

Bundesministerium für Gesundheit

Referatsleiter

Mauerstraße 29
10117 BerlinUnser Zeichen
06608-25-OR-3163Rechtsanwälte
Dr. Fiete Kalscheuer
Dr. Nicolas HardingSekretariat
Franziska JürsKontakt
+49 431 97918-944 10.11.2025
+49 431 97918-30
franziska.juers@bmz-recht.de**Stellungnahme der Freien Apothekerschaft e.V. zum Referentenentwurf für ein Apothekenversorgung-Weiterentwicklungsgesetz sowie zum Referentenentwurf für eine Zweite Verordnung zur Änderung der Apothekenbetriebsordnung und der Arzneimittelpreisverordnung (Geschäftszeichen: 32010#00002)**

Sehr geehrter [REDACTED]

hiermit nehmen wir namens und in Vollmacht der Freien Apothekerschaft e.V. zum Referentenentwurf des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Apothekenversorgung (ApoVWG) Stellung:

Mit dem Referentenentwurf des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Apothekenversorgung (ApoVWG) legt das Bundesministerium für Gesundheit einen weiteren Reformschritt im Arzneimittel- und Apothekenwesen vor. Ziel ist es laut Begründung, die wohnortnahe Versorgung sicherzustellen, die Attraktivität des Apothekerberufs zu stärken und regulatorische Strukturen an aktuelle Herausforderungen anzupassen. Ferner sollen die geplanten Änderungen dem

KIEL

Prof. Dr. Mathias Nebendahl^{2) 10) 14)}, Notar
Dr. Matthias Krisch⁶⁾, Notar
Dr. Christian Becker¹⁴⁾, Notar
Dr. Katja Francke²⁾
Dr. Hauke Thilow^{7) 11)}, Notar
Dr. Christian Wolff^{9) 12)}
Dr. Johannes Badenhop^{13) 14)}, Notar
Dr. Christian Kuhlmann⁴⁾
Kati Beier-Vafeidis, LL.M. (London)
Dr. Susann Rochlitz¹⁰⁾
Dr. Martin Witt⁷⁾, Notar
Dr. Fiete Kalscheuer¹⁴⁾
Dr. Thomas Guttau⁶⁾
Judith Foest
Dr. Markus Jurawitz
Dr. Jan-Philipp Redder
Charlotte Gaschke
Maria Jaletzke-Fest
Dr. Yilmaz Algin
Dr. Nicolas Harding
Dr. Johannes Fitzke
Talea Iben
Lisa Bülow
Prof. Dr. Stefanie Grünewald, Of Counsel
(keine Rechtsanwältin i.S.d. RDG)
Schwedenkai 1, 24103 Kiel
Telefon +49 431 97918-0
Telefax +49 431 97918-30

LÜBECK

Dr. Oswald Kleiner, Notar
Lars Bretschneider^{2) 10)}, Notar
Dr. Friderike Pannier³⁾
Dr. Matthias Waack⁷⁾, Notar
Dr. Sebastian Scholz⁷⁾
Dr. Gero von Alvensleben²⁾
Dr. Philipp Thomassen, LL.M. (London)
Jörn Vorbeck
Wolf-Sebastian Ohlendorf
Kanalstraße 12-18, 23552 Lübeck
Telefon +49 451 70289-0

FLENSBURG

Dr. Ralf Sonnenburg, Notar
Dr. Bastian Koch⁷⁾, Notar
Dr. Max Wellenreuther²⁾, Notar
Jan Christiansen^{11) 5)}, Notar
Dr. Christoph Bialluch^{2) 10)}
Julian Schlumbohm⁴⁾
Carina Rohde⁵⁾
Dr. Justus Jürgensen
Ballastkai 5, 24937 Flensburg
Telefon +49 461 14433-0

KALTENKIRCHEN

Dr. Bernd Richter¹¹⁾
Dr. Peter Gramsch⁸⁾, Notar
Tilmann Kruse
Dr. Marcel Sandberg
Aino Kristina Füner, Notarin
Dr. Kirsten Walter
Sven-Hendrik Fries, LL.M.oec.
Neuer Weg 13, 24568 Kaltenkirchen
Telefon +49 4191 91918-0

Fachanwälte für

- ¹⁾ Agrarrecht
- ²⁾ Arbeitsrecht
- ³⁾ Bank- und Kapitalmarktrecht
- ⁴⁾ Bau- und Architektenrecht
- ⁵⁾ Erbrecht
- ⁶⁾ gewerblichen Rechtsschutz
- ⁷⁾ Handels- und Gesellschaftsrecht
- ⁸⁾ Insolvenzrecht
- ⁹⁾ IT-Recht
- ¹⁰⁾ Medizinrecht
- ¹¹⁾ Steuerrecht
- ¹²⁾ Urheber- und Medienrecht
- ¹³⁾ Vergaberecht
- ¹⁴⁾ Verwaltungsrecht

Banken

Commerzbank AG Kiel
IBAN DE71 2104 0010 0722 3779 00
Kieler Volksbank eG
IBAN DE98 2109 0007 0090 1020 02
Fürde Sparkasse
IBAN DE36 2105 0170 1400 2240 00

Brock Müller Ziegenbein
Rechtsanwälte Partnerschaft mbB
Sitz Kiel, AG Kiel PR 18 KI
USt-IdNr. DE205972535
www.bmz-recht.de

Bürokratieabbau dienen und die Eigenverantwortung der Apothekeninhaber stärken.

Die Freie Apothekerschaft begrüßt ausdrücklich das Anliegen, die flächendeckende Arzneimittelversorgung in Deutschland zukunftsorientiert zu gestalten. Gleichermaßen gilt für den Bürokratieabbau und die Stärkung des Apothekerberufs. Zugleich sieht sie in mehreren Punkten des Entwurfs erheblichen Konkretisierungs- und Änderungsbedarf, um die wirtschaftliche Unabhängigkeit der Apotheken, die therapeutische Qualität der Versorgung sowie die Gleichbehandlung aller Apothekenformen nachhaltig zu gewährleisten. Ferner verpasst es der Entwurf, strukturelle Vorgaben im Bereich des Arzneimittelversands, der den Fortbestand vieler Apotheken vor Ort gefährdet, festzulegen.

Der Fokus soll dabei zum einen auf der **Apothekenhonorierung** sowie zum anderen auf der **Strukturrelevanz der Apotheken vor Ort** liegen.

Eine faire Apothekenhonorierung und deren regelmäßige Anpassung durch ein Gesetz sind notwendig, um die wohnortnahe Arzneimittelversorgung langfristig zu sichern und die wirtschaftliche Existenz der Apotheken zu gewährleisten. Die Apotheken erbringen als eine unverzichtbare Aufgabe von öffentlichem Interesse (vgl. § 1 ApoG), die über die reine Abgabe von Arzneimitteln hinausgeht und zunehmend durch Beratungsleistungen, Impfungen und andere gesundheitsbezogene Dienstleistungen geprägt ist. Diese Entwicklung spiegelt sich in dem seit 2013 unangepassten Fixum nicht wider.

Die Apotheke vor Ort ist unverzichtbar für die Sicherstellung einer flächendeckenden und wohnortnahen Arzneimittelversorgung. Dies gilt dabei nicht nur, aber in besonders dringlicher Weise für ländliche Regionen. Sie garantiert schnellen persönlichen Zugang zu Arzneimitteln, qualifizierte Beratung, pharmazeutische Dienstleistungen und unterstützt Patienten auch in akuten Notfällen. Darüber hinaus entlastet die Vor-Ort-Apotheke das Gesundheitssystem, stärkt die Arzneimitteltherapiesicherheit und leistet durch Betreuung und Prävention einen entscheidenden Beitrag zur öffentlichen Gesundheitsvorsorge.

Nicht zuletzt ist es aus diesem Grund wichtig, die hohen Voraussetzungen des Betriebs und der (Neu-)Gründung einer Apotheke im Sinne eines höchstmöglichen Sicherheitsniveaus aufrecht zu erhalten. Die Freie Apothekerschaft sieht Erleichterungen für die Neugründung

von Apotheken aus Sicht des Verbraucherschutzes kritisch. Bei Neugründungen von Apotheken durch Apotheker mit ausländischen Abschlüssen muss aufgrund der zurecht hohen qualitativen Vorgaben der Arzneimittelversorgung unbedingt auf eine Gleichwertigkeit der Abschlüsse geachtet werden.

Vor diesem Hintergrund nimmt die Freie Apothekerschaft im Folgenden Stellung zu den vorgesehenen Regelungen des ApoVWG und unterbreitet Vorschläge, wie diese im Sinne einer patientenorientierten und fairen Apothekenstruktur weiterentwickelt werden können. Unsere Stellungnahme gliedert sich wie folgt:

I. Zusammenfassung	4
1. Apothekenhonorierung.....	4
2. Strukturrelevanz der Apotheken vor Ort	5
3. Sonstiges	5
II. Apothekenhonorierung.....	7
a) Erhöhung des Fixums auf 9,50 €	7
b) Ablehnung der geplanten Regelung zur „Landapotheke“.....	9
c) Vollständige Abrechnung von Individualrezepturen	9
III. Strukturrelevanz der Apotheken vor Ort	10
a) Ablehnung der geplanten PTA-Vertretung	10
b) Ablehnung der Erleichterung für die Gründung von Zweigapotheken	13
c) Ablehnung der Abschaffung der zwingenden Raumeinheit	14
d) Ablehnung der Aufhebung des Laborerfordernisses in Apothekenfilialverbünden	15
e) Ablehnung der Änderung der Dienstbereitschafts- und Öffnungszeiten.....	17
IV. Sonstiges.....	18
a) Begrenzung der Haftung der paritätischen Stelle	18
b) Forderung eines RX-Versandhandelsverbots.....	19
c) Forderung einer ausdrücklichen Pflicht zur Einhaltung der GDP-Vorgaben für ausländische Versandhändler	20
d) Modifikation der Neuregelungen in §§ 48a, 48b AMG	21
e) Befreiung der Rabattarzneimittel von der gesetzlichen Zuzahlung	23

I. Zusammenfassung

1. Apothekenhonorierung

- Die **Erhöhung des Apotheken-Fixums** im Sinne des § 3 Abs. 1 Satz 1 der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) **auf zumindest 9,50 Euro** wird als zwingend notwendig erachtet, um die wirtschaftliche Grundlage der Apotheken zu sichern und einen Inflationsausgleich zu gewährleisten.
- Die **Verhandlungslösung** (DAV und GKV) im Hinblick auf das Apotheken-Fixum wird grundsätzlich begrüßt. Ausgangspunkt muss dabei aber das im Koalitionsvertrag vorgesehene Fixum von 9,50 Euro sein.
- Die geplante **Sonderregelung für Landapoteken** lehnt die Freie Apothekerschaft ab. Die geplante Neuregelung läuft dem Grundsatz eines einheitlichen Apothekenabgabepreises zuwider. Außerdem ist abzusehen, dass es zu Rechtsstreitigkeiten kommen wird, in denen sich Behörden und Gerichte mit der Frage auseinanderzusetzen haben, wann die Voraussetzungen einer Landapotheke gegeben sind. Stattdessen sollte die **Notdienstgebühr von 2,50 Euro auf 10,00 Euro** erhöht werden, damit die Zusatzbelastung durch verpflichtende Notdienste fair abgegolten wird und die Standortsicherung gefördert wird. Die **Notdienstpauschale** aus dem Nacht- und Notdienstfonds (NNF) sollte mindestens **verdoppelt werden**.
- Es wird gefordert, dass die **Individualrezepturen voll abgerechnet** werden können, damit die erbrachte pharmazeutische Leistung und die Kosten der Herstellung wirtschaftlich vergütet werden und bürokratische Hürden abgebaut werden. Sämtliche finanzielle Verluste beim Wareneinsatz zzgl. der Arbeitspreiskosten müssen damit berücksichtigt werden.
- Die geplante Neuregelung zum **Skonto** wird prinzipiell **begrüßt**.

2. Strukturrelevanz der Apotheken vor Ort

- Die **Vertretung durch PTA wird abgelehnt**, da sie Patientensicherheit und Verbraucherschutz gefährdet sowie das Fremdbesitzverbot (§ 7 ApoG) unterläuft; stattdessen werden erweiterte Qualifizierungswege ("Job-Enrichment") für PTA und die Schaffung eines neuen, eigenverantwortlichen Berufs mit therapeutischen Aufgaben befürwortet.
- Die vorgeschlagenen **Erleichterungen für Zweigapotheken werden abgelehnt**, weil sie die Anforderungen an die Gründung zu sehr absenken; es sollte weiterhin ein Notstand nachzuweisen sein und das behördliche Ermessen maßgeblich bleiben.
- Die **Abschaffung der zwingenden Raumeinheit wird abgelehnt**, da damit die Sicherheit und Kontrolle bei der Arzneimittelabgabe beeinträchtigt und die Dokumentationsanforderungen verwässert würden.
- Auch die geplante **Aufgabe der Laborpflicht in jeder Filialapotheke lehnt die Freie Apothekerschaft ab**. Jede Apotheke muss für die Medikamentenherstellung und für die Überprüfung von Arzneimitteln voll ausgestattet sein, um – auch in Krisensituationen – eine vollständige Medikamentenversorgung gewährleisten zu können.
- Die **Änderung der Dienstbereitschafts- und Öffnungszeiten wird abgelehnt**, weil sie eine unmittelbare Absenkung des Sicherheitsniveaus für Patienten sowie einen erhöhten Bürokratieaufwand zur Folge hätte. Es gibt insoweit auch keinen Regelungsbedarf.

3. Sonstiges

- Die **Haftung der paritätischen Stelle** sollte gesetzlich auf **Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit beschränkt** werden, um zu verhindern, dass aus Angst vor weit-

gehenden Schadensersatzforderungen das geltende Recht faktisch nicht angewendet wird.

- Die Freie Apothekerschaft spricht sich für ein **Rx-Versandhandelsverbot** aus. Dieses ist **unionsrechtlich zulässig** und zwingend erforderlich, um die Zukunftsfähigkeit der systemrelevanten Vor-Ort-Apotheken zu wahren. Jedenfalls müsste eine **Negativliste für sensible Medikamente**, die nicht versendet werden dürfen, geschaffen werden. Das Cannabis-Versandverbot zeigt, dass dies möglich ist.
- Außerdem fordert die Freie Apothekerschaft für den **Arzneimittelversandhandel**, insbesondere bei ausländischen Versandapotheken, einen zusätzlichen verpflichtenden **Nachweis zur Einhaltung aller GDP-Vorgaben**, damit die Qualitäts- und Sicherheitsstandards des Präsenzhandels auch für den Versand uneingeschränkt gelten. Auf diese Weise kann dem Überwachungsdefizit von ausländischen Arzneimittelversändern Rechnung getragen werden.
- Die **Neuregelung der §§ 48a, 48b AMG** wird in ihrem Grundsatz begrüßt, sollte aber praxisnaher gestaltet werden, insbesondere auf die Festlegung eines starken Mindestzeitraums von vier Quartalen sowie auf **die Nachweispflicht auf Grundlage der elektronischen Patientenakte** sollte verzichtet werden. Statt eines Abgabeaufschlags sollte überdies die Einführung eines Sonderentgelts eingeführt werden, um die Einheitlichkeit des Apothekenabgabepreises zu wahren.
- Im Rahmen des Referentenentwurfs sollte vorgesehen werden, dass **Rabattarzneimittel** grundsätzlich von der **gesetzlichen Zuzahlung befreit** werden.

II. Apothekenhonorierung

Um die wohnortnahe, niedrigschwellige und menschliche Arzneimittelversorgung sicherzustellen sind strukturelle Änderungen und Anpassungen der Apothekenhonorierung unverzichtbar. Dem wird der vorliegende Referentenentwurf indes nicht gerecht. Teilweise laufen die vorgesehenen Gesetzesänderungen einer angemessenen und flächendeckenden Apothekenhonorierung sogar zuwider.

a) Erhöhung des Fixums auf 9,50 €

Die letzte Anpassung des Apotheken-Fixums im Sinne des § 3 Abs. 1 Satz 1 AMPreisV erfolgte vor zwölf Jahren, also im Jahr 2013, als das Fixhonorar pro abgegebener Packung auf 8,35 Euro angehoben wurde. Seitdem wurde trotz wiederholter Forderungen aus der Apothekerschaft und entsprechender Zusicherungen im Koalitionsvertrag keine weitere Anpassung vorgenommen. Die ursprünglich angekündigte Erhöhung auf 9,50 Euro wurde bisher nicht umgesetzt und ist auch im aktuellen Reformpaket noch nicht vorgesehen.

Dies ist nicht tragbar und widerspricht auch den derzeitigen gesetzlichen Vorgaben. Wir verweisen hierzu auf die bereits anhängigen Klagen vor dem Verwaltungsgericht Berlin, die die Erhöhung des Apotheken-Fixums zum Gegenstand haben. Eine Kopie des Klageschriftsatzes ist dieser Stellungnahme als

Anlage 1

beigefügt. Das „Ökonomisches Gutachten zur Überprüfung des Anpassungsbedarfs des Apothekenhonorars gemäß § 3 Abs. 1 Satz 1 AMpreisV“ von Prof. Kaapke und Frau Kleber-Herbel ist dieser Stellungnahme als

Anlage 2

beigefügt. Auf diesem Gutachten beruht die Klage. Daraus wird ersichtlich, dass das Honorar bereits im Jahre 2023 bei 11,78 Euro hätte liegen müssen, wenn es lediglich zu einer Anpassung an die Inflation gekommen wäre (siehe S. 48 des Gutachtens). Als

Anlage 3

ist dieser Stellungnahme zudem das Gutachten zu dem „Einspar- und Entlastungsvolumen der Gesetzlichen Krankenkassen infolge der ausgebliebenen inflationsgerechten Anpassung des Apothekenhonorars und der durch die Apotheken entrichteten Apothekenabschläge“ von Prof Kaapke und Frau Kleber-Herbel beigefügt. Danach haben die Apotheken den Gesetzlichen Krankenkassen seit 2004 knapp 29 Milliarden Euro erspart. Allein im Hinblick auf das nicht inflationsgerecht angepasste Fixhonorar kommt die Ausarbeitung zu einer ungerechtfertigten Einsparung der Krankenkassen von ca. 21 Milliarden Euro in den letzten 20 Jahren (siehe S. 6 der Ausarbeitung). Dies veranschaulicht den Schaden, der durch die fehlende Anpassung des Fixums bei den Apotheken entstanden ist. Die Einsparung verhält sich spiegelbildlich zum Schaden.

Wir fordern neben der Erhöhung des Fixums zum 30.06.2026 eine jährliche Anpassung des Fixums zum 30.06. eines jeden Jahres. Die Anpassung sollte sich dabei am Nominallohnindex, am Verbraucherindex, am Bruttoinlandsprodukt, an der Inflation, an Tarifsteigerungen sowie an der generellen Entwicklung der sozialversicherungspflichtigen Einkommen orientieren, um eine faire Honorierung der Apotheken sicherzustellen. Auf den Aspekt der Beitragsstabilität bei den Krankenkassen sollte hingegen verzichtet werden.

Die geplante Verhandlungslösung (DAV und GKV) im Hinblick auf das Apotheken-Fixum begrüßen wir grundsätzlich.

b) Ablehnung der geplanten Regelung zur „Landapotheke“

Die Freie Apothekerschaft lehnt die geplante Einführung von Zuschlägen für „Landapotheke“ in der Apothekenbetriebsordnung und der Arzneimittelpreisverordnung ab. Die geplante Neuregelung läuft dem Grundsatz eines einheitlichen Apothekenabgabepreises zuwider. Außerdem ist abzusehen, dass es zu Rechtsstreitigkeiten kommen wird, in denen sich Behörden und Gerichte mit der Frage auseinanderzusetzen haben, wann die Voraussetzungen einer Landapotheke gegeben sind. Diese Rechtsstreitigkeiten werden überdies auch zu Konflikten unter Apotheken führen, da sich die Betreiber von Apotheken in strukturschwachen Gebieten, die nicht als „ländlich“ eingestuft werden, aber vor vergleichbaren Problemen stehen wie Landapotheke stehen, (zurecht) ungleich behandelt fühlen werden.

Stattdessen spricht sich die Freie Apothekerschaft für eine strukturelle Erhöhung der Pauschale für die Inanspruchnahme des Notdienstes aus. Auf diese Weise wird Standortsicherung in gleichheitsrechtlich nicht zu beanstandender Weise gefördert.

c) Vollständige Abrechnung von Individualrezepturen

Die geplante Änderung des § 5 Abs. 2 AMPreisV wird abgelehnt. Statt der vorgesehenen anteiligen Abrechnung für Individualrezepturen muss an der bisherigen Rechtslage festgehalten werden, um die erbrachte pharmazeutische Leistung und die Kosten der Herstellung angemessen zu vergüten. Sämtliche finanzielle Verluste beim Wareneinsatz zzgl. der Arbeitspreiskosten müssen berücksichtigt werden können. Zu beachten ist dabei, dass sich die Qualität der Rohstoffe nach Anbruch vermindert. Es stellt ein nicht abschätzbares Risiko dar, ob innerhalb der Haltbarkeit noch weitere ärztliche Verordnungen erfolgen.

Außerdem würde der bürokratische Aufwand für die Apotheken durch die geplante Neuregelung in erheblicher Weise erhöht werden. Dies läuft dem ausdrücklichen Ziel des ApoVWG, dem Abbau bürokratischer Hürden, entgegen.

III. Strukturrelevanz der Apotheken vor Ort

a) Ablehnung der geplanten PTA-Vertretung

Die geplante Regelung zur Vertretung des Apothekenbetreibers durch PTA wird abgelehnt.

Wesentlicher Bestandteil des apothekenrechtlichen Grundsatzes der Eigenverantwortlichkeit ist auch die Anwesenheitspflicht des verantwortlichen Apothekers. Leit- bzw. Berufsbild des Apothekenrechts in Deutschland ist der „Apotheker in seiner Apotheke“. Dies lässt sich aus der parlamentsgesetzlichen Regelung des § 7 ApoG ableiten, die in der ApBetrO (Rechtsverordnung) ausgestaltet wird. Persönliche Leitung bedeutet insofern grundsätzlich auch ausnahmslose Anwesenheit des Apothekers. Die Anwesenheitspflicht des Apothekers dient neben der sicheren und qualitativ hochwertigen Arzneimittelversorgung der Bevölkerung auch der (Ab-)Sicherung der Verantwortungswahrnehmung innerhalb der Apotheke sowie der Gerechtigkeit im Wettbewerb. Die Anwesenheitspflicht ist daher keineswegs Selbstzweck, sondern dient der Sicherstellung, dass die Vielzahl der Apotheker treffenden Rechtsvorgaben in einer staatlicherseits überprüfaren Weise eingehalten werden.

Zu diesen Vorgaben zählen etwa die umfassende Beratungspflicht aus § 20 ApBetrO und die Pflicht, gewisse Arzneimittel vorrätig zu halten und vorgehaltene Arzneimittel kurzzeitig beschaffen zu können, § 15 Abs. 1 u. 2 ApBetrO. Die Wahrnehmung dieser Aufgaben wird dabei durch ein Monopol für verschreibungspflichtige Arzneimittel (§§ 43 ff. AMG) abgesichert. Damit ist das Leitbild des Präsenzapothekers mehr Konsequenz einer tradierten Rechtsentwicklung und

dem logischen Zusammenwirken verschiedener Regelungen des Arzneimittel- und Apothekenrechts als Ausfluss einer einzelnen (ausdrücklichen) Rechtsvorgabe.

Aus diesem Grund sind die Ausnahmen von der Abwesenheit des „Apothekers in seiner Apotheke“ bewusst eng gefasst (vgl. § 2 Abs. 5 u. 6 ApBetrO). Bei der geplanten Neuregelung, die eine Vertretung des leitenden Apothekers durch PTA in einem bisher nicht vorgesehenen Umfang zulässt, handelt es sich insofern um einen Paradigmenwechsel. An dieser Neuregelung bestehen zunächst verfassungsrechtliche Bedenken, weil das in der Neuregelung vorgesehene Abweichen vom apothekenrechtlichen Grundsatz der Anwesenheitspflicht einer gesetzlichen Regelung bedarf. Eine Änderung der ApBetrO, bei der es sich um eine Rechtsverordnung handelt, genügt den Anforderungen des Parlamentsvorbehalts nicht. Insofern verwiesen wir auf das von uns in Auftrag gegebene und als

Anlage 4

beigefügte Rechtsgutachten zum Referentenentwurf zum Apotheken-Reformgesetz vom 12.06.2024. Zusammengefasst kommen die Verfasser des Gutachtens zu dem folgenden Ergebnis:

- Die geplante Änderung der ApBetrO, durch die der Betrieb von Apotheken ohne Anwesenheitspflicht für approbierte Apotheker legalisiert werden soll, widerspricht dem Leitbild des deutschen Apothekenrechts in grundlegender Weise. In Anbetracht der Tatsache, dass der mit dieser Rechtsänderung einhergehende Paradigmenwechsel auf der Ebene einer Rechtsverordnung geplant wird, erweist sich die beabsichtigte Neuregelung als unvereinbar mit höherrangigem Recht.
- Dies gilt zunächst mit Blick auf die Vorschrift des § 7 Satz 1 ApoG, die den Betrieb und die Leitung einer öffentlichen Apotheke von der persönlichen Anwesenheit eines approbierten Apothekers abhängig macht. Der Widerspruch der geplanten Neuregelung und der Vorgabe in § 7 Satz 1 ApoG fällt

zulasten der Neuregelung aus, die sich bereits aus diesem Grund als rechtswidrig erweist.

- Nach der Wesentlichkeitstheorie des BVerfG ist für die geplante Rechtsänderung eine parlamentsgesetzliche Regelung erforderlich. Die mit der Einführung der Abkehr vom Leitbild der Präsenzapotheke einhergehenden (Abwägungs-)Fragen sind derart wesentlicher Natur, dass nur eine parlamentsgesetzliche Regelung ihrer Bedeutung und Tragweite gerecht werden kann.
- Mit der geplanten Rechtsänderung geht ein nicht unerheblicher Grundrechtseingriff für die betroffenen Apotheker einher, der einer verfassungsrechtlichen Rechtfertigung nicht zugänglich ist, da es – nicht zuletzt auch mit Blick auf die mit der Neuregelung einhergehende Verminderung des Sicherheitsniveaus bei der Abgabe von Arzneimitteln – alternative Reaktionsmöglichkeiten für den Gesetzgeber gäbe, die mit weniger intensiver Eingriffswirkung verbunden wären.

Neben den Gefahren für Patientensicherheit und Verbraucherschutz sieht die Freie Apothekerschaft in den geplanten Regelungen eine unzulässige Möglichkeit, das apothekenrechtliche Fremdbesitzerverbot auszuhöhlen. Dieser Entwicklung ist entschieden entgegenzutreten.

Stattdessen spricht sich die Freie Apothekerschaft ausdrücklich für die Einführung von Weiter- und Fortbildungsangeboten für PTA aus. Zu begrüßen wären entsprechende Angebote, die den Zugang zum Pharmiestudium erleichtern. Denkbar wäre etwa, bei einer abgeschlossenen PTA-Ausbildung die Dauer des Pharmiestudiums zu verkürzen. Daneben spricht sich die Freie Apothekerschaft für die Einführung eines neuen Berufsbilds aus, dessen Zugang durch Weiterbildungen für PTA erreicht werden kann. Nach erfolgter Weiterbildung sollten Absolventen insbesondere die Befugnis erhalten, weitere pDL durchzuführen und Impfungen vorzunehmen.

b) Ablehnung der Erleichterung für die Gründung von Zweigapotheken

Die geplanten Neuregelungen zur Gründung von Zweigapotheken und die damit einhergehenden Erleichterungen lehnt die Freie Apothekerschaft ab.

Die Gründung einer Zweigapothek sollte nach wie vor nur im Falle eines nachgewiesenen Notstands zulässig sein. Ferner sollte die Erteilung der dafür erforderlichen Erlaubnis weiterhin im Ermessen der zuständigen Behörde stehen.

Zurecht werden die Voraussetzungen für die Gründung einer Zweigapothek hoch angesetzt. Letztlich folgt dies auch aus der Systematik des gesamten Apothekenrechts, in der die geplante Neuregelung einen „Fremdkörper“ darstellen würde. Insofern verweisen wir auf die zutreffenden Ausführungen des OVG Lüneburg (Beschluss vom 03.11.2004 – 8 ME 80/04):

„Eine Notstandslage setzt also eine Gefahr und außergewöhnliche Verhältnisse voraus. Diese Gefahr muss vorliegend für die Arzneimittelversorgung in der Bevölkerung gegeben sein, d.h. es muss die begründete Befürchtung bestehen, dass im Falle einer Erkrankung oder Verletzung die notwendige Versorgung mit Arzneimitteln nicht gewährleistet ist. Von dieser Gefahr muss eine nicht unerhebliche Anzahl von Personen betroffen sein, da die Errichtung einer Zweigapothek nur für einzelne Bewohner schon aus wirtschaftlichen Gründen nicht in Betracht kommt und dazu auch nicht bestimmt ist. Ob die weiterhin erforderlichen außergewöhnlichen Verhältnisse (vgl. Schiedermair/Pieck, ApoG, Kommentar, § 16 Rdnr. 4: „nur in Ausnahmesituationen“) vorliegen, ist durch einen Vergleich mit dem durchschnittlich im Bundesgebiet erforderlichen Aufwand, um zur nächstgelegenen Apotheke zu gelangen, zu ermitteln (vgl. Hoffmann, ApoG, § 16 Rdnr. 12: „bei Siedlungsgebieten, die im Vergleich zu anderen eine weit unter dem Durchschnitt liegende Apothekendichte aufweisen“). Dass nur außergewöhnlich ungünstige Verhältnisse den Betrieb einer Zweigapothek rechtfertigen, bestätigt auch die Verwaltungspraxis. So hat es nach den Angaben von Schiedermair/Pieck um die Jahreswende 1980/1981 im Bundesgebiet nur 28 Zweigapotheken gegeben; die Zahl war weiterhin rückläufig.“

Diese aus dem Wortlaut des Begriffs „Notstand“ abgeleiteten Voraussetzungen stehen auch mit Sinn und Zweck und Systematik des Apothekengesetzes in Einklang. Das Apothekengesetz geht davon aus, dass die Arzneimittelversorgung am besten durch einen Apotheker in einer öffentlichen Apotheke mit Betriebsräumen, die den Anforderungen des § 4 der Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) i.d.F. der Bekanntmachung vom 26. 9. 1995 (BGBl I, 1195), zuletzt geändert durch Gesetz vom 30. 7. 2004 (BGBl I, 2031), entsprechen, gewährleistet wird. Von diesem Leitbild weicht die Zweigapothek ab, weil sie nach § 4 III ApBetrO lediglich aus einer Offizin, ausreichendem

Lagerraum und einem Nachtdienstzimmer bestehen muss. Eine Zweigapotheke ist also von der gem. § 4 II ApBetrO bestehenden Verpflichtung freigestellt, ein Laboratorium vorzuhalten. Außerdem muss eine Zweigapotheke die in § 4 II 5 ApBetrO vorgeschriebene Mindestgrundfläche für die Apothekenbetriebsräume von 110 qm nicht wahren. Der Verzicht auf die ansonsten für notwendig erachteten Mindestanforderungen an die Apothekenbetriebsräume lässt sich jedoch nur rechtfertigen, wenn hierfür besondere Gründe gegeben sind, also ansonsten eine hinreichende Arzneimittelversorgung nicht gewährleistet wäre. Das VG hat zu Recht darauf hingewiesen, dass bei einer großzügigen Zulassung von Zweigapotheken die bewusste Entscheidung des Gesetzgebers (vgl. BT-Dr 15/1525, S. 160) unterlaufen würde, nach der die gem. §§ 1 II, 2 V ApoG bis zu drei zulässigen Filialapotheken in vollem Umfang den Anforderungen des § 4 ApBetrO an die Betriebsräume entsprechen müssen.“

Durch die geplante und nur defizitär begründete Neuregelung zur Gründung von Zweigapotheken werden Grundgedanken des Apothekenrechts erschüttert, ohne dass ein dafür erforderlicher Grund ersichtlich ist. Im Sinne des größtmöglichen Verbraucherschutzes und zum Zwecke der Wahrung der Patientensicherheit sollte an der bisherigen Rechtslage festgehalten werden.

c) Ablehnung der Abschaffung der zwingenden Raumeinheit

Die geplante Umwandlung der bislang zwingenden Vorgabe der Raumeinheit in eine Soll-Vorschrift im Rahmen der Änderung der ApBetrO wird abgelehnt.

Die bisherige Pflicht zur Raumeinheit stellt eine tragende Strukturvorgabe der ApBetrO und des Apothekenrechts im Allgemeinen dar. Sie dient der Sicherstellung ordnungsgemäßer Arzneimittelversorgung und konkretisiert die Berufspflichten des Apothekenleiters. Die räumliche Einheit gewährleistet einen durchgängig kontrollierbaren Betrieb, bei dem Herstellung, Prüfung, Abgabe und Dokumentation von Arzneimitteln in einem geschlossenen, organisatorisch und baulich verbundenen Bereich erfolgen.

Eine Aufweichung dieser Anforderung widerspricht dem Schutzzweck des Apothekenrechts, der auf die Gewährleistung von Arzneimittelsicherheit, Patientenschutz und ordnungsgemäßen Betriebsabläufen gerichtet ist. Die Raumeinheit sichert die Kontrolle über Arzneimittelbestände, schützt vor Verwechslungen, er-

möglichst eine durchgehende Aufsichtspflicht des Apothekenleiters und erleichtert die Einhaltung der Hygieneanforderungen.

Zudem dient sie der rechtssicheren Haftungsorganisation des Apothekenbetriebs. Werden pharmazeutische Tätigkeiten in räumlich getrennten Einheiten durchgeführt, verschärft sich das Risiko haftungsrelevanter und der Verstoß gegen die ordnungsgemäße Aufsichtspflicht des Apothekenleiters. Schon heute ermöglicht die ApBetrO in § 4 Abs. 4 Ausnahmen – eine generelle Absenkung der Normqualität auf eine bloße Soll-Bestimmung ist daher systematisch und rechtspolitisch nicht erforderlich.

Auch verfassungsrechtlich bestehen Bedenken. Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG, Beschl. v. 11.06.1958 – 1 BvR 596/56) kann und muss der Gesetzgeber zum Schutz der Volksgesundheit berufsrechtliche Einschränkungen zulassen, wenn sie der effektiven Gefahrenabwehr dienen. Die zwingende Raumeinheit ist ein solches legitimes, verhältnismäßiges Mittel, das der Patientensicherheit und dem Verbraucherschutz dient. Eine Umwandlung in eine Soll-Vorschrift würde ohne hinreichenden sachlichen Grund den Sicherheitsstandard absenken und damit gegen das Gebot effektiver Gefahrenvorsorge im Arzneimittelwesen (§ 1 Abs. 1 AMG) verstossen.

d) Ablehnung der Aufhebung des Laborerfordernisses in Apothekenfilialverbünden

Die geplante Regelung, wonach künftig im Filialverbund nur noch eine Apotheke ein Labor vorhalten muss und die Prüfung von Arzneimitteln zentral an einem Standort erfolgen kann, wird abgelehnt.

Das Labor ist ein zentrales Element des ordnungsgemäßen Apothekenbetriebs nach § 4 Abs. 1 Satz 1 ApBetrO. Es dient der Qualitätssicherung nach § 7 ApBetrO, insbesondere der Prüfung von Ausgangsstoffen, Rezepturen und Defekturen. Damit dient die Laborpflicht der Erfüllung der gesetzlichen Vorgabe aus § 1 Abs.

1 ApoG, wonach Apotheken die ordnungsgemäße Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln sicherzustellen haben.

Die beabsichtigte Konzentration labortechnischer Tätigkeiten auf nur einen Standort innerhalb eines Filialverbunds unterläuft diesen Schutzzweck. Sie schwächt die flächendeckende Verfügbarkeit geprüfter Arzneimittel und gefährdet die Unabhängigkeit der einzelnen Betriebsstätten. Insbesondere im Nachtdienst oder in Notfällen würde die Herstellung und Prüfung patientenindividueller Rezepturen nur eingeschränkt möglich sein. Eine Auslagerung auf zentrale Standorte widerspricht der Betriebsstättenverantwortung des jeweiligen Apothekenleiters sowie dem Grundsatz der unverzüglichen Prüfung und sachgerechten Herstellung.

Ferner ergeben sich Versorgungssicherheits- und Haftungsrisiken. Der Ausfall des zentralen Labors durch technische oder personelle Störungen hätte unmittelbare Auswirkungen auf alle angeschlossenen Filialen. Auch verlängerte Transportwege für Ausgangsstoffe oder Proben bergen Gefahren für Arzneimittelqualität und -sicherheit. Insbesondere steriles oder temperatursensibles Material verlangt eine Prüfung in räumlicher und zeitlicher Nähe zur Herstellung.

Die bisherigen Regelungen wahren ein ausgewogenes Verhältnis zwischen betrieblicher Flexibilität und öffentlicher Sicherheit. Eine darüber hinausgehende strukturelle Lockerung ist daher weder erforderlich noch verhältnismäßig. Nicht zuletzt gilt dies, weil die flächendeckende Aufrechterhaltung funktionsfähiger Labore in jeder Apotheke aus gesundheits- und sicherheitspolitischer Sicht von entscheidender Bedeutung für die Resilienz der Arzneimittelversorgung – insbesondere in Krisenlagen, Naturereignissen oder logistischen Engpasssituationen – ist.

e) Ablehnung der Änderung der Dienstbereitschafts- und Öffnungszeiten

Die geplante Öffnungszeitregelung, die den Grundsatz der ständigen Dienstbereitschaft aufgibt und die Festlegung der Geschäftszeiten ins Ermessen der Apothekeninhaber legt, wird abgelehnt.

Das bisherige Prinzip der ständigen Dienstbereitschaft (§ 23 ApBetrO) konkretisiert den gesetzlichen Versorgungsauftrag der Apotheken gemäß § 1 Abs. 1 Apothekengesetz (ApoG). Es sichert eine kontinuierliche, flächendeckende Arzneimittelversorgung und ist für die Erfüllung öffentlicher Interessen an der Gesundheitsvorsorge wesentlich. Die geplante grundlegende Abkehr hiervon und die weitgehende Individualisierung der Öffnungszeiten führen zu einer faktischen Entwertung des gesetzlichen Versorgungsauftrags. Die genaue Ausgestaltung des zwingenden Zeitumfangs bleibt unklar, wodurch Unsicherheiten entstehen, wie der Versorgungsauftrag rechtlich zu erfüllen ist. Diese Unsicherheiten wirken sich dabei zulasten des Verbraucherschutzes und der Patientensicherheit aus.

Die neue Regelung birgt das Risiko, dass wirtschaftliche Erwägungen in den Vordergrund gestellt und die Öffnungszeiten zu Lasten der Patientensicherheit verkürzt werden. Gerade in strukturschwachen Regionen kann die Festlegung individueller Dienstzeiten dazu führen, dass Apotheken nur noch eingeschränkt geöffnet haben oder für längere Zeitintervalle ganz schließen. Es droht ein Versorgungsdefizit in Randzeiten, das insbesondere für berufstätige Menschen und in Notfallsituationen gravierende Auswirkungen haben wird. Allein der in § 23 Abs. 1 Satz 2 ApBetrO-RefE vorgesehene Hinweis, dass der Versorgungsauftrag sicherzustellen ist, trägt den vorgebrachten Bedenken nicht hinreichend Rechnung. Vielmehr wird der in § 1 Abs. 1 ApoG vorgesehene Versorgungsauftrag durch die geplante Regelungsänderung strukturell unterlaufen.

Hinzu kommt, dass das geplante System den bürokratischen Aufwand strukturell erhöht, da die Festlegung und Überwachung der Dienstbereitschaftszeiten nun verstärkt durch Behörden geregelt und kontrolliert werden müssen. Ihre Aufgabe wird es letztlich sein, im aufwändigen Einzelfall über die Wahrung des Versor-

gungsauftrags zu entscheiden. Dadurch werden Ressourcen gebunden, ohne dass die Versorgungsqualität gleichwertig abgesichert wäre oder gar erhöht würde. Darüber hinaus existieren in allen Bundesländern bereits die Dienstbereitschaft regelnde Allgemeinverfügungen der Landesapothekenkammern, sodass auch insoweit gar kein weiterer gesetzlicher Regelungsbedarf besteht.

Schließlich ist die geplante Gesetzesänderung auch aus verfassungsrechtlicher Sicht kritisch zu sehen. Der Gesetzgeber ist von Verfassungs wegen verpflichtet, effektive und verlässliche Strukturen für die Arzneimittelversorgung vorzuhalten (Art. 2 Abs. 2 GG, Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit). Die bisherige Dauerbereitschaft dient diesem Ziel und ist ein legitimes, verhältnismäßiges Mittel. Es ist indes davon auszugehen, dass die Flexibilisierung der Öffnungszeiten zu einer substantiellen Verschlechterung der Versorgungssicherheit führen wird, sodass dem Verfassungsauftrag aus Art. 2 Abs. 2 GG nicht mehr hinreichend Rechnung getragen wird.

IV. Sonstiges

a) **Begrenzung der Haftung der paritätischen Stelle**

Die paritätische Stelle (vgl. § 129 Abs. 4 SGB V) agiert als gemeinsames Gremium von GKV-Spitzenverband und Deutschem Apothekerverband (DAV) im Rahmen der Durchsetzung und Kontrolle von Sanktionen gegen Apotheken bei Verstößen gegen das Preisbindungsgebot. Ihre Entscheidungen erfolgen im Rahmen einer kollektiven Verwaltungstätigkeit ohne eigenen wirtschaftlichen Vorteil, sodass die Mitglieder typischerweise als ehrenamtliche Entscheidungsträger vergleichbar mit Organen einer Körperschaft des öffentlichen Rechts handeln.

Die geplante Neuregelung des § 129 Abs. 4 Satz 7 SGB V lässt darauf schließen, dass das BMG von einer weitreichenden (persönlichen) Haftung der Mitglieder der paritätischen Stelle ausgeht. Dies erscheint indes nicht zielführend, da zu besor-

gen ist, dass die Mitglieder der paritätischen Stelle aus Angst vor drohenden Schadensersatzklagen erheblichen Maßes – insbesondere in Zweifelsfällen – von einer Entscheidung zu Lasten der gegen das Preisbindungsgebot verstößenden Apotheken absehen wird. Leicht fahrlässige Fehler sind bei der komplexen Rechtsanwendung bisweilen – auch bei Berücksichtigung des größtmöglichen Sorgfaltsmäßigstabs – unvermeidbar und könnten die skizzierte abschreckende Wirkung entfalten. Dies wiederum kann zur Folge haben, dass qualifizierte Personen sich einer Mitwirkung versagen. Ferner wird die Funktionsfähigkeit der Paritätischen Stelle gefährdet.

Daher sollte die persönliche Haftung der paritätischen Stelle beschränkt werden.

Eine persönliche Haftung für (leichte) Fahrlässigkeit widerspricht indes dem Prinzip des Schutzes ehrenamtlicher, öffentlich-rechtlich überlagerter Tätigkeit im deutschen Haftungsrecht. Insofern spricht sich die Freie Apothekerschaft ausdrücklich für eine Haftungsbegrenzung der Mitglieder der paritätischen Stelle aus. Ein neu zu fassender § 129 Abs. 4 Satz 8 SGB V sollte insofern wie folgt lauten:

„Die Haftung ist beschränkt auf Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit.“

b) Forderung eines RX-Versandhandelsverbots

Auf dem Deutschen Apothekertag in Düsseldorf hat Bundesgesundheitsministerin Nina Warken erneut vage Worte gefunden, wenn es um die Zukunft der Apotheken und die Frage des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln geht. Ein klares Bekenntnis zu einem RX-Versandhandelsverbot blieb aus. Stattdessen wurden die Apotheken mit Aussagen, man wolle das Thema „noch einmal mitnehmen“ weiterhin im Unklaren gelassen. Es überrascht vor diesem Hintergrund nicht, dass ein RX-Versandhandelsverbot nicht Teil des Referentenentwurf für ein Apothekenversorgung-Weiterentwicklungsgesetz geworden ist. Genau zum jetzigen Zeitpunkt ist es aber von entscheidender Bedeutung, dass die Fakten klar benannt werden. In einem aktuellen Aufsatz „Zur unionsrechtlichen Zulässigkeit eines Rx-Versandhandelsverbots“, veröffentlicht in der Septem-

berausgabe der Fachzeitschrift PharmaRecht, hat einer der Unterzeichner (Dr. Fiete Kalscheuer) umfassend dargelegt: Ein Versandhandelsverbot für verschreibungspflichtige Arzneimittel ist unionsrechtlich möglich. Der Aufsatz ist dieser Stellungnahme als

Anlage 5

beigefügt. Es gibt aus Sicht der Freien Apothekerschaft daher keinen rechtlichen Grund, diese zentrale Maßnahme zur Sicherung der flächendeckenden Arzneimittelversorgung weiter hinauszuzögern. Falls die Bundesregierung derzeit tatsächlich keine Erhöhung des Apothekenhonorars möglich macht, dann ist es umso dringlicher, wenigstens diesen Schritt unverzüglich zu gehen. Andernfalls bleiben die politischen Willensbekundungen zur Stärkung und Sicherung der Apotheken nichts anderes als hohle Versprechungen. Während Apotheken um ihre Existenz kämpfen, darf die Politik sich nicht länger hinter vermeintlichen Unsicherheiten verstecken. Die rechtliche Analyse liegt auf dem Tisch – eindeutig, nachvollziehbar und belastbar. Der Bundestag muss aus Sicht der Freien Apothekerschaft jetzt seiner Verantwortung gerecht werden und die wohnortnahe Versorgung in Deutschland durch ein klares RX-Versandhandelsverbot dauerhaft absichern. Wer weiterhin zögert, nimmt das Sterben der Apotheken und den Niedergang der flächendeckenden Arzneimittelversorgung in Deutschland bewusst in Kauf.

Jedenfalls müsste eine Negativliste für sensible Medikamente, die nicht versendet werden dürfen, geschaffen werden. Das Cannabis-Versandverbot zeigt, dass dies möglich ist.

- c) Forderung einer ausdrücklichen Pflicht zur Einhaltung der GDP-Vorgaben für ausländische Versandhändler

Überdies spricht sich die Freie Apothekerschaft für die gesetzliche Einführung einer verbindlichen Pflicht zur Einhaltung von GDP-Vorgaben (Good Distribution Practice bzw. Leitlinien für die gute Vertriebspraxis von Humanarzneimitteln der

Europäischen Kommission vom 05.11.2013 (2013/C 343/01)) für ausländische Arzneimittelversender aus. Aus Klarstellungsgründen sollte diese Anordnung ausdrücklich in das Arzneimittelgesetz aufgenommen werden.

Dass derzeit ein erhebliches Überwachungsdefizit gegenüber den Tätigkeiten ausländischer, insbesondere niederländischer Versandhändler existiert, ist zweifelsfrei erwiesen. Eine Vielzahl von IFG- bzw. IZG-Anträgen gegenüber dem BMG und den für die Arzneimittelüberwachung zuständigen Behörden hat ergeben, dass die Länder mit Blick auf die Überwachung ausländischer Arzneimittelversender von einer Zuständigkeit des BMG ausgehen, wohingegen das BMG unter Verweis auf die kompetenziellen Vorgaben der Art. 83 ff. GG von einer prinzipiellen Zuständigkeit der Landesbehörden ausgeht. Die ausländischen Arzneimittelversender bewegen sich insofern faktisch in einem rechtsfreien Raum. Es besteht ein Überwachungs- und Vollzugsdefizit hinsichtlich der geltenden Arzneimittelpreisvorgaben, dem prinzipiellen Rabattverbot und den Vorschriften zur Wahrung der Arzneimittelsicherheit.

Jedenfalls das Einhalten Letzterer ließe sich durch die Einführung einer verbindlichen Pflicht zur Einhaltung von GDP-Vorgaben ohne nennenswerten bürokratischen Aufwand sicherstellen. Im Falle eines Verstoßes wären die zuständigen Überwachungs- und Ordnungsbehörden zum Ergreifen aufsichtsrechtlicher Mittel ermächtigt. Die Arzneimittelsicherheit würde auf diese Weise erhöht werden.

d) Modifikation der Neuregelungen in §§ 48a, 48b AMG

Prinzipiell begrüßt die Freie Apothekerschaft die Zulässigkeit der Abgabe von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln ohne ärztliche Verordnung in Ausnahmefällen. Gleichwohl besteht mit Blick auf die geplanten Neuregelungen der §§ 48a, 48b AMG ein Anpassungsbedarf.

Im vorliegenden Referentenentwurf wird unterstellt, dass verschreibungspflichtige Arzneimittel zur Anschlussversorgung nur dann einmalig ohne erneute ärztliche

Verordnung abgegeben werden dürfen, wenn sie zuvor über mindestens vier Quartale verordnet wurden. Zudem wird die elektronische Patientenakte (ePA) als wichtigstes Nachweisinstrument genannt. Anders als im derzeitigen Referentenentwurf vorgesehen, sollte auf die bisherige Quartalsbindung der Arzneimittelabgabe verzichtet werden. Auch der verbindliche Verweis auf die elektronische Patientenakte (ePA) sollte entfallen und es sollte ein Sonderentgelt statt eines Abgabeaufschlags etabliert werden. Alternativ könnte es auch bei der Erhöhung der Notdienstgebühr von 2,50 Euro auf 10 Euro verbleiben und der Abgabenaufschlag bzw. das Sonderentgelt könnte gestrichen werden.

Patienten sollen zudem die kleinen Rx-Packungen selbst bezahlen, was die GKV entlastet und das Budget der Hausärzte nicht belastet.

Die Festlegung eines starren Mindestzeitraums von vier Quartalen reduziert die Flexibilität und Handlungsfähigkeit der Apotheker erheblich. Patienten mit akutem oder dringendem Versorgungsbedarf, die nicht durchgehend die letzte vier Quartale eine regelmäßige ärztliche Verordnung hatten, würden hiervon ausgeschlossen, obwohl eine medizinische Notwendigkeit gegeben sein kann. Diese Einschränkung widerspricht dem im Arzneimittelrecht prinzipiell verfolgten Ziel einer schnellen und patientenorientierten Versorgung. Zudem entstehen durch die verpflichtende Rückschau auf vier Quartale erhebliche Dokumentations- und Prüfungsaufwände, die mit einem erheblichen Bürokratieaufwand einhergehen. Rechtlich ist keine Evidenz ersichtlich, die die im Referentenentwurf vorgesehene Frist für die Absicherung der Arzneimittelversorgung zwingend macht.

Die ePA ist grundsätzlich eine zukunftsweisende digitale Infrastruktur, die jedoch aktuell noch nicht flächendeckend von Patienten genutzt wird. Die verpflichtende Abhängigkeit der Nachweispflicht von der ePA würde daher ein Ungleichgewicht zwischen technisch versierten und technologiefreundlichen Patienten und Patienten, die die ePA bewusst oder in Folge mangelnder technischer Fähigkeiten nicht nutzen, schaffen. Auch zwischen Apotheken könnte insofern ein Ungleichgewicht geschaffen werden, da sich die technische Ausstattung der Apotheken bisweilen erheblich unterscheidet. Der Verweis kann somit für eine ungleiche Versorgung

und Rechtsunsicherheiten sorgen. Ferner sind datenschutzrechtliche und technische Fragen zur ePA weiterhin offen bzw. in der Einführung begriffen, sodass eine verbindliche Verweisung auf die ePA zum jetzigen Zeitpunkt schlichtweg nicht zielführend ist.

Darüber hinaus spricht sich die Freie Apothekerschaft in diesem Zusammenhang für die Einführung eines Sonderentgelts nach der Arzneimittelpreisverordnung für die erbrachte Zusatzleistung aus und lehnt die geplante Einführung eines Abgabeaufschlags ab, um den Grundsatz der Gleichpreisigkeit zu wahren.

e) Befreiung der Rabattarzneimittel von der gesetzlichen Zuzahlung

Nach der geplanten (befristeten) Erweiterung der Austauschmöglichkeit gemäß § 129 Abs. 4c SGB V Ref-E dürfen Apotheken bei der Einlösung von Arzneimittelverordnungen für den zunächst befristeten Zeitrahmen von einem Jahr Arzneimittel bereits dann abgeben, wenn das verordnete Arzneimittel nicht in der Apotheke vorrätig ist, sofern ein entsprechendes rabattiertes Arzneimittel nicht verfügbar ist. Patienten sollen dadurch von schnellerer Versorgung und kürzeren Wartezeiten profitieren, Apotheken sollen durch bei den Bestellvorgängen entlastet werden.

Seitens der GKV wurde in diesem Zusammenhang die Sorge geäußert, dass die Apothekerschaft erweiterte Austauschmöglichkeiten missbräuchlich nutzen und sich nicht konsequent an bestehende Rabattverträge halten könnte. Diese Befürchtung entbehrt jedoch jeder Grundlage. Während der Corona-Pandemie bestanden bereits vergleichbare Regelungen, und es kann belegt werden, dass die Apothekerschaft diese Flexibilität verantwortungsvoll eingesetzt und nicht zu wirtschaftlichen Vorteilen missbraucht hat.

Darüber hinaus ist zu betonen, dass die Intention der Rabattverträge ursprünglich nicht allein auf Einsparungen für die GKV gerichtet war, sondern auch eine Entlastung der Patienten vorsehen sollte. Gerade in den Anfangsjahren nach Einführung

der Rabattverträge waren zahlreiche rabattierte Arzneimittel von der gesetzlichen Zuzahlung befreit, sodass ein spürbarer Nutzen für die Versicherten bestand. Heute – fast zwei Jahrzehnte später – sind kaum noch Arzneimittel von der Zuzahlung befreit. Damit ist der Patientenvorteil faktisch entfallen.

Vor dem Hintergrund der aktuellen Debatte über die finanzielle Stabilisierung der GKV und einer möglichen Anpassung der Zuzahlungsregelungen ist es aus unserer Sicht erforderlich, die ursprüngliche patientenorientierte Zielsetzung der Rabattverträge wieder stärker in den Blick zu nehmen. Wir fordern daher, im Rahmen des Referentenentwurfs vorzusehen, dass Rabattarzneimittel grundsätzlich von der gesetzlichen Zuzahlung befreit werden.

Eine solche Regelung würde die Attraktivität der Vor-Ort-Apotheken gegenüber dem ausländischen Versandhandel stärken, der teils unzulässige Preisnachlässe gewährt, und zugleich die Akzeptanz von Rabattverträgen durch direkte finanzielle Vorteile für Patientinnen und Patienten erhöhen. Darüber hinaus trüge sie zur sozialen Ausgewogenheit bei, da insbesondere chronisch Kranke und einkommensschwächere Versicherte entlastet würden. Insgesamt läge diese Maßnahme im Interesse der Versicherten, der Patienten sowie der Chronikerverbände und würde die Stabilität der flächendeckenden Arzneimittelversorgung stärken.

Mit freundlichen Grüßen

Anlagen



gez. Dr. Kalscheuer

Dr. Nicolas Harding

Dr. Fiete Kalscheuer

BROCK MÜLLER ZIEGENBEIN Rechtsanwälte Notare Postfach 35 07 24034 Kiel

Per beA!

Verwaltungsgericht Berlin
Kirchstraße 7
10557 Berlin

Unser Zeichen	Rechtsanwalt	Sekretariat	Kontakt	Kiel
06954-23-OR-3140	Dr. Fiete Kalscheuer	Franziska Jürs Alina Grewe	✉ +49 431 97918-59 ☎ +49 431 97918-39 ✉ franziska.juers@bmz-recht.de ✉ alina.grewe@bmz-recht.de	09.04.2024

Feststellungsklage

von

[REDACTED]

– Kläger zu 1. –

[REDACTED]

[REDACTED]

– Klägerin zu 2. –

[REDACTED]

[REDACTED]

– Klägerin zu 3. –

[REDACTED]

[REDACTED]

– Kläger zu 4. –

Prozessbevollmächtigte: Brock Müller Ziegenbein
Rechtsanwälte Partnerschaft mbB
Schwedenkai 1, 24103 Kiel
beA: Dr. Fiete Kalscheuer, Kiel

KIEL

Prof. Dr. Mathias Nebendahl²⁾¹⁰⁾¹⁴⁾, Notar
Dr. Matthias Krisch⁹⁾, Notar
Dr. Christian Becker¹⁴⁾, Notar
Dr. Katja Francke²⁾
Dr. Hauke Thilow⁷⁾¹¹⁾, Notar
Dr. Christian Wolff⁹⁾¹²⁾
Dr. Johannes Badenhop¹³⁾¹⁴⁾, Notar
Kati Beier-Vafeidis, LL.M. (London)
Dr. Susann Rochlitz¹⁰⁾
Dr. Martin Witt⁷⁾, Notar
Dr. Fiete Kalscheuer¹⁴⁾
Dr. Thomas Guttau⁶⁾
Judith Foest
Dr. Markus Jurawitz
Dr. Jan-Philipp Redder
Charlotte Guschke
Maria Jaletzke-Fest
Sören Kneffel
Yilmaz Algin
Dr. Nicolas Harding
Schwedenkai 1, 24103 Kiel
Telefon +49 431 97918-0
Telefax +49 431 97918-30

LÜBECK

Dr. Oswald Kleiner, Notar
Boris Stomprowski, Notar a. D. (bis 2023)
Lars Bretschneider²⁾¹⁰⁾, Notar
Dr. Friderike Pannier³⁾
Dr. Matthias Wäack⁷⁾, Notar
Dr. Sebastian Scholz⁷⁾
Dr. Gero von Alvensleben
Philipp Thomesen, LL.M. (London)
Kanalstraße 12-18, 23552 Lübeck
Telefon +49 451 70289-0

FLENSBURG

Dr. Ralf Sonnberg, Notar
Dr. Volker von Borzeszkowski,
Notar a. D. (bis 2023)
Dr. Bastian Koch⁷⁾, Notar
Dr. Christian Kuhlmann⁴⁾
Dr. Max Wellenreuther²⁾, Notar
Jan Christiansen¹⁾⁵⁾, Notar
Dr. Christoph Bialluch¹⁰⁾
Julian Schlumbohm⁴⁾
Carina Rohde
Dr. Justus Jürgensen
Ballastkai 5, 24937 Flensburg
Telefon +49 461 14433-0

KALTENKIRCHEN

Dr. Bernd Richter¹¹⁾
Dr. Peter Gramsch⁸⁾, Notar
Tilmann Kruse
Dr. Marcel Sandberg
Aino Kristina Füner, Notarin
Dr. Kirsten Kieckbusch
Neuer Weg 13, 24568 Kaltenkirchen
Telefon +49 4191 91918-0

Fachanwälte für

- 1) Agrarrecht
- 2) Arbeitsrecht
- 3) Bank- und Kapitalmarktrecht
- 4) Bau- und Architektenrecht
- 5) Erbrecht
- 6) gewerblichen Rechtsschutz
- 7) Handels- und Gesellschaftsrecht
- 8) Insolvenzrecht
- 9) IT-Recht
- 10) Medizinrecht
- 11) Steuerrecht
- 12) Urheber- und Medienrecht
- 13) Vergaberecht
- 14) Verwaltungsrecht

Banken

Commerzbank AG Kiel
IBAN DE71 2104 0010 0722 3779 00
Kieler Volksbank eG
IBAN DE98 2109 0007 0090 1020 02
Förde Sparkasse
IBAN DE36 2105 0170 1400 2240 00
Brock Müller Ziegenbein
Rechtsanwälte Partnerschaft mbB
Sitz Kiel, AG Kiel PR 18 KI
UST-IdNr. DE205972535
www.bmz-recht.de

gegen

die Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch das Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz, Scharnhorststraße 34–37, 10115 Berlin,

– Beklagte –

wegen: Feststellung des Bestehens eines Anspruchs auf Änderung des § 3 Abs. 1 Satz 1 AMpreisV,

Streitwert: 15.000 €.

Namens und in Vollmacht der Kläger erheben wir Klage und beantragen,

festzustellen, dass die Kläger gegenüber der Beklagten einen Anspruch auf eine der Kostenentwicklung der Apotheken bei wirtschaftlicher Betriebsführung entsprechende Anpassung des in § 3 Abs. 1 Satz 1 Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) normierten Fixhonorars haben und die Beklagte durch das Unterlassen der Anpassung des in § 3 Abs. 1 Satz 1 AMPreisV normierten Fixhonorars an die tatsächliche Kostenentwicklung der Apotheken bei wirtschaftlicher Betriebsführung Rechte der Kläger verletzt.

Zur Klärung der Gründe für die Nichtanpassung des Fixhonorars an die Kostenentwicklung der Apotheken bei wirtschaftlicher Betriebsführung in den vergangenen zwei Jahrzehnten beantragen wir

A k t e n e i n s i c h t

in die

- Akten der Beklagten zur Festlegung des Fixhonorars auf 8,10 €,
- Akten der Beklagten zur Erhöhung des Fixhonorars um lediglich 0,25 € im Jahr 2013,
- Akten der Beklagten zum 2HM–Gutachten.

Inhaltsverzeichnis

I. Zum Sachverhalt.....	6
1. Zum Vergütungssystem für Apotheken.....	6
a) Hintergrund	6
b) Grundsätzliche Verfassungsmäßigkeit der arzneimittelrechtlichen Preisregulierung.....	7
c) Grundsatz des einheitlichen Apothekenabgabepreises	8
d) § 78 AMG.....	9
e) AMPreisV.....	10
aa) Geltungsbereich	10
bb) Apothekenabgabepreis	10
f) Gegenstand der vorliegenden Klage.....	11
2. Zur Funktion des Fixhonorars	11
3. Zur ökonomischen Bedeutung des Fixhonorars für die Apotheken	12
4. Zur Entwicklung des Fixhonorars.....	13
a) Einführung des Fixhonorars im Jahr 2004	13
b) Eine einzige Anpassung des Fixhonorars	13
c) Keine regelmäßige Überprüfung des Anpassungsbedarfs	13
d) Das sog. 2HM-Gutachten.....	14
aa) Das Fixhonorar im 2HM-Gutachten.....	15
bb) Zur Bewertung des Gutachtens in der Fachwelt	16
(1) Zur ökonomischen Bewertung des Gutachtens	16
(2) Zur juristischen Bewertung	16
cc) Nichtumsetzung der Vorschläge des Gutachtens durch die Beklagte..	21
5. Zur wirtschaftlichen Situation der Apotheken in Deutschland	21
a) Zum Einkommen der Apotheker.....	21
b) Zur Entwicklung der wirtschaftlichen Situation der Apotheken in Deutschland.....	22
II. Zur Rechtslage.....	25
1. Zulässigkeit der Klage	25
a) Eröffnung des Verwaltungsrechtswegs.....	25
aa) Geltendmachung eines Anspruchs auf Änderung einer Rechtsverordnung	25

bb)	Keine verfassungsrechtliche Streitigkeit	26
b)	Statthafte Klageart	28
aa)	Keine Normenkontrolle nach § 47 VwGO	28
bb)	Feststellungsklage.....	29
c)	Klagebefugnis	30
d)	Feststellungsinteresse.....	30
e)	Subsidiarität.....	31
2.	Begründetheit der Klage	32
a)	Subjektives Recht auf Anpassung des § 3 Abs. 1 Satz 1 AMPreisV	32
aa)	Subjektives Recht auf Normanpassung aus Art. 12 Abs. 1 GG	32
bb)	Subjektives Recht auf Normanpassung aus § 78 Abs. 2 Satz 1 Hs. 1 AMG 34	
(1)	§ 78 AMG als Grundlage der AMPreisV	34
(2)	§ 78 Abs. 2 Satz 1 Hs. 1 AMG.....	35
(3)	Kommentierung zu § 78 Abs. 2 AMG	35
(4)	Rechtsprechung des BVerfG.....	37
(5)	Schutznormtheorie	38
cc)	Subjektives Recht auf Normanpassung aus § 78 Abs. 1 Satz 2 AMG ..	40
dd)	Zwischenergebnis.....	40
b)	Verletzung subjektiver Rechte der Kläger durch Unterlassen der Anpassung des § 3 Abs. 1 Satz 1 AMPreisV	41
aa)	Kostenentwicklung	41
(1)	Apothekenvergütung im Vergleich	41
(2)	Zur Kostenentwicklung der Apotheken bei wirtschaftlicher Betriebsführung.....	42
bb)	Nichtanpassung des Fixhonorars	44
(1)	Periodischer Anpassungsbedarf.....	44
(2)	Stagnation des Fixbetrages.....	45
(3)	Kommentierung des Unterlassens in der Kommentarliteratur.....	46
(4)	Bewertung des Unterlassens durch Teile des Deutschen Bundestages	46
(5)	Zum Umfang des Anpassungsbedarfs.....	47
(a)	Anpassung an die Inflation	47

(b) Anpassung an die tatsächliche Kostenentwicklung	48
cc) Gefährdung der Verfassungsmäßigkeit der Preisregulierung	49
III. Ergebnis	50

I. Zum Sachverhalt

1. Zum Vergütungssystem für Apotheken

Die Apotheken in Deutschland unterliegen bei der Vergütung strengen ordnungspolitischen Vorgaben, die dem übergeordneten Ziel der Sicherstellung der ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung der Bevölkerung dienen.

a) Hintergrund

Mit der Sicherstellung der ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung der Bevölkerung u.a. durch entsprechende Einrichtungen

„erfüllt der Staat seine Kernaufgabe, die gesamte Bevölkerung, d.h. insbesondere auch die Bevölkerung auf dem Land bzw. in strukturschwachen Gebieten vor dem Risiko der Erkrankung in der sozialstaatlichen Ordnung zu schützen.“

Vgl. Zuck/Dettling, AMG, 1. Auflage 2021, § 78 AMG, Rn. 6.

