im Bereich der Beobachtung des Patienten gesehen, zum Beispiel bei Adhärenzproblemen und Anwendungsfehlern. Apotheker wiederum seien stark im Erkennen von arzneimittelbezogenen Problemen (ABP), wobei deren Lösung wiederum in der Verantwortung der Ärzte läge.¹⁵⁹

Internationale Studien benannten insbesondere Zeitmangel, unklare bzw. fehlende Vergütungsstrukturen, mangelnde Kompetenz und fehlendes Kommitment als weitere Barrieren.¹⁶⁰

In einer systematischen Literaturrecherche zu der Arzt-Apotheker-Kooperation wurden sechs potenzielle **Erfolgsindikatoren für die Durchführung von interprofessionellen Projekten zwischen Ärzten und Apothekern** ermittelt:

- persönliches Kennenlernen
- das Einbeziehen beider Heilberufe in die Projektplanung
- die Etablierung gemeinsamer (Informations-)Veranstaltungen
- die Sicherstellung der technischen Machbarkeit

¹⁵⁶ Zitat H. Gröhe (<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2016/aktionsplan-amts.html>)

¹⁵⁷ <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s11096-013-9772-1.pdf>

¹⁵⁸ <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11096-019-00851-1>

¹⁵⁹ <https://www.akdae.de/AMTS/Aktionsplan/Aktionsplan-2016-2019/docs/M29-WS-Ergebnisprotokoll.pdf>

¹⁶⁰ <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jep.12783>

- Incentivierung
- die Einbindung in bestehende Versorgungsstrukturen.¹⁶¹

Eine gelingende Kooperation hängt somit stark vom lokalen Netzwerk und individuellen Engagement ab. Zusätzlich sind Vorbilder einzelner Apotheken hilfreich, um ein neues Rollenmodell für Apotheker zu entwickeln.

Bislang war auch die rechtliche Situation bei Kooperationen unklar: Mit dem PDSG wird nun geregelt, dass das Verbot **nicht für gesetzlich vorgesehene Rechtsgeschäfte und Absprachen gilt**. Hierunter zählen z. B. Integrierte Versorgungsverträge nach §140 SGB V oder Heimversorgungsverträge. Die Erwartung ist, dass dadurch künftig Kooperationen vereinfacht werden.

FAZIT:

Apotheker können ihrer Qualifizierung folgend jedoch deutlich mehr zur Versorgung beitragen und insbesondere strukturierter in das Medikationsmanagement (pharmaceutical care, **siehe Kap. 8.2.2**) eingebunden werden.¹⁶²

Im ersten Schritt könnte die Kooperation der Akteure vor Ort durch regionale gemeinsame Veranstaltungen und Weiterbildungen gestärkt werden.

Durch die Etablierung gemeinsamer Ausbildungscurricula kann schon in der Ausbildungs- und Studienzeit multiprofessionelles Arbeiten im Team gefördert werden, da das gegenseitige Verständnis gefördert wird. Vor diesem Hintergrund werden aktuell bereits gemeinsame Ausbildungsabschnitte insbesondere für Pflege und Medizin angestrebt (Masterplan 2020). Hier könnten auch Apotheker besser integriert werden.

Mit dem PDSG wird geregelt, dass das Kooperationsverbot nicht für gesetzlich vorgesehene Rechtsgeschäfte und Absprachen gilt.

8.2.5.2 Gesundheitszentren

Über die zunehmende Verantwortung der Apotheker im Bereich Gesundheitsberatung und Medikationsberatung wird die Apotheke auch mehr und mehr ein Teil einer integrierten Versorgung.¹⁶³

¹⁶¹ Weißborn et al 2018, Potentielle Erfolgsindikatoren für die Durchführung...

¹⁶² <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/so-wird-aus-apotheker-und-arzt-ein-team/>

¹⁶³ Def. Integrierte Versorgung (IV) = patientenorientierte interdisziplinäre medizinische Versorgung durch eine enge Kooperation unterschiedlicher Leistungserbringer (zum Beispiel Haus- und Fachärzte, ärztliche und nichtärztliche Leistungserbringer, Krankenhäuser, MVZs, Vorsorge- und Rehaeinrichtungen, und andere) mit dem Ziel der Qualitäts- und Effizienzverbesserung der medizinischen Versorgung

Um in strukturschwachen Gebieten die Versorgung sicher zu stellen, werden aktuell verschiedene Modelle zur integrierten Primärversorgung im Rahmen von Zentren erprobt.¹⁶⁴

Verschiedentlich wurde in unseren Interviews auf die Möglichkeit verwiesen, dass Apotheken ja bereits eine gewisse Infrastruktur vorhalten, die auch in solchen integrierten Gesundheitszentren angedacht sind:

- *Niedrigschwelliger Zugang*
- *Räumlichkeiten für Beratung und Besprechungen*
- *Pharmazeutische Kompetenz*
- *Personelle Kompetenzen und ggf. Ressourcen für erweiterte Beratung*

Zudem würde die Zentrumsbindung wahrscheinlich auch den Kundenstamm stärken. Durch Einsparungen im Rahmen von Cost-Sharing könnte zudem das Angebot (z. B. um gesundheitsfördernde Angebote) erweitert werden.

Die Kooperation von Apothekern mit Hausärzten im Rahmen von Medikationsreviews kann in solchem Setting auch enger an die hausärztliche Versorgung angedockt werden. In Dänemark konnte gezeigt werden, dass ein Großteil der Hausärzte den Empfehlungen von Pharmazeuten, die den Medikationsreview in ihren Praxen anboten, folgten.¹⁶⁵

8.2.5.3 Verordnungen von Medikamenten durch Pharmazeuten (Pharmaceutical Prescribing)

In vielen anderen Ländern bereits Praxis, in Deutschland hingegen ist die Verordnung rezeptpflichtiger Medikamente bislang ausschließlich Ärzten vorbehalten. Beispiele aus Großbritannien, den USA, Kanada und anderen haben gezeigt, dass die Verschreibung von Medikamenten durch Nicht-Mediziner ähnliche Gesundheitsoutcomes beim Patienten erzielt, wie die von Ärzten.

Zumeist geht es bei den Verordnungen durch Apotheker und anderes Gesundheitspersonal um das Management chronischer Erkrankungen und Multimorbidität wie Diabetes, Blutdruck und Herzinsuffizienz oder auch leichteren Akuterkrankungen wie beispielsweise unkomplizierten Harnwegsinfekten.

Pharmaceutical Prescribing (UK)

¹⁶⁴ Z. B. PORT (Robert-Bosch-Stiftung), Intersektorale Gesundheitszentren; Schmid, A., Hacker, J., Rinsche, F. und Distler, F. (2018), Intersektorale Gesundheitszentren: Ein innovatives Modell der erweiterten ambulanten Versorgung zur Transformation kleiner ländlicher Krankenhausstandorte, Gutachten der Universität Bayreuth und der Oberender AG im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, URN: <http://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:bvb:703-epub-3852-8>.

¹⁶⁵ Brandt et al 2014

Der Hauptantrieb zur Zulassung des „Pharmacist Prescribing“ im Vereinigten Königreich war der Wunsch, sich die Fähigkeiten und Spezialisierungen der verschiedenen Gesundheitsprofessionen mehr zu Nutze zu machen. Heute gibt es in UK zwei Modelle des „pharmacist prescribing“: 2003 wurde das „Supplementary prescribing“ (SP) eingeführt. Hier kann der Apotheker im Rahmen einer durch einen Arzt gestellten Diagnose ein Arzneimittel verschreiben. Die Vereinbarung ist in einem freiwilligen „Clinical Management Plan“ (CMP) festgehalten. Beim „Independent prescribing“ (IP), das seit 2006 Anwendung findet, darf der Apotheker jedes Medikament unabhängig verschreiben, sei es für eine bereits gestellte Diagnose oder für einen nicht-diagnostizierten Zustand. Es bedarf dabei keinem CMP oder einer anderen Partnerschaft mit einem verschreibenden Arzt. Um zur Verschreibung zugelassen zu werden, müssen Pharmazeuten ein akkreditiertes Schulungsprogramm absolvieren. Die Akkreditierung gilt landesweit im Vereinigten Königreich.¹⁶⁶ Auch in Schottland agieren Apotheker seit 2013 als unabhängige Verschreiber. Sie arbeiten zum Teil in Arztpraxen, sind aber auch in der Apotheke selbst die erste Anlaufstelle für chronisch kranke und multimorbide Patienten im Hinblick auf Polypharmazie.¹⁶⁷¹⁶⁸

Eine Verordnungserlaubnis für Apotheker könnte die Versorgungsprobleme in ländlichen Gegenden abmildern. Mit einer Erweiterung der Apotheken-Kompetenzen um die „Verordnungserlaubnis“ würde die Abhängigkeit von vorhandenen Arztpraxen nur noch eingeschränkt bestehen.

Verordnungen durch Apotheker im Notdienst auch in Deutschland sinnvoll?

Ein Beispiel aus unserem Workshop zeigt, dass dies auch in Deutschland sinnvoll sein kann: Wenn Patienten etwa eine Konjunktivitis oder Blasenentzündung hätten, die mit standardisierten Antibiotikagaben behandelt werden, dürfe vom Apotheker diese Medikation erst nach ärztlichem Rezept verordnet werden. Dasselbe gilt, wenn Patienten mit bekannten chronischen Erkrankungen ihre regelhafte Medikation am Wochenende fehlt. Dies führe dazu, dass etwa Patienten weite Anfahrtswege zu diensthabenden Fachärzten und Wartezeiten auf sich nehmen müssten, dort unnötigen Arbeitsaufwand verursachen um dann verzögert und mit erheblichen Mehrkosten die Therapie zu bekommen.

Eine erleichternde Alternative wäre zumindest die Möglichkeit eines Telekonsils mit den diensthabenden Ärzten.

¹⁶⁶ <https://www.pharmacyregulation.org/education/pharmacist-independent-prescriber>

¹⁶⁷ https://www.researchgate.net/publication/275770748_An_international_overview_of_some_pharmacist_prescribing_models

¹⁶⁸ https://optimedis.de/files/OptiMedium/deutsch/2020/01_Juni/pdf/OptiMedium_DE_Juni_2020.pdf

8.2.5.4 Übernahme des Erstkontakts zu Patienten

Community Pharmacist Consultation Service (UK)

In Großbritannien wurde Ende 2019 der „NHS Community Pharmacist Consultation Service (CPCS)“ ins Leben gerufen. Nach telefonischer Beratung durch die NHS-Notfallhotline können sich Patienten mittels digitaler Überweisung an eine Apotheke überweisen lassen, in der der Patient dann persönliche Beratung und Behandlung für kleinere Krankheiten oder für die dringende Versorgung mit Arzneimitteln (sofern dieses zuvor schon einmal verschrieben wurde) erhält oder bei Bedarf weiter überwiesen wird.^{169 170} Es wird erwartet, dass der Service dazu beiträgt, Hausarztpraxen und Notaufnahmen zu entlasten und gleichzeitig das Potential der Apotheker besser ausgeschöpft wird. Die Apotheken werden damit zu einem vollwertigen Partner in der Primärversorgung. Gleichzeitig bleibt die wohnortnahe Versorgung für Bürger erhalten.

NetCare – Erstversorgung von Patienten durch Apotheken (Schweiz)

Seit 2012 können sich Patienten in der Schweiz über „netCare“ den Arztbesuch sparen. Bei unkomplizierten Erkrankungen oder kleinen Verletzungen erhalten sie ohne Voranmeldung in einer zertifizierten netCare-Apotheke medizinische Beratung und ggf. entsprechende Medikamente.

Im Verlauf des Beratungsgesprächs entscheidet der Apotheker anhand von Algorithmen, ob er a) direkt ein Medikament abgibt, b) einen Arzt per Videokonsultation hinzuzieht oder c) den Patienten an eine weitere Fachperson (z. B. Notfallversorgung, Facharzt) überweist. Der Apotheker übernimmt damit die Anamnese und Triage anhand eines wissenschaftlich fundierten Ablaufs (über den entwickelten Algorithmus). Der Patient erhält sofortige Hilfe bei alltäglichen Gesundheitsproblemen und ggf. zu Randzeiten. Bei der Konsultation entstehen für den Patienten Kosten, die sich je nach Krankenversicherung unterscheiden. Allerdings profitiert der Patient letzten Endes möglicherweise dennoch durch Zuordnung zu einem vergünstigten Versicherungstarif durch seine Versicherung.^{171 172}

8.2.6 Einschätzungen durch Apotheker zu erweiterten Aufgaben und Rollen

In einer europäischen Apotheker Umfrage von 2013 nannten deutsche Apotheker am häufigsten das Medikamentenreview als Serviceleistung der Apotheke, gefolgt von Präventionsleistungen und Gesundheitsaufklärung. Ein Viertel der befragten Apotheker in Deutschland gab an,

¹⁶⁹ <https://www.england.nhs.uk/primary-care/pharmacy/community-pharmacist-consultation-service/>

¹⁷⁰ <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2019/08/07/england-bei-leichten-gesundheitsstoerungen-in-die-apotheke-statt-zum-arzt>

¹⁷¹ <https://www.pharmasuisse.org/de/1247/netCare.htm>

¹⁷² <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2017/daz-36-2017/telemedizin-die-medizin-der-zukunft>

Teil eines multidisziplinären Teams zu sein, 83 % der Apotheken hatten Beratungsräume in der Praxis, aber es bestand keine Möglichkeit, auf die Patientendaten zuzugreifen.¹⁷³

In Übereinstimmung mit Befragungen zeigten auch die von uns durchgeführten Interviews, dass ein klarer Wunsch besteht nach mehr pharmazeutischer Arbeit und einem direkteren Beitrag zur Patientenversorgung.

Apotheke als Koordinator: *Die interviewten Apotheker sahen die Apotheke als Ort eines sehr niederschweligen Gesundheitsangebots. Für viele Menschen seien Apotheken eine Art Lotse im Gesundheitssystem, teils würde auch eine Triage durch die Mitarbeiter der Apotheken erfolgen, d.h. Kunden hinsichtlich der zu unternehmenden Schritte zu beraten (z. B. Arztbesuche).*

Neue Rolle der Apotheker? *Der Wunsch der meisten interviewten Apotheker war es, dass ihre Aufgaben eine stärkere Ausrichtung auf Gesundheit bekämen, und weniger "Richtung Kaufmann". Sie wünschten sich, dass sie mehr mitwirken können am Gesundheitsgeschehen, die pharmazeutische Arbeit ausgeweitet würde.*

Medikationsanalyse als zentrales Angebot: *Hinsichtlich der Ausweitung der pharmazeutischen Arbeit wurde von den interviewten Apothekern insbesondere die Medikationsanalyse bei Menschen mit Multimedikation genannt.*

Weitere Aufgaben: *Auch die Beratung bei Abgabe von Selbstmedikation, die Stärkung der Gesundheitskompetenz und Präventionsangebote wurden als Aspekte möglicher Tätigkeitsfelder benannt.*

Zusammenfassendes Fazit war: „Mehr Miteinander statt mehr gegeneinander“. Es brauche zwischen den verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen ein Grundvertrauen, da „alle primär das Beste für den Patienten wollen“.

Ein Vorschlag, der in den Interviews genannt wurde, war es regionale Teams aus verschiedenen Versorgungern aufzubauen. Hierin wurde auch eine Attraktivitätssteigerung für den Nachwuchs gesehen. Es wurde der Wunsch nach persönlichem Kontakt zwischen den verschiedenen Akteuren im Gesundheitssystem von den interviewten Apothekern genannt, z. B. in gemeinsamen Fortbildungen. Hierzu könnten gemeinsame Angebote entwickelt werden.

¹⁷³ <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jep.12783>

8.3 Vorschläge für den Erhalt der Infrastruktur - Digitale & technische Angebote

8.3.1 Arzneimittellieferungen per Drohne

In einem Modellprojekt der DHL belieferte eine Paketdrohne 2014 die deutschen Nordseeinseln mit Medikamenten. Weitere Testlieferungen erfolgten später in Bonn und in den Alpen. Auch in anderen Ländern, z. B. USA, China oder Westafrika werden Drohnen zur schnellen Belieferung mit wichtigen Arzneimitteln von abgelegenen bzw. schwer erreichbaren Gebiete genutzt. Da die Drohnen nur ein begrenztes Gewicht tragen können, empfiehlt sich prinzipiell der Einsatz für die Notfallversorgung.^{174 175}

8.3.2 „FASS App“ (Schweden)

In Schweden können sich Patienten anhand der sogenannten FASS-App („Fass – the source for knowledge about medications“) Informationen über Medikamente einholen, über eine Landkarte die nächstgelegene Apotheke auf dem Handy suchen, Vorbestellungen aufgeben, E-Rezepte einsenden und sogar Lagerbestände einsehen. In Schweden gibt es seit einigen Jahren Apothekenketten – die App funktioniert aber kettenunabhängig und liefert Informationen zu allen Apotheken.

Abb. 50: FASS App

¹⁷⁴ <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2019/10/07-10-2019/arzneimittelversorgung-und-mehr-hat-die-paketdrohne-eine-zukunft>

¹⁷⁵ <https://www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/detail/internationales/auch-rx-prepare-apolthekenketten-liefen-mit-drohen/>



Fass for mobile devices

1. Search product or substance
2. Basic information
3. Package leaflet
4. Expand selected text section
5. Pharmacies' inventory status (to check if a specific medication is in stock in a certain pharmacy). Check for pharmacies nearby.



Quelle: FASS

8.3.3 „Roboter-Arzt“ in der Apotheke (Schweiz)

Bei diesem Modellprojekt betreut eine medizinische Praxisassistentin ihre Patienten in einer sogenannten "Mini Clinic", die in eine Apotheke integriert ist. Das Herzstück der Mini Clinic ist ein Roboter-Arzt, anhand dessen die Praxisassistentin Routineuntersuchungen (z. B. Elektrokardiogramme) an einer Telebiometrie-Station durchführen kann. In 90 % der Fälle kommt es zu einer Videokonsultation mit einem echten Arzt, der sich dann auf die vom Roboter erhobenen Daten oder Bildbefunde stützen kann. In der Schweiz sollen in den kommenden fünf Jahren 100 bis 150 Mini-Kliniken in Apotheken eröffnet werden. Das Projekt ist eine Ergänzung zum Schweizer Modell „netCare“ (siehe Kapitel 8.2.5.4).¹⁷⁶

Ein ähnliches Konzept, die „Ohne-Arzt-Praxis“ (Telemedicon) ist in Deutschland ebenfalls am Start, allerdings bieten hier regional niedergelassene Ärzte Videosprechstunden in Standorten ohne Ärzte an, unterstützt von MFAs oder Pflegenden vor Ort. Hier könnte der Standort der Apotheke mit der vorhandenen Infrastruktur eine attraktive Alternative darstellen.¹⁷⁷

¹⁷⁶ <https://www.aargauerzeitung.ch/wirtschaft/in-der-apotheke-untersucht-ein-roboter-arzt-patienten-131377881>

¹⁷⁷ <https://www.ohnearztpraxis.de/>

8.3.4 Rollende Apotheken

Analog der rollenden Arztpraxen wird auch die Idee der rollenden Apotheke (auch „Apothekenbus“) für die Sicherstellung im ländlichen Raum diskutiert. Bereits 2012 empfahl ein Gutachten den Einsatz rollender Apotheken in ländlichen Regionen Schleswig-Holsteins, sofern weite Wege die Anreise zum nächsten Arzt oder zur nächsten Apotheke für den Patienten unzumutbar machten. DocMorris versuchte 2013 diese Versorgungslücke zu füllen, scheiterte jedoch an gesetzlichen Hürden und dem Widerstand der Apotheker. Konkret umgesetzt wurde die Idee bislang in keinem Bundesland.¹⁷⁸

Die Vorteile des Modells (beispielsweise gegenüber einer kombinierten Versorgung von Bötendienst und Teleberatung) sind demnach noch unklar.

¹⁷⁸ <https://kommunal.de/immer-weniger-apotheken>

9 Zusammenfassung und Bewertung

9.1 Bevölkerungsentwicklung und Morbidität

Die Morbidität nimmt mit dem Alter und niedrigem Sozialstatus der Bevölkerung zu. Bürger im Alter von 85 - 89 haben den mehr als 20-fachen Arzneimittelverbrauch wie die Altersgruppe 20 - 24.

Die Bevölkerung altert, davon sind insbesondere strukturschwache Regionen betroffen, die dann einen steigenden medizinischen Versorgungsbedarf aufweisen. Von den 10 am dünnsten besiedelten Landkreisen haben fünf gleichzeitig auch einen hohen Altenquotienten. Viele dieser Landkreise sind somit mit einem hohen Versorgungsbedarf und meist einer eher geringen Versorgerdichte konfrontiert. Ausnahmen sind z. B. die Landkreise Biberach und Breisgau-Hochschwarzwald, mit einem überdurchschnittlichen Bevölkerungszuwachs.

9.2 Versorgungssituation durch Apotheken vor Ort

In Deutschland gibt es keine Definition der notwendigen Apothekendichte bezogen auf die Einwohner oder maximale Wegstrecken für eine ausreichende Versorgung durch Apotheken, *wie es sie in manchen anderen Ländern gibt.*

Deutschland liegt im Europäischen Vergleich bzgl. der Versorgung mit Apotheken im unteren Drittel (23/100.000), Baden-Württemberg mit rund 22 Apotheken je 100.000 Einwohner noch einmal leicht unter dem Bundesdurchschnitt. (Im Vergleich: Griechenland 88/100.000, Dänemark 8/100.000)

Im Zeitraum von 1999 bis 2019 nahm die Anzahl der Apotheken in Deutschland um 11,65 % von 21.590 Apotheken auf 19.075 Apotheken ab, auch die Apothekendichte sank in diesem Zeitraum um 14,54 % (von 3.800 auf 4.352 Einwohner pro Apotheke). Der Apothekenrückgang beschleunigte sich in den letzten 10 Jahren, wobei in einigen östlichen Bundesländern ein Zuwachs zu verzeichnen war.

In vielen Bundesländern entwickeln sich Apotheken- und Einwohnerzahl gegenläufig: So nahm in östlichen Bundesländern die Apothekendichte (Anzahl je Einwohner) vor allem durch den Bevölkerungsrückgang zu, während sich die Versorgung im Westen durch die abnehmende Apothekenzahl bei eher zunehmender Bevölkerung insbesondere in Verdichtungsräumen verschlechterte. Dasselbe gilt für Baden-Württemberg und insbesondere den Großraum Stuttgart und die Bodenseeregion. Von einem Bevölkerungsrückgang sind in Baden-Württemberg sieben, ausschließlich ländliche, Kreise betroffen.

In Baden-Württemberg kommen aktuell durchschnittlich noch etwas mehr Einwohner (4.586 Einwohner) auf eine Apotheke als im Bundesdurchschnitt. Dabei ist die Apothekendichte über städtische und ländliche Regionen verteilt. Nur 12 Landkreise zeigen eine stark unterdurchschnittliche Apothekendichte, wobei sich diese zu zwei Dritteln im städtischen Verdichtungsraum und nur zu einem Drittel im ländlichen Raum befinden.

Die durchschnittliche Gemeindegröße in Baden-Württemberg mit 4.793 Einwohner je Gemeinde liegt sehr nahe an der zu versorgenden Bevölkerung je Apotheke. In Landkreisen mit durchschnittlich sehr kleinen Gemeinden wie Tuttlingen müssen Apotheken allerdings drei Gemeinden versorgen, um ein durchschnittliches Einzugsgebiet zu erreichen.

Ältere Menschen haben einen größeren Versorgungsbedarf, auch bezogen auf Arzneimittel. Im Durchschnitt versorgt in Baden-Württemberg (ähnlich wie im Bund) eine Apotheke knapp 2.000 Menschen über 50 Jahre. Die Schwankungsbreite ist jedoch groß: im Landkreis Schwäbisch-Hall hat eine Apotheke 2.441 Über-50-Jährige zu versorgen bis hin zu den sehr gut versorgten Stadtkreisen Heidelberg (1.170 Ü50-Jährige pro Apotheke), Freiburg (1.236 Ü50/A) und Baden-Baden (1.360 Ü50/A).

Beim Verhältnis Hausärzte zu Apotheken liegt Baden-Württemberg mit 2,76 Hausärzten je Apotheke ebenfalls im Bundesmittel. Hier lässt sich keine Überlegenheit städtischer Verdichtungsräume oder ländlicher Regionen ableiten.

9.2.1 Allgemeine Lieferengpässe

Seit einigen Jahren treten immer wieder Lieferengpässe auch von Generika und sehr gängigen Arzneimitteln auf. Als eine Ursache wird u. a. der Preisdruck genannt, der dazu führen kann, dass nur noch wenige Hersteller bestimmte Medikamente herstellen. In Deutschland trifft dies v. a. auf die Effekte der Rabattverträge zu. Außerdem stellte sich die Abhängigkeit von Wirkstoffherstellern in anderen Ländern als Problem dar. Ein weiterer Grund stellt die Kontingentierung von Seiten der Industrie dar: da Preise in anderen Ländern attraktiver sind, werden für Deutschland begrenzte Kontingente definiert.

FAZIT: Apothekenversorgung

Insgesamt nahm die Apothekendichte zwischen 1999 und 2019 um 14,54 % ab.

- Die durchschnittliche Versorgung mit Apotheken ist in Baden-Württemberg etwas schlechter als im Bundesdurchschnitt. (4.586 vs. 4.352 Einwohner/Apotheke).
- Ein Übergewicht dieser Entwicklung in ländlichen Regionen lässt sich nicht beobachten, vielmehr ist insbesondere in Baden-Württemberg das Gegenteil der Fall. Das Apothekensterben betrifft vor allem den Agglomerationsraum Stuttgart oder auch Verdichtungsräume am Bodensee, wo ein starker Bevölkerungszuwachs den Trend einer schwindenden Apothekenzahl noch verstärkte.
- Es gibt keine Definition einer flächendeckenden Apothekenversorgung.
- Die Apotheken verteilen sich hier weiterhin recht gleichmäßig in der Fläche. Von einer weitgehend guten Flächenabdeckung ist deshalb weiterhin auszugehen.
- Auch die Wahrnehmung der Experten war durchgehend, dass die Versorgung aktuell (noch) gesichert sei.

9.3 Wirtschaftliche Situation der Apotheken

Die Umsatzschwankungen bei den Apotheken sind beträchtlich. Der durchschnittliche Nettoumsatz liegt jedoch bei 2,6 Mio. €, wobei 60 % der Apotheken unter diesem Durchschnitt liegen. Die typische Apotheke macht einen Umsatz von 1,5 bis 1,75 Mio. €, d. h. es gibt eine starke Ungleichverteilung.

Das durchschnittliche Betriebsergebnis liegt bei 148.000 €, was einer Umsatzrendite von 5,7 % entspricht.

In der Stadt sind insbesondere der OTC-Bereich und fachliche Schwerpunkte in Abhängigkeit der vorhandenen Facharztpraxen wichtig. Je nach verfügbarer Facharztpraxis entsteht regional auch eine spezifische Nachfrage bei Apotheken.

Die Rivalität der Marktteilnehmer erhöht sich, wenn das Geschäft des Apothekers stark vom OTC-Bereich abhängt. Für die Lukrativität des OTC-Bereichs und weiterer Selbstzahlerleistungen spielt die Kaufkraft der Bevölkerung eine entscheidende Rolle. In Baden-Württemberg erreichen die Stadtkreise Baden-Baden, mit 78 Mio. € pro Apotheke, sowie Freiburg und Heidelberg, mit je 82 Mio. € pro Apotheke, die geringste Kaufkraft. Den höchsten Wert erzielt Ludwigsburg mit (153 Mio. €) sowie die Kreise Stuttgart und Biberach mit je 148 Mio. €. D. h. auch die Kaufkraft je Apotheke lässt keinen flächendeckenden Vorteil städtischer gegenüber ländlichen Apotheken erkennen.

Gerade der Schwund in den Verdichtungsräumen deutet auf wirtschaftliche Gründe wie hohe Mieten oder Wettbewerb (z. B. durch Drogerien) hin. Zusätzlich ist der Versorgungsbedarf der Bevölkerung bei der typischer Weise jüngeren Stadtbevölkerung u. U. geringer.

9.4 Rechtlicher Rahmen

Arzneimittel sind besonders schützenswerte Produkte. Vor diesem Hintergrund werden die Berufsausübung der Apotheker, sowie der Betrieb der Apotheke staatlich reguliert.

Das betrifft nicht nur die Prüfung der Arzneimittel per se sowie die Meldepflichten an die Arzneimittelkommission (AMK), sondern auch die Bevorratung, die Lieferfähigkeit, die räumlichen Gegebenheiten und Ausstattung etc.

Rechtliche Einschränkungen finden sich aber auch bei anderen wettbewerblichen Marktmechanismen wieder (Preise, Rabatte, Produktportfolio etc.) sowie bei den „unternehmerischen“ Handlungsspielräumen, die die Apothekenführung o. Ä. betreffen. Aber: im Gegensatz zu den Ärzten besteht Niederlassungsfreiheit.

Für den Apothekenbetrieb gibt es klare Anforderungen:

Für Apotheken besteht eine Versorgungspflicht, Kontrahierungszwang sowie Regelungen zur Notstandsvermeidung. Letzteres sieht für den Fall einer schlechten Versorgungslage durch Apotheken gesetzlich geregelte bzw. zu genehmigende Versorgungsmöglichkeiten vor. So müssen Nacht- und Notdienste von jedem Standort vorgehalten werden, was insbesondere in ländlichen Gegenden eine Belastung darstellen. Eine Vorratshaltung etc. muss sichergestellt werden.

Über das eingeschränkte Mehrbesitzverbot sind die Rahmenbedingungen für Filialen strikt geregelt, etwa dass der Apothekenbetrieb auf maximal vier Standorte begrenzt ist. Die Zahl der Filialen steigt stetig, zuletzt waren zwei von fünf Apotheken in einem Verbund.

Aufgrund des eingeschränkten Mehrbesitzverbots (max. vier Apotheken) sowie des Fremdbesitzverbots, wonach Nichtapothekern das Betreiben einer Apotheke verboten ist, gibt es hierzulande keine Apothekenketten.

Zusätzlich gibt es strikt definierte Rahmenvorgaben bzgl. Kooperationen sowie ein Zuweisungsverbot. Zuweisungen wurden im Patientendaten-Schutz-Gesetzes (PDSG) im Zusammenhang mit dem „Makeln von E-Rezepten“ verboten.

Auch die Sortimentsgestaltung einer Apotheke ist durch die bestehenden Regelungen weitgehend festgelegt. Selbst im Ergänzungssortiment gibt es gesetzliche Einschränkungen.

Sich stetig ändernde Vorgaben (z. B. Präqualifizierung im Hilfsmittelbereich) verlangen, dass bestimmte Infrastrukturelemente und Qualifizierungen vorgehalten und Leistungen angeboten werden müssen. Es müssen Dokumentationen und Qualitätssicherung implementiert sein.

Auch bei freiwilligen Leistungen (wie z. B. Heimversorgung, Verblisterung, speziellen Beratungen) ist wirtschaftliche Leistungserbringung aufgrund entsprechend zu erfüllender Voraussetzungen nicht immer gewährleistet.

Für das Gros der Arzneimittel besitzen Apotheker hierzulande ein (Quasi-)Monopol, Ärzte haben kein Dispensierrecht. Jedoch sind Apotheker ihrerseits stark vom Ordnungsverhalten der Ärzte abhängig. Zudem sind die Preise festgelegt.

Apotheken sind im Kerngeschäft auf die Verordnung von Ärzten angewiesen, können ihren Markt somit nicht selbst beeinflussen und auch Kooperationen mit Ärzten sind enge Grenzen gesetzt.

D. h. die Anforderungen sind hoch was u. a. auch zu einem schlechteren Image des Berufs bei den Nachwuchsapothekern führt. Hier herrscht die Wahrnehmung vor, dass administrativ-bürokratische Themen gegenüber heilberuflichen Komponenten in der Berufsausübung überwiegen.

9.4.1 Neue gesetzlich vorgegebene bzw. mögliche Angebote

Seit Oktober 2016 gibt es bundesweit einheitliche Vorgaben für einen **Medikationsplan**. Auf diesen „bundeseinheitlichen Medikationsplan“ (BMP) haben seither alle gesetzlich versicherten Patienten Anspruch, sofern sie mindestens drei verordnete Arzneimittel gleichzeitig einnehmen. Neben der einheitlichen Form soll die Kompatibilität zwischen den Softwaresystemen der am Therapieprozess beteiligten Institutionen (z. B. Apotheken, Krankenhäuser, Ärzte) gewährleistet sein.

Beim **E-Rezept**, das ab 1.1.2022 verpflichtend wird, handelt es sich um das digitale Äquivalent zum klassischen Papierrezept: die elektronische Verschreibung umfasst die softwarebasierte Verschreibung und die Übermittlung der Daten an die Apotheke. Die E-Dispensation ist das elektronische Abrufen eines Rezeptes sowie die Abgabe an den Patienten und die Dokumentation der Dispensation im System. Idealerweise wird eine automatische Nachricht (Report) an den Aussteller der E-Verordnung über die erfolgreiche Aushändigung des Medikaments gesandt. Wichtig ist hierbei, dass durch das Patientendaten-Schutzgesetz die freie Apothekenwahl des Versicherten bestehen bleiben wird.

Die Erwartungen der interviewten Apotheker sind unter dieser Voraussetzung eher positiv: In Kombination mit Botendiensten könnten Apotheken so attraktiver sein als der reine Versandhandel. Außerdem wird erwartet, dass durch weniger Fehlverordnungen und eine vereinfachte Kommunikation die Qualität verbessert wird.

9.5 Strukturen zur Sicherung der Arzneimittelversorgung

Die Arzneimittelversorgung wird derzeit zum allergrößten Teil durch die Apotheken vor Ort gewährleistet. Daneben gibt es die Möglichkeit, Arzneimittel an Kunden zu liefern: entweder über Botendienste der Präsenzapotheken oder durch den Versandhandel. Eine weitere Möglichkeit besteht darin, die Auslieferung der Arzneimittel durch Abholfähcher oder ähnliche Auslieferungsmöglichkeiten zu unterstützen. Diese Optionen sind streng an die Vor-Ort-Apotheke gebunden und immer wieder Gegenstand rechtlicher Auseinandersetzungen. Insbesondere in Kombination mit dem Versand von Arzneimitteln können etwa Automaten eine attraktive Möglichkeit darstellen, während Rezeptsammelstellen durch das E-Rezept weitgehend überflüssig werden.

9.5.1 Vor-Ort-Apotheken

Präsenzapotheken übernehmen eine zentrale hoheitliche Aufgabe und damit viel mehr Leistungen als „nur“ die Zurverfügungstellung von Medikamenten. Hierzu gehören u. a. Arzneimittelsicherheit und die Sicherstellung der schnellen und sicheren Verfügbarkeit von Medikamenten. Daneben kommt Apotheken als Einrichtung mit niedrighschwelligem Zugang in der gesamten Arzneimitteltherapiesicherheit eine entscheidende Rolle zu.

9.5.1.1 „Landapotheken“:

Eine stringente Definition für „Landapotheken“ besteht nicht. Vielmehr werden damit häufig wirtschaftliche, demografische und auch attraktivitätsbezogene Aspekte in Zusammenhang gebracht. Die Vielfalt der Apotheken auf dem Land ist jedoch zu unterschiedlich, um sie zu verallgemeinern.

9.5.1.2 Botendienst

Erst kürzlich wurden die gesetzlichen Vorgaben vereinfacht, sodass jede deutsche Apotheke ohne Antrag und ohne Versandhandelserlaubnis einen Botendienst – unter Einhaltung der Vorschriften (insbesondere hinsichtlich Beratungserfordernissen sowie der Auslieferung durch Fachpersonal oder Boten) – anbieten darf. Gleichzeitig wurde deren Vergütung während der Covid-19-Pandemie eingeführt.

Botendienste in Kombination mit dem E-Rezept stellen für Präsenzapotheken eine Chance dar. Sie sind für Kunden eine alternative zum Versandhandel, denn sie bieten die (schnelle)

Lieferung kombiniert mit der Beratung durch die eigene Apotheke. Die Kombination aus E-Rezept, Telepharmazie mit Botendienst kann die Versorgung verbessern.

9.5.2 Versandhandel

Seit der Versandhandel in Deutschland Anfang 2004 offiziell erlaubt wurde, hat sich mit der Online-Apotheke ein zusätzlicher industriell geprägter Apothekentyp im Markt etabliert. Nur öffentliche Apotheken mit einer speziellen Versandhandelserlaubnis dürfen rezeptfreie und verschreibungspflichtige Arzneimittel als Versandleistung abgeben. Knapp 3.000 Apotheken (jede fünfte Hauptapotheke) besitzen hierzulande eine Versandhandelsgenehmigung, jedoch sind darunter nur ca. 150 aktive Marktteilnehmer.

Ihr Schwerpunkt liegt auf freiverkäuflichen Arzneimitteln und anderen Gesundheitsprodukten. Bei verschreibungspflichtigen Arzneien haben sie (noch) einen zu vernachlässigenden Marktanteil von nur 1 %.

Derzeit bewegen sich stationäre Apotheken (Schwerpunkt: Rx-Arzneien, Services & Beratung im Rahmen der vom Staat übertragenen Gesundheitsversorgung der Bevölkerung) auf der einen und Versandhandelsapotheken (Schwerpunkt: freiverkäufliche Arzneien und Selbstzahlerleistungen im erweiterten sekundären Gesundheitsmarkt) auf der anderen Seite (noch) in zwei unterschiedlichen Marktsegmenten.

9.6 Herausforderungen

9.6.1 Alter der Apotheker, Nachfolge und Attraktivität des Apothekerberufs

Das Durchschnittsalter der öffentlichen Apotheker liegt bei über 51 Jahren, das der Leiter bei 53, sodass bei einer steigenden Anzahl an Apothekenabgaben das Risiko steigt, keinen Nachfolger mehr zu finden.

Auf der anderen Seite steht die Attraktivität des Apothekerberufs. Zwar gibt es aktuell genügend Absolventen, jedoch wählen viele junge Pharmazeuten nicht die Apotheke als Beruf. Ihr Image ist beeinträchtigt durch die hohen formalen Anforderungen, durch nicht vergütete Aufgaben bzw. einer als unfair wahrgenommenen Vergütung und einer suboptimalen Nutzung der pharmazeutischen Fähigkeiten. Es herrscht die Wahrnehmung vor, dass administrativ-bürokratische Themen gegenüber heilberuflichen Komponenten in der Berufsausübung überwiegen.

9.6.2 Herausforderungen auf dem Land

Ländliche Apotheken leben vielerorts besonders von Stammkunden, die Arzneimittel und sonstige pharmazeutische Waren immer von „ihrer“ Apotheke beziehen. Für Kunden bietet das eine persönlichere Betreuung und sie profitieren auch von deren regionalen Netzwerken.

Gleichzeitig heißt das auch, dass ländliche Apotheken ein breites Angebot vorhalten müssen (teilweise sogar ein breiteres Angebot als städtische Apotheken), da andere Leistungserbringer wie Sanitätshäuser oder Sozialdienste auf dem Land oft fehlen. Hier liegt der Fokus auf der „Rundumversorgung“.

Die Arbeit auf dem Land scheint intensiver bei gleichen formalen Auflagen. Der Notdienst etwa erfordert häufigere Einsätze, gleicher Personaleinsatz bei geringeren Umsätzen.

Der Rückgang der Arztpraxen auf dem Land stellt eine zusätzliche Hürde dar, da Apotheken stark von den verordnenden Ärzten Vor-Ort abhängen.

Auch der Nachwuchsmangel ist auf dem Land besonders prekär: wie für andere akademische Berufe ist die ländliche Umgebung häufig weniger attraktiv. Hinzu kommt die als weniger attraktiv wahrgenommene Apothekertätigkeit auf dem Land.

Ein struktureller Umsatzvorteil in städtischen gegenüber ländlichen Regionen ist jedoch nicht zu erkennen.

9.6.3 Konkurrenz durch Online-Handel

Ein direkter Vergleich von Präsenz- mit Versandapotheken hinkt – das Versorgungsspektrum deckt sich in den wenigsten Punkten. Wo Versender eher auf Preiskampf, Verdrängungswettbewerb und Distribution setzen, nehmen stationäre Apotheken eher den Aspekt des Heilberufes auf und bieten ein breites Spektrum an pharmazeutischen und medizinischen Dienstleistungen inklusive Lieferung über Botendienst. So bleibt dem Versand auf den ersten Blick einzig der Preisvorteil, welcher größtenteils durch gesetzliche Richtlinien zu Ungunsten der Präsenzapotheken zustande kommt.

9.6.3.1 EuGH-Urteil und Chancengleichheit

Die Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs im Oktober 2016 – das sog. „**EuGH-Urteil**“ – wird in Deutschland ablehnend diskutiert. Dadurch sind die Rahmenbedingungen für nationale Vor-Ort- sowie Versandapotheken auf der einen und internationalen Versendern auf der anderen Seite aktuell unterschiedlich und führen zu Wettbewerbsverzerrungen. Jedoch ist das Versorgungsspektrum zwischen Versendern und Offizinapotheke aktuell sehr verschieden.

9.6.4 Digitalisierung

Digitalisierung mit E-Rezept, elektronischem Medikationsplan, Tele-Pharmazie etc. wird überwiegend als Chance wahrgenommen, um die Versorgung zu verbessern und gleichzeitig im Wettbewerb zu bestehen. Allerdings gilt das nur bei Wettbewerbsgleichheit. Zu bedenken sind

hier auch die teilweise aufwändigen technischen Voraussetzungen (z. B. Securpharm, Datenschutzverordnung, Telematikinfrastruktur, E-Rezept), die zwingend vorgehalten werden müssen.

9.7 Weiterentwicklung der medizinischen Versorgungsstruktur (insbesondere im ländlichen Raum)

9.7.1 Neue Versorgungsformen und erweiterte Aufgaben

Nicht nur Apotheken sind rar. Auch die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung, der Versorgung durch Therapeuten und Pflegedienste ist u. U. ein Problem.

Angesichts der demografischen Entwicklung ist mehr Koordination und pharmazeutisches Know-how gefragt. Die älter werdende Gesellschaft braucht eine umfassende Versorgung, die Prävention, häusliche Unterstützung, medizinische Versorgung und Langzeitversorgung umfasst.

Hierzu können die Vor-Ort-Apotheken einen größeren Beitrag leisten als dies aktuell der Fall ist. Das Wissen der Apotheker wird nur suboptimal genutzt.

Eine engere Kooperation zwischen Apothekern und anderen Gesundheitsberufen, insbesondere qualifizierten Pflegekräften und Hausärzten ermöglicht, die vorhandenen Ressourcen optimal zu nutzen und verbessert die Versorgungsqualität. Jedoch fehlt eine einheitliche Auffassung zur Aufgabenverteilung zwischen Ärzteschaft, Apotheken und Pflege.

Mit dem PDSG wird geregelt, dass das Kooperationsverbot nicht für gesetzlich vorgesehene Rechtsgeschäfte und Absprachen gilt. Hierunter zählen z. B. Integrierte Versorgungsverträge nach §140 SGB V oder Heimversorgungsverträge. Die Erwartung ist, dass dadurch künftig Kooperationen vereinfacht werden.

Im Diskurs um neue Aufgabenverteilungen sollten die Kosten einer Vor-Ort-Apotheken dem möglichen Nutzen (Einsparungen durch vermiedene Arzneimittelnebenwirkungen, vermiedene Arztbesuche durch Selbstmedikation etc.) gegenübergestellt, sowie die bereits getätigten Investitionen für die Ausbildung berücksichtigt werden.

Apotheker können ihrer Qualifizierung folgend deutlich mehr zur Versorgung beitragen und insbesondere strukturierter in das Medikationsmanagement (pharmaceutical care, **siehe Kap.8.2**) eingebunden werden.¹⁷⁹

Durch regionale gemeinsame Veranstaltungen und Weiterbildungen könnte die Kooperation der Akteure vor Ort gestärkt werden.

Durch die Etablierung gemeinsamer Ausbildungscurricula kann schon in der Ausbildungs- und Studienzeit multiprofessionelles Arbeiten im Team und das gegenseitige Verständnis gefördert werden. Vor diesem Hintergrund werden aktuell bereits gemeinsame Ausbildungsabschnitte insbesondere für Pflege und Medizin angestrebt (Masterplan 2020). Hier könnten auch Apotheker besser integriert werden.

¹⁷⁹ <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/so-wird-aus-apotheker-und-arzt-ein-team/>

10 Lösungsansätze - Handlungsempfehlungen (Fazit)

In diesem Abschnitt werden die Anregungen aus dem Bericht thematisch gebündelt dargestellt und wo sinnvoll nach den betroffenen Akteuren bzw. Zielgruppen geordnet.

10.1 Attraktivität – Nachwuchs

Die **Kontaktpflege mit den Studierenden**, (z. B. im Rahmen von Praktika oder das Praktische Jahr), insbesondere mit denen, die ursprünglich aus dem Landkreis kommen, kann die Wahrscheinlichkeit für die spätere Apothekertätigkeit in der Region erhöhen.¹⁸⁰

10.1.1 Zielgruppe: Lokale Apotheker, Selbstverwaltung

Nachwuchs finden durch Kooperation mit Universitäten

- Werbung für die Attraktivität der Apotheken als PJ-Stelle, ggf. formale Kooperation mit lokaler Fakultät initiieren (z. B. „offizielle Lehrapotheke“).
- Kooperation der Apotheken mit der Fakultät (z. B. Durchführung von Studien oder Modellprojekten) bietet attraktive Möglichkeit zur wissenschaftlichen Vernetzung und Kontaktaufnahme zu Pharmaziestudierenden.
- Landapotheker könnten als **Mentoren für Studierende** diese über die gesamte Studienzeit begleiten, um den Arbeitsalltag erfahrbar zu machen.

Nachwuchs finden durch die Schaffung attraktiver Arbeitsbedingungen

Verlässliche finanzielle und organisatorische Rahmenbedingungen sind zentral auch um damit Gestaltungsspielraum zu schaffen:

- Die Arbeitsbedingungen müssen die Bedürfnisse des Nachwuchses berücksichtigen. Die Möglichkeit, die Berufstätigkeit flexibel zu gestalten ist für junge Ärzte und wohl auch für Apotheker wichtig. Sie wollen keine wirtschaftliche und organisatorische Festlegung, **weniger finanzielle und administrative Belastung, Teamarbeit, flexible Arbeitszeiten, Fortbildungsmöglichkeiten** etc.¹⁸¹. Dies kann in größeren Strukturen bzw. Kooperationen besser realisiert werden.
- Flexible Übergangsphasen für Nachfolger schaffen: z. B. zunächst als Angestellter Apotheker mitarbeiten. Verpflichtungen sind geringer.
- Für angestellte Apotheker sollte die Bezahlung attraktiv sein.

¹⁸⁰ Vgl. Steinhäuser J, Joos S, Szecsenyi J, Götz K. Welche Faktoren fördern die Vorstellung sich im ländlichen Raum niederzulassen? Z Allg Med 2013; 89: 10-15; Portenhauser F, Steinhäuser J. Allgemeinmedizinische Weiterbildung: Die meisten bleiben im Ländle. Dtsch Arztebl 2015; 112(16): A-709 / B-602 / C-582

¹⁸¹ Vgl. Steinhäuser J, Annan N, Roos M, Szecsenyi J, Joos S. Lösungsansätze gegen den Allgemein- arztmangel auf dem Land - Ergebnisse einer online Befragung unter Ärzten in Weiterbildung. DMW 2011; Aug;136(34-35):1715-9.

- Beratung per Videotelefonie vom Personal auch von Zu Hause ausführen. Mit der Möglichkeit des „Home-Office“ für Apotheker eröffnen sich folglich neue Potentiale für eine bessere Work-Life-Balance und damit ein Attraktivitätssteigerung für das Berufsbild des Apothekers.
- Die Teilnahme an Modellprojekten (z. B. zur Medikationsanalyse)
- Schaffung neuer Beratungsbereiche wie Gesundheitscoaching oder Lotsen
- Mehr regionale Vernetzung und Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen
- Die Nutzung neuer digitaler Kommunikationsmöglichkeiten (z. B. Telepharmazie)
- Die Möglichkeit zur Fort- und Weiterbildung.

Insgesamt ist die Situation für Nachwuchsapotheker sehr vergleichbar mit der der nachfolgenden (Haus-)Ärzte. Somit könnten Aktionen zur Gewinnung von Hausärzten als Modell für Apotheker dienen oder solche Aktionen regional gekoppelt werden.

10.1.2 Zielgruppe Gemeinde, regionale Politik

Nachwuchs-Suche regional und kleinräumig unterstützen

Als Vorbild können Aktivitäten für die Nachfolgersuche von Hausarztpraxen dienen. Zum Beispiel: **Stipendienprogramme** für Studierende. Das Modell Landplus[®], über das Gemeinden das 2-wöchige medizinische **Blockpraktikum mit 300 Euro** für Fahrkosten oder Übernachtungen unterstützt.

Kontakte könnten bereits über Schüler hergestellt werden (z. B. BOGY-Berufsorientierung Gymnasium).

Attraktivität der Region bewerben und optimieren (Willkommenskultur)

Gemeinden können Anreize für junge Apotheker und Ärzte (und anderen Berufsgruppen) in der Region schaffen, indem z. B. eine „Infrastruktur“ für Neuankömmlinge bereitgestellt wird. Dabei kann die Gemeinde als **Ansprechpartner** (auch für Ärzte und Apotheker oder weitere Berufsgruppen zusammen) für alle wichtigen Belange, wie Wohnraum und Praxis fungieren

- Hilfe und Finanzierung bei der Immobiliensuche
- günstige Bauplätze, günstige Mieten, Darlehen
- Kinderbetreuung / Schulkind-Betreuung
- Dual Career etc.

Des Weiteren können **regionale Marketing-Initiativen und Werbung durchgeführt werden.**

10.1.3 Zielgruppe Politik, Selbstverwaltung

Image des Apothekerberufs verbessern

Das Image des Apothekerberufs auf dem Land sollte aufgewertet werden. Die Vorteile des Berufs insbesondere auch als Landapotheker (z. B. enger Kontakt zu Patienten, gute ökonomische Situation etc.) sollten betont werden.

Hierzu gehört allerdings auch, dass stabile Rahmenbedingungen geschaffen werden. Regresse sollten vermieden werden, neue erweiterte Aufgaben müssen finanziell abbildbar sein, der Aufwand für vorzuhaltende Infrastruktur muss im Verhältnis zum Nutzen (auch auf dem Land) stehen.

Die finanzielle Unterstützung für die Ausbildung neuer Fachkräfte ist ein möglicher Lösungsansatz. So könnte der Nachwuchs von PTAs durch Abschaffung des Schulgelds gefördert werden.

Der rechtliche Rahmen für erweiterte Aufgaben der Apotheker sollte geschaffen werden: die Möglichkeit, mehr pharmazeutische Aufgaben zu übernehmen und das vorhandene Know-how besser nutzen zu können.

Weitere Optionen:

- Kampagnen zur Information/Bildung/Sensibilisierung über stationäre Apotheken
- „Imagewerbung“ – „Was macht eine Apotheke überhaupt?“

10.2 Rahmenbedingungen

10.2.1 Zielgruppe Politik:

Wirtschaftliche Planungssicherheit ist für die Entscheidung Pro-Apotheke für junge Pharmazeuten wichtig angesichts der geplanten Entwicklungen (z. B. E-Rezept, Versandhandel).

Hierbei gibt es zentrale Aspekte:

- Gleiche Bedingungen schaffen für (internationalen) Versandhandel und Vor-Ort-Apotheken (EugH-Urteil).
- Rahmenbedingungen für Kooperation und Vergütung verbindlich festlegen.
- Raschere Klärung der Rahmenbedingungen um Planungssicherheit zu erreichen.

Die Komplexität in Regelungen und Vorgaben sollten gesenkt bzw. pragmatischer werden:

- Bestimmte Präqualifizierungsanforderungen, oder auch bauliche Anforderungen (wie Barrierefreiheit) bedeuten so große finanzielle oder organisatorische Hürden, dass die Angebote evtl. nicht attraktiv sind und somit sich die Versorgung verschlechtert.

- Flexibilität ist auch bei Vorschriften wie Transporten sinnvoll: dass beispielsweise Taxifahrer keine Waren transportieren dürfen sei nicht mehr zeitgemäß.¹⁸²

Weiterhin sollte die Vergütung so angepasst werden, dass sie als fair empfunden wird:

- Pharmazeutische Aufgaben evtl. unabhängig von Verkauf vergüten.
- Vergütung von Apothekern sollte im Wettbewerb mit anderen Berufsfeldern (Pharma, Klinik, Forschung etc.) bestehen.
- Schaffung rechtlicher und abrechnungstechnischer Grundlagen für neue Aufgaben/Dienstleistungen, z .B. Medikationsanalyse / Medikationsplan

Ein konkreter genannter Lösungsansatz war: Die Mehrbelastung durch Notdienste auf dem Land könnte aus einem Nacht- und Notdienstfonds kompensiert werden.

10.2.2 Zielgruppe Regionale Entscheider, Gemeinden

Standort: Das Rezeptvolumen ist ein wichtiger Wirtschaftsfaktor für Apotheken. Deshalb sollten Maßnahmen zur Erhaltung der ärztlichen Versorgung gefördert werden.

10.3 Kooperation – neue Rollenverteilung

10.3.1 Zielgruppe Politik und Selbstverwaltung

Angesichts der künftigen Bedarfe einer älter werdenden Gesellschaft und der Versorgungsknappheit bedarf es einer grundsätzlichen Klärung der Rolle des Apothekers im Gesundheitssystem:

- Bessere Nutzung der Ressourcen "Apotheker" als sehr gut ausgebildete Profession im Gesundheitswesen
- Im Diskurs um neue Aufgabenverteilungen sollte man die Kosten einer Vor-Ort-Apotheken dem möglichen Nutzen (Einsparungen durch vermiedene Arzneimittelnebenwirkungen, vermiedene Arztbesuche durch Selbstmedikation etc.) gegenüberstellen, sowie die Investitionen für die Ausbildung berücksichtigen.
- Etablierung gemeinsamer Ausbildungscurricula, um schon in der Ausbildungs- und Studienzeit multiprofessionelles Arbeiten im Team und das gegenseitige Verständnis zu fördern.

Gleichzeitig sollten erweiterte Aufgaben auch als Kassenleistung anerkannt werden. Die Medikationsanalyse (z. B. ATHINA s. u.) ist aktuell privat zu bezahlen und wird deshalb wenig nachgefragt.

¹⁸² <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/55495/Demografischer-Wandel-Apothekenbus-fuers-Land>

10.3.2 Zielgruppe Apotheker und regionale Gesundheitsanbieter

10.3.2.1 Vorhandene Ressourcen durch Kooperationen besser nutzen

Die vorhandene medizinische Infrastruktur sollte besser vernetzt werden und wo möglich gemeinsam genutzt werden. Das erfordert eine neue Versorgungskultur, die regional wachsen muss.

Die regionale Kooperation könnte durch die Etablierung gemeinsamer (Fortbildungs-) Veranstaltungen, Stammtische, Qualitätszirkel etc. zum persönlichen Kennenlernen gefördert werden.

Durch kontinuierliche Kontakte können **Synergien erkannt werden:**

- **Die gemeinsame Nutzung von Ressourcen** (z. B. gemeinsames Personal und Praxismanagement, Gerätesharing) kann Investitions- und Betriebskosten senken. So könnten sich z. B. zwei Apotheken die Öffnungszeiten über die Woche teilen.
- Ideen könnten gemeinsam mit Ärzten, anderen Heilberufen und Akteuren aus dem Gesundheitsbereich, Politik, lokalen Arbeitgebern offen entwickelt werden. Hier könnten die lokalen Gesundheitskonferenzen die moderierende Rolle übernehmen.
- Die **Aufgabenverteilung** und Abstimmung zwischen den Berufsgruppen (insbesondere Ärzte, Apotheker, Pflege) könnte je nach regionaler Verfügbarkeit regional gemeinsam definiert werden. Dies gilt für die Übernahme des Erstkontakts, oder Koordinierungsaufgaben ebenso, wie für Unterstützung in der Patientenberatung.

Die Etablierung von interprofessionellen **Gesundheitszentren** hat neben einer vereinfachten Koordination und Kooperation weitere Vorteile: Teilzeitmodelle, Arbeit im Team, interprofessionelle Abstimmungen, die Integration von Weiterbildung und Forschung, gemeinsame Nutzung von Ressourcen sind einfacher zu ermöglichen. Es ist somit auch ein attraktiver Arbeitsplatz für alle Berufsgruppen. Für Patienten ist ein Zentrum u. U. hilfreich, da mehrere Angebote zentralisiert angeboten werden können, Fahrdienste einfacher zu organisieren sind und ggf. zusätzlich auch soziale Kontakte durch angebundene Aufenthaltsräume bis hin zu einem Kaffee möglich werden. Allerdings sind solche Konzepte aktuell als Modellprojekte etabliert oder in der Entwicklungsphase. Somit sind hier immer wieder rechtliche und finanzielle Aspekte zu klären.

10.3.2.2 Kooperation mit Ärzten beim Notdienst:

Ärztlicher Notdienst und Botendienst könnte sinnvoll verknüpft werden:

- Apotheken könnten eine Fahrbereitschaft im Nachgang an Hausbesuche anbieten.
- Alternativ könnten „mobile Boxen“ für den Fahrdienst organisiert werden

Ein Dienstplanabgleich der Notfallapotheken und Notfallpraxen wäre sinnvoll:

- Es würde für die Notärzte die Verfügbarkeit notwendiger Medikamente vereinfachen.
- Für die Bürgerinnen und Bürger könnten die Wege bei Bedarf kurz gehalten werden.
- Es könnte eine PTA in der Notdienstpraxis eingesetzt werden, die die verschriebene Medikation im Auftrag des Apothekers ausgibt.
- in Kombination mit einer (elektronischen) Rezeptbox bzw. dem E-Rezept kann die Entnahme der Medikation aus einem von Apotheken verwalteten Bestand erfolgen

Durch Materialabsprachen Lieferketten stabiler und schlanker gestalten

- Vermehrte Arbeitsbelastung durch mehr Notdienste auf dem Land könnten ev durch Kooperationen abgemildert werden.

10.3.3 Zielgruppe: Kommunalpolitik / Verwaltung

- Regionale Initiativen für lokale Planungen, zur Vernetzung und Zentrenbildung sollten durch die Kommunalpolitik (mit) ins Leben gerufen werden. Kommunen könnten die Koordinationsfunktion für die regionale Gesundheitsversorgung übernehmen
- gemeindeübergreifende Planung, die alle Akteure von Anfang an einbezieht
- „Gesundheitskonferenzen“ könnten dabei eine kommunale Gesundheitsplanung unterstützen
- Konkrete Handlungsoptionen:
- Bezuschussung der Planung und Etablierung von interprofessionellen Gesundheitszentren
- Unterstützung bei Planung und Koordination der Nachwuchssuche.

10.4 Neue Aufgaben (Zielgruppe Selbstverwaltung, Politik)

Apotheker wünschen sich eine stärkere Einbeziehung in die Patientenbetreuung und Ausschöpfung ihrer Kompetenzen. Diese Erweiterung würde den Beruf für Nachfolger aufwerten.

- Apotheken könnten z. B. stärker in die Betreuung von multimorbiden Patienten eingebunden werden. So könnten Medikationsreviews gemeinsam mit Ärzten und Pharmazeuten institutionalisiert werden und die Anpassungen von Ärzten mehr delegiert werden.
- Apotheken könnten als „Herz“ für Gesundheitszentren fungieren. Sie haben sowohl räumliche als auch fachliche Kapazitäten.
- Apotheker könnten als Lotsen oder als niedrigschwellig erreichbarer „Gesundheitsberater“ für Patienten bzw. die Bevölkerung fungieren

Andererseits könnten erweiterte Aufgaben auch abschreckend wirken (z.B. Impfen). Unter Umständen wären hier spezifische Erhebungen sinnvoll.

10.4.1 Medikationsmanagement

Das Medikationsmanagement wurde durchweg als ein zentrales und sinnvolles Element pharmazeutischer Aufgaben in der Apotheke gesehen. Die Umsetzung von Medikationsmanagement in Deutschland erfolgt bislang nur im Rahmen von Pilotprojekten, und sollte flächendeckend ausgebaut werden. Hierzu müssten standardisierte Abläufe etabliert werden:

- Die Kommunikationsabläufe im Rahmen des Medikationsmanagements, insbesondere mit den verordnenden Ärzten, sollten standardisiert werden und z. B. mit Hilfe von digitalen Medien (Chatrooms) vereinfacht werden.
- Apotheker bräuchten regelhaft definierte Informationen zu Patienten (ICD, Labor und Medikation) für den Review. Diese Informationsbereitstellung müsste unkompliziert geregelt werden.

10.4.2 Weitere Ansätze aus anderen Ländern

- **Pharmaceutical Prescribing** (z. B. UK) kann nicht nur Hausärzte entlasten, sondern Patienten und das Gesundheitssystem insgesamt. Insbesondere während des Apothekennotdienstes und auf dem Land könnten Apotheken Medikamente für banale Infekte oder Wiederholungsrezepte auch ohne vorherige ärztliche Konsultation ausgeben. Zusätzlich könnte hier eine Kombination mit Videosprechstunden oder Telekonsilen zwischen Apotheker mit Patient und Arzt sinnvoll sein. Das spart z. T. lange Wege und Wartezeiten in den Notarztstandorten oder Notaufnahmen.
- Die **Erstversorgung von Patienten** könnte im Falle mangelnder ärztlicher Versorgung auch durch Apotheker erfolgen. (Beispiel England und Schweiz)

10.5 Technische Lösungen

Außerdem sollten digitale Lösungen genutzt werden, um die vorhandene Infrastruktur zu ergänzen und so zu unterstützen:

- IT-gestützte Unterstützung der Dauermedikation
- Videoberatung in Kombination mit Botendiensten
- Videokonsile zwischen Patienten und Ärzten in Apotheken anbieten. Apotheker könnten Patienten bei der technischen Umsetzung unterstützen oder gemeinsam die Medikation besprechen (Pharmaceutical Prescribing).

Ein zu erweiterndes Modell wäre die „Ohne-Arzt-Praxis“ (Telemedicon), das Video-

sprechstunden mit regional niedergelassenen Ärzten in Standorten ohne Ärzte angeboten, unterstützt von MFAs oder Pflegenden vor Ort. Hier könnte der Standort der Apotheke mit der vorhandenen Infrastruktur eine attraktive Alternative darstellen.¹⁸³

¹⁸³ <https://www.ohnearztpraxis.de/>

11 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Raumkategorien nach Landesentwicklungsplan Baden-Württemberg	10
Abb. 2: Einwohnerentwicklung in Deutschland 1999 – 2019.....	14
Abb. 3: Einwohnerentwicklung in Baden-Württemberg 1999 – 2019.....	15
Abb. 4: Durchschnittliche Einwohnerzahl einer Gemeinde in den Landkreisen (Einwohnerdichte)	17
Abb. 5: Altersstruktur der Landkreise in Baden-Württemberg 2017 (sortiert nach Anteil Hochbetagter)	19
Abb. 6: Durchschnittsalter der Apotheker	20
Abb. 7: Entwicklung der Pflegebedürftigkeit in zwei Landkreisen und Baden-Württemberg ..	21
Abb. 8: Arzneimittelverbrauch je Versicherten in der GKV 2018 (nach Tagesdosen).....	22
Abb. 9: Arzneiverordnungsvolumen einzelner Arztgruppen 2019 (in Euro)	24
Abb. 10: Hausärzte je Apotheke in Deutschland 2019	25
Abb. 11: Hausärzte je Apotheke in Baden-Württemberg 2019.....	26
Abb. 12: Altersstruktur der Ärzte in Baden-Württemberg	27
Abb. 13: Einwohner älter als 50 Jahre pro Apotheke in Baden-Württemberg.....	28
Abb. 14: Entwicklung Apothekenzahl in Deutschland 1999 – 2009.....	43
Abb. 15: Entwicklung Apothekenzahl in Deutschland 1999 – 2009.....	44
Abb. 16: Entwicklung Apothekenzahl in Baden-Württemberg 1999 – 2009.....	45
Abb. 17: Entwicklung Apothekenzahl in Deutschland 2009 – 2019.....	46
Abb. 18: Entwicklung Apothekenzahl in Deutschland 2009 – 2019.....	47
Abb. 19: Entwicklung Apothekenzahl in Baden-Württemberg 2009 – 2019.....	48
Abb. 20: Entwicklung Apothekenzahl in Deutschland 1999 – 2019.....	49
Abb. 21: Entwicklung Apothekenzahl in Deutschland 1999 – 2019.....	50
Abb. 22: Entwicklung Apothekenzahl in Baden-Württemberg 1999 – 2019.....	51
Abb. 23: Entwicklung Apothekenzahl in Stuttgart 1999 – 2019.....	52
Abb. 24: Entwicklung Apothekenzahl in Heilbronn 1999 – 2019	53
Abb. 25: Entwicklung Apothekenzahl im Schwarzwald-Baar-Kreis 1999 – 2019.....	54
Abb. 26: Apothekendichte in Deutschland 1999	55
Abb. 27: Apothekendichte in Deutschland 2009	56
Abb. 28: Apothekendichte (Einwohner/Apotheke) in Deutschland 2019	57
Abb. 29: Apothekendichte (Einwohner/Apotheke) in Deutschland 2019	58
Abb. 30: Apothekendichte in Baden-Württemberg 1999	59
Abb. 31: Apothekendichte in Baden-Württemberg 2009	60
Abb. 32: Apothekendichte in Baden-Württemberg 2019	62
Abb. 33: Entwicklung der Apothekendichte in Deutschland 1999 – 2019.....	63
Abb. 34: Entwicklung der Apothekendichte in Baden-Württemberg 1999 – 2019.....	65
Abb. 35: Entwicklung der Apothekendichte im Alb-Donau-Kreis 1999 – 2019	66
Abb. 36: Apothekendichte in Baden-Württemberg 2019	67
Abb. 37: Kaufkraft pro Apotheke in Deutschland	71
Abb. 38: Kaufkraft pro Apotheke in Baden-Württemberg	72
Abb. 39: Umsatz hängt nicht von ländlicher oder städtischer Struktur ab.....	74
Abb. 40: Entwicklung der Kostenstruktur von Apotheken.....	75
Abb. 41: Entwicklung der Haupt- und Filialapotheken.....	84
Abb. 42: Beispiel eines ausgefüllten Medikationsplans (BMP).....	94

Abb. 43: Verfügbarkeit des E-Rezepts in Apotheken in Europa (in %)	96
Abb. 44: Angebote und Bestandteile von „Kanta“	99
Abb. 45: Nutzung von Online-Apotheken 2020	104
Abb. 46: Die bekanntesten Versandapotheken in Deutschland	108
Abb. 47: Attraktivität von Online-Plattformen	110
Abb. 48: Nacht- und Notdienste nach Ortsgrößen	119
Abb. 49: Der Medikationsprozess	126
Abb. 50: FASS App	142

12 Quellenverzeichnis

<p>Aargauer Zeitung (2017): In der Apotheke untersucht ein Roboter-Arzt Patienten. URL: https://www.aargauerzeitung.ch/wirtschaft/in-der-apotheke-untersucht-ein-roboter-arzt-patienten-131377881. Abfrage: September 2020.</p>
<p>ABDA (2014a): Apotheke 2030. Perspektiven zur pharmazeutischen Versorgung in Deutschland.</p>
<p>ABDA (2014b): Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, Geschäftsbereich Arzneimittel. Grundsatzpapier zur Medikationsanalyse und zum Medikationsmanagement: Überblick über die verschiedenen Konzepte zur Medikationsanalyse und zum Medikationsmanagement als apothekerliche Tätigkeit. URL: https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/Medikationsmanagement/Grundsatzpapier_MA_MM_GBAM.pdf. Abfrage: September 2020.</p>
<p>ABDA (2014c): Leistungen der Apotheker in Prävention und Gesundheitsförderung.</p>
<p>ABDA (2019a): ABDA-Datenpanels 2019.</p>
<p>ABDA (2019b): Darstellung REBMANN RESEARCH.</p>
<p>ABDA (2019c): Die Apotheke - Zahlen, Daten, Fakten 2019, Versandhandel. URL: https://www.abda.de/fileadmin/assets/ZDF/ZDF_2019/ZDF_19_15_Versandhandel.pdf. Abfrage: September 2020.</p>
<p>ABDA (2020a): Coronavirus: Apotheken können wirksame Desinfektionsmittel im Labor herstellen. URL: https://www.abda.de/aktuelles-und-presse/pressemitteilungen/detail/coronavirus-apotheken-koennen-wirksame-desinfektionsmittel-im-labor-herstellen/. Abfrage: September 2020.</p>
<p>ABDA (2020b): Die Apotheke - Zahlen, Daten, Fakten 2020, URL: https://www.abda.de/aktuelles-und-presse/publikationen/detail/die-apotheke-zahlen-daten-fakten-2019/. S. 5, S. 6, S. 8, S. 13, S. 17, S. 18, S. 26 (Stand: Januar 2020), S. 35, S. 36, S. 52 (Zahlen beziehen sich auf das Jahr 2018), S. 62, S. 65f, S. 74f. Abfrage: September 2020.</p>
<p>ABDA (2020c): Faktenblatt, Versandhandel mit Arzneimitteln. URL: https://www.abda.de/aktuelles-und-presse/faktenblaetter/. Abfrage: September 2020.</p>
<p>ABDA (2020d): Modellvorhaben Gripeschutzimpfungen. URL: https://www.abda.de/themen/pilot-projekt-gripeschutzimpfungen. Abfrage: September 2020.</p>
<p>ABDA (2020e): Nacht- und Notdienst. URL: https://www.abda.de/apotheke-in-deutschland/was-apotheken-leisten/immer-erreichbar-sein/nacht-und-notdienst/. Abfrage: 15.9.2020.</p>
<p>ABDA (2020f): Rezeptsammelstellen und Botendienste. URL: https://www.abda.de/apotheke-in-deutschland/was-apotheken-leisten/immer-erreichbar-sein/rezeptsammelstellen-und-botendienste/. Abfrage: September 2020.</p>
<p>ABDA (2020g): Statistik. URL: https://www.abda.de/aktuelles-und-presse/zdf/. Abfrage: September 2020.</p>
<p>ABDA (2020h): Tag der Apotheke: Krisenfeste Arzneimittelversorgung auch für die Zukunft sichern. URL: https://www.abda.de/aktuelles-und-presse/pressemitteilungen/detail/tag-der-apotheke-krisenfeste-arzneimittelversorgung-auch-fuer-die-zukunft-sichern/. Abfrage: September 2020.</p>
<p>ABDA (2020i): Die Apotheke ZDF 2019 PDF URL: http://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/ZDF/ZDF_2019/ABDA_ZDF_2019_Brosch.pdf. Abfrage September 2020.</p>
<p>ABDA (2020j): Weitere Kooperationen Apotheker/Arzt. URL: https://www.abda.de/themen/arzneimitteltherapiesicherheit/kooperationen/. Abfrage: September 2020.</p>
<p>Aliud®, Apothekenmarktreport 2018</p>
<p>APOkix, IFH Köln, 2019</p>
<p>APOMONDO GmbH. URL: https://www.apomondo.de/. Abfrage: September 2020.</p>
<p>Apotheke 2.0 (2020): Digitalisierung in Apotheken. URL: https://www.apotheke20.de/. Abfrage: September 2020.</p>
<p>Apotheke adhoc (2019a): Auch Rx-Präparate: Apothekenketten liefern mit Drohnen. URL: https://www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/detail/internationales/auch-rx-praeparate-apothekenketten-liefern-mit-drohnen/. Abfrage: September 2020.</p>
<p>Apotheke adhoc (2019b): Kosmetikkabinen nun doch erlaubt – wegen Versandhandel. URL: https://www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/detail/apothekenpraxis/kosmetikkabinen-nun-doch-erlaubt-wegen-versandhandel-apotheke/?tx_aponews_newsdetail%5B%40widget_4%5D%5BcurrentPage%5D=2&tx_aponews_newsdetail%5B%40widget_4%5D%5BitemsPerPage%5D=1&Hash=b003710557a0e6ac17e69adb45a63cd0. Abfrage: September 2020.</p>
<p>Apotheke adhoc (2019c): Zufriedenheit: Platz eins für Apotheken. URL: https://www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/detail/politik/zufriedenheit-platz-eins-fuer-apotheken-aok-umfrage/. Abfrage: September 2020.</p>

Apotheke adhoc (2020): 1700 Grippeimpfungen – in einer Apotheke. URL: https://www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/detail/internationales/1700-grippeimpfungen-in-einer-apotheke-neuseeland-corona/ . Abfrage: September 2020.
Apotheke adhoc (2020): Nordrhein: Die ersten Apotheker haben geimpft. URL: https://www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/detail/pta-live/nordrhein-die-ersten-apotheker-haben-geimpft/ . Abfrage: September 2020.
Apothekengesetz (2020): §1, Abs. 1 ApoG.
Apothekenumschau (2018): Apothekensterben: Darum schließen Filialen. URL: https://www.apotheken-umschau.de/Medikamente/Apothekensterben-Darum-schliessen-Filialen--551837.html . Abfrage: September 2020.
Apothekerkammer Nordrhein (2020): Mit ATHINA in die Zukunft. URL: https://www.aknr.de/apotheker/inhalt.php?id=153&sid=nhrmmbd8npphgmbm6e8jpkh5kf . Abfrage: September 2020.
ARMIN - Die Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen (2020): URL: https://www.arzneimittelinitiative.de/ueber-armin/grundlagen . Abfrage: September 2020.
Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (2018): Protokoll zum Workshop Interprofessionelle Zusammenarbeit bei Medikationsanalyse und Medikationsmanagement. URL: https://www.akdae.de/AMTS/Aktionsplan/Aktionsplan-2016-2019/docs/M29-WS-Ergebnisprotokoll.pdf . Abfrage: September 2020.
Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) (2020): URL: https://www.akdae.de/ . Abfrage: September 2020.
Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, Dr. Amin-Farid (2014): Arzneimitteltherapie - Ein „Was ist Was“ der Sicherheit. URL: https://www.akdae.de/Kommision/Presse/DAe/20141031.pdf . Abfrage: August 2020.
Ärzteblatt (2013): Demografischer Wandel: Apothekenbus fürs Land. URL: https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/55495/Demografischer-Wandel-Apothekenbus-fuers-Land . Abfrage: September 2020.
Ärzteblatt (2020a): E-Rezept der Techniker Krankenkasse für rund 40.000 Ärzte verfügbar. URL: https://www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=17&typ=1&nid=114728&s=e%2Drezept . Abfrage: September 2020.
Ärzteblatt (2020b): Mehr als jeder zweite Deutsche kauft Arzneimittel online. URL: https://www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=17&typ=1&nid=115682&s=e%2Drezept . Abfrage: September 2020.
Benz, M. (2020): Wie Apotheken funktionieren? S. 53 ff.
Bitkom (2020): Medikamente kommen bei 58 Prozent der Verbraucher aus der Online-Apotheke (Befragung unter 1.193 Personen im März / April 2020 des Digitalverbands Bitkom) URL: https://www.bitkom.org/Presse/Presseinformation/Medikamente-kommen-bei-58-Prozent-der-Verbraucher-aus-der-Online-Apotheke . Abfrage: September 2020.
Branchendienst der Sparkassen-Finanzgruppe. September 2019.
Brandt M, Hallas J, Graabæk T, Pottegård (2014): A. Description of a practice model for pharmacist medication review in a general practice setting. Pharmacy Practice 2014 Jul-Sep;12(3):420.
Bundesagentur für Arbeit (2019): Statistik/Arbeitsmarktberichterstattung, Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt–Fachkräfteengpassanalyse, Nürnberg.
Bundesärztekammer (2020): Anlage 3 zur Vereinbarung gemäß § 31a Abs. 4 Satz 1 SGB V über Inhalt, Struktur und Vorgaben zur Erstellung und Aktualisierung eines Medikationsplans sowie über ein Verfahren zur Fortschreibung dieser Vereinbarung, (Vereinbarung eines bundeseinheitlichen Medikationsplans – BMP), 1. Juli 2019, BMP Version 2.6.
Bundesärztekammer (2020): Bundeseinheitlicher Medikationsplan. URL: https://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/telematiktelemmedizin/medikationsplaene . Abfrage: September 2020.
Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM): Arzneimittelfälschungen. URL: https://www.bfarm.de/DE/Arzneimittel/Arzneimittelzulassung/Arzneimittelinformationen/Arzneimittelfaelschungen/_node.html . Abfrage: September 2020.
Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2020a): Gesetz über das Apothekenwesen. URL: https://www.gesetze-im-internet.de/apog/ . Abfrage: September 2020.
Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2020b): Verordnung über den Betrieb von Apotheken (Apothekenbetriebsordnung - ApBetrO). URL: https://www.gesetze-im-internet.de/apobetro_1987/BJNR005470987.html . Abfrage: September 2020.

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2020c): Verordnung über den Betrieb von Apotheken (Apothekenbetriebsordnung - ApBetrO). URL: https://www.gesetze-im-inter-net.de/apobetro_1987/BJNR005470987.html . Abfrage: September 2020.
Bundesministerium für Gesundheit (2016a): Aktionsplan zur Verbesserung der Arzneimitteltherapie-sicherheit im Kabinett; Zitat H. Gröhe. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministe-rium/melungen/2016/aktionsplan-amts.html . Abfrage: September 2020.
Bundesministerium für Gesundheit (2020b): Impfpflicht soll Kinder vor Masern schützen. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/impfpflicht.html . Abfrage: September 2020.
Bundesministerium für Gesundheit (2020c): Gesetzes für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversor-gung (GSAV). URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/gsav.html . Abfrage: September 2020.
Bundesministerium für Gesundheit (2020d): Gesundheitsberufe – Allgemein. URL: https://www.bun-desgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitsberufe/gesundheitsberufe-allgemein.html . Abfrage: September 2020.
Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie (2020): Verordnung zur Änderung der Apothekenbetriebsordnung und der Arzneimittelpreisverord-nung. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Ge-setze_und_Verordnungen/GuV/AVO_AEnd_Apothekenbetriebsordnung-ArzneimittelpreisVO.pdf . Abfrage: September 2020.
BVDAK Bundesverband Deutscher Apothekenkooperationen (2020): VDAK-Kooperationsgipfel im Pharmamarkt. URL: https://www.bvdak-kooperationsgipfel.de/ . Abfrage: September 2020.
BVDVA Bundesverband Deutscher Versandapotheken (2019): Was ist eine Versandapotheke? URL: https://www.bvdva.de/daten-und-fakten . Abfrage: September 2020.
CEF Digital (2020): eHealth – ePrescription, How it works. URL: https://ec.europa.eu/cef dig-ital/wiki/display/CEFD SIS/eHealth+-+ePrescription . Abfrage: September 2020.
Chen TF. Pharmacist-Led Home Medicines Review and Residential Medication Management Re-view (2016): The Australian Model. Drugs Aging. 2016 Mar;33(3):199-204. doi: 10.1007/s40266-016-0357-2. PMID: 26961696.
CPSN. URL: https://www.cpesn.com/ . Abfrage: September 2020.
DAZ.online (2020): Händedesinfektionsmittel aus der Apotheke – eine Übersicht. URL: Abfrage: September
Deine Apotheke (Deine App). URL: https://deine-apotheke.com/deineApp . Abfrage: September 2020.
Deutsche Apotheker- und Ärztebank (2019): Existenzgründungen, Analyse: Apothekengründungen 2019. URL: https://www.apobank.de/praxis-apotheke/gruenden/existenzgruender-analy-sen/apotheker-existenzgruendung . Abfrage: September 2020.
Deutsche Apotheker- und Ärztebank (2020): apoBank-Studie "Inside Heilberuf": Wunsch nach weni-ger Bürokratie und mehr Zeit für den Patienten. URL: http://newsroom.apobank.de/pressre-leases/apobank-studie-inside-heilberuf-wunsch-nach-weniger-buerokratie-und-mehr-zeit-fuer-den-patienten-2958291 . Abfrage: September 2020.
Deutsche Apotheker Zeitung (2015): URL: https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2015/daz-9-2015/genau-mein-typ . Abfrage: September 2020.
Deutsche Apotheker Zeitung (2016): Apothekenübliche Waren – was gehört dazu? URL: https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2016/daz-26-2016/apothekenuebliche-waren-was-gehoeert-dazu . Abfrage: September 2020.
Deutsche Apotheker Zeitung (2017a): Bedeutung der Preisbindung nachgewiesen - Gutachten schließt Beweislücke. URL: https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2017/08/23/gu-tachten-schliesst-beweisluecke/chapter:3 . Abfrage: September 2020.
Deutsche Apotheker Zeitung (2017b): Landapotheken geht es besser als Stadtapotheken. URL: https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2017/12/15/landapotheken-geht-es-bes-ser-als-stadtapotheken/chapter:all . Abfrage: September 2020.
Deutsche Apotheker Zeitung (2018a): Was Apotheker bei der Rx-Abgabe leisten. Nutzen für die Pa-tienten und die Gesellschaft. URL: https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2018/daz-10-2018/was-apotheker-bei-der-rx-abgabe-leisten . Abfrage: September 2020.
Deutsche Apotheker Zeitung (2018b): Was Apotheker bei der Rx-Abgabe leisten. Nutzen für die Pa-tienten und die Gesellschaft. Zitiert nach Koberlein-Neu J, Mennemann H, Hamacher S, Waltering I, Jaehde U, Schaffert C, Rose O. Interprofessional Medication Management in Patients With Multiple Morbidities. Dtsch Arztebl Int. 2016;113:741-8. doi:10.3238/arztebl.2016.0741. URL: https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2018/daz-10-2018/was-apotheker-bei-der-rx-abgabe-leisten . Abfrage: September 2020.

Deutsche Apotheker Zeitung (2018c): Zwei Jahre EuGH-Urteil – Was ist passiert? URL: https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2018/10/19/zwei-jahre-eugh-urteil-was-ist-passiert . Abfrage: September 2020.
Deutsche Apotheker Zeitung (2019a): Arzneimittelversorgung und mehr – hat die Paketdrohne eine Zukunft? URL: https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2019/10/07-10-2019/arzneimittelversorgung-und-mehr-hat-die-paketdrohne-eine-zukunft . Abfrage: September 2020.
Deutsche Apotheker Zeitung (2019b): BGH: Zuwendungsverbot ist eindeutig geregelt - Entscheidungsgründe des Bundesgerichtshofs zu Apotheken-Gutscheinen liegen vor. URL: https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2019/az-34-2019/bgh-zuwendungsverbot-ist-eindeutig-geregelt . Abfrage: September 2020.
Deutsche Apotheker Zeitung (2019c): England: bei leichten Gesundheitsstörungen in die Apotheke statt zum Arzt. URL: https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2019/08/07/england-bei-leichten-gesundheitsstoerungen-in-die-apotheke-statt-zum-arzt . Abfrage: September 2020.
Deutsche Apotheker Zeitung (2020a): Ab Oktober gibt es nur noch 2,50 Euro für den Botendienst. URL: https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2020/09/23/ab-oktober-gibt-es-nur-noch-2-50-euro-fuer-den-botendienst . Abfrage: September 2020.
Deutsche Apotheker Zeitung (2020b): Botendienst-Vergütung soll ins VOASG wandern. URL: https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2020/08/25/spahn-schiebt-botendienst-verguetung-ins-voasg . Abfrage: September 2020.
Deutsche Apotheker Zeitung (2020c): Kreative Kooperationsprojekte statt Impfungen in der Apotheke. URL: https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2020/08/12/kreative-kooperationsprojekte-statt-impfungen-in-der-apotheke?utm_campaign=kurzNach6&utm_source=20200812&utm_medium=newsletter&utm_keyword=article . Abfrage: September 2020.
Deutsche Apotheker Zeitung (2020d): Telemedizin – die Medizin der Zukunft? URL: https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2017/daz-36-2017/telemedizin-die-medizin-der-zukunft . Abfrage: September 2020.
Deutsche Apotheker Zeitung (2020e): Zur Rose-Chef schließt Fusion mit Shop Apotheke nicht aus. URL: https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2020/09/09/zur-rose-chef-schliesst-fusion-mit-shop-apotheke-nicht-aus . Abfrage: September 2020.
Deutsche Apotheker Zeitung (2020f): Rezeptsammlung im Supermarkt ist doch zulässig. URL: https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2020/04/23/rezeptsammlung-im-supermarkt-ist-doch-zulaessig . Abfrage: September 2020.
Deutsche Apotheker Zeitung. (2016): Das Apothekensterben geht weiter. URL: https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2016/az-3-2016/das-apothekensterben-geht-weiter . Abfrage: September 2020.
Deutschlandfunk (2019): Abkehr vom Job in der Apotheke. URL: https://www.deutschlandfunk.de/pharmaziestudium-abkehr-vom-job-in-der-apotheke.680.de.html?dram:article_id=460329 . Abfrage: September 2020.
Digital Ratgeber (2020): Die digitale Apotheke von morgen. URL: https://www.digital-ratgeber.de/e-health/die-digitale-apotheke-von-morgen-557255.html . Abfrage: September 2020.
DocCheck Flexikon (2020): Apothekenpflicht. URL: https://flexikon.doccheck.com/de/Apothekenpflicht . Abfrage: September 2020.
DonauDoc.de (2020): Tuttlingen für Mediziner. URL: www.DonauDoc.de . Abfrage: September 2020.
Endres HG, Kaufmann-Kolle P, Steeb V, Bauer E, Böttner C, Thürmann P (2016): Association between Potentially Inappropriate Medication (PIM) Use and Risk of Hospitalization in Older Adults: An Observational Study Based on Routine Data Comparing PIM Use with Use of PIM Alternatives . PLoS One. 2016; 11:e0146811. Abfrage: September 2020.
Fernandez EV, McDaniel JA, Carroll NV (2016): Examination of the Link Between Medication Adherence and Use of Mail-Order Pharmacies in Chronic Disease States. J Manag Care Spec Pharm. 2016 Nov;22(11):1247-1259. doi: 10.18553/jmcp.2016.22.11.1247. PMID: 27783552.
G. Kroeger (2017): Ärztemonitor 2016 .
General Pharmaceutical Council (2020): Pharmacist independent prescriber. URL: https://www.pharmacyregulation.org/education/pharmacist-independent-prescriber . Abfrage: September 2020.

Gesundheitsatlas Baden-Württemberg (2020): URL: http://www.gesundheitsatlas-bw.de/ . Abfrage: September 2020.
GKV-Arzneimittelindex im WIdO (2019): Arzneiverbrauch nach Altersgruppen 2018. URL: https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Forschung_Projekte/Arzneimittel/wido_arz_verbrauch_altersgruppen_2018.pdf . Abfrage: September 2020.
GKV-Spitzenverband (2019): GAmSi 2019. URL: https://www.gkv-gamsi.de/gamsi_berichte/quartersberichte.jsp . Abfrage: September 2020.
Grosch Pharma Service (2019): Healthcare 2020: OTC & Selbstmedikation im Fokus. URL: https://www.grosch-ps.com/de/2019/healthcare-2020-otc-selbstmedikation-im-fokus-3344/ . Abfrage: September 2020.
Handelsblatt (2020a): Medikamente per Klick: So soll die Apotheke der Zukunft aussehen. URL: https://www.handelsblatt.com/technik/digitale-revolution/digitale-revolution-medikamente-per-klick-so-soll-die-apotheke-der-zukunft-aussehen/25605354.html?ticket=ST-492837-Q965bOrdIalWuQM-lyOVR-ap3 . Abfrage: September 2020.
Handelsblatt (2020b): Brüssel hofft auf konstruktive Lösung beim Apotheken-Rabattstreit mit Deutschland. URL: https://www.handelsblatt.com/politik/deutschland/gesundheitspolitik-bruessel-hofft-auf-konstruktive-loesung-beim-apotheken-rabattstreit-mit-deutschland/26193182.html?ticket=ST-389979-Txq4MklGmTfmGuReuosG-ap4 . Abfrage: September 2020.
IFH Köln (2017a): Apothekerbefragung zur Übernahme von Funktionen in der Arzneimittelversorgung durch Präsenzapotheken, Köln.
IFH Köln (2017b): Das A und O in der Arzneimittelversorgung: Apotheken vor Ort. URL: https://www.ifhkoeln.de/blog/details/das-a-und-o-in-der-arzneimittelversorgung-apotheken-vor-ort/ . Abfrage: September 2020.
Jeweilige Halbjahresberichte der Unternehmen: DocMorris, Shop Apotheke.
Kanta (2020): What do the Kanta Services contain? URL: https://www.kanta.fi/en/blog/-/asset_publisher/1QjC602jKPR6/content/mita-kanta-palvelut-pitavat-sisallaa-1 . Abfrage: September 2020.
Kassenärztliche Bundesvereinigung und ABDA (2011): Zukunftskonzept Arzneimittelversorgung, Gemeinsames Eckpunktepapier. URL: https://www.kbv.de/media/sp/ABDA_KBV_Zukunftskonzept.pdf . Abfrage: September 2020.
Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (2019): Versorgungsbericht KV-BW 2019. KOMMUNAL (2019): Immer weniger Apotheken. URL: https://kommunal.de/immer-weniger-apotheken . Abfrage: September 2020.
Kusch M., Haefeli W., Seidling H. (2018): How to meet patients' individual needs for drug information - a scoping review. URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6229142/pdf/ppa-12-2339.pdf#page=10&zoom=auto,-13,543 . Abfrage: September 2020.
Kwint HF, Bermingham L, Faber A, Gussekloo J, Bouvy ML. The relationship between the extent of collaboration of general practitioners and pharmacists and the implementation of recommendations arising from medication review: a systematic review. <i>Drugs Aging</i> . 2013;30(2):91-102. doi:10.1007/s40266-012-0048-6. Abfrage: September 2020.
Landarztbörse (2020): URL: https://www.landarztboerse.de/ . Abfrage: September 2020.
Landesapothekerkammer Baden-Württemberg (2020): ATHINA - Apotheken überprüfen Arzneimittelmix. URL: https://www.lak-bw.de/service/patient/athina-medikationsanalyse.html . Abfrage: September 2020.
Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg (2018): Modellprojekt sektorenübergreifende Versorgung in Baden-Württemberg - Projektbericht. URL: https://www.gesundheitsdialog-bw.de/fileadmin/media/Modellprojekt_SueV/SueV_BW_Abschlussbericht.pdf . Abfrage: September 2020.
Monopolkommission (2018): Hauptgutachten XXII: Wettbewerb 2018 – Kapitel 1. URL: https://monopolkommission.de/images/HG22/HGXXII_Kap1_Arzneimittel.pdf . Abfrage: September 2020.
Náfrádi L, Galimberti E, Nakamoto K, Schulz PJ. (2016): Intentional and Unintentional Medication Non-Adherence in Hypertension: The Role of Health Literacy, Empowerment and Medication Beliefs. <i>J Public Health Res</i> . 2016;5(3):762.
National Center for Biotechnology Information (2015): Medication therapy management interventions in outpatient settings: a systematic review and metaanalysis. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25401788/ . Abfrage: September 2020.
National Center for Biotechnology Information (2016): Medication review in German community pharmacies - Post-hoc analysis of documented drug-related problems and subsequent interventions

in the ATHINA-project. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27816566/ . Abfrage: September 2020.
National Center for Biotechnology Information (2017): Impact of community pharmacists' interventions on asthma self-management care. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28778676/ . Abfrage: September 2020.
National Center for Biotechnology Information (2018a): Community Pharmacists' Contribution to Medication Reviews for Older Adults: A Systematic Review. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29972691/ . Abfrage: September 2020.
National Center for Biotechnology Information (2018b): Electronically supported co-operation of physicians and pharmacists to improve medication safety in the ambulatory setting : The "Arzneimittelin- initiative Sachsen-Thüringen. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30062582/ . Abfrage: September 2020.
NHS (2019): NHS Community Pharmacist Consultation Service (CPCS) – integrating pharmacy into urgent care. URL: https://www.england.nhs.uk/primary-care/pharmacy/community-pharmacist-consultation-service/ . Abfrage: September 2020.
OptiMedis AG (2020): OptiMedium Newsletter Ausgabe Juni 2020. URL: https://opti-medis.de/files/OptiMedium/deutsch/2020/01_Juni/pdf/OptiMedium_DE_Juni_2020.pdf . Abfrage: September 2020.
Patient Hochrhein (2020): Der Landkreis Waldshut sucht medizinische Unterstützung. URL: https://patient-hochrhein.de/ . Abfrage: September 2020
Pharma Suisse, Schweizerischer Apothekerverband (2020): netCare. URL: https://www.pharmasuisse.org/de/1247/netCare.htm . Abfrage: September 2020.
Pharmaceutical Group of the European Union (2018): Nach OECD/EU, Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris. URL: https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en . Abfrage: September 2020.
Pharmazeutische Zeitung (2002): Der Apotheker als Lotse. URL: https://www.pharmazeutische-zeitung.de/inhalt-50-2002/pharm5-50-2002/ . Abfrage: September 2020.
Pharmazeutische Zeitung (2017): Hanke: Apotheker sind Mangelberuf. URL: https://www.pharmazeutische-zeitung.de/2017-11/hanke-apotheker-sind-mangelberuf/ . Abfrage: September 2020.
Pharmazeutische Zeitung (2018): So wird aus Apotheker und Arzt ein Team. URL: https://www.pharmazeutische-zeitung.de/so-wird-aus-apotheker-und-arzt-ein-team/ . Abfrage: September 2020.
Pharmazeutische Zeitung (2019a): Apotheke 2.0. Modellprojekt will Offizinen stärken. URL: https://www.pharmazeutische-zeitung.de/modellprojekt-will-offizinen-staerken/ . Abfrage: September 2020.
Pharmazeutische Zeitung (2019b): Intensivere Betreuung lohnt sich. URL: https://www.pharmazeutische-zeitung.de/intensivere-betreuung-lohnt-sich . Abfrage: September 2020.
Pharmazeutische Zeitung (2019c): Mangelberuf Apotheker. URL: https://www.pharmazeutische-zeitung.de/mangelberuf-apotheker/ . Abfrage: September 2020.
Pharmazeutische Zeitung (2020a): Apotheker werden auch in Zukunft gebraucht. URL: https://www.pharmazeutische-zeitung.de/apotheker-werden-auch-in-zukunft-gebraucht-118570/ . Abfrage: September 2020.
Pharmazeutische Zeitung (2020b): Was Apotheker über den E-Medikationsplan wissen müssen. URL: https://www.pharmazeutische-zeitung.de/was-apotheker-ueber-den-e-medikationsplan-wissen-muessen-119406/seite/2/ . Abfrage: September 2020.
Portenhauser F, Steinhäuser J. (2015): Allgemeinmedizinische Weiterbildung: Die meisten bleiben im Ländle. Dtsch Arztebl 2015; 112(16): A-709 / B-602 / C-582.
Presseportal (2020): Aposcope. Apotheker: Kooperationen sichern das wirtschaftliche Überleben. URL: https://www.presseportal.de/pm/139457/4517150 . Abfrage: September 2020.
Prof. Dr. rer. Pol. May, Uwe (2002): Selbstmedikation in Deutschland. Eine ökonomische und gesundheitspolitische Analyse. Bundesfachverband der Arzneimittel-Hersteller e.V. (BAH), Bonn. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH Stuttgart.
PWC (2019): Apotheken-Versandhandel - Healthcare-Barometer. URL: https://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/pwc-bevoelkerungsbefragung-apothekenversandhandel-2019.pdf . Abfrage: September 2020.
REBMANN RESEARCH (2020): Atlas Medicus® Datenbank. Abfrage: September 2020.

ResearchGate (2008): An international overview of some pharmacist prescribing models. URL: https://www.researchgate.net/publication/275770748 An international overview of some pharmacist prescribing models. Abfrage: September 2020.
Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014a): URL: https://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=480 . Abfrage: September 2020.
Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2020b): Sondergutachten 2009 und 2012. URL: https://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=6 . Abfrage: September 2020.
Schmittziel JA, Karter AJ, Dyer WT, Chan J, Duru OK (2013): Safety and effectiveness of mail order pharmacy use in diabetes. Am J Manag Care. 2013 Nov;19(11):882-7. PMID: 24511986; PMCID: PMC4278640.
Sempora (2020): Apothekenmarktstudie 2020.
SILO.TIPS (2016): Soziales Engagement der betapharm Arzneimittel GmbH im Überblick. URL: https://silo.tips/download/soziales-engagement-der-betapharm-arzneimittel-gmbh-im-berblick-2. Abfrage: September 2020.
Simon-Kucher Partners (2020): Corona-Krise: große Chance für Apothekenplattformen. URL: https://www.simon-kucher.com/de/about/media-center/corona-krise-grosse-chance-fuer-apotheken-plattformen . Abfrage: September 2020.
Sozialgesetzbuch V. Gesetzliche Krankenversicherung (2020): § 126 - Versorgung durch Vertragspartner (2020).
Springer Link (2013): Cooperation between community pharmacists and general practitioners in eastern Germany: attitudes and needs. URL: https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s11096-013-9772-1.pdf . Abfrage: September 2020.
Springer Link (2019): General practitioner–pharmacist collaboration in Germany: an explanatory model. URL: https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11096-019-00851-1 . Abfrage: September 2020.
Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2019): Werner Brachat-Schwarz. Immer mehr ältere Menschen in Baden-Württemberg - Zu den Ursachen des demografischen Wandels im Südwesten. URL: https://www.statistik-bw.de/Service/Veroeff/Monatshefte/20191202?path=/BevoelkGebiet/Alter/ . Abfrage: September 2020.
Steinhäuser J, Annan N, Roos M, Szecsenyi J, Joos S. (2011): Lösungsansätze gegen den Allgemeinartzmangel auf dem Land - Ergebnisse einer online Befragung unter Ärzten in Weiterbildung. DMW 2011; Aug;136(34-35):1715-9.
Steinhäuser J., Joos S, Szecsenyi J., Götz K. (2013): Welche Faktoren fördern die Vorstellung sich im ländlichen Raum niederzulassen? Z Allg Med 2013; 89: 10-15.
Steinhäuser, J; DMW (2011): Steinhäuser JJ, S.; Szecsenyi J.; Goetz, K.: Welche Faktoren fördern die Vorstellung sich im ländlichen Raum niederzulassen? Z Allg Med 2013; 89: 6.
SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2008): Kooperation und Verantwortung - Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007. Nomos Verlag.
TeleMedicon. Nah und da. Unsere Ohnearztpraxis (2020): Ländliches Fernbehandlungs- und Diagnostikzentrum. URL: https://www.ohnearztpraxis.de/. Abfrage: September 2020.
Universität Bayreuth (2018): Intersektorale Gesundheitszentren : Ein innovatives Modell der erweiterten ambulanten Versorgung zur Transformation kleiner ländlicher Krankenhäuser. Gutachten der Universität Bayreuth und der Oberer AG im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Schmid, A., Hacker, J., Rinsche, F. und Distler, F. (2018). URL: http://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:bvb:703-epub-3852-8 . Abfrage: September 2020.
Versorgungsatlas Baden-Württemberg. Abfrage: 8.4.2020.
Weißborn, Marina & Schulz, Martin & Kraft, Manuel & Haefeli, Walter & Seidling, Hanna (2018): Potentielle Erfolgsindikatoren für die Durchführung von Projekten zur Arzt-Apotheker-Zusammenarbeit – eine systematische Übersicht. Das Gesundheitswesen. 81. 10.1055/a-0592-7184.
Wiley Online Library (2017): Provision of pharmaceutical care by community pharmacists across Europe: Is it developing and spreading? URL: https://online-library.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jep.12783 . Abfrage: September 2020.
Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Zi) (2020): Für die Prävalenz auf Kreisebene. URL: https://www.versorgungsatlas.de/themen/alle-analysen-nach-datum-sortiert/?tab=1&uid=109 . Abfrage: September 2020.

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) (2020): Holstiege J, Akmatov MK, Steffen A, Bätzing J.: Die ischämische Herzerkrankung in der vertragsärztlichen Versorgung – Zeitliche Trends und regionale Variationen. Versorgungsatlas-Bericht Nr. 20/04. Berlin 2020 DOI: 10.20364/VA-20.04. URL: https://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/109/VA_kompakt_IschaemHerzerkrankung_2020-08-12.pdf. Abfrage: September 2020.