

**UPDATE des Gutachtens
„Qualität der Arzneimittelversorgung
durch Apotheken im Ländlichen Raum
Baden-Württembergs“ (vom Okt. 2020)**

**unter besonderer Berücksichtigung
der Rolle der Apotheken im Rahmen der Pandemie**

GUTACHTEN - UPDATE

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

Berlin und Tübingen, im Februar 2023

Erstellt durch

Dr. Dr. med. Heidrun Sturm, MPH

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	Zusammenfassung & Fragestellung	5
1.1	Abstract / Executive Summary	5
1.2	Vorgehen und Zielsetzung.....	7
2	Ausgangsbasis Studie 2020	8
3	Update zu Zahlen und rechtlichen Regelungen	9
3.1	Entwicklung der Apothekenzahlen.....	9
3.2	Faktische Versorgungssituation.....	11
3.3	Update rechtliche Regelungen	13
3.3.1	Pandemiebedingte Vereinfachungen.....	13
3.3.2	Finanzstabilisierungsgesetz	14
3.3.3	Vorhaben des Koalitionsvertrags.....	15
3.3.3.1	Bürokratieabbau	16
3.3.3.2	Legalisierung von Cannabis.....	18
3.3.3.3	Gesundheitskioske / Gesundheitszentren.....	20
3.3.3.4	Versorgungsgesetz I und II	22
3.4	Weitere Entwicklungen und Herausforderungen:.....	22
3.4.1	Lieferengpässe.....	22
3.4.1.1	Problemausmaß	22
3.4.1.2	Gegenmaßnahmen.....	23
3.4.1.3	Internationale Abhängigkeiten	25
3.4.1.4	Lieferengpässe als europäisches Thema.....	26
3.4.2	Update: E-Rezept.....	28
3.4.3	Pharmazeutische Dienstleistungen	29
3.4.3.1	Welche Leistungen für wieviel Geld	29
3.4.3.2	Auszahlung der Vergütung	30
3.4.3.3	Kritische Stimmen.....	32
3.4.4	Impfungen	32
3.4.5	Wettbewerb um die letzte Meile (zwischen Bestellung und Belieferung).....	34
3.5	Zwischenfazit	36
4	Auswirkungen der Pandemie auf die Apotheken	37
4.1	Zusätzliche Aufgaben und Herausforderungen.....	37
4.2	Weniger Patientenkontakte	38
4.3	Pandemie und Digitalisierung.....	39
4.3.1	Digitalisierung: Erfolgsfaktor für Apotheke.....	40
4.3.2	Online-Affinität, Versandhandel & E-Rezept.....	41
4.4	Weitere Angebote	42
4.4.1	Botendienst	42
4.4.2	Abholautomaten	43
4.5	Wirtschaftliche Auswirkungen.....	44

4.5.1	Auswirkungen auf das Kerngeschäft während der Pandemie.....	44
4.5.2	Sondereffekt Corona	44
4.5.3	Ausblick für 2022 und danach	47
4.6	Zwischenfazit	52
5	Rolle der Apotheken und ApothekerInnen – im Wandel?.....	53
5.1	Apotheken als Informationsbroker und Patientenlotse (Pandemie und Abruf des Fachwissens).....	54
5.2	Kooperation mit Ärzten	54
5.3	Kooperation mit anderen Berufen und regionale Vernetzung	55
5.4	Neue Rollen - auch durch gesetzliche Rahmenbedingungen gefördert	56
5.5	Zwischenfazit	57
6	Apotheken aus Bevölkerungssicht.....	57
6.1	Wahrgenommene Versorgung in der Bevölkerung	57
6.1.1	Bewertung Land- versus Stadtapotheke.....	59
6.2	Zwischenfazit	59
7	Nachwuchs und Attraktivität des Berufs	59
7.1	Attraktivität des Berufs aus Apothekensicht.....	59
7.2	Nachwuchs in Zahlen	62
7.2.1	Zahl der Studierenden im Fachbereich Pharmazie	62
7.2.2	Ausbildungsplätze in Apotheken	64
7.3	Wie kann man die Attraktivität für den Nachwuchs verbessern?.....	67
7.4	Zwischenfazit	68
8	Anhang.....	69
8.1	Abbildungs- / Tabellenverzeichnis	69

Anmerkung:

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

1 Zusammenfassung & Fragestellung

1.1 Abstract / Executive Summary

Apotheken haben ad-hoc zentrale zusätzliche Aufgaben im Rahmen der akuten Pandemiebewältigung übernommen und damit ihre Rolle als niedrigschwellige (oft erste) Ansprechpartner rund um Gesundheitsfragen der Bevölkerung bekräftigt. Beispielhaft seien hier die Herstellung von (z.T. nicht lieferbarem) Desinfektionsmittel, die Ausgabe von Schutzmasken an vulnerable Bevölkerungsgruppen, die Versorgung mit Impfstoffen, das Ausstellen von Impf- und Genesenzertifikaten, das Fungieren als Test-Zentren genannt. Auch dass mittlerweile in Apotheken auch gegen COVID-19 geimpft werden kann gehört dazu.

Die Pandemie hat bei einigen Apotheken zu einem Digitalisierungsfortschritt beigetragen, gleichzeitig kommt das E-Rezept auch weiterhin nur schleppend und mit Zeitverzug in Gang. Der Berufsalltag ist mittlerweile wieder durch andere Herausforderungen dominiert: Lieferengpässe, Bürokratie und Nachwuchssorgen haben das Pandemiethema verdrängt.

Ökonomisch führten – insbesondere in 2021 – diese Effekte kurzfristig zu Sonderumsätzen in Apotheken und zu einer steigenden Rendite. Mittelfristig jedoch werden gesetzliche Eingriffe, der Wegfall dieser Sondereffekte und steigende Kosten zu sinkenden Margen führen und bedingen negative wirtschaftliche Prognosen für Apotheken.

Zwar gibt es positive politische Signale, dass pandemiebedingte Sonderregelungen in die Regelversorgung überführt werden, jedoch steht das jüngst verabschiedete Finanzstabilisierungsgesetz (mit Erhöhung des Apothekenabschlags) zunächst im Widerspruch zu den Vorhaben des Koalitionsvertrags mit der Stärkung der Vor-Ort-Apotheke und Verbesserung der Honorierung. Denn der Gesetzgeber möchte einerseits die Ausgabensteigerung bei Arzneimitteln eindämmen, was mit weniger Honorierung im Kernbereich von Apotheken (der Ausgabe von verschreibungspflichtigen Arzneien) einhergeht. Umgekehrt wurden und werden sonstige Leistungen und Services der Apotheken ausgebaut (Vergütung pharmazeutischer Dienstleistungen, Impfungen durch Apotheken, Botendienst etc.).

Dies fördert und ermöglicht eine Veränderung der Rolle und Aufgaben von Apotheken. Apotheken können zunehmend Aufgaben im Bereich Informationsvermittlung, Beratung oder auch Lotsen im Gesundheitssystem übernehmen. Insbesondere pharmazeutische Dienstleistungen sind dabei immer wieder Anlass für Kontroversen zwischen Ärzten und Apothekern hinsichtlich ihres jeweiligen Dienstleistungsportfolios. Beide Berufsgruppen sehen jedoch zusätzliche Beratungsangebote wie etwa im Kontext von Gesundheitskiosken politisch geplant kritisch, mit dem Argument der Gefahr unnötiger Doppelstrukturen.

Lieferengpässe sind ein komplexes Problem, das die Pandemie als größte Herausforderung für Apotheken abgelöst hat. Lösungsansätze betreffen u.a. Warnsysteme, veränderte Rabattverträge und vereinfachte Herstellung von Arzneien durch die Apotheken selbst. Ein Generikagesetz ist auf dem Weg. Neben Lieferengpässen steht der Bürokratieabbau oben auf der politischen Agenda, es bleibt jedoch abzuwarten, inwieweit und wann konkrete positive Impulse für die Apotheken folgen.

Auch weiterhin sind rückläufige Apothekenzahlen in Baden-Württemberg zu konstatieren. Eine Apotheke versorgt mittlerweile über 1.000 Menschen mehr als 2011, Tendenz weiterhin – insbesondere demographiebedingt - steigend. Die Altersstruktur der Apothekeninhaber:innen, der Mangel an Übernahmeinteressenten, die wirtschaftlichen sowie unternehmerischen Herausforderungen an diese sowie der Fachkräftemangel werden auch weiterhin die Zahl der Apotheken sinken lassen. Bereits jetzt gibt es große regionale bzw. standortspezifische Versorgungsunterschiede (z.B. hinsichtlich der Erreichbarkeit von Apotheken im Nacht- und Notdienst).

In der Wahrnehmung der Bevölkerung wird die Apothekenversorgung jedoch als positiv beurteilt, insbesondere Landapotheken profitieren von der persönlichen Bindung zu ihren Kunden. Während der Pandemie scheint sich das (per se gute) Image von Apotheken in den Augen der Bevölkerung noch zusätzlich verbessert zu haben.

Diese hat jedoch allenfalls kurzfristige positive Effekte bei der Nachwuchsgewinnung mit sich gebracht.

Denn öffentliche Diskurse und erlebte Versorgungsengpässe (etwa Lieferengpässe) beeinflussen diese Einschätzung. Die wahrgenommene hohe Arbeitsbelastung (z.B. aufgrund krankheitsbedingter Ausfälle) in den Apothekenteams, Ansteckungsrisiken während der Pandemie, wirtschaftliche, organisatorischer und rechtliche Herausforderungen wirken sich abschreckend auf den Nachwuchs aus. Zusätzlich begünstigen die z.T. attraktiveren Arbeitsbedingungen etwa in der Industrie die Abwanderung von Fachpersonal in andere Arbeitsfelder außerhalb der Apotheken. Verschärfend kommt hinzu, dass Apotheken selbst oft nicht mehr ausbilden (können auf Grund von Personalmangel) und Studienplätze für Pharmazie zulassungsbeschränkt sind.

1.2 Vorgehen und Zielsetzung

Dieses Gutachten ist ein Update des Gutachtens aus dem Jahr 2020. Im Hauptgutachten¹ wurden ausführlich Entwicklungen von Apothekenzahlen, deren wirtschaftliche Situation, gesetzliche Rahmenbedingungen und deren Ursachen vor dem Hintergrund der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in Baden-Württemberg diskutiert. Inzwischen haben drei Jahre Pandemie unmittelbaren Einfluss auf Aufgaben und wirtschaftliche Bedingungen der Apotheken gezeitigt. In diesem Gutachten wurden deshalb die Erkenntnisse des Hauptgutachtens erweitert mit dem Fokus, welche Entwicklungen insbesondere pandemiebedingt eingeleitet wurden und welche Effekte das bereits hatte bzw. haben wird.

Konkrete Ziele der Aktualisierung waren, die Auswirkungen der Pandemie zu beleuchten auf

- den Versorgungsauftrag der Apotheken (z. B. Testen / Masken / Impfen etc.)
- die Rolle der Apotheker (während bzw. nach der Pandemie), auch im Hinblick auf Kooperationen mit anderen Berufsgruppen
- Nachwuchs / Attraktivität des Berufs

Zusätzlich sollten Änderungen rechtlicher Regelungen überblickhaft dargestellt werden.

Methodisches Vorgehen:

Auf der einen Seite erfolgt/e eine dokumentenbasierte Recherche bzw. Auswertung der entsprechenden Fachliteratur; um diese theoretischen Erkenntnisse mit subjektiven Erfahrungen von Apothekern zu spiegeln wurde auf der anderen Seite eine Expertendiskussion durchgeführt mit Fokus u.a. auf folgende Themen:

- Einfluss der Pandemie auf den Versorgungsauftrag von Apotheken
- Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen / Versorgern im Kontext der Pandemie
- Einfluss der Pandemie auf den Abruf des Fachwissens der Apotheker

Der Experten-Workshop wurde in Form einer leitfadengestützten online Fokusgruppendifkussion durchgeführt. An dem dreistündigen Workshop nahmen fünf Apotheker:innen und ein Apothekenberater bzw. -Sachverständiger teil. Von den Apotheker:innen besaßen drei eine eigene Apotheke (alle in ländlichen Gebieten), eine Apothekerin arbeitet als angestellte Apothekerin in einer Stadt, zwei der Teilnehmenden waren aktiv in der Landesvertretung. Zwei Teilnehmer:innen waren weiblich. (Eine Hausärztin und ein weiterer Apotheker einer städtischen Apotheke waren kurzfristig verhindert.)

¹ Link zum Gutachten: [Gutachten zur Qualität der Arzneimittelversorgung durch Apotheken im Ländlichen Raum Baden-Württembergs - Die Rolle der Apotheken für die künftige Sicherstellung der medizinischen Versorgung \(uni-tuebingen.de\)](#)

2 Ausgangsbasis Studie 2020

Ländliche Regionen sind von der Demographie, der Alterung der Bevölkerung häufig besonders betroffen. Da die Alterung mit steigenden medizinischen Versorgungsbedarfen einher geht und dabei die Anforderungen an Arzneimittelversorgung und -therapie komplexer werden, stellt sich die Frage einer ausreichenden Versorgung nicht nur, aber vielleicht besonders dringend für diese Regionen. Vor diesem Hintergrund sollte die Situation der Apotheken in Baden-Württemberg analysiert werden, um die Versorgungssituation mit Medikamenten und allgemein den Beitrag von Apotheken zur gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung besser zu verstehen. Daraus wurden Maßnahmen zur künftigen Sicherstellung abgeleitet.

Festzustellen war, dass die absolute Apothekenanzahl sowie deren Dichte insbesondere in den letzten 10 Jahren abnahm, wobei die Versorgung in Baden-Württemberg sogar leicht unter dem Bundesdurchschnitt lag. Dabei gibt es regional starke Schwankungen – aber nur etwa ein Drittel der stark unterversorgten Regionen finden sich im ländlichen Raum. Es gibt aktuell keine Definition für eine optimale Versorgungsdichte, jedoch gab es keine Anhaltspunkte für eine bestehende Unterversorgung.

Wirtschaftlich sind Apotheken einerseits mit einem rechtlich sehr dynamischen Umfeld konfrontiert, das sie selbst kaum beeinflussen können, andererseits erfordern allgemeine Entwicklungen wie z.B. die Digitalisierung oder die zunehmende Größe von Apotheken Investitionen und vorausschauendes unternehmerisches Agieren. Die wirtschaftliche Situation von Apotheken ist insgesamt uneinheitlich, jedoch zeigten ländliche Apotheken keine grundsätzlich wirtschaftlich schwächere Position. Auch waren ländliche Regionen nicht grundsätzlich schlechter mit Apotheken versorgt, jedoch ist der Nachwuchsmangel auf dem Land besonders prekär.

Bereits im Hauptgutachten konnte konstatiert werden, dass die Vor-Ort-Apotheken einen wesentlich breiteren Versorgungsbeitrag vor Ort leisten als das der reine Versandhandel könnte. Hierzu gehört u.a. die persönliche Beratung, die Vernetzung und Unterstützung der Versorgung vor Ort, die Übernahme von Nacht- und Notdiensten, Herstellung /Rezeptur etc. Apotheken genießen insbesondere auf dem Land eine hohe Akzeptanz bei der Bevölkerung. Um Vor-Ort Apotheken zu erhalten, erfordert es insbesondere auf dem Land, 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.

3 Update zu Zahlen und rechtlichen Regelungen

3.1 Entwicklung der Apothekenzahlen

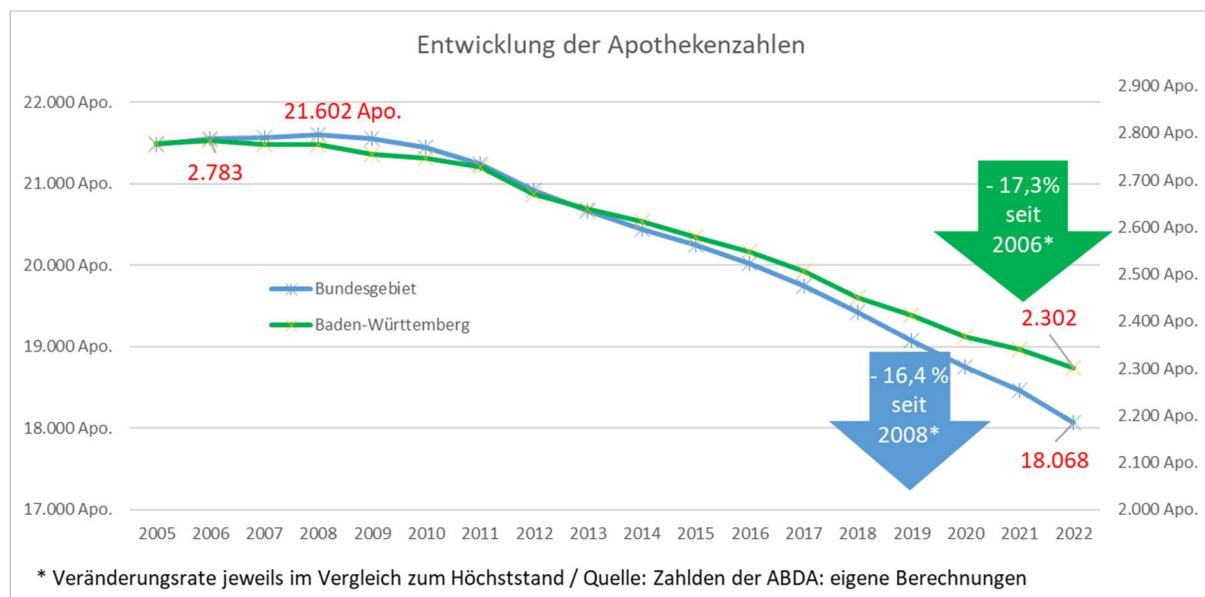
Seit 2008 sinkt die Zahl der Apotheken im Bundesgebiet, auch 2022 gab es einen Rückgang auf nunmehr 18.068 Apotheken zu verzeichnen. In Baden-Württemberg begann dieser Trend bereits zwei Jahre zuvor: dort datiert der Höchststand mit knapp 2.800 Apotheken auf das Jahr 2006, seither entwickelt sich die Zahl rückläufig. Ende 2022 waren es 2.300 Offizine.

Weniger Apotheken erzielen immer mehr Umsätze und versorgen mehr Menschen

Die Entwicklung der Apothekenzahlen in Baden-Württemberg entspricht dabei in etwa dem Bundestrend:

Mit etwas mehr als 2.300 Apotheken zum Jahresende 2022 in Baden-Württemberg gibt es knapp ein Fünftel weniger als im Jahr 2006 (vgl. Abb. 1).

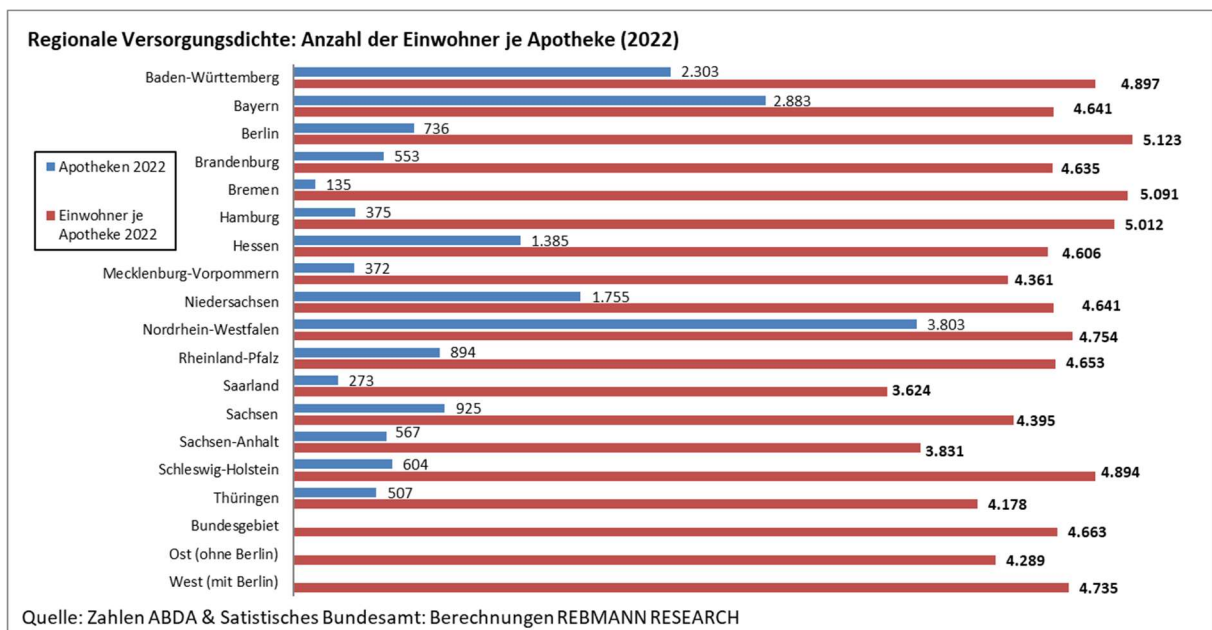
Abb. 1: Entwicklung der Apothekenzahlen Bundesgebiet und Baden-Württemberg im Vergleich



Auf 100.000 Einwohner kommen im Bundesdurchschnitt 21 Apotheken, was unter dem europäischen Durchschnitt von 32 / 100.000 Einwohner liegt.² Aufgrund eines höheren Bevölkerungszuwachses kommen in Baden-Württemberg mittlerweile nur mehr 20 Apotheken auf 100.000 Einwohner. Das bedeutet im Umkehrschluss, dass eine Apotheke dort mit im Durchschnitt nahezu 5.000 Einwohnern eine höhere Versorgungsleistung erbringt als im Bundesdurchschnitt (4.700); nur in den Stadtstaaten sind die Werte noch höher (vgl. Abb. 2 und 3).

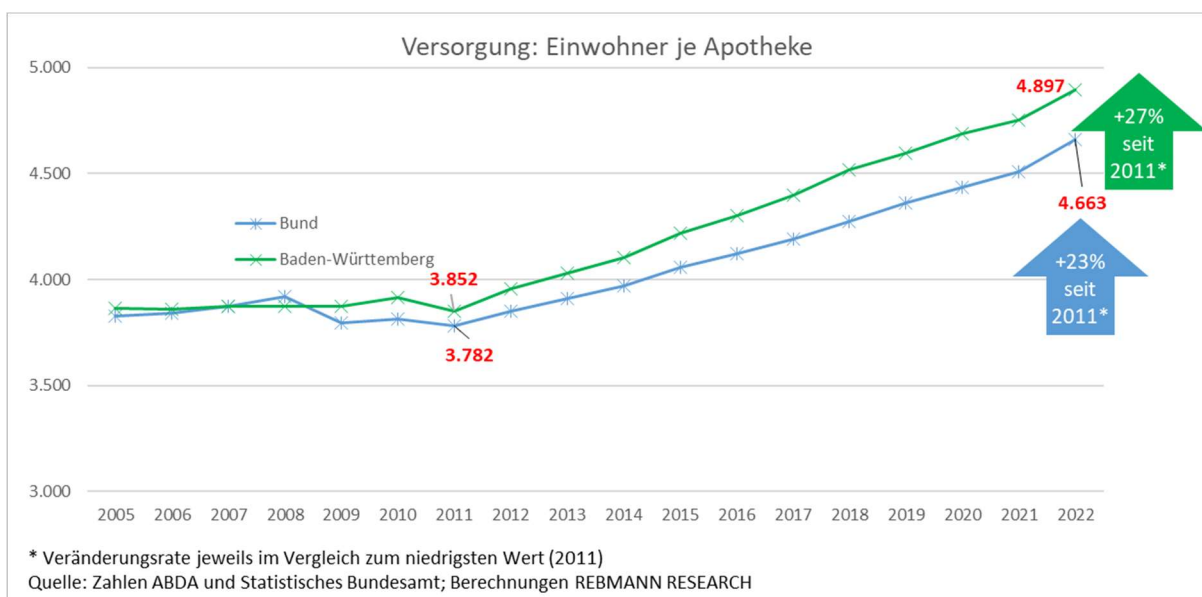
² Quelle: ABDA

Abb. 2: Entwicklung der Apothekenzahlen



Im Vergleich zu 2011 versorgt eine Apotheke in Baden-Württemberg somit mehr als 1.000 Menschen zusätzlich (plus 27%; Abb. 3).

Abb. 3: Einwohner je Apotheke Bundesgebiet und Baden-Württemberg



Bei weiterhin sinkenden Apothekenzahlen stellt sich die Frage, wie viele Menschen maximal von einer Apotheke versorgt werden können, zumal Personal in den Apotheken rar ist. D.h. Apotheken können sich nicht so ‚vergrößern‘ wie der Markt das evtl. hergeben würde. Gleichzeitig spricht die Demographie dafür, dass die Zahl der Patientenkontakte / Apotheke aufgrund der Demographie steigen wird: Allein bis Mitte der 2030er Jahre wird bundesweit die

Zahl der über 67-Jährigen um 4 auf 20 Mio. Menschen steigen, d.h. plus 25% in der Kernzielgruppe der Apotheken.³

Der langfristige Trend zeigt, dass die einzelne Apotheke durchschnittlich bei wachsendem Markt und gleichzeitig rückläufiger Zahl an Mitbewerbern stetig höhere Erlöse erzielt: Der Durchschnittsumsatz einer Apotheke lag 2021 bei fast 3,5 Mio. € (inkl. MwSt), vor zehn Jahren waren es noch 2 Mio. €. Jedoch wird dieser statistische Wert von umsatzstärkeren Großapotheken und den ungleich größeren Versandapotheken beeinflusst, denn über 60% der Apothekenbetriebsstätten liegen unter der Durchschnittsmarke.

3.2 Faktische Versorgungssituation

Trotz stetig rückläufiger Apothekenzahlen, ist die Wahrnehmung der Bevölkerung hinsichtlich der Versorgung positiv⁴ und auch faktischen Analysen zeichnen ein noch im Durchschnitt positives Bild: Gemäß den Landkarten des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) haben deutschlandweit mehr als zwei Drittel der Menschen eine Apotheke sogar im Umkreis von bis zu 1.000 Metern.⁵

Das darf jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass sich die Situation regional stark unterscheidet: So sind es in Brandenburg (53%) und Mecklenburg-Vorpommern (56%) jeweils nur gut die Hälfte der Einwohner, die eine Apotheke innerhalb eines Kilometers erreichen. Noch größer werden die Unterschiede, wenn man sich die Landkreise in den Karten des BBSR ansieht.⁶

Innerhalb Baden-Württembergs schneidet der Hohenlohekreis am schlechtesten ab, dort haben nur 36% der Menschen eine Apotheke innerhalb eines Kilometer Umkreises (vgl. Abb. 4).

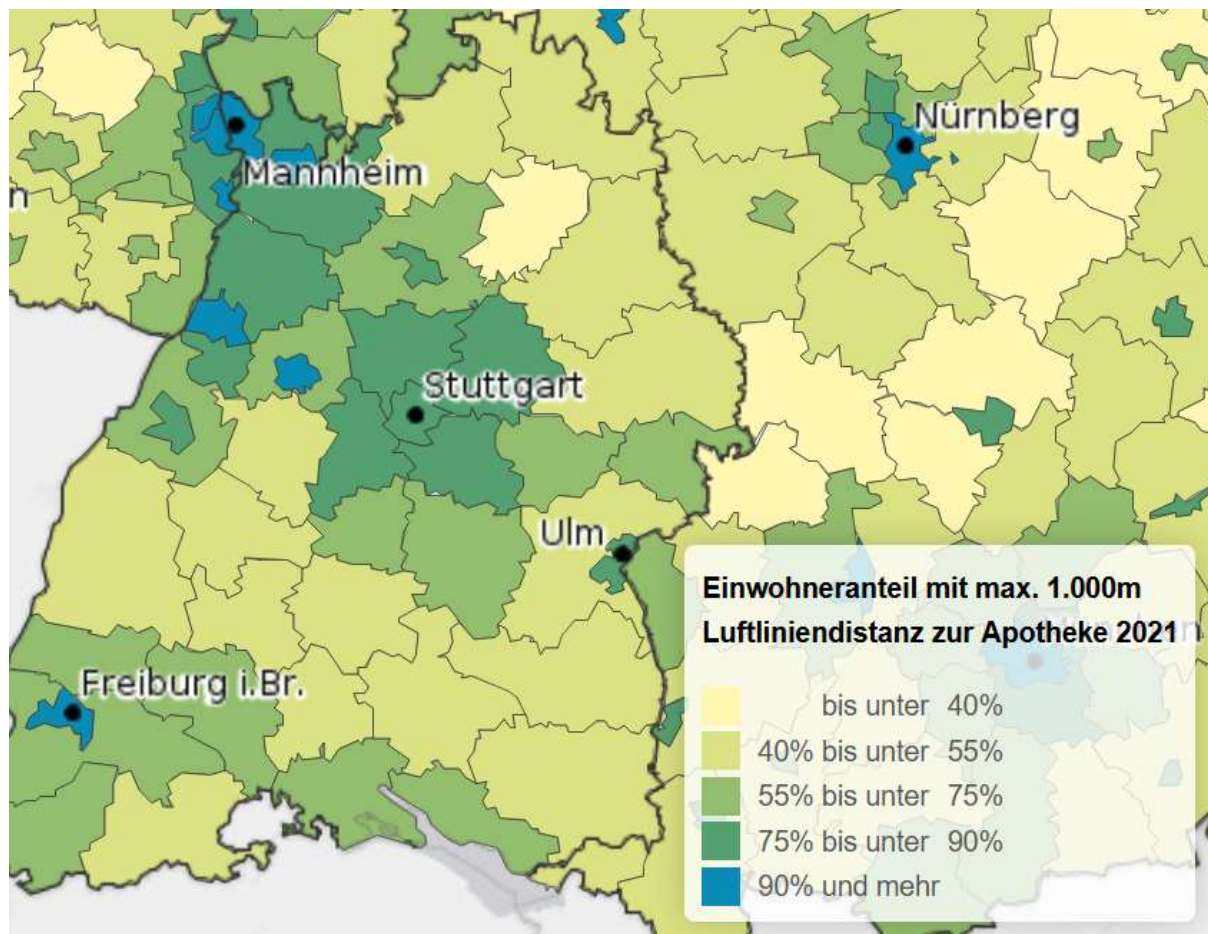
³ Destatis Pressemeldung Nr. 511 vom 2.12.2022. Demgegenüber wird die Zahl der Erwerbstätigen um 1,6 auf 4,8 Mio. Menschen sinken. Das Gros der Arzneimittel wird jedoch an ältere Patienten verordnet (siehe z.B. Arzneimittelberichte der Kassen, wie jene der Barmer oder WidO/AOK).

⁴ Siehe hierzu Kapitel 6.1

⁵ Topmeldung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) vom 25.10.2022: So gut sind Hausarztpraxen und Apotheken im Wohnumfeld erreichbar

⁶ So gibt es Gemeinden, in denen der entsprechende Wert bei nur 24% (Landkreis Freyung-Grafenau in Bayern). Besonders gut hingegen ist die Versorgung in urbanen Gebieten, angeführt von den Städten Frankfurt (98% im Umfeld von bis zu einem Kilometer), Freiburg im Breisgau (97%) sowie München (96%).

Abb. 4: Einwohneranteil mit max. 1km zur nächsten Apotheke⁷



In Landgemeinden erreichen durchschnittlich nur 22% der Einwohner eine Apotheke in maximal 15 Minuten. Zudem – so die IGES-Studie – ist die Versorgung häufig von nur einer einzigen Apotheke abhängig.

Eine Stichprobenuntersuchung (in ländlichen Regionen) des ADAC zeigt, dass insbesondere die Wege für Nacht- und Notdienste jedoch zum Teil erheblich sind. Durchschnittlich sind demnach 14,5 km zurückzulegen. Über ein Fünftel der Menschen im Bundesgebiet (in Baden-Württemberg 12%, in Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg fast die Hälfte der Bevölkerung) müssen sogar mehr als 20 km Anfahrt in Kauf nehmen.

Diese regionalen Unterschiede werden sich angesichts Fachkräftemangel-/Nachfolgerproblematik etc. in den nächsten Jahren noch verschärfen. Hinzu kommt, dass in vielen ländlichen Regionen Patienten häufiger auf einen eigenen Pkw bzw. eine Mitfahrgelegenheit angewiesen sind und dass die Wege zu Nacht- und Notdienstapotheken oft sehr weit sind.

⁷ Quelle: Screenshot des <https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/startseite/topmeldungen/erreichbarkeit-hausaerzte.html>

3.3 Update rechtliche Regelungen

Während der Apothekenbetrieb bereits seit einigen Monaten ‚gefühl‘ auf einen post-pandemischen Normalbetrieb zurückgekehrt ist und mit neuen, anderen Herausforderungen konfrontiert ist, waren die gesetzgeberischen Bemühungen im Jahr 2022 noch lange vom Pandemiegeschehen (Infektionsschutzgesetz, Corona-Virus-Testverordnung, Impfverordnung, Surveillance-Verordnung etc.) geprägt, sodass viele der im Koalitionsvertrag vorgesehenen Vorhaben noch nicht realisiert werden konnten; gleichzeitig ist die (zum Teil ad-hoc) Dynamik des Gesetzgebers durch die neue Regierung nicht geringer geworden.

3.3.1 Pandemiebedingte Vereinfachungen

Pandemiebedingte Vereinfachungen für Apotheken wurden wiederholt, z.T. bis April 2023, verlängert.⁸ Landesvertreter setzen sich für eine Verstetigung der Regeln auch danach ein. Unter anderem geht es um folgende Aspekte:

- Erleichterte Austauschmöglichkeiten von verordneten Medikamenten, Lockerung der Rabattverträge (z.B. Aut-simile). Bei der Arzneimittelabgabe von verordneten Medikamenten kann, wenn diese nicht verfügbar und/oder nicht lieferbar sind, auf eine andere Packungsgröße, die Abgabe eines Teils der Packung, eine andere Dosierung, ein wirkstoffgleiches Präparat oder – nach Rücksprache mit dem verordnenden Arzt – auf einen vergleichbaren Wirkstoff zurückgegriffen werden.
- Entlassrezept von Krankenhäusern (damit Patienten, die aus der stationären Einrichtung kommen, mit Arzneimitteln versorgt sind und nicht sofort wieder einen ambulant tätigen Arzt für eine Verordnung aufsuchen müssen):⁹ Verschreibung von größeren Arzneimittelpackungen (nicht nur jene des kleinsten Normbereichs, sog. N1-Packungen) und damit für einen längeren Zeitraum; auch der Verordnungszeitraum von sonstigen in die Arzneimittelversorgung einbezogenen Produkte (z.B. Hilfsmittel) wurde von sieben auf 14 Tage verlängert.
- Erleichterungen bei Betäubungsmitteln¹⁰ und bei der Hilfsmittelversorgung (z.B. per Versand, ohne Unterschrift des Patienten, flexiblere Preiskalkulation).

⁸ „Gesetz zur Stärkung des Schutzes der Bevölkerung und insbesondere vulnerabler Personengruppen vor COVID-19“ bzw. die jeweiligen Verordnungen zur Änderung der SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung (SARS-CoV-2-AMVV). Für weitere Details siehe z.B. <https://www.g-ba.de/service/sonderregelungen-corona/>

⁹ Gemäß DAV wurden 2021 2 Mio. Entlassverordnungen ausgestellt.

¹⁰ Mit der von der Bundesregierung Ende 2022 beschlossenen Änderungen an der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) gehen einige der Sonderregelungen ab April 2023 in die Regelversorgung über. <https://www.bundesdrogenbeauftragter.de/presse/detail/bundeskabinett-erleichtert-substitutionsversorgung-fuer-suchtkranke-menschen/>

3.3.2 Finanzstabilisierungsgesetz

Aufgrund eines für 2023 prognostizierten GKV-Defizits in Höhe von 17 Mrd. € ist ein entsprechendes Sparprogramm vom Gesetzgeber initiiert und im Herbst 2022 umgesetzt worden. Das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz umfasst Sparmaßnahmen, die alle Akteure betreffen:¹¹

- Die Finanzreserven der Krankenkassen werden angezapft, der Bundeszuschuss zur GKV wird von 14,5 Mrd. € um 2 Mrd. € erhöht, hinzu kommt ein zinsloses Darlehen des Bundes (1 Mrd. €).
- Die Zusatzbeiträge von den Versicherten werden erhöht.
- Bei den Ärzten wird die Neupatientenregelung angepasst, Honorare für zahnärztliche Leistungen werden begrenzt.
- Bei Pharmaherstellern wird von einem Einsparpotenzial bis zu bis zu 4 Mrd. € ausgegangen; u.a. wird das Preismoratorium bis 2026 verlängert und das AMNOG-Verfahren zur Bewertung des Nutzens neuer / teurer Arzneien wird modifiziert.
- Für Apotheken gilt in den kommenden zwei Jahren ab Feb. 2023 ein erhöhter Apothekenabschlag von 2 € (statt bislang 1,77 €) je verordneter Arzneimittelpackung. In Summe sind das 120 Mio. € weniger Honorar pro Jahr für die Gesamtheit der Apotheken (=> ca. 6.700 € Honorareinbuße je Apotheke).

Dieser erhöhte Apothekenabschlag führte bereits im Vorfeld zu entsprechender Kritik, u.a. auch von Seiten des Bundesrats. Trotz Apothekenstreiks führte der Protest jedoch nicht zur Anpassung des Vorhabens, und auch erweiterte Vorschläge, wie die Abschaffung der Importquote, die Reduzierung der Mehrwertsteuer auf Arzneimittel, Änderungen bei der Ausgestaltung von Rabattverträgen (Mehrfachvergabe, Berücksichtigung europäischer Standorte)¹² blieben in der finalen Ausgestaltung des Gesetzes unberücksichtigt. Positiv bewertet (von Seiten der Apothekenvertreter) wird jedoch die im Gesetz geregelte Verlängerung der Einführungsfrist für den Austausch von Biopharmazeutika (analog der Generika) um ein Jahr bis August 2023.

¹¹ <https://www.bundesregierung.de/breg-de/suche/gkv-stabilisierung-finanzen-2065884>

¹² Dieser Aspekt findet jedoch mittlerweile in dem Eckpunktepapier zum Generika Gesetz (siehe hierzu Kapitel 3.4.1.2) Berücksichtigung.

Abb. 5: Merkkasten (Vergütung Apotheke)

Zum Verständnis:

Die Vergütung der Apotheker bei verschreibungspflichtigen Medikamenten, die ihr Kerngeschäft bestimmen, obliegt einem Kombipreismodell:

- *Zum einen gibt es einen Fixbetrag in Höhe von 8,35 € je Packung (zuletzt erhöht Anfang 2013).*
- *Zum anderen gibt es eine umsatzabhängige Komponente, ein 3%-iges Honorar auf den Einkaufspreis des Medikaments.*
- *Gleichzeitig wird jedoch ein Zwangsabschlag in Höhe von bislang 1,77 € (neu 2,00 €) je verordneter Packung an die Kassen abgeführt, sprich von dieser Vergütung abgezogen. In Summe waren es 2021 1,1 Mrd. €, die von Apotheken im Rahmen dieses Abschlags an die GKVen abgeführt wurden.*

Standesvertreter weisen dabei darauf hin, dass das Fixum (8,35 €) zuletzt vor nahezu 10 Jahren leicht angepasst wurde (2013 um 3,1% nach 9 Jahren); das entsprach nicht einmal dem Inflationsausgleich.

Die Erhöhung des Apothekenabschlags steht im Widerspruch zum Koalitionsvertrag vom Herbst 2021, in dem von der Stärkung der Vor-Ort-Apotheke durch bessere Honorierung die Rede war.

3.3.3 Vorhaben des Koalitionsvertrags

Im Koalitionsvertrag finden sich u.a. folgende Vorhaben bzw. Absichtserklärungen: ¹³

- Stärkung der Landapotheke
 - z.B. durch bessere Honorierung der pharmazeutischen Dienstleistungen, Flexibilisierung der Apothekenbetriebsordnung (Stichwort: integrierte Notfallzentren für unterversorgten Gebieten)
 - Der Nacht- und Notdienstfonds soll zu einem Sicherstellungsfonds modifiziert werden, was insbesondere Apotheken in unterversorgten Gebieten zugutekommen könnte.
 - Dem Themenfeld Prävention soll ein höherer Stellenwert gewidmet werden, inkl. der Weiterentwicklung des Präventionsgesetzes.
- Weniger Bürokratie, mehr Digitalisierung und sektorenübergreifende Zusammenarbeit
 - Televerordnungen (z.B. von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln) sollen in die Regelversorgung überführt werden.

¹³ Vgl. hierzu und zum Folgenden Auszüge aus MEHR FORTSCHRITT WAGEN, KOALITIONSVERTRAG ZWISCHEN SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN UND FDP, November 2021

- Die elektronische Patientenakte, das E-Rezept & Co. sollen beschleunigt werden – evtl. könnten damit auch erweiterte Rechte für Apotheken einhergehen.
- Kontrollierte Abgabe von Cannabis.
- Sektorenübergreifende Versorgung (z.B. im Rahmen von Modellprojekten) soll gestärkt werden.
- Generell sollen durch ein sogenanntes Bürokratieabbaupaket Hürden für eine gute Versorgung abgebaut werden (s.u.).
- Verfahrenserleichterungen, die sich in der Pandemie bewährt haben, sollen verstetigt werden.
- Stärkung hiesiger Arzneimittelforschung und -herstellung.
- Verbesserung der ambulanten Versorgung
 - z.B. im Rahmen der Einführung niedrigschwelliger Beratungsangebote für Behandlung und Prävention in besonders benachteiligten Kommunen und Stadtteilen z.B. in Form von Gesundheitskiosken
 - Ausbau der Angebote im Bereich Gemeindeschwestern und Gesundheitslotsen im ländlichen Raum

Es lesen sich positive Signale für Apotheken aus dem Koalitionsvertrag heraus: weniger Bürokratie, mehr Honorar für pharmazeutische Dienstleistungen, Nivellierung des Vor-Ort-Apothekenstärkungsgesetzes (VOASG), (potenziell) gestärkte Rolle der Apotheker im Rahmen der Digitalisierung oder bei Selektivverträgen und Präventionsprogrammen etc. Manche Vorhaben wurden bereits (teil)realisiert (z.B. Televerordnung), andere rücken in weitere Zukunft (E-Rezept) oder sind noch sehr vage (Cannabis).

3.3.3.1 Bürokratieabbau

Immer wieder stehen die hohen Bürokratieerfordernisse für Apotheken bzw. deren Personal am Pranger, insbesondere geht es um folgende beispielhafte Aspekte:

- Abbau / bei den Dokumentationspflichten (wirtschaftliche Arzneimittelabgabe, Rezeptprüfung, Rabattverträge, Austausch)
- Nullretax (d.h. die Kassen erstatten den Apotheken bei gewissen, z.T. kleinen Formfehlern kein Geld für die abgegebenen Arzneimittel, z.B. wenn die Dosierung fehlt)
- Regelungen um die Importquote
- Aktualisierung / Nivellierung der Apothekenbetriebsordnung
- Präqualifizierung(erfordernisse) / Hilfsmittelversorgung (z.B. ist seit Februar 2023 ein elektronischer Kostenvoranschlag verpflichtend)

- Anforderungen an Öffnungszeiten / Personalausstattung etc. (krankheitsbedingte Personalengpässe können z.B. dazu führen, dass die Öffnungszeiten verkürzt werden müssen)
- Kompetenzen / Befugnisse des Fachpersonals (Delegation nur begrenzt möglich)¹⁴
- Notdienstreform
- Etc.

Eine weiterer Bürokratie-Aspekt, den viele Apotheken kritisieren, ist die Präqualifizierung:
¹⁵Warum ist diese überhaupt erforderlich (angesichts der Ausbildung / Qualifizierung)? Und warum gibt es innerhalb von fünf Jahren zwei Kontrollen? In der Wahrnehmung der Apotheken haben sich die Dokumentationspflichten erhöht.

Beispiel: Bürokratiekosten GKV-Rezept

In einer Untersuchung vom Spätsommer 2022 hat sich der Verband innovativer Apotheken (via) den Bürokratieaufwand für die Bearbeitung von (GKV-)Rezepten genauer angesehen (Rabattverträge, Retax, Kontrolle der Rezepte etc.) und kam auf über 3 Minuten Zeitaufwand bzw. 2 € Kosten je Rezept. Bei über 450 Mio. Rezepten im Jahr kommen somit Bürokratiekosten für GKV-Rezepte auf Seiten der Apotheken in Höhe von 1 Mrd. € zusammen, pro Apotheke sind es knapp 50.000 €.¹⁶

Für die Erhebung der Retaxationssummen wurde ein Wert von durchschnittlich 6 Cent pro Rezept ermittelt (in Summe knapp 30 Mio. €). Ob dafür der hohe Aufwand für die Retax-Bearbeitung („Kontrolle der Kontrolle“) in Relation steht, sei fraglich, so die Studienautoren. Die Krankenkassen haben dafür eigene Retax-Stellen bzw. Prüfungsinstitutionen implementiert; viele Apotheken hingegen legen keinen Einspruch ein, insbesondere wenn der Betrag gering ist, da sie den Aufwand scheuen bzw. die Zeit nicht haben.

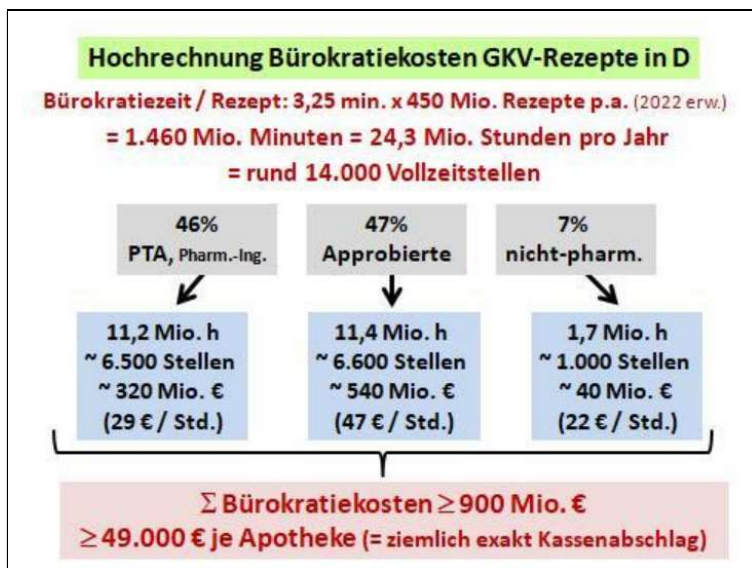
¹⁴ Mit etwas mehr Verantwortung sind erfahrene PTA seit Jahresanfang 2023 (Inkrafttreten des neuen PTA Gesetzes, das noch von der Vorgängerregierung initiiert wurde) ausgestattet. Will man jedoch den PTA ohne Beaufsichtigung einsetzen, ist das wiederum mit organisatorischem und Dokumentationsaufwand verbunden.

¹⁵ Wenn Apotheken z.B. Hilfsmittel zulasten der Kassen abgeben, müssen sie sich seit 2011 präqualifizieren, d.h. entsprechende Eignung je nach Hilfsmittelgruppe nachweisen (z.B. behindertengerechter Zugang zur Apotheke, eigener Beratungsraum etc.).

¹⁶ Quelle hierzu und zum Folgenden: Herzog, R.: Beinahe eine Milliarde € versanden, in: AWA (Apotheke & Wirtschaft) 2/2023, S. 4 ff. Beitrag wurde als Zweiteiler veröffentlicht in der DAZ: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2022/12/20/so-teuer-kommt-die-gkv-buerokratie-die-apotheken-zu-stehen>

Die Grundgesamt der Studie ist mit 13 Apotheken und jeweils fünf erfassten Offizintagen (in Summe wurden über 12.000 Rezepte in der Studie berücksichtigt) jedoch äußerst gering

Abb. 6: Bürokratiekosten der GKV-Rezepte¹⁷



Die Chancen stehen jedoch gut, dass sich kurzfristig bei (einem Teil) der o.g. Themen auch etwas tun wird, nachdem in der Vergangenheit auch oft von Bürokratieabbau gesprochen wurde:

- Die Politik hat sich bereits für die Verstetigung der pandemiebedingten Sonderregelungen ausgesprochen
- Positive Signale gibt es auch hinsichtlich der Honorierung des Zusatzaufwands als Folge der Lieferengpässe sowie beim Themenfeld Nullretax (bei marginalen Fehlern im Rezept)
- Bis Ende September 2023 will das BMG konkrete Empfehlungen zum Bürokratieabbau im Gesundheitswesen erarbeiten, so fixiert im GKV-FinStG¹⁸) und damit dem Versprechen aus dem Koalitionsvertrag folgen.

Standesvertreter sammeln derzeit entsprechende Vorschläge und Ideen – z.B. im Rahmen einer Arbeitsgruppe der ABDA; im Herbst hatte auch die LAK Baden-Württemberg dazu aufgefordert, ‚Bürokratie-Monster‘ zu benennen.¹⁹ Interessant ist eine gemeinsame Initiative der Berufsverbände der Apotheken und der Hausärzte der KV Nordrhein, die sich für eine Entbürokratisierung in der ambulanten Versorgung einsetzt.²⁰

3.3.3.2 Legalisierung von Cannabis

Eckpunkte zur ‚alterskontrollierten Abgabe von Cannabis an Erwachsene zu Genusszwecken in lizenzierten Fachgeschäften und ggf. Apotheken‘ wurden Ende Oktober 2022 vom Kabinett

¹⁷ Quelle: ebenda, S. 5

¹⁸ Siehe hierzu Kapitel 3.3.2

¹⁹ <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2022/11/16/apotheker-sollen-buerokratie-monster-benennen>

²⁰ <https://www.hausaerzte-nordrhein.de/presse/pressemitteilungen>

beschlossen.²¹ Laut Gesundheitsminister sei eine Einbindung der Apotheken nicht zwingend erforderlich, wenn es genügend andere zertifizierte Abgabestellen gäbe. Das müsse zunächst abgewartet werden. Entsprechend unterschiedlich fallen die Meinungen der Apotheken aus:

- Einige wollen die Abgabe zu Genusszwecken nicht übernehmen, da es nicht in ihr Leistungsverständnis als Apotheker passe, und sie weiterhin nur medizinisch auf Rezept verordnetes Cannabis ausgeben wollen, was hierzulande seit 2017 möglich ist.
- Die Landesapothekenkammer Baden-Württemberg sprach sich - wie auch die Berliner Landesvertreter, die ABDA, die Ärztekammer und die CSU – gegen eine Legalisierung aus²².

Da eine Cannabis-Legalisierung in Deutschland im Widerspruch zu EU-Recht stehen könnte, wird das Eckpunktepapier der EU-Kommission zur Vorabprüfung vorgelegt. Mit einem entsprechenden Gesetz(gebungsverfahren) ist somit voraussichtlich nicht vor 2024 zu rechnen bzw. erst dann, wenn das OK aus Brüssel kommt.

Erwachsene dürften dann zwischen 20 und 30 Gramm Cannabis kaufen bzw. besitzen und konsumieren, für 18- bis 21Jährige wird es evtl. eine Obergrenze an THC (Tetrahydrocannabinol)-Gehalt geben. Genuss-, Medizinalcannabis und Nutzhanf würden dann nicht mehr als Betäubungsmittel eingestuft sein. Entsprechend soll auch der Eigenanbau von bis zu drei eigenen Cannabis-Pflanzen legal sein. Synthetisch hergestellter Cannabis soll jedoch nicht zugelassen werden.

Die Fachgeschäfte unterliegen einer staatlichen Kontrolle bzw. Zulassung, für die es Produktions-, Qualitäts-, Lager-, Verpackungs-, Lieferungs- und Vertriebsanforderungen zu erfüllen gilt. Es sind dabei keine einheitlichen Preise wie bei (Rx-)Arzneien vorgesehen (aber evtl. Bandbreiten, damit der Gesundheitsschutz gewährleistet ist), der Verkauf ist umsatzsteuerpflichtig und es soll eine gesonderte ‚Cannabissteuer‘ eingeführt werden.

Eine Evaluierung soll dann nach vier Jahren erfolgen. Dabei wird es voraussichtlich auch erst dann um die Frage gehen, ob der Vertrieb von Cannabis über den Versandhandel möglich ist. Ursprünglich war dies eine weitere Option, die jedoch im Eckpunktepapier für das Gesetzgebungsverfahren keine Berücksichtigung mehr fand.

²¹ Pressemeldung des BMG vom 26. Oktober 2022: „Kontrollierte Abgabe von Cannabis: Eckpunktepapier der Bundesregierung liegt vor“ sowie die dortige Downloadlink zum Eckpunktepapier.

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/kontrollierte-abgabe-von-cannabis-eckpunktepapier-der-bundesregierung-liegt-vor.html>

²² Quelle: SWR 26.10.2022, BW-Apotheken gegen Pläne zur Legalisierung von Cannabis, <https://www.swr.de/swraktuell/baden-wuerttemberg/kabinettt-cannabis-legalisierung-reaktionen-bw-100.html>

3.3.3.3 Gesundheitskioske / Gesundheitszentren

In Deutschland sollen insgesamt 1.000 sog. Gesundheitskioske in sozial benachteiligten Regionen oder Stadtteilen entstehen. Dies geht aus einer von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach vorgestellten Gesetzesinitiative vom Sommer 2022 hervor.²³ Ziel des neuen Angebots ist es, Menschen niedrigschwellig in Gesundheitsfragen zu beraten, sowie bei der Koordination und Vermittlung zur Gesundheitsversorgung zu unterstützen und medizinische Routineaufgaben durchführen unter besonderer Berücksichtigung der Förderung der Gesundheitskompetenz. Durch frühzeitige Prävention und niedrigschwelligen Zugang zur Gesundheitsversorgung sollen soziale Chancen ausgeglichen und Krankheits-/Folgekosten vermieden bzw. reduziert werden. Die Einrichtungen sollen unter der Leitung von examinierten Pflegefachkräften (perspektivisch von Pflegefachkräften mit Heilkundekompetenz) in ein multiprofessionelles und sektorenübergreifendes Gesundheitsnetzwerk, z.B. mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst, eingebunden werden.

Die Initiative zur Errichtung eines Gesundheitskiosks obliegt den Kommunen. Die Kosten des Angebots sollen sich – so der Eckpunkteentwurf – die gesetzliche Krankenversicherung mit 74,5%, die private Krankenversicherung (5,5%) und die Kommunen mit 20% aufteilen.

Vorbild für die Gesundheitskioske war das 2017 in den Hamburger Stadtteilen Billstedt und Horn gestartete Projekt "Invest Billstedt/Horn",²⁴ welches über 45 Monate mit insgesamt ca. 6,3 Mio. € über den Innovationsfonds gefördert wurde. Seit dem Auslaufen der Förderung im Jahr 2020 erfolgt die Finanzierung über Selektivverträge mit den beteiligten Krankenkassen. Das Vorhaben der Koalitionäre stößt jedoch auf Widerstand. So haben Erfahrungen mit ähnlichen Projekten gezeigt, dass eine 1:1-Übertragung auf andere Regionen schwierig werden könnte.

Neben Bedenken im Hinblick auf zusätzliche Kosten befürchten einige Kritiker den Aufbau von Parallelstrukturen und halten eine finanzielle und personelle Stärkung der bestehenden Versorgungsstrukturen und Angebote für zielführender. Neue Schnittstellen würden produziert, die wiederum zu Kommunikationsschwierigkeiten führen. Entscheidend scheint es deshalb zu sein, ob auf lokaler Ebene der Aufbau eines aktiven Kooperationsnetzwerkes gelingt. Hier könnten Apotheken sinnvoll eingebunden werden und die bereits vorhandenen Beratungsangebote mitgedacht werden. Jedoch sind die Haltungen bei den Verbänden, Landesvertretern und Kostenträgern zunächst verhalten bis kritisch, überwiegend – so scheint es – aus standespolitischen Motiven heraus. So auch die Apothekenvertreter, jedoch scheint sich mittlerweile ein differenzierteres Bild entwickelt zu haben.

²³ Vgl. hierzu und zum Folgenden:

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/regierung-plant-gesundheitskioske-deutschlandweit-lauterbach-praesentiert-eckpunkte-fuer-gesetzesinitiative.html>

²⁴ <https://gesundheit-bh.de/>

- Die ABDA lehnte das Konzept als ‚überflüssige Parallelstruktur‘ ab, zumal die dafür vorgesehenen 750 Mio. € an anderer Stelle in der Versorgung fehlen dürfte.
- Die Apothekenkammer Berlin hatte einen Antrag auf dem Deutschen Apothekertag diskutieren wollen, indem es u.a. um die Qualifizierung des Apothekenpersonals in Richtung „Gesundheitslotsen“ ging, was die Apotheke in ihrer Rolle als Gesundheitszentrum selbst stärken würde. Aus ‚politischen‘ Gründen bzw. zu großer Nähe zu der Idee der Gesundheitskioske wurde über den Antrag nicht abgestimmt. Stattdessen wurde dann mit großer Mehrheit der Landesvertreter beschlossen, das von der Regierung geplante Vorhaben der Gesundheitskioske abzulehnen.²⁵
- Der Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VdPP) hingegen spricht sich für eine Beteiligung der Apotheken an den neuen Versorgungsmodellen aus und setzt auf Kooperation anstelle von Konfrontation.²⁶ Beispiele aus anderen Ländern wie in Finnland, wo das Konzept des Gesundheitskiosks herkommt, oder wie in den kanadischen Community Health Center zeigen, so der VdPP, dass Arzneimittel eine wichtige Rolle dabei spielen, gesundheitlichen Ungleichheiten in der Gesellschaft abzubauen. Es überrascht daher, dass der Gesetzgeber nicht von vornherein eine Einbindung von Apotheken vorgesehen hatte. Sozial Benachteiligte tragen eine größere Krankheitslast, nehmen oft mehrere Arzneien und gerade Apotheken als niedrigschwellige Versorger und mit ihrer pharmakologischen Kompetenz könnten demzufolge Teil eines entsprechenden Netzwerks sein.²⁷

Für diese Argumentation spricht, dass es auch in der Praxis bereits Modelle gibt, in denen Apotheken bewusst eingebunden werden sollen, so wie bei den Gesundheitskiosken in Thüringen geplant ist, Apotheken z.B. per Video zu telepharmazeutischer Beratung einzubinden; analog ist in Kiosken in Hamburg oder Aachen eine Zusammenarbeit mit Apotheken vorgesehen.

Fraglich ist angesichts der dünnen Personaldecke in den Apotheken, wie und wer diese zusätzlichen Aufgaben übernehmen soll und natürlich, wie eine Vergütung der zusätzlichen Leistungen erfolgen würde. Fachkräftemangel und steigender Bedarf ist jedoch ein grundsätzliches Problem, dem man – so Graf von Stillfried, Vorstandsvorsitzender des Zentralinstituts der Kassenärztlichen Vereinigung - nur durch mehr Delegation und Kooperation und der Weiterentwicklung neuer Modelle begegnen kann.²⁸

²⁵ <https://www.abda.de/aktuelles-und-presse/newsroom/detail/deutscher-apothekertag-2022/>

²⁶ <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2022/12/29/vdpp-zu-gesundheitskiosken-zeit-dass-sich-die-apothekerschaft-bewegt>

²⁷ VdPP - Rundbrief Nr. 115 vom 11. Januar 2023, S. 14f: Apotheken besser in neue Primärversorgungseinrichtungen einbinden; <http://www.vdpp.de/>

²⁸ ZI-Forum: Veranstaltung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland am 9. Nov. 2022: Bessere vertragsärztliche Versorgung durch Delegation und Kooperation mit Gesundheitsberufen; <https://www.zi.de/zi-forum/9-november-2022>

3.3.3.4 Versorgungsgesetz I und II

Im Januar 2023 hat das BMG die Leitgedanken für zwei Versorgungsgesetze vorgestellt, die die weiteren Punkte des Koalitionsvertrags konkretisieren sollen:²⁹

- Das Versorgungsgesetz I mit dem Ziel „Stärkung der Medizin in der Kommune“ wird u.a. weitere Details zu den Gesundheitskiosken betreffen, die erleichterte Gründung von kommunalen MVZs sowie die Stärkung von Gesundheitsregionen (Förderung innovativer Versorgungsformen).
- Das Versorgungsgesetz II mit dem Ziel „Stärkung des Zugangs zu gesundheitlicher Versorgung“ sieht u.a. vor, Regelungen insbesondere von investorenbetriebenen MVZs weiterzuentwickeln.

Eine explizite Erwähnung von Apotheken findet sich in beiden Vorhaben bislang nicht.

3.4 Weitere Entwicklungen und Herausforderungen:

3.4.1 Lieferengpässe

3.4.1.1 Problemausmaß

Ein weiteres dringliches bzw. problematisches Thema für die niedergelassenen Apotheken sind die Lieferengpässe, die mittlerweile – nicht nur medial – das Pandemie-Geschehen ‚ersetzt‘ haben. Für 82% der Apothekeninhaber zählten 2022 Lieferengpässe zu den größten Ärgernissen des Berufsalltags, 2021 waren es ‚noch‘ weniger als zwei Drittel (62%).

Etwa 600 Erstmeldungen zu Arzneimittel-Lieferengpässen gab es in 2022 zu verzeichnen und damit so viele wie nie in den letzten Jahren; aktuell – Stand 13.02.2023. – sind es noch immer 430.³⁰ Versorgungengpässe bestehen/bestanden insbesondere bei Schmerzmitteln, Fiebersäften, Antibiotika, Cholesterinsenken sowie onkologischen Arzneien.

Dabei ist ein Lieferengpass nicht gleich Versorgungengpass – wie von manchen Medien suggeriert – denn für die meisten Arzneien gibt es Ausweichpräparate. Das muss jedoch von der jeweiligen Apotheke abgedeckt, mit den behandelnden Ärzten abgestimmt und gegenüber den PatientInnen kommuniziert werden, z.B. weil es andere Wechsel-/Nebenwirkungen gibt etc. Das geht mit erhöhtem Zeit- und Beratungsaufwand für das Apotheken-Personal einher, aber auch mit Umsatzeinbußen, unzufriedenen Kunden oder auch der Gefahr von Retaxationen.³¹

²⁹ Quelle: <https://www.kzvbw.de/aktuelles/2023/gesetze-zur-staerkung-der-versorgung-das-plant-das-bundesgesundheitsministerium/> sowie das dortige Download-Dokument

³⁰ Quelle: <https://anwendungen.pharmnet-bund.de/lieferengpassmeldungen/faces/public/meldungen.xhtml>

³¹ Siehe hierzu z.B. Apokix vom November 2022 mit der Frage des Monats zu Lieferengpässen

3.4.1.2 Gegenmaßnahmen

Um die Arzneimittelversorgung zu sichern, hatte die Politik bereits früher punktuell reagiert, z.B. im Rahmen der erhöhten Vorwarn- und Meldepflichten für Pharmahersteller oder mit den erleichterten Austauschregeln für Apotheken, wenn eine Arznei nicht lieferbar ist. Die Maßnahmen – wie die Zuspitzung der Situation in den letzten Monaten zeigte – konnten jedoch keine grundlegende Wirkung entfalten.

Fast täglich sind in der Fachpresse Ideen und Vorschläge zum Umgang mit dem Problem zu finden, sei es von den beteiligten Funktionären der Arzneimittel-Wertschöpfungskette, Politikern, Fraktionen etc. Ein neuartiger Vorschlag kam vor Weihnachten von Seiten des Ärztepräsidenten, als dieser sogenannte Arzneimittelflohmärkte forderte.

Der Verband der forschenden Arzneimittelhersteller (VFA) fordert dagegen sog. AM-Stresstests nach dem Vorbild der USA.³² Damit sollen Abhängigkeiten (z.B. weil zu wenige Produktionsstandorte /-kapazitäten vorhanden sind oder es zu wenige Zulieferer gibt) und damit Risiken rechtzeitig aufgezeigt werden, um entsprechende Maßnahmen einleiten zu können. Des Weiteren - so die Vorschläge im Rahmen eines 5-Punkte-Plans - sollte die Transparenz hinsichtlich der Lagerbestände im Rahmen eines Frühwarnsystems erhöht werden. Eine ‚subventionierte‘ Rückholung von Produktionskapazitäten aus dem Ausland nach Deutschland, wie es die Politik mehrfach gefordert hat, hingegen findet der Branchenverband wenig sinnvoll.

Weitere Vorschläge lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- (Rabatt)Verträge zwischen Herstellern und Kassen:
 - Die Kassen fordern mehr Transparenz
 - Selbst die Kassenärztliche Bundesvereinigung spricht sich für eine Umstellung auf Mehrpartnermodelle (statt exklusiver Rabattverträge mit einzelnen Herstellern) aus.
 - Die Pharmahersteller kritisieren den Preisdruck / die Überregulierung (insbesondere bei Generika), d.h. zum Teil fehle der Anreiz überhaupt nach Deutschland zu liefern – dem könnte z.B. entgegengesteuert werden, indem ein Inflationsausgleich bei Arzneimitteln mit Festbetrag ermöglicht würde.

- Förderung der Apotheken zum Thema Lieferengpässe:
 - Die ABDA wiederum möchte die Zeit, die die Apotheken mit dem Managen der Lieferengpässe aufbringen, honoriert bekommen.³³ Positive Signale aus der

³² Artikel FAZ vom 23.1.2023 <https://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/unternehmen/pharmabranche-mit-fuenf-punkte-plan-gegen-arzneiknappheit-18624113/nicht-nur-die-resistenzen-13406446.html>

³³ Quelle: Expertengespräch im Gesundheitsausschuss des Bundestages am 25.1.2023 zu Lieferengpässen bei Arzneimitteln; <https://www.bundestag.de/presse/hib/kurzmeldungen-931110>

Politik gab es diesbezüglich bereits von Seiten der SPD. Ebenso wie zu der Idee, Null-Retaxation zu verbieten. Auch von Seiten der Opposition wird neben einem nationalen Frühwarnsystem u.a. eine kostendeckende Vergütung der Zusatzaufwendungen von Apotheken und Großhändlern gefordert.

- Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) erwägt eine mögliche Aussetzung der Gebühren für bestimmte (meldepflichtige) Standardzulassungen.³⁴
- Diskutiert werden auch Direktbelieferungen von den Pharmaherstellern (unter Umgehung des Großhandels), umgekehrt scheint es aber auch bei hochpreisigen, vom Hersteller direkt gelieferten Arzneien Lieferverzögerungen bzw. Mehraufwand bei Apotheken zu geben.
- U.a. von den Grünen kam die Idee, die Herstellung von (nicht lieferbaren) Arzneien durch Apotheken zu erleichtern (keine Rücksprache mit dem Arzt, kein neues Rezept, keine Zuzahlung bei Stückelung), Meldepflichten auch auf den Großhandel auszuweiten, und diese zu einer Bevorratung besonders wichtiger Arzneien zu verpflichten.³⁵

Der Vorschlag einer Landespolitikerin, eine zentrale, z.B. (bundes)länderbezogene Rezepturherstellung zu implementieren scheiterte bereits vor einer Konkretisierung am Behörden-Ping-Pong‘ (Zuständigkeiten zwischen Länder- und Bundesbehörden).

„Generika-Gesetz“

Um kurzfristig den Lieferengpässen zu begegnen haben die GKVn zum 1. Februar die Festbeträge für bestimmte (Kinder-)Arzneien / Wirkstoffe für drei Monate ausgesetzt.³⁶ Vorausgegangen war eine entsprechende Initiative des Gesundheitsministers von vor Weihnachten. Angesichts der sich zuspitzenden Lieferengpässe hatte dieser sich mit einem entsprechenden Gesetzesvorhaben im Dezember zu Wort gemeldet. Die vorgelegten Eckpunkte sollen in ein sogenanntes, für 2023 geplantes ‚Generika-Gesetz‘ münden.³⁷ Das entsprechende Eckpunktepapier umfasst sechs Maßnahmenbündel, u.a.:

³⁴ Diese ermöglichen es Apotheken Fertigarzneimittel herzustellen (z.B. Paracetamol). Die Kosten sind jedoch – zur Behebung temporärer Engpässe – aktuell viel zu hoch.

³⁵ <https://www.gruene-bundestag.de/themen/gesundheit/verlaessliche-akutversorgung-von-kindern>

³⁶ https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_1559744.jsp

³⁷ Vgl. hierzu und zum Folgenden Eckpunktepapier des BMG vom 16.12.2023: Vermeidung von Lieferengpässen von Arzneimitteln, Verbesserung der Versorgung mit Kinderarzneimitteln und Stärkung des Produktionsstandorts EU

- die o.g. Anhebung der Festbeträge für die knappen Kinderarzneimittel. Zusätzlich soll es für eine vom ‚Beirat für Liefer- und Versorgungsengpässe‘ zu erstellende Liste zentraler Kinderarzneien keine Rabattverträge mehr geben. Das Preismoratorium soll entsprechend modifiziert werden (auf das 1,5-fache).
- Im Falle von Arzneimitteln mit kritischer Versorgungslage sollen die pandemiebedingten vereinfachten Austauschregeln verstetigt werden. Für dennoch notwendige Rücksprachen mit verordneten Ärzten soll die Apotheke 50 Cent als Aufwandspauschale erhalten.
- Unter speziellen Voraussetzungen können Zuzahlungen der Patienten entfallen bzw. begrenzt werden.
- Bei den weiteren Maßnahmen bzw. Arzneimittelgruppen im Eckpunktepapier geht es z.B. um Änderungen im Vergaberecht, damit die Abhängigkeit von einzelnen Generika-Herstellern abnimmt. Künftig sollen neben dem Preis auch die Lieferfähigkeit bzw. der Anteil der Wirkstoffproduktion in der EU (Standortberücksichtigung) als Kriterien für die Vergabe Berücksichtigung finden. Zunächst soll das für onkologische Arzneien und Antibiotika gelten.³⁸

Apothekenvertreter hoffen auf eine schnelle Konkretisierung bzw. Umsetzung des Gesetzesvorhabens, wichtig ist insbesondere die Verstetigung der erleichterten Abgaberegeln, denn diese werden spätestens zum 7. April mit der SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung außer Kraft treten. Zunächst bleibt jedoch die Ressortabstimmung abzuwarten.

3.4.1.3 Internationale Abhängigkeiten

Corona, Lieferprobleme, die geopolitische Lage sowie das Ansteigen von Energie- und damit Logistikkosten machen deutlich, wie anfällig internationale Abhängigkeiten sind. Bereits vor Corona und vor dem Ukraine-Krieg waren Lieferengpässe ein immer wiederkehrendes Problem in Apotheken. Ursächlich sind neben fehlenden Produktionskapazitäten auch Probleme bei der Herstellung oder die (abrupt) steigender Nachfrage wie in Erkältungszeiten.

- Laut Verband forschender Arzneimittelhersteller liegen mehr als zwei Drittel der Standorte, die Wirkstoffe für den europäischen Raum herstellen, in Asien, insbesondere in China und

³⁸ Bislang sind Krankenkassen nämlich dazu verpflichtet, Generika bei den günstigsten Herstellern zu kaufen. Das befördert die Verlagerung von Produktionsstandorten ins Ausland und / oder dass weniger günstige Mitbewerber ganz aus der Herstellung aussteigen. Rabattverträge können zu einem Preisverfall, damit zur Marktkonzentration und höherer Abhängigkeit von wenig verbleibenden Anbietern führen, daher – so der Vorschlag des Ministeriums – könnten die Exklusivität von Rabattverträgen hinterfragt und die Abgaberegeln für Rabattarzneimittel vereinfacht werden.

Indien; d.h. dass hier ansässige Pharmahersteller stark abhängig von den aus dem Ausland kommenden Wirkstoffen sind.

- Als Folge des Ukraine-Konflikts gab es Lieferschwierigkeiten bei verstärkt nachgefragten Produkten wie Fieber-, Schmerz-, Narkosemitteln sowie Jod-Tabletten.
- In einer entsprechenden Studie³⁹ weist der VFA übrigens darauf hin, dass die Lieferproblematiken in Deutschland signifikant über den Niveaus der anderen europäischen Länder liegen. So gaben im Sommer 2022 85% der Pharmaunternehmen an von Lieferengpässen betroffen zu sein, während es im europäischen Durchschnitt weniger als die Hälfte waren. In Spanien, Italien, Frankreich waren nur etwa ein Fünftel der Branche betroffen; evtl. ein Indiz dafür, dass die Probleme nicht (nur) vor Hintergrund der globalen Gemengelage zu sehen ist, sondern auch ein ‚hausgemachte‘ Ursache haben könnte, z.B. in was die nationale Preis- und Beschaffungsstrategie anbelangt.

Trotzdem darf nicht vernachlässigt werden, dass es sich bei den Lieferengpässen um länderübergreifende und international relevante Problemstellungen handelt, die entsprechend auch in den anderen Ländern oder auf europäischer Ebene diskutiert werden.

Beispielsweise soll ab 2024 in Frankreich wieder Paracetamol produziert werden, finanziell von Staatlicher Seite unterstützt, nachdem dort 2008 der letzte europäische Produktionsstandort für das von der WHO als ‚unentbehrliches Arzneimittel‘ klassifizierte Paracetamol geschlossen wurde.⁴⁰

3.4.1.4 Lieferengpässe als europäisches Thema

Ende 2021 hat die EU eine europäische Nutzenbewertung für Arzneimittel beschlossen. Die Zulassung von Arzneien erfolgt zwar bereits meist auf europäischer Ebene, aber es fehlt eine einheitliche, evidenzbasierte, länderübergreifende Nutzbewertungen. Dafür bedarf es noch entsprechender gesetzlicher Konkretisierungen und mit einem (stufenweisen) Beginn vor 2025 (gestartet werden soll u.a. mit onkologischen Medikamenten) ist nicht zu rechnen. Die Preisgestaltung soll aber auch weiterhin national erfolgen.

³⁹ <https://www.vfa.de/de/wirtschaft-politik/macroscope/macroscope-pharma-gestoerte-lieferketten-normalisierung-absehbar-china-bleibt-ein-risiko> (dort findet sich der genaue Titel der Studie & Download)

⁴⁰ Artikel Wirtschaftswoche online vom 29.01.2023
<https://www.wiwo.de/my/unternehmen/industrie/medikamente-diese-3-grafiken-zeigen-die-abhaengigkeit-deutschlands-bei-medikamenten/28945522.html?ticket=ST-53250-o0OdTO6NzsViUrQzA21E-cas01.example.org>

Die PGEU (Pharmaceutical Group of the European Union) führt jährlich eine Umfrage zu Lieferengpässen bei ihren Mitgliedern, zuletzt in 29 Ländern durch.⁴¹ Demnach hat sich in sieben Ländern die Lage zuletzt verschlechtert, in keinem ist eine Verbesserung zu konstatieren. Entsprechend betroffen zeigen sich die Apotheken:

- nahezu alle (97%) geben an, finanzielle Einbußen aufgrund der zusätzlichen zeitlichen Belastungen zu haben.
- Der wöchentliche zeitliche Aufwand, den das Personal für Lieferengpässe aufwendet, betrug 2022 durchschnittlich 6 Stunden und 40 Minuten, 2021 waren es mit 5 Stunden und 20 Minuten noch deutlich weniger.
- Bei mehr als der Hälfte stiegen die Beschaffungskosten.
- In drei Viertel der Länder haben sich Mitarbeiterzufriedenheit und Kundenvertrauen verschlechtert.
- Fast überall führen Arzneimittel-Wechsel zu erhöhtem bürokratischem Aufwand.

In mehr als der Hälfte der Länder gibt es keine spezifische Definition für „Lieferengpässe“ und in drei von zehn Ländern kein nationales Meldesystem, in einigen Fällen (10%) fehlten sogar grundsätzliche Informationen zu Lieferengpässen.

Im Oktober 2022 hat die EU ein Arbeitspapier ‚strukturierter Dialog zur Sicherheit der Arzneimittelversorgung‘ veröffentlicht und dabei festgestellt,⁴² dass länderübergreifend insbesondere ältere, patentfreie und generische Arzneien von den Lieferengpässen betroffen sind.

Die Gründe dafür seien komplex, nicht einfach zu verorten und beziehen sich u.a. auf eine bereits im Vorjahr von der EU beauftragten Studie; sie reichen von der Rohstoffproduktion, Lieferkettenproblemen bis hin zu Beschaffungsregularien (z.B. Preis-/Rabattgestaltungen). Kritisiert wird z.T. aber auch mangelnde Transparenz.

Um Abhilfe zu schaffen, werden von der EU folgende Maßnahmen vorgeschlagen:

1. Europaweites Listing der betroffenen Arzneimittel (einige Länder führen bereits entsprechende Listen wie z.B. Deutschland mit der Übersicht des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)). Die dortigen Informationen basieren auf Angaben der Pharmahersteller (freiwillige Selbstverpflichtung) und werden durch Daten aus der Arzneimittel- und Antrags-Datenbank (AmAnDa) des Bundes ergänzt.

⁴¹ Siehe Pressemeldung des PGEU vom 23.1.2023
<https://www.pgeu.eu/?s=&cats%5B%5D=1430&date=all> (dort ist auch der Link zur 2022er Studie – diese bitte in die Quellen mit einbauen)

⁴² https://health.ec.europa.eu/latest-updates/staff-working-document-vulnerabilities-global-supply-chains-medicines-structured-dialogue-security-2022-10-17_de

2. Transparenz schaffen, indem (strategische) Abhängigkeiten und EU-weite Produktionskapazitäten bekannt gemacht werden. Mehr Transparenz und Kenntnis zu Lieferketten, indem digitale Tools zur Datenerfassung zum Einsatz kommen;
3. Digitalisierung des regulatorischen Umfeldes, z.B. hinsichtlich der Arzneimittelzulassung oder der Registrierung von Chemikalien – davon erhofft man sich mehr Effizienz.
4. Förderung von grünen bzw. digitalen Innovationen;
5. Beschaffungsprozedere und Preisgestaltung (für konkretere Vorschläge dazu wartet die EU noch auf die Ergebnisse einer entsprechenden Studie; diese sollen noch dieses Jahr veröffentlicht werden);
6. Förderung der länderübergreifenden, weltweiten (nicht nur EU) Zusammenarbeit; Zulassungsvoraussetzungen, Produktionsbedingungen/-standards, Exportbeschränkungen etc.

3.4.2 Update: E-Rezept

Ursprünglich hätte das E-Rezept bereits Mitte 2021 implementiert werden und ab 2022 für verschreibungspflichtige Arzneien verpflichtend sein sollen.

Technische und datenschutzrechtliche Bedenken führten und führen immer wieder zu Verschiebungen, so auch für das ab Herbst 2022 von der Gematik regional und zeitlich gestufte Verfahren („E-Rezept-Rollout“): Im September 2022 sollten Westfalen-Lippe und Schleswig-Holstein starten. U.a. Datenschutzprobleme führten jedoch dazu, dass Schleswig-Holstein ganz ausstieg und in Westfalen-Lippe der Pilotbetrieb in Papierform stattfindet. Damit musste der Zeitplan erneut verschoben werden, denn für die Festlegung eines Termins zur Einführung der verpflichtenden, bundeweiten Nutzung wurde eine stufenweise Einführung anhand gewisser Kriterien vereinbart: Mindestens ein Viertel der Rezepte in einer Pilotregion müssen elektronisch ausgestellt worden sein, um den Rollout in weiteren KV-Regionen umzusetzen. Laut Dashboard der Gematik ist am 20. Januar 2023 die 1 Mio. Marke geknackt worden,⁴³ kein Grund zu jubeln, angesichts der Tatsache, dass in Summe eine halbe Mrd. Rezepte längst hätten auf digitalem Wege eingelöst werden sollen.

Folgende Hürden müssen nach wie vor genommen werden:

- **Versicherte** müssen für E-Rezepte ein kompliziertes Ident-Verfahren durchlaufen, zudem ist eine NFC-fähige⁴⁴ elektronische Gesundheitskarte (eGK) sowie eine PIN der Krankenkasse (die nur sehr wenige Versicherte bisher haben) nötig, um die App für die Einlösung in der Apotheke nutzen zu können. Die entsprechende App wurde bislang nur von 440.000 Menschen heruntergeladen (Stand 3.2.2023).

⁴³ <https://www.gematik.de/telematikinfrastruktur/ti-dashboard>

⁴⁴ Die NFC-Funktion auf der Gesundheitskarte ermöglicht das kontaktlose Auslesen von Daten / Informationen.

- Aufgrund dieser Probleme bzw. datenschutzrechtlicher Bedenken geben **Ärzte**, die das E-Rezept bereits verwenden, ihren Patienten in vielen Fällen weiterhin eine Papierversion mit einem QR-Code mit, der dann in der Apotheke gescannt wird.
- Ein jüngster Vorschlag der **Gematik**, um die **Datenschutzbedenken** auszuräumen, datiert von Ende Januar 2023 und beschreibt zwei technische Möglichkeiten, die aktuell zur Abstimmung stehen. „Wird er beschlossen, ist die Spezifikation von allen Beteiligten umzusetzen, in diesem Fall sind das vor allem die Apothekensoftwarehäuser. Geplant ist, dass das Verfahren im Sommer stehen soll.“⁴⁵

Es bleibt folglich abzuwarten, ob aufgrund des vereinbarten stufenweisen Rollouts eine flächendeckende Einführung vor 2024 realistisch ist. Die Bundesregierung will es bis 2025 zum Standard gemacht haben.⁴⁶

Apotheker scheinen dem E-Rezept überwiegend positiv gegenüber zu stehen. Bei einer Befragungsstudie aus Baden-Württemberg aus dem Jahr 2020 war mehr als die Hälfte der antwortenden Apotheker bereit sich an einem E-Rezept-System zu beteiligen, nur 8,5% schließen eine zukünftige Beteiligung aus, wobei der Schutz der freien Apothekenwahl eine Voraussetzung war.⁴⁷

Auch für Privat Versicherte Patienten soll es ab Sommer über digitale Identitäten elektronische Verordnungen geben.⁴⁸

3.4.3 Pharmazeutische Dienstleistungen

3.4.3.1 Welche Leistungen für wieviel Geld

Die gesetzliche Basis für die sog. pharmazeutischen Dienstleistungen (pDL) war im Rahmen des Vor-Ort-Apothekenstärkungsgesetzes bereits 2020 gelegt worden. Da sich der Deutsche Apothekerverband (DAV) und die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) jedoch nicht über die Modalitäten einigen konnten, musste im Herbst 2021 die Schiedsstelle involviert werden. Seit Sommer 2022 ist geklärt, wie und welche pharmazeutischen Dienstleistungen (pDL) von Apotheken erbracht bzw. von den Kassen vergütet werden; es handelt sich konkret um folgende fünf Services:

⁴⁵ Zitat als Artikel DAZ vom 31.01.2023: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2023/01/31/neuer-versuch-fuer-den-E-Rezept-abruf-via-egk>

⁴⁶ <https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/digitaler-aufbruch/digitalstrategie-2072884>

⁴⁷ Strumann et.al. Einschätzungen zum elektronischen Rezept – eine Querschnittstudie unter Apothekern in Deutschland. Gesundheitswesen 2022; 84(10): 961-967 DOI: 10.1055/a-1498-1816 [Thieme E-Journals - Das Gesundheitswesen / Volltext \(thieme-connect.de\)](https://www.thieme-connect.de)

⁴⁸ <https://www.pkv.de/verband/presse/pressemitteilungen/pkv-setzt-statt-chipkarte-auf-smartphone-als-modernen-schluesel-zu-digitalen-gesundheitsdiensten/>

1. Erweiterte Medikationsberatung bei Polymedikation d.h. fünf oder mehr verordnete Arzneimittel in Dauermedikation (90 €)
2. Pharmazeutische Betreuung bei oraler Antitumorthherapie mit neuen Arzneien (90 € plus 17,55 € für Folgegespräch nach zwei bis sechs Monaten)
3. Pharmazeutische Betreuung von Organtransplantierten (90 € plus 17,55 € für Folgegespräch nach zwei bis sechs Monaten)
4. Blutdruckmessungen / Risiko Screening bei ärztlich diagnostiziertem Bluthochdruck und Einnahme von Blutdrucksenkern (20 €)
5. Beratung zu Inhalativa / Inhalationstechnik (sog. Device Schulung; 11,20 €), wenn gegen Atemwegs- oder Lungenerkrankung Medikamente zum Inhalieren eingenommen werden müssen z.B. bei Asthma Bronchiale oder chronisch-obstruktiven Lungenerkrankungen

Die ersten drei Leistungen (rund um AMTS / Arzneimitteltherapiesicherheit) dürfen nur von ApothekerInnen erbracht werden, die eine entsprechende Fortbildung absolviert haben (sogenannte komplexe pharmazeutische Dienstleistungen). Die Blutdruckmessung und die Einweisung in die Inhalatoren kann auch vom pharmazeutischen Personal der Apotheke nach einer Standard-Einweisung durchgeführt werden (sogenannte einfache pDL). Folglich haben nicht alle Apotheken vor, die neuen Services anzubieten. Hinderungsgründe sind u.a.

- Zeit- bzw. Personalmangel.
- Für die komplexeren pDL bedarf es spezieller Fortbildungen nach Vorgaben der Bundesapothekerkammer.
- Bei den hoch priorisierten (Stufe 1) und besser vergüteten Dienstleistungen ist zudem damit zu rechnen, dass nur in entsprechend spezialisierten Apotheken die Angebote auch wahrgenommen werden, z.B. in Apotheken, die Zytostatika oder andere individualisierte parenterale Lösungen herstellen. Es gibt nur etwa 300 solcher sogenannten 'Compounder'-Apotheken im Bundesgebiet.
- Für Position 3 gibt es nur eine kleine Zielgruppe, da derzeit per anno nur 3.500 bis 4.000 Organe verpflanzt werden.

3.4.3.2 Auszahlung der Vergütung

Die Auszahlung der Vergütung erfolgt – bei entsprechender Meldung - mit der Notdienstpauschale am Ende eines Folgequartals und obliegt einem komplexen Abrechnungsprocedere, weil der Gesamtopf für die pDL budgetiert ist. Das Gesamtbudget eines Quartals bemisst sich anhand eines Zuschlags in Höhe von 20 Cent je abgegebenem rezeptpflichtigen Fertigarzneimittel, Prognosen gehen von einem Budget von ca. 2.000 € je Apotheke je Quartal aus.

D.h. die Apotheken wissen erst ex-post, wie hoch die konkrete Vergütung ihrer Beratungsservices ausgefallen ist (analog dem Nacht- und Notdienstfonds, wo auch erst am Ende des Folgequartals feststeht, wie hoch die Vergütung für die übernommenen Dienste war): wird in Summe von allen Apotheken weniger eingereicht als das Gesamtbudget hergeben würde, kommt der Rest in das Budget für das Folgequartal; werden jedoch mehr Dienstleistungen erbracht, bekommen die Apotheken

- eine gesicherte Auszahlung von 100% für die ersten von ihnen eingereichten 1.000 €
- Abschläge greifen dann ab 1.000 € gemäß einer Priorisierung; zuerst werden die Inhalationsservices gestrichen bzw. gekürzt (Stufe 3), dann die Blutdruckmessungen (Stufe 2) und dann die ATMS-Beratungen (Stufe 1).

Es kann also sein, dass die Apotheke für die Beratung zur Nutzung der Inhalatoren überhaupt kein Geld bekommt. Für die ersten Abrechnungsquartale ist nicht mit Kürzungen zu rechnen, da bereits bis Anfang Juni 2022 ein Ausschüttungsvolumen von 78 Mio. € aufgelaufen war, welches in die nächsten Quartale überführt wurde.

Erste Erfahrungswerte:⁴⁹

Der erste Auszahlungsbescheid für das zweite Quartal umfasste nur einen Monat, entsprechend wenige Apotheken haben bereits Leistungen abgerechnet: 89 Apotheken erhielten insgesamt 6.922,17 EUR aus dem Fonds. Bei den Auszahlungsbescheiden für das dritte Quartal 2022 (drei Monate) hat sich die Beteiligung bereits auf 2.443 Apotheken erhöht, in Summe wurden knapp 600.000 € ausbezahlt. Dadurch werden insgesamt 114 Mio. € EUR Treuhandvermögen in das vierte Quartal 2022 übertragen, womit die Leistungen der nächsten Quartale gesichert sind. Je nachdem, wie die Erfahrungen mit diesen Dienstleistungen laufen werden, ist künftig mit einer Anpassung bzw. Erweiterung des Leistungsspektrums zu rechnen.

Die Anzahl der profitierenden Kunden stieg ebenfalls an: Im Juni 2022 wurden 97 Kunden in der Benutzung eines Inhalators geschult, bei 89 Hypertonie-Patienten wurde ein standardisierter Blutdruck-Check durchgeführt und erweiterte Medikationsberatungen wurden bei 31 Patienten mit Polymedikation und einem Patienten mit oraler Anti-Tumortherapie durchgeführt. Im folgenden Quartal gab es mehr pDL: 8.110 Patienten wurden zur „Inhalationstechnik“ geschult, die „standardisierte Risikoerfassung hoher Blutdruck“ für 3.962 Patienten und die „erweiterte Beratung bei Polymedikation“ kam 3.235 Menschen zugute.

⁴⁹ Siehe hierzu die Pressemitteilungen des NNF (Nacht- und Notdienstfond) <https://www.dav-notdienstfonds.de/service/aktuelles/pharmazeutische-dienstleistungen-fuer-das-iii-quartal-2022/>

Verbesserungspotenzial gibt es wohl bei der (aufwendigen) Dokumentation bzw. Abrechnung, die noch nicht auf digitalem Wege möglich ist, sondern Papierbeleg für jeden Patienten erfordern.

3.4.3.3 Kritische Stimmen

Pharmazeutische DL werden von der Apothekerschaft als positives Signal wahrgenommen, kann sie doch ihr Aufgabenspektrum erweitern (s.u.). Die Reaktion der Ärzte und ihrer Vertreter war hingegen sehr kritisch, wie bereits beim Thema Impfungen durch die Apotheken, und folgte prompt; aus deren Sicht würden mit den pDL die Apotheken in ärztliches Hoheitsgebiet eingreifen, ohne dafür entsprechend qualifiziert zu sein und würden zudem mehr Honorar erhalten als die ÄrztInnen. Letzteres sei jedoch nicht haltbar, da Ärzte mehrere Positionen abrechnen können, so ein Faktencheck der Pharmazeutischen Zeitung.⁵⁰

Nach der Verkündung des Schiedsspruchs im Sommer 2020 reagierte die Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) mit einer Forderung nach Honorarerhöhung und nannte die Dienstleistungen "inhaltlich fragwürdig und teuer", der MEDI-Verbund Baden-Württemberg sah darin eine "unverantwortbare Substitution ärztlicher Leistungen", der Hessische Hausärzteverband kommentierte "Behandlungsqualität ist gefährdet" und die Bundesärztekammer nutzte die Formulierung "Patienten sind keine Kunden und Apotheken keine Arztpraxen-to-go".⁵¹

Neben den Ärzten gibt es auch kritische Stimmen von Seiten der Krankenkassen, z.B. der AOK, sie schlug vor, dass die Kassen selbst Medikationsanalysen übernehmen könnten, da sie die entsprechenden Daten hätten.⁵² Gemäß aktuellen Barmer Arzneimittelreport könnten bis zu 70.000 Todesfälle von Menschen (mit Polymedikation) mit effizienter Digitalisierung und Datennutzung vermieden werden.⁵³

3.4.4 Impfungen

Grippeschutzimpfung

Nachdem das Masernschutzgesetz regionale Modellprojekte mit impfenden Apotheken bereits 2020 ermöglicht hatte, sind diese seit Herbst 2022 eine bundesweite Regelleistung von

⁵⁰ <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/erhalten-aerzte-wirklich-weniger-geld-als-apotheker-133801/>

⁵¹ Beispielhafte Quellen: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2022/06/30/hessens-hausaerzte-machen-bei-patienten-stimmung-gegen-dienstleistung> oder <https://www.bundesaerztekammer.de/presse/aktuelles/detail/patienten-sind-keine-kunden-und-apotheken-keine-arztpraxen-to-go>

⁵² https://www.aok-bv.de/positionen/statements/index_25639.html

⁵³ <https://www.barmer.de/presse/infotehok/studien-und-reporte/arsneimittelreporte> Basis sind die Erfahrungen aus dem Modellprojekts AdAM (in Kooperation mit der KV Westfalen-Lippe). Vgl. hierzu <https://www.kvwl.de/adam>

Apotheken (Pflegebonusgesetz vom 28. Juni 2022). Voraussetzung sind u.a. eine von Ärzten durchgeführte Fortbildung der Apotheker sowie geeignete Räumlichkeiten bzw. Ausstattung.⁵⁴ Die Erfahrungen im Rahmen der Modellprojekte (solche gab es z.B. in der KV Nordrhein, im Saarland, in der AOK Rheinland/Hamburg) haben positive Resultate gezeigt:⁵⁵

- Die Hälfte der in der letzten Saison 1.400 geimpften Personen hätte sich ohne das Angebot der Apotheke nicht impfen lassen.
- Die Zufriedenheit der Patienten mit dem Impfangebot in den Apotheken ist sehr hoch.
- Die zentralen Kriterien für die Entscheidung waren die gute Erreichbarkeit sowie das Impfen ohne lange Wartezeiten.

Auch in Baden-Württemberg konnten AOK-Versicherte sich im Herbst 2021 in den drei Modell-Regionen Mannheim, Ostwürttemberg und im Raum Esslingen/Göppingen in Apotheken impfen lassen.⁵⁶

In vielen anderen europäischen Ländern gehört Impfen bereits länger zu den Apothekenservices. Auch dortigen Erfahrungen belegen, dass mit den niedrighschwelligen Impfangebote von Apotheken (längere Öffnungszeiten, keine Terminvereinbarung nötig etc.) die Durchimpfungsrate auf 65% erhöht werden konnten, während diese in Deutschland – bezogen auf die Risikogruppe der über 60-jährigen – zuvor nur bei 35% lag. Ziel der EU ist es, einen Impfschutz von 75% zu erlangen.

Hinsichtlich der Honorierung der Gripeschutzimpfungen durch Apotheken entbrannte eine ähnliche Diskussion wie bei den o.g. pDL, da die 11 € Impfhonorar auf den ersten Blick höher wirken als das Entgelt, das Ärzte für den Gripeschutz bekommen. Diese erhielten gemäß Hausärzteverband durchschnittlich 8 € (abhängig von der KV-Region zwischen 7,86 € in Sachsen und 9,80 € in Hessen). Auch hier gab es Berechnungen, die die Argumente der Ärzteschaft entkräfteten, zumal die Apotheken die Impfungen nicht delegieren können, sondern persönlich durchführen müssen.⁵⁷

COVID-19-Schutzimpfung

Seit Februar 2022 können neben Influenza zudem COVID-19-Schutzimpfungen von Apotheken durchgeführt werden, diese sind zum Jahreswechsel in die Regelversorgung

⁵⁴ Die Fortbildung berechtigt sowohl zur Durchführung der Gripeschutz- als auch der COVID19-Impfungen.

⁵⁵ Quelle z.B. <https://www.aok.de/pk/cl/rh/inhalt/neue-evaluation-zur-gripeschutzimpfung-in-apotheken/> oder <https://www.abda.de/aktuelles-und-presse/newsroom/detail/grippeimpfung-in-apotheken-kommt-gut-an/>

⁵⁶ <https://aok-bw-presse.de/landesweite-presseinfos/lesen/apotheker-duerfen-in-drei-modellregionen-impfen.html>

⁵⁷ Siehe z.B. die Argumentation in der Printausgabe der Ärzte Zeitung vom 20. Oktober: „Impfduell – Wer kriegt mehr?“ (von Hauke Gerlof, stellvertretender Chefredakteur)

übergegangen⁵⁸. Dabei gelten bis 7. April noch die pandemiebezogenen Regelungen, wonach Apotheken das gleiche Honorar wie die Ärzte (28 € bzw. 36 € am Wochenende) erhalten; hinzu kommt die Vergütung für die Beschaffung des Impfstoffes (7,58 € zuzgl. MwSt.). Für die Honorierung ab 8. April 2023 bedarf es noch der entsprechenden Einigung zwischen Kassen und Leistungserbringern.

Künftig ist denkbar, dass das Impfspektrum von Apotheken zusätzlich ausgeweitet wird, z.B. gegen FSME oder Pneumokokken (wie das beispielsweise in Frankreich bereits umgesetzt ist).

3.4.5 Wettbewerb um die letzte Meile (zwischen Bestellung und Belieferung)

Insbesondere vor dem Hintergrund der Digitalisierung, der Einführung des E-Rezepts und der Bedeutung der hiesigen Gesundheitsbranche drängen neue ‚Player‘ in die Wertschöpfungskette, aus dem Handel kommend oder der Digitalbranche, aber auch Verlage, Abrechner oder neuerdings auch Lieferdienste wollen mitmischen. Diese hoffen auf das Geschäft mit der ‚letzten Meile‘ zwischen Bestellung und Belieferung der Kunden mit Arzneien. Das extra dafür gegründete Start-up Mayd sammelte Anfang 2022 30 Mio. € ein, Cure 15 Mio. €, der Kurierdienst First A, der u.a. Expresslieferungen in acht Großstädten innerhalb von 30 Minuten verspricht, wurde von der Shopapotheke für einen Millionenbetrag übernommen; Kurando hingegen – mit einem ähnlichen Angebot - musste bereits Insolvenz anmelden. Auch Lebensmittel-Services wie Knuspr oder Wolt (mit Apocity in München) versuchen sich in der Belieferung mit OTC-Produkten. An den meisten Geschäftsmodellen gibt es jedoch nicht nur juristische, sondern z.T. auch wirtschaftliche Bedenken.

Erweiterungen aus dem ExpertInnen-Workshop:

Die Experten hatten dezidierte Auffassungen zu den aktuellen politischen und gesetzlichen Entwicklungen:

- Um Lieferengpässen entgegenzuwirken, müsse Arzneimittelindustrie und Herstellung in Europa bleiben.*
- Die Bürokratie müsse weniger werden. Hierzu müsse eine Vertrauensbasis hergestellt werden, um der wachsenden Kontrollkultur gegenzusteuern. Außerdem müssten unsinnige Formalien, die Ressourcen vergeudeten, vermieden bzw. abgeschafft werden (als Beispiel wurde aufgeführt: Kassenzettel müssten ausgedruckt werden und danach datenschutzkonform vernichtet werden)*
- Das Gesundheitssystem müsse wieder auf Gesundheit und die Bedarfe von Menschen ausgerichtet werden. So müsse die DSGVO Menschen untergeordnet*

⁵⁸ Gemäß Energiepreisbremse-Gesetz

werden und nicht anders herum. Das Gesundheitswesen sollte an Gesundheit und nicht an Ökonomie orientiert sein.

- Die Apothekenbetriebsordnung müsse modernisiert werden. Überkommen scheinen insbesondere Präsenzplichten von approbierten ApothekerInnen, Überregulation (Beispiele: Warum können nur fachlich ausgebildete MitarbeiterInnen Automaten befüllen?, Warum gibt es noch die Mindestgrößenerfordernisse? oder die Sortimentsregularien?)*
- „Versuchsballons“ im Sinne von Pilotprojekten müssten beendet werden*

Auch finanzielle Aspekte wurden erörtert:

- Apotheken würden einen zentralen Beitrag liefern, jedoch wäre die Wahrnehmung oft auf deren Kosten fokussiert. Deshalb müsse Wahrnehmung gestärkt werden, dass die GKV- Ausgaben für Apotheken relativ niedrig sind (sie seien geringer als für Krankentransport, Apotheken benötigen nur 1,9 % der gesamten GKV Kosten).*
- Diejenigen, die die Arbeit machen, müssten adäquat vergütet werden. Adäquate Finanzierung ist zentral, auch um attraktiv für den Nachwuchs zu sein.*
- Entrepreneurship sei ein wichtiges Element für die Qualität der Versorgung. (So haften Apotheker etwa bei Problemen mit Privatvermögen). Allerdings sollten finanzielle Anreize im Sinne von Fee for Service geringer werden.*
- Apotheken übernehmen bereits heute eine wichtige ‚Lotsenfunktion‘ und beraten bei Gesundheitsfragen, erhalten dafür aber – z.B. bei der Abgabe von OTC – kein (Extra-)Honorar.*
- Es solle mehr Geld in Gesundheit / Prävention und nicht nur in Krankheit oder Gerätemedizin (denn ‚kommunikative‘ Gesundheitsversorgung ist wirtschaftlich nicht attraktiv) gesteckt werden.*

Apotheken könnten noch mehr beitragen als bisher.

- Versorgungsengpässe könnten nur mit den Vor-Ort Apotheken überwunden werden. Apotheken böten ein Sicherheitsnetz, gerade in Zeiten von Krisen.*
- Man rief dazu auf, die Kompetenzen, Kommunikationsfähigkeit, und die regionale Vernetzung z. B für eine Funktion als Gesundheitslotsen gezielt und vermehrt einzusetzen.*
- Zudem solle die Kooperation insbesondere mit der Ärzteschaft aber auch mit anderen Heilberufen ausgebaut werden. Apotheken können Ärzte unterstützen und Praxen entlasten (s.u.), insbesondere vor dem Hintergrund des wachsenden Ärztemangels.*

3.5 Zwischenfazit

Fazit Zahlen und Fakten:

Die Versorgungsdichte mit Apotheken ist weiterhin rückläufig, wobei es (noch) keine Anhaltspunkte für aktuelle Unterversorgung gibt. Dabei versorgt eine Apotheke immer mehr Menschen und in Baden-Württemberg müssen 12% der Bevölkerung Nachts mehr als 20 km zur nächsten Apotheke fahren. Die Nähe zur nächsten Apotheke ist stark regional abhängig. Zudem ist zu erwarten, dass mit zunehmender Alterung der Bevölkerung der Versorgungsbedarf durch Apotheken eher zunehmen wird.

Fazit rechtliche Regelungen:

Einige Vereinfachungen und Neuerungen durch die Pandemie werden nun beibehalten. Die Ziele des Koalitionsvertrags werden nach und nach konkretisiert, wobei teilweise auch widersprüchliche Entwicklungen zu verzeichnen sind (z.B. anstelle einer finanziellen Stärkung der Landapotheken wurden durch das Finanzstabilisierungsgesetz zunächst Einsparungen eingeführt.)

Dabei kommt der verstärkten regionalen und interprofessionellen Versorgung eine wachsende Bedeutung zu, wo für Apotheken auch neue Rollen entstehen könnten.

Fazit weitere Entwicklungen:

Vergütung, Lieferengpässe, Bürokratie und Personalprobleme sind die zentralen Sorgen der Apotheken und haben das Pandemiegeschehen verdrängt.

Lieferengpässe sind ein komplexes Problem, das die Pandemie als größte Herausforderung für Apotheken abgelöst hat. Obwohl ein europäisches Problem, scheint Deutschland besonders betroffen zu sein. Das Management von Lieferengpässen geht mit erhöhtem Zeit- und Beratungsaufwand für das Apotheken-Personal einher, aber auch mit Umsatzeinbußen, unzufriedenen Kunden oder auch der Gefahr von Retaxationen.

Lösungsansätze betreffen u.a. Warnsysteme, veränderte Rabattverträge und vereinfachte Herstellung von Arzneien durch die Apotheken selbst. Ein Generikagesetz ist auf dem Weg.

E-Rezept: lässt aufgrund technischer und datenschutztechnischer Probleme weiter auf sich warten, obwohl die Akzeptanz bei Apothekern überwiegend positiv wäre.

Fazit Pharmazeutische Dienstleistungen (pDL) und Impfungen:

Seit Sommer 2022 können fünf pDL abgerechnet werden. Sie sind jedoch nicht für alle Apotheken gleichermaßen interessant, erfordern komplexe Abrechnungssysteme und die Verfügbarkeit entsprechenden Personals. Auch Impfungen gegen Grippe und Covid sind inzwischen erlaubt und abrechenbar.

Grundsätzlich gibt es Grabenkämpfe bzgl. Zuständigkeiten, Qualifikation und Vergütung zwischen Apothekern und Ärzteschaft. Apotheker argumentieren, dass sie ärztliche Versorgungsengpässe und lange Wartezeiten für Patienten abfedern könnten und zu einer verbesserten Versorgung bzw. mehr Arzneimitteltherapie-Sicherheit und Compliance beitragen können.

Immer wieder prallen unterschiedliche Auffassungen von Ärzten und Apothekern hinsichtlich ihres Dienstleistungsportfolios aufeinander. Die Ärzteschaft befürchtet einen Eingriff in ihren Leistungskatalog. Umgekehrt dürfen seit Sommer 2022 Ärzte, Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen das antivirale COVID-19-Medikament Paxlovid direkt an Patienten ausgeben, was für entsprechenden Unmut bei den Apotheken gesorgt hat, auch wenn dies laut BMG eine Corona-bedingte Ausnahmesituation darstelle.

Einig hingegen waren sich Ärzte und Apotheker zu anfangs, als es um die gemäß Koalitionsvertrag zu etablierenden Gesundheitskioske, in denen sog. Gesundheitslotsen beschäftigt werden sollen, ging; hier würden Parallelstrukturen geschaffen, und Gelder verausgabt, die besser in bestehende Versorgungsstrukturen zu allokalieren seien.

4 Auswirkungen der Pandemie auf die Apotheken

4.1 Zusätzliche Aufgaben und Herausforderungen

Zusätzliche Aufgaben:

Im Rahmen der Pandemiebekämpfung haben Apotheken von Beginn an (seit Februar 2020) viele und zusätzliche Aufgaben zur Gesundheitsversorgung der Bevölkerung übernommen, wenn auch nicht alle Apotheken in gleichem Ausmaß (s.u.). Folgende Auflistung macht zeigt – nahezu als Chronologie der Geschehnisse - wie zentral die Rolle der Apotheken während der Pandemie war:

- Herstellung von Desinfektionsmittel, das anderweitig nicht bzw. kaum verfügbar war (5,1 Mio. Liter zwischen März und Mai 2020)⁵⁹
- Kontaktarme (Be-)Lieferung von Arzneien etc. an Kunden und Patienten (Botendienste)⁶⁰ - seit April 2020 werden die Botendienste auch vergütet, zunächst mit 5 € und seit Oktober 2020 mit 2,50 € je Botendienst
- Ausgabe der vom Bundesgesundheitsministerium veranlassten 440 Mio. FFP2-Schutzmasken an ca. 30 Mio. Menschen zwischen Dez. 2020 und April 2021⁶¹

⁵⁹ Quelle: ABDA DIE APOTHEKE – ZAHLEN, DATEN, FAKTEN 2022

⁶⁰ Siehe hierzu Kapitel 4.3.2

⁶¹ Ab Dezember 2020 konnten zunächst Risikopatienten gegen eine Zuzahlung von 2€ Schutzmasken erhalten (bis zu 15 Stück), im Februar 2021 kamen weitere 50 Mio. kostenlose FFP-2 Masken für Bezieher von Arbeitslosengeld II hinzu. Apotheken erhielten zunächst 6 € je Schutzmaske, im Februar 2021 wurde der Betrag auf 3,90 € gesenkt

- Apotheken versorgen Arztpraxen, die seit April 2021 gegen Covid-19 impfen,⁶² mit den entsprechenden Vaccinen; später folgte die Belieferung von Betriebsärzten sowie seit Oktober 2021 jene von mobilen Impfteams (aufgrund der Schließung der meisten Impfzentren). Die Vergütung variiert dabei in Abhängigkeit von der zu beliefernden Zielgruppe sowie der Menge⁶³
- Apotheken fungieren als Testcenter, indem sie Schnell- und / oder PCR-Tests durchführen
- Apotheken stellen seit Sommer 2021 Impf- bzw. Genesenenzertifikate aus
- Seit 2022 dürfen Apotheken selbst die (Auffrischungs-)Impfungen gegen Corona durchführen

Zusätzliche Kosten / Herausforderungen:

- Die zusätzlichen Tätigkeiten waren und sind mit gesteigener Arbeitsbelastung und mehr Stress des Apothekenteams sowie entsprechender gesteigener Bürokratie (u.a. änderten sich Abrechnungs-, Vergütungsregelungen stetig) verbunden
- Apotheken mussten massive Kunden- und Umsatzschwankungen managen (den massiven Hamsterkäufen im März 2020, als gleichzeitig Desinfektionsmittel und kaum lieferbare Wirkstoffe / Arzneien beschafft werden mussten, folgten starke Umsatzeinbußen im April 2020 als Folge des Lockdowns)
- Es galt Pandemiepläne und Hygienekonzepte zum Schutz der Patienten sowie der eigenen Mitarbeiter zu erstellen sowie umzusetzen (z.B. Einführung eines Mehrschichtbetriebs, Dokumentationspflichten, Gefährdungsbeurteilung, Schutzkleidung) etc.
- Darüber hinaus waren erforderliche Umbauten mit Kosten verbunden z.B. für Wetterschutz vor dem Eingang für Wartende, Plexiglasscheiben, Abtrennungen, mobile Kassensysteme, Zelte, LüftungsfILTER usw.

Positiv ist zu vermerken, dass der Gesetzgeber (temporäre) bürokratiereduzierende Abgabe- und Austauschregelungen ermöglicht/e.⁶⁴

4.2 Weniger Patientenkontakte

Viele verunsicherte Menschen haben sich insbesondere während der Pandemie in Apotheken beraten lassen. Apotheken sind oft die ersten Ansprechpartner für die Bevölkerung, denn eine

⁶² Der Beginn der Impfkampagne fällt auf Ende Dezember 2020, zunächst waren jedoch nur Impfungen in den Impfzentren möglich.

⁶³ Nivellierte Regelungen gelten ab Okt. 2021 mit Staffelpreisen für die Belieferung von Krankenhäusern, Betriebsärzten, Impfteams sowie sonstige Einrichtungen. Ein mengenunabhängiges Honorar in Höhe von 7,58 € je Vial gilt für die Abgabe an Arztpraxen.

⁶⁴ Siehe hierzu Kapitel 3.3.1

Beratung dort ist und war immer niedrigschwellig (ohne Termin, ohne Kosten etc.) zu bekommen. Andererseits waren Apotheken systemrelevant, daher konnten sie auch während des Lock-Downs geöffnet bleiben. Trotzdem haben natürlich Kontaktbeschränkungen, Lock-Down und Ängste zu weniger Kontakten geführt.

Abb. 7: Durchschnittliche Kundenkontakte je Apotheke im Zeitverlauf⁶⁵

Apothekenbesuche



*vorläufig
 **Prognose
 Quelle: Treuhand Hannover, eigene Schätzungen

4.3 Pandemie und Digitalisierung

Digitale Gesundheitsdienstleistungen, Corona-Apps, telepharmazeutische Beratung, Online-Weiterbildungen, aber auch die digitale Verbreitung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse, Open-Access-Datenbanken, KI-Anwendungen z.B. für Therapieanwendung, Pandemiebekämpfung etc. haben während der Pandemie an Bedeutung gewonnen. Gleichzeitig ist die Einstellung der Bevölkerung zu digitalen Gesundheitsdienstleistungen positiver. Das hat auch die Akzeptanz des Onlinehandels massiv gestärkt. Aber auch viele stationäre Apotheken haben sich in dieser Zeit digital auf Vordermann gebracht: mit Online-Bestellmöglichkeiten, click@collect-Modellen, Apps, mobiloptimierten, ständig aktualisierten Webpages, digitalen Bezahloptionen, intensivierter Social Media Präsenz etc.

⁶⁵ Quelle: DAV-Wirtschaftskonferenz, April 2022

Die Bandbreite ist jedoch beträchtlich, dann es gibt noch immer Apotheken, die nicht einmal eine eigene Website besitzen, dabei ist der ‚digitale‘ Eingang zur Apotheke künftig nicht mehr wegzudenken.

4.3.1 Digitalisierung: Erfolgsfaktor für Apotheke

Digitalisierung ist mehr als Homepage und E-Rezept

Zentral für den Erfolg und den langfristigen Bestand einer Apotheke ist somit neben dem physischen Standort zusehends auch der digitale Standort: gerade für Situationen wie während der Pandemie werden künftig etwa digitale Vorbestell- bzw. Rezepteinlösungsservice unabdingbar. Die Frage für Apotheker:innen ist damit weniger, ob überhaupt Digitalisierung möglich wird, sondern wie. Apotheker:innen müssen sich Gedanken machen über die Teilnahme an Plattformen, über digitales Marketing, über die Prozessabläufe wie die Gestaltung des Botendienstes, die Einrichtung einer „Fast lane“ für E-Rezept-Abholer oder die Anbindung an Bestellsysteme. Auch der Einsatz von Online-Beratungsangeboten (Telepharmazie), die Nutzung von Tablets bei der Beratung, Schaufenster- oder Beratungsdisplays, den Einsatz von Chat-Bots, und Apothekenmarketing über Facebook, Instagram und Co., (digitale) Kundenbindungsprogramme, Suchmaschinenoptimierung etc. müssen betrachtet werden.

Neben Frontend und Warenwirtschaftssystemen betrifft die Digitalisierung auch die Optimierung der gesamten Logistik wie KI-gesteuerte Kommissionierautomaten, die Verbindung zur Abrechnung, digitale Sichtwahl, Active-Shelf (z.B. mit digitalen Preisauszeichnungen). Viele Apotheken besitzen z.B. noch kein (integriert)digitalisiertes Warenlager bzw. Verfügbarkeitsanzeigen, diese sind jedoch erforderlich, um z.B. von den Bestell- und Lieferservices der Apothekenplattformen zu profitieren.

In der papierlosen Apotheke schließlich gibt es eine digitale Schnittstelle zum Steuerberater oder auch für HR-Prozesse, wenn z.B. Urlaubsanträge digital ausgefüllt werden und Botendienstplanungen mit dem iPad erfolgen. Mit Eero, einem Pepper Roboter, kommt in einer Apotheke in Norwegen sogar ein „künstlicher“ Apothekenmitarbeiter zum Einsatz.

Erweiterung aus dem Expertenworkshop

Diese digitalen Entwicklungen scheinen durch die Pandemie befördert worden zu sein: Die Experten verwiesen auf vermehrte digitale Angebote, die während der Pandemie zum Tragen gekommen seien: So wurden nun teilweise Termine für COVID Tests digital vergeben, Versorgungsfragen wurden (von einem Teil der Apotheken) über Social-Media Kanäle bearbeitet. Teilweise wurde auch eine Videoberatung analog zu Videosprechstunden in Arztpraxen angeboten. Allerdings seien diese Angebote bei Apotheken im Gegensatz zu Ärzten nicht vergütet.

4.3.2 Online-Affinität, Versandhandel & E-Rezept

Versandapotheken waren auch während der Pandemie ein Treiber der Digitalisierung. Der Aussage „Versandapotheken sind ein geeigneter Ersatz für Apotheken vor Ort“ stimmten im Herbst 2021 deutlich mehr Menschen zu als vor der Pandemie (67% im Vergleich zu 55% in 2019).⁶⁶

Gemäß IQVIA steigerten die Versender 2021 ihre Umsätze überproportional um 11%. Experten prognostizieren einen Anstieg des Verschreibungs-Online Marktanteils auf 3 bis 7%.⁶⁷

Sie konnten gegen den Trend des Gesamtmarktes auch im OTC-Arzneimittelbereich ein deutliches Plus, sowohl beim Absatz (7%) als auch beim Umsatz (8% auf 1,3 Mrd. €) verzeichnen. Im OTC-Bereich könne der Umsatz sogar auf bis 37% zulegen.⁶⁸

Nach wie vor unbedeutend ist die Rolle der Versandhändler hingegen im Rx-Bereich; welcher sich 2021 sogar negativ entwickelt hat. Das dürfte u.a. daran liegen, dass

- die ausländischen, den Versandhandelsmarkt dominierenden Anbietern seit Inkrafttreten des VSOG im Dezember 2020 keine Rabatte auf Rx-Arzneien mehr gewähren dürfen und in der Folge die von der GKV erstatteten Kosten für von **ausländischen** Online-Apotheken abgegebene Rx-Arzneimittel sich in der Folge in 2021 massiv verringert haben (2020: 458 Mio. € 2021: 364 Mio. €).
- die vor-Ort-Apotheken mit ihren **Botendiensten**, die sich insbesondere als Folge des GKV-Zuschusses seit 2020 etabliert haben, eine schnellere Lieferung als die Versandapotheke ermöglichen. Dazu bedarf es aber entsprechender digitalisierter Workflows.

Neben der gestiegenen Online-Affinität der Bevölkerung soll insbesondere das E-Rezept dazu beitragen, die Marktanteile im Rezept-Bereich zu erhöhen. Mit größeren Marktveränderungen

⁶⁶ Quelle: BAH-Gesundheitsmonitor 2021

⁶⁷ Quelle: IQVIA Marktbericht Classic, Entwicklung des deutschen Pharmamarktes im Kalenderjahr 2021

⁶⁸ Quelle: Smile BI GmbH Studie 2021

ist jedoch frühestens ab 2024 zu rechnen, zumal das E-Rezept nicht nur Hoffnungsträger für die Online-Händler ist, sondern auch Chancen für den Vor-Ort-Apotheker, insbesondere in Kombination mit dem Botendienst bietet.⁶⁹

4.4 Weitere Angebote

4.4.1 Botendienst

Im Mai 2020 wurde – insbesondere zur Kontakt- und Wegereduzierung im Rahmen der Pandemiebekämpfung - die Botendienstvergütung für Apotheken eingeführt und betrug damals 5 €. Mit der Überführung in die Regelversorgung im Rahmen des Vor-Ort-Apothekenstärkungsgesetzes Ende 2020 erhalten Apotheken seither 2,50 €. In Summe haben die GKVen im Jahr 2021 30 Mio. Male diesen Botendienst, 'zuschuss' geleistet (der nur für RX-Arzneien gilt).

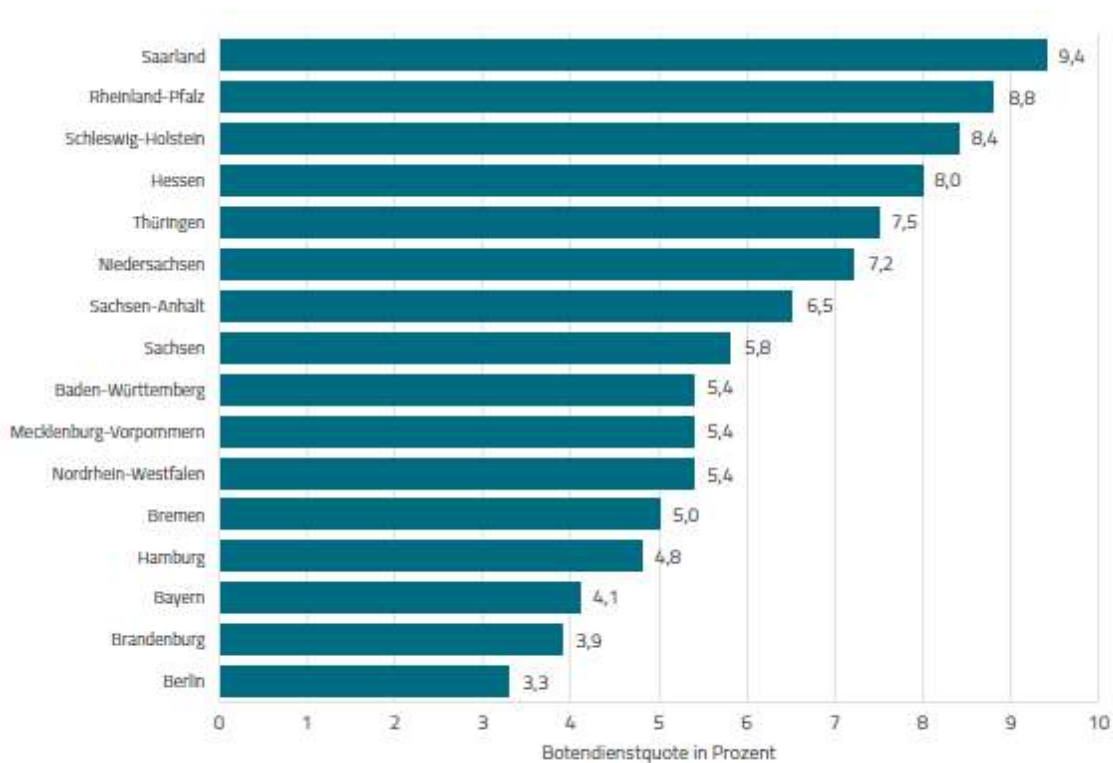
Fast alle Apotheken bieten den Service inzwischen an. Laut ABDA-Datenpanel für die Jahre 2018 bis 2021 hat sich der Anteil der Botendienste bis 5 Kilometer verringert, jener bis 20 Kilometer hingegen vergrößert, was angesichts steigender Energie-/Spritkosten etc. mit entsprechendem Zusatzaufwand einhergeht.⁷⁰ Auswertungen der Barmer Ersatzkasse zeigen, dass die Nutzung des (bezuschussten) Botendienstes im Bundesdurchschnitt bei 7% der RX-Arzneien lag, die Quote in Baden-Württemberg lag leicht darunter (5,4%).⁷¹ (Vgl. Abb. 8)

⁶⁹ Vgl. hierzu das Gutachten vom Oktober 2020, das diesen Ausführungen zu Grunde liegt.

⁷⁰ Bereits vor der Pandemie haben viele Apotheken Botendienste geleistet, diese wurden jedoch nicht vergütet bzw. bezuschusst.

⁷¹ Barmer Institut für Gesundheitsforschung: Analysepapier zu Botendiensten von Apotheken (Oktober 2022); Download: <https://www.barmer.de/politik/meldungen/2022-meldungen/anhoerung-apotheken-botendienst-1146832>

Abb. 8: Botendienstquote nach Bundesländern



Quelle: BARMER-Daten Mai 2020 bis April 2022

4.4.2 Abholautomaten

Flexibilisierung und Unabhängigkeit von Öffnungszeiten ermöglichen nicht nur Botendienste, sondern auch sog. ‚Abhol-Automaten‘. Im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum VOASG wurde ein neuer § 17 Absatz 1b Apothekenbetriebsordnung betreffend automatisierte Ausgabestationen für Arzneimittel eingefügt. Die neue Regelung sieht vor, dass derartige Ausgabestationen verschiedene Voraussetzungen erfüllen müssen: Sie müssen sich innerhalb der Betriebsräume einer Apotheke befinden. Zudem dürfen sie erst durch das Personal dieser Apotheke bestückt werden

- ✓ nachdem dort auch die Bestellung erfolgt ist,
- ✓ bereits eine Beratung stattgefunden hat (auch im Wege der Telekommunikation durch diese Apotheke)
- ✓ und bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln die Verschreibung im Original geprüft, geändert und abgezeichnet worden ist.

Dann folgt ein zweiter Satz, der den „*besonderen Bedingungen der Versandapotheken Rechnung tragen*“ soll. Sie müssen nicht mit den Betriebsräumen verbunden sein, sollen aber zur Bereitstellung, Aushändigung und Ausgabe von Arzneimitteln für den zugelassenen Versandhandel mit Arzneimitteln zulässig sein, „*wenn sie bestückt werden*“, und die drei oben genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

4.5 Wirtschaftliche Auswirkungen

Im Vergleich zu anderen Branchen waren Apotheken – trotz dieser Herausforderungen – wirtschaftlich weniger stark von der Pandemie betroffen, die steigenden Kosten aufgrund von Hygienemaßnahmen, Umbauten etc.⁷² konnten häufig kompensiert werden und selbst in der Phase der stärksten Mobilitäts- und Kontaktbeschränkungen im April 2020 haben nur knapp 1.000 Apotheken auf das Mittel des Kurzarbeitergeldes zurückgegriffen.

4.5.1 Auswirkungen auf das Kerngeschäft während der Pandemie

Im klassischen Apothekenkerngeschäft wurden 2020 und 2021 jedoch weniger Arzneimittelpackungen abgegeben und weniger Rezepturen hergestellt als vor der Pandemie 2019. 2021 wurden von hiesigen Apotheken 852 Mio. Packungen abgegeben und damit wesentlich weniger als vor der Pandemie (880 Mio. Packungen).

Das lag u.a. daran, dass Patienten weniger häufig Ärzte aufsuchten und entsprechend weniger verordnet wurde. Menschen haben sich weniger mit sonstigen (Erkältungs-)Krankheiten infiziert, was auch entsprechende over-the-counter (OTC)-Verkäufe schrumpfen lies (Einbußen bei Erkältungs-, Durchfall-, Läusemitteln etc.). Das gleiche galt für Umsätze mit und für die Reiseapotheke. Außerdem haben die Kunden vermehrt beim Online-Versandhandel bestellt. Zudem wurden verstärkt Großpackungen abgegeben, um Kontakte zu reduzieren.

Allerdings gab es neben den Kundenrückgängen auch Wachstumsimpulse zu verzeichnen, z.B. haben sich Menschen vermehrt impfen lassen⁷³ und es gab (Indirekte) Zusatzverkäufe bei Produktgruppen, die mit COVID-19 zu tun haben, wie Hygiene- und Desinfektionsmittel, Handpflegemittel, Antibiotika für die unteren Atemwege, Asthma-Präparate, Arzneien zur Stärkung des Immunsystems oder natürlich der Verkauf der COVID-Test-Kits. Entsprechende Antigentests werden seit Oktober 2020 vertrieben, die Laien-Selbsttests z.B. für Schulen oder Arbeitgeber seit Februar/März 2021.

4.5.2 Sondereffekt Corona

Steigende Umsätze (pandemiebedingt)

Trotz der o.g. Rückgänge des Kerngeschäfts führten die zusätzlichen Aufgaben bei den Apotheken zu überproportional steigenden Umsätzen während der Pandemie, der Apotheken-Gesamtmarkt erhöhte sich in 2021 um 9% auf 62,4 Mrd. € (ohne MwSt).⁷⁴

⁷² Gemäß DAV betragen die COVID-19 bedingten Zusatzkosten 2020 2.500 € und 2021 2.000 € (jeweils Median).

⁷³ Mit 43,8 Mio. Impfdosen waren es 2021 10% mehr als 2019. Insbesondere lassen sich Menschen seither vermehrt gegen Influenza impfen: Mit 19,5 Mio. Impfdosen stieg die Influenzaprävention 2021 im Vergleich zu 2019 um fast 40% an.

⁷⁴ Vgl. hierzu und zum Folgenden: DAV-Wirtschaftskonferenz, April 2022

Darin enthalten sind folgende von BAS (Bundesamt für Soziale Sicherung) übernommenen pandemiebedingten Sonder-Aufwendungen, die sich auf 2,5 Mrd. € kumulieren:

- Den größten Anteil machen mit 1,4 Mrd. € die Schutzmasken aus. Im Rahmen der Coronavirus-Schutzmasken-Verordnung konnten zunächst ab Dezember 2020 ältere bzw. Risikopatienten gegen eine Zuzahlung von 2 € bis zu 15 Schutzmasken erhalten, im Februar kamen weitere 50 Mio. kostenlose FFP-2 Masken für Bezieher von Arbeitslosengeld II hinzu.
- Weitere 0,5 Mrd. € entfallen auf die Durchführung von Bürger Schnelltests in Apotheken (diese waren von April bis Oktober 2021 kostenlos)⁷⁵
- Das Ausstellen der 97 Mio. Impf- bzw. Genesenzertifikate in der zweiten Jahreshälfte induzierte ebenfalls 0,5 Mrd. €. (Von Mitte Juni bis 7. Juli erhielten Apotheken je Impfbzettel 18 €. Danach 6 € je Zertifikat sowie 2 € für eine eventuell zusätzlich vorzunehmende Eintragung in den Impfpass.)
- Schließlich resultierte die Verteilung von fast 100 Mio. COVID-19-Impfdosen durch die Apotheken in 2021 zu Zusatzeinnahmen von 0,1 Mrd. €. Apotheken versorgen nicht nur Arztpraxen, die seit April 2021 impfen, mit den entsprechenden Vaccinen, sondern später auch Betriebsärzte, mobile Impfteams sowie den öffentlichen Gesundheitsdienst.⁷⁶

Im Durchschnitt kamen damit 2021 ca. 135.000 € pandemiebedingter Zusatz-Umsatz auf eine Apotheke. Die Spannweite des Umsatzzugewinns ist jedoch beträchtlich, da z.B. selbst in den Haupttestphasen nur ein Drittel der Apotheken Bürgertests durchführ(t)en; einige wenige Apotheken haben professionelle Testcenter etabliert und testeten bis zu 500 Kunden oder mehr täglich, die meisten anderen hingegen boten gar keine Testdurchführung an. Impfstoffe durften nur von jenen Apotheken geliefert werden, die auch sonst diese Praxis mit Sprechstundenbedarf ausstatten.

Zudem profitierten die einzelnen Apothekentypen unterschiedlich stark: Im Gegensatz zu arzt- und wohnortnahen Apotheken mussten die Mitbewerber in Fußgängerzonen, Einkaufszentren, Bahnhöfen oder Flughäfen teilweise massive Umsatzeinbußen hinnehmen. Als Folge des zweiten, fast sechs Monate andauernden Lockdowns bis Mai 2021 sowie der Mobilitätseinschränkungen der Bevölkerung produzierten sie keine bzw. nur gering Umsätze.

⁷⁵ Anfangs erhielten die Apotheken maximal 18 € (12 € Testdurchführung plus 6€ Materialkosten) für die von März bis Okt. 2021 für Bürger kostenlosen Testungen, in der zweiten Jahreshälfte 2021 waren es bundesweit einheitlich 11,50 € je Test (8 € plus 3,50€ Sachkosten).

⁷⁶ Der Beginn der Impfkampagne fällt auf Ende Dezember 2020, zunächst waren jedoch nur Impfungen in den Impfzentren möglich.

Verbesserung der Rendite in 2021

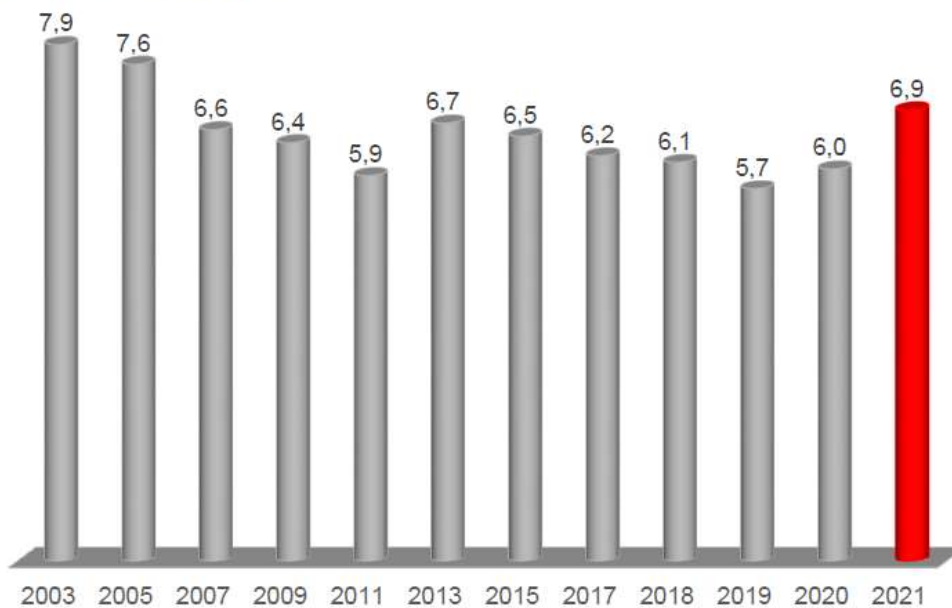
Die für 2021 von Branchenvertretern prognostizierte, um nahezu einen Prozentpunkt ansteigende Rendite ist insbesondere dem o.g. Pandemieeffekt – Tests, Impfstoffausgabe, Masken etc. – zuzuschreiben. Nach Angaben der Apothekenverbände konnte sich das durchschnittliche Betriebsergebnis je Apotheke 2021 von 166.000 € auf 211.000 € verbessern (während das auf den Teil der gesetzlichen Krankenversicherung bezogene Teilbetriebsergebnis gesunken ist (s.u.)).⁷⁷ Das sind die höchsten jemals erzielten absoluten Gewinne und die höchsten prozentualen Margen seit 2005. Insbesondere die kleineren, oft wohnortnahen Apotheken dürften gegen den Trend der letzten Jahre in 2021 somit sogar profitiert haben. Nicht alle Apotheken können jedoch als ‚Krisengewinner‘ bezeichnet werden, vielmehr das insbesondere vom Standort bzw. dem Einzugsgebiet (siehe oben) abhängig.

Abb. 9: Durchschnittliches Betriebsergebnis (Marge in %)⁷⁸

Steuerliches Betriebsergebnis



in v. H. des Netto-Umsatzes



durchschnittliche Apothekenbetriebsstätte

⁷⁷ Quelle: DAV-Wirtschaftskonferenz 2022; Berlin, 27. April 2022

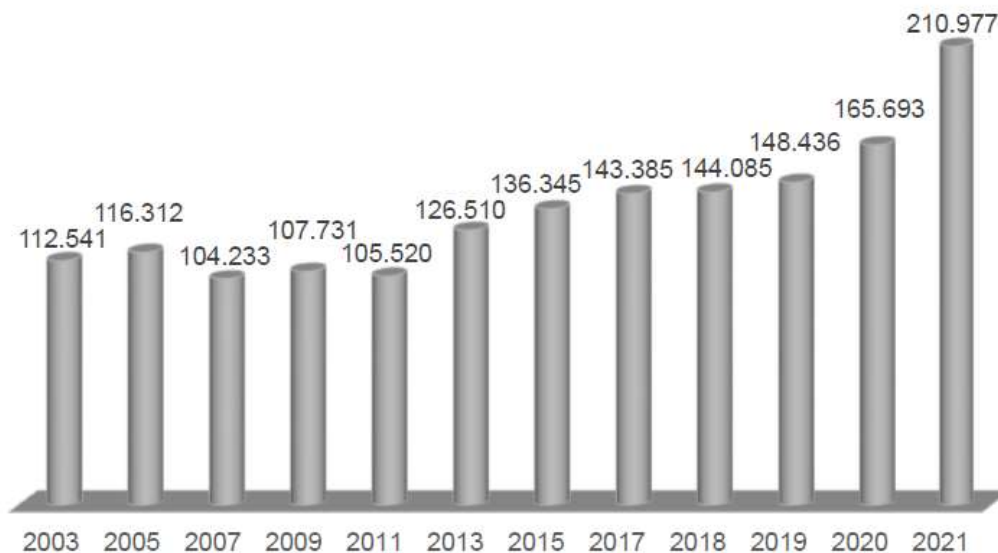
⁷⁸ Quelle: Quelle: DAV-Wirtschaftskonferenz 2022 (Wirtschaftliche Daten zur Apotheke)

Abb. 10: Durchschnittliches Betriebsergebnis (absolut / nicht inflationsbereinigt)⁷⁹

Betriebsergebnis seit 2003



in €



durchschnittliche Apothekenbetriebsstätte

4.5.3 Ausblick für 2022 und danach

Der DAV weist zudem gleichzeitig darauf hin, dass das reine Teilbetriebsergebnis, das sich anhand der GKV-Versorgung - und somit des Kerngeschäfts der Apotheken – ergibt, bereits in 2021 rückläufig war: während im Jahr 2020 durchschnittlich 85.000 € des Betriebsergebnisses darauf entfallen, sind es 2021 nur mehr 78.800 €; d.h. die Vergütung durch die GKV trägt zusehend weniger für die Marge der Apotheke bei.

Dieser negative Trend wird noch verstärkt durch

- Reduktion von vielen der corona-bedingten Zusatzeinkünfte: entweder komplettes Entfallen (z.B. Masken) oder Reduktion (z.B. weniger Bürgertests⁸⁰ und Impfzertifikate in 2022)
- Steigende Personalkosten aufgrund der Tarifabschlüsse (plus 17.000 €)⁸¹
- Verschlechterung der Einkaufsbedingungen beim Pharmagroßhandel

⁷⁹ Quelle: DAV-Wirtschaftskonferenz 2022 (Wirtschaftliche Daten zur Apotheke)

⁸⁰ Der Personenkreis für kostenlose Tests wie auch die Vergütung der Tests (seit Dez 2022 6€ plus 2€ für das Material) wurden sukzessive heruntergefahren. Ab Frühling 2023 wird es evtl. keinen Anspruch mehr auf kostenlose Bürgertests geben.

⁸¹ In einem weiteren Schritt erhöhen sich die Tarifgehälter ab 2023.

- Steigende sonstige Kosten (Energiepreise⁸², Inflation, steigende Kosten für Warenwirtschaftssysteme⁸³ etc.)

sodass der DAV⁸⁴ für 2022 von einem durchschnittlichen Betriebsergebnisses in Höhe von ca. 130.000 € ausgeht, was einem Minus von 80.000 € im Vergleich zum Vorjahr entspricht.

Die tatsächlichen Zahlen in 2022 dürften sich jedoch - insbesondere zum Jahresende hin - besser entwickelt haben; positive Impulse gehen dabei vom Kerngeschäft der Apotheken aus.

- Gemäß Insight Health lag die Kundenfrequenz 6,6% über dem Vorjahresniveau (jedoch noch 11% niedriger als in 2019).
- Im Verschreibungs-Bereich konnte nicht nur beim Umsatz (18,3 %) – dieser war auch während der Pandemie nicht eingebrochen - sondern auch beim Absatz (3,8%) gegenüber 2019 zugelegt werden.
- Die GKV-Ausgaben für Arzneimittel bewegten sich in den ersten drei Quartalen 2022 mit einem Plus in Höhe von d 5,8 % (im Vergleich zum Vorjahreszeitraum) erneut über dem durchschnittlichen Anstieg der gesamten GKV-Leistungsausgaben⁸⁵ wie auch über den Rahmenvorgaben von GKV-Spitzenverband und KBV (5,3%)⁸⁶. Entgegen der DAV-Prognosen könnte sich damit das GKV-Teilbetriebsergebnis wieder verbessern. Hinzu kommen die seit dem Sommer eingeführten Umsätze durch pharmazeutische Dienstleistungen.⁸⁷ Allerdings liegt allein die Inflationsrate für 2022 mit 7,9%⁸⁸ über dem Niveau der GKV-Ausgabenwüchse für Arzneien.

Dieser Anstieg spricht für eine Normalisierung nach der Pandemie und dafür, dass Patienten wieder vermehrt Ärzte aufsuchen bzw. letztere vermehrt Verordnungen ausstellen.⁸⁹

⁸² Die Entlastungen durch die Gas- und Strompreisbremse gelten auch für Apotheken, jedoch gibt es für sie keine weitere gesonderte Unterstützung wie z.B. für die Kliniken.

⁸³ Siehe z.B. https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2023/01/31/warenwirtschaftssysteme-von-noventi-werden-teurer?mtm_campaign=Warenwirtschaftssysteme+von+Noventi+werden+teurer&mtm_source=2023-01-31%3APreissteigerungen+bei+Noventi+%2F+Neue+Vorschl%C3%A4ge+f%C3%BCr+den+E-Rezept-Abruf+via+eGK+%2F+%C3%96kotest%3A+Vitamin-B12-Pr%C3%A4parate+und+Kinderzahnpaste+%2F+R%C3%A4tselhafte+Apothekenstatistik&mtm_medium=Tagesnews&mtm_content=article

⁸⁴ Quelle: DAV, Apothekenwirtschaftsbericht 2022

⁸⁵ Siehe Pressemitteilung des BMG vom 12. Dezember 2022: Finanzentwicklung der GKV im 1. bis 3. Quartal 2022

⁸⁶ Rahmenvorgaben nach § 84 Abs. 6 SGB V - Arzneimittel -für das Jahr 2022 vom 27. September 2021.

⁸⁷ Siehe hierzu Kapitel 3.4.2

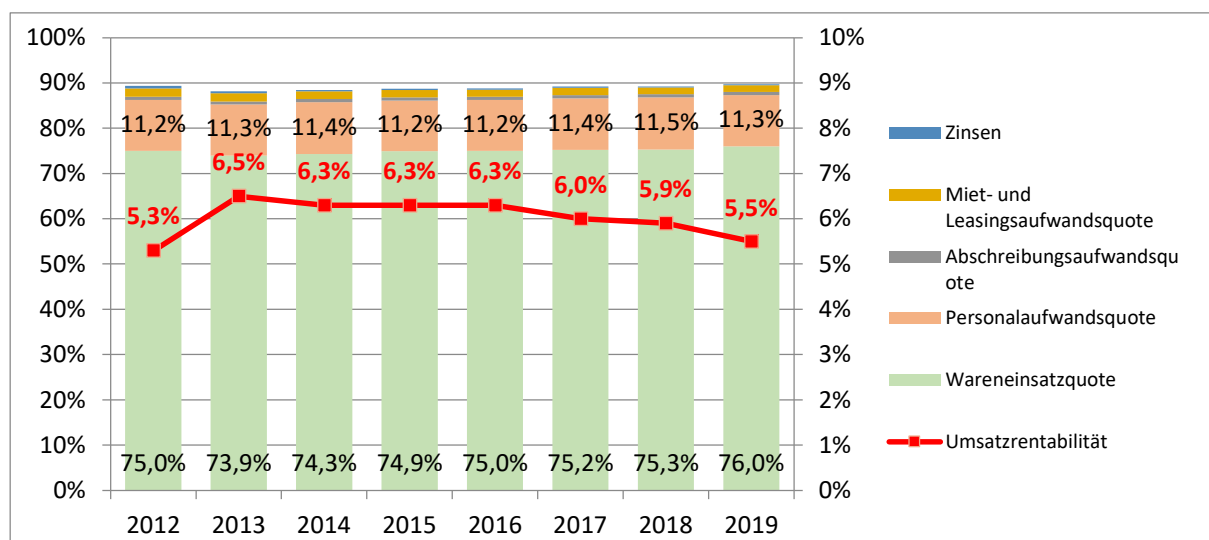
⁸⁸ Siehe Pressemitteilung Nr. 22 des Statistisches Bundesamts vom 17. Januar 2023.

⁸⁹ Auch die Zahlen von IQVIA bestätigen diesen Trend: In dem entsprechenden Report des Dreivierteljahrs bis Sept. 2022 verzeichnet IQVIA einen 6,3%igen Umsatzanstieg bei Rx-Arzneien sowie ein Plus in Höhe von 4,2% bei der Zahl der abgegebenen Rx-Arzneimittel-Packungen. Quelle: IQVIA Marktbericht Classic, Entwicklung des deutschen Pharmamarktes im Dreivierteljahr 2022

Insgesamt ergeben sich gegenläufige Trends, die die Gesamtrendite beeinflussen. Es gilt hierbei: die Renditeentwicklung folgt nicht der Umsatzentwicklung:

- Im OTC Bereich hingegen lag der Absatz auch 2022 noch im Minus im Vergleich zu der vor-Corona-Situation (minus 0,8% 2022 vgl. mit 2019); beim Umsatz gab es ein leichtes Plus in Höhe von 2,4% zu verzeichnen.
- Nachdem 2022 der freiverkäufliche Bereich stark aufholen konnte (plus 14%), muss beachtet werden, dass in diesem Bereich insbesondere Versandapotheken weiterhin überproportional wachsen (zuletzt in 2022 plus 17% beim Absatz bzw. plus 13% beim Umsatz)⁹⁰. D.h. bei der durchschnittlichen Vor-Ort-Apotheke sinkt der Absatz im freiverkäuflichen Bereich weiterhin.
- Der steigende Anteil von „Hochpreisern“⁹¹ erhöht zwar die Umsätze, jedoch ohne entsprechend proportionales Wachstum des Rohertrags. Das erklärt u.a., warum trotz stetig steigender Umsätze des Gesamtmarktvolumens, die prozentuale Marge von Apotheken in den letzten Jahren gesunken ist (Vgl. Abb. 11):

Abb. 11: Renditeentwicklung bis 2019 (vor Pandemie)⁹²



Vor besonderen wirtschaftlichen Herausforderungen stehen die Apotheken somit ab 2023, wenn der im Rahmen des GKV-Finanzstabilisierungsgesetz beschlossene erhöhte Apothekenabschlag zu Buche schlägt. Entsprechend sehen die Arzneimittel-Rahmenvereinbarungen für 2023 nur mehr einen Anstieg in Höhe von 3,4% für 2023 vor.⁹³ Gleichzeitig sehen sich die Apotheken stark ansteigenden Personal-, Wareneinsatz- und Energiekosten gegenüber.

⁹⁰ Quelle: ebenda (d.h. die Werte beziehen sich auf die ersten drei Quartale des Jahres 2022)

⁹¹ Bei diesen Hochpreisern handelt es sich insbesondere um Arzneien zur Behandlung schwerer (Krebs-)erkrankungen sowie Orphan Drugs und biologische Arzneimitteln.

⁹² Quelle: Branchenreport 2022 Apotheken der Sparkassen Finanzgruppe (Branchendienst)

⁹³ Quelle: Homepage der KBV; <https://www.kbv.de/html/2944.php>

Angesichts der Inflation und der steigenden Kosten einer Apotheke könne – so die Standesvertreter - das sog. Kombipreismodell (das nun temporär für zwei Jahre zulasten der Apotheken reduziert wurde)⁹⁴ nicht den aktuellen und künftigen Herausforderungen Rechnung tragen. Dieses Modell basiert auf einer Mischkalkulation und ist zuvor seit 2013 nicht mehr angepasst worden.

Apothekenexperten rechnen daher – Stand Januar 2023 – mit einem Rückgang des zu versteuernden Einkommens einer durchschnittlichen Apotheke von über einem Fünftel in 2023 (im Vergleich zu 2022) und selbst bei einer leichten Erholung in den Folgejahren, sei auch 2025 dieser Wert noch unter dem Niveau von 2022.⁹⁵

Es verwundert daher nicht, dass die Apothekeninhaber selbst sehr pessimistisch in die Zukunft blicken. Rückblickend, so die Mehrheit der ApothekeninhaberInnen, war 2021 ein gutes oder sogar exzellentes Jahr⁹⁶. Die Stimmung der Apotheker ist jedoch insbesondere aufgrund des Finanzstabilisierungsgesetz, welches eine Erhöhung des Zwangsabschlags für die kommenden beiden Jahre (seit Februar 2023) vorsieht, getrübt.

- Gemäß Apothekenklima-Index 2022 der ABDA erwarten mit 82,8 % so viele Apothekeninhaber wie nie seit Erhebung der Daten eine schlechtere Branchenentwicklung. Mehr als ein Drittel rechnet sogar mit einer deutlich schlechteren Entwicklung.⁹⁷
- Im aktuellen Medizinklimaindex der Stiftung Gesundheit vom 4. Quartal 2022 gehen fast alle befragten Apotheken (94%) von einer Verschlechterung der wirtschaftlichen Erwartungen in den kommenden sechs Monaten aus. Das ist bei den Apotheken erneut – wie bereits im Vorquartal – die schlechteste Bewertung unter allen ambulant tätigen Ärzten und Heilberufen.⁹⁸
- Gemäß Apokix des IFH Köln hat sich zwar die aktuelle Einschätzung der Geschäftslage im Dezember 2022 im Vergleich zum Vormonat leicht verbessert, sie liegt jedoch weit unter dem Niveau des Vorjahres; Zudem gehen zwei Drittel der Befragten im Dezember 2022 davon aus, dass sich die Geschäftsentwicklung in den kommenden 12 Monaten verschlechtern wird (64%).⁹⁹ Der Index sinkt damit auf einen niedrigsten Wert in Höhe von

⁹⁴ Siehe hierzu Abb. 5: Merkkasten (Vergütung Apotheke)

⁹⁵ Quelle: Herzog, R. (2023): Wachstum – wo bleibt es? In: AWA (Apotheke und Wirtschaft) 1/2023, S. 4f.

⁹⁶ Quelle: aposcope-Umfrage vom 14.12.2021 mit insgesamt 314 verifizierten Apothekenleiter:innen, angestellte Approbierte und PTA

⁹⁷ Online-Umfrage unter 500 Apothekeninhaber/innen im Sommer 2022 Apothekenklima-Index 2022 der ABDA, Pressekonferenz Deutscher Apothekentag; München, 13. September 2022

⁹⁸ Quelle: Stiftung Gesundheit: Medizinklima 4. Quartal 2022 - Wirtschaftliche Lage und Zuversicht in der ambulanten Gesundheitsversorgung

⁹⁹ Jahresendbefragung Apokix vom Dezember 2022

40,1 (seit September 2022 liegt er unter 50, was es in den vergangenen Jahren nur einmal – im April 2021 – mit 49,1 gab). Zuvor waren die Beurteilungen seit 2017 immer besser (schlechtester Indexwert zuvor: im Dezember 2016 mit 46,6). Bei dieser im Dezember 2022 durchgeführten Apokix Befragung, antworteten übrigens nur mehr 8% der Apotheken, dass Beratung und Services zur Corona-Pandemie in 2023 eine hohe Priorität haben würde.

Ergänzungen aus dem Expertenworkshop

Von den Experten wurden folgende Aspekte als Fazit aus der Pandemie spezifisch benannt:

- **Testzentren in Apotheken:**

Testzentren in Apotheken zu installieren und ggf. auf weitere Indikationen auszuweiten (neben COVID auch z.B. Influenza, RSV) könnte die Versorgungskette von Patienten sinnvoll ergänzen und helfen, Versorgungsengpässe zu vermeiden. So könne man ohnehin überlastete Arztpraxen signifikant entlasten indem man Patienten mit negativen Tests aus den Praxen heraushalten würde.

Während der Pandemie – so wurde hervorgehoben – hätten Apotheken durch das Angebot von niedrighschwelligen (Covid) Tests auch einen volkswirtschaftlichen Beitrag leisten können, indem sie etwa COVID Tests vor OPs, vor Altenheimbesuchen oder vor dem Arbeitsbeginn auf dem Land anboten und hierdurch weitere Therapieverzögerungen vermieden oder Besuche und Arbeiten ermöglichten.

Zentral dabei sei eine klare Trennung von Dienstleistungen (= Test) durch Apotheken und Behandlungsleistung (therapeutische Schritte) durch Ärzte, um Unklarheiten in Zuständigkeiten zu vermeiden.

- **Herstellung von Arzneimitteln:**

Dies bliebe auch künftig wichtig, insbesondere vor dem Hintergrund der Lieferketten-Probleme (Beispiel Hustensaft). Dafür brauche es jedoch verbesserte Rahmenbedingungen: formal-zwingende Rücksprache mit den Praxen seien nicht realisierbar, Regresse müssten abgeschafft und eine adäquate Vergütung gesichert sein.

- **Pharmazeutische Dienstleistungen und Beratungsleistungen:**

Diese seien wichtig, ein guter Ansatz und sollten ausgeweitet werden. Auch hierfür seien eine ausreichende Finanzierung („die Honorierung muss reformiert werden“) und ausreichendes Personal notwendig.

Hervorgehoben wurde, dass zur Medikationsberatung auch das Abraten von Medikation gehöre, was dann u.U. dazu führe, dass kein Medikament gekauft wird. D.h. Apotheken würden dort nicht nur ökonomisch agieren.

- Erneut Definition von Begrifflichkeiten ist zentral: zum Beispiel **klinische Pharmazie und Medikationsmanagement und Medikation.**

4.6 Zwischenfazit

Die von den Apotheken zusätzlich übernommenen Aufgaben im Rahmen der Pandemiebekämpfung trugen grundlegend zur Bewältigung der Pandemie bei. Apotheken trugen maßgeblich zu pragmatischen und schnell umsetzbaren Lösungen bei.

Trotz der pandemiebedingt geringeren persönlichen Patientenkontakte fungierten Vor-Ort Apotheken oft als ‚erste‘ Ansprechpartner zu gesundheitsbezogenen Fragen und konnten damit Arztpraxen entlasten und niedrigschwellig den pandemiebezogenen Informationsbedarf decken helfen.

Apotheken mussten sich nicht nur den neuen Aufgaben stellen, sondern auch die Logistik insb. im Bereich Digitalisierung schnell anpassen. **Botendienste und Abholautomaten** waren Angebote, die bereits vor Corona auf dem Vormarsch waren, die aber natürlich durch die Pandemie an Bedeutung gewonnen haben und auch deshalb zügig in die Regelversorgung übernommen wurden. Dasselbe gilt für Impfungen (s.o.)

Auch dies verdeutlicht, wie wichtig die Rolle der Vor-Ort-Apotheken in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung ist.

Im Gegensatz zu anderen Branchen, waren Apotheken daher akut kaum negativ betroffen, z.T. wurden sie sogar als ‚Krisengewinner‘ bezeichnet, da die Umsatzeinbußen durch die Pandemie von vielen Apotheken durch zusätzliche Aufgaben und Zusatzvergütungen 2021 überkompensiert werden konnten. D.h. Umsätze und Rendite haben sich 2021 insbesondere aufgrund der pandemiebedingten Sondereffekte (im Durchschnitt) positiv entwickelt. Jedoch hängen diese Entwicklungen stark von der Lage bzw. dem Einzugsgebiet der Apotheke ab.

Dieser Trend scheint jedoch nicht fortsetzbar zu sein: Steigende Kosten und bei im Trend sinkenden GKV-Betriebsergebnis-Anteilen für Arzneimittel führen prognostisch zu empfindlichen Einkommenseinbußen für Apotheker:innen in den kommenden Jahren. Die Prognosen für spätestens 2023 sind düster, da die Margen sich stark rückläufig entwickeln werden.

5 Rolle der Apotheken und ApothekerInnen – im Wandel?

Die Herausforderungen für das Gesundheitssystem, die insbesondere aus dem demographischen Wandel resultieren, erfordern vollkommen neue Versorgungsansätze. Nochmals verschärft durch die Pandemie wird aktuell deutlich, wie prekär die Versorgungssituation in vielen, insbesondere strukturschwächeren Regionen inzwischen geworden ist. Dabei geht es global um mangelnde Fachkräfte auf allen Ebenen, die durch die herkömmlichen fach- und sektorenbezogenen Strukturen nicht mehr aufgefangen werden können. Die Politik reagiert aktuell mit verschiedensten Lösungsansätzen, die die Kooperation und Integration von Versorgungsangeboten fördern sollen. Dazu gehören u.a.

- Befähigung und Lenkung von Patienten durch Case- und Care-Management-Lösungen (u.a. Gesundheitskioske),
- Heilkundeübertragung (z.B. Community-Health Nurses etc),
- integrierte Primärversorgungszentren (wie z.B. PORT Zentren) und
- ambulant-stationäre Verzahnung (wie z.B. ambulante Klinikansätze).

Bei vielen Konzepten soll die Versorgung regionaler ausgerichtet und mitgestaltet werden. Nicht immer sind dabei Apotheken mitgedacht, wie z.B. auch aktuell in den für 2023 angedachten Gesetzesvorhaben Versorgungsgesetz I und Versorgungsgesetz II.¹⁰⁰ Dabei könnten die dort vorhandenen Kompetenzen und Infrastruktur, die Vernetzung vor Ort dort einen zentralen Beitrag leisten.

Bereits die zusätzlichen Aufgaben im Rahmen der **Pandemie** haben gezeigt, dass Apotheken mehr und vielfältigere Aufgaben für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung übernehmen als ‚nur‘ die Abgabe von Arzneien. Herstellung von Spezialarzneien, Desinfektionsmitteln, niedrigschwellige Beratung, Durchführung von Corona-Tests und Impfungen, Nacht-Not- und Botendienste wären hier zu nennen.

Auch die Beteiligung an Modellprojekten sowie die seit Sommer 2022 von den gesetzlichen Krankenkassen vergüteten pharmazeutischen Dienstleistungen (s.o.) machen deutlich, dass das Tätigkeitsfeld und damit das Berufsbild im Wandel begriffen ist. Diese zusätzlich erbrachten Services erfordern unternehmerisches Geschick und wirtschaftliches Kalkül, zumal die Margen aufgrund der Eingriffe des Gesetzgebers immer stärker von diesen Zusatzleistungen abhängig werden.

¹⁰⁰ Siehe hierzu Seite 32

5.1 Apotheken als Informationsbroker und Patientenlotse (Pandemie und Abruf des Fachwissens)

Beim Expertenworkshop wurde zusätzlich zum verändertem Aufgabenspektrum explizit auf einen ev. veränderten Informationsbedarf von Seiten der Kunden eingegangen.

Erweiterungen aus dem Workshop

Die Experten bestätigten den o.g. geringeren Kundenkontakt nicht in diesem Ausmaß, sondern nahmen subjektiv einen vermehrten Beratungsbedarf bei Menschen wahr, der niedrighschwellig bei Apotheken (und zwar einfacher als bei Ärzten, bei denen die Praxen ja überliefen) eingeholt werden konnte. Der persönliche Kontakt („face to face“) wurde hierbei als zentral hervorgehoben, ebenso wie die lokale Verankerung der Apotheke mit einem intakten Netzwerk in der Versorgungslandschaft.

Dabei unterstützen Apotheken Patienten auch durch Beratung zur Versorgung, zu Gesundheitswissen und tragen zur Steuerung durch die Versorgungslandschaft bei. Sie seien eigentlich eine Art Gesundheitskiosk, sie lieferten die Beratung bereits jetzt aber kostenfrei.

*Durch die Beratungsfunktion sei Apotheker:innen eine wichtige Rolle in der **Meinungsbildung** der Bevölkerung zu Fragen rund um die Impfung zugekommen und Apotheken hätten so die **Impfwilligkeit** der Bevölkerung maßgeblich mit unterstützt.*

Folgende Beratungsleistungen wurden vermehrt nachgefragt:

- *Gesundheitswissen allgemein*
- *COVID bezogenes Wissen: Insbesondere Fragen zum Virus, zur Impfung und Einschätzungen dazu, Medikamente und Behandlungsmöglichkeiten bei COVID*
- *medizinische Beratung: Patienten fragen vermehrt nach medizinischen Einschätzungen und Ratschlägen zur Behandlung bei Krankheitssymptomen nach. Dies wurde mit zunehmender Überlastung der Arztpraxen bzw. der Arztknappheit vermehrt beobachtet.*

Da öfter nachgefragt würde, wie sich Apotheker für das Wissen qualifizierten wurde explizit darauf hingewiesen, dass sich das Informationsverhalten bei Apothekern nicht von dem von Ärzten unterscheidet: Apotheker seien Akademiker und könnten sich das notwendige Wissen aneignen.

5.2 Kooperation mit Ärzten

Die politische Debatte rund um Impfungen und pharmazeutische Dienstleistungen zeigte einmal mehr, dass die Schnittstelle zwischen Apotheker:innen und Ärzten besonders sensibel zu sein scheint. Dies wurde auch durch die Experteninterviews bestätigt.

Erweiterungen aus dem Expertenworkshop

Grundsätzlich wurde die Ärzteschaft als kritisch wahrgenommen, wenn es etwa um die unterstützende Beratung und pharmazeutische Dienstleistungen durch Apotheken geht. Dabei wäre Medikationsmanagement u.ä. Aufgaben, die gut durch Apotheken übernommen werden könnten.

- Ärzte bzw. die ärztliche Selbstverwaltung wetterten reflexhaft gegen pharmazeutische Dienstleistungen. Häufig stachele die Politik auf und lokal müsse man gegensteuern.*
- Apotheker würden häufig durch Ärzte gebremst.*
- Hausärzte zeigten sich jedoch in der persönlichen Kooperation oft dankbar (etwa bei Medikationsreviews), während die Berufsverbände wetterten.*

Wenn die Aufgabenverteilung („Apotheker beraten und begleiten Patienten; die Medikation dagegen wird durch die Ärzte übernommen“) klar kommuniziert und auch so verstanden würde, würden die meisten Ärzte einen Vorteil in der Medikationsberatung durch Apotheker sehen.

5.3 Kooperation mit anderen Berufen und regionale Vernetzung

Erweiterungen aus dem Experten-Workshop:

Die Experten berichteten von Herausforderungen durch die Pandemie, bei denen lösungsorientierte und pragmatische Unterstützung der Versorgung gefragt war. Apotheken konnten hier offenbar häufig im Schulterschluss mit „neuen“ Kooperationspartnern und lokalen Akteuren kreative Lösungen erarbeiten. Beispielhaft wurde genannt:

- Bei der Organisation von Impfzentren arbeiteten Apotheker mit Feuerwehr, Ortsamtsleitern und anderen lokalen Akteuren eng zusammen.*
- In Kooperation mit der Labormedizin wurden unkonventionelle Lösungen für Testzentren in Apotheken geplant, indem Labormediziner eine diagnostische „Außenstelle“ in Apotheken einrichteten und somit eine Art „point of care Diagnostik“ ohne Arztbesuch schnell und unkompliziert ermöglicht wurde.*

Diese Kooperationen und Kontakte hätten einen nachhaltigen Effekt. So kämen diese Netzwerke aktuell erneut zum Tragen etwa bei der Erarbeitung von Notfallplänen für den Fall von Stromausfall.

Auf die Frage, wie eine bessere regionale Vernetzung gelingen könne, wer im regionalen Setting der Treiber sein könne, wurde die zentrale Rolle der regionalen Politik deutlich hervorgehoben – der Rückenwind der Politik sei unabdingbar. Ideale Leiter bzw. Initiatoren wären Bürgermeister, Landräte oder Ortsamtleiter. So habe die regionale Vernetzung beim Erstellen des Testzentrums nur durch die Vermittlung der Bürgermeisterin funktioniert. Auch Lokale Gesundheits-Ausschüsse oder Gesundheitskonferenzen könnten teilweise helfen. Allerdings wurde auch von Treffen aller Akteure vor Ort berichtet, wo man zunächst nicht wusste, was man da will, denn: man kennt sich nicht.

5.4 Neue Rollen - auch durch gesetzliche Rahmenbedingungen gefördert

Generell – betrachtet man auch die aktuellen Gesetzesvorhaben (siehe Kapitel 3) – scheint derzeit eine politisch gewünschte Umschichtung der Apothekenvergütung bzw. -marge zu erfolgen: weg vom Kerngeschäft der Honorierung der Ausgabe von Rx-Arzneien, hin zu anderen und zusätzlichen Services. Dazu zählen z.B. die pharmazeutischen Dienstleistungen, die Durchführung von Impfungen durch Apotheken (z.B. gegen COVID-19 oder Grippe) oder auch die Nacht- und Notdienste, deren Vergütung in den letzten zehn Jahren sukzessiv erhöht wurde.

Folgende beispielhafte Rollen müssen Apotheker:innen ausfüllen:

- Wenn Apotheken pharmazeutische Dienstleistungen anbieten, müssen entsprechende Prozesse für Durchführung und Dokumentation optimiert werden, damit die Services rentabel sind und es gilt auch im Umfeld proaktiv die Services bekanntzumachen. Hier ist die Rolle als **Unternehmer und Kommunikator** gefragt. Das gilt analog für die Zusatzrollen während der Pandemie: schnelles Nutzen und Agieren auf neue Möglichkeiten und das effizient zu steuern und zu managen.
- **Fachlichen Expertise** ist (neben Kommunikationsgeschick) auch im Umgang mit den Patienten immer wichtiger, diese informieren sich zunehmend im Vorfeld. Aber auch für die eigene Herstellung von Desinfektionsmitteln, Fiebersäfte etc. ist die fachliche Expertise nach wie vor zentral.
- Wenn die Apotheke sich um Digitalisierung der Prozesse, den eigenen ‚digitalen‘ Eingang und die Kooperation mit Apothekenplattformen kümmert, ist die Rolle als **‚Transformationsmanager‘ und Visionär** gefragt.
- Mit dem ‚physischen‘ Eingang auf der einen und dem ‚digitalen‘ Entree auf der anderen Seite, wird die Vor-Ort-Apotheke zur „Hybrid-Apotheke“. Einerseits übernimmt sie die klassische Rolle als wohnortnaher Versorger der Patienten, andererseits eröffnet sie mit ihrem digitalen Service diesen und auch anderen Patientengruppen zusätzliche (smarte) Services wie Videoberatungen oder digitale pharmazeutische Coachings.
- Analog oder digital: die Aufgabe der Beratung und Unterstützung der Patienten bei der Steuerung wird mit zunehmendem Ärztemangel immer wichtiger.
- Zum **Logistiker** wird die Apotheke, wenn es darum geht die Botendienste zu managen und sich um die Bestückung von Arzneimittelautomaten zu kümmern.
- Bei allen Themen gilt es die Mitarbeitenden mitzunehmen, sie entsprechend zu qualifizieren und Maßnahmen zu ergreifen, ein entsprechend attraktiver **Arbeitgeber** zu sein – um das Personal zu halten und neue Mitarbeitende gewinnen zu können (Employer Branding).

5.5 Zwischenfazit

Angesichts der immer drängender werdenden Versorgungsprobleme reagiert die Politik mit Lösungsansätzen, die insbesondere Kooperation und Vernetzung der Versorgung fördern sollen. Häufig scheinen Apotheken hier noch nicht genügend mitgedacht. Dennoch deutet sich ein Wandel in der Rolle der Apotheken an:

- Apotheken nehmen ihre Rolle als Informationsvermittler und Patientenlotse als zentral wahr.
- Apotheken können dazu beitragen, Akteure vor Ort zu vernetzen und pragmatische Lösungsansätze für akute Versorgungsprobleme entwickeln.
- Die Schnittstelle insbesondere zu den Tätigkeiten der Ärzte ist problembeladen.
- Auch die gesetzlichen und vergütungstechnischen Veränderungen deuten in Richtung Ausweitung der Apothekenrolle.
- Insbesondere im Bereich Testen, Impfen, Herstellung von Arzneimitteln und Angebote von pharmazeutischen Dienstleistungen werden Aufgabenbereiche der Zukunft gesehen.

6 Apotheken aus Bevölkerungssicht

6.1 Wahrgenommene Versorgung in der Bevölkerung

Das Vertrauen der Bevölkerung in Apotheker ist hoch. Trotz stetig sinkender Apothekenzahlen beurteilen die Menschen die Versorgung positiv, laut Gesundheitsmonitor des Bundesverbands der Arzneimittel-Hersteller (BAH) wurde die Situation zuletzt (2021) sogar besser eingestuft als in den Jahren zuvor: ¹⁰¹

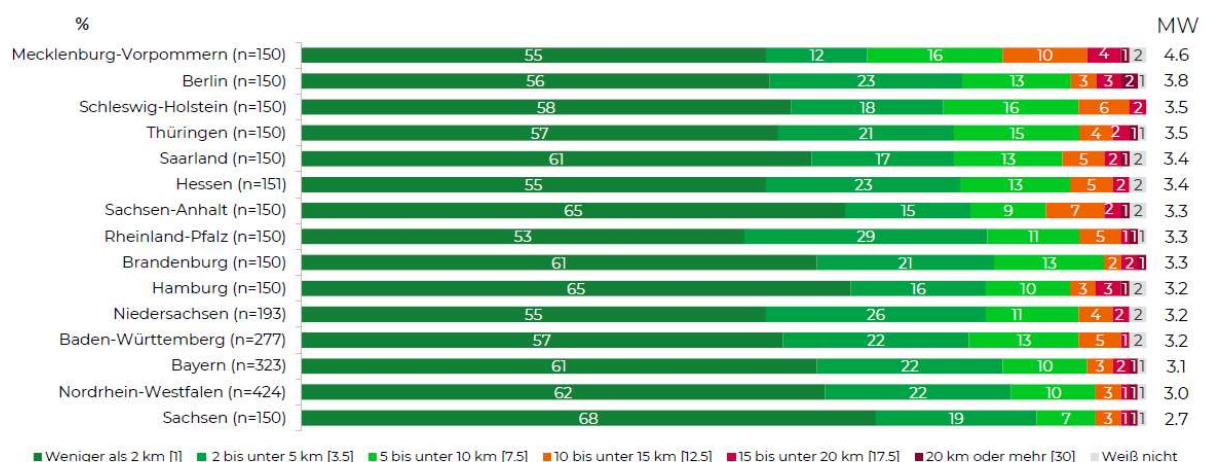
- 91% der Befragten gaben an, dass die Anzahl der Apotheken ausreichend sei, im Jahr zuvor waren mit 87% etwas weniger.
- Ähnlich hoch sind die Werte bei der Beurteilung der Arzneimittelversorgung (positive Bewertung von 90% und damit besser als bei der ärztlichen Versorgung)¹⁰². Die Beurteilung in Baden-Württemberg entspricht dabei jener des Bundesgebiets.
- Zwei Drittel der Einwohner haben weniger als 2 km bis zur nächsten Apotheke zurückzulegen. Im Bundesdurchschnitt müssen Bürger 2,8 km zur nächsten Apotheke zurücklegen (mit einer Schwankungsbreite von 2,7 km in Sachsen bis 4,6 km in Mecklenburg-Vorpommern), in Baden-Württemberg sind es durchschnittlich 3,2 km. (Vgl. Abb. 12)

¹⁰¹ Vgl. hierzu und zum Folgenden: Gesundheitsmonitor des BAH, Ergebnisbericht Versorgungsindex November 2021 (NielsenIQ)

¹⁰² BAH Gesundheitsmonitor mit Versorgungsindex 2021-2022, S. 60

- Das höchste Vertrauen haben die Befragten in die Offizine: mehr als drei Viertel (und damit gleich viele wie im Jahr zuvor) bringen den Apotheken vor Ort sehr hohes bzw. hohes Vertrauen entgegen. Auch hier bewegen sich die Werte in Baden-Württemberg auf dem Niveau des Bundes. Am zweitbesten schneiden die Ärzte (73%) ab, Versandapotheken hingegen schneiden mit 40% schlecht ab, sie konnten sich jedoch gegenüber 2020 (37%) leicht verbessern und haben damit die Pflegeeinrichtungen überholt. Im Gegensatz zum Bund hat sich die Beurteilung von Versandapotheken in Baden-Württemberg jedoch verschlechtert (von 41% auf 39% in 2021).
- Am wenigsten Vertrauen unter den ‚Gesundheitsakteuren‘ genießt die Politik bzw. die Bunderegierung (29%), die größte Verschlechterung gibt es bei den privaten Krankenkassen zu verzeichnen (von 38% auf 34%).
- In Baden-Württemberg bejahen 23% der Befragten die Aussage ‚In meine Nähe gibt es keine Apotheke, deshalb bestelle ich meist über das Internet‘ (und damit etwas mehr als im Bundesdurchschnitt mit 18%).
- Jedoch stimmt nach wie vor der Großteil der Menschen der Aussage zu „Ich kaufe Medikamente grundsätzlich lieber in der Apotheke ein als über das Internet zu bestellen“ (79% im Bundesdurchschnitt bzw. 76% in Baden-Württemberg). Trotz gestiegener Online-Affinität als Folge der Pandemie scheint die Bindung an die vor-Ort-Apotheke hoch zu sein.
- Menschen in Baden-Württemberg nehmen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt am wenigsten Arzneien ein: 1,6 sind es im Vergleich zu 1,8 im Bundesdurchschnitt. An der Spitze steht Sachsen-Anhalt mit 2,2.

Abb. 12: Entfernung bis zur nächsten Apotheke (2021) gemäß Einschätzung der Apothekenkunden



6.1.1 Bewertung Land- versus Stadtapotheke

Eine Studie zu Google-Rezensionen über 18.000 Apotheken vom Sommer 2022 kamen die Verfasser zu folgenden Ergebnissen:¹⁰³

- Mit einer Gesamtbewertung in Höhe von durchschnittlich 4,3 Sternen (bei max. fünf) schneiden Apotheken generell sehr gut ab.
- Ländliche Apotheken schneiden bei den Bewertungen signifikant besser ab als ihre Mitbewerber in städtisch geprägten Apotheken.

Zwar finden sich in der Studie keine Begründungen, ein Erklärungsversuch lautet jedoch dahingehend, dass die persönliche Bindung auf dem Land eine andere sei bzw. die dortigen Apotheken es besser schaffen, (nachhaltige) Beziehungen zu ihren Kunden aufzubauen.

6.2 Zwischenfazit

Trotz vielfältiger Untersuchungen und Hinweisen, dass sich die Versorgung insbesondere im ländlichen Raum verschlechtert und z.T. kritisch sei, ist die Wahrnehmung hinsichtlich der Versorgung mit Apotheken in der Bevölkerung (noch) positiv.

Die Menschen beurteilen Landapotheken sogar besser als die Mitbewerber im städtischen Umfeld.

Nachdem mittlerweile das Pandemie-Thema durch die auch medial dominante Diskussion rund um ‚Lieferengpässe‘ und Co. ersetzt wurde und Patienten selbst von Versorgungsengpässen betroffen waren (z.B. Kinderfiebersäfte, Antibiotika, Schmerzmittel) ist jedoch davon auszugehen, dass sich das Vertrauen der Bevölkerung in die Arzneimittelversorgung verschlechtert und damit auch die Wahrnehmung der Apothekenservices.

7 Nachwuchs und Attraktivität des Berufs

7.1 Attraktivität des Berufs aus Apothekensicht

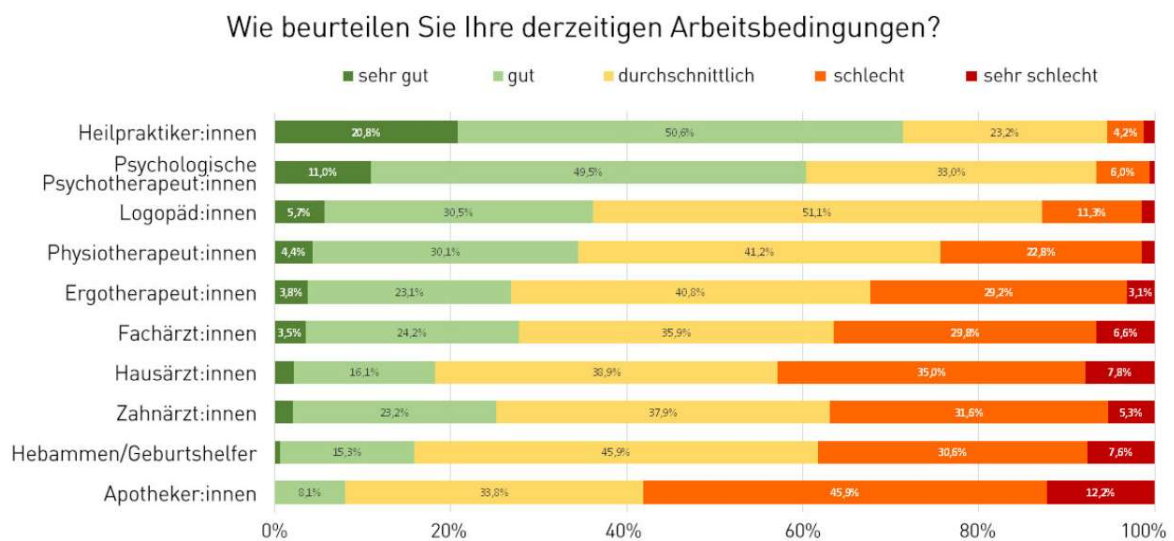
Apotheken haben zwar, wie oben verdeutlicht, ein gutes Image in der Bevölkerung und dürften daher auch attraktiv als Arbeitgeber sein, ihre zentrale Rolle in der Pandemiebewältigung hat hier einerseits einen positiven Impact. Allerdings ist die Berufsausübung mit hohen Belastungen, Ansteckungsrisiken etc. verbunden. In den Apotheken mit Corona-Fällen mussten in 70% der Fälle krankheitsbedingt Überstunden angeordnet werden, was den Druck auf die verbleibenden Mitarbeitenden zusätzlich erhöhte. Dagegen erscheinen die Arbeitsplatzbedingungen bei der konkurrierenden (Pharma-)Industrie attraktiver (höhere Bezahlung, keine Samstags- bzw. Nacht- oder Notdienste etc.). Auch die Tätigkeit als

¹⁰³ Quelle: Schmidt, Th.: Mehr Sterne am ländlichen Himmel, in: AWA (Apotheke und Wirtschaft) 1/2023, S. 14f.

Stationsapotheker in einem Krankenhaus, und hier ist mit einem steigenden Bedarf zu rechnen, steht in Konkurrenz zur Apotheke. Hinzu kommt bei den approbierten Apotheker:innen die ökonomische und politische Unsicherheit (Feminisierung / Teilzeit / Rushhour des Lebens).

Im Vergleich zu anderen Gesundheitsberufen in der ambulanten Versorgung beurteilen demnach auch insbesondere die Apotheker (58%) die Arbeitsbedingungen als schlecht (vgl. Abb. 9).

Abb. 13: Beurteilung der Arbeitsbedingungen aus Sicht der jeweiligen Heilberufe¹⁰⁴



Als Hauptursache nennen Apotheken folgende Faktoren (vgl. Abb. 14):¹⁰⁵

- Administration bzw. der bürokratische Aufwand
- Mangelnde Vergütung
- Regelungsdynamik / Abrechnung mit den Kassen
- Lieferengpässe
- Nachwuchs-/Personalprobleme

¹⁰⁴ Ad hoc Umfrage der Stiftung Gesundheit im Rahmen des Gesundheitsklima-Index (3. Quartal 2022) <https://www.stiftung-gesundheit.de/im-fokus-q3-2022/>

¹⁰⁵ Im Gegensatz dazu liegen die Gründe für die Unzufriedenheit bei den Ärzt:innen bei der Administration und dem Aufwand für Technik bzw. Digitalisierung, bei den nichtärztlichen Heilberufen ist es mit großem Abstand die unzureichende Vergütung. Quelle: Ad hoc Umfrage der Stiftung Gesundheit im Rahmen des Gesundheitsklima-Index (3. Quartal 2022)

Abb. 14: Größte Ärgernisse im Berufsalltag von Apotheken

	Total 2018	Total 2019	Total 2020	Total 2021*	Total 2022
Basis (100 %)	500	500	500	500	500
Bürokratischer Aufwand	438	463	471	464	463
	87,5%	92,6%	94,2%	92,8%	92,6%
Lieferengpässe	288	456	424	312	408
	57,5%	91,2%	84,8%	62,4%	81,6%
Nachwuchs- oder Personalprobleme	256	330	313	351	389
	51,3%	66,0%	62,6%	70,2%	77,8%
Unzureichende Honorierung von Leistungen (z.B. Rezeptur)	252	338	325	303	347
	50,4%	67,6%	65,0%	60,6%	69,4%
Aufwand bei Hilfsmittelversorgung	277	348	321	319	307
	55,4%	69,6%	64,2%	63,8%	61,4%
Zu geringe Wertschätzung der apothekerlichen Leistungen im Gesundheitswesen	279	303	297	290	288
	55,8%	60,6%	59,4%	58,0%	57,6%
Retaxationen	304	338	347	276	277
	60,9%	67,6%	69,4%	55,2%	55,4%
Umsetzung von Rabattverträgen	174	295	262	172	167
	34,8%	59,0%	52,4%	34,4%	33,4%
Erfüllung der Importquote	40	205	114	81	56
	8,0%	41,0%	22,8%	16,2%	11,2%
Andere Ärgernisse	21	87	62	47	49
	4,3%	17,4%	12,4%	9,4%	9,8%
Summe	2329	3163	2936	2615	2751
Summe %	465,9%	632,6%	587,2%	523,0%	550,2%

Im Vergleich zu den Vorjahren fällt auf, dass sich insbesondere die „mangelnde Wertschätzung“ seit 2019 etwas verbessert hat, hier dürfte die Pandemie einen positiven Einfluss gehabt haben. Dasselbe gilt für die Retaxationen aufgrund der entsprechend eingeführten Sonderregelungen.

Bestätigung erfahren diese Ergebnisse durch die Jahresendbefragung des Apokix, bei welcher die Apotheken als Top Themen für 2023 wie folgt definieren:

- Die Anpassung des Apothekenhonorars
- Den Bürokratieabbau
- Die Vermeidung von Lieferengpässen

Erweiterung Expertenworkshop

In der Expertenrunde wurde die Einschätzung der Attraktivität des Apothekenberufs ebenfalls thematisiert.

Positiv wurde vermerkt, dass die Einschätzung durch COVID teilweise besser wurde: es zeigte sich, dass Apotheken krisensicher seien und der Beruf wieder mehr wertgeschätzt würde. „Manchmal sind Kunden gekommen, um ihre Kinder zu einem Praktikum anzumelden“.

Andererseits habe die Attraktivität abgenommen, denn:

- *die Vergütung des Personals sei nach wie vor nicht ausreichend.*
- *die Arbeitsbelastung habe stark zugenommen, insb. die Bürokratie hat zugenommen.*
- *In den Medien seien Apotheken häufig als problematisch dargestellt.*
- *Apotheker stellten sich selbst nicht positiv dar*
- *Die politische Wertschätzung der Apotheken fehle (insbesondere durch die GKV).*

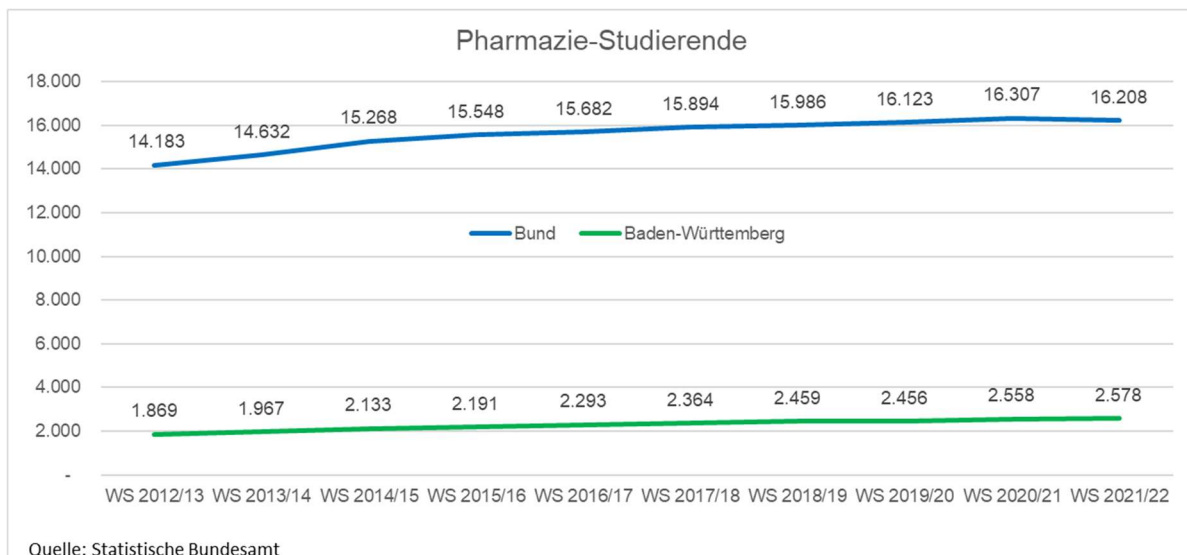
7.2 Nachwuchs in Zahlen

Für drei von vier Apotheken gehören Personal- und Nachwuchsprobleme zu den größten Schwierigkeiten im Berufsalltag und über 70% suchen händeringend nach Fach-Personal.¹⁰⁶ Im Sommer 2022 benötigten Apotheken 10 Monate um eine(n) Pharmazeutisch-Technische(n) Assistenten(in) zu finden, für approbierte Apotheker:innen waren es 11 Monate.¹⁰⁷ Dabei ist es nicht nur in ländlichen Regionen schwer, Apotheker oder Nachfolger zu finden.

7.2.1 Zahl der Studierenden im Fachbereich Pharmazie

Die Zahl der Pharmaziestudierenden erreichte mit über 16.307 in 2021 zwar ein höheres Niveau als in den Vorjahren, entwickelt sich seither jedoch leicht rückläufig.

Abb. 15: Zahl der an deutschen Hochschulen Studierende (in Pharmazie)

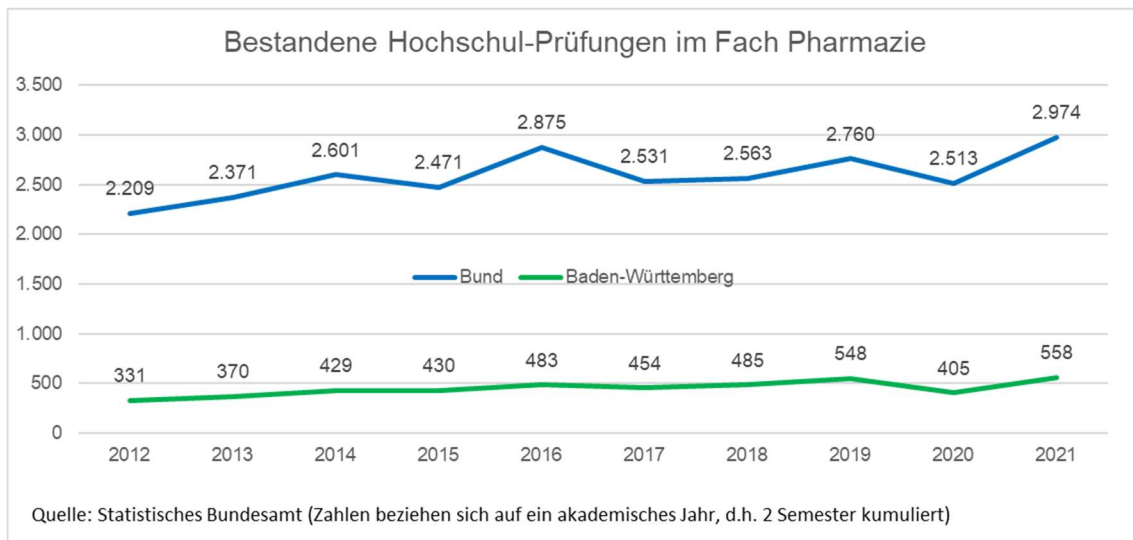


Fast 3.000 Studierende haben zuletzt erfolgreich den Hochschulabschluss in Pharmazie absolviert. Die Durchfallquoten liegen bei den Abschlussprüfungen zwischen 0,9% (im Jahr 2014) und 3,6% (2018). An den Hochschulen in Baden-Württemberg bewegen sie sich zwischen 0,7% (2019) und 3,2% (2015).

Im Jahr 2021 waren zwei Drittel der (die Abschlussprüfung bestandenen) Absolventen Frauen. Neben Apotheken sind die fertig ausgebildeten PharmazeutInnen auch gefragte Arbeitskräfte in der Industrie, in Krankenhäusern oder sonstigen Einrichtungen.

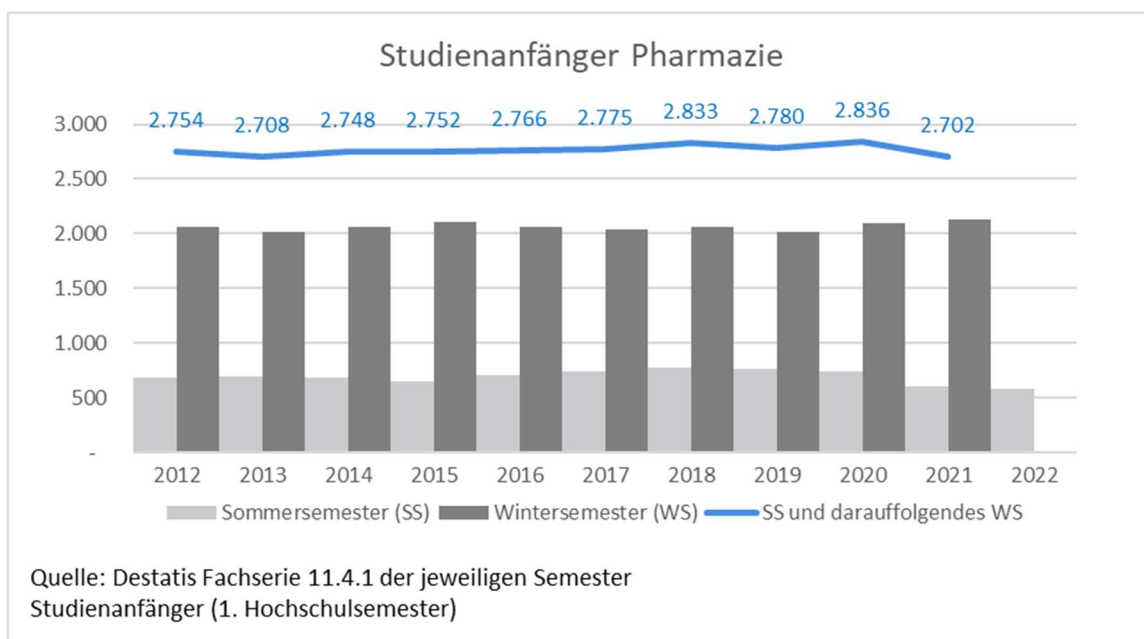
¹⁰⁶ Apothekenklima-Index 2022 / Befragung vom Juli / August 2022.

¹⁰⁷ ebenda



Kurz- bis mittelfristig dürfte aufgrund der in den letzten Jahren wachsenden Zahl der Studierenden mit einem weiteren, leichten Anstieg der Absolventenzahlen zu rechnen sein. Die Zahl der Studienanfänger hingegen ist zuletzt mit 2.702 so niedrig wie nie in den letzten zehn Jahren gewesen. Auf lange Sicht gesehen werden dem Arbeitsmarkt somit weniger hierzulande ausgebildete ApothekerInnen zur Verfügung stehen.

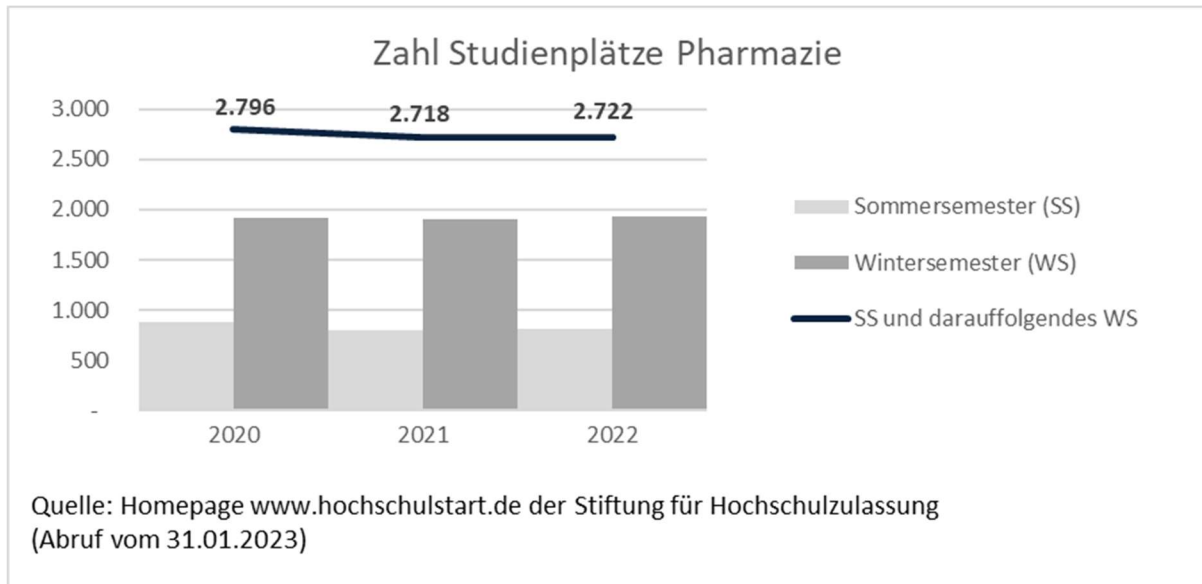
Abb. 16: Studienanfänger Pharmazie an deutschen Hochschulen



Dabei folgt der Rückgang nicht der demographischen Entwicklung, sondern ist der begrenzten Verfügbarkeit der Studienplätze geschuldet. Wie Medizin oder Psychologie ist das Studium der Pharmazie zulassungsbeschränkt und auch jüngst wurden – so die Zahlen der Stiftung für Hochschulzulassung – die Studienplätze an Öffentlichen Universitäten nicht wesentlich erhöht. Mit 2.722 sind es im Jahr 2022 nur vier Studienplätze mehr als im Jahr zuvor (Abb. 17). Dabei

haben sich für die letzten vier Semester etwa viermal mehr Menschen für einen Studienplatz beworben als entsprechende Studienplätze zur Verfügung standen.¹⁰⁸

Abb. 17: Zahl der Studienplätze Pharmazie



Für das Jahr 2029 prognostiziert die ABDA einen Bedarf von bis 28.400 Apotheker-Vollzeitstellen in Offizinen und fordert entsprechend eine Erhöhung der Studienplatzangebote, anderenfalls drohe ein Mangel an ca. 10.000 Fachkräften (bezogen auf Apotheker).¹⁰⁹

7.2.2 Ausbildungsplätze in Apotheken

In Summe beschäftigen Apotheken ca. 7.500 Auszubildende, darunter 1.700 Pharmazeuten im Praktikum (PhiP), das sind Pharmaziestudierende im praktischen Ausbildungsabschnitt. Die klassischen Ausbildungsberufe in der Apotheke sind

- Pharmazeutisch-kaufmännische Angestellte (PKA) sowie
- Pharmazeutische-technische Assistenten (PTA)

Sowohl die Zahl der Ausbildungsplätze in Summe als auch neu abgeschlossene Ausbildungsverträge in Apotheken haben sich zuletzt seit 2021 wieder leicht erhöht.

¹⁰⁸ Die Zahlen schwanken zwischen 3,0 (für das Sommersemester 2021) und 4,2 (für das Wintersemester 2020/2021). Quelle: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Hochschulen/Tabellen/studierende-anfaenger_bewerber_SfH.html

¹⁰⁹ Pressemeldung ABDA vom 08.06.2021; <https://www.abda.de/aktuelles-und-presse/pressemitteilungen/detail/overwiening-berufsaussichten-fuer-apothekerinnen-bleiben-hervorragend/>

Abb. 18: Zahl der Ausbildungsplätze in Apotheken (Bundesgebiet)

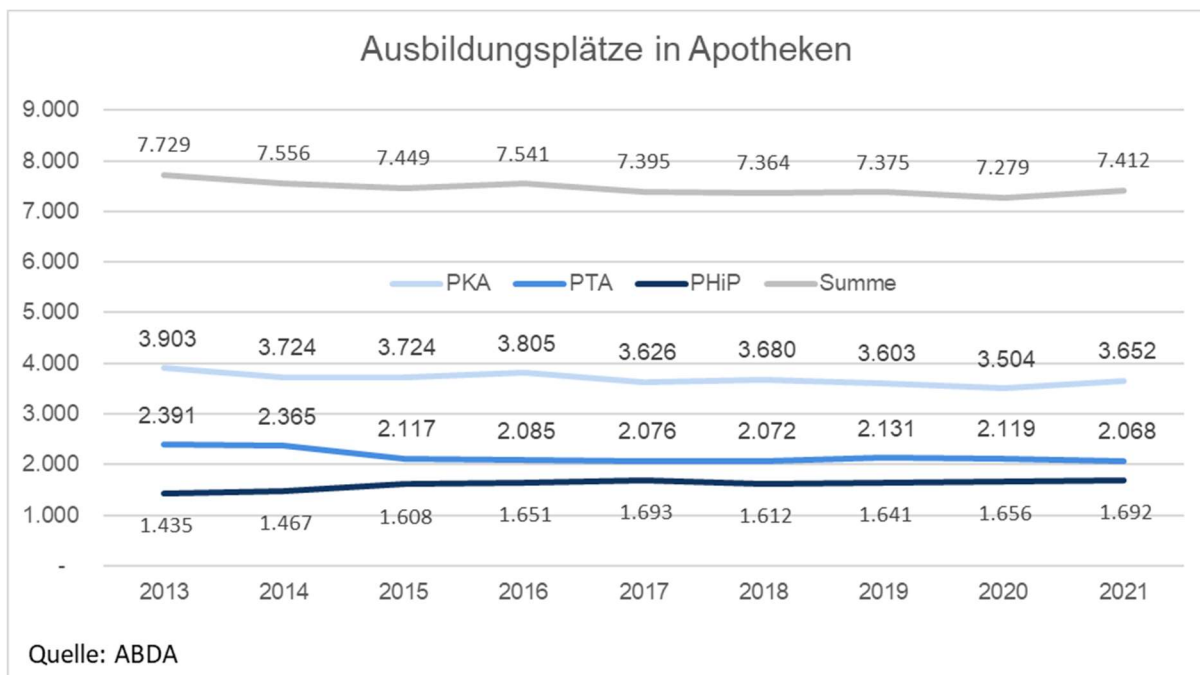
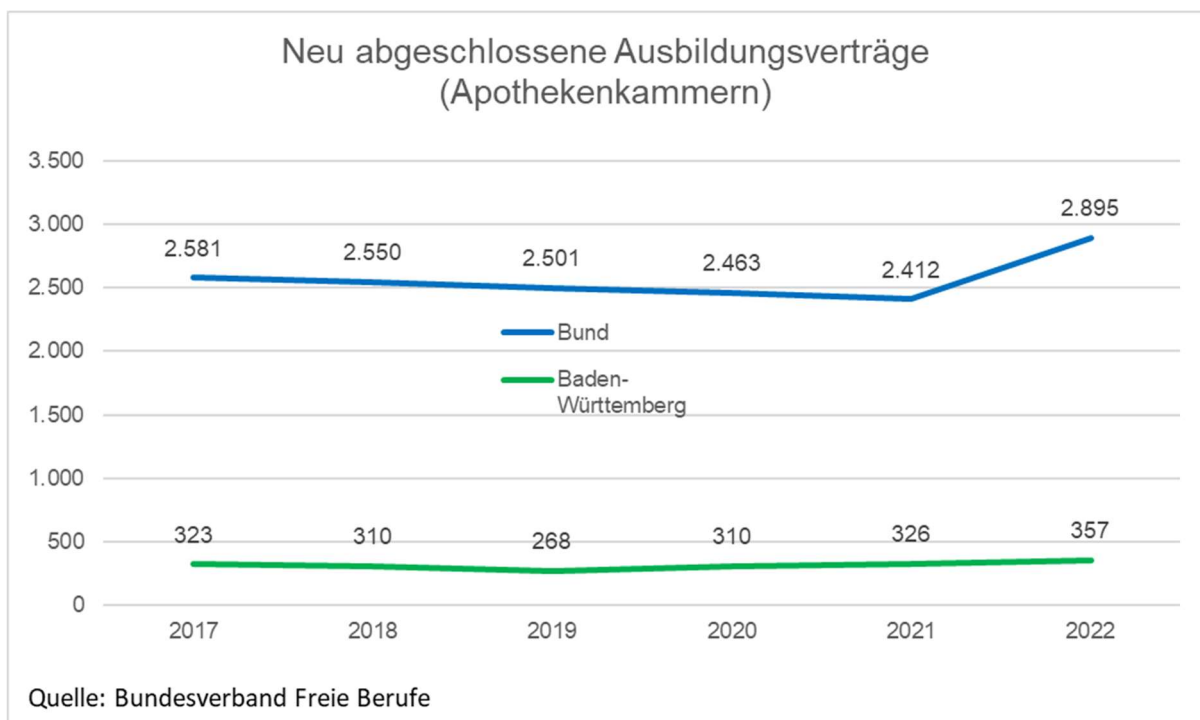


Abb. 19: Entwicklung neu abgeschlossener Ausbildungsverträge (Apothekenkammer)



Auf Bundesebene ist ein besonders starker Anstieg neu abgeschlossener Verträge im Jahr 2022 festzustellen, nachdem in den Vorjahren die Zahl stetig zurückgegangen war – ein kleines Indiz dafür, dass der Arbeitsplatz Apotheke bei den jungen Menschen an Attraktivität gewonnen haben könnte.

In Baden-Württemberg sind die Zahlen neu abgeschlossener Ausbildungsverträge in Apotheken gegen den Bundestrend auch in den Pandemie Jahren 2020 und 2021 etwas gestiegen, deshalb fiel der Zuwachs 2022 schwächer aus.

Die Bundesagentur für Arbeit erfasst die in Apotheken relevanten (Ausbildungs-) Berufe nicht gesondert, sondern nur im Rahmen einer übergeordneter Berufsgruppe, der sog. „Berufe im Verkauf von drogerie- & apothekenüblichen Waren (darunter PKA bzw. ApothekenfacharbeiterInnen)“.

Dort zeigte die Bewerber-Ausbildungsstellen-Relation (Oktober 2021 bis September 2022) in Baden-Württemberg auch zuletzt einen Ausbildungsstellenüberhang auf (413 Bewerber/innen standen 600 Stellen gegenüber, was einer Bewerber-Ausbildungsstellen-Relation in Höhe von 0,7 entspricht).¹¹⁰ Seit zehn Jahren ist die Zahl der Bewerber geringer als die Zahl der Ausbildungsstellen, was selbst durch den Rückgang der Ausbildungsstellen im Pandemiejahr 2019 nicht ausgeglichen wurde. Die Zahl der Ausbildungsstellen hat sich mittlerweile wieder auf dem Vor-Corona-Niveau eingependelt. (Vgl. Abb. 20)

Abb. 20: Ausbildungs-/Bewerberzahlen Baden-Württemberg (Berufe im Verkauf von drogerie- & apothekenüblichen Waren)

Berichtsmonat	Bewerber/-innen	Berufsausbildungsstellen	Relation
Sep 22	410	600	0,7
Sep 21	430	510	0,8
Sep 20	440	470	0,9
Sep 19	520	870	0,6
Sep 18	490	610	0,8
Sep 17	460	550	0,8
Sep 16	430	510	0,8
Sep 15	420	810	0,5
Sep 14	400	690	0,6
Sep 13	440	480	0,9
Sep 12	450	380	1,2

¹¹⁰ Quelle hierzu und zum Folgenden: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, abgerufen am 31.01.2023

Erweiterungen aus dem ExpertInnen-Workshop:

Auch die Experten bestätigten die Schwierigkeiten der Personalbeschaffung. So wurde konstatiert, dass im letzten Jahr von 30 Apotheken lediglich eine einen „Azubi“ einstellen konnte. Außerdem gingen auch PTAs häufig in die Industrie und fehlten dadurch in den Apotheken.

Das Interesse am Pharmaziestudium sei ungebrochen, Problem sei die Studienplatzbegrenzung durch den hohen Numerus Clausus. Manche Universitäten bildeten bereits deutlich mehr Studierenden aus als formale Studienplätze verfügbar seien. Manchen Universitäten wären „stolz darauf“, dass über die Hälfte der Absolventen in die Industrie gehen.

7.3 Wie kann man die Attraktivität für den Nachwuchs verbessern?

Erweiterung Expertenworkshop

Um Nachwuchs zu gewinnen wurde insbesondere auf die Ansprache der jüngeren Generation hingewiesen. Hierzu sei die Präsenz der Apotheken in Social Media zentral. Für Attraktivität der Apotheke als Arbeitsplatz können auch sorgen, dass Praktika für Schüler angeboten würden.

Immer weniger Apotheken bilden aus, durch die Arbeitsbelastung haben Apotheker immer weniger Zeit für die Ausbildung in den Offizinen.

Natürlich sei eine adäquate Entlohnung zentral für die Attraktivität der Berufe. So sei das Gehalt im Vergleich zur Industrie – trotz der jüngsten tariflichen Erhöhungen - zu gering (denn dort gibt es keine Nacht-/Wochenenddienste). Gleichzeitig wirken die steigenden Personalkosten belastend auf Apotheken als Unternehmen.

Ein weiterer Aspekt sei die Feminisierung und die Freiberuflichkeit bei Apotheker:innen: hier könnte bei der Nachfolgesuche bzw. Standortattraktivität noch mehr auf die Bedarfe von Frauen bzw. Familien geachtet werden.

Zudem könnten Ärzte und Apotheker hier voneinander lernen, die in ähnlichen Situationen in Bezug auf den Nachwuchsmangel seien, wo der regelmäßige Austausch aller verkammerten Berufe beitragen können.

7.4 Zwischenfazit

Nachwuchsmangel ist ein wachsendes Problem in Apotheken – sowohl was approbierte Apotheker als auch Auszubildenden bzw. Fachkräfte anbelangt.

Die Wahrnehmung der Apotheke als Arbeitsplatz wurde von der Pandemie ambivalent beeinflusst: einerseits wirkte sich die wichtige Rolle von Apotheken positiv aus, andererseits wirkt sich die schlechte Einschätzung durch Apotheker selbst in Bezug auf Arbeitsbelastung, ökonomische und regulatorische Herausforderungen negativ aus. So gewinnen andere berufliche Optionen (wie Industrie) an Attraktivität.

Die Pandemie hat zwar bundesweit zu einem leichten Attraktivitätszugewinn der Ausbildungsberufe in Apotheken beigetragen. In Baden-Württemberg ist ein solcher Effekt jedoch nicht zu verzeichnen. Die Zahl der Studierenden unterliegt zudem aufgrund der Studienplatzbeschränkungen im Studienfach Pharmazie anderen Kriterien.

Der stetige Rückgang an Apotheken wirkt ebenso negativ auf den Nachwuchs und das Image von Apotheken.

8 Anhang

8.1 Abbildungs- / Tabellenverzeichnis

Abb. 1: Entwicklung der Apothekenzahlen Bundesgebiet und Baden-Württemberg im Vergleich	9
Abb. 2: Entwicklung der Apothekenzahlen	10
Abb. 3: Einwohner je Apotheke Bundesgebiet und Baden-Württemberg	10
Abb. 4: Einwohneranteil mit max. 1km zur nächsten Apotheke	12
Abb. 5: Merkkasten (Vergütung Apotheke)	15
Abb. 6: Bürokratiekosten der GKV-Rezepte	18
Abb. 7: Durchschnittliche Kundenkontakte je Apotheke im Zeitverlauf	39
Abb. 8: Botendienstquote nach Bundesländern	43
Abb. 9: Durchschnittliches Betriebsergebnis (Marge in %)	46
Abb. 10: Durchschnittliches Betriebsergebnis (absolut / nicht inflationsbereinigt).....	47
Abb. 11: Renditeentwicklung bis 2019 (vor Pandemie)	49
Abb. 12: Entfernung bis zur nächsten Apotheke (2021) gemäß Einschätzung der Apothekenkunden.....	58
Abb. 13: Beurteilung der Arbeitsbedingungen aus Sicht der jeweiligen Heilberufe	60
Abb. 14: Größte Ärgernisse im Berufsalltag von Apotheken.....	61
Abb. 15: Zahl der an deutschen Hochschulen Studierenden (in Pharmazie).....	62
Abb. 16: Studienanfänger Pharmazie an deutschen Hochschulen	63
Abb. 17: Zahl der Studienplätze Pharmazie	64
Abb. 18: Zahl der Ausbildungsplätze in Apotheken (Bundesgebiet)	65
Abb. 19: Entwicklung neu abgeschlossener Ausbildungsverträge (Apothekenkammer).....	65
Abb. 20: Ausbildungs-/Bewerberzahlen Baden-Württemberg (Berufe im Verkauf von drogerie- & apothekenüblichen Waren).....	66