Dementsprechend heißt es in § 1 Abs. 1 des Apothekengesetzes (ApoG):

„Den Apotheken obliegt die im öffentlichen Interesse gebotene Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln.“

Die Versorgung der Bevölkerung mit Medikamenten ist ordnungsgemäß, wenn sie bedarfsgerecht ist. Dies ist der Fall, wenn der notwendige Gebrauch von Arzneimitteln ermöglicht und der unerwünschte Gebrauch von Arzneimitteln unterbunden wird. Die bedarfsgerecht-ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung setzt daher voraus, dass (1) das richtige Arzneimittel zur rechten Zeit am rechten Ort in der richtigen Qualität und Menge verfügbar ist und (2) Fehl- und Mehrgebrauch von Arzneimitteln verhindert wird. Aus der Dringlichkeit der Arzneimittelversorgung im Krankheitsfall folgt nach der Rechtsprechung des EuGH, dass Arzneimittel rasch, leicht und sicher zugänglich sein müssen.

EuGH, Urteil vom 05.12.2013 – C-159/12 bis C-161/12 –, juris Rn. 61.

Die Besonderheiten des Arzneimittelmarktes lassen dementsprechend die Bestimmung der Arzneimittelpreise durch die Kräfte des Marktes nur bedingt zu.

Vgl. BT-Drs. 7/5373, S. 1.

Die Notwendigkeit der Regulierung der Arzneimittelpreise wird etwa in einer Bundestagsdrucksache aus dem Jahr 1958 wie folgt begründet:

*„Die Arzneimittel, die oft von lebensrettender Bedeutung sind und deren Be-
schaffung nicht von wirtschaftlichen Überlegungen abhängig gemacht werden
kann, müssen bei der Preisgestaltung von der Beeinflussung durch wirtschaft-
liche Vorgänge möglichst freigehalten werden. Die Preisspannen für die Wei-
tergabe industriell hergestellter Arzneispezialitäten können auch weiterhin
nicht dem Belieben des einzelnen Apothekers überlassen werden. Bei ihrer
Festsetzung durch den Staat muß jedoch auf die Erhaltung der wirtschaftlichen
Grundlage der Apotheken als Einrichtungen der Arzneimittelversorgung die
erforderliche Rücksicht genommen werden.“*

BT-Drs. 3/654, S. 24 f.

Verschreibungspflichtige Medikamente, die das Kerngeschäft der Apotheken bestimmen, unterliegen der staatlichen Preisregulierung in zweierlei Hinsicht: durch die Arzneimittelgesetze selbst und durch das Sozialrecht (SGB V). Vorliegend geht es um einen Aspekt der Preisregulierung durch die Arzneimittelgesetze.

b) Grundsätzliche Verfassungsmäßigkeit der arzneimittelrechtlichen Preisregulierung

Dem Gesetzgeber kommt bei der Regelung der Berufsfreiheit, insbesondere auf dem Gebiet der Arbeitsmarkt-, Sozial- und Wirtschaftsordnung, eine weite Gestaltungsfreiheit zu.

BVerfG, Beschluss vom 20.08.2013 – 1 BvR 2402/12, BvR 2684/12, NZS 2013, 858 (860).

Die arzneimittelrechtlichen Preisvorschriften sind grundsätzlich verfassungsmäßig:

„Die arzneimittelrechtlichen Preisbindungsverordnungen dienen vernünftigen Gründen des Gemeinwohls. Durch die einheitlichen und verbindlichen Apothekenabgabepreise soll ein Preiswettbewerb auf der Handelsstufe der Apotheken verhindert werden. Dadurch soll die im öffentlichen Interesse gebotene flächendeckende und gleichmäßige Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln sichergestellt werden. Außerdem sollen sich Patientinnen und Patienten im Interesse einer schnellen Arzneimittelversorgung darauf verlassen können, dass sie die Arzneimittel in jeder Apotheke zum gleichen Preis erhalten können. Zudem bezweckt der Gesetzgeber mit der Preisbindung, das finanzielle Gleichgewicht des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung abzusichern.“

BVerwG, Urteil vom 09.07.2020 – 3 C 20.18, NJW 2021, 331 (333) Rn. 20.

c) Grundsatz des einheitlichen Apothekenabgabepreises

Das Preisrecht für Arzneimittel beruht auf dem in § 78 Abs. 2 Satz 2 AMG normierten Grundsatz des einheitlichen Apothekenabgabepreises:

„Ein einheitlicher Apothekenabgabepreis für Arzneimittel, die vom Verkehr außerhalb der Apotheken ausgeschlossen sind, ist zu gewährleisten.“

Der Grundsatz des einheitlichen Apothekenabgabepreises dient dazu, im Hinblick auf die Beratungs- und Schlüsselfunktion der Apotheken einen Preiswettbewerb auf der Handelsstufe der Apotheken auszuschließen oder jedenfalls zu vermindern.

Vgl. Gemeinsamer Senat der obersten Gerichtshöfe des Bundes, Beschluss vom 22.08.2012 – GmS-OGB 1/10 –, juris Rn. 25 m.w.N.; Igl/Welti, Gesundheitsrecht, 4. Aufl. 2022, § 25 Rn. 27; Zuck/ Dettling, AMG, 1. Auflage 2021, § 78 AMG, Rn. 3.

Der einheitliche Apothekenabgabepreis dient zugleich der wirtschaftlichen Existenzfähigkeit einer hinreichenden Zahl von Apotheken und damit der Gewährleistung der im öffentlichen Interesse gebotenen flächendeckenden und gleichmäßigen Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln.

Kügel/Müller/Hofmann, Arzneimittelgesetz, 3. Aufl. 2022, § 78 Rn. 12; Gemeinsamer Senat der obersten Gerichtshöfe des Bundes, Beschluss vom 22. August 2012 – GmS-OGB 1/10 –, juris Rn. 25.

d) § 78 AMG

Die gesetzliche Ermächtigung für die staatliche Preisregulierung findet sich in § 78 des Arzneimittelgesetzes (AMG).

§ 78 Abs. 1 Satz 1 AMG hat folgenden Inhalt:

Das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium und, soweit es sich um Arzneimittel handelt, die zur Anwendung bei Tieren bestimmt sind, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates

1. Preisspannen für Arzneimittel, die im Großhandel, in Apotheken oder von Tierärzten im Wiederverkauf abgegeben werden,

2. Preise für Arzneimittel, die in Apotheken oder von Tierärzten hergestellt und abgegeben werden, sowie für Abgabegefäß,

3. Preise für besondere Leistungen der Apotheken bei der Abgabe von Arzneimitteln

festzusetzen.

Im Rahmen des Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) hat der Gesetzgeber mit § 78 Abs. 1 Satz 2 AMG eine eigene Rechtsgrundlage für die Anpassung des Preiselements des sog. Festzuschlags in das Gesetz aufgenommen:

„Die Umstellung des Apothekenzuschlags auf einen Festzuschlag und einen prozentualen preisabhängigen Zuschlag macht es erforderlich, dass der Festzuschlag in der Regel durch Rechtsverordnung, die nicht der Zustimmung des Bundesrates bedarf, angepasst werden kann. Die Anpassung soll sich dabei an der jeweiligen Kostenentwicklung der Apotheken bei wirtschaftlicher Betriebsführung richten.“

BT-Drs. 15/1525, S. 166.

§ 78 Abs. 1 Satz 2 AMG, der eine Anpassung des sog. Fixhonorars an die Kostenentwicklung der Apotheken normiert, hat folgenden Wortlaut:

„Abweichend von Satz 1 wird das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium durch Rechtsverordnung, die nicht der Zustimmung des Bundesrates bedarf, den Anteil des Festzuschlags, der nicht der Förderung der Sicherstellung des Notdienstes dient, entsprechend der Kostenentwicklung der Apotheken bei wirtschaftlicher Betriebsführung anzupassen.“

In § 78 Abs. 2 AMG hat der Gesetzgeber normative Vorgaben für die Gestaltung der Preise und Preisspannen im Bereich des Vertriebs von Arzneimitteln formuliert. Satz 1 des Absatzes hat folgenden Wortlaut:

„Die Preise und Preisspannen müssen den berechtigten Interessen der Arzneimittelverbraucher, der Tierärzte, 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.“

e) AMPreisV

Von den Verordnungsermächtigungen in § 78 Abs. 1 AMG ist mit der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) Gebrauch gemacht worden.

aa) Geltungsbereich

Die AMPreisV gilt gemäß § 1 Abs. 4 AMPreisV nur für verschreibungspflichtige Medikamente.

bb) Apothekenabgabepreis

Ausgangspunkt des Apothekenabgabepreises für rezeptpflichtige Arzneimittel bildet der vom Hersteller festgesetzte Abgabepreis, der sog. Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers, ApU (früher: Herstellerabgabepreis (HAP)). Gemäß § 1 AMPreisV gelten für Arzneimittel, die im Voraus hergestellt und in einer zur Abgabe an den Verbraucher bestimmten Packung in den

Verkehr gebracht werden (Fertigarzneimittel) und deren Abgabe nach § 43 Abs. 1 AMG den Apotheken vorbehalten ist, besondere Preisspannen. Für Rezepturen gilt gemäß § 5 AMPreisV eine eigene Preisbildung, bei der insbesondere ein Rezepturzuschlag hinzukommt.

§ 3 AMPreisV regelt die Zuschläge, die die Apotheker für ihre Leistungen zu dem Preis addieren dürfen. Danach ist zur Berechnung des Apothekenabgabepreises von Fertigarzneimitteln, die zur Anwendung bei Menschen bestimmt sind, durch die Apotheken ein Zuschlag von 3% zuzüglich eines Fixbetrages von 8,35 € sowie weiterer 21 Cent zur Förderung der Sicherstellung des Notdienstes zu erheben.

Frohn/Schmidt, in: Münchener Anwaltshandbuch Medizinrecht, Clausen/Schroeder-Printzen, 3. Aufl. 2020, § 16 Rn. 317 ff.

Der Apothekenabgabepreis errechnet sich damit wie folgt: Apothekenendpreis = Festzuschlag von 3% auf den Betrag nach § 3 Abs. 2 AMPreisV + 8,35 € Fixbetrag + 21 Cent + Umsatzsteuer.

Spickhoff/Starzer, 4. Aufl. 2022, AMPreisV § 3 Rn. 1; Frohn/Schmidt, in: Münchener Anwaltshandbuch Medizinrecht, Clausen/Schroeder-Printzen, 3. Aufl. 2020, § 16 Rn. 317 ff.

f) Gegenstand der vorliegenden Klage

Gegenstand der vorliegenden Klage ist allein das in § 3 Abs. 1 Satz 1 AMPreisV normierte Fixhonorar in Höhe von derzeit 8,35 €.

2. Zur Funktion des Fixhonorars

Die beiden Preiskomponenten, der Zuschlag von 3 % auf den Betrag nach § 3 Abs. 2 AMPreisV einerseits und das Fixhonorar andererseits, haben nach Vorstellung des Gesetzgebers unterschiedliche Funktionen.

Der Gesetzgeber differenziert bewusst zwischen den

„3 % des Apothekeneinkaufspreises für die Kosten der Warenbewirtschaftung sowie die Vorfinanzierung, die insbesondere bei Abrechnung mit den Krankenkassen erforderlich sind.“

BR-Drs. 513/05, S. 3.

und dem Fixhonorar:

„Das preisunabhängige Fixhonorar ist ein finanzieller Anreiz für eine qualitätsorientierte, preisunabhängige Beratung der Versicherten.“

BR-Drs. 513/05, S. 3 – Hervorhebung durch den Verf.

Der pauschale Zuschlag soll also die Logistikkosten der Apotheke aufwiegen (z.B. die Lagerhaltung), das Fixhonorar dient in erster Linie der Vergütung der Beratungsleistung des Apothekers.

3. Zur ökonomischen Bedeutung des Fixhonorars für die Apotheken

Die Apotheken erwirtschaften 84 % ihres Umsatzes mit rezeptpflichtigen Arzneimitteln (sog. RX-Arzneimittel).

Vgl. Ökonomisches Gutachten zur Überprüfung des Anpassungsbedarfs des Apothekenhonorars gemäß § 3 Abs. 1 Satz 1 AMPreisV (**Anlage K 1**), S. 6 f.

Zwar stellt der Apothekenabschlag in Höhe von 3 % pro abgegebenem rezeptpflichtigen Medikament die umsatzabhängige Komponente des apothekerlichen Honorars dar, neun von zehn der zulasten der gesetzlichen Krankenversicherungen abgegebenen rezeptpflichtigen Arzneimittel kosten in der Apotheke allerdings unter 100 €, so dass für den Großteil des Absatzes das Fixhonorar die relevantere Einnahmequelle ist.

Vgl. Ökonomisches Gutachten zur Überprüfung des Anpassungsbedarfs des Apothekenhonorars gemäß § 3 Abs. 1 Satz 1 AMPreisV (**Anlage K 1**), S. 6 f.

4. Zur Entwicklung des Fixhonorars

a) Einführung des Fixhonorars im Jahr 2004

§ 78 Abs. 1 Satz 1 AMG, der die Grundlage für das Fixhonorar bildet, wurde durch das GKV-Modernisierungsgesetz im Jahr 2004 im Rahmen eines Modellwechsels des Apothekenzuschlags ins Gesetz eingeführt. In der BT-Drs. 15/1525 heißt es:

„In der Regel soll eine Überprüfung im Abstand von zwei Jahren erfolgen, um häufige Anpassungen im geringen CentBereich zu vermeiden.“

BT-Drs. 15/1525, S. 166.

b) Eine einzige Anpassung des Fixhonorars

Der Fixbetrag wurde im Jahr 2004 zunächst auf 8,10 € festgesetzt. In der Zwischenzeit gab es lediglich eine einzige Anpassung: Zum 01.01.2013 wurde der Betrag geringfügig auf 8,35 € erhöht.

Vgl. Kügel/Müller/Hofmann/Hofmann, 3. Aufl. 2022, AMG § 78 Rn. 5, 38.

c) Keine regelmäßige Überprüfung des Anpassungsbedarfs

Eine regelmäßige Überprüfung des Anpassungsbedarfs findet nicht statt.

Am 23.01.2024 hat das Bundesministerium für Gesundheit auf eine Kleine Anfrage, mit dem Inhalt,

„Wann zuletzt und mit welchem Ergebnis wurde eine Überprüfung des Festzuschlags im Sinne des § 3 Abs. 1 Satz 1 der Arzneimittelpreisverordnung durch die Bundesregierung durchgeführt?“

wie folgt geantwortet:

„Die letzte gesamthafte Überprüfung der in der AMPreisV für Apotheken und Großhandel geregelten Preiszuschläge (mit Ausnahme der Tierarzneimittel) erfolgte im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Klimaschutz im Jahr 2017 in Form einer Studie.“

Anlage K 2

Die letzte Überprüfung des Anpassungsbedarfs fand somit vor sieben Jahren statt und diese war zudem – wie nachfolgend dargelegt – ungeeignet, den Anpassungsbedarf sachgerecht zu ermitteln.

d) Das sog. 2HM-Gutachten

In seiner Antwort auf die Kleine Anfrage verweist das Bundesministerium für Gesundheit auf das sog. 2HM-Gutachten, das wir in Teilen als

Anlage K 3

und in der Kurzzusammenfassung insgesamt als

Anlage K 4

beifügen. Das vollständige 2HM-Gutachten ist auf der Homepage des Bundesministeriums für Wirtschaft und Klimaschutz unter

<https://www.bmwk.de/Redaktion/DE/Publikationen/Studien/ermittlung-der-erforderlichkeit-und-des-ausmaess-von-aenderungen-der-in-der-arzneimittelpreisverordnung.html>

abrufbar.

aa) Das Fixhonorar im 2HM-Gutachten

Im Gutachten wird zwar einerseits festgestellt:

„Die Daten der Jahresstatistik im Handel zeigen, dass bereits im Jahr 2015 etwa 7.600 Apotheken-Unternehmen wirtschaftlich gefährdet sind, das sind ca. 47 % aller Apotheken-Unternehmen. Davon sind etwa 5.300 Apotheken in städtischen und großstädtischen Räumen und 2.300 Apotheken in ländlichen Kreisen zu finden. Als wirtschaftlich gefährdet wurden Apotheken eingestuft, die ihrem Brutto-Betriebsergebnis keinen angemessenen Unternehmerlohn im Vergleich zu einem Krankenhausapothekeleiter realisieren konnten (inkl. aller Nebenkosten aktuell 99.000 €) und damit für eine Übernahme durch Nachfolger/-innen wirtschaftlich eingeschränkt attraktiv sind.“

Von diesen 7.600 Apotheken ging es ca. 2.600 Apotheken-Unternehmen dabei im Jahr 2015 bereits sehr schlecht, davon ca. 1.900 in städtischen, ca. 799 in ländlichen Kreisen. Sie realisierten ein durchschnittliches Brutto-Betriebsergebnis von ca. 30.000 €. Das entspricht der Hälfte des Lohns eines angestellten approbierten Apothekers. Die Analyse erfolgte auf Basis der Haupt- und Einzelunternehmen, nicht auf der Ebene der Betriebsstätten. Da einige der gefährdeten Apotheken Filialen besitzen, sind tatsächlich mehr als 7.600 Betriebsstätten wirtschaftlich als mittelfristig gefährdet anzusehen, ebenfalls verstärkt in Städten.“

Anlage K 3, S. 12.

Anderseits fordern die Gutachter eine Absenkung des Fixbetrages von 8,35 € auf 5,84 €, die trotz der empfohlenen Erhöhung des prozentualen Aufschlags zu einer jährlichen Einbuße für die Apotheken von über 1 Mrd. € geführt hätte.

Konsequenter- und bezeichnenderweise lässt das Gutachten die entscheidende Frage, nämlich ob die ordnungsgemäße und flächendeckende Arzneimittelversorgung der Bevölkerung – die eigentliche Aufgabe der Arzneimittelpreisregulierung – im Falle einer Umsetzung seines Konzepts gewährleistet wäre, letztlich offen und lässt damit die vom Bundesministerium für Wirtschaft gestellte Aufgabe ungelöst.

Vgl. Dettling (**Anlage K 5**), S. 2, 11.

bb) Zur Bewertung des Gutachtens in der Fachwelt

Das Gutachten ist nach nahezu einhelliger Expertenmeinung

„von seinem Ergebnis her unvertretbar und unbrauchbar. Es ist auch in seiner Begründung in vielfacher Hinsicht widersprüchlich.“

Dettling, Anlage K 5, S. 2. Vgl. auch Zuck/Dettling, AMG, 1. Auflage 2021, § 78 AMG, Rn. 344, Fn. 148 mit zahlreichen weiteren Nachweisen zur Kritik am Gutachten.

(1) Zur ökonomischen Bewertung des Gutachtens

Für die ökonomische Bewertung des Gutachtens verweisen wir exemplarisch auf die Stellungnahmen von

Müller-Bohn,

Anlage K 6 und Anlage K 7

sowie *Hüsgen,*

Anlage K 8.

(2) Zur juristischen Bewertung

Die Forderung der Gutachter nach Absenkung des Fixhonorars ist allerdings ohnehin nicht das Ergebnis einer ökonomischen Analyse, sondern beruht auf einem fundamentalen Missverständnis bezüglich der Rechtslage seitens der ökonomischen Gutachter.

Die – nicht-juristischen – Gutachter behaupten apodiktisch, es sei

„gesetzlich nicht vertretbar, über die Finanzierung der rezeptpflichtigen Arzneimittel die von der Preisbindung enthobenen OTC und Ergänzungssortimente über die Krankenversicherungsbeträge zu finanzieren.“

Anlage, K 3, S. 7.

Sie schließen hieraus, dass das Fixhonorar für Rx-Arzneimittel abzusenden und der Einnahmeverlust durch Erhöhung der Preise für OTC-Arzneimittel, d.h. der apothekenpflichtigen Arzneimittel, die ohne ärztliches Rezept in der Apotheke gekauft werden können (OTC = *over the counter*), seitens der Apotheker zu kompensieren sei.

Vgl. Anlage K 3, S. 171 f.

Abgeleitet wird das vermeintliche gesetzliche Verbot der Quersubventionierung von OTC-Arzneimitteln im Gutachten denkbar knapp und ohne jede juristische Analyse mit Blick auf das sog. Wirtschaftlichkeitsgebot:

„Aufgrund der gesetzlichen Regelungen sind die Kostenträger dazu verpflichtet, die Leistungen der Apothekerinnen und Apotheker für rezeptpflichtige Arzneimittel nach dem Wirtschaftlichkeitsprinzip zu erstatten. Daraus abgeleitet ist es den Kostenträgern nicht gestattet andere Produktbereiche direkt oder indirekt zu finanzieren bzw. zu subventionieren.“

Anlage K 3, S. 173.

Das Wirtschaftlichkeitsgebot ist in § 12 Abs. 1 SGB V verankert:

„Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.“

Das aus § 12 Abs. 1 SGB V vermeintlich folgende Verbot der produktübergreifenden Subventionierung ist erstens deshalb unrichtig, weil es als Kostenträger bereits nicht nur die gesetzlichen Krankenkassen gibt, sondern auch die Beihilfeträger und Selbstträger. Darüber hinaus sind

zweitens gemäß § 34 Abs. 1 Satz 2 SGB V in bestimmten Fällen auch nicht verschreibungspflichtige, apothekenpflichtige Arzneimittel (OTC-Arzneimittel) erstattungsfähig. Überdies ist es drittens dem BSG zufolge

„nur in besonders gelagerten Konstellationen möglich, unmittelbar aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot konkrete, im Falle der Nichtbeachtung einen Regress auslösende Vorgaben für die ärztliche Behandlung eines Patienten im Einzelfall abzuleiten.“

BSG, Urteil vom 13.05.2015 – B 6 KA 18/14, Juris Rn. 44.

Wollte man dennoch aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot etwas zu OTC-Arzneimitteln ableiten, so käme man überdies viertens noch häufiger zur Erstattungsfähigkeit von OTC-Arzneimitteln als es bereits jetzt Fall ist. OTC-Arzneimittel sind integraler Bestandteil der ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung. Auch im Bereich der Arzneimittel gilt der medizinische Grundsatz des geringstmöglichen Eingriffs. Nach der Rechtsprechung zur Arzthaftung ist stets die Therapie mit dem größtmöglichen medizinischen Nutzen bei geringstmöglichen Belastungen zu wählen. Insbesondere ist bei gleicher Wirkung jeweils die risikoärmere Medikation vorzuziehen. Eine mit höheren Risiken verbundene Behandlungsme thode kommt nur in Betracht, wenn sie in den besonderen Sachzwängen des konkreten Falls oder in einer günstigeren Heilprognose eine sachliche Rechtfertigung findet.

Siehe dazu Dettling (Anlage K 5), S. 7

Daraus ergibt sich der medizinisch-pharmazeutische Vorrang mindes tens gleich wirksamer OTC-Arzneimittel vor den mit höheren Risiken verbundenen verschreibungspflichtigen Arzneimitteln. Es folgt daraus ebenso, dass OTC-Arzneimittel integraler Bestandteil der ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung sind. Es widersprächen den medizinisch-pharmazeutischen Anforderungen an die ordnungsgemäße Versorgung, in Fällen, in denen die Anwendung eines OTC-Präparats medizinisch geboten ist, ein verschreibungspflichtiges Medikament zu verordnen und abzugeben. Die Patienten wären dann entgegen den Regeln der

ordnungsgemäßen Versorgung nicht mit dem richtigen Arzneimittel versorgt.

In vielen Fällen stellen daher OTC-Arzneimittel die ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung im Sinne des § 12 Abs. 1 SGB V dar. Sie müssten folglich nach dem allgemeinen Wirtschaftlichkeitsgebot vom Versorgungsanspruch der Versicherten umfasst sein. Allerdings schließt § 34 Abs. 1 SGB V im Dritten Kapitel des SGB V, das den Versorgungsanspruch der Versicherten gegenüber der Krankenkasse und damit das Verhältnis zwischen Krankenkasse und gesetzlich Versichertem regelt, die Erstattungsfähigkeit von OTC-Arzneimitteln im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich aus.

Diese Inkohärenz bestätigt, dass aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 Abs. 1 SGB V selbst in aller Regel nichts abgeleitet werden kann, sondern jedenfalls vorrangige Normen zu berücksichtigen sind. Eine solche ist aber in § 78 Abs. 2 AMG zu sehen. Der Gesetzgeber hat in § 78 AMG bewusst das Bundesministerium für Wirtschaft als Vertreter der Allgemeinheit insgesamt und nicht etwa die Krankenkassen zur Regulierung der Arzneimittelpreise berufen. Er hat dem Bundesministerium für Wirtschaft in § 78 Abs. 2 Satz 1 AMG darüber hinaus den Auftrag erteilt, nicht nur GKV-Preise, sondern allgemeine Arzneimittelpreise festzulegen, die nicht nur für gesetzlich, sondern auch für privat Versicherte gelten, um dabei ganzheitlich alle widerstreitenden Interessen möglichst optimal miteinander in Ausgleich bringen zu können.

Dabei ist der verfassungsrechtliche Höchstrang von Leben und Gesundheit zu berücksichtigen.

Zur Bedeutung des Grundrechts auf Leben und Gesundheit siehe BVerfG, Beschluss vom 19.11.2021, 2 BvR 782/21 ua, NJW 2022, 139 (163, Rn. 275).

Auf den allgemeinen Arzneimittelpreisregelungen des Bundesministeriums für Gesundheit gemäß § 78 AMG bauen erst in der zweiten Stufe die besonderen Preisregelungen für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherungen auf.

Dies gilt insbesondere für die Regelung des Apothekenrabatts gemäß § 130 SGB V, der u.a. den speziellen GKV-Preis für verschreibungspflichtige Arzneimittel mitbestimmt. Der Gesetzgeber hat daher ein zweistufiges, wechselbezügliches System der Arzneimittelpreisregulierung mit einem allgemeinen Arzneimittelpreis für preisgebundene Arzneimittel und einem besonderen GKV-Preis für preisgebundene Arzneimittel geschaffen.

Fünftens erkennen die 2HM-Gutachter, dass rechtlich zwischen dem Leistungserbringerverhältnis und dem Versichertenverhältnis zu trennen ist.

Dettling (Anlage K 5), S. 7.

Das SGB V trennt selbst strikt zwischen dem Verhältnis Versicherter / Krankenkasse, das im Dritten Kapitel des SGB V geregelt ist, und dem Verhältnis Leistungserbringer / Krankenkasse, das im Vierten Kapitel des SGB V geregelt ist. Deshalb ist auch zwischen dem Vergütungsanspruch der Apotheken und dem Versorgungsanspruch der Versicherten zu trennen. Der Schluss vom grundsätzlichen Ausschluss der Erstattungsfähigkeit von OTC-Arzneimitteln zulasten gesetzlich Versicherter gemäß § 34 Abs. 1 SGB V auf einen Ausschluss der Berücksichtigung von Kosten, die Apotheken für ihren Betrieb insgesamt entstehen, ist daher fehlerhaft. Dieser Schluss ist wie schon dargestellt umso weniger überzeugend, als auch die Versorgung nur mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln die wirtschaftliche Existenzfähigkeit von Apotheken und Großhandel insgesamt voraussetzt und von daher auch die Gewährleistung der wirtschaftlichen Existenzfähigkeit der Institutionen, die die Versorgung mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln gewährleisten, ein

Kalkulationsfaktor der Preisregulierung bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln sein muss.

cc) Nichtumsetzung der Vorschläge des Gutachtens durch die Beklagte

Die Beklagte hat die Vorschläge des Gutachtens folgerichtig nicht umgesetzt, allerdings auch keine alternativen Maßnahmen zur Ermittlung des Anpassungsbedarfs ergriffen. Damit bleibt es bei einem untauglichen Versuch der Beklagten, den Anpassungsbedarf des Fixhonorars an die Kostenentwicklung der Apotheken zu überprüfen. Dies bereits seit über zehn Jahren.

5. Zur wirtschaftlichen Situation der Apotheken in Deutschland

Der annähernden Stagnation des Fixbetrages in den vergangenen zwanzig Jahren steht eine dynamische Kostenentwicklung der Apotheken bei wirtschaftlicher Betriebsführung gegenüber, die eine finanzielle Abkoppelung der Apotheken von der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung zur Folge hat.

a) Zum Einkommen der Apotheker

Das durchschnittliche Bruttoeinkommen eines selbstständigen Apothekers beträgt laut Aussagen der apoBank derzeit 173.900 € im Jahr. Damit liegt das durchschnittliche monatliche Bruttogehalt bei knapp 14.500 €.

Allerdings ist die Bezeichnung dieses Wertes als Gehalt irreführend, vielmehr handelt es sich dabei um den Gewinn der Apotheke vor (Unternehmens-)Steuern. Nach Abzug des Spitzensteuersatzes von 42 % verbleiben 8.410 €. Davon müssen Kranken- und Pflegeversicherung sowie Rentenversicherung bezahlt werden.

Der dann verbleibende Gewinn dient dem Apotheker als Gehalt; er muss aber zugleich für in Zukunft zu tätigende Investitionen verwendet werden. Sogenannte Investitionsrückstellungen müssen derzeit bspw. vermehrt vor dem Hintergrund der Digitalisierung des Gesundheitswesens getätigt werden. Ein weiteres Beispiel für Investitionsrückstellungen sind die in regelmäßigen Abständen anfallenden Kosten für die Erneuerung der bestehenden Hardware mit Kassen, Server(n) und Back-officearbeitsplätzen.

Zu berücksichtigen ist zudem, dass Apotheker nicht nur Freiberufler, sondern auch Kaufmann ist und deshalb eine doppelte Kammermitgliedschaft besitzt. Daraus folgt, dass das generierte Gehalt nicht nur dazu dient, das Risiko als Freiberufler, sondern auch das kaufmännische Risiko abzudecken. Dieses ist vor dem Hintergrund des immens hohen Wareneinsatzes enorm und aufgrund des Kontrahierungszwangs der Apotheken unvermeidbar. Während also beispielsweise Ärzte lediglich das mit dem Führen einer Praxis verbundene Risiko tragen, ist die bedeutendste Kostenposition der Apotheke der Wareneinsatz, der ca. drei Viertel des Umsatzes ausmacht. Das entsprechende Risiko muss zusätzlich getragen werden. Um also überhaupt das Gehalt zu erreichen, von dem Steuern sowie Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung zu zahlen sind, muss der Apotheker ein immenses Warenrisiko eingehen. Dies unterscheidet den Apotheker von anderen vergleichbaren Berufsgruppen im Gesundheitswesen.

Vgl. Ökonomisches Gutachten zur Überprüfung des Anpassungsbedarfs des Apothekenhonorars gemäß § 3 Abs. 1 Satz 1 AMPreisV (Anlage K 1), S. 41 f.

b) Zur Entwicklung der wirtschaftlichen Situation der Apotheken in Deutschland

Seit 2008 sinkt die Zahl der Apotheken in Deutschland. Es gab im Zeitraum zwischen 2008 und Ende 2022 einen Rückgang von 16,4 %, d.h. von 21.602 Apotheken auf 18.068 Apotheken. Zur Jahresmitte 2023 reduzierte sich die Apothekenzahl weiter deutlich auf 17.830, womit sich der Trend nochmals verschärft.

Ökonomisches Gutachten zur Überprüfung des Anpassungsbedarfs des Apothekenhonorars gemäß § 3 Abs. 1 Satz 1 AMPreisV (Anlage K 1), S. 31.

Mit 22 Apotheken pro 100.000 Einwohnern liegt Deutschland im Vergleich mit den anderen europäischen Ländern bereits im unteren Drittel. Die durchschnittliche Apothekendichte der 27 Mitgliedsstaaten der Europäischen Union liegt bei 32 Apotheken pro 100.000 Einwohnern. Zudem gibt es deutliche regionale Versorgungsunterschiede.

Ökonomisches Gutachten zur Überprüfung des Anpassungsbedarfs des Apothekenhonorars gemäß § 3 Abs. 1 Satz 1 AMPreisV (Anlage K 1), S. 31.

Die Apotheker selbst blicken inzwischen ausgesprochen pessimistisch in die Zukunft. Gemäß dem 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.

Während andere Betriebe in der Regel gesteigerte Betriebskosten durch Preisanpassungen an die Kundschaft ganz oder zumindest teilweise weitergeben können, ist diese Möglichkeit den Apotheken im Bereich der verschreibungspflichtigen Arzneimittel (RX-Arzneimittel) gesetzlich verwehrt.

Gleichzeitig wurden den Apotheken in den vergangenen 20 Jahren durch die Vielzahl an Verordnungen im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) und im Arzneimittelgesetz (AMG) immer weiter Aufgaben übertragen (z.B. SecurPharm), die keine Vergütung vorsehen und einen erheblichen Personaleinsatz verlangen (z.B. die Prüfung von Fertigarzneimitteln). Arbeitsintensiv ist auch die Umsetzung der Rabattverträge, der Teststreifen-Quote und der Importquote. Aktuell kommt u.a. noch die Aufklärung der Bevölkerung zum e-Rezept dazu.

Zusätzlich belastet werden die Apotheken durch die im Rahmen des Finanzstabilisierungsgesetzes eingeführte Erhöhung des sog. Apothekenabschlags von 1,77 € auf 2 € je verordneter Packung zugunsten der Krankenkassen im Zeitraum vom 01.02.2023 bis zum 31.01.2025 (siehe § 130 Abs. 1a SGB V). In Summe sind das 120 Millionen € weniger Honorar pro Jahr für die Gesamtheit der Apotheken, d.h. ca. 6.700 € Honorareinbuße je Apotheke,

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 von H. Sturm und P. Seisl, 3, 3.2, **Anlage K 9**.

Eine Kleine Anfrage der Fraktionen der CDU/CSU aus dem Jahr 2023 fasst die Situation der Apotheken wie folgt zusammen:

„Trotz der anerkannten Relevanz von Apotheken durch Gesellschaft und Politik und deren Beitrag zur gesundheitlichen Versorgung verunsichern die aktuellen Entwicklungen die Apothekenbranche sowie die Patientinnen und Patienten zunehmend. Die wohnortnahe Arzneimittelversorgung gerät aufgrund negativer wirtschaftlicher Entwicklungen der Apotheken immer mehr unter Druck – insbesondere in der Flächenversorgung der Bevölkerung. Die abnehmende Anzahl von Apotheken in Deutschland (vgl. www.tagesschau.de/wirtschaft/immer-weniger-apotheken-101.html), die sinkende Attraktivität der Übernahme und Fortführung von Apotheken – nicht zuletzt aufgrund steigender Löhne und Gesamtkosten bei gleichzeitiger Absenkung der Apothekenhonorierung (zuletzt durch die Erhöhung des Apothekenabschlags im Rahmen des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes [GKV-FinStG; GKV = gesetzliche Krankenversicherung], vgl. www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/detail/politik/rochell-apothekenverguetung-sinkt-seit-jahren/) – zeichnen nach Dafürhalten der Fragestellenden ein düsteres Szenario für die Zukunft der pharmazeutischen Versorgung und die persönliche pharmazeutische Beratung der Bevölkerung. Hinzu kommen die inflationsbedingten Mehrkosten infolge des Ukraine-Krieges, insbesondere im Energiebereich. Auch die Problematik der Nullretaxation bleibt für Apotheken auch nach dem vom Deutschen Bundestag im Juni 2023 beschlossenen Arzneimittel-Lieferengpassbekämpfungs- und Versorgungsverbesserungsgesetz (ALBVVG) ein Ärgernis (vgl. www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2023/07/27/in-diesen-faellen-sind-nullretaxationen-jetzt-verboten). Nicht vermittelbar ist aus Sicht der Fragesteller, dass das Fix-Honorar für die Abgabe von rezeptpflichtigen Arzneimitteln seit 2013 nicht mehr angepasst worden ist und die Bundesregierung der in den Augen der Fragesteller überfälligen Anpassung wiederholt eine klare Absage erteilt.“

BT-Drs. 20/9277 (**Anlage K 10**), S. 1.

II. Zur Rechtslage

Die Feststellungsklage ist zulässig und begründet.

1. Zulässigkeit der Klage

Die Sachentscheidungsvoraussetzungen liegen vor.

a) Eröffnung des Verwaltungsrechtswegs

Der Verwaltungsrechtsweg ist gemäß § 40 Abs. 1 Satz 1 VwGO eröffnet.

aa) Geltendmachung eines Anspruchs auf Änderung einer Rechtsverordnung

Der Zulässigkeit der Klage steht nicht entgegen, dass sie sich mit dem Vorbringen, die derzeitige Höhe des Fixhonorars sei verfassungswidrig und verletze die Kläger in ihren Rechten, gegen den Bund als Verordnungsgeber richtet und – hier in der Form der Feststellung – ein Anspruch aus höherrangigem Recht auf Änderung einer Rechtsverordnung, also ein Anspruch auf Rechtsetzung geltend gemacht wird.

Vgl. BVerwG, Urteil vom 07.09.1989 – 7 C 4/89, NVwZ 1990, 162 (163).

Individualansprüche auf Erlass von Rechtsnormen sind zwar nur ausnahmsweise denkbar, weil der Erlass von Rechtsnormen dem Wohl der Allgemeinheit, nicht aber der Erfüllung von Individualansprüchen dient, müssen aber, wo sie bestehen, gerichtlich auch durchsetzbar sein.

VGH Mannheim, Urteil vom 26.10.1999 – 1 S 1652/98, NVwZ-RR 2000, 701 (701) m.w.N.; Schoch/Schneider/Pietzcker/Marsch, 44. EL März 2023, VwGO § 42 Abs. 1 Rn. 160.

Eine inzidente Überprüfung der Rechtmäßigkeit der unterlassenen Normänderung ist vorliegend nicht möglich, da es an einem gerichtlich angreifbaren Vollzugsakt fehlt. Insofern bleibt den Klägern nur die Möglichkeit einer auf die Normänderung selbst gerichteten Klage. Die Kläger können sich hierfür auf Art. 19 Abs. 4 GG berufen. Rechtsschutz gewährleistet das Grundgesetz nicht nur gegen die mit **höherrangigem** Recht unvereinbaren Rechtsetzungsakte des – im Rang unterhalb des parlamentarischen Gesetzgebers stehenden – Normgebers, es schließt Rechtsschutz auch gegen ein mit **höherrangigem** Recht unvereinbares normgeberisches Unterlassen ein.

Vgl. BVerwG, Urteil vom 07.09.1989 – 7 C 4.89, NVwZ 1990, 162 (163).

bb) Keine verfassungsrechtliche Streitigkeit

Es handelt sich nicht um eine verfassungsrechtliche Streitigkeit.

Das Vorliegen einer verfassungsrechtlichen Streitigkeit wäre nur dann zu bejahen, wenn die Auslegung und Anwendung verfassungsrechtlicher Normen den eigentlichen Kern des Rechtsstreits bilden würden oder – anders ausgedrückt – wenn das streitige Rechtsverhältnis entscheidend vom Verfassungsrecht geformt wäre.

BVerwG, Urteil vom 03.11.1988 – 7 C 115.86, NZA 1989, 364 (364) m.w.N.

Das ist nicht der Fall. Grundlage des verfolgten Anspruchs ist § 78 AMG, also eine Norm des einfachen Rechts, nicht des Verfassungsrechts. Dass diese Norm zur Rechtfertigung des Eingriffs in die Berufsfreiheit der Apotheker aus Art. 12 Abs. 1 GG durch die Bestimmung der Preisspannen und der Preise für apothekenpflichtige Arzneimittel beiträgt und § 78 AMG daher im Lichte dieser verfassungsrechtlichen Bestimmungen ausgelegt werden muss, ist für die Frage der Zulässigkeit der Klage ohne Bedeutung. Denn ein Rechtsverhältnis, das wie das hier streitige nicht selbst unmittelbar dem Verfassungsrechtskreis

entstammt, hat nicht schon allein deshalb verfassungsrechtlichen Charakter, weil die maßgeblichen einfachgesetzlichen Bestimmungen der Erfüllung eines Verfassungsgebots dienen oder weil seine Beurteilung nicht unerheblich von verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten abhängt. Deshalb gehören Prozesse zwischen Bürger und Staat einschließlich solcher, bei denen Verfassungs-, insbesondere Grundrechtsnormen streitentscheidend sind, grundsätzlich vor die Verwaltungs- und nicht vor die Verfassungsgerichte.

Vgl. BVerwG, Urteil vom 03.11.1988 – 7 C 115.86, NZA 1989, 364 (365) m.w.N.

Von entscheidender Bedeutung für die Antwort auf die Frage nach dem einzuschlagenden Rechtsweg ist der Rang der Rechtsnorm, um die gestritten wird: Betrifft der Streit die Gültigkeit oder den Erlass eines förmlichen Gesetzes, so sind die Verfassungsgerichte zur Entscheidung berufen, denn über eine Verletzung der Verfassung durch den zu ihrer Beachtung verpflichtenden Gesetzgeber haben allein sie zu entscheiden. Dagegen ist die gerichtliche Kontrolle der Exekutive, auch soweit sie rechtsetzend tätig wird, Aufgabe der Verwaltungsgerichte.

Vgl. BVerwG, Urteil vom 03.11.1988 – 7 C 115.86, NZA 1989, 364 (365) m.w.N.

Die Kläger verfolgen keinen Anspruch auf Erlass eines förmlichen Gesetzes durch den Bundes- oder Landesgesetzgeber, sondern einen Anspruch auf Erlass einer Rechtsnorm im Range einer Rechtsverordnung durch das Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz. Die gerichtliche Kontrolle der Verwaltung, auch soweit diese – wie beim Erlass einer Rechtsverordnung – rechtsetzend tätig wird, obliegt den Verwaltungsgerichten, so dass für dieses Rechtsschutzbegehren der Verwaltungsrechtsweg nach § 40 Abs. 1 VwGO eröffnet ist.

Vgl. BVerwG, Urteil vom 04.07.2002 – 2 C 13.01, NVwZ 2002, 1505 (1506).

b) Statthafte Klageart

Statthafte Klageart ist die Feststellungsklage.

aa) Keine Normenkontrolle nach § 47 VwGO

Ein Normenkontrollverfahren nach § 47 VwGO wäre nicht statthaft.

Der Sache nach werden nicht die in § 47 VwGO vorgesehenen Rechtsfolgen angestrebt. Die Frage nach der Gültigkeit der derzeitigen Festlegung des Fixhonorars in § 3 Abs. 1 Satz 1 AMPreisV würde nicht den Kern des Streites ausmachen, sondern wäre lediglich im Sinne einer Vorfrage im Rahmen des Streites darüber aufgeworfen, ob die Kläger eine Änderung dieser Norm erreichen können.

Vgl. OVG Münster, Urteil vom 14.06.1994 – 15 A 2449/91, NVwZ-RR 1995, 105 (105).

Ein mit dem Ziel einer Normänderung gestellter Antrag auf Feststellung, dass der Gesetzgeber durch das Unterlassen einer Änderung einer bereits existierenden Norm gegen höherrangiges Recht verstößt, kann grundsätzlich nicht im Rahmen eines Normenkontrollverfahrens nach § 47 VwGO gestellt werden. Zwar ist im Verwaltungsprozess ein mit dem Ziel der Normergänzung gestellter Antrag auf bloße Feststellung, dass der Normgeber durch das Unterlassen der Einbeziehung eines bestimmten Sachverhalts in den Geltungsbereich einer bereits existenten Norm gegen höherrangiges Recht verstoßen habe, im Normenkontrollverfahren nach § 47 VwGO zulässig. Insoweit ist § 47 Abs. 5 Satz 2 VwGO, wonach das OVG im Falle der Überzeugung von der Ungültigkeit der Rechtsvorschrift diese für nichtig erklärt, entsprechend anzuwenden. Es kann nämlich nicht Sinn dieser Tenorierungsvorschrift sein, eine im Übrigen rechtmäßige Norm nur deshalb insgesamt für nichtig zu erklären, weil der Normgeber den Regelungsbereich des Rechtssatzes pflichtwidrig zu eng gefasst hat. Für alle übrigen Fälle einer Normerlassklage scheidet eine analoge

Anwendung des § 47 VwGO aus, da es an der einen Analogieschluss erforderliche systemwidrige Lücke fehlt.

Vgl. Sodan, NVwZ 2000, 601 (608) m.w.N.

Im Übrigen gewährleistet § 47 VwGO keinen Rechtsschutz gegen Rechtsverordnungen des Bundes, so dass auch eine Normenkontrollklage mit dem Ziel des Erlasses oder der Änderung einer Rechtsverordnung des Bundes wie der AMPreisV ausscheidet.

bb) Feststellungsklage

Die Feststellungsklage nach § 43 Abs. 1 VwGO ist statthaft.

Gegenstand einer Feststellungsklage kann nach § 43 Abs. 1 VwGO die Feststellung des Bestehens oder Nichtbestehens eines dem öffentlichen Recht angehörenden Rechtsverhältnisses nichtverfassungsrechtlicher Art sein. Eine solche Feststellungsklage dient der gerichtlichen Klärung der rechtlichen Beziehungen, die sich aus einem bestimmten Sachverhalt einer öffentlich-rechtlichen Regelung für das Verhältnis mehrerer Personen (Rechtssubjekte) untereinander ergeben.

BVerwG, Urteil vom 08.06.1962 – 7 C 78.61, NJW 1962, 1690 (1691).

Ein der Klärung im Wege der Feststellungsklage zugängliches konkretes Rechtsverhältnis der Kläger gegenüber dem Bund ist gegeben: Klärungsfähig und klärungsbedürftig ist die Frage, ob die Kläger eine Anpassung des in § 3 Abs. 1 Satz 1 AMPreisV normierten Fixbetrages an die Kostenentwicklung der Apotheken bei wirtschaftlicher Betriebsführung verlangen können und ob das Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz durch das Unterlassen einer Anpassung der Verordnung an geänderte tatsächliche Verhältnisse in Form der Kostenentwicklung der Apotheken bei wirtschaftlicher Betriebsführung Rechte der Kläger verletzt hat.

Vgl. zu einer ähnlichen Konstellation BVerwG, Urteil vom 04.07.2002 – 2 C 13.01, NVwZ 2002, 1505 (1506).

c) Klagebefugnis

Die Kläger sind auch klagebefugt.

Nach ständiger Rechtsprechung des BVerwG ist § 42 Abs. 2 VwGO auf die Feststellungsklage entsprechend anzuwenden. Subjektive Rechte der Kläger, die Inhaber von Apotheken sind, ergeben sich aus § 78 Abs. 2 Satz 1 Hs. 1 AMG, § 78 Abs. 1 Satz 2 AMG und Art. 12 Abs. 1 GG. Es ist zumindest nicht ausgeschlossen, dass die Kläger durch die Nichtänderung des § 3 Abs. 1 Satz 1 AMPreisV in ihren subjektiven Rechten aus diesen Normen verletzt sind.

d) Feststellungsinteresse

Die Kläger haben auch ein Feststellungsinteresse.

Als Feststellungsinteresse im Sinne des § 43 Abs. 1 VwGO ist jedes anzuerkennende schutzwürdige Interesse rechtlicher, wirtschaftlicher oder ideeller Art anzusehen, das hinreichend wichtig ist, um die Position des Betroffenen zu verbessern.

Vgl. BVerwG, Urteil vom 06.02.1986 – 5 C 40.84, BeckRS 1986, 30431498.

Die Kläger haben ein eigenes rechtliches wie wirtschaftliches Interesse an der Feststellung, dass sie gegenüber der Beklagten einen Anspruch auf eine der Kostenentwicklung der Apotheken bei wirtschaftlicher Betriebsführung entsprechende Anpassung des in § 3 Abs. 1 Satz 1 Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) normierten Fixbetrages haben und die Beklagte durch das Unterlassen der Anpassung des in § 3 Abs. 1 Satz 1 AMPreisV normierten Fixbetrages an die tatsächliche

Kostenentwicklung der Apotheken bei wirtschaftlicher Betriebsführung ihre Rechte verletzt.

e) Subsidiarität

Die Subsidiarität der Feststellungsklage nach § 43 Abs. 2 Satz 1 VwGO steht dem Feststellungsbegehr nicht entgegen.

Eine Verpflichtungsklage scheidet schon deswegen aus, weil die Kläger nicht den Erlass eines Verwaltungsakts begehren.

Ob die Kläger anstelle des Feststellungsbegehrens auch eine allgemeine Leistungsklage, gerichtet auf Normerlass in Gestalt einer die Kläger begünstigenden Änderung des § 3 Abs. 1 Satz 1 AMPreisV erheben könnten, kann dahingestellt bleiben. Darauf kommt es nicht an. Die Möglichkeit der Erhebung einer allgemeinen Leistungsklage schließt das Feststellungsbegehr jedenfalls nicht aus. Die Subsidiaritätsklausel des § 43 Abs. 2 VwGO ist ihrem Zweck entsprechend einschränkend auszulegen. Die angeordnete Subsidiarität der Feststellungsklage gegenüber einer Leistungsklage gilt bei Klagen gegen den Staat nur, wenn – anders als im vorliegenden Fall – die Sonderregelungen über Fristen und Vorverfahren für Anfechtungs- und Verpflichtungsklagen unterlaufen würden.

BVerwG, Urteil vom 04.07.2002 – 2 C 13/01, NVwZ 2002, 1505 (1506) m.w.N.

Die Verfolgung des Klagebegehrens durch eine Feststellungsklage trägt im Übrigen eher als eine Leistungsklage dem Gewaltenteilungsprinzip Rechnung, weil auf die Entscheidungsfreiheit des rechtsetzenden Organs gerichtlich nur in dem für den Rechtsschutz des Bürgers unumgänglichen Umfang eingewirkt wird. Die Entscheidung, in welcher Weise eine festzustellende Rechtsverletzung zu beheben ist, bleibt dem Normgeber überlassen.

Vgl. BVerwG, Urteil vom 04.07.2002 – 2 C 13.01, NVwZ 2002, 1505 (1506) m.w.N.

2. Begründetheit der Klage

Die Kläger haben gegenüber der Beklagten einen Anspruch auf eine der Kostenentwicklung der Apotheken bei wirtschaftlicher Betriebsführung entsprechende Anpassung des in § 3 Abs. 1 Satz 1 AMPreisV normierten Fixhonorars und die Beklagte hat durch das Unterlassen der Anpassung des in § 3 Abs. 1 Satz 1 AMPreisV normierten Fixhonorars an die tatsächliche Kostenentwicklung der Apotheken bei wirtschaftlicher Betriebsführung Rechte der Kläger verletzt.

a) Subjektives Recht auf Anpassung des § 3 Abs. 1 Satz 1 AMPreisV

Die Kläger haben gegenüber der Beklagten ein subjektives Recht auf Anpassung des in § 3 Abs. 1 Satz 1 AMPreisV normierten Fixhonorars an die Kostenentwicklung der Apotheken bei wirtschaftlicher Betriebsführung aus Art. 12 Abs. 1 GG, § 78 Abs. 2 Satz 1 Hs. 1 AMG und § 78 Abs. 1 Satz 2 AMG.

aa) Subjektives Recht auf Normanpassung aus Art. 12 Abs. 1 GG

Ein subjektives Recht auf Anpassung des in § 3 Abs. 1 Satz 1 AMPreisV normierten Fixhonorars an die Kostenentwicklung der Apotheken bei wirtschaftlicher Betriebsführung ergibt sich unmittelbar aus Art. 12 Abs. 1 GG.

Grundrechte können unmittelbar Rechtsgrundlage für Ansprüche auf Rechtssetzung und Rechtsänderung sein.

Vgl. Sodan, NVwZ 2000, 601 (602 ff.).

Art. 12 Abs. 1 GG gewährleistet dem Einzelnen die Freiheit der Berufsausübung als Grundlage seiner persönlichen und wirtschaftlichen Lebensführung. Er konkretisiert das Grundrecht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit im Bereich der individuellen Leistung und Existenzhaltung.

„Das Grundrecht umschließt auch die Freiheit, das Entgelt für berufliche Leistungen selbst festzusetzen oder mit den Interessenten auszuhandeln. Vergütungsregelungen und hierauf gründende Entscheidungen, die auf die Einnahmen, welche durch eine berufliche Tätigkeit erzielt werden können, und damit auch auf die Existenzerhaltung von nicht unerheblichem Einfluss sind, greifen in die Freiheit der Berufsausübung ein.“

Vgl. BVerfG, Beschluss vom 15.12.1999 – 1 BvR 35/98, BeckRS 1999, 30087299, Rn. 61 f.

Die

*„Arzneimittelpreisverordnung zielt mit ihren Vorschriften auf Verminde-
rung von Preiswettbewerb unter den Apotheken.“*

BVerfG, Beschluss vom 19.09.2002, 1 BvR 1385/01, NJW 2002, 3693 (3695).

Die Regelungen über die Preisbindung der Apotheker stellen damit einen Eingriff in die durch Art. 12 Abs. 1 GG geschützte Berufsausübungsfreiheit dar.

Vgl. OVG Münster, Urteil vom 08.09.2017 – 13 A 3027/15, juris.

Eingriffe in die Freiheit der Berufsausübung bedürfen gemäß Art. 12 Abs. 1 Satz 2 GG einer gesetzlichen Grundlage, die den Anforderungen der Verfassung an grundrechtsbeschränkende Gesetze genügt. Die gesetzlichen Grundlagen sind nur dann mit Art. 12 Abs. 1 GG vereinbar, wenn sie durch ausreichende Gründe des Gemeinwohls gerechtfertigt werden und wenn sie dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit entsprechen, wenn also das gewählte Mittel zur Erreichung des verfolgten Zwecks geeignet und auch erforderlich ist und wenn bei einer Gesamtabwägung zwischen der Schwere des Eingriffs und dem Gewicht der ihn rechtfertigenden Gründe die Grenze der Zumutbarkeit noch gewahrt ist.

Vgl. OVG Münster, Urteil vom 08.09.2017 – 13 A 3027/15, juris; BVerfG, Beschluss vom 20.12.90 – 1 BvR 1418, 1 BvR 1442/90, DtZ 1991, 91 (92); BVerfG, Beschluss vom 25.10.2004 – 1 BvR 1437/02, NJW 2005, 1036 (1037).

Auch § 3 Abs. 1 Satz 1 AMPreisV muss als Teil der Preisbindungsregelung dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit genügen. Da diese Norm wesentlich für die Verhältnismäßigkeit der Preisbindungsregelung insgesamt ist, ergibt sich ein subjektives Recht der Apotheker auf eine Gestaltung der AMPreisV unmittelbar aus Art. 12 Abs. 1 GG. Diese Gestaltung muss nicht nur im Zeitpunkt des Normerlasses dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit genügen, sondern auch auf Dauer.

Eine kontinuierliche Wahrung der Verhältnismäßigkeit einer rigiden Preisregulierung erfordert eine regelmäßige Anpassung an die Kostenentwicklung der Betroffenen. Insofern ergibt sich unmittelbar aus Art. 12 Abs. 1 GG ein Anspruch auf Anpassung des Fixhonorars als wesentlichem Element der Preisgestaltung des Apothekenabgabepreises an die Kostenentwicklung der Apotheken bei wirtschaftlicher Betriebsführung.

Dieser grundrechtliche Anspruch wird durch die Regelungen in § 78 AMG einfachgesetzlich konkretisiert.

bb) Subjektives Recht auf Normenpassung aus § 78 Abs. 2 Satz 1 Hs. 1 AMG

Im Arzneimittelgesetz lässt sich ein subjektives Recht auf Änderung des § 3 Abs. 1 Satz 1 AMPreisV zum einen § 78 Abs. 2 Satz 1 Hs. 1 AMG entnehmen.

(1) § 78 AMG als Grundlage der AMPreisV

Als Ermächtigungsgrundlage muss § 78 AMG gemäß Art. 80 Abs. 1 GG Inhalt, Zweck und Ausmaß der auf seiner Grundlage zu erlassenden Rechtsverordnung bestimmen. Umgekehrt ist die AMPreisV als Rechtsverordnung damit in erster Linie von ihrer Ermächtigungsgrundlage her zu bestimmen. Die Bestimmung von Inhalt, Zweck und Ausmaß der AMPreisV erfolgt durch § 78 Abs. 2 AMG.

Zuck/Dettling, AMG, 1. Auflage 2021, § 78 AMG, Rn. 156.

(2) § 78 Abs. 2 Satz 1 Hs. 1 AMG

Nach § 78 Abs. 2 Satz 1 Hs. 1 AMG müssen die Preise und Preisspannen den berechtigten Interessen der Arzneimittelverbraucher, der Apotheken und des Großhandels Rechnung tragen.

(3) Kommentierung zu § 78 Abs. 2 AMG

In den Kommentierungen zu § 78 AMG wird das mögliche Bestehen eines subjektiven Rechts aus § 78 Abs. 2 AMG nicht ausdrücklich angesprochen.

Die Kommentierung von *Zuck* und *Dettling* spricht von

„[n]ormative[n] Vorgaben (Abs. 2)“.

Zuck/Dettling, AMG, 1. Auflage 2021, § 78 AMG, Rn. 156.

Der Kommentar von *Kügel*, *Müller* und *Hofmann* spricht davon, dass § 78 Abs. 2 AMG

„inhaltliche Anforderungen, die sich an den Verordnungsgeber richten“

Kügel/Müller/Hofmann, Arzneimittelgesetz, 3. Aufl. 2022, § 78 Rn. 2,

enthalte.

Der Kommentar von Rehmann bezeichnet § 78 Abs. 2 AMG unter der Überschrift

„*Bemessungsgrundsatz*“

Rehmann, 5. Aufl. 2020, AMG § 78 Rn. 3

lediglich als

„*Programmsatz*“

Rehmann, 5. Aufl. 2020, AMG § 78 Rn. 3.

Unter einem Programmsatz versteht man üblicherweise eine gesetzliche Bestimmung, die keine unmittelbare Verbindlichkeit beansprucht, sondern nur Absichten, Vorstellungen, Zielsetzungen oder Pläne des Gesetzgebers wiedergibt.

Vgl. Weber kompakt, Rechtswörterbuch, 7. Edition 2022.

Einem Programmsatz lässt sich aufgrund der fehlenden Verbindlichkeit kein subjektives Recht entnehmen. Im Einzelnen heißt es in dem Kommentar von Rehmann allerdings:

„Abs. 2 bestimmt als Programmsatz für die Bestimmung der Preisspannen und der Preise für apothekenpflichtige Arzneimittel, dass die Preise und festgesetzten Spannen den berechtigten Interessen aller Marktteilnehmer, dh auf der Anbieter- wie auf der Abnehmerseite, Rechnung zu tragen haben. Der Verordnungsgeber hat dies beim Erlass der jeweiligen Verordnung zu berücksichtigen. Dieser Programmsatz macht deutlich, dass die Festsetzung von Preisspannen in das Grundrecht der Freiheit der Berufsausübung der betroffenen Leistungsträger eingreift.“

Rehmann, 5. Aufl. 2020, AMG § 78 Rn. 3 – Hervorhebung durch den Verf.

Infofern die Preisspannen in das Grundrecht der Freiheit der betroffenen Berufsträger eingreifen, dient § 78 Abs. 2 Satz 1 Hs. 1 AMG zumindest auch dazu, die Verhältnismäßigkeit dieses Eingriffs sicherzustellen. Damit handelt es sich um mehr als einen bloßen Programmsatz. § 78 Abs. 2 Satz 1 Hs. 1 AMG ist als Verpflichtung des Verordnungsgebers zu

verstehen, zur Sicherstellung der Verfassungsmäßigkeit des Eingriffs in die Berufsfreiheit der betroffenen Leistungsträger durch die Bestimmung der Preise und Preisspannen, den berechtigten Interessen der betroffenen Leistungsträger Rechnung zu tragen. Eine solche Verpflichtung begründet ein subjektives Recht der betroffenen Leistungsträger.

(4) Rechtsprechung des BVerfG

Die Rechtsprechung des BVerfG bestätigt die Auslegung, wonach § 78 Abs. 2 Satz 1 Hs. 1 AMG eine rechtliche Verpflichtung des Gesetzgebers enthält.

Das BVerfG hat sich zwar nicht zum Rechtscharakter des § 78 Abs. 2 Satz 1 Hs. 1 AMG geäußert, dafür aber zu § 11 der Bundesärztekodordnung (BÄO), dessen Satz 3 einen ähnlichen Wortlaut und eine ähnliche Funktion wie § 78 Abs. 2 Satz 1 Hs. 1 AMG hat:

„Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Entgelte für ärztliche Tätigkeit in einer Gebührenordnung zu regeln. In dieser Gebührenordnung sind Mindest- und Höchstsätze für die ärztlichen Leistungen festzusetzen. Dabei ist den berechtigten Interessen der Ärzte und der zur Zahlung der Entgelte Verpflichteten Rechnung zu tragen.“

Hierzu hat das BVerfG festgestellt:

*„Wenn der Verordnungsgeber **verpflichtet** wird, den berechtigten Interessen von Ärzten und Patienten Rechnung bei der Bestimmung der Gebührensätze zu tragen, so wird damit der Zweck hervorgehoben, nämlich einen Ausgleich zwischen den widerstreitenden Interessen von Ärzten und Patienten herbeizuführen, weder ein zu hohes Entgelt entrichten zu müssen noch ein zu geringes Honorar fordern zu dürfen.“*

BVerfG, Beschluss vom 12.12.1984 – 1 BvR 1249/83 u. a., NJW 1985, 2185 (2186) – Hervorhebung durch den Verf.

Eine Verpflichtung ist mehr als ein bloßer Programmsatz. Aus der Rechtsprechung des BVerwG zu § 11 BÄO ist zu schließen, dass auch durch § 78 Abs. 2 Satz 1 Hs. 1 AMG

„der Verordnungsgeber verpflichtet wird, [...] einen Ausgleich zwischen den widerstreitenden Interessen herbeizuführen.“

BVerfG, Beschluss vom 12.12.1984 – 1 BvR 1249/83 u. a., NJW 1985, 2185 (2186) – Hervorhebung durch den Verf.

In einer Entscheidung zur Vereinbarkeit der Einschränkung der freien Honorarvereinbarung nach der Gebührenordnung für Zahnärzte mit Art. 12 GG hat das BVerfG entschieden:

„Einschränkungen des Rechts zur Entgeltforderung sind nur dort gerechtfertigt, wo die Gebührenordnung dem Gemeinwohlbelang eines Ausgleichs der berechtigten Interessen der Leistungserbringer und der Patienten dient.“

BVerfG, Beschluss vom 25.10.2004 – 1 BvR 1437/02, NJW 2005, 1036 (1036) – Hervorhebung im Original.

Dies verdeutlicht, dass auch die in § 78 Abs. 1 Satz 1 Hs. 1 AMG normierte Verpflichtung des Verordnungsgebers zum Ausgleich der „berechtigten Interessen“ u.a. der verfassungsrechtlichen Rechtfertigung des Eingriffs in die Berufsfreiheit der Apotheker dient. Eine solche Verpflichtung aber begründet ein subjektives Recht der betroffenen Leistungsträger.

(5) Schutznormtheorie

Die Schutznormtheorie unterstreicht das bereits gefundene Ergebnis.

Eine Schutznorm ist nach der Rechtsprechung des BVerwG, eine Norm,

„die den von ihrem Regelungsgehalt Betroffenen nach dem in ihr enthaltenen Entscheidungsprogramm zu schützen bestimmt ist und

ihm die Rechtsmacht verleiht, eine Verletzung der Norm insbesondere vor Gericht geltend zu machen. Fehlt es an einer ausdrücklichen gesetzlichen Normierung, setzt dies, soweit es um ein subjektiv-öffentliches Recht im Verhältnis Bürger-Staat geht, bei dem die Klagbarkeit durch Art. 19 IV GG sichergestellt wird, zum einen voraus, dass sich aus individualisierenden Tatbestandsmerkmalen der Norm ein Personenkreis entnehmen lässt, der sich von der Allgemeinheit hinreichend unterscheidet. Aus dem Schutzzweck der Norm muss sich zum anderen ergeben, dass sie unmittelbar (auch) dem rechtlichen Interesse dieses Personenkreises zu dienen bestimmt ist und nicht nur tatsächlich, also reflexartig, seine Rechte berührt.“

BVerwG, Urteil vom 27.09.2018 – 7 C 23.16, NVwZ 2019, 163 (164).

Der Regelung des § 78 Abs. 2 Satz 1 Hs. 1 AMG lässt sich aus dem Merkmal „den Apotheken“, d.h. den Apothekern, ein von der Allgemeinheit hinreichend unterschiedener Personenkreis entnehmen. Nach dem Wortlaut der Norm

„müssen“

die Preise und Preisspannen u.a. den berechtigten Interessen dieses hinreichend bestimmten Personenkreises der Apotheker Rechnung tragen. Es besteht also – vgl. oben die Rechtsprechung des BVerfG zu § 11 BOÄ – eine rechtliche Verpflichtung des Normgebers, den berechtigten Interessen des hinreichend bestimmten Personenkreises der Apotheker Rechnung zu tragen. Diese Regelung bezweckt, die Verfassungsmäßigkeit des erheblichen staatlichen Eingriffs u.a. in die Berufsfreiheit der Apotheker aus Art. 12 Abs. 1 GG durch die Festsetzung von Preisen und Preisspannen, zu gewährleisten. § 78 Abs. 2 Satz 1 Hs. 1 AMG ist mithin dem rechtlichen Interesse der Apotheker zu dienen bestimmt und berührt nicht lediglich tatsächlich, d.h. reflexartig, ihre Rechte.

Damit handelt es sich auch nach der Schutznormtheorie um eine Norm, welche den Apothekern ein subjektives Recht darauf gewährt, dass der Verordnungsgeber bei der Festlegung der Preise und Preisspannen einschließlich des Fixbetrages ihren berechtigten Interessen Rechnung trägt.

cc) Subjektives Recht auf Normanpassung aus § 78 Abs. 1 Satz 2 AMG

Nach der Schutznormtheorie ergibt sich ein subjektives Recht auf Anpassung des § 3 Abs. 1 Satz 1 AMPreisV auch direkt aus § 78 Abs. 1 Satz 2 AMG.

Nach dieser Norm wird das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium durch Rechtsverordnung, die nicht der Zustimmung des Bundesrates bedarf, den Anteil des Festzuschlags, der nicht der Förderung der Sicherstellung des Notdienstes dient,

entsprechend der Kostenentwicklung der Apotheken bei wirtschaftlicher Betriebsführung

anzupassen. Der Regelung des § 78 Abs. 1 Satz 2 AMG lässt sich aus dem Merkmal „der Apotheken“, d.h. den Apothekern, ein von der Allgemeinheit hinreichend unterschiedener Personenkreis entnehmen. Alleiniger Maßstab für die Anpassung des Festzuschlags ist die Kostenentwicklung der Apotheken bei wirtschaftlicher Betriebsführung. Der Zweck der Norm besteht darin, die Apotheker in ihrem berechtigten Interesse zu schützen, dass der Kostenentwicklung der Apotheken bei wirtschaftlicher Betriebsführung eine entsprechende Entwicklung des Festzuschlags korrespondiert.

Damit handelt es sich bei § 78 Abs. 1 Satz 2 AMG nach der Schutznormtheorie um eine Norm, welche den Apothekern ein subjektives Recht darauf gewährt, dass der Verordnungsgeber bei der Anpassung des Festzuschlags ihren berechtigten Interessen Rechnung trägt.

dd) Zwischenergebnis

Aus § 78 Abs. 2 Satz 1 AMG, § 78 Abs. 1 Satz 2 AMG und Art. 12 Abs. 1 GG ergibt sich jeweils für sich und erst recht ergibt sich im Zusammenspiel dieser Normen einen subjektiven Recht der Kläger auf Anpassung des § 3 Abs. 1

Satz 1 AMPreisV normierten Fixhonorars an die Kostenentwicklung der Apotheken bei wirtschaftlicher Betriebsführung.

- b) Verletzung subjektiver Rechte der Kläger durch Unterlassen der Anpassung des § 3 Abs. 1 Satz 1 AMPreisV

Durch das Unterlassen der Anpassung des in § 3 Abs. 1 Satz 1 AMPreisV normierten Fixhonorars an die tatsächliche Kostenentwicklung der Apotheken bei wirtschaftlicher Betriebsführung hat die Beklagte Rechte der Kläger verletzt.

- aa) Kostenentwicklung

Zwischen 2004 und 2024 hat es eine Kostenentwicklung der Apotheken bei wirtschaftlicher Betriebsführung gegeben, die zu einer finanziellen Abkopplung der Apotheken von der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung geführt hat.

- (1) Apothekenvergütung im Vergleich

Betrachtet man die Entwicklung der Apothekenvergütung im Vergleich zur Entwicklung der GKV-Einnahmen, des Bruttoinlandsprodukts, der Tariflöhne in Apotheken und der Inflationsrate, wird unmittelbar sichtbar in welchem Maße – ausgehend vom Jahr 2004 – auf, die Apotheken auf allen Ebenen von der Entwicklung abgekoppelt sind (Anlage K 1, S. 30):

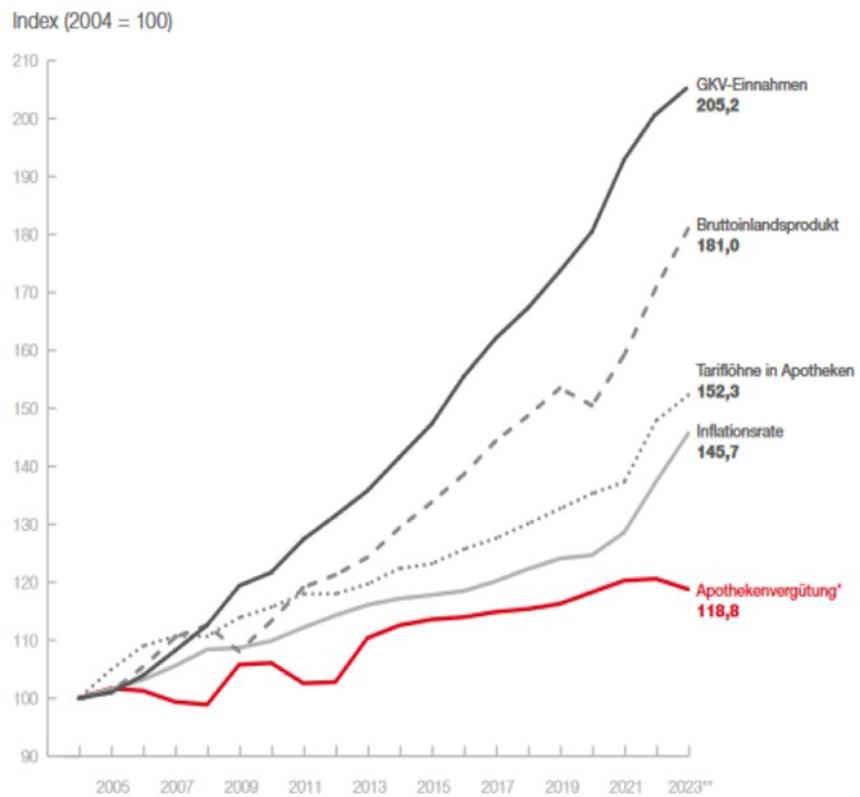
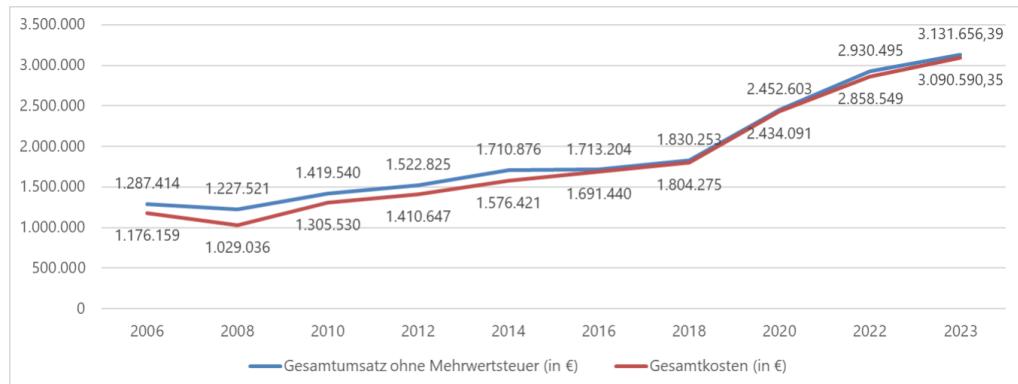


Abbildung 13: Entwicklung der Apothekenvergütung in Relation zu GKV-Einnahmen, BIP, Tariflöhnen und Inflationsrate (Basisjahr: 2004) | *Apothekenvergütung pro rezeptpflichtiger GKV-Fertigarzneimittelpackung gemäß § 1 AMPreisV i. V. m. § 130 SGB V (3-Prozent-Zuschlag auf den Apothekeneinkaufspreis plus 8,35 EUR

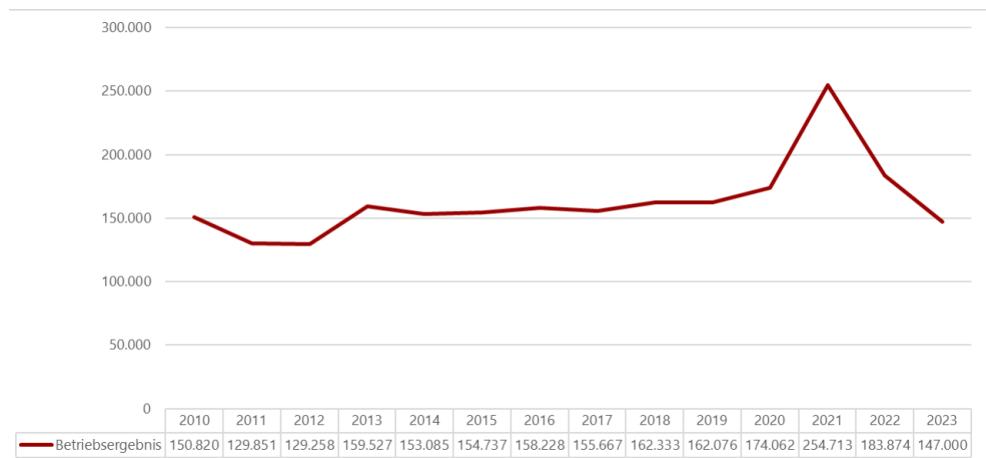
(2) Zur Kostenentwicklung der Apotheken bei wirtschaftlicher Betriebsführung

Der steigende Umsatz in den Apotheken in den vergangenen zwanzig Jahren hat nicht zu einem steigenden Gewinn geführt. Im Gegenteil: Der Betrag, der den Apotheken nach Abzug der Kosten vom Umsatz verbleibt, hat sich im Laufe der Jahre kaum verändert bzw. ist geschrumpft. Die Umsatzrentabilität hat sich somit deutlich verschlechtert: Apotheken müssen zunehmend mehr umsetzen, um ein gleichbleibendes Ergebnis zu erzielen (Anlage K 1, S. 33 f.):



Das starke Wachstum bringt Apotheken nicht selten an die Sprungstellen ihrer Kostenfunktion: Sie müssen investieren (in Personal, Warenbestand/Lagerhaltung, Software etc.) und somit ein höheres Geschäftsrisiko in Kauf nehmen, um das zusätzliche Geschäft abwickeln zu können.

Abgesehen von dem durch die Sondereffekte der Pandemie bedingten positiven Ausschlag im Jahr 2021 zeigt sich trotz Inflation und allgemeinem Wirtschaftswachstum ein weitestgehend stagnierendes Niveau der Betriebsergebnisse von Apotheken zwischen 2010 und 2023 (Anlage K 1, S. 41):



Hinzu kommt, dass sich im Laufe der Jahre der Umfang an Leistungen und Aufgaben, die Apotheken zu erbringen haben, kontinuierlich erweitert hat.

Ein Überblick findet sich in der Anlage K 1, S. 34 ff.

Im Übrigen verweisen wir für die Kostenentwicklung der Apotheken auf das Ökonomische Gutachten zur Überprüfung des Anpassungsbedarfs des Apothekenhonorars gemäß § 3 Abs. 1 Satz 1 AMPreisV (Anlage K 1).

bb) Nichtanpassung des Fixhonorars

Die Beklagte hat es unterlassen, das Fixhonorar in § 3 Abs. 1 Satz 1 AMPreisV an die Kostenentwicklung der Apotheken bei wirtschaftlicher Betriebsführung anzupassen.

(1) Periodischer Anpassungsbedarf

Aus § 78 Abs. 1 Satz 2 AMG ergibt sich, dass, aber nicht unmittelbar in welchen zeitlichen Abständen eine periodische Anpassung des Fixbeitrags an die Kostenentwicklung vorzunehmen ist.

Der in den Gesetzesmaterialien zur Einführung des § 78 Abs. 1 Satz 1 AMG gebrachte Wille des Gesetzgebers ist allerdings eindeutig:

„In der Regel soll eine Überprüfung im Abstand von zwei Jahren erfolgen, um häufige Anpassungen im geringen CentBereich zu vermeiden.“

BT-Drs. 15/1525.

Die Begründung für die Überprüfung im Abstand von zwei Jahren verdeutlicht, dass der Gesetzgeber vom Grundsatz einer jährlichen Überprüfungsnotwendigkeit ausgeht und der Abstand von zwei Jahren allein dem praktischen Umstand der Vermeidung geringfügiger Anpassungen im geringen Cent-Bereich geschuldet ist, die bei einem kürzeren Überprüfungsrythmus zu erwarten wären. Gleichzeitig verdeutlicht diese

Begründung, dass der Gesetzgeber erwartet, die periodische Überprüfung werde auch tatsächlich zu einer entsprechenden Anpassung führen; denn nur dies erklärt das Ziel, jährliche Anpassungen im geringen Cent-Bereich zu vermeiden.

Der parlamentarische Gesetzgeber geht also grundsätzlich von einem jährlichen Anpassungsbedarf an die Kostenentwicklung der Apotheken bei wirtschaftlicher Betriebsführung aus und sieht lediglich aus praktischen Gründen eine Anpassung im Zwei-Jahres-Rhythmus als ausreichend an.

Ein solcher Anpassungsrhythmus entspricht auch dem Sinn und Zweck der Regelung, nämlich durch kontinuierliche Anpassung der Vergütung der Beratungsleistung des Apothekers an die Kostenentwicklung der Apotheken bei wirtschaftlicher Betriebsführungen die Verhältnismäßigkeit des in der Preisregulierung liegenden erheblichen Eingriffs in die Grundrechte der Apotheker durchgängig und auf Dauer zu sichern.

(2) Stagnation des Fixbetrages

Der Fixbetrag des § 3 Abs. 1 Satz 1 AMPreisV wurde zuletzt zum 01.01.2013 von dem seit 2004 geltenden Betrag von 8,10 € auf 8,35 € erhöht.

Nicht nur ist der Fixpreis damit seit inzwischen über 11 Jahren nicht erhöht worden, der Fixpreis ist heute auch lediglich 3,09 % höher als vor 20 Jahren. Die Vergütung der Beratungsleistungen der Apotheker ist damit, ungeachtet der allgemeinen Preisentwicklung und der Kostenentwicklung der Apotheken bei wirtschaftlicher Betriebsführung, seit zehn Jahren konstant und seit zwanzig Jahren nahezu konstant.

Bezogen auf die Vergütung der Beratungsleistungen pro verkaufter Einheit Fertigarzneimittel durch das Fixhonorar ist also für die Apotheker in

den vergangenen zwei Jahrzehnten ein erheblicher und durch die hohe Inflation der vergangenen Jahre nochmals deutlich verschärfter Kaufkraftverlust zu verzeichnen.

(3) Kommentierung des Unterlassens in der Kommentarliteratur

Im Kommentar zum AMG von *Zuck* und *Dettling* heißt es mit Blick auf die gesetzliche Pflicht der Beklagten, das Fixhonorar an die Kostenentwicklung der Apotheken bei wirtschaftlicher Betriebsführung anzupassen, nüchtern:

„Das BMWi kommt seinem gesetzlichen Auftrag nicht hinreichend nach.“

Zuck/Dettling, AMG, 1. Auflage 2021, § 78 AMG, Rn. 139.

(4) Bewertung des Unterlassens durch Teile des Deutschen Bundestages

Aus der Mitte des Deutschen Bundestages wird eine Anpassung des Fixhonorars als überfällig bewertet.

In einer Kleinen Anfrage der Bundestagsfraktion der CDU/CSU an die Bundesregierung aus dem Jahr 2023 heißt es:

„Nicht vermittelbar ist aus Sicht der Fragesteller, dass das Fix-Honorar für die Abgabe von rezeptpflichtigen Arzneimitteln seit 2013 nicht mehr angepasst worden ist und die Bundesregierung der in den Augen der Fragesteller überfälligen Anpassung wiederholt eine klare Absage erteilt.“

BT-Drs. 20/9277 (Anlage K 10), S. 1.

(5) Zum Umfang des Anpassungsbedarfs

Es besteht ein erheblicher Anpassungsbedarf des Fixhonorars an die Kostenentwicklung der Apotheken bei wirtschaftlicher Betriebsführung.

(a) Anpassung an die Inflation

Selbst bei einer Anpassung des Fixhonorars lediglich an die Inflationsrate pro Jahr, bei der nur der inflationsbedingte Kaufkraftverlust ausgeglichen würde und keine Partizipation der Apotheker am Wirtschaftswachstum in der Bundesrepublik Deutschland der vergangenen zwei Jahrzehnte stattfände, müsste das Fixhonorar heute bei 11,78 € liegen (vgl. Anlage K 1, S. 47 f.):

Jahr	Inflation (Veränderung zum Vorjahr)	Honorar
2004	1,6%	8,10 €
2005	1,6%	8,23 €
2006	1,6%	8,36 €
2007	2,3%	8,55 €
2008	2,6%	8,78 €
2009	0,3%	8,80 €
2010	1,0%	8,89 €
2011	2,2%	9,09 €
2012	1,9%	9,26 €
2013	1,5%	9,40 €
2014	1,0%	9,49 €
2015	0,5%	9,54 €
2016	0,5%	9,59 €
2017	1,5%	9,73 €
2018	1,8%	9,91 €
2019	1,4%	10,04 €
2020	0,5%	10,09 €
2021	3,1%	10,41 €
2022	6,9%	11,13 €
2023	5,9%	11,78 €

Tabelle 7: Berechnung der inflationsbedingten Honorarerhöhung

(b) Anpassung an die tatsächliche Kostenentwicklung

Eine Anpassung an die tatsächliche Kostenentwicklung der Apotheken bei wirtschaftlicher Betriebsführung müsste vor dem Hintergrund der oben aufgezeigten Entwicklung der GKV-Einnahmen, des Bruttoinlandsprodukts, der Tariflöhne der angestellten Apotheker, der zusätzlichen Aufgaben der Apotheker und der Annäherung von Umsatz und Kosten mehr als einen Inflationsausgleich darstellen.

Nimmt man etwa zusätzlich zum Inflationsausgleich einen prozentualen Aufschlag von 20 % an, um die gesamtwirtschaftliche Entwicklung in Deutschland in den vergangenen Jahrzehnten sowie die Vielzahl zusätzlich auf die Apotheker übertragener Aufgaben zu mindest teilweise zu berücksichtigen, würde sich beispielsweise ein Fixhonorar von 14,14 € pro verschreibungspflichtiger Packung ergeben.

cc) Gefährdung der Verfassungsmäßigkeit der Preisregulierung

Die Preise und Preisspannen tragen infolge der Nichtanpassung des Fixhonorars an die Kostenentwicklung der Apotheken bei wirtschaftlicher Betriebsführung nicht mehr im Sinne des § 78 Abs. 2 Satz 1 AMG den berechtigten Interessen der Arzneimittelverbraucher und der Apotheken Rechnung. Nur, wenn den berechtigten Interessen im Sinne des § 78 Abs. 2 Satz 1 AMG Rechnung getragen wird, erweist sich der erhebliche Eingriff u.a. in die Berufsfreiheit der Apotheker aus Art. 12 GG durch die staatliche Preisregulierung als verhältnismäßig. Die finanzielle Abkoppelung der Apotheken von der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung infolge der fehlenden Anpassung des Fixhonorars an die Kostenentwicklung der Apotheken bei wirtschaftlicher Betriebsführung hat dementsprechend inzwischen ein Ausmaß erreicht, welches die Verfassungsmäßigkeit des Systems der arzneimittelrechtlichen Preisregulierung in seiner derzeitigen Gestalt in Frage stellt.

III. Ergebnis

Die Klage ist zulässig und begründet.

Für die Kläger:

Dr. Fiete Kalscheuer

XL/GNi

(digital signiert)

**Ökonomisches Gutachten zur
Überprüfung des Anpassungsbedarfs
des Apothekenhonorars gemäß
§ 3 Abs. 1 Satz 1 AMpreisV**

Ein Gutachten von:

Prof. Kaapke Projekte
Am Zuckerberg 27
71640 Ludwigsburg

Im Auftrag von:

Freie Apothekerschaft e.V.

Bearbeitung:

Prof. Dr. Andreas Kaapke
Dipl.-Sowi. Nina Kleber-Herbel

Ludwigsburg, 03.04.2024

INHALT

1.	Ausgangslage	4
2.	Das Geschäftsmodell Apotheke	4
2.1.	Güter der besonderen Art – Strenge gesetzliche Vorgaben	4
2.2.	Apotheker:in als Freier Beruf.....	6
2.3.	Honorierung – Arzneimittelpreisverordnung	6
2.4.	Weitere Gesetze im Überblick	8
3.	Gutachten „Ermittlung und Erforderlichkeit des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung geregelten Preise“ von 2HM	12
4.	Allgemeine Kostenentwicklung / Inflation	14
4.1.	Inflation/höhere Einkaufspreise	14
4.2.	Energiekosten.....	22
4.3.	Erhöhung des Mindestlohns	22
5.	Wirtschaftliche Lage und Entwicklung der Apotheken	23
5.1.	Marktüberblick.....	23
5.2.	Versandhandel.....	25
5.3.	Kostenstruktur.....	26
5.4.	Umsatz	26
5.5.	Wareneinsatz.....	27
5.6.	Begrenztes Potenzial für Skaleneffekte durch Filialisierung	28
5.7.	Personalkosten	28
5.8.	Sinkende Apothekenzahl.....	31
6.	Datenerhebung: Detaillierte Betrachtung von Kosten, Umsatz, Personal	32
6.1.	Struktur/Merkmale der „Datengeber“	32
6.2.	Umsatz- und Kostenentwicklung	33
6.3.	Fazit	34
7.	Apothekenspezifische Leistungen und Anforderungen	35
7.1.	Überblick über zusätzliche Aufgaben der Apotheken seit 2004.....	35
7.2.	Weitere aktuelle gesetzliche Änderungen mit Konsequenzen für den Arbeitsaufwand in Apotheken	36
7.3.	Anforderungen an Betriebsabläufe (z.B: Lagerhaltung)	37
7.4.	Transaktions- und Kommunikationskosten.....	38
7.5.	Lieferengpässe, Bürokratie und Fachkräftemangel als zentrale Geschäftshemmnisse	39
8.	Entwicklung des apothekerlichen Honorars / Politische Sparmaßnahmen / Honorarkürzungen / Gerichtsurteile.....	40
9.	Vergleich mit anderen Berufsgruppen.....	41

9.1.	Hinweise zur Einordnung des Gehalts selbständiger Apotheker:innen	41
9.2.	Freie Berufe	42
9.3.	Andere angestellte Heilberufler	43
9.4.	Niedergelassene Ärzte	44
9.5.	Angestellte Apotheker:innen	45
9.6.	Bundesbesoldung	46
10.	Fazit	46
11.	Anhang	50
11.1.	Ausgewählte Gesetze und Auflagen im Überblick	50
11.2.	Ausgewählte konkrete Regelungen gemäß Apothekenbetriebsordnung	52
11.3.	Katalog zusätzlicher Dokumentationspflichten in Apotheken	54

1. AUSGANGSLAGE

Im Jahr 2004 haben sich die gesetzlichen Rahmenbedingungen zur Honorierung von Apotheken signifikant verändert. Seitdem unterliegen die Apotheken einer strengen gesetzlichen Regulierung im Bereich der verschreibungspflichtigen Arzneimittel, die je nach Apotheke über 80 % des Gesamtumsatzes ausmachen. Damals wurde pro abgegebener Verpackung ein Fixum von 8,10 € vereinbart sowie ein Zuschlag von 3 % auf den Apothekenabgabepreis abzüglich eines Rabatts an die Gesetzlichen Krankenversicherung. Die damaligen Veränderungen haben zwischen 2004 und 2024 nur einmal zu einer Anpassung der dortigen Regeln geführt, indem das Fixum pro Packung auf 8,35 € angehoben wurde. Dies ist umso verwunderlicher, wurde doch von Anfang an angeregt, dass dieser Betrag einer regelmäßigen Überprüfung unterzogen werden soll. Tatsächlich hat der Gesetzgeber in der Gesetzesbegründung eine regelmäßige Anpassung des Fixbetrages durch den Verordnungsgeber im Abstand von zwei Jahren vorgesehen. Dies hat aber nicht stattgefunden.

Vor dem Hintergrund kann konstatiert werden, dass ungeachtet der allgemeinen Preis- und Kostenentwicklung die Vergütung der Apotheker:innen seit nunmehr 20 Jahren nahezu konstant ist.

Parallel kann dokumentiert werden, dass seit 2008 eine sinkende Anzahl der Apotheken in Deutschland zu verzeichnen ist. Im Zeitraum zwischen 2008 und 2022 sank die Zahl um 16,4 % von 21.602 Apotheken auf 18.068 Apotheken. Eine Folge daraus könnte die Gefährdung der flächendeckenden Versorgung mit Arzneimitteln sein, was ein originärer gesetzlicher Auftrag der Apotheken ist.

Maßgeblich verursacht wird das Apothekensterben durch **wirtschaftliche Faktoren**. Wie in allen Wirtschaftsbereichen müssen auch Apotheken steigende Kosten schultern. Aufgrund der strengen gesetzlichen Regularien haben sie aber wenig Spielraum, dem steigenden Kostendruck mit preis- und kommunikationspolitischen Maßnahmen entgegenzuwirken.

Die Apotheken sind somit einerseits den typischen marktwirtschaftlichen Mechanismen ausgesetzt, unterliegen bei der Vergütung jedoch strengen ordnungspolitischen Vorgaben, welche die marktwirtschaftlichen Entwicklungen ausblenden.

2. DAS GESCHÄFTSMODELL APOTHEKE

2.1. Güter der besonderen Art – Strenge gesetzliche Vorgaben

Arzneimittel sind Güter der besonderen Art. Sie entziehen sich klassischen Marktmechanismen, können bei Falsch- oder Fehlbenutzung großen (gesundheitlichen) Schaden anrichten und müssen deshalb abweichend von klassischen Distributionswegen gewürdigt werden. Im Einzelnen zeichnen sich Arzneimittel durch die folgenden Merkmale aus, die sie von anderen Gütern unterscheiden:

- Arzneimittel müssen in der Regel deutlich **schneller verfügbar** sein als z.B. Textilien oder Baustoffe. Arzneimittel werden zur Therapie oder zur Prävention eingesetzt und

müssen demnach dann verfügbar sein, wenn die Beschwerden akut und somit die Anwendungsfelder zum Tragen kommen.

- Bei Arzneimitteln kommen **Hortungseffekte nicht oder nur selten** vor. Zum einen beschränkt eine begrenzte Haltbarkeit vieler Produkte die Bevorratung von Arzneimitteln beim Endverbraucher und auch in der Apotheke, zum anderen erfolgt die Verabreichung oder Einnahme zu einem ganz spezifischen Zweck, der außerhalb chronischer Krankheiten nur von begrenzter Dauer sein sollte und danach die Relevanz verliert oder an Bedeutung schwindet.
- Die **Konsumentensouveränität** ist bei Arzneimitteln signifikant **eingeschränkt**. Bei rezeptpflichtigen Arzneimitteln muss ein gültiges Rezept von einem approbierten Arzt ausgestellt worden sein, und dieses wird in Apotheken nur gegen Vorlage des Rezeptes an Endverbraucher abgegeben. Bei apothekenpflichtigen Arzneimitteln kann die Abgabe an Endverbraucher nur durch einen approbierten Apotheker/eine approbierte Apothekerin erfolgen. Nur freiverkäufliche Arzneimittel sind auch in anderen Betriebsformen des Einzelhandels anzutreffen.

Bei rezeptpflichtigen Präparaten bedarf es demnach der Einschätzung des Arztes/der Ärztin und ggf. des Apothekers/der Apothekerin. Aber auch bei apothekenpflichtigen Produkten, die Over the Counter gereicht werden, erfolgt keine gänzlich freie Auswahl, sondern ein durch einen Apothekenmitarbeiter gesteuertes Angebot. Von daher sind die Endverbraucher bei diesen beiden Kategorien auf das Mitwirken anderer Personen angewiesen und nicht völlig frei in ihrem Handeln.

- Wechselwirkungen zwischen oder Unverträglichkeiten von Arzneimitteln bedürfen einer eingehenden Aufklärung der Patient:innen sowie einer Prüfung der abgegebenen oder auf einem Rezept vermerkten Produkte. Dies führt zu einer **erhöhten Schutzfunktion** durch die distribuierenden Akteure. Von ihnen werden daher diverse Schutzvorkehrungen getroffen, die einen erhöhten Aufwand in der Warendistribution mit sich bringen.

Nur Apotheken dürfen rezeptpflichtige und/oder apothekenpflichtige Arzneimittel vertreiben. Sie besitzen damit ein Monopol. Allerdings haben sie weder Einfluss auf die Preise oder Marge, da beides gesetzlich vorgegeben ist, noch auf die Nachfrage bzw. das ärztliche Verordnungsverhalten.¹

Vor dem Hintergrund dieser Besonderheiten des Distributionsguts Arzneimittel ist der Staat in besonderem Maße aufgefordert, **für die ordnungsgemäße Warenverteilung gesetzliche Grundlagen** zu schaffen. Neben einzelbetrieblichen Interessen sind dabei vor allem übergeordnete, gesundheitspolitische Zielsetzungen zu berücksichtigen. Diese beziehen sich auf die folgenden Bereiche:

- **Versorgungssicherheit:** Die Verfügbarkeit eines benötigten Arzneimittels muss in zeitlicher, mengenmäßiger und räumlicher Hinsicht sichergestellt werden.

¹ Finanzgruppe Branchendienst der Sparkasse: Branchenreport 2023 – Apotheken.

- **Versorgungsqualität:** Die Qualität der Arzneimittelverwendung muss sichergestellt werden.
- **Arzneimittelausgaben:** Die Arzneimittelversorgung muss effizient erfolgen.

2.2. Apotheker:in als Freier Beruf

Der Apothekerberuf gehört zu den freien Berufen. Ein Freiberufler erbringt auf der Grundlage besonderer beruflicher Qualifikationen oder schöpferischer Begabung persönlich, eigenverantwortlich und fachlich unabhängig Dienstleistungen höherer Art im Interesse der Allgemeinheit. Während es bei freien Berufen also hauptsächlich um die Erbringung von Dienstleistungen geht, erbringt der Apotheker/die Apothekerin überdies eine gewerbliche Leistung. Er/sie ist demnach **nicht nur Freiberufler, sondern auch Gewerbetreibender**. Dies hat zur Konsequenz, dass viele Besonderheiten und Vorteile, die für Freie Berufe gelten, auf Apotheken nur eingeschränkt zutreffen.

So sind Apotheken im Gegensatz zu anderen Freiberufler:innen, die in der Regel kein Gewerbe anmelden müssen, sowohl Pflichtmitglied in der Apothekerkammer als auch in der Industrie- und Handelskammer und ins Handelsregister eingetragen. Dies bedingt einen erhöhten bürokratische Aufwand für die Apotheker:innen, da sie eine **doppelte Buchführung** betreiben müssen. Aufgrund der strengen gesetzlichen Regulierung der Arzneimittelversorgung sind Apotheker:innen im Gegensatz zu anderen freien Berufen außerdem **weniger unabhängig** bspw. mit Blick auf Arbeitszeiten, Projekte und Klientel. Insbesondere unterliegen ihre Verdienstmöglichkeiten strengen gesetzlichen Regelungen, wohingegen andere Freiberufler:innen ihre Stunden-, Tages- oder Projektsätze selbst festlegen. Auch die Steuervorteile, die freien Berufsgruppen im Allgemeinen gewährt werden (steuerliche Absetzen von Geschäftsausgaben), entfallen für Apotheker:innen, da sie **steuerlich nicht als Freiberufler** geführt werden, sobald sie eine Apotheke betreiben.

Ein Aspekt, in dem sich Apotheker:innen nicht von anderen Freien Berufsgruppen unterscheiden, ist die **Vorsorge**: Sie müssen sich selbst um ihre Kranken-, Pflege- und Sozialversicherung kümmern und erhalten im Krankheitsfall oder im Urlaub keine Lohnfortzahlung.

2.3. Honorierung – Arzneimittelpreisverordnung

Der Abgabepreis von **rezeptpflichtigen** Arzneimitteln und somit das apothekerliche Honorar in diesem Bereich richten sich nach den gesetzlichen Vorgaben der **Arzneimittelpreisverordnung** (§ 3 AMPreisV). In dieser ist die Honorierung der apothekerlichen Leistung pro abgegebenem rezeptpflichtigen Medikament auf 3 % (**Apothekenzuschlag**) des Arzneimitteleinkaufspreises zzgl. 8,35 Euro (Beratungshonorar als **Festzuschlag**) festgelegt.

Der Apothekenzuschlag stellt also die umsatzabhängige Komponente des apothekerlichen Honorars dar. Neun von zehn zulasten der GKVen abgegebenen rezeptpflichtigen

Arzneimittel kosten in der Apotheke unter 100 Euro, sodass für das Gros des Absatzes das Fixum die relevantere Einnahmequelle ist.²

Der Festzuschlag wird im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) um einen **Apothekenabschlag** reduziert. Dieser ist im Sozialgesetzbuch geregelt und „setzt voraus, dass die Rechnung des Apothekers innerhalb von zehn Tagen nach Eingang bei der Krankenkasse beglichen wird.“ (§ 130 SGB V). Seit seiner Einführung wurde der Apothekenabschlag mehrmals verändert und zeitweise erhöht. So erlegte der Gesetzgeber mit dem 2022 beschlossenen GKV-Finanzstabilisierungsgesetz den Apotheken eine auf zwei Jahre befristete Erhöhung des Abschlags von 1,77 Euro auf 2,00 Euro auf, um damit einen Beitrag zur kurzfristigen Stabilisierung der GKV-Finanzen zu leisten. Ab dem 01. Februar 2025 soll der Abschlag wieder auf 1,77 Euro sinken.

Die Apotheke erhält zudem 0,41 €, die sie an einen **Fonds** abgibt, aus dem Nachtdienste (0,21 €) und Pharmazeutische Dienstleistungen (0,20 €) finanziell unterstützt werden.

Im Bereich der verschreibungspflichtigen Arzneimittel hängt der Verdienst der Apotheke also zum einen davon ab, was – und vor allem wie viele Packungen – der Arzt/die Ärztin verschreibt. Zum anderen können Apotheken – im Gegensatz zu anderen Wirtschaftsbereichen – steigende Kosten hier nicht an ihre Kund:innen weiterreichen. Laut ABDA-Statistik resultierten im Jahr 2022 rund 84 Prozent des Umsatzes aus verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, gemessen an den Packungszahlen lag ihr Anteil bei 56,3 Prozent.³

Über allem schwebt außerdem die Gefahr von **Retaxationen**: Wenn eine Krankenkasse der Ansicht ist, dass der Apotheke ein (Form-)Fehler (z.B. Missachtung der Rabattverträge, fehlende Arztunterschrift oder Gültigkeitsüberschreitung) bei der Abgabe eines verordneten Arzneimittels unterlaufen ist, verweigert sie die Zahlung – teilweise oder sogar zu 100 Prozent. Bei sogenannten „Null-Retaxationen“ erhält die Apotheke für ein an den Patienten/die Patientin abgegebenes Arzneimittel keine Erstattung.

Apotheken erwirtschaften 84 Prozent ihres Umsatzes mit rezeptpflichtigen Arzneimitteln, höhere Margen gibt es allerdings auf Kosmetikprodukte, Nahrungsergänzungsmittel und andere freiverkäufliche Produkte aus dem Apothekensortiment. Etwa 46 Prozent aller Arzneimittelpackungen, die in Apotheken verkauft werden, sind nicht verschreibungspflichtig. Und ausgerechnet da üben nun die sehr viel günstigeren Online-Apotheken wie DocMorris oder Shop Apotheke Europe mit ihren deutlich breiteren Produktpaletten wirtschaftlichen Druck auf die Vorort-Apotheken aus.

Im Bereich der **apothekenpflichtigen**, aber nicht rezeptpflichtigen Arzneimittel sowie der **freiverkäuflichen** Medikamente kann der Apotheker zwar frei kalkulieren und hat die Chance auf höhere Margen, er steht in diesem Bereich aber neben dem Qualitäts- auch in einem Preiswettbewerb: Angesichts der preisgünstigen Konkurrenz aus dem Internet in allen Warenbereichen und der Drogeriemärkte im Bereich der freiverkäuflichen Präparate

² Finanzgruppe Branchendienst der Sparkasse: Branchenreport 2023 – Apotheken.

³ ABDA: Die Apotheke – Zahlen, Daten, Fakten 2023.

ist der Spielraum der Apotheken für preispolitische Maßnahmen begrenzt.⁴ Zudem können große Online-Anbieter wie DocMorris oder Shop Apotheke Europe hier häufig eine deutlich breitere Produktpalette anbieten.⁵

2.4. Weitere Gesetze im Überblick

Die Arzneimittelpreisverordnung ist nur eines von zahlreichen Gesetzen und Verordnungen, welche die Arzneimitteldistribution regeln. Die Berufsausübung des Apothekers/der Apothekerin unterliegt vielfältigen rechtlichen Regelungen. Diese umfassen alle Wertschöpfungsbereiche. Sie betreffen die Apothekenführung, die wirtschaftliche Seite sowie ethische und sozialpolitische Aspekte. Diese werden nicht zuletzt deshalb hier aufgeführt, da sie zu erheblichen Kosten führen, wenn sie gesetzestreu umgesetzt werden.

Regelungen, die das Führen von Apotheken nachhaltig beeinflussen sind unter anderem im Arzneimittelgesetz (AMG), dem Sozialgesetzbuch V (SGB V), der bereits dargestellten Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV), dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG), dem Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen und dem Heilmittelwerbegesetz (HWG) etc. festgeschrieben. Sie alle sind mit (teilweise massiven) Einschränkungen bei Preis-, Konditionen-, Kommunikations- und Produktpolitik verbunden.⁶

Im Folgenden werden die wichtigsten Gesetze und Auflagen mit ihren (un-)mittelbaren Konsequenzen für die Apotheken näher erläutert. (Ein Überblick in tabellarischer Form findet sich im Anhang 11.1.) Vorweg ist zu erwähnen, dass im Laufe der Zeit zahlreiche Änderungen und Anpassungen von Gesetzen und Auflagen vorgenommen wurden. Betrachtet man den Zeitraum seit 2004 sind zahlreiche **Reformen** erfolgt, die in erster Linie kostendämpfenden Charakter für den Staat hatten und die entweder direkten oder indirekten Einfluss auf die Kosten- und Ertragssituation der Apotheker:innen genommen haben. Mit direkten Einflüssen sind Gesetze gemeint, die sich unmittelbar an die Apotheker richten und sie betreffen. Mit indirekten Einflüssen sind alle gesetzlichen Vorgaben gemeint, die andere Leistungserbringer betreffen, aber deren Konsequenzen auch oder gerade Auswirkungen auf die Apotheken haben.

Grundlage der Berufsausübung sind das Apothekengesetz bzw. die Apothekenbetriebsordnung.

Das **Gesetz über das Apothekenwesen** (ApoG) regelt die Grundlagen des Betriebs von Apotheken in Deutschland. Es legt unter anderem fest, dass die Erlaubnis, eine Apotheke zu betreiben, nur einem approbierten Apotheker erteilt werden kann, ein fachfremder Unternehmer darf keine Apotheke besitzen (**Fremdbesitzverbot**). Das Prinzip des Fremdbesitzverbots betont die persönliche Verantwortung des Apothekers/der

⁴ <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2022/11/09/wo-sparen-apotheken-in-der-krise>

⁵ FAZ, 19.06.23: Von protestierenden Apothekern und schwindenden Chancen, online:

<https://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/schneller-schlau/apotheken-durch-online-anbieter-und-lieferengpaesse-unter-druck-18967401.html>, Zugriff: 19.03.24.

⁶ Finanzgruppe Branchendienst der Sparkasse: Branchenreport 2023 – Apotheken.

Apothekerin und stellt sicher, dass dieser/diese mit seinem/ihrem gesamten Vermögen haftet. Es entkoppelt somit die Arzneimittelversorgung von ausschließlich an Gewinnmaximierung orientierten Vorgaben Dritter, wie z.B. Kapitalgesellschaften. In seinem Urteil vom 19. Mai 2009 hat der Europäische Gerichtshof in Luxemburg bestätigt, dass das Fremdbesitzverbot in Deutschland ein zulässiges und wirksames Instrument des Verbraucherschutzes ist.

Eng mit dem Fremdbesitzverbot verbunden ist das Prinzip des **Mehrbesitzverbotes**. Es verhindert, dass Apotheker beliebig viele Betriebe unterhalten und Ketten entstehen können, in denen die unmittelbare persönliche Verantwortung des Inhabers für die Versorgung der Patient:innen nicht mehr gegeben ist. Seit Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) zum 1. Januar 2004 dürfen die Apothekeninhaber:innen in Deutschland neben ihrer Hauptapotheke bis zu drei weitere öffentliche Apotheken (sog. Filialapotheken) betreiben (eingeschränkter Mehrbesitz), die jedoch in räumlicher Nähe zueinander liegen müssen.

Die **Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO)** regelt detailliert die konkreten Anforderungen an die Räumlichkeiten und die Ausstattung der Apotheke sowie an den Apothekenleiter/die Apothekenleiterin, das Personal und deren Tätigkeiten.⁷ Im Jahr 2012 wurde eine **Novelle** der Apothekenbetriebsordnung verabschiedet, die nochmals zahlreiche Änderungen für den Arbeitsalltag in den Apotheken nach sich zog und die (bürokratischen) Belastungen für die Apotheken spürbar erhöhte. (Eine Zusammenstellung ausgewählter konkreter Regelungen gemäß ApBetrO findet sich im Anhang 11.2.) Im Wesentlichen wurden mit dem Erlass der Novelle zwei Ziele verfolgt: zum einen die Verbesserung der Arzneimittelsicherheit, insbesondere bei der Arzneimittelherstellung (Rezeptur und Defektur) und bei der Information und Beratung, zum anderen die Verbesserung der Versorgung durch die Apotheke. Unter anderem wurden die Apotheken daher verpflichtet, ein Qualitätsmanagementsystem und einen Hygieneplan einzuführen, Beratungen wurden zur obligatorischen Pflicht.⁸ Zusätzliche Belastungen brachten unter anderem die gesteigerten Anforderungen an die Prüfung und Herstellung von Arzneimitteln und die erweiterten Dokumentationspflichten im Rahmen der Herstellung von Rezeptur- und Defekturarzneimitteln mit sich.

Ein essenzieller Bestandteil der Apothekenbetriebsordnung ist die Regelung der **Sortimentsgestaltung**. Das Apothekensortiment ist eindeutig definiert und lässt sich grob einteilen in apothekenpflichtige, rezeptpflichtige Arzneimittel (Rx), apothekenpflichtige, nicht rezeptpflichtige Arzneimittel (OTC) und das freiverkäufliche Ergänzungssortiment. Die beiden erstgenannten Sortimentskategorien erhält der Patient nur in Apotheken. Die Novelle der Apothekenbetriebsordnung listet die Warengruppen des freiverkäuflichen Ergänzungssortiments genau auf.

⁷ DeutschesApothekenPortal, online: www.deutschesapothekeportal.de/medien/dap-lexikon/apothekenbetriebsordnung-apbetro, Zugriff: 27.06.23.

⁸ DAZ/AZ 20/2012: Neue ApBetrO kann zum 1. Juni in Kraft treten, online: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2012/az-20-2012/neue-apbetro-kann-zum-1-juni-in-kraft-treten>, Zugriff: 18.03.24.

Auch der **Notdienst** ist in der Apothekenbetriebsordnung geregelt: Apotheken haben die Pflicht zur umfassenden Dienstbereitschaft rund um die Uhr und an Sonn- und Feiertagen. Vor diesem Hintergrund sind jede Nacht 1.200 der rund 18.000 Apotheken wechselnd im Dienst, damit der Bevölkerung in akzeptabler Entfernung eine dienstbereite Apotheke zur Verfügung steht. 430.000 Nacht- und Notdienste kommen so jährlich zusammen.⁹ Angesichts der steigenden Zahl von Apothekenschließungen steigt die Belastung durch die zu leistenden Nacht- und Notdienste für die verbliebenen Apotheken. Dabei muss stets ein Apotheker/ eine Apothekerin anwesend sein, sodass dieser/diese die Dienste nicht selten zusätzlich zur regulären Arbeitszeit übernimmt. Insbesondere in Regionen mit geringer Apothekendichte belasten die Notdienste die einzelnen Apotheken stark, die Unterschiede zwischen Stadt und Land bzgl. der Zahl geleisteter Notdienste ist beachtlich. Ein Beispiel aus dem Freistaat Bayern belegt dies eindrucksvoll: Eine Apotheke im städtischen München hat 14 Mal Notdienst pro Jahr, im ländlicheren Rothenburg dagegen über 70 Mal.¹⁰ Verschärft wird die Lage durch den anhaltenden Fachkräftemangel.

Nacht- und Notdienste im Jahr 2022	430.000
davon Volldienste (20:00 Uhr bis 6:00 Uhr)	390.000
davon Teildienste	40.000
geöffnete Apotheken pro Nacht- und Notdienst	1.200
versorgte Patient:innen pro Nacht- und Notdienst	20.000

Tabelle 1: Nacht- und Notdienste von Apotheken im Jahr 2022¹¹

Seit dem 01.01.2020 beträgt der Festzuschlag zur Förderung des Nacht- und Notdienstes der Apotheken 21 Cent pro abgegebener Packung verschreibungspflichtiger Arzneimittel. Diese wird in voller Höhe in den beim Deutschen Apothekerverband angesiedelten Nacht- und Notdienstfonds eingezahlt. Aus diesem Topf werden später – quartalsweise – die geleisteten Nacht- und Notdienste der Apotheken vergütet.

Zum 01. Januar 2011 trat das **Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes** (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz – AMNOG) mit dem Ziel in Kraft, den Anstieg der Arzneimittelausgaben der GKV einzudämmen. Apotheken sind vor allem durch die Erhöhung des Zwangsrabattes an die gesetzliche Krankenversicherung, die geänderte Packungsgrößenverordnung (größere Einheiten) sowie mittelbar durch die Beschränkung der Großhandelsmarge betroffen. So führten die Honorierungskürzungen gegenüber dem Großhandel dazu, dass die bis dahin gewährten Rabatte an die Apotheken durch die Großhändler gekürzt werden mussten, um selbst rentabel wirtschaften zu können. Die Apotheker rechneten lange Jahre mit den Rabatten des Großhandels, so dass deren Kürzung sie wirtschaftlich stark traf. Nach einem jahrelangen Streit darüber, welche Skonti

⁹ ABDA: Die Apotheke – Zahlen, Daten, Fakten, 2023.

¹⁰ ABDA: Die Apotheke – Zahlen, Daten, Fakten, 2023.

¹¹ ABDA: Die Apotheke – Zahlen, Daten, Fakten, 2023.

Apotheken bei Arzneimitteln gewährt werden dürfen, entschied schließlich der Bundesgerichtshof (BGH) im Februar 2024, dass Großhändler bei Rx-Arzneimitteln keine Skonti anbieten dürfen, die über die Spanne von 3,15 Prozent gehen. Damit entfällt dieser letzte Einkaufsvorteil für die Apotheken.^{12 13}

Diverse Veränderungen für die Apotheken brachte das im Jahre 2004 erlassene **Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG)** mit sich: Die Abgabe von Re- bzw. Parallelimporten wurde verpflichtend, wenn diese mindestens 15 % oder 15 Euro billiger sind als das Originalpräparat. Mindestens 5 % des Arzneimittelumsatzes der Apotheke müssen durch Importe erzielt werden. Dazu wurden nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel aus der Erstattungspflicht der Gesetzlichen Krankenkassen ausgeschlossen und bei diesen ausgeschlossenen Arzneimitteln die Kalkulation der Preise freigegeben. Zudem wurde erstmals die Option des **Versandhandels** mit Arzneimitteln – unter den Auflagen einer traditionellen Apotheke – eingeräumt sowie die Option einer begrenzten Filialisierung geboten (bis zu drei Filialen). Schließlich gab es mit dem GMG einen **Paradigmenwechsel in der Arzneimittelpreisverordnung** für verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel.

Am 01. April 2007 trat das **GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz** (GKV-WSG) in Kraft und sorgte für die „Scharfstellung“ der Rabattverträge und ihre Ausgestaltung in der Form, wie man sie heute kennt: Ein Pharmahersteller sagt einer Krankenkasse zu, dass er für ein Medikament einen Rabatt auf den bundesweit einheitlichen Apothekenverkaufspreis gewährt. Im Gegenzug sagt die Krankenkasse dem Hersteller zu, dass alle ihre Versicherten im Normalfall künftig nur dessen Präparate erhalten. Hat der Arzt einen Wirkstoff verordnet oder die Ersetzung des verordneten Arzneimittels zumindest nicht ausdrücklich ausgeschlossen (Aut-idem-Regelung), ist der Apotheker verpflichtet, das von der jeweiligen Kasse vorgesehene rabattierte (und somit preisgünstigstes) Arzneimittel abzugeben. Verhandelt werden die Rabattverträge somit an den Apotheken vorbei zwischen Krankenkassen und Arzneimittelherstellern, ihre Exekutierung obliegt aber den Apotheken. (Die Idee eines Initiativrechts der Apotheken, eigene Rabattverträge mit pharmazeutischen Unternehmen zu schließen war im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens fallen gelassen worden.)¹⁴ Insgesamt haben die Rabattverträge den Aufwand rund um die Rezeptbelieferung in Apotheken deutlich erhöht und gleichzeitig den abrechenbaren Preis reduziert. Für die Krankenkassen dagegen bedeutet die Umsetzung der Verträge durch die Apotheken Einsparungen in Milliardenhöhe.

¹² Apotheke Adhoc, 08.02.24: BGH verbietet Skonto auf Rx, online: <https://www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/detail/apothekenpraxis/bgh-verbietet-skonto-auf-rx>, Zugriff: 26.02.24

¹³ DAZ, 08.02.24: BGH kippt Skonti bei Rx-Arzneimitteln, online: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2024/02/08/bgh-keine-skonti-ueber-3-15-prozent-bei-rx-arezneimitteln>, Zugriff: 06.03.24.

¹⁴ DAZ, 03.04.17: 10 Jahre Rabattverträge – von den Anfängen bis heute, online: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2017/04/03/10-jahre-rabattvertrage-von-den-anfaengen-bis-heute/chapter:3>, Zugriff: 04.03.24.

3. GUTACHTEN „ERMITTlung UND ERFORDERLICHKEIT DES AUSMAßES VON ÄNDERUNGEN DER IN DER ARZNEIMITTELPREISVERORDNUNG GEREGELTEN PREISE“ VON 2HM

Im Jahre 2017 beauftragte das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie die Agentur 2HM mit der Erstellung des Gutachtens „Ermittlung und Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung geregelten Preise“. In dem Gutachten kamen die Berater:innen unter anderem zu der Schlussfolgerung, dass Apotheken auch dann noch kostendeckend funktionieren würden, wenn sie durchschnittlich 40.000 Euro weniger Honorar erhielten.¹⁵ Konkret schlugen die Gutachter:innen unter anderem vor, die prozentuale Spanne für die Apotheken von 3 auf 5 Prozent zu erhöhen, den Fixzuschlag dagegen von 8,35 Euro auf 5,84 Euro zu reduzieren.¹⁶ Die Kompensation möglicher Einbußen könne durch Verteuerungen im Bereich der OTC-Arzneimittel erfolgen. Für wirtschaftlich gefährdete Apotheken schlugen die Gutachter einen Strukturfonds vor. Der Versandhandel solle die Bevölkerung in der Fläche und auf dem Land mit Arzneimitteln versorgen. Im Zwischenfazit schreiben die Gutachter:innen, dass durch ihre Preissystematik im Kern die Leistung der klassischen Apotheke durch eine leistungsorientierte Vergütung gestärkt werde.

Allerdings solle laut Gutachten die gesetzliche und private Krankenversicherung deutliche Einsparungen erhalten: 1,24 Milliarden Euro soll durch die Umstellung abgeschöpft werden. 250 Millionen Euro sollen bei Sterilrezepturen eingespart werden, 780 Millionen Euro bei den „übrigen“ Apotheken. Der Großhandel soll mit 210 Millionen Euro weniger honoriert werden als bislang. Weiter schlägt das Gutachten vor, die Belieferungsfrequenz des Großhandels sowie einen „Beitrag der OTC an der Finanzierung des Nacht- und Notdienstes“ zu untersuchen. Die aus der Umstellung resultierende Reduktion der Vergütung „kann und sollte von Apotheken, Großhandel und pharmazeutischer Industrie innerhalb ihrer aktuellen Rabattspielräume ausgeglichen werden, damit auch in den Bereichen ohne Preisbindung, das heißt OTC und Freiwahl, kostendeckend gearbeitet wird“.^{17 18}

Die Methodik des Gutachtens weist allerdings diverse Mängel auf. Mehrere Experten wiesen auf diese hin und entkräfteten damit das Gutachten und dessen Belastbarkeit. Anzuführen sind dabei insbesondere die kritischen Stellungnahmen von Dr. Heinz-Uwe Dettling (Jurist und Rechtsanwalt), von Dr. Thomas Müller-Bohn (DAZ-Redakteur und Apothekenwirtschaftsexperte) sowie von Uwe Hüsgen (Dipl.-Mathematiker und ehemaliger Geschäftsführer des Apothekerverbands Nordrhein e. V.). Während sich

¹⁵ DAZ, 11.07.18: Honorargutachten – Was sagt 2HM zu den Rechenfehlern?, online: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2018/07/11/was-sagt-2hm-zu-den-rechenfehlern>, Zugriff: 05.03.24.

¹⁶ Apotheke Adhoc, 21.12.17: Das Gutachten ist da, online: <https://www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/detail/apothekenpraxis/das-gutachten-ist-da-apothekenhonorar/>, Zugriff: 05.03.24.

¹⁷ 2HM: Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) geregelten Preise, 2018.

¹⁸ DAZ, 11.07.18, online: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2018/07/11/was-sagt-2hm-zu-den-rechenfehlern>, Zugriff: 05.03.24.

Dettling insbesondere unter juristischen Gesichtspunkten mit dem Gutachten auseinandersetzte, warf Müller-Bohn Fragen zur methodischen Vorgehensweise auf und schlug alternative Berechnungen vor. Hüsgen ergänzte die bestehende Kritik, indem er Beweise für Rechenfehler, für die Verwendung von falschen Bezugsgrößen und für widersprüchliche Zahlen im Gutachten lieferte.

Die von den Autoren geäußerte Kritik an dem im Jahr 2017 erstellten Gutachten von 2HM bezieht sich auf unterschiedliche betriebswirtschaftliche Sachverhalte. Diese werden im Folgenden in Kürze dargestellt:

- In juristischer Hinsicht beschreibt Dettling, dass im Gutachten von Grundannahmen ausgegangen wird, die rechtlich nicht haltbar sind und zu einer Scheingenaugigkeit führen. Erforderlich sei eine Interessenabwägung zwischen den berechtigten Interessen der Arzneimittelverbraucher, der Tierärzte, der Apotheker und des Großhandels, wobei die Sicherstellung der Versorgung das zentrale Element der Abwägung darstelle.
- In ökonomischer Hinsicht haben sich insbesondere Müller-Bohn, Hüsgen und Diener mit dem 2HM-Gutachten auseinandergesetzt.
- Hüsgen belegt, dass die für den vollversorgenden pharmazeutischen Großhandel vorzunehmenden Berechnungen maßgeblichen Einfluss auf die Vergütung der Apotheken haben (da diese in der Wertschöpfungsketten nach dem Großhandel kommen und von daher dessen betriebswirtschaftliches Überleben zugleich die Sicherung des Fortbestands von Apotheken signifikant beeinflusst) und fokussiert sich in seiner Kritik in erster Linie darauf, dass die für den Großhandel vorgenommene Berechnung nicht zutreffend ist. Dies bezieht sich z.B. auf Fragen der im Gutachten zugrunde gelegten Datenbasis, des fehlenden identischen Berechnungsjahres unterschiedlicher Bezugsgrößen, des Tatbestands, ob ein Großhandelsunternehmen Mitglied im entsprechenden Bundesverband PHAGRO ist oder eben nicht und dementsprechend Einzug in die Statistik erhielt oder gerade nicht u.v.m. Seine Kritik greift auf, dass eine Fehlberechnung beim Großhandel folgerichtig eine Fehlberechnung bei den Apotheken nach sich ziehen muss. Hüsgen hat sich auch insbesondere den sog. Hochpreisern – also Arzneimitteln mit besonders hohem Wert – in Apotheken zugewandt und für diese eine Gegenrechnung zum Gutachten vorgenommen, die zu wahrnehmbar anderen Ergebnissen als das Gutachten kommt und demnach sämtliche Berechnungen aus dem Gutachten in Frage stellt.
- Müller-Bohn indes bezieht seine Kritik auf die zugrunde gelegten Kostenpositionen in Apotheken und vermisst bspw. neben dem kalkulatorischen Unternehmerlohn, der in den Berechnungen des 2HM-Gutachtens Berücksichtigung fand, wie in jedem Betriebsvergleich üblich die kalkulatorische Miete für Apotheken, so sie in eigenen Räumen wirtschaften und die kalkulatorische Eigenkapitalverzinsung für Apotheken, die Eigen- statt Fremdkapital für die Finanzierung der Apotheke nutzen. Da diese

nicht in die Berechnungen eingingen, sind die Gesamtkosten als zu niedrig einzustufen.

- Diener bemängelt darüber hinaus, dass bei Ausweisung der Apothekenumsätze auch apothekenfremde Umsätze einberechnet wurden (z.B. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung oder Erlöse aus Kapitalvermögen) und auf der anderen Seite bestätigt er den Befund von Müller-Bohn hinsichtlich der fehlenden Berücksichtigung von kalkulatorischen Kostenarten, sodass er in seinem ökonomischen Fazit von einerseits überschätzten Umsätzen und andererseits unterschätzten Kosten im 2HM-Gutachten ausgeht.
- Ein weiterer Kritikpunkt bei Diener ist, dass auch Apothekenverbünde, also eine Hauptapotheke mit Filialen, einbezogen werden, was aber eine betriebsstättenspezifische Betrachtung negiert. Auch fehlen für eine betriebswirtschaftliche Betrachtung wichtige steuerliche Abzugsmöglichkeiten wie Abschreibungen und Fremdkapitalzinsen gänzlich.
- Diener erweitert den Kritikpunkt von Müller-Bohn beim kalkulatorischen Unternehmerlohn, indem er in Frage stellt, ob der Vergleich zu Krankhausapothekern gerechtfertigt ist, deren Einkommen als Referenzwert herangezogen werden. Zudem ist der dann zum Ansatz kommende Wert unterzeichnet, da hier von einem Tarifgehalt ausgegangen wird, aber keine übertariflichen Zulagen Eingang fanden. Auch die betriebliche Altersversorgung fehlt und das unternehmerische Risiko des Offizinapothekers wird nicht gewürdigt.

Es ließen sich aus den jeweiligen Gegenstellungnahmen eine Reihe weiterer Detailpunkte aufzeigen, die allesamt den Vorwurf einer falschen, verzerrten Situationsbeschreibung, einer fehlenden Berücksichtigung des gesellschaftlichen Auftrags der Apotheken und einer falschen Berechnungsweise im 2HM-Gutachten stützen. Allen Autoren ist gemein, dass sie die zugrunde gelegten Annahmen teilweise bezweifeln und dass die auf dieser Grundlage vorgenommenen Berechnungen aus ihrer Sicht in vielfacher Hinsicht fehlerhaft sind.

Das 2HM-Gutachten schlug auf der Grundlage der darin dargelegten Recherchen und Berechnungen vor, die Apothekenhonorierung auf 5,84 € zzgl. 5% auf den Herstellerabgabepreis zu verändern. Das nunmehr seit 7 Jahren bestehende Gutachten fand zu keinem Zeitpunkt Einzug in die Apothekenhonorierung. Die darin vorgenommenen Berechnungen wurden von namhaften Kritikern widerlegt und diverse Schwachstellen aufgezeigt. **Die ursprünglich im Jahr 2004 festgelegten 8,10 € und nicht die im 2HM-Gutachten vorgeschlagenen 5,84 € bilden damit nach wie vor den Ausgangspunkt für die Frage der Honoraranpassung für Apotheken.**

4. ALLGEMEINE KOSTENENTWICKLUNG / INFLATION

4.1. Inflation/höhere Einkaufspreise

Als Inflation wird in einem Wirtschaftssystem der anhaltende Prozess der Geldentwertung verstanden, der sich durch allgemeine Preiserhöhungen bemerkbar macht. Mit einer vorher definierten Geldeinheit kann mit zunehmender Inflation weniger gekauft werden als zuvor. Damit vermindert sich die Kaufkraft des Geldes. Ausnahmen hiervon bilden einmalige, vorübergehende durch ungewöhnliche Vorkommnisse verursachte Preisniveauerhöhungen sowie Preissteigerungen, die sich nur auf bestimmte Güter oder ausgewählte Produktionsfaktoren beziehen.

Gemessen wird die Inflation am Anstieg eines allgemeinen Preisniveaus, welches z.B. durch einen Preisindex für die Lebenshaltung oder einen Verbraucherpreisindex repräsentiert wird. Aus dem An- oder Abstieg des Preisindexes wird die sog. Inflationsrate berechnet.

In der volkswirtschaftlichen Theorie sind für das Ansteigen der Inflationsrate diverse Parameter verantwortlich. Dabei ist zu beachten, dass für ein Anwachsen oder Absinken der Rate nicht jeweils alle Voraussetzungen erfüllt sein müssen und echte Gewichtungsunterschiede zwischen den Parametern gegeben sein können. Neben der Geldmenge einer Volkswirtschaft ist vor allem das Verhältnis aus Güternachfrage und Güterangebot maßgeblicher Treiber einer Inflation. Die aus großer Nachfrage bei nicht annähernd hohem Angebot entstehende Versorgungslücke hat steigende Preise aufgrund der Verknappung zur Folge (Preis-Absatz-Funktion). Höhere Mieten, höhere Löhne und Gehälter sind z.B. die Folge. Die daraus resultierenden höheren Einkommen befeuern die Nachfrage nach knappen Gütern, was wiederum die Schere aus Angebot und Nachfrage vergrößert. Auf der anderen Seite steigen die Kosten bei Unternehmen durch höhere Löhne, höhere Materialkosten, höhere Mieten usw. Die Folge daraus ist bspw. die sog. Lohn-Preis-Spirale. Entweder führt dies zu weiteren Güterkäufen oder zur sog. „Flucht in Sachwerte“, weil Menschen weitere Kaufkraftverluste befürchten. Daraus folgt die dauerhafte Selbstverstärkungstendenz einer Inflation. Zur Erklärung des Sachverhaltes werden diverse Inflationsarten unterschieden (schleichende Inflation, trabende Inflation, galoppierende Inflation und Hyperinflation) gemäß der jeweils anzutreffenden Geschwindigkeit der Geldentwertung.

Bei der in Tabelle 2 gezeigten Inflation ab 1991 in Deutschland mit dem Basisjahr 2020 ist zu sehen, dass die Veränderungsraten ab 1995 unter 2,0 Prozent liegen, dem Wert, der seitens des Rats der Europäischen Zentralbank (EZB) als typische Höhe der Geldentwertung pro Jahr angesehen wird.¹⁹ Moderate Ausnahmen ergaben sich in den beiden Krisenjahren in 2007 und 2008 (Weitwirtschaftskrise) mit jeweils etwas über 2 Prozent. Der exogene Schock der Corona-Pandemie mit mitunter irrationalen Hamsterkäufen der Endverbraucher in einzelnen Warengruppen führte zu einem Anstieg

¹⁹ Nach Auffassung des EZB-Rats kann Preisstabilität am besten gewährleistet werden, wenn mittelfristig ein Inflationsziel von 2 % angestrebt wird. Dieses Ziel ist symmetrisch, d. h. negative Abweichungen von diesem Zielwert sind ebenso unerwünscht wie positive. Wenn die nominalen Zinssätze in einer Volkswirtschaft in der Nähe ihrer effektiven Untergrenze liegen, sind besonders kraftvolle oder lang anhaltende geldpolitische Maßnahmen nötig, um zu verhindern, dass sich negative Abweichungen vom Inflationsziel verfestigen. Dies geht unter Umständen damit einher, dass die Inflation vorübergehend leicht über dem Zielwert liegt. (Europäische Zentralbank, Pressemitteilung vom 08.07.21, online: <https://www.ecb.europa.eu/press/pr/date/2021/html/ecb.pr210708~dc78cc4b0d.de.html>, Zugriff: 05.03.24.)

der Inflationsrate mit 3,1 % deutlich über den ansonsten gewohnten Raten. Danach ergaben sich mit Beginn des Russland-Ukraine-Kriegs ab Februar 2022, den daraus resultierenden Lieferengpässen und danach im Oktober 2023 dem eskalierenden Nahostkonflikt deutliche höhere Inflationswerte (vgl. auch Abbildung 1).

Jahr	Verbraucherpreisindex 2020 = 100	Veränderung zum Vorjahr
2004	80,2	1,6%
2005	81,5	1,6%
2006	82,8	1,6%
2007	84,7	2,3%
2008	86,9	2,6%
2009	87,2	0,3%
2010	88,1	1,0%
2011	90,0	2,2%
2012	91,7	1,9%
2013	93,1	1,5%
2014	94,0	1,0%
2015	94,5	0,5%
2016	95,0	0,5%
2017	96,4	1,5%
2018	98,1	1,8%
2019	99,5	1,4%
2020	100,0	0,5%
2021	103,1	3,1%
2022	110,2	6,9%
2023	116,7	5,9%

Tabelle 2: Verbraucherpreisindex: Deutschland, Jahre²⁰

²⁰ Statistisches Bundesamt (Destatis), Stand: 14.02.2024

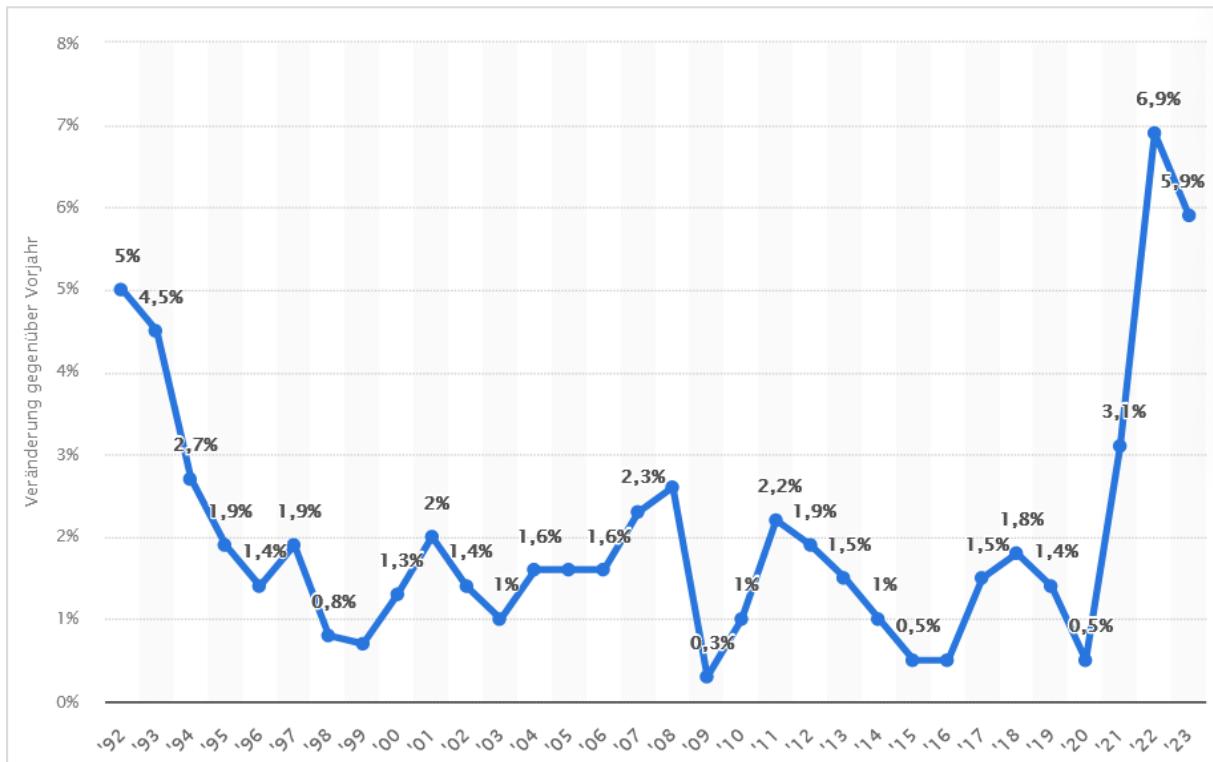


Abbildung 1: Inflationsrate in Deutschland von 1992 bis 2023
(Veränderung des Verbraucherpreisindex gegenüber Vorjahr)²¹

Die Werte zwischen 1991 und 2020 können mit Ausnahme der Jahre 2007 und 2008 als schleichende Inflation im üblichen Korridor interpretiert werden. Zufällige Sonderfälle tangieren das Apothekenwesen in dieser Zeit nicht. Ab 2021 entwickelte sich die Inflationsrate eher sprunghaft, je nach Interpretation noch immer nicht trabend (ab 10 – 20 %) oder gerade schon trabend (ab 5 %). Von einer galoppierenden Inflation (ab 20 %) oder gar einer Hyperinflation (ab 50 %) war und ist Deutschland weit entfernt.

Da sich die Werte auf den Verbraucherpreisindex beziehen, kann davon ausgegangen werden, dass keine Sondereffekte wie oben beschrieben zu berücksichtigen sind. Der Verbraucherpreisindex für Deutschland ist ein Preisindex der durchschnittlichen prozentualen Veränderung des Preisniveaus bestimmter Waren und Dienstleistungen, die von privaten Haushalten für Konsumzwecke gekauft werden. Damit fügt sich dies in die Logik des Abverkaufs von Arzneimitteln an Endverbraucherinnen und Endverbraucher. In Abbildung 2 zeigt sich das Zustandekommen des Verbraucherpreisindexes aktuell und die Gewichtungen, mit denen einzelne Teile zu dessen Berechnung beitragen.

²¹ Statistisches Bundesamt (Destatis), Stand: 14.02.2024.

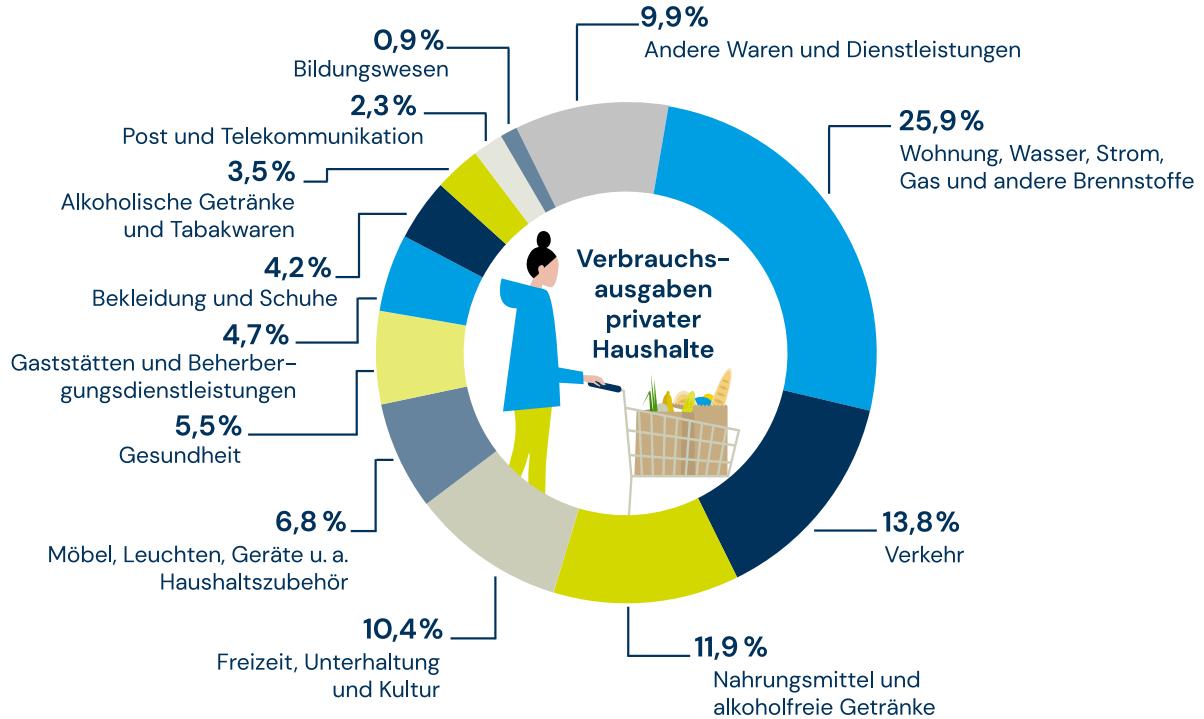


Abbildung 2: Gewichtung im Verbraucherpreisindex²²

Aus der oben beschriebenen Systematik lässt sich ableiten, dass sich gemäß der Inflationsrate auch Löhne und Gehälter und Mieten diesem Niveau anpassen.

Nachfolgend zeigen sich zum einen die Entwicklung der Einzelhandelsmieten und zum anderen die Lohnentwicklung generell.

²² Statistisches Bundesamt 2023, Grafik: www.tecis.de/news/warum-ist-die-inflation-gerade-so-hoch-.html, Zugriff: 08.01.24.

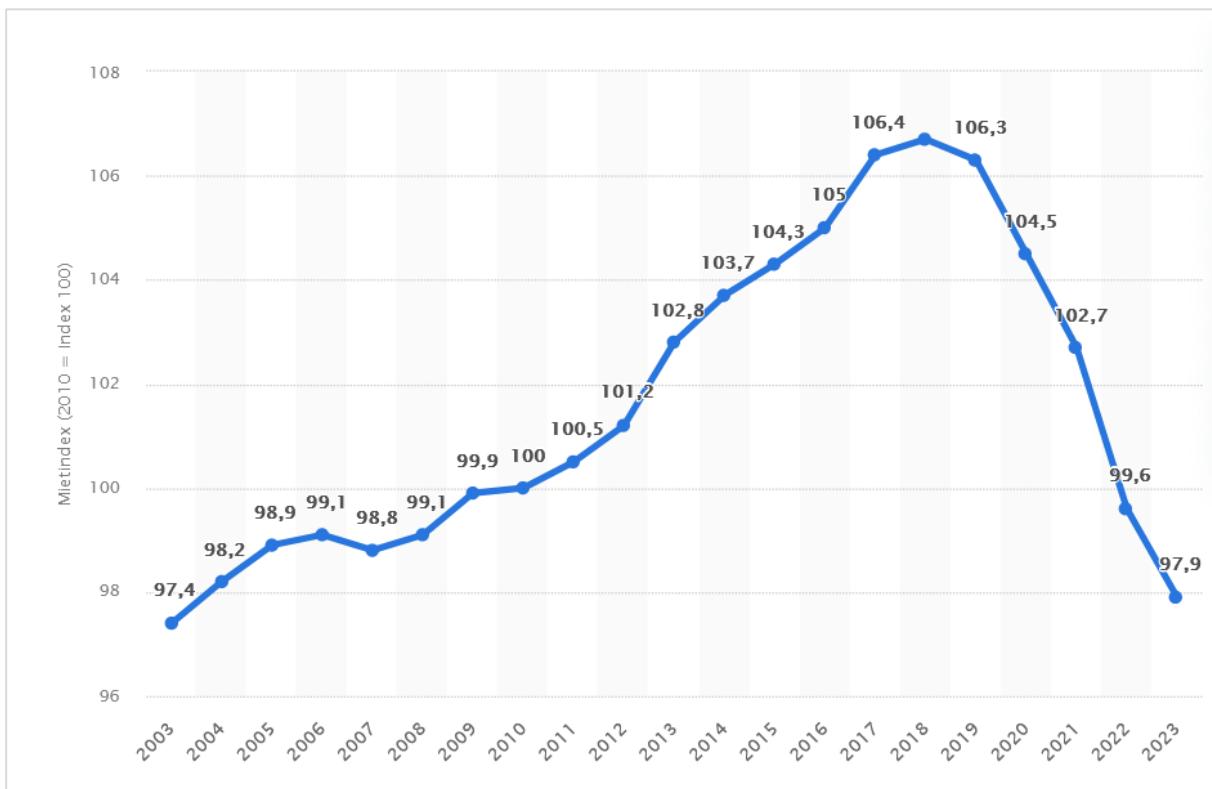


Abbildung 3: Mietindex für Einzelhandelsimmobilien in Deutschland bis 2023 | 2010 = Index 100²³

²³ Datenquelle: vdp – Die deutschen Pfandbriefmarken, veröffentlicht von Statista Research Department, 12.02.2024.

Hinweis: Diese Statistik zeigt die Entwicklung der Neuvertragsmieten für Einzelhandelsimmobilien in Deutschland in den Jahren von 2003 bis 2023. Ausgehend vom Jahr 2010 (Indexwert = 100) lag der Mietindex für Einzelhandelsimmobilien in Deutschland im Jahr 2023 bei etwa 97,9 Punkten. Abgebildet wird der vdp-Mietindex für Einzelhandelsimmobilien (bezogen auf die Neuvertragsmieten). In der vdp-Transaktionsdatenbank werden auf der Ebene einzelner Immobilien neben Kaufpreisen und Mieten Angaben zu den wertbeeinflussenden Eigenschaften systematisch erfasst. Auf der Grundlage dieses Datenpools werden Immobilienpreisindizes erzeugt, die die reine Preisbewegung auf dem Immobilienmarkt wiedergeben. Auf Grund der viel beschriebenen Heterogenität von Immobilien kommen hierbei hedonische Verfahren zur Anwendung. Diese Verfahren dienen dazu, die Qualitätsunterschiede der in der Datenbank enthaltenen Einzelobjekte herauszufiltern und die reine Preisentwicklung zu messen.

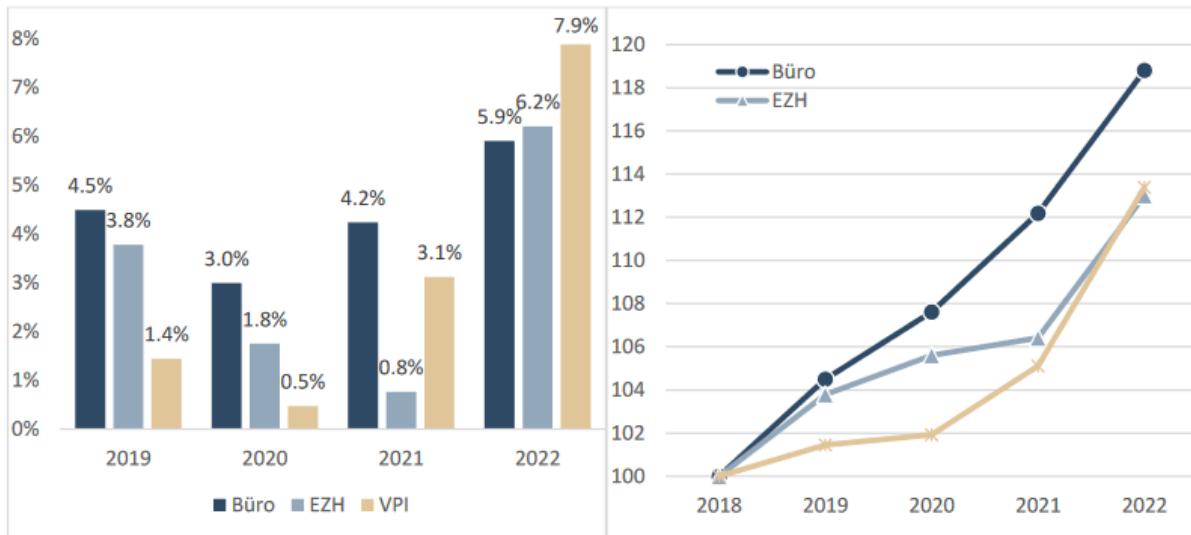


Abbildung 4: Qualitätsbereinigte gesamtwirtschaftliche Mietpreisentwicklung auf Jahresbasis²⁴

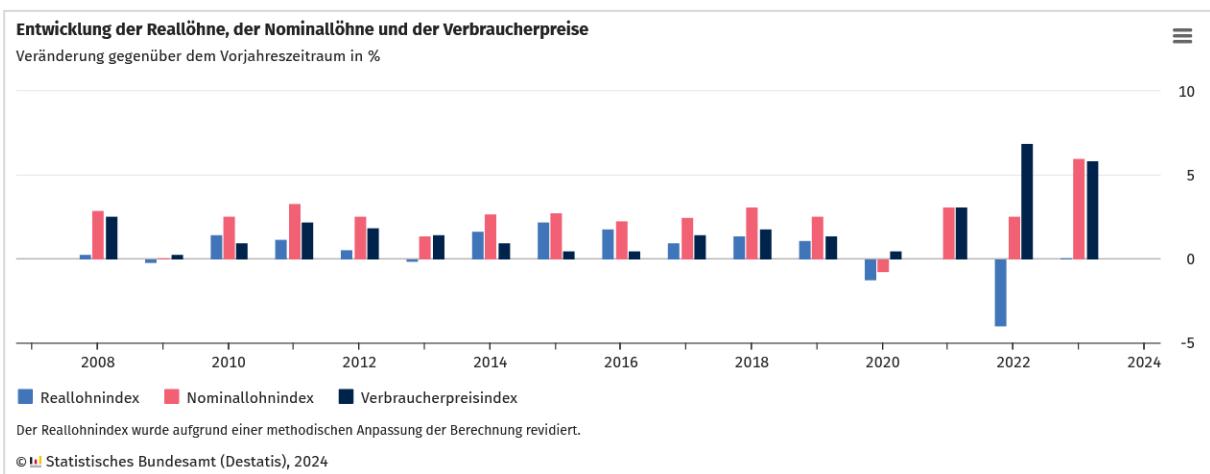


Abbildung 5: Entwicklung der Reallöhne, der Nominallöhne und der Verbraucherpreise 2008 bis 2024, Veränderung gegenüber dem Vorjahreszeitraum in %²⁵

Viele Menschen in Deutschland konnten sich trotz Lohnerhöhungen 2022 von ihrem Verdienst weniger leisten als im Jahr zuvor. Sie hatten mehr Geld auf dem Lohnzettel, aber weniger Kaufkraft: Die Verdienste haben 2022 wegen der Inflation deutlich an Wert verloren. Zwar stiegen die Löhne so stark wie nie seit Beginn der Zeitreihe 2008. Doch die Inflation zehrte diese Zuwächse mehr als auf. Anders ausgedrückt: Auch wenn der **Nominallohn** stark gestiegen ist, war der **Reallohn** trotzdem oft deutlich gesunken.

²⁴ Datenquelle: Value AG, 2023, veröffentlicht in: Institut der Deutschen Wirtschaft: Mietpreisentwicklung bei Gewerbeimmobilien, IW-Report Nr. 21, 02.04.2023, online: <https://www.iwkoeln.de/studien/christian-oberst-michael-voigtlaender-mietpreisentwicklung-bei-gewerbeimmobilien.html>, Zugriff: 05.03.24.

Hinweise: Auf Grundlage des OLS-Regressionsmodells für benachbarte Zeitperioden mit den Standortvariablen PKW-Fahrzeit zum Hauptbahnhof (Referenz 10 bis 20 Minuten), Regionskategorie (Referenz B63.Stadt), Bundesländergruppen (Referenz West/NRW, ggü. Nord, Süd-West, Süd und Ost), Nähe ÖPNV, Fläche, Baujahr, Erstbezug, Etagenanzahl, log Angebotslaufzeit sowie weiteren ausgewählten Qualitätseigenschaften.

²⁵ Statistisches Bundesamt: Themenseite „Reallöhne und Nominallöhne, online:

https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Verdienste/Realloehne-Nettoverdienste/_inhalt.html, Zugriff: 05.03.24.

Der Reallohn ist der Verdienst, über den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer tatsächlich verfügen können, nachdem die Inflation berücksichtigt wurde. Im Gegensatz zum Nominallohn berücksichtigt der Reallohn die tatsächliche Kaufkraft des Verdienstes. Der **Reallohnindex** stellt die Entwicklung der Verdienste der Preisentwicklung gegenüber. Bei einer positiven Veränderung der Reallöhne sind die Verdienste stärker gestiegen als die Verbraucherpreise, bei einer negativen Veränderungsrate ist es entsprechend umgekehrt.

²⁶

Die Trendumkehr kam mit der Corona-Pandemie: Preisbereinigt, also in Relation zur Entwicklung der Verbraucherpreise gesetzt, stieg das durchschnittliche Bruttogehalt von 31.437 Euro im Jahr 2000 auf 35.233 Euro im Jahr 2021 an. Netto blieben davon 23.864 Euro übrig – 21 Jahre zuvor waren es noch 21.135 Euro gewesen. Das verfügbare private Haushaltseinkommen ist in dem Zeitraum um 2.533 Euro gestiegen. Der durchschnittliche Netto-Stundenlohn erhöhte sich demnach von 15,33 Euro im Jahr 2000 auf 18,17 Euro im Jahr 2021.²⁷

Während im Jahr 2020 insbesondere der vermehrte Einsatz von Kurzarbeit zur negativen Entwicklung der Nominallöhne und Reallöhne beigetragen hatte, zehrte 2021 und besonders 2022 die hohe Inflation das Wachstum der Nominallöhne auf. Im Jahr 2022 wurde der stärkste Rückgang der Reallöhne in Deutschland seit Beginn der Zeitreihe im Jahr 2008 gemessen.²⁸

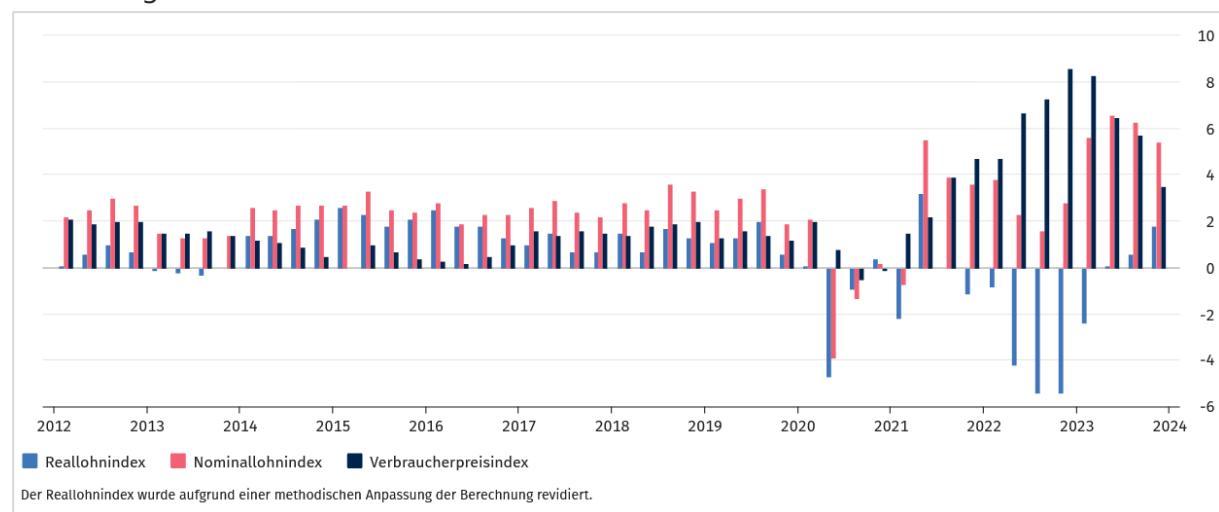


Abbildung 6: Entwicklung der Reallöhne, der Nominallöhne und der Verbraucherpreise 2012 bis 2024, Veränderung gegenüber dem Vorjahreszeitraum in %²⁹

Der Nominallohnindex in Deutschland ist im Jahr 2023 um 6,0 % gegenüber dem Vorjahr gestiegen. Der Index bildet die Entwicklung der Bruttonomontsverdienste von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern einschließlich Sonderzahlungen ab. Die kräftigen Steigerungen der Nominallöhne sind vor allem durch Zahlungen der

²⁶ Ebd.

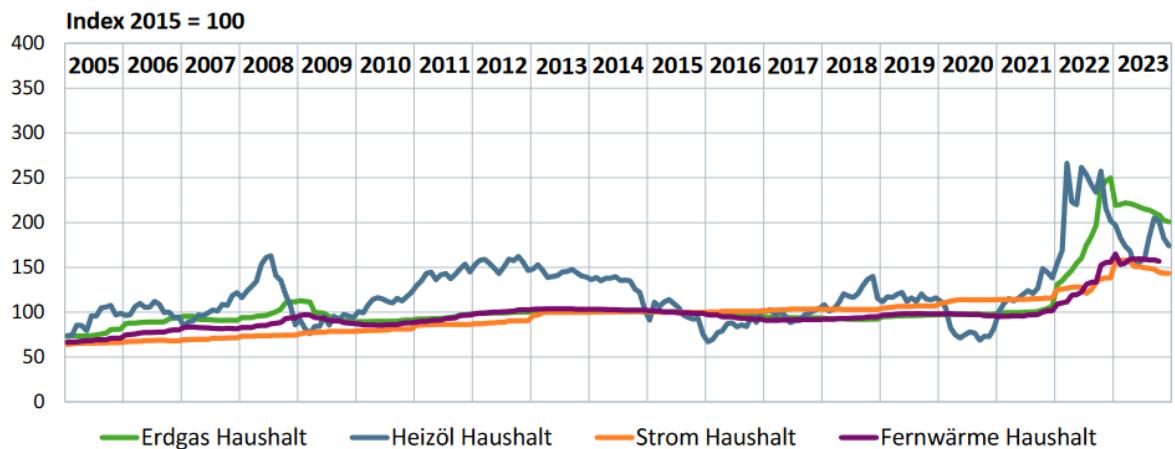
²⁷ Hamburger Abendblatt, 01.06.22, online: <https://www.abendblatt.de/wirtschaft/article235496771/inflation-loehne-gehalt-steigerung-2000.html>, Zugriff: 05.03.24.

²⁸ Ebd.

²⁹ Statistisches Bundesamt: Pressemitteilung Nr. 076 vom 29. Februar 2024, online: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/02/PD24_076_62321.html, Zugriff: 05.03.24.

Inflationsausgleichsprämie sowie die Mindestlohnerhöhung auf 12 Euro im Oktober 2022 bedingt. Die Verbraucherpreise stiegen im selben Zeitraum um 5,9 %. Damit stiegen die Reallöhne im Jahr 2023 um 0,1 % gegenüber 2022 – dies war der **erste Anstieg seit 2019**. Während im Jahr 2020 insbesondere der vermehrte Einsatz von Kurzarbeit zur negativen Nominal- und Reallohnentwicklung beigetragen hatte, zehrte 2021 und 2022 die hohe Inflation den Nominallohnanstieg auf.³⁰

4.2. Energiekosten



Quelle: Destatis (FS 17, R 2); Strom- und Gaspreisbremse im Index berücksichtigt
Die Grafik zeigt die Preisentwicklung (indexierte Preissteigerungsraten, **keine absoluten Brennstoffpreise**) bei Heizöl, Gas, Strom und Fernwärme für Haushalte seit Januar 2001 bezogen auf das Basisjahr 2015 (Jahresdurchschnitt); Stand 01/2024 (Daten bis einschl. Dez. 2023 verfügbar)

Abbildung 7: Entwicklung der Energiepreise für Haushalte³¹

Abbildung 7 dokumentiert die seit 2005 feststellbare Entwicklung der Energiekosten. Das Jahr 2015 dient dabei als Referenzwert (= 100). Betrachtet man insbesondere die beiden letzten Jahre im Vergleich zum Ausgangsjahr 2005 haben sich die Energiekosten zwischenzeitlich verdreifacht.

4.3. Erhöhung des Mindestlohns

Der allgemeine gesetzliche Mindestlohn ist in Deutschland die Lohnuntergrenze, die nicht unterschritten werden darf. Eingeführt wurde er zum 1. Januar 2015. Seitdem ist er kontinuierlich gestiegen (siehe Abbildung 8. Seit 1. Januar 2024 gilt ein gesetzlicher Mindestlohn von 12,41 Euro. Zum 1. Januar 2025 steigt der Mindestlohn auf 12,82 Euro.³²

³⁰ Ebd.

³¹ BDEW-Strompreisanalyse, Februar 2024, online: www.bdew.de/service/daten-und-grafiken/bdew-strompreisanalyse, Zugriff: 06.03.24.

³² <https://www.ptaheute.de/aktuelles/2024/01/02/2024-was-sich-im-neuen-jahr-aendert>



Abbildung 8: Entwicklung des gesetzlichen Mindestlohns 2015 bis 2025, in Euro pro Stunde³³

5. WIRTSCHAFTLICHE LAGE UND ENTWICKLUNG DER APOTHEKEN

5.1. Marktüberblick

Das Marktvolumen von Deutschlands Apotheken lag im Jahr 2022 bei knapp 65 Mrd. € (ohne MwSt.), das ist der bedeutendste Markt für Arzneimittel in Europa. Darin enthalten sind allerdings pandemiebedingte Sonderumsätze: Zur Bekämpfung der Corona-Pandemie hatten die Apotheken entgeltliche Sonderaufgaben übernommen (z.B. Bürgertests, Impfzertifikate, Impfstofflogistik).³⁴ Der damit verbundene Sonderumsatz betrug 2021 etwa 2,5 Mrd. Euro, reduzierte sich aber bereits 2022 um drei Viertel auf 0,6 Mrd. Euro.³⁵

Positiv zu vermerken sind steigende Umsätze bzw. Verordnungszahlen: Gemäß TK wurden im Jahr 2022 je Versicherten 269 Tagesdosen verschrieben, so viel wie noch nie seit 2000 (Beginn der Datenerhebung). Zudem initiierte der Gesetzgeber mit dem Arzneimittel-Lieferengpassbekämpfungs- und Versorgungsverbesserungsgesetz (ALBVVG) eine kleine Zuzahlung zum Management von Lieferengpässen: Apotheken haben nun die Möglichkeit, beim Austausch von nicht verfügbaren Arzneimitteln eine neue Lieferengpass-Pauschale in Höhe von 50 Cent (netto) abzurechnen.³⁶ Den mit dem Management von Lieferengpässen verbundenen Mehraufwand deckt diese Pauschale aber kaum ab.

³³ DGB, online: <https://www.dgb.de/schwerpunkt/mindestlohn>, Zugriff: 22.03.24.

³⁴ ABDA Faktenblatt, online: https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/Faktenblaetter/Faktenblatt_Apothekenhonorierung.pdf, Zugriff: 04.02.24.

³⁵ Finanzgruppe Branchendienst der Sparkasse: Branchenreport 2023 – Apotheken.

³⁶ ABDA: Zahlen, Daten, Fakten 2023.

Insgesamt können die genannten positiven Impulse die Negativentwicklungen bei den Kosten bei Weitem nicht kompensieren: Neben der oben beschriebenen allgemeinen geopolitische Lage mit dem Anstieg der Energiekosten, steigenden Zinsniveaus und der Inflation, die zu massiven Kostenbelastungen führen, kommen Belastungen hinzu, die spezifisch das Geschäftsmodell der Apotheke betreffen. Dazu gehört der Anstieg der Personalkosten sowie der krankheitsbedingten Ausfallzeiten seit Ende 2021. Des Weiteren sind auch Hersteller und Großhandel mit steigenden Kosten konfrontiert. Dies verschlechtert die Verhandlungsposition der Apotheken und führt dazu, dass der Materialeinkauf teurer wird. (Bspw. haben die Großhändler als Folge der hohen Benzinpreise ihre Lieferkosten erhöht.) Hinzu kommt die neuerliche Kürzung des Apothekenhonorars durch das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (siehe Kapitel 2.4).³⁷

Laut Berechnungen der ABDA setzte im Jahr 2022 eine durchschnittliche Apotheke rund 3,22 Millionen Euro um. Dabei generierte ein Apothekeninhaber/eine Apothekeninhaberin im Durchschnitt 163.000 Euro Gewinn vor Steuern. Die Gewinnmarge lag damit bei lediglich rund 5 Prozent (vgl. Abbildung 9).³⁸ Spätestens ab dem Geschäftsjahr 2023 wird sich die Rendite voraussichtlich nochmals stark rückläufig entwickeln. Die Treuhand Hannover weist auf einen „**rapiden Verfall der Ergebnisse**“ hin. Laut betriebswirtschaftlicher Kennzahlen Unternehmens zum ersten Halbjahr 2023 hatte knapp jede dritte Apotheke in den ersten sechs Monaten an Umsatz verloren. Mehr als jeder dritte Betrieb erschien akut in seiner Existenz bedroht, elf Prozent schrieben bereits reale Verluste.³⁹

³⁷ Finanzgruppe Branchendienst der Sparkasse: Branchenreport 2023 – Apotheken.

³⁸ FAZ, 19.06.23: Von protestierenden Apothekern und schwindenden Chancen, online: <https://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/schneller-schlau/apotheken-durch-online-anbieter-und-lieferengpaesse-unter-druck-18967401.html>, Zugriff: 19.03.24.

³⁹ Apotheke Adhoc, 13.12.24: Apotheken zahlen 46 Cent je Packung drauf, online: <https://www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/detail/apothekenpraxis/apotheken-zahlen-46-cent-je-packung-drauf>, Zugriff: 26.02.24.

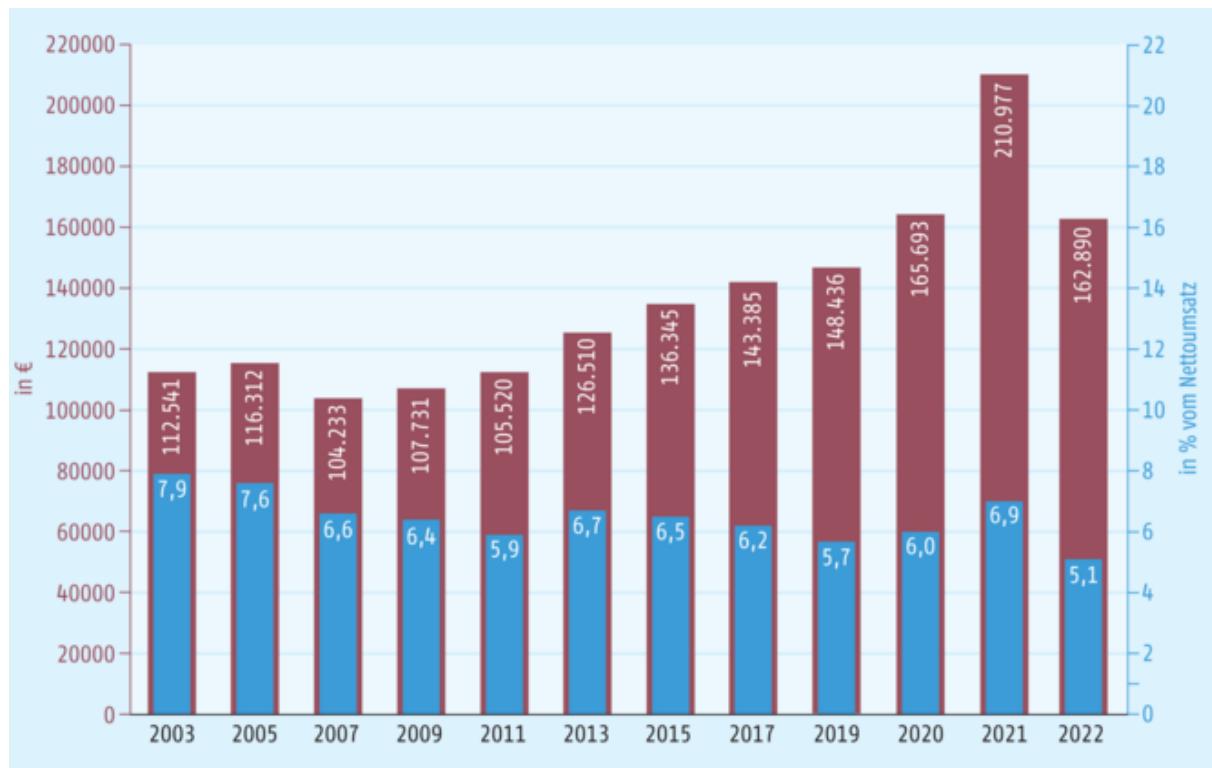


Abbildung 9: Absolute und umsatzbezogene Betriebsergebnisse der Apotheken von 2003 bis 2022. Die roten Säulen geben die steuerlichen Betriebsergebnisse durchschnittlicher Apothekenbetriebsstätten in Euro an (linke Skala). Die darin integrierten blauen Säulen zeigen diese steuerlichen Betriebsergebnisse in Prozent vom Nettoumsatz (rechte Skala). Die Zeitachse ist verzerrt. Von 2003 bis 2019 ist nur jedes zweite Jahr angegeben, ab 2019 jedes Jahr.⁴⁰

5.2. Versandhandel

Die oben genannten Zahlen zur Umsatz-/Absatzstruktur umfassen nicht den Versandhandel mit Arzneimitteln. Während die Vor-Ort-Apotheken das Gros ihrer Umsätze im Bereich der verschreibungspflichtigen Arzneimittel erzielen, ist bei den Versendern das OTC-Segment von größter Bedeutung: Es macht hier mehr als die Hälfte der Umsätze aus. Somit haben die Versandapotheken bislang noch eine geringe Bedeutung im Kernsegment der Apotheken.

Der **Konkurrenzdruck im Selbstzahlerbereich** ist allerdings enorm. Online-Preissuchmaschinen und Preisvergleichsportale verschärfen den Wettbewerb zusätzlich (auch bei den Versandapotheken untereinander). Während früher eine aggressive Preisstrategie im Vordergrund stand, versucht der Versandhandel mittlerweile auch verstärkt mit Serviceangeboten in Konkurrenz zu den Vor-Ort-Apotheken zu treten (z.B. Express-Lieferungen, Beratungsangebote über Call-Center, Gratiszugaben, Bonusmodelle, Newsletter etc.).

Dabei leisten sie im Vergleich zu den Vor-Ort-Apotheken einen deutlich **geringeren Beitrag für die Gesundheitsversorgung** der Bevölkerung: Leistungen wie die Nacht- und

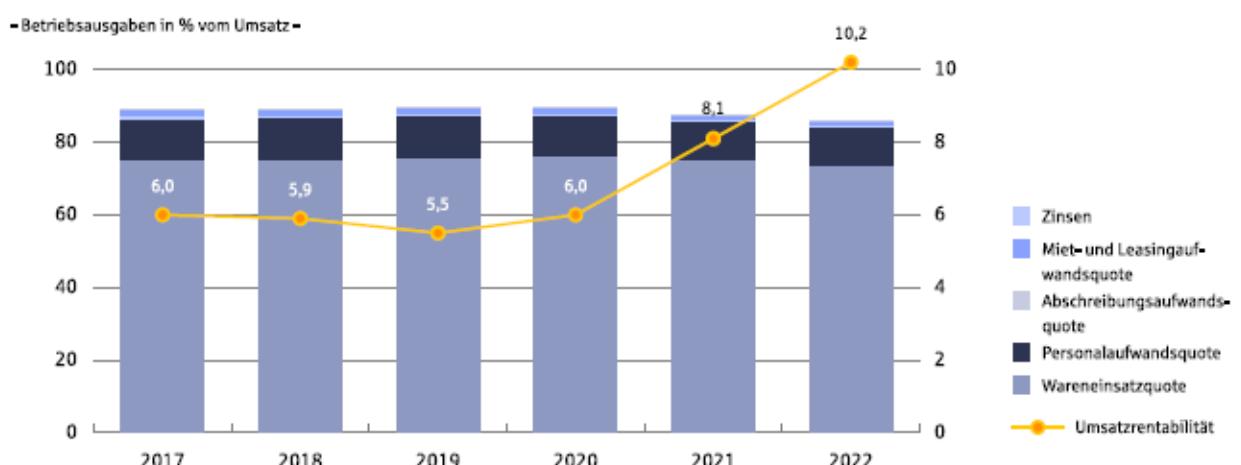
⁴⁰ Quelle: ABDA, Treuhand Hannover, veröffentlicht bei: DAZ, 18/2023: Apotheken in Schieflage, online: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2023/daz-18-2023/apotheken-in-schieflage>, Zugriff: 22.03.24.

Notdienstversorgung spielen bei ihnen eine ebenso untergeordnete Rolle wie die Herstellung von Rezepturen und Defekturen oder Spezialarzneien wie bspw. kühlpflichtige Medikamente.

Dabei wächst der Versandhandel mit Arzneimitteln kontinuierlich, auch wenn sein Umsatz (+ 4 %) und Absatzwachstum (+ 2 %) im Jahr 2023 moderater ausfiel als in den Jahren zuvor⁴¹, in denen der Versandhandel Wachstumsraten im zweistelligen Bereich verzeichnete.⁴²

5.3. Kostenstruktur

Die bedeutendste Kostenposition der Apotheke ist der Wareneinsatz, der ca. drei Viertel des Umsatzes ausmacht. Maßgeblich verursacht wird der hohe Wareneinsatz durch den sog. Kontrahierungzwang, dem Apotheken unterliegen und der sie verpflichtet, jedes vorgelegte ärztliche Rezept in angemessener Zeit, d.h. in aller Regel unverzüglich, zu beliefern. Auf den Wareneinsatz folgen die Personalkosten. Dass diese beiden Positionen in 2021 gesunken sind, ist der Corona-Sondersituation geschuldet. Die Zusatzerlöse (insbesondere durch Masken) stiegen, ohne den Einkauf zu belasten. Statistisch sanken dadurch die prozentualen Werte der Kostenanteile aufgrund der höheren Basis. Das gilt auch für die sonstigen Positionen. Lediglich die sonstigen Kosten haben sich leicht erhöht, was insbesondere auf pandemiebedingte Zusatzaufwendungen (Hygienemaßnahmen, Umbauten, Kosten für das Test-Zentrum etc.) zurückzuführen ist.⁴³



Quelle: Branchendienst der Sparkassen-Finanzgruppe (Stand: 09/2023)

Abbildung 10: Kostenstruktur von Apotheken⁴⁴

5.4. Umsatz

⁴¹ IQVIA: IQVIA Marktbericht Classic – Entwicklung des deutschen Pharmamarktes im Jahr 2023, online: <https://www.iqvia.com/-/media/iqvia/pdfs/germany/library/publications/iqvia-pharma-marktbericht-classic-q4-2023.pdf>, Zugriff: 19.03.24.

⁴² Finanzgruppe Branchendienst der Sparkasse: Branchenreport 2023 – Apotheken.

⁴³ Finanzgruppe Branchendienst der Sparkasse: Branchenreport 2023 – Apotheken.

⁴⁴ Finanzgruppe Branchendienst der Sparkasse: Branchenreport 2023 – Apotheken.

Anteil der Apotheken in Prozent

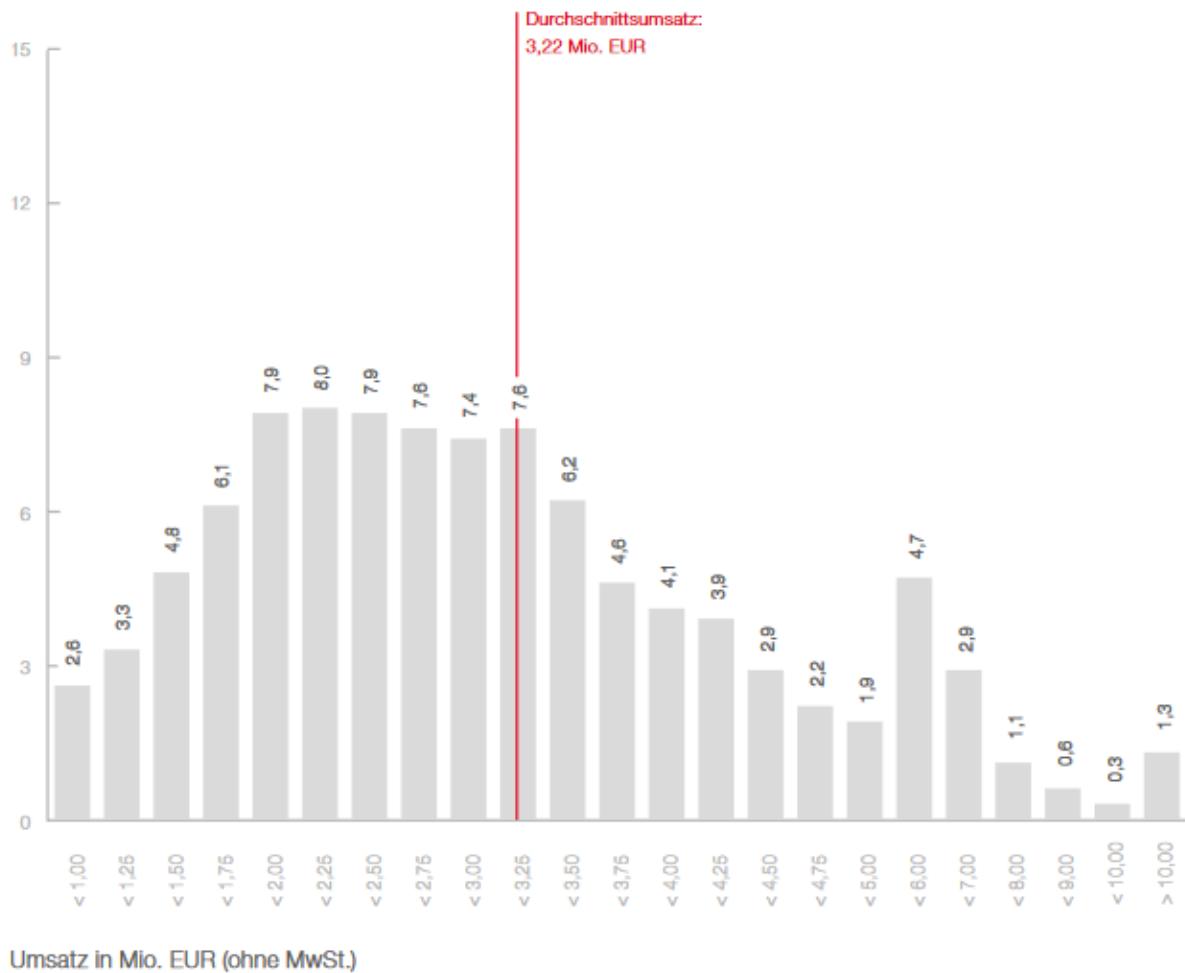


Abbildung 11: Apotheken nach Umsatzklassen (Berichtsjahr 2022)⁴⁵

Vier von zehn Apotheken (41%) erzielten im Berichtsjahr 2022 weniger als 2,5 Mio. € Umsatz. Bei diesen Apotheken lag die Rendite 2020 bei lediglich 5,7% und damit unter der Marge der nächsthöheren Umsatzklasse.

5.5. Wareneinsatz

Der **hohe Wareneinsatz** unterscheidet den Apotheker von anderen Gesundheitsberufen, z.B. den Ärzt:innen, die höhere Renditen erzielen. Bei Hausärzten sind es 36% bei einem Wareneinsatz von nur 3%, mit jedoch geringeren Umsatzniveaus. In anderen Gesundheitsberufen dominieren die Personalkosten.

Zu einem **Lagerwertverlust** kann es kommen, wenn bspw. Apotheken Arzneien vor Festbetrags-Preissenkungen teurer beschaffen als sie sie hinterher mit den Kassen abrechnen können. Nicht immer erfolgt dann ein automatisierter Ausgleich vonseiten der Pharmahersteller, was wiederum mit erhöhter Arbeitsbelastung der Apotheken einhergeht.

⁴⁵ Quelle: Treuhand Hannover GmbH, veröffentlicht in: ABDA: Die Apotheke – Zahlen, Daten, Fakten, 2023.

Apotheken müssen ihr Warenlager und die Belieferung der Patient:innen mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln **vorfinanzieren**. Dies erfordert eine entsprechende Liquiditätsplanung, die aufgrund der zunehmenden Bedeutung von Hochpreisern immer wichtiger wird.⁴⁶

Im Falle von Privat-Rezepten sowie bei Selbstzahlern ist die Apotheke in der Regel nicht auf die Zahlung der Kassen angewiesen, da der Kunde/die Kundin hier im Normalfall sofort bei Erhalt des Medikaments bezahlt. Bei sehr teuren Präparaten kann auch eine Direktabrechnung mit der PKV erfolgen, dann wird das Geld in der Regel innerhalb von 10 bis 14 Tagen erstattet. Mit der Gesundheitsreform 2007 wurde außerdem der sog. Basistarif für Hilfebedürftige im Sinne der Sozialgesetze eingeführt. Bei diesem übernimmt die private Krankenversicherung die Kostenerstattung. Entsprechend kann es auch im PKV-Bereich zu Zahlungsausfällen sowie Retaxationen für Apotheker:innen kommen.^{47 48}

5.6. Begrenztes Potenzial für Skaleneffekte durch Filialisierung

Auch wenn 2022 die absolute Zahl der Apotheken mit mindestens einer Filiale erstmalig leicht gesunken ist (von 3.365 auf 3.352), deutet der Mehrjahrestrend auf eine zunehmende Konzentration unter den Apotheken hin. Aktuell gehören 43,9 % der Apotheken einem Filialverbund (Hauptapotheke mit mindestens einer Filiale) an.⁴⁹ Skaleneffekte lassen sich im Falle von Apotheken jedoch nur sehr begrenzt realisieren, denn laut Gesetz muss jede Filiale von einem Apotheker geleitet werden, Notdienste übernehmen und entsprechend ausgestattet sein (z.B. Nachtdienstzimmer, Labor, Lagerraum).⁵⁰

5.7. Personalkosten

Die Vergütung der Apotheke wurde Anfang 2013 und somit nach neun Jahren erst- und einmalig angepasst, indem sie auf 8,35 Euro pro rezeptpflichtigem Arzneimittel erhöht wurde.. Während mit dieser Honorarerhöhung nicht einmal die Effekte der Inflation über diesen Zeitraum abgedeckt wurden, stiegen dagegen die Tariflöhne der Apothekenmitarbeiter:innen (und somit die Personalkosten) im Zeitraum von 2004 bis deutlich stärker (vgl. Abbildung 12).

⁴⁶ Finanzgruppe Branchendienst der Sparkasse: Branchenreport 2023 – Apotheken.

⁴⁷ PKV-Welt, online: <https://pkv-welt.de/basistarif->

⁴⁸ Finanzgruppe Branchendienst der Sparkasse: Branchenreport 2023 – Apotheken.

⁴⁹ ABDA: Die Apotheke – Zahlen, Daten, Fakten, 2023 sowie eigene Berechnungen.

⁵⁰ Finanzgruppe Branchendienst der Sparkasse: Branchenreport 2023 – Apotheken.

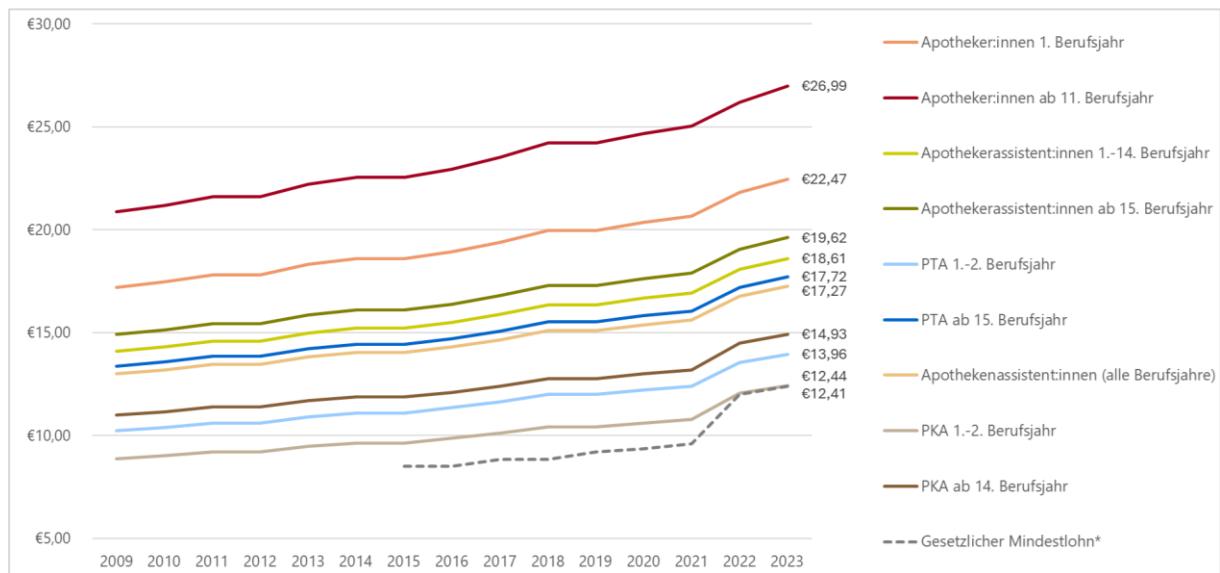


Abbildung 12: Entwicklung der Tarifgehälter ausgewählter Mitarbeitergruppen in der Apotheke sowie des gesetzlichen Mindestlohns⁵¹ (Dargestellt sind die Werte ab 2009, da in diesem Jahr eine Änderung der Tarifgruppen vorgenommen wurde und die Gruppen somit (teilweise) nicht vergleichbar sind.)

In 2022 führten die Tarifverträge zu durchschnittlichen PK-Erhöhungen in Höhe von 11 % sowie zu weiteren generellen Erhöhungen in 2023 um 3%. Die ABDA bezifferte die damit einhergehenden Mehrkosten in 2023 auf durchschnittlich 33.000 Euro. Aufgrund der Inflationsrate wie auch der sukzessiven Anhebung der Mindestlöhne auf 12,82 € bis Anfang 2025 fordert die Apothekengewerkschaft Adexa aktuell (für die neuen, ab 2024 zu verhandelnden Tarifverträge) eine Gehaltserhöhung in Höhe von 10,5 %. Um die Mindestlohnvergütung zu erreichen, stiegen die PK-Gehälter bereits 2022 um 10 bis 12%. Auszubildende erhielten 7% mehr.⁵²

Verpflichtend sind die Tarifverträge für den Arbeitgeber nur dann, wenn sowohl der Arbeitnehmer als auch der Arbeitgeber Mitglied ihrer jeweiligen Tariforganisation sind, also der/die Angestellte/r einer öffentlichen Apotheke Mitglied bei der Apothekengewerkschaft ADEXA ist und der Arbeitgeber Mitglied im Arbeitgeberverband Deutscher Apotheken (ADA). Letztere Bedingung erfüllen fast 90 Prozent der Apothekenleiter:innen, weil sie durch ihre Mitgliedschaft im Landesapothekerverband automatisch auch Mitglied im Arbeitgeberverband sind.⁵³

Ein zentrales Problem für Apotheken ist der **Fachkräftemangel**. Der Apothekenberuf gilt bereits seit 2016 als Engpass- bzw. Mangelberuf, die Zahl arbeitsloser Pharmazeuten sank 2022 auf 1.100. Insbesondere in Ballungsgebieten ist die Konkurrenz aufgrund attraktiver Stellenangebote in der Industrie groß. Viele Apotheker:innen und PTA arbeiten daher nicht

⁵¹ Datenbasis: Gehaltstarifverträge zwischen ADEXA und ADA für das Bundesgebiet, Mindestlohn: Website des Deutschen Gewerkschaftsbunds – DGB, online: <https://www.dgb.de/schwerpunkt/mindestlohn>, Zugriff: 13.03.24. | Grafik: eigene Darstellung.

⁵² Finanzgruppe Branchendienst der Sparkasse: Branchenreport 2023 – Apotheken.

⁵³ DAZ, 07.01.22: So viel verdienen Apothekenmitarbeiter künftig mehr, online: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2022/01/07/so-viel-verdienen-apothekenmitarbeiter-kuenftig-mehr/chapter:2>, Zugriff: 13.03.24.

in der öffentlichen Apotheke, sondern in besser bezahlten Jobs in der Industrie, die zudem keine Nacht- oder Wochenenddienste erfordern.

So lässt der Fachkräftemangel die Personalkosten zusätzlich steigen. Bereits heute liegen viele Gehälter über den Tarifempfehlungen.⁵⁴ Dennoch: Die Zahlung vergleichbarer Gehälter wie in der Industrie lässt aber die wirtschaftliche Lage der Apotheken nicht zu. Dies wiederum erschwert nicht nur die Personalgewinnung, sondern auch die dauerhafte Bindung der Mitarbeiter:innen. Es ist somit von einem weiteren (und stärkeren) langfristigen Anstieg des Personalkostenniveaus auszugehen.⁵⁵

Betrachtet man die Entwicklung der Apothekenvergütung im Vergleich zur Entwicklung der GKV-Einnahmen, des Bruttoinlandsprodukts, der Tariflöhne in Apotheken und der Inflationsrate, erscheinen die Apotheken auf allen Ebenen von der allgemeinen Entwicklung abgekoppelt. Beim Vergleich des Basisjahrs 2004 zu 2023 liegt die Apothekenvergütung bei 118,8, während die Inflationsrate auf 145,7, die Tariflöhne in den Apotheken auf 152,3, das Bruttoinlandsprodukt auf 181,0 und die GKV-Einnahmen auf 205,2 gestiegen sind (vgl. Abbildung 13).

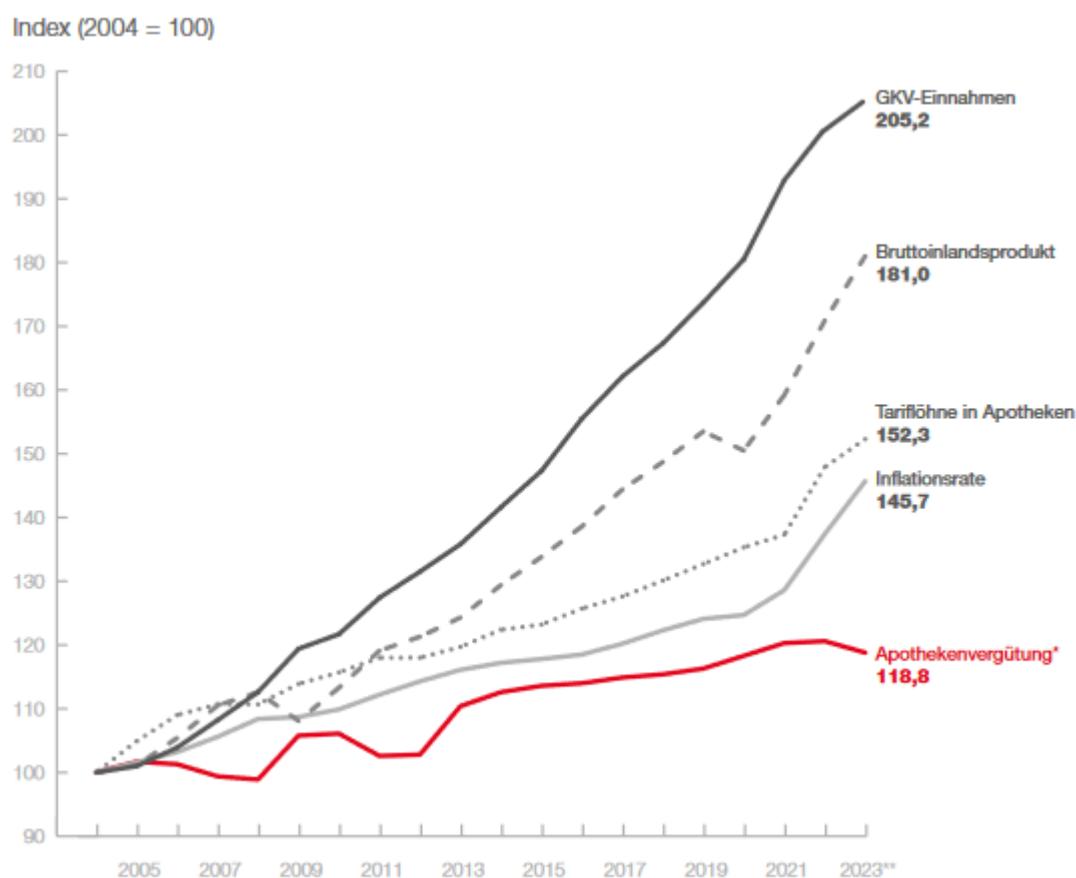


Abbildung 13: Entwicklung der Apothekenvergütung in Relation zu GKV-Einnahmen, BIP, Tariflöhnen und Inflationsrate (Basisjahr: 2004) | *Apothekenvergütung pro rezeptpflichtiger GKV-Fertigarzneimittelpackung gemäß § 1 AMPreisV i. V. m. § 130 SGB V (3-Prozent-Zuschlag auf den Apothekeneinkaufspreis plus 8,35 EUR

⁵⁴ Finanzgruppe Branchendienst der Sparkasse: Branchenreport 2023 – Apotheken.

⁵⁵ Finanzgruppe Branchendienst der Sparkasse: Branchenreport 2023 – Apotheken.

Fixzuschlag plus 0,21 EUR Notdienstzuschlag minus 2,00 EUR Apothekenabschlag. Ohne Notdienstzuschlag ergibt sich für 2023 ein Indexwert von 115,8. | **Prognose⁵⁶

Bei den kleineren Apotheken blieben häufig kalkulatorische Kosten (wie Unternehmerlohn, Eigenkapitalverzinsung und gegebenenfalls Miete, wenn die Apotheke in der eigenen Immobilie untergebracht ist) zum Teil unberücksichtigt. Ein höherer Personalbedarf wird oft vom Inhaber selbst abgefedert. Auch das macht sich nicht direkt in den Zahlen bemerkbar. Der Arbeitseinsatz der Eigentümer bzw. Apotheker ist sehr hoch. 50 bis 60 Arbeitsstunden je Woche sind normal. Branchenanalysten gehen davon aus, dass unter Berücksichtigung dieser Aspekte viele dieser Apotheken sogar rote Zahlen schreiben würden. Das manifestiert sich anhand der geringen Streuung der Rendite.⁵⁷

5.8. Sinkende Apothekenzahl

Seit 2009 sinkt die Zahl der Apotheken in Deutschland. Ende 2022 waren es noch 18.068 Apotheken, zur Jahresmitte 2023 reduzierte sich die Apothekenzahl weiter deutlich auf 17.830, womit sich der Trend nochmals verschärft.⁵⁸ Als Gründe für die vermehrten Apothekenschließungen sind neben den wirtschaftlichen Faktoren wachsende bürokratische Anforderungen sowie Personalmangel und Schwierigkeiten bei der Apothekennachfolge verantwortlich.⁵⁹

	1990	1995	2000	2005	2010	2015		2020	2021	2022
Apothekenzahl (inkl. Filialapotheken)	19.898	21.119	21.592	21.476	21.441	20.249		18.753	18.461	18.068
davon										
Haupt-/Einzel- apotheken*	19.898	21.119	21.592	20.248	17.963	15.968		14.110	13.718	13.355
Filialapotheken	—	—	—	1.228	3.478	4.281		4.643	4.743	4.713
Neueröffnungen	—	372	187	326	263	154		85	77	68
Schließungen	—	156	185	242	370	346		407	369	461
Apothekenentwicklung	—	+216	+2	+84	-107	-192		-322	-292	-393

Tabelle 3: Entwicklung der Apothekenzahl 1990 bis 2022

(Angaben jeweils Jahresende | *Apotheken mit Betriebserlaubnis nach § 2 Apothekengesetz)⁶⁰

⁵⁶ Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Statistisches Bundesamt (Destatis), ADEXA, ABDA-Statistiken, Zusammenstellung und Darstellung: ABDA: Die Apotheke – Zahlen, Daten, Fakten 2023.

⁵⁷ Finanzgruppe Branchendienst der Sparkasse: Branchenreport 2023 – Apotheken.

⁵⁸ Finanzgruppe Branchendienst der Sparkasse: Branchenreport 2023 – Apotheken.

⁵⁹ <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/gegenwind-fuer-moegliche-sparmassnahmen-132967/seite/2/?cHash=91d68645d7d9e087a9b9725e2556b6dc>

⁶⁰ ABDA: Die Apotheke – Zahlen, Daten, Fakten 2023.

Mit 22 Apotheken pro 100.000 Einwohnern/Einwohnerinnen liegt Deutschland im Vergleich mit den anderen europäischen Ländern bereits im unteren Drittel. Die durchschnittliche Apothekendichte der 27 Mitgliedsstaaten der Europäischen Union liegt bei 32 Apotheken pro 100.000 Einwohnern/Einwohnerinnen.⁶¹ Zudem gibt es deutliche regionale Versorgungsunterschiede. In einigen ländlichen Regionen haben Patient:innen zum Teil weite Wege bis zur nächsten Apotheke. Bspw. in Brandenburg (53%) und Mecklenburg-Vorpommern (56%) kann jeweils nur gut die Hälfte der Einwohner:innen eine Apotheke innerhalb eines Kilometers erreichen.⁶²

Gleichzeitig zu dem anhaltenden Rückgang der Apothekenanzahl wird die einzelne Apotheke tendenziell immer größer: 2010 erzielte nur jede fünfte Apotheke mehr als 2 Mio. Euro Jahresumsatz, mittlerweile sind es drei Viertel. Umgekehrt sank der Anteil kleinerer Branchenvertreter mit Erlösen unter 1,5 Mio. Euro von 55 auf 10,7 %. Fast die Hälfte der Betriebe (rund 44 %) erzielt mehr als 3 Mio. Euro Umsatz, 2013 waren es nur 11 % (vgl. Abbildung 11). Die Größenverschiebungen sind die Folge des Markt- bzw. Umsatzwachstums bei gleichzeitig rückläufiger Zahl an Apotheken auf der einen Seite sowie der zunehmenden Bedeutung von Versand- und Großapotheken auf der anderen Seite.⁶³

6. DATENERHEBUNG: DETAILLIERTE BETRACHTUNG VON KOSTEN, UMSATZ, PERSONAL

Im Rahmen der Erstellung des Gutachtens wurden einige Apothekeninhaber:innen zu einigen betriebswirtschaftlichen Kennzahlen befragt. Im Folgenden werden ausgewählte Ergebnisse aus dieser Erhebung dargestellt.

6.1. Struktur/Merkmale der „Datengeber“

Insgesamt beteiligten sich 13 Apotheker:innen an der Umfrage, allesamt Einzelapotheken ohne angeschlossene Filiale(n). Tabelle 4 gibt einen Überblick über die Strukturmerkmale der Apotheken, die ihre Daten zur Verfügung gestellt haben.

⁶¹ ABDA: Die Apotheke – Zahlen, Daten, Fakten, 2023.

⁶² Finanzgruppe Branchendienst der Sparkasse: Branchenreport 2023 – Apotheken.

⁶³ Finanzgruppe Branchendienst der Sparkasse: Branchenreport 2023 – Apotheken.

	Filiale(n)	Größe der Offizin (inkl. Schaufenster) in eigenen Räumen	Größe der Offizin (inkl. Schaufenster) in fremden Räumen	Größe der übrigen Geschäftsräume in eigenen Räumen	Größe der übrigen Geschäftsräume in fremden Räumen	Größe der Geschäftsräume insgesamