

Stellungnahme zum Entwurf

eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Apothekenversorgung (ApoVWG)

Probleme, Ursachen und Folgen des „Apothekensterbens“,
sowie Lösungen zur Sicherstellung eines krisenresilienten,
flächendeckenden, dezentralen Versorgungsnetzes, bestehend aus
autonom funktionierenden, wohnortnahen Raumeinheiten, die einen
ordnungsgemäßen Apothekenbetrieb ermöglichen, jeweils persönlich
geleitet durch approbierte Apotheker/innen, in denen diese qualifiziert die
hoheitliche Aufgabe der Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln
zum Schutze der öffentlichen Gesundheit in Eigenverantwortung
wahrnehmen.

Ein Analyse- und Konzeptpapier

verfasst von:

Marc Raddatz, Rechtsanwalt (Hattingen)

(Initiative Vor-Ort-Apotheken)



Inhalt

A. Status Quo	4
B. Ursachen.....	7
I. Gesetzeswidrige Unterlassung der Anpassung des Apothekenhonorars	7
II. „Skonto-Urteil“	8
III. „Preisbindungs-Urteil“.....	8
IV. Qualität und Quantität der Aufgaben	8
V. Bürokratie.....	9
VI. Kompetenzerweiterung	10
VII. Überproportionales wirtschaftliches Risiko	10
VIII. Versandhandel	10
IX. Fachkräftemangel.....	11
C. Lösungen	12
I. Neuregelung des Apothekenhonorars	12
1. Abgabepreis der pharmazeutischen Unternehmen.....	13
2. Apothekeneinkaufspreis (Skonti, Boni, Rabatte)	13
3. Apothekenverkaufspreis (Fixum, Dynamisierung, Apothekenabschlag und variabler Vergütungsbestandteil).....	14
3.1 Anpassung des Fixums – Inflations- und Lohnsteigerungsausgleich.....	14
3.2 Dynamisierung des Fixums.....	16
3.3 Variabler Vergütungsbestandteil.....	16
4. Ermäßigter Umsatzsteuersatz	16
5. Versicherungsfremde Leistungen.....	17
6. Anhebung der Notdienstgebühr.....	17
7. Erhöhung der Zuzahlung.....	17
8. Lieferengpasspauschale.....	17
II. Apotheken in unterversorgten Gebieten	17
1. Kommunale MVZ.....	18
2. Kompetenzapotheken	18

3. Notstandsversorgung: Zweigapotheken, Notstandsabgabestellen und Versandhandel.....	18
3.1. Örtlicher Notstand in der Arzneimittelversorgung	18
3.2 Zweigapotheken	19
3.3 Scheinapotheken (Apotheken ohne Apotheker/in)	20
3.4 Versandhandel.....	21
III. Modernisierung: Entbürokratisierung, Flexibilisierung und Erleichterung.....	27
1. Entbürokratisierung.....	27
2. Flexibilisierung und Erleichterung	28
3. Keine Zwangsdigitalisierung	28
IV. Kompetenzerweiterung	29
1. SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung	29
2. Ausbau der Testinfrastruktur	29
3. Impfangebote Kooperationen mit den Ärzten	29
4. Ausbau und Vereinfachung der Pharmazeutischen Dienstleistungen	29
5. Akutversorgung	30
V. Wirtschaftliche Risikominimierung	30
VI. Fachkräftemangel.....	31
1. Schnellere Anerkennung ausländischer Abschlüsse.....	31
2. Neue Lehrstühle	31
3. PTA Aus- und Weiterbildung	31
4. Keine Apotheke ohne Apotheker/in.....	32
4.1 Beschleunigung des Fachkräftemangels durch Entwertung der Approbation.....	32
4.2 Beschleunigung des Fachkräftemangels durch Qualitätsabsenkung in der Versorgung	32
4.3 Verfassungswidrigkeit	33
D. Executive Summary.....	34

A. Status Quo

Den Apotheken obliegt die hoheitliche Aufgabe der Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln (§ 1 Abs. 1 S. 1 ApoG).

Neben dieser Primäraufgabe erfüllen die Apotheken, als niedrighschwellige medizinische Erstanlaufstationen pragmatisch, effizient und qualifiziert zahlreiche weitere, nicht kodifizierte Herausforderungen des Gesundheitssystems¹ wie z.B.:

- Vermittlung von Leistungen der medizinischen Behandlung, Prävention und Gesundheitsförderung und Anleitung zu deren Inanspruchnahme;
- Allgemeine Beratungs- und Unterstützungsleistungen zur medizinischen Bedarfsermittlung;
- Koordinierung der erforderlichen Gesundheitsleistungen und Anleitung zu deren Inanspruchnahme;
- Unterstützung bei der Klärung gesundheitlicher Angelegenheiten;
- Durchführung einfacher medizinischer Routineaufgaben

Apotheken erbringen somit auch eine Lotsen- und Filterfunktion im Gesundheitssektor und dies als in der Regel nicht entgeltene Nebenleistung auf fachlich höchstem Niveau.

Die Arzneimittelversorgung durch Apotheken ist derzeit grundsätzlich und flächendeckend sichergestellt. Insbesondere in strukturschwachen Gebieten, ist sie jedoch schon aktuell nicht mehr oder nur rudimentär vorhanden².

Im Jahr 2013 wurde die Arzneimittelversorgung in Deutschland noch von 20.662 sichergestellt. Im Juli 2024 gab es noch 17.288 Apotheken, Ende 2025 nur noch 16.601, was einem historischen Tiefstand entspricht (niedrigster Stand seit 1978). Die Dynamisierung der Schließungen nimmt jährlich zu und nicht etwa ab. Die Apothekendichte beläuft sich bundesweit damit nur noch auf 20 Apotheken pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner³. Der Durchschnitt innerhalb der Europäischen Union liegt bei 32 Apotheken pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner; damit nimmt Deutschland innerhalb Europas einen der letzten Ränge ein, Tendenz fallend⁴.

¹ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/g/gesundheitskiosk>

² <https://www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/detail/panorama/leerstand-nach-schliessung-stadtteil-im-stich-gelassen/>

³ Ausschließlich zum Zweck der besseren Lesbarkeit wird auf die geschlechtsspezifische Schreibweise verzichtet und teilweise auch nur das generische Maskulinum oder Femininum verwendet. Alle personenbezogenen Bezeichnungen und Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter. Die verkürzte Sprachform beinhaltet keinerlei Wertung.

https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/Pressetermine/2025/DAV-WiFo-2025/Apothekenwirtschaftsbericht_2025.pdf

⁴ <https://www.abda.de/aktuelles-und-presse/pressemitteilungen/detail/2025-apothekenzahl-sinkt-auf-16601-betriebsstaetten/>; <https://www.abda.de/aktuelles-und-presse/newsroom/detail/apothekenzahl-sinkt-immer->

Das Apothekensterben ist mitnichten ein primäres „Landapothekenproblem“⁵. Dort tritt das Problem nur transparenter in den Vordergrund, häufig verstärkt empfunden durch das daneben bestehende „Landarztproblem“ und grundsätzliche infrastrukturelle Defizite. In Berlin lag die Apothekendichte zuletzt nur bei 19 Apotheken pro 100.000 Einwohnern und in Hamburg und Köln bei nur knapp 20 Apotheken pro 100.000 Einwohnern⁶. Stadtteile ohne Apotheken nehmen stark zu⁷.

In den Apotheken arbeiten aktuell rund 160.000 pharmazeutische Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (PKA, PTA, Pharmazie-Ingenieurinnen, Pharmazeutinnen im Praktikum und angestellte Apotheker/innen) mit einem Frauenanteil von 89,2 %⁸.

Die seit über zwanzig Jahren nicht angepassten Bezüge der Apotheken⁹, die von der Politik geduldeten Wettbewerbsungleichheiten zwischen Apotheken und im Ausland ansässigen Versendern, ausufernde Bürokratie, ein unverhältnismäßiges persönliches Risiko der Inhaber/innen und mangelnde Kompetenzübertragungen auf die Apotheken haben zu einer Abwanderung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in andere Beschäftigungszweige, insbesondere den öffentlichen Dienst, oder in das Ausland geführt.

Jungen Apotheker/innen kann unter den aktuellen Bedingungen nur davon abgeraten werden, die vielen Versorgungslücken zu schließen. Denn die Wirtschaftlichkeit von Apotheken in der erforderlichen Breite besteht schon lange nicht mehr. Demographische Tatsachen werden den Prozess bald noch einmal extrem verstärken. Etwa jede dritte Apothekenleiterin oder jeder dritte Apothekenleiter war 2023 bereits über 60 Jahre alt¹⁰.

Die Lücken in der Versorgung werden zunehmend größer, die Intensität des Apothekensterbens nimmt zu. Schon in absehbarer Zeit werden die Auswirkungen mit Wucht in der Fläche spürbar und dann unumkehrbar sein.

[rasanter-nur-noch-17288-apotheken-in-deutschland/](https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/Pressetermine/2024/DAV-WiFo-2024/Apothekenwirtschaftsbericht_2024.pdf), https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/Pressetermine/2024/DAV-WiFo-2024/Apothekenwirtschaftsbericht_2024.pdf

⁵ <https://www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/detail/apothekenpraxis/apothekendichte-grosststaedte-weit-unter-durchschnitt/>

⁶ https://www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/detail/apothekenpraxis/apothekendichte-grosststaedte-weit-unter-durchschnitt/?fbclid=IwZXh0bgNhZW0CMTEAAR3o08jVRsHLH3cdOZ9qIJbzSF7sK-SZx_p_d2g3tj5irK26yLcOL6zaylg_aem_dRSXBoyLbqnp3J1n9qvqeQ

⁷ <https://www1.wdr.de/nachrichten/rheinland/wuppertaler-stadtteil-ohne-apotheke-100.html>; <https://www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/detail/panorama/leerstand-nach-schliessung-stadtteil-im-stich-gelassen/>

⁸ https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/Pressetermine/2025/DAV-WiFo-2025/Apothekenwirtschaftsbericht_2025.pdf

⁹ Einmalig im Jahre 2013 um ca, 3%.

¹⁰ <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/jeder-zehnte-apothekeninhaber-ist-im-rentenalter-144127/seite/alle/?cHash=2721d23063adf6a2fd7b5dc931c01471#:~:text=Jeder%20zehnte%20Apothekeninhaber%20ist%20im%20Rentenalter>

Der Erhalt eines krisenresilienten, flächendeckenden, dezentralen Versorgungsnetzes, bestehend aus autonom funktionierenden, wohnortnahen Raumeinheiten, die einen ordnungsgemäßen Apothekenbetrieb ermöglichen, jeweils persönlich geleitet durch approbierte Apotheker/innen, in denen diese qualifiziert die hoheitliche Aufgabe der Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln zum Schutze der öffentlichen Gesundheit in Eigenverantwortung wahrnehmen und erfüllen können, ist Kernaufgabe des Staates.

Es besteht dringender Handlungsbedarf, um diese Aufgabe, als Teil des verfassungsrechtlichen Sozialstaatsprinzips, mittel- und langfristig sicherzustellen. Diese Erkenntnis besteht, sowohl im Bundesrat¹¹, als auch, wenngleich mit erheblichen Einschränkungen auf Seiten der Bundesregierung¹². Die bisherigen politischen Ansätze der Bundesregierung sind nicht ausreichend den Prozess aufzuhalten, geschweige denn umzukehren. Teilweise begünstigen sie sogar die negative Entwicklung.

Zur Sicherstellung des staatlichen Versorgungsauftrags dienen die nun unter B. folgenden Ursachenanalysen und die anschließend unter C. dargestellten, an diesen Ursachen anknüpfenden, Lösungsansätze.

¹¹ Stellungnahme des Bundesrates in seiner 1061. Sitzung am 30. Januar 2026.

<https://dserver.bundestag.de/btd/21/040/2104084.pdf>

¹² Gegenäußerung der Bundesregierung.

<https://dserver.bundestag.de/btd/21/040/2104084.pdf>

B. Ursachen

Der starke Rückgang der Vor-Ort-Apotheken in den letzten Jahren hatte auch, wenngleich überschaubare, marktberreinigende Ursachen. Für die Apotheken gibt es, anders als im Bereich der Ärzteschaft, keine Bedarfsplanung und keinen damit korrelierenden „Gebietsschutz“ im Sinne einer Kassenzulassung (Sitz). Dies hatte zur Folge, dass sich an guten Standorten (zu) viele und an strukturschwachen Standorten wenige oder gar keine Apotheken niedergelassen haben. Die Möglichkeit der Filialisierung hat diese Konzentrationswirkung an den guten Standorten noch einmal verstärkt, aber keine Impulse in der Fläche gesetzt. Dieser Prozess ist jedoch lange abgeschlossen. Das aktuelle Apothekensterben erfasst urbane, als auch rurale Gebiete gleichermaßen und ist strukturell bedingt.

Die Apotheken befinden sich seit Jahren in einer Phase strukturell bedingter Schließungen, um die es hier folgend alleine geht. Die betrieblichen Kosten auf der einen und die qualitativen und quantitativen Anforderungen an die Leistungen der Apotheken auf der anderen Seite haben sich in den letzten zwanzig Jahren massiv erhöht. Gleichzeitig sind die Einnahmen der Apotheken im gleichen Zeitraum nicht ansatzweise äquivalent nachgezogen. Während die Apothekenvergütung je Rx-Packung im Zeitraum 2013 – 2024 um 12,8% gestiegen ist, sind die Sachkosten in den Apotheken um 47,3% und die Personalkosten sogar um 78,8% gestiegen¹³. Haupt- und Filialapotheken waren, sind und werden unter den aktuellen Rahmenbedingungen nicht wirtschaftlich zu betreiben sein. Wenn den Ursachen dieser strukturellen Schließungen nicht effektiv und rasch begegnet wird, kann die gesetzlich gebotene Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln durch Apotheken (§ 1 Abs. 1 S. 1 ApoG) flächendeckend nicht länger gewährleistet werden.

I. Gesetzeswidrige Unterlassung der Anpassung des Apothekenhonorars

Der mit weitem Abstand entscheidendste Faktor für den kontinuierlichen Wegfall der Vor-Ort-Apotheken ist die seit 2013 (!) vollständig unterbliebene Anpassung des Apothekenhonorars, obgleich diese gesetzlich vorgeschrieben ist:

§ 78 Abs. 2 S. 1 AMG: *„Die Preise und Preisspannen müssen den berechtigten Interessen der Arzneimittelverbraucher, der Apotheken und des Großhandels Rechnung tragen; zu den berechtigten Interessen der Arzneimittelverbraucher gehört auch die Sicherstellung der Versorgung sowie die Bereitstellung von Arzneimitteln nach § 52b.“*

¹³

https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/Pressetermine/2025/DAV-WiFo-2025/Apothekenwirtschaftsbericht_2025.pdf

2004 erfolgte die letzte echte Anpassung der Apothekenhonorare. 2013 erfolgte einmalig eine nominale Erhöhung des Honorars um gerade einmal 3%. Dies entspricht einer gewöhnlichen jährlichen Inflationsanpassung¹⁴.

Die Einnahmen der GKV haben sich im Zeitraum 2013-2025 um 72,1% erhöht, das Bruttoinlandsprodukt um 53,6%. Die Apothekenvergütung je RX-Packung ist in diesem Zeitraum gerade einmal um 12,8% gestiegen, bei gleichzeitiger Zunahme der Sachkosten der Apotheken um 47,3% und der Personalkosten um 78,8%¹⁵.

Die Kosten für die Apotheken sind im Vergleich zu den anderen Kosten im Gesundheitssystem absolut gering und relativ gesehen zu den Gesamtausgaben der GKV sogar von 1,9% im Jahr 2023 auf 1,8% im Jahr 2024 gesunken¹⁶.

II. „Skonto-Urteil“

Durch das sog. Skonto Urteil des Bundesgerichtshofs (Urteil vom 8.02.2024, Az. I ZR 91/23) ist eine seit Jahrzehnten angewandte Praxis für rechtswidrig erklärt worden. Dieses Urteil führt zu deutlich erhöhten Wareneinkaufspreisen der Apotheken und hat erheblich dazu beigetragen, dass Apotheken ihren Betrieb nicht mehr wirtschaftlich betreiben können.

III. „Preisbindungs-Urteil“

In dem sog. „Preisbindungs-Urteil“ hat der Bundesgerichtshof entschieden (Urteil vom 17.07.2005, Az. I ZR 74/24), dass sich ausländische Arzneimittelversender nicht an die, deutsche Apotheken bindende, Gleichpreisigkeit von Arzneimitteln halten müssten. Es sei nicht erwiesen, dass diese der Volksgesundheit dienende Vorschrift eine Einschränkung der allgemeinen Warenverkehrsfreiheit rechtfertigen könne. Eine derart eklatante Inländerdiskriminierung und Duldung einer Wettbewerbsverzerrung ist in der Jurisprudenz wohl einzigartig. Dieses Fehlurteil torpediert die Grundfeste der deutschen Arzneimittelversorgung und kann weder rational noch juristisch nachvollzogen werden.

IV. Qualität und Quantität der Aufgaben

Die Anforderungen an die Qualität der Leistungen der Apotheken sind in den letzten zwanzig Jahren enorm gestiegen. Die Apotheken sind Vorreiter im Bereich der Digitalisierung (Bsp. E-Rezept, Gematik, Securpharm). Der zunehmende Grad der Digitalisierung hat den Verwaltungsaufwand nicht etwa

¹⁴ <https://www.aerzteblatt.de/news/einigung-bei-honoraren-28-prozent-mehr-fur-die-ambulante-versorgung-42d85c48-913d-42a0-ae9f-5f3d40794506>

¹⁵ https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/Pressetermine/2025/DAV-WiFo-2025/Apothekenwirtschaftsbericht_2025.pdf

¹⁶ https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/Pressetermine/2025/DAV-WiFo-2025/Apothekenwirtschaftsbericht_2025.pdf

verringert. Im Gegenteil. Die gewöhnlichen Arbeitsprozesse sind komplexer, komplizierter, anfälliger (IT-Ausfälle etc.), zeitaufwändiger und teurer geworden. Ausfälle bei der Gematik treten regelmäßig auf¹⁷ und schädigen Patientinnen und Patienten und Apotheken.

Die Apotheken übernehmen zudem kontinuierlich zusätzliche Aufgaben:

- Impfen
- Engpassmanagement
- E-Rezept,
- Arzneimittelsicherheit,
- Medikationsplan,
- PDL
- Rabattverträge
- Gesundes-Herz-Gesetz

, ohne dass diese auch nur annähernd evidenzbasiert-adäquat honoriert werden. Ein plastisches Beispiel ist die 50 Cent-Pauschale für das Lieferengpassmanagement.

Daneben, bisher nicht gewürdigt, übernehmen die Apotheken faktisch, quasi selbstverständlich und daher ohne Honorierung einen erheblichen Anteil sozialer Dienste im Gesundheitssektor, die über die sog. „Gesundheitskioske“ mit erheblichen Mehrkosten abgebildet werden sollten („Lotsen- und Filterfunktion der Apotheken im Gesundheitssystem“). Der Wegfall von Apotheken zieht somit weitere Kosten nach sich, die heute ganz nebenher erbracht werden, und zwar:

- niederschwellig (ohne Terminvergabe)
- persönlich
- qualifiziert
- gut mit dem öffentlichen Nahverkehr erreichbar
- barrierefrei

V. Bürokratie

Der aktuelle Verwaltungsaufwand der Vor-Ort-Apotheken steht in einem nicht angemessenen Verhältnis zum Nutzen. Entbürokratisierungsregelungen, die in Krisenzeiten erfolgreich angewandt worden sind und sogar zu Kosteneinsparungen geführt haben (SARS-CoV-2-Verordnung), wurden nicht fortgesetzt oder ausgebaut, sondern wieder zurückgenommen.

¹⁷ <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/warken-will-verlaesslicheres-e-rezept-162703/>

VI. Kompetenzerweiterung

Pharmazeuten sind hochqualifizierte Fachkräfte. Deren fachliche Qualifikationen werden weltweit in öffentlichen Apotheken und in der pharmazeutischen Industrie gesucht und gewertschätzt. Diese Ressource wird derzeit in den hiesigen öffentlichen Apotheken nicht ansatzweise ausgeschöpft.

VII. Überproportionales wirtschaftliches Risiko

Apothekerinnen und Apotheker sind nach aktuellem Recht eingetragene Kaufleute, ohne die Möglichkeit, das wirtschaftliche Haftungsrisiko auf das Betriebsvermögen zu beschränken. Sie haften für sämtliche betrieblichen Schulden uneingeschränkt mit ihrem Privatvermögen.

Selbst reine Formfehler bei der ärztlichen Verschreibung berechtigen die Krankenkassen zu sog. nicht heilbaren Null-Retaxationen gegenüber den Apotheken. Bei hochpreisigen Arzneimitteln sind diese zeitlich erheblich nachgelagerten Retaxationen existenzgefährdend.

Die pharmazeutischen Unternehmer müssen den Krankenkassen einen Rabatt gewähren (Herstellerrabatt). Rechtlich haften die Apotheken gegenüber den Krankenkassen für diesen Herstellerrabatt, wenn diese beim Hersteller z.B. wegen Insolvenz uneinbringlich sind (§ 130a SGB V).

VIII. Versandhandel

Die „Versender“ haben den Bereich freiverkäuflicher Arzneimittel schon lange stark unter Druck gesetzt, häufig mit Dumpingpreisen. Der Verkauf dieser Arzneimittel kann daher schon lange nicht mehr dazu führen, Defizite der Apotheken im Bereich der Abgabe rezeptpflichtiger Medikamente wirtschaftlich zu kompensieren. Durch das E-Rezept hat sich diese Problematik erheblich intensiviert und das Apothekensterben wurde noch einmal massiv beschleunigt. Die erheblichen Mängel des E-Rezept-Systems gehen voll zu Lasten der Apotheken und begünstigen ausschließlich den Versandhandel. Technische Ausfälle sind an der Tagesordnung und das pflichtwidrige, nicht unverzügliche Signieren der E-Rezepte durch die Praxen verhindert die sofortige und damit ordnungsgemäße Abgabe der Arzneimittel durch die Apotheken. Der Frust der Patientinnen und Patienten wird bei den Apotheken abgeladen und diesen zugerechnet.

Die kostenintensiven pharmazeutischen Beratungen, Dienstleistungen, Kontrollen und Vorhalteleistungen werden allein von den Apotheken getragen. Die rein logistischen Tätigkeiten der Versender werden überproportional, zu Lasten des Beitragssystems, honoriert. Die Versender erlangen Marktanteile, indem sie die vorhandenen Wettbewerbsverzerrungen ausnutzen (Rosinenpickerei) und sich nicht einmal an das zentrale Instrument zur Sicherung gleichwertiger Versorgungsbedingungen halten müssen, den einheitlichen Apothekenabgabepreis¹⁸ („Jauch-Rabatt“).

¹⁸ Stellungnahme des Bundesrates in seiner 1061. Sitzung am 30. Januar 2026.

Der faktisch nicht vorhandene Wille der Politik den Versandhandel einzuschränken, obgleich dies bereits im Koalitionsvertrag 2018 der CDU, CSU und SPD vereinbart wurde: „*Wir stärken die Apotheken vor Ort: Einsatz für Verbot des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln.*“ führt zu einer maximalen Politikverdrossenheit der Apothekerschaft. Die viel zitierten gleichlangen Spieße werden nicht herbeigeführt, die Wettbewerbsnachteile der Apotheken werden hingenommen.

IX. Fachkräftemangel

Die zuvor genannten Ursachen führen dazu, dass Fachkräfte in andere Branchen oder in das Ausland abwandern, und neuer Nachwuchs, mangels Perspektive, nicht gewonnen werden kann, weder durch Ausbildung, noch durch Gewinnung ausländischer Fachkräfte.

Darüber hinaus gibt es einen Mangel an universitären Lehrstühlen im Bereich der Pharmazie.

Die PTA-Ausbildung ist nach wie vor mit zu hohen Kosten verbunden. Weiterbildungs- und Fortbildungsmöglichkeiten sind stark ausbaufähig.

Die Anerkennung ausländischer Abschlüsse ist zu langwierig und kompliziert.

C. Lösungen

Zur Sicherstellung einer krisenresilienten, flächendeckenden, dezentralen Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln durch autonom funktionierende, wohnortnahe Raumeinheiten, die einen ordnungsgemäßen Apothekenbetrieb ermöglichen, jeweils persönlich geleitet durch approbierte Apothekerinnen und Apotheker, in denen sie die hoheitliche Aufgabe der Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln zum Schutze der öffentlichen Gesundheit eigenverantwortlich und qualifiziert wahrnehmen, müssen Änderungen bei der Vergütung der Apotheken, sowie bei strukturellen und bürokratischen Anforderungen getroffen werden.

I. Neuregelung des Apothekenhonorars

Alternativlos ist die unverzügliche Anpassung der Apothekenhonorare. Unterbleibt diese, können die Apotheken Ihre Hauptaufgabe, die Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln, nicht wirtschaftlich erbringen. Die Grundversorgung und die Nebenleistungen der Apotheken müssten durch andere, nicht qualifizierte Einrichtungen erbracht werden. Dies würde zu einer reinen Umverteilung der Aufgaben bei gleichzeitiger signifikanter Qualitätsabsenkung führen. Hierdurch würden neue immense Kostenfaktoren (unmittelbar und mittelbar) erzeugt werden.

Die seit zwanzig Jahren unterlassene Anpassung der Honorare ist zudem gesetzeswidrig (§ 78 Abs. 2 S. 1 AMG). Den künftigen Haushalten drohen erhebliche Belastungen durch Nachforderungen. Aussichtsreiche Klageverfahren diesbezüglich sind bereits rechtshängig. Die ersten Entscheidungen sind sehr zeitnah zu erwarten. Die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts ist insoweit klar und unmissverständlich (BVerfG 1 BvR 786/70 u.a. Rn 103ff „Anwaltsnotar“): *„Eine Verpflichtung, berufliche Leistungen für ein Entgelt zu erbringen, das erheblich unter diesen als angemessen geltenden Regelgebühren liegt, ist verfassungsrechtlich als Einschränkung der freien Berufsausübung zu sehen“*.

Die Zusammensetzung des Apothekenverkaufspreises durchläuft mehrere Handelsstufen und muss aus Sicht aller Beteiligten des Versorgungsprozesses gesamtheitlich und auf jeder Stufe betrachtet werden. Dies wird besonders anhand der sog. Skonto-Problematik deutlich: *„Wir appellieren an den Gesetzgeber, eine Lösung zusammen mit Großhandel und Apotheken im gemeinsamen Interesse an der Arzneimittelversorgung zu finden und keine einseitig belastenden und strukturvernichtenden Lösungen weiterzuverfolgen. Der Pharmagroßhandel muss Teil der Lösung sein.“¹⁹*

¹⁹ Stellungnahme des Verbands der vollversorgenden pharmazeutischen Großhändler, PHAGRO: <https://www.phagro.de/aktuelles/skonto-regelung-pharmagrosshandel-muss-teil-der-loesung-sein/>

1. Abgabepreis der pharmazeutischen Unternehmen

Der Abgabepreis der pharmazeutischen Unternehmen, auch als Herstellerabgabepreis bezeichnet, ist der Einkaufspreis des Großhandels, entspricht aber nicht den tatsächlichen Einnahmen der pharmazeutischen Unternehmer („Hersteller“), da diese den Krankenkassen einen Herstellerabschlag gewähren müssen (§ 130a SGB V).

Mit dem Medizinforschungsgesetz werden die Rahmenbedingungen für die Entwicklung, Zulassung und Herstellung von Arzneimitteln und Medizinprodukten in Deutschland deutlich verbessert²⁰. Aufgrund dieser Verbesserungen auf der ersten Handelsstufe zu Gunsten der pharmazeutischen Unternehmer, muss geprüft werden, in wie weit der Herstellerabschlag korrespondierend dauerhaft erhöht werden kann, damit die Beitragszahler angemessen an der verbesserten Entwicklung, Zulassung und Herstellung von Arzneimitteln in Deutschland wirtschaftlich partizipieren²¹.

2. Apothekeneinkaufspreis (Skonti, Boni, Rabatte)

Aktuell gilt gemäß § 3 Abs. 1 S. 1 AMPreisV: *„Bei der Abgabe von Fertigarzneimitteln, die zur Anwendung bei Menschen bestimmt sind, durch den Großhandel an Apotheken oder Tierärzte sind auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers ein Festzuschlag von 73 Cent sowie die Umsatzsteuer zu erheben; zusätzlich darf auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers ohne die Umsatzsteuer höchstens ein Zuschlag von 3,15 Prozent, höchstens jedoch 37,80 Euro erhoben werden.“*.

Auf den Abgabepreis der pharmazeutischen Unternehmen *müssen* laut dem Bundesgerichtshof die Großhändler also einen Festzuschlag von 0,73 € erheben und *dürfen* zusätzlich einen Zuschlag von 3,15%, maximal 37,80 €, erheben.

Jahrzehntlang gewährten die Großhändler „Skonti“, die dazu führten, dass der Festzuschlag von 0,73 € effektiv nicht erhoben wurde. Skonti, Boni und sonstige Rabatte (Nachlässe) der Großhändler sind aber entsprechend der aktuellen Rechtsprechung des BGH unzulässig, soweit diese dazu führen, dass der zu erhebende Festzuschlag unterlaufen wird²²: *„Das Berufungsgericht hat mit Recht angenommen, dass die Vorschrift des § 2 Abs. 1 Satz 1 AMPreisV für den pharmazeutischen Großhandel bei der Abgabe von verschreibungspflichtigen Fertigarzneimitteln an Apotheken die Verpflichtung normiert, einen Mindestpreis zu beanspruchen, der der Summe aus dem Abgabepreis des*

²⁰ https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/M/Kabinettsbeschluss_Entwurf_eines_Medizinforschungsgesetzes.pdf

²¹ <https://www.stern.de/wirtschaft/news/industrie--mehr-produktion--mehr-umsatz--pharmabranche-legt-kraeftig-zu-37172264.html>

²² BGH vom 08.02.2024 – AZ: I ZR 91/23 – <https://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=en&Datum=Aktuell&Sort=12288&nr=137213&pos=10&anz=1371>

pharmazeutischen Unternehmers, dem Festzuschlag von 70 Cent (aktuell 73 Cent) und der Umsatzsteuer entspricht, und dass die Gewährung von Skonti, die zu einer Unterschreitung dieses Mindestpreises führen, unzulässig ist.“

Dieses Urteil ist für die Apotheken existenzgefährdend: *„Eine Apotheke von durchschnittlicher Umsatzgröße könnte danach gut 22.000 Euro Ergebnis verlieren – das wären rund 16 Prozent oder etwa 0,50 Euro pro Packung.“*²³

Dieses wirtschaftliche Argument lässt der BGH jedoch aufgrund der klaren Regelsystematik des Gesetzes nicht zu: *„Soweit die Revision geltend macht, die Apotheken seien auf die Skonti angewiesen, um eine flächendeckende und wohnortnahe Arzneimittelversorgung sicherzustellen, trägt dies der Regelungssystematik der Arzneimittelpreisverordnung nicht Rechnung. Die angemessene Vergütung der Apotheken wird nicht durch die Gewährung verbotener Rabatte auf die Großhandelspreise, sondern durch die in § 3 AMPreisV vorgesehenen Apothekenzuschläge gesichert, die - sollten sie hierfür nicht ausreichen - bei Bedarf vom Verordnungsgeber angehoben werden können.“*

Auf die mögliche Verfassungswidrigkeit der Vergütung des Großhandels²⁴ (§ 78 Abs. 2 S. 1 AMG i.V.m. § 2 AMPreisV), insbesondere durch die Kappung des Zuschlags auf 37,80 € bei hochpreisigen Arzneimitteln, wird hingewiesen.

3 Apothekenverkaufspreis (Fixum, Dynamisierung, Apothekenabschlag und variabler Vergütungsbestandteil)

3.1 Anpassung des Fixums – Inflations- und Lohnsteigerungsausgleich

Der Festzuschlag der Apotheken beträgt aktuell gem. § 2 Abs. 1 AMPreisV: 8,35 € (sog. „Fixum“).

Effektiv beträgt der Festzuschlag jedoch nur: 6,58 €. Die Apotheken haben den Krankenkassen einen Abschlag in Höhe von 1,77 € zu gewähren (§ 130 SGB Abs. 1a SGB V).

Im ersten Schritt ist zunächst die unterbliebene Inflationsanpassung der letzten Jahre nachzuholen. Der aktuelle Festzuschlag verstößt gegen § 78 Abs. 2 S. 1 AMG. Auf die diversen Rechtsgutachten, Stellungnahmen und die empirischen Daten (rund 500 Apothekenschließungen allein im Jahr 2023) kann insoweit verwiesen werden.

Die letzte Erhöhung des Fixums erfolgte vor rund zwanzig Jahren. Die Inflation hat sich insbesondere in den Jahren 2021, 2022 und 2023 stark entwickelt und ist in den letzten zwanzig Jahren um rund 40%

²³ <https://www.treuhand-hannover.de/apotheker/magazin/magazin-detail/skonto-urteil-erschuettert-branche>
²⁴ <https://www.phagro.de/standpunkte/zur-verfassungswidrigkeit-des-%c2%a7-2-ampreisv-im-referentenentwurf-eines-apotheken-reformgesetzes-aporg/>

gestiegen. In den letzten 10 Jahren (2013 – 2024) haben sich die Einnahmen der GKV im Verhältnis zu den Apotheken um rund 1/3 gesteigert²⁵.

Als Bemessungsgrundlage für den Inflationsanpassungsmultiplikator wird zweckmäßigerweise das aktuelle effektive Fixum (nach dem Apothekenabschlag) herangezogen, also 6,58 €. Die inflationsbedingte Anpassung beträgt somit rund 2,63 € (6,58 € x 40%). Das *effektive* Fixum muss daher auf mindestens 9,21 € (bzw. auf 10,98 € bei Beibehaltung des Abschlags) angepasst werden, um nur die Inflationsentwicklung auszugleichen.

Darüber hinaus sind insbesondere die im Verhältnis zum Apothekenhonorar überproportional gestiegenen Lohnentwicklungen zu berücksichtigen. Die ADEXA hat hier bereits Berechnungen erstellt und dem BMG vorgestellt²⁶. Um den angestellten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Apotheken mit einem Frauenanteil von 88,3% ein qualifikationsadäquates Gehalt zahlen zu können, muss das Fixum um weitere 0,80 € erhöht werden (Personalzulage), so dass dieses dann effektiv rund 10,00 € (bei Beibehaltung des Abschlags 11,77 €) betragen muss.

Die Gehaltsstruktur in den Apotheken ist weit unterdurchschnittlich im Verhältnis zur Qualifikation der Mitarbeiter/innen und dem Grad der Verantwortung. Sie verdienen im Schnitt weit weniger als Angestellte der Krankenkassen, bei erheblich anspruchsvolleren Arbeitsbedingungen (z.B. Arbeitszeiten). Eine PTA steigt mit einem tariflichen Stundenlohn von gerade einmal 13,98 Euro ein. Und ihre kaufmännischen Kolleginnen, also die PKA, liegen beim Berufsstart mit 12,46 Euro nur 5 Cent über dem ab 1. Januar 2024 geltenden gesetzlichen Mindestlohn²⁷.

Zwecks Vereinfachung und Entbürokratisierung sollte § 130 SGB V, also der Apothekenabschlag, komplett gestrichen werden. Der Festzuschlag kann dann in der AMPPreisV auf: 10,00 € festgesetzt werden und darauf aufbauend jährlich automatisch angepasst („dynamisiert“) werden.

Aktuell werden seitens der Krankenkassen und einzelner Abgeordneter Rufe laut, dass die Erhöhung des Fixums unterbleiben sollte, da es sich um eine Maßnahme nach dem Gießkannenprinzip handeln würde. Gemeint ist damit (wohl), dass die Erhöhung des Fixums nicht zielgerichtet sei, obgleich eine Gießkanne ja eigentlich genau das tut, nämlich zielgerichtet dorthin Wasser zu spenden, wo es am Nötigsten ist. Kurz zu diesen Äußerungen: Durch die der Erhöhung des Fixums werden die pharmazeutischen Haupt- und auch die sonstigen medizinischen und sozialen Leistungen der

²⁵ ABDA Wirtschaftsbericht 2024: https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/Pressetermine/2024/DAV-WiFo-2024/Apothekenwirtschaftsbericht_2024.pdf

²⁶ <https://www.adexa-online.de/aktuelles/detailansicht/news/adexa-vorstand-spricht-mit-karl-lauterbach-personalzulage-und-novellierung-der-pta-ausbildung-statt-apotheken-reformgesetz/>

²⁷ <https://www.adexa-online.de/aktuelles/detailansicht/news/tarifgehaelter-in-oeffentlichen-apotheken-was-verdienen-pta-pka-und-angestellte-apothekerinnen/>

Apotheken abgegolten. Dabei handelt es sich mitnichten um eine Erhöhung nach dem Gießkannenprinzip, so wie es die Krankenkassen (wohl) verstehen. Das Fixum knüpft an eine exakt bestimmbare quantitative Größe an, die abgegebenen Packungen. Dieser Anknüpfungspunkt wiederum erlaubt einen zielgerichteten Rückschluss auf die erbrachten und somit zu vergütenden Leistungen, wenngleich dies notwendigerweise pauschalierend in Form einer Mischkalkulation erfolgt, was vollkommen üblich ist, wie z.B. bei Streitwerten im Rahmen juristischer Auseinandersetzungen oder den Fallpauschalen im Bereich der medizinischen Versorgung.

Daneben erscheinen zusätzliche Vergütungsbestandteile, wie der vom Bundesrat vorgeschlagene, Versorgungszuschlag sinnvoll. Hierdurch erfolgt eine nachvollziehbare Anknüpfung an die notwendige Differenzierung zwischen Gemeinkosten und Einzelkosten und stärkt die Breite und damit Resilienz des Versorgungsnetzes. Der Vorschlag des Bundesrats ist pragmatisch und zielgerichtet, anders als irgendwie geartete Landapothekenzuschläge.

3.2 Dynamisierung des Fixums

Der Vorschlag zur Dynamisierung des Fixums des BMG ist ein richtiger Ansatz. Pragmatisch wäre hier die Kopplung an den sog. Orientierungswert, den die KBV mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen aushandelt.

3.3 Variabler Vergütungsbestandteil

Eine Absenkung des variablen Vergütungsbestandteils ist vollständig abzulehnen.

Eine Finanzierung hochpreisiger Medikamente wird dadurch vollends unwirtschaftlich, mit der Folge, dass der sog. Kontrahierungszwang mangels Verfassungskonformität nicht mehr einzuhalten ist. Die Apotheken werden hochpreisige Arzneimittel dann schlicht nicht mehr anbieten können, da die Vorfinanzierungskosten den Ertrag überschreiten. Zudem birgt die Vorfinanzierung von hochpreisigen Arzneimitteln weitere Gefahren, wie z.B. die Retaxation.

In diesem Kontext zu berücksichtigen sind auch die enormen Kosten des Geldverkehrs, durch bargeldlosen Zahlungsverkehr (Kosten für Kartenzahlungen zwischen 1% - 3%).

4. Ermäßigter Umsatzsteuersatz

Nur 3 von 27 Mitgliedsstaaten erheben auf Arzneimittel den allgemeinen Umsatzsteuersatz (Deutschland, Bulgarien und Dänemark), 21 Mitgliedsstaaten erheben den ermäßigten Umsatzsteuersatz und 3 Mitgliedsstaaten erheben keine Umsatzsteuer auf Arzneimittel²⁸.

²⁸ <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/29950/umfrage/eu-mehrwertsteuer-auf-arzneimittel-im-vergleich-2010/>

Die Absenkung der Umsatzsteuer auf den ermäßigten Steuersatz von 7% ist dringend zu empfehlen. Es ist nicht erkennbar wieso die Beitragszahler den allgemeinen Steuerhaushalt, zu Lasten der Lohnnebenkosten, so stark bezuschussen sollten.

5. Versicherungsfremde Leistungen

Das beitragsfinanzierte Krankenkassensystem ist konsequent um alle versicherungsfremden Leistungen zu bereinigen. Dies ist aus Gründen der sozialen Gerechtigkeit schlicht geboten.

6. Anhebung der Notdienstgebühr

Um die missbräuchliche Inanspruchnahme des Notdienstes einzuschränken ist die Anhebung der Notdienstgebühr vorzunehmen.

7. Erhöhung der Zuzahlung

Die gesetzliche Zuzahlung für die Arzneimittel ist seit zwanzig Jahren nicht angepasst worden. Dies ist zu überprüfen, auch in wie weit die Befreiungsgrenzen anzupassen sind.

Die Apotheken erheben die Zuzahlungen für die Krankenkassen und prüfen die Zuzahlungsbefreiungen. Neben dem zeitlichen Aufwand bleiben sie komplett auf den Transaktionsgebühren sitzen, die dadurch entstehen, dass die Kunden ihre Zuzahlung mittels Karte zahlen. Pro Zuzahlung sollte eine Aufwandsgebühr für die Apotheken von 20% mit erhoben werden.

8. Lieferengpasspauschale

Die 0,50 € Lieferengpasspauschale deckt nicht ansatzweise den tatsächlichen zeitlichen Aufwand, der den Apotheken durch die Dokumentation der Nichtverfügbarkeit entsteht. Diese Pauschale muss, sofern sie nicht grundsätzlich überarbeitet wird, was vorzugswürdig ist, auf mindestens 10,00 € angehoben werden.

II. Apotheken in unterversorgten Gebieten

Der Rückgang der „Apotheken in ländlichen Regionen“ beruht zum einen auf allgemeinen infrastrukturellen (Standort-) Problemen. „Wo kein Bäcker, wo keine Praxis, da auch keine Apotheke.“ Dieses Problem ist daher kein apothekenspezifisches Problem und darf somit auch nicht isoliert im Rahmen einer Apothekenreform betrachtet werden.

Der zweite wesentliche Aspekt ist die seit zwanzig Jahren unterbliebene Honoraranpassung. Nur wenn das Honorar angepasst wird und die strukturellen Probleme vor Ort verbessert werden, können „Landapotheken“, genau wie „Landarztpraxen“, perspektivisch überhaupt erst wieder mit persönlicher Vor-Ort-Beratung durch eine/n Apotheker/in betrieben werden.

1. Kommunale MVZ

Als temporäre Lösung stehen kommunale MVZ zur Verfügung. Aufgrund der Vielzahl der rechtlichen und wirtschaftlichen Problematiken soll auf diese im Rahmen einer Apothekenreform nicht isoliert eingegangen werden.

2. Kompetenzapotheken

Neben den MVZ könnten in unterversorgten Gebieten sog. Kompetenz-Apotheken gegründet werden. Solche Kompetenz-Apotheken könnten neben den Aufgaben der öffentlichen Apotheke zusätzlich Aufgaben der Selbstverwaltung, Schulungen, Qualifizierungen und weitere Sonderaufgaben übernehmen.

3. Notstandsversorgung: Zweigapotheken, Scheinapotheken und Versandhandel

Vorweg muss klargestellt werden, dass all die nun folgenden Ansätze: Zweigapotheken, Scheinapotheken und Versandhandel eine *Notstandsversorgung* darstellen.

Notstandslösungen sind verfassungsrechtlich *in zeitlicher, als auch in örtlicher Hinsicht auf das Notwendige zu beschränken*. Die Notstandsversorgung darf keinesfalls in Konkurrenz zur Regelversorgung treten. Sie darf diese nur ersetzen solange und soweit der Notstand nicht beseitigt werden kann. Tritt die Notstandsversorgung in Konkurrenz zur Regelversorgung wäre dies evident und in mehrfacher Hinsicht verfassungswidrig.

Der Bund, die Länder und die Kommunen sind gehalten, dass Stadt-Land-Gefälle ganzheitlich anzugehen. Es ist nicht etwa eine besondere Herausforderung, sondern vielmehr eine seit langer Zeit verpasste Chance neuen attraktiven Wohnraum zu erschaffen oder solchen wiederzubeleben. Hier hilft nur „Bauen, bauen, bauen.“²⁹

3.1. Örtlicher Notstand in der Arzneimittelversorgung

Zunächst ist in örtlicher Hinsicht zu definieren was ein Gebiet ist.

Sinnvollerweise zieht man hier die bestehende Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung heran, die der Sicherstellung der ambulanten Versorgung dient. Einhergehend mit den rechtlich gebotenen Bestandsschutzregelungen sollte zudem grundsätzlich eine Ankopplung der Apotheken an die Bedarfsplanung der Ärzteschaft angestrengt werden. Zudem sollte die Anzahl der zulässigen Filialen/Zweigapotheken pro Apotheker/in nicht etwa ausgeweitet, sondern reduziert werden, selbstverständlich ebenfalls unter Beachtung der rechtlich gebotenen Bestandsschutzregelungen. Hierdurch wird die inhabergeführte Apothekerschaft gefördert, indem man einen Anreiz für die Selbstständigkeit schafft. Ein „Gebietsschutz durch Sitzprinzip“ dürfte viele

²⁹ CDU Wahlslogan zur Bundestagswahl 2025.

junge Apothekerinnen und Apotheker motivieren, sich einer Landapotheke zu widmen. Bei der Anzahl der Sitze muss insbesondere dem Umstand Rechnung getragen werden, dass die Schutzbedürftigkeit der alternden Bevölkerung zunimmt und daher der Bedarf nach den Leistungen der Apotheken zu- und nicht etwa abnimmt.

Sodann muss in einem zweiten Schritt analysiert werden, ob in dem jeweiligen Gebiet tatsächlich ein Notstand in der Arzneimittelversorgung besteht (§ 16 Abs. 1 ApoG): *„Tritt infolge Fehlens einer Apotheke ein Notstand in der Arzneimittelversorgung ein, so kann die zuständige Behörde dem Inhaber einer nahegelegenen Apotheke auf Antrag die Erlaubnis zum Betrieb einer Zweigapotheke erteilen, wenn dieser die dafür vorgeschriebenen Räume nachweist.“*

„Für die Annahme eines „Notstandes in der Arzneimittelversorgung“ kommt es vorliegend daher darauf an, ob der Zugang zur nächstgelegenen Apotheke außergewöhnlich erschwert ist. Dies ist jedenfalls dann der Fall, wenn die Bewohner eines abgelegenen Ortes auf eine bestimmte, witterungsabhängige Verkehrsverbindung angewiesen sind, wie etwa Inseln oder Dörfer, die nur auf dem Wasser oder in der Luft erreichbar sind. Gleiches gilt für Bergdörfer, die damit rechnen müssen, im Winter durch Schnee und Eis von der Umwelt abgeschnitten zu werden.“³⁰

Ein Gebiet, welches sich im Notstand der Arzneimittelversorgung befindet liegt also dann vor, wenn der Zugang zur nächstgelegenen Apotheke außergewöhnlich erschwert ist. Auf die reine Entfernung zur nächstgelegenen Apotheke kommt es insoweit nicht an. Reine Entfernungen begründen keine Notsituation. Weitere Wege rechtfertigen keine Qualitätsabsenkung in der Arzneimittelversorgung.

3.2 Zweigapotheken

In solchen Notstandsgebieten ist die Errichtung sog. Zweigapotheken zulässig (§ 16 Abs. 1 ApoG).

An diese Notstandsapotheken werden geringere strukturelle Anforderungen gestellt, als an Vollapotheken (Haupt- und Filialapotheken), z.B. müssen diese kein Labor vorhalten und können in kleineren Räumen eröffnet werden. Der Inhaber der Hauptapotheke kann die Zweigapotheken selber leiten und muss keinen Filialleiter ernennen. Diese geringeren Anforderungen erhalten durch die besondere Notstandssituation rechtliche Legitimation.

Rechtlich zwingend ist, dass diese Notstandsapotheken den echten Apotheken keine Konkurrenz machen. Die Erlaubnis für den Betrieb einer Notstandsapotheke ist daher stets zeitlich zu befristen (5 Jahre). Noch entscheidender ist aber, dass diese Notstandsapotheken in örtlicher Hinsicht nicht in Konkurrenz zu den Vollapotheken treten. Dies wäre ein eklatanter Eingriff in Art. 12 GG. An die Prüfung

³⁰ OVG Lüneburg vom 03.11.2004 – AZ: 8 ME 80/04.

der Voraussetzung, ob tatsächlich ein außergewöhnlich erschwerter Zugang zu einer Apotheke besteht, sind daher extrem hohe Anforderungen zu stellen.

Der aktuelle Entwurf der Neufassung des § 16 ApoG soll die Erlaubnis zur Errichtung einer Zweigapotheke bereits dann erlauben, wenn in abgelegenen Orten oder Ortsteilen (6km) die Arzneimittelversorgung deutlich eingeschränkt ist. Darüber hinaus soll die Erlaubnis für zehn Jahre gelten. Diese Neuregelung stellt eine sachlich nicht gerechtfertigte Ungleichbehandlung gegenüber Haupt- und Filialapotheken dar. Es würde zwangsläufig sukzessive dazu führen, dass Filialapotheken wegfallen und nur noch Zweigapotheken ohne Labor errichtet werden. Das wiederum wäre ein massiver Nachteil für die Hauptapotheken. Konkurrenzschutzklagen sind damit vorprogrammiert. Eine sich selbst dynamisierende, qualitativ und quantitativ wirkende Abwärtsspirale im Bereich der Arzneimittelversorgung wäre die Folge.

Die geplante Neuregelung des § 16 ApoG ist verfassungswidrig, wenn die Anforderungen an Zweigapotheken wie geplant so abgesenkt würden, dass bereits die deutlich eingeschränkte Arzneimittelversorgung ausreicht und kein echter Notstand mehr vorliegen muss. Das aktuelle Tatbestandsmerkmal des Notstandes durch die deutliche Einschränkung der Arzneimittelversorgung in einem Umkreis von 6km zu ersetzen ist unverhältnismäßig und willkürlich. Die aktuelle Notstandsregelung des § 16 ApoG würde zur Regelversorgung mutieren.

3.3 Scheinapotheken (Apotheken ohne Apotheker/in)

Grundsätzlich abzulehnen sind Einrichtungen, die ohne Apothekerin oder Apotheker betrieben werden. Solche Konstrukte sind keine Apotheken (auch keine Filial- oder Zweigapotheken). Solche Abgabestellen, stellen eine signifikante Qualitätsabsenkung bis hin zur Gesundheitsgefährdung dar, gerieren eine Scheinkompetenz und verstoßen einerseits gegen den Schutzbereich des Apothekengesetzes, nämlich die Abgabe von Arzneimitteln, als Waren besonderer Art³¹, Apothekerinnen und Apothekern zum Schutze der öffentlichen Gesundheit vorzubehalten und andererseits gegen Art. 12 GG. Solche Einrichtungen konterkarieren das Ziel der Apothekenreform, den Erhalt der flächendeckenden Arzneimittelversorgung mit der persönlichen Vor-Ort-Beratung durch einen Apotheker oder eine Apothekerin. Sie sind keine Apotheken.

In diesem Kontext sind auch die Pläne zur zeitweisen Vertretung durch PTA einzuordnen. Die Gedankenspiele eine Apotheke, wenn auch nur zeitweise, ohne approbierte Apotheker/in betreiben zu dürfen sind bestenfalls als Verzweiflungstaten / pure Resignation der Gesundheitspolitik zu erklären.

³¹ Ständige Rechtsprechung des EuGH.

Arzneimittel sind Waren ganz spezieller Natur, die nicht in den gewöhnlichen Warenverkehr eingebracht werden dürfen. Einzig approbierte Apotheker/innen verfügen über die erforderliche Qualifikation stets in ausreichendem Maße pharmazeutisch-medizinisch im Rahmen der Arzneimittelversorgung zu beraten. Genau das ist Gegenstand ihres Studiums. Diese einzigartige Kenntnis wird durch die Approbation dokumentiert und ausgewiesen. Dieses amtliche Zeugnis ist das Mittel die in der Arzneimittelversorgung erforderliche Warn- und Schutzfunktion wahrnehmen zu können, die erforderlich ist, um den Patientinnen und Patienten bewusst zu machen, dass die nicht ordnungsgemäße Einnahme von Arzneimitteln schwere Folgen für ihre Gesundheit nach sich ziehen.

Apotheker/innen nehmen damit im Bereich der Arzneimittelversorgung die Aufgabe wahr, die z.B. im Bereich der Rechtsgeschäfte Notarinnen und Notaren übertragen wurde. Beide Berufsgruppen schützen vor übereilten, unüberlegten Handlungen und betonen die Besonderheiten, der beabsichtigten Handlung um massive Schäden zu verhindern (Übereilungsschutz). Nur durch diese Warn- und Schutzfunktion der approbierten Apotheker/innen kann der Trivialisierung der Arzneimittelversorgung wirksam begegnet werden.

Niemand würde außerhalb von echten Notstandssituationen auf die Idee kommen eine Ärztin durch eine (erfahrene) MFA zu ersetzen, einen Chirurg durch einen operationstechnischen Assistenten, eine Anwältin durch eine Rechtsanwaltsfachangestellte, einen Priester durch einen Küster, einen Handwerksmeister durch einen Handwerksgehilfen usw. Es ist erschreckend weshalb man im Bereich der Arzneimittelversorgung, als hochgefährlichen und sensiblen Bereich, überlegt die Anforderungen an die Versorgung so signifikant herabzusetzen. Es ist der völlig falsche Ansatz zur Lösung des Fachkräfteproblems und wird dieses vielmehr beschleunigen (s.u.).

3.4 Versandhandel

Der Versandhandel mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln ist nur Apothekerinnen und Apothekern erlaubt, die eine öffentliche Apotheke betreiben. Der Versandhandel darf lediglich *zusätzlich* zu dem üblichen Apothekenbetrieb aus der öffentlichen Apotheke erfolgen, also als Ergänzung (§ 11a ApoG). Nicht erlaubt sind damit Apotheken, die Versandhandel in der Hauptsache betreiben und einen Apothekenbetrieb nur zusätzlich führen, um den Versandhandel betreiben zu dürfen. Apotheken können dem eindeutigen Wortlaut des Gesetzes nach also nur dann eine Erlaubnis zum Versand von apothekenpflichtigen Arzneimitteln erhalten, wenn diese Tätigkeit zusätzlich, also ergänzend, erbracht wird und nicht die Hauptleistung der Apotheke darstellt. Apotheken, die primär Versandhandel betreiben sind nach deutschem Recht unzulässig.

In der Mehrheit der Mitgliedsstaaten der EU ist der Versandhandel von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln komplett verboten. Der EuGH hat wiederholt ausgeführt, dass es den Mitgliedsstaaten

überlassen ist, wie sie die qualifizierte und flächendeckende Arzneimittelversorgung sicherstellen möchten. Wenn der Versandhandel mit Medikamenten dazu führt, dass der qualifizierte Vor-Ort-Versorgungsschutz gefährdet ist, sind die Mitgliedsstaaten berechtigt und auch gehalten den Versandhandel mit Medikamenten einzuschränken bis hin diesen zu verbieten.

Ein Versandhandelsverbot mit Erlaubnisvorbehalt für rezeptpflichtige Arzneimittel ist die effektivste und zugleich rechtssicherste Methode, die bestehenden Wettbewerbsnachteile der Apotheken, gegenüber den Versendern zu neutralisieren. Es besteht eine eklatante Wettbewerbsungleichheit zwischen den Apotheken einerseits und den Versendern andererseits, die die pharmazeutischen Leistungen und Qualifikationen vor Ort nicht vorhalten müssen.

Das deutsche Arzneimittelversorgungssystem unterscheidet stringent und konsequent zwischen dem pharmazeutischen Großhandel, als logistisch Verantwortlicher für die Arzneimittelversorgung der Apotheken und den Apotheken als Verantwortliche für die ordnungsgemäße pharmazeutisch-medizinische Abgabe der Arzneimittel. Diese gänzlich unterschiedlichen Aufgabenbereiche werden selbstverständlich separat und unterschiedlich vergütet (0,73 € / 8,35 €). Die sog. Versender haben diese naturgemäß bedingte Differenzierung zwischen Logistik und pharmazeutisch-medizinisch kontrollierter Abgabe ad absurdum geführt und erhalten für rein logistische Tätigkeiten die Apothekengebühr. Sie sind weder eine öffentliche Apotheke, noch versenden sie zusätzlich zum üblichen Apothekenbetrieb; sie sind pharmazeutische Großhändler mit Direktvertrieb, die zum Schein eine öffentliche Apotheke als Zusatz betreiben. Ihr Vorgehen ist schlicht illegal.

Der historische Gesetzgeber hielt es für nicht notwendig den Begriff der öffentlichen Apotheke legal zu definieren, sondern setzt diesen vielmehr voraus. Aus den gesetzlichen Anforderungen und Zielen, den Stellungnahmen zum ApoVWG und der täglichen Praxis lassen sich aber essentielle Wesensmerkmale einer Apotheke eindeutig definieren. Das Ergebnis der Subsumtion dieser Merkmale auf die Versender ist eindeutig: *Versender sind keine Apotheken.*

Apotheken erfüllen den hoheitlichen Versorgungsauftrag mit Arzneimitteln, eine Kernaufgabe der öffentlichen Daseinsvorsorge und Grundlage des Schutzes der Volksgesundheit. Diese staatliche Aufgabe entspringt dem verfassungsrechtlichen Sozialstaatsprinzip, dem Schutz der körperlichen Unversehrtheit und auch der Menschenwürde selbst. Verfassungsrechtlich nimmt sie damit oberste Priorität ein (staatliche Kernaufgabe). Einschränkungen in qualitativer und quantitativer Hinsicht können alleine durch Kollision gleichrangiger Verfassungsgüter gerechtfertigt sein; rein fiskalische Erwägungen bilden keine taugliche Rechtfertigung für Einschränkungen. Aufgrund der überragenden Bedeutung dieses staatlichen Auftrages muss die ordnungsgemäße Versorgung flächendeckend vorgehalten werden und resilient konzipiert sein.

Die ordnungsgemäße Versorgung mit Arzneimitteln ist dabei auf zwei Ebenen sicherzustellen. Die logistische Versorgung erfolgt durch den pharmazeutischen Großhandel, die Herstellung von individuellen und nicht auf dem Markt verfügbaren Arzneimitteln, sowie die pharmazeutisch-medizinisch kontrollierte Abgabe der Arzneimittel erfolgt durch die Apotheken.

Der Gesetzgeber gewährt der logistischen Ebene eine Vergütung von 0,73 € / Packung + 3,15%. Diese Vergütung ist ebenfalls zwingend an die Kostenentwicklung automatisiert anzupassen.

Die Apotheken erhalten für die pharmazeutisch-medizinisch kontrollierte Abgabe der Arzneimittel einen Zuschuss von 8,35 € + 3%. Da es sich hierbei um die Erfüllung eines staatlichen Versorgungsauftrages mit überragendem Verfassungsrang handelt, werden an den Betrieb einer Apotheke zu Recht höchste Qualitätsanforderungen, sowohl in objektiver, als auch in subjektiver Hinsicht gestellt, die regelmäßig durch unabhängige Behörden kontrolliert werden.

1. Objektive Anforderungen

a) Wohnortnähe

Apotheken sind Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge. Um den hoheitlichen Auftrag erfüllen zu können müssen die Räumlichkeiten gut erreichbar sein. Schwächen der lokalen Infrastruktur gehen unmittelbar zu Lasten auch der Arzneimittelversorgung. Apotheken sind Teil der Nachbarschaft, wohnortnahe Einrichtungen. Hierdurch wird gewährleistet, dass die Arzneimittelversorgung unmittelbar und unverzüglich erfolgen kann.

Versender begründen ihren Sitz nach gänzlich anderen Gesichtspunkten. Steuerliche Vorteile, die Nichteinhaltung deutscher Schutzvorschriften und günstige Flächen sind maßgebliche Aspekte. Eine unmittelbare und unverzügliche Versorgung ist ihnen daher nicht möglich. Sie müssen sich stets externer Dienstleister, wie z.B. DHL bedienen, was zu erheblichen Defiziten in zeitlicher und qualitativer Hinsicht führt. Die Dienstleister differenzieren nicht zwischen Paketen mit Büchern und Paketen mit Arzneimittel. Würden Sie dies tun, wären die Stückkosten pro Lieferung vollkommen unwirtschaftlich. Allein die Tatsache, dass diese Logistik vollkommen unkontrolliert erfolgt und nicht den erforderlichen Qualitätsanforderungen entspricht, erlaubt in wirtschaftlicher Hinsicht den Individualversand von Arzneimitteln, zumindest solange und soweit die Aktionäre noch Geduld aufbringen dieses defizitäre Modell weiter zu begleiten.

b) Autonome Funktionsfähigkeit

Die wohnortnahen Raumeinheiten müssen jede für sich, autonom, einen ordnungsgemäßen Apothekenbetrieb ermöglichen. Anderenfalls kann das Versorgungsnetz nicht resilient und in der Fläche gespannt werden und erst recht nicht in Krisenzeiten aufrechterhalten werden.

Es ist offenkundig, dass alle anderen Formen der Arzneimittelabgabe durch „Scheinapotheken“, wie Zweigapotheken ohne Labor, Abgabestellen ohne Apotheker/in oder Versender nicht im Rahmen eines ordnungsgemäßen Apothekenbetriebs erfolgen. Keines dieser Scheingebilde erbringt einen ordnungsgemäßen Apothekenbetrieb, sondern stets immer nur Teilleistungen (Rosinenpickerei) bei gleichzeitiger Nichteinhaltung der Ordnungsgemäßheit der Versorgung in qualitativer Hinsicht (dazu sogleich).

2. Subjektive Anforderungen

Der Kern einer Apotheke ist die Erbringung heilberuflicher Leistungen durch dafür qualifizierte Menschen. Jede Einrichtung, die diese Leistungen nicht (Abgabestellen), nicht mit der ausreichenden Qualifikation (Apotheken ohne Apotheker/innen) oder nicht in ausreichendem Maße (Versender) erbringt, ist keine Apotheke.

a) Persönliche Leitung durch ein/e Apotheker/in (Keine Apotheke ohne Apotheker/in)

Arzneimittel sind Waren ganz spezieller Natur, die nicht in den gewöhnlichen Warenverkehr eingebracht werden können. Nur approbierte Apotheker/innen verfügen über die erforderliche Qualifikation stets in ausreichendem Maße pharmazeutisch-medizinisch im Rahmen der Arzneimittelversorgung zu beraten. Apothekerinnen und Apotheker übernehmen die in der Arzneimittelversorgung erforderliche Warn- und Schutzfunktion, die notwendig ist, um den Patientinnen und Patienten vorab bewusst zu machen, dass die nicht ordnungsgemäße Einnahme von Arzneimitteln schwere Folgen für ihre Gesundheit nach sich ziehen. Nur durch diese, medizinisch intendierte, Einschränkung des Warenverkehrs kann die gesundheitsgefährdende Trivialisierung der Arzneimittelversorgung verhindert werden.

Ergänzend wird auf die obigen Ausführungen oben zur Scheinapotheke verwiesen.

b) In eigener Verantwortung

Die Leitung der Apotheke erfolgt dabei in eigener Verantwortung der Apothekerin.

Sie trägt zunächst die pharmazeutische Verantwortung. Die Übernahme dieser Verantwortung ist Garant dafür, dass sie in ihrer Apotheke qualifizierte Mitarbeiterinnen beschäftigt, die sie bei der hoheitlichen Aufgabenerfüllung ordnungsgemäß unterstützen.

Für die angemessene Entlohnung dieser Mitarbeiterinnen ist die Apothekerin als selbständige e.K ebenfalls verantwortlich (wirtschaftliche Verantwortung). Sie befindet sich also in einem Dilemma. Auf der einen Seite bedarf es wegen der erheblichen Zunahme an Aufgaben immer mehr qualifizierter Mitarbeiterinnen. Auf der anderen Seite kann sie die Einnahmenseite nicht an diese geänderten

Verhältnisse anpassen, da die Selbstständigkeit der e.K. dort endet, wo die kaufmännische Tätigkeit eigentlich beginnt, bei der Kalkulation der Verkaufspreise. Folge ist die Unwirtschaftlichkeit des Betriebs und der Weg in die Insolvenz.

Dieses Dilemma der persönlichen Verantwortung der Inhaber nutzen insbesondere im Ausland ansässige Aktiengesellschaften zur Markteroberung und anschließenden Kontrolle eines der sensibelsten Bereiche der Infrastruktur, der Arzneimittelversorgung.

Im Gegensatz zu den persönlich haftenden Inhaberinnen können sie es sich als Aktiengesellschaften erlauben defizitär zu agieren, um Marktanteile zu akquirieren und später zu kontrollieren (Dumping). Prominentes Beispiel sind die „Jauch-Rabatte“. Bisher agieren die Aktiengesellschaften defizitär und sind daher nicht im Fokus institutioneller Anleger. Sollte sich dies ändern, werden diese verhältnismäßig kleinen Akteure naturgemäß kurzfristig am Kapitalmarkt übernommen und die Arzneimittelversorgung wird fortan kontrolliert von Hedgefonds und/oder Temu, Amazon, Aliexpress etc. Eine Abhängigkeit in der Arzneimittelversorgung von ausländischen Versendern ist der denkbar größte sicherheitspolitische Offenbarungseid.

Neben der nicht vorhandenen persönlichen wirtschaftlichen Verantwortlichkeit der Versender steht deren Nichtübernahme der pharmazeutischen Verantwortung. Während die Apotheken stets die erforderliche, behördlich kontrollierte, persönliche pharmazeutische Beratung durch approbierte Mitarbeiterinnen, unterstützt von qualifizierten Fachpersonal, gewährleisten, erfolgt dies bei den Versendern lediglich pro forma (Personalschlüssel) und ohne Kontrolle.

Redcare Pharmacy N.V. machte im Jahr 2024 einen Umsatz von rund 2,4 Milliarden €. Dies entspricht dem Umsatz von rund 685 Durchschnittsapotheken in Deutschland. Die Durchschnittsapothek beschäftigt ca. 12 Mitarbeiter/innen, davon sind 10 pharmazeutisch qualifiziert ausgebildet. Redcare müsste daher rund 6.850 pharmazeutische Mitarbeiter/innen beschäftigen, um die erforderliche Beratungsleistung vorhalten zu können. Tatsächlich besteht das sog. Pharma-Team aus "über 100 Expert/innen. Dabei ist nicht einmal berücksichtigt, dass Redcare „24/7“ agiert, die Expertinnen und Experten also eine wöchentliche Betriebszeit von 168 Stunden abdecken müssen. Es ist evident, dass die Versender keinen ordnungsgemäßen Apothekenbetrieb abbilden können. Die Nichtübernahme der pharmazeutischen Verantwortung ist die Basis des illegalen Geschäftsmodells der Versender.

Die Apothekeninhaberin übernimmt auch die Verantwortung für die Einhaltung der geltenden Gesetze, also die rechtliche Verantwortung. Sie gewährleistet damit unter anderem die Einhaltung des öffentlich-rechtlichen Kontrahierungszwangs und der Gleichpreisigkeit der Arzneimittel als systemprägende Prinzipien und Einschränkungen der allgemeinen Warenverkehrsfreiheit zum Schutze der Gesundheit und des Lebens von Menschen (Art. 36 AEUV). Diese dem Schutze der Volksgesundheit

dienenden Schutzmechanismen werden auf atemberaubende Art und Weise von den sog. Versendern ausgehebelt, protegiert von der Untätigkeit der Aufsichtsbehörden, Krankenkassen und Politik. Dies ist ein Zustand der einzigartig ist, massiv gegen das Rechtsstaatsgebot verstößt und das Vertrauen in die staatlichen Institutionen nicht nur beschädigt, sondern aufheben muss. Wenn illegales Vorgehen von der Politik geduldet, von den Krankenkassen sogar gefördert wird, ist dies die die denkbar größte Gefahr für unsere demokratische Grundordnung.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass der Versand von rezeptpflichtigen Arzneimitteln nicht zwingend verboten werden muss, sobald die deutschen Behörden gewährleisten können, dass nationale Vorschriften, welche die allgemeine Warenverkehrsfreiheit zu Gunsten dem Schutze der Volksgesundheit einschränken, auch eingehalten werden (gleichlange Spieße). Die Versender unterwandern jedoch seit geraumer Zeit sämtliche Schutzvorschriften und verschaffen sich ausschließlich dadurch einen illegitimen Wettbewerbsvorteil. Ein unverzügliches politisches Einschreiten ist längst überfällig. Die Politik hat klarzustellen, dass Versender keine Apotheken sind und daher nicht zur Abgabe von Arzneimitteln in Deutschland legitimiert. Krankenkassen, ist die Abrechnung mit Versendern unverzüglich zu untersagen. Sollte die Bundesregierung weiterhin der Auffassung sein, man könne, als milderes Mittel, die nationalen Schutzvorschriften nicht europarechtskonform umsetzen, bleibt zur Erreichung des verfassungsrechtlichen Ziels einzig die Möglichkeit ein umfassendes RX-Versandhandelsverbot umzusetzen, wie es in den allermeisten Mitgliedsstaaten praktiziert wird.

Das Apothekengesetz ist daher wie folgt zu ändern:

§ 1 ApoG ist durch einen Absatz 4 zu ergänzen:

(4) Apotheken sind autonom funktionierende, wohnortnahe Raumeinheiten, die einen ordnungsgemäßen Apothekenbetrieb ermöglichen, jeweils persönlich geleitet durch approbierte Apothekerinnen und Apotheker, in denen sie die hoheitliche Aufgabe der Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln zum Schutze der öffentlichen Gesundheit eigenverantwortlich und qualifiziert wahrnehmen.

Die gesetzliche Definition ist zur Abgrenzung von Apotheken gegenüber Scheinapotheken wie z.B. den Versendern erforderlich.

§11a ApoG ist wie folgt zu ändern:

Neuer Absatz 1:

(1) Der Versand von apothekenpflichtigen Arzneimitteln gemäß § 43 Abs. 1 S. 1 des Arzneimittelgesetzes ist verboten.

Absatz 2 entspricht dem alten § 11a mit den markierten Ergänzungen:

(2) Die Erlaubnis zum Versand von apothekenpflichtigen Arzneimitteln gemäß § 43 Abs. 1 Satz 1 des Arzneimittelgesetzes ist dem Inhaber einer Erlaubnis nach § 2 auf Antrag zu erteilen, wenn er schriftlich oder elektronisch versichert, dass er im Falle der Erteilung der Erlaubnis folgende Anforderungen erfüllen wird:

1. Der Versand wird aus einer öffentlichen Apotheke zusätzlich zu dem üblichen Apothekenbetrieb und nach den dafür geltenden Vorschriften erfolgen, soweit für den Versandhandel keine gesonderten Vorschriften bestehen. *Zusätzlich in diesem Sinne wird der Versand aus einer öffentlichen Apotheke nur dann erbracht, wenn der übliche Apothekenbetrieb die Apotheke prägt. Ein solches Gepräge ist nicht gegeben, wenn mindestens die Hälfte der Umsätze mit dem Versand von Arzneimitteln generiert werden. Keine Versandhandelsumsätze in dem Sinne des vorgenannten Satzes sind Umsätze, die durch Boten erbracht werden (§ 17 ApBetrO), soweit dies einem üblichen wohnortnahen Apothekenbetrieb entspricht.*

III. Modernisierung: Entbürokratisierung, Flexibilisierung und Erleichterung

Die Apotheke bedarf einer strukturellen Modernisierung.

1. Entbürokratisierung

Zeitaufwendiger bürokratischer Aufwand wird ohne nennenswerten Mehrwert für die Patientinnen und Patienten erbracht. Insoweit sei auf die diversen Studien und Listen verwiesen, die sich diesem Bereich bereits angenommen haben, unter anderem die Studie von Prof. Dr. Reinhard Herzog, der die Kosten der Bürokratie allein im Bereich der GKV für die Apotheken mit knapp einer Milliarde Euro berechnet hat³².

Es ist dringend erforderlich diesen Grad der Bürokratisierung auf ein zielführendes Maß abzubauen, um die fachlichen Qualifikationen der in den Apotheken tätigen Menschen den Patientinnen und Patienten zur Verfügung stellen zu können. Ein transparentes Beispiel sind die bestehenden Anforderungen an die Nichtverfügbarkeitsdokumentation. Diese sind signifikant abzusenken, da die Dokumentation der Nichtverfügbarkeit bereits von den pharmazeutischen Großhändlern dokumentiert wird (Doppeldokumentation).

³²<https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2022/12/22/rund-eine-milliarde-euro-fuer-die-gkv-buerokratie>; <https://buerokratie-in-apotheken.de/>;

2. Flexibilisierung und Erleichterung

Neben der Entbürokratisierung im engeren Sinne muss die Apothekenstruktur flexibilisiert und erleichtert werden.

- Ermöglichung flexibler Öffnungszeiten, um diese an Personalressourcen und Bedürfnisse der Versorgung vor Ort anzupassen.
- Fachkräfte aus dem Ausland sollen bereits während des Anerkennungsverfahrens wie Auszubildende für pharmazeutischen Tätigkeiten eingesetzt werden können.
- Möglichkeit der Apothekenneugründung für approbierte Apothekerinnen und Apotheker, die ihre Prüfung außerhalb Deutschlands bestanden haben und ihre die Prüfung in Deutschland anerkannt werden kann (bislang nur Übernahme bestehender Apotheken)
- Möglichkeit der Aufteilung der Leitung von Filial- und Zweigapotheken unter zwei oder mehreren Apothekerinnen und Apothekern.
- Möglichkeit zur Aufbewahrung von Betäubungsmitteln in Kommissionierautomaten.

3. Keine Zwangsdigitalisierung

Apotheken sind Vorreiter im Bereich der Digitalisierung. Die aktuelle Politik neigt aber zu der Fehlannahme, dass Digitalisierung einen Selbstzweck erfüllt. Apotheken haben und werden in Digitalisierung und KI investieren, wenn diese sinnvoll und effizient eingesetzt werden kann, schon aus reinem betriebswirtschaftlichen (Eigen-)Interesse.

Verordnete Zwangsdigitalisierung hingegen sollte tunlichst unterlassen werden. Das E-Rezept hat bis dato für die Praxis keine nennenswerten Verbesserungen gebracht. Die mit der Implementierung des E-Rezepts einhergehenden neuen Probleme überwiegen deutlich (z.B.):

- Was wurde mir verordnet? → Mangelnde Transparenz des E-Rezepts.
- Wo ist meine Verordnung? → Bei der sog. Stapelsignatur erfolgt die Freigabe des Rezepts erst teilweise mit erheblichem zeitlichem Verzug, so dass der Patient nicht sofort versorgt werden kann. Patientinnen und Patienten sind verärgert, kommen nicht mehr in die Apotheke zurück und werden aus den Vor-Ort-Apotheken vertrieben.
 - Eine unverzügliche Verpflichtung zur Signatur des E-Rezepts durch die Verordner, entsprechend dem Muster 16, ist gesetzlich zu normieren.
- Retaxationen trotz E-Rezepts? Z.B. Nullretax bei fehlender Chargenübermittlung?
- IT-Ausfälle
- Erstellen der elektronischen Signatur erbringt keine Zeitersparnis gegenüber dem Muster 16.
- Datenschutzrechtliche Bedenken.

Aufgrund der fortschreitenden Digitalisierung erfolgen auch nahezu alle Geldtransaktionen digital (Kreditkarte etc). Die Gebühren dafür sind erheblich und dürfen bei rezeptpflichtigen Arzneimitteln nicht als Zusatzgebühren erhoben oder auch nur einkalkuliert werden (Festpreis), wie im Einzelhandel üblich. Die Apotheken bleiben vollständig auf diesen Kosten von ca. 1-3% des Umsatzes sitzen³³.

Die ständigen technischen Ausfälle der technischen Infrastruktur gehen zu Lasten der ordnungsgemäßen Versorgung und führen zu einem erheblichen Mehraufwand für die Apotheken³⁴.

Hinzu kommt, dass die Arztpraxen ihrer Verpflichtung zur unverzüglichen Signatur des E-Rezepts häufig nicht ordnungsgemäß nachkommen. Oft wird nicht einmal die von der KBV empfohlene Komfortsignatur genutzt³⁵. Es ist ein Skandal, dass sich die Versorgung der Patientinnen und Patienten durch die Zwangsdigitalisierung verschlechtert hat und diese nicht wie zu analogen Zeiten selbstverständlich unverzüglich versorgt werden können³⁶. Dies ist umgehend sicherzustellen.

IV. Kompetenzerweiterung

1. SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung

In der Pandemie wurde bewiesen, wie effizient und kostenschonend die flexiblen Regelungen der SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung gewirkt haben. Diese Entscheidungskompetenzen sind den Apothekerinnen und Apothekern wieder einzuräumen. Dadurch werden auch die Arztpraxen bürokratisch entlastet, die wiederum nicht bei den Apotheken rückfragen müssen.

2. Ausbau der Testinfrastruktur

Die insbesondere in der Corona-Pandemie eingerichtete Testinfrastruktur ist auszubauen und effizient auszunutzen.

3. Impfangebote Kooperationen mit den Ärzten

Die Erweiterung des Impfangebots der Apotheken mit Totimpfstoffen, wie z.B. FSME, sollte in Kooperation und Absprache mit den Ärzteverbänden erfolgen.

4. Ausbau und Vereinfachung der Pharmazeutischen Dienstleistungen

Dieses Thema ist zu spezifisch, um es im Rahmen der Apothekenreform anzugehen. Der Ausbau der pharmazeutischen Dienstleistungen (PDL) ist wichtig, richtig und alternativlos.

Aktuell können die PDL im Wesentlichen aus zweierlei Gründen heraus nicht in dem von allen Beteiligten gewünschten Ausmaß erbracht werden:

³³ <https://www.zdf.de/verbraucher/wiso/paypal-klarna-gebuehren-100.html>

³⁴ <https://www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/detail/e-health/e-rezept-warken-verbietet-ti-ausfaelle/>

³⁵ <https://www.kbv.de/praxis/verordnungen/arzneimittel/erezept>

³⁶ <https://www.kvwl.de/aktuelles/detail/nachricht-e-rezept-verzoegerte-signatur>

- Dokumentationsaufwand
- Zeitaufwand

Durch diesen hohen Aufwand können in Anbetracht der Personalknappheit keine weiteren Personalressourcen zur Verfügung gestellt werden, erst recht nicht, wenn man die in Anbetracht des Aufwandes geringe Vergütung der PDL berücksichtigt.

Zunächst muss der Dokumentationsaufwand erheblich abgesenkt werden. Danach muss eine evidenzbasierte Kosten-Nutzen-Analyse jeder PDL erstellt werden. Daran anknüpfend und an den tatsächlichen Zeitaufwand hat sich das Honorar der jeweiligen PDL zu bemessen.

Das Dienstleistungspotenzial ist evidenzbasiert auszubauen. Tätigkeiten im präventiven Bereich sind verstärkt anzubieten.

5. Akutversorgung

Die Möglichkeit der Abgabe kleinster im Handel befindlicher verschreibungspflichtiger Arzneimittel zur Akutversorgung sollte ermöglicht werden, wie es z.B. in Österreich praktiziert wird.

V. Wirtschaftliche Risikominimierung

Apothekerinnen und Apothekern ist die Gründung einer GmbH verwehrt. Sie haften damit unbeschränkt mit ihrem Privatvermögen. Dies benachteiligt sie unangemessen gegenüber sonstigen eingetragenen Kaufleuten, denen haftungsbeschränkende Gesellschaftsformen offenstehen. In Zeiten, in denen sich Ärzte und Anwältinnen in der Rechtsform der GmbH organisieren dürfen, gibt es hierfür keinerlei sachliche Rechtfertigung mehr. Die deliktische persönliche Haftung bleibt davon natürlich unberührt.

Den Apotheken muss daher die Möglichkeit eingeräumt werden, sich in der Rechtsform der GmbH und auch der GmbH & Co. KG zu organisieren. Sichergestellt werden muss, dass sich an solchen Apotheken ausschließlich natürliche Personen beteiligen dürfen, die eine Betriebserlaubnis i.S.d. ApoG besitzen.

Für Retaxationen ist eine Bagatellgrenze in Höhe von 25,00 € einzuführen. Retaxationen, die rein formelle Fehler rügen sind stets heilbar. Nur materielle Fehler, die im Verantwortungsbereich des Apothekers liegen dürfen retaxiert werden. Dabei sind die von der Apotheke erbrachten Leistungen anzurechnen, soweit diese dem Patienten / der Patientin zu Gute gekommen sind. In diesem Bereich sind allgemeine zivilrechtliche Schadensersatzregelungen analog anzuwenden.

Die übergeleitete Haftung der Apotheken für den Ausfall des Herstellerrabatts ist aufzuheben.

§ 130a SGB V:

(1) Die Krankenkassen erhalten *von den pharmazeutischen Unternehmern* für zu ihren Lasten abgegebene Arzneimittel einen Abschlag in Höhe von 7 vom Hundert des Abgabepreises des pharmazeutischen Unternehmers ohne Mehrwertsteuer. Für Arzneimittel nach Absatz 3b Satz 1 beträgt der Abschlag nach Satz 1 6 vom Hundert.

VI. Fachkräftemangel

Es sind keine Maßnahmen realisierbar, die den Fachkräftemangel kurzfristig wirksam beheben können. Um diesen perspektivisch (in drei bis fünf Jahren), dann aber effektiv und nachhaltig beseitigen zu können, ist die Umsetzung der hier besprochenen Lösungsansätze Grundvoraussetzung. Werden diese nicht umgesetzt, ist die Ausbildung für die öffentliche Apotheke in Deutschland kein Modell, welches man jungen Menschen noch ernsthaft vermitteln kann.

1. Schnellere Anerkennung ausländischer Abschlüsse

Es bedarf einer schnelleren Anerkennung ausländischer Abschlüsse.

2. Neue Lehrstühle

Die Schaffung neuer Lehrstühle der Pharmazie ist dringend geboten.

3. PTA Aus- und Weiterbildung

Die PTA-Ausbildung muss in eine praxisbezogene Lehre umgewandelt werden. Drei kostenpflichtige Jahre (Schulgeld) stehen in Konkurrenz zu Lehrberufen, die schon während der Lehrzeit ein Ausbildungsgehalt erhalten. Das ist für viele junge Menschen nicht darstellbar, zudem aktuell in der Branche unterdurchschnittliche Löhne die Perspektive bilden.

Unter ähnlichen Voraussetzungen wie es der aktuelle § 3 Abs. 5b) ApBetrO regelt, sollten sich PTA zu einem/einer Pharmazie-Ingenieur/in weiterbilden können (Bachelor). Darauf aufbauend sollte den Pharmazie-Ingenieuren und Ingenieurinnen die Möglichkeit gegeben werden einen Masterabschluss (Apotheker/in) zu erwerben. Dieser Masterabschluss sollte den inhaltlichen Anforderungen des Pharmaziestudiums entsprechen, jedoch auf den Bereich der öffentlichen Apotheke begrenzt sein.

Diese Aufstiegschancen bieten den PTA, die eine leitende, verantwortliche Funktion einnehmen möchten die Möglichkeit dies zu tun, ohne die Qualität der Arzneimittelversorgung abzusenken.

4. Keine Apotheke ohne Apotheker/in

Der Ansatz des BMG künftig den Betrieb von (Schein-)Apotheken ohne Apotheker/in zu erlauben ist aus mehrfacher Hinsicht strikt abzulehnen.

4.1 Beschleunigung des Fachkräftemangels durch Entwertung der Approbation

Hierdurch werden approbierte Apotheker/innen in direkte Konkurrenz zu günstigeren, da geringer qualifizierten, Fachkräften, den PTA treten. Aus betriebswirtschaftlicher Sicht entsteht daher die Notwendigkeit Apotheker/innen gegen PTA auszutauschen. Diese Perspektive zwingt Apotheker/innen, die sich nicht selbstständig machen möchten, aus den Apotheken abzuwandern und zwar in andere Bereiche, vor allem in die Industrie, die Krankenkassen und Behörden oder aber in das Ausland, wo ihre Fachqualifikation ein äußerst gefragtes Gut darstellt. PTA werden gezwungen leitende Funktionen zu übernehmen, obgleich sie eine Ausbildung als Assistenzberuf durchlaufen haben (PTA = Pharmazeutisch-Technische/r-Assistent/in).

Dieser Ansatz spaltet in einem ersten Schritt die Belegschaft der Apotheken (angestellte Apotheker/innen vs. PTA) und führt sodann zu einer Massenabwanderung der Arbeitskräfte, denen die Leitungsfunktion in der Apotheke eigentlich übertragen werden sollte, nämlich den Apothekerinnen und Apothekern. 1/3 aller Mitarbeiter/innen in den öffentlichen Apotheken, nämlich die angestellten Apothekerinnen und Apotheker, würden sich mangels Perspektive umorientieren müssen und dies kumuliert und zeitnah, unmittelbar nach dem In-Kraft-Treten einer solchen Regelung. Diese Massenabwanderung würde den Apothekenmarkt sofort kollabieren lassen und ist irreversibel.

4.2 Beschleunigung des Fachkräftemangels durch Qualitätsabsenkung in der Versorgung

Auf Initiative der SPD und der Union wurde im Februar 2020 mit dem vierten Gesetz zur Änderung der Handwerksordnung in zahlreichen Handwerkszweigen die Meisterpflicht wieder eingeführt. Im Gesetzesentwurf vom 22.10.2019 heißt es wortwörtlich:

„Der Gesetzgeber hat in der Anlage A zur Handwerksordnung bestimmte Gewerke aus Gründen der präventiven Gefahrenabwehr sowie zur Sicherung der Ausbildungsleistung und Nachwuchsförderung im gesamtwirtschaftlichen Interesse unter einen Zulassungsvorbehalt gestellt. Die präventive Gefahrenabwehr zielt dabei vorrangig auf den Schutz überragend wichtiger Gemeinschaftsgüter wie der Gesundheit und des Lebens Dritter und sichert zugleich den Erhalt eines hohen Qualitätsstandards beim Verbraucherschutz. Durch die im Handwerk geleistete berufliche Bildung erfolgt eine Aneignung und Weitergabe von Wissen und Kompetenzen mit gesellschaftsübergreifendem Nutzen; so bei der Sicherung des Fachkräftenachwuchses und der Integration junger Menschen in den Arbeitsmarkt. Allein wesentliche Tätigkeiten unterliegen bei den zulassungspflichtigen Handwerksberufen dem

Reglementierungsvorbehalt, wobei der Qualifikationsnachweis in der Person des Betriebsleiters erbracht werden muss.“

Es erstaunt, dass nunmehr im hochkomplexen, hochsensiblen und extrem gefahrgeneigten Bereich der ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung die Absenkung der persönlichen Qualifikation ein Mittel zur Gewinnung von Nachwuchskräften erblickt wird.

4.3 Verfassungswidrigkeit

Es wurde bereits mehrfach darauf hingewiesen, dass Apotheken ohne Apotheker keine Apotheken sind. Da die Verfassungswidrigkeit solcher Überlegung bereits wiederholt und umfassend untersucht wurde, soll an dieser Stelle nur noch einmal auf folgende Argumente des Gutachtens von Herrn Prof. Dr. Di Fabio explizit hingewiesen werden³⁷:

„Es ist bereits zweifelhaft, ob der Verzicht auf das Leitbild des Präsenzapothekers der Förderung oder Erhaltung der Arzneimittelsicherheit dienlich und insofern geeignet ist. Insbesondere beim Merkmal der Erforderlichkeit bestehen erhebliche verfassungsrechtliche Zweifel, ob das Ziel nicht durch die ohnehin gebotene Schaffung angemessener Rentabilitätsbedingungen zu erreichen ist. Die hohen Anforderungen an die Qualifikation des Apothekers durch ein pharmazeutisches Studium sind als subjektive Berufswahlbeschränkung durch überragende Gemeinschaftsgüter gerechtfertigt, weil nur so eine fachliche Beratung und pharmazeutische Kontrolle des Vertriebes ermöglicht wird.“

Mit anderen Worten: Sollte diese Qualitätsabsenkung ausschließlich dazu dienen Kosten zu sparen, indem man die Qualität der Arzneimittelversorgung auf das Niveau eines Assistenzberufs herabsenkt, so müsste eindeutig politisch klargestellt werden, dass man den Schutz eines überragenden Gemeinschaftsguts, nämlich die öffentliche Gesundheit, nicht mehr auf einem Niveau gewährleisten möchte, welches in Industrieländern zum Mindeststandard gehört, wovor der Weltapothekerverband (Federation Internationale Pharmaceutique) bereits eindringlich gewarnt hat³⁸.

³⁷ z.B. Apothekerliche Präsenzpflcht in der Apotheke - Zur verfassungsrechtlichen Einordnung des Berufsbildes des Präsenzapothekers - Rechtsgutachten im Auftrag der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e.V.-Bundesapothekerkammer - Deutscher Apothekerverband e.V. (ABDA) von Univ.-Prof. Dr. iur. Dr. sc. pol. Udo Di Fabio Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn.

³⁸ https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/Bilder/Newsroom/Gutachten_Di_Fabio_240424_final.pdf
<https://www.abda.de/aktuelles-und-presse/newsroom/detail/weltapothekerverband-warnt-apotheken-ohne-apothekern-wuerde-versorgung-erheblich-verschlechtern/>

D. Executive Summary

Die staatliche Kernaufgabe zur Sicherstellung einer ordnungsgemäßen krisenresilienten, flächendeckenden, dezentralen Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln durch autonom funktionierende, wohnortnahe Raumeinheiten, die einen ordnungsgemäßen Apothekenbetrieb ermöglichen, jeweils persönlich geleitet durch approbierte Apothekerinnen und Apotheker, in denen sie die hoheitliche Aufgabe der Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln zum Schutze der öffentlichen Gesundheit eigenverantwortlich und qualifiziert wahrnehmen, ist in erheblichem Maße gefährdet.

Hauptursachen:

- Seit 20 Jahren stagnierendes Honorar
- Wettbewerbsungleichheiten zwischen Apotheken und Scheinapothekengebilden
- Überbordende Bürokratie
- Mangelnde Zuständigkeit im Kompetenzbereich
- Retaxation formeller Fehler
- Unverhältnismäßige persönliche Verantwortung
 - aus den zuvor genannten Ursachen resultierender Fachkräfte- und Nachwuchsmangel

Wichtigste Maßnahmen:

- Erhöhung des Fixums, sowie automatisierte jährliche Anpassung
- Gesetzliche Regelung, dass Versender, Apotheken ohne Apotheker, Räumlichkeiten ohne Labor oder sonstige geartete Scheinapothekengebilde keine Apotheken sind und den hoheitlichen Versorgungsauftrag nicht ordnungsgemäß wahrnehmen
- Bürokratie abbauen
- Kompetenzen effizient nutzen
- Heilung von Formfehlern jederzeit möglich
- Minimierung der wirtschaftlichen Risiken
 - aus den zuvor genannten Maßnahmen Perspektiven schaffen und Fachkräfte generieren

Fiskalische Erwägungen sind verfassungsrechtlich nicht geeignet die ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung in qualitativer Hinsicht einzuschränken. Hieraus ergibt sich das verfassungsrechtliche Gebot die Leistungen der Apotheken angemessen zu honorieren, sowie das Verbot diese Aufgabe durch Scheinapothekengebilde minderwertig erledigen zu lassen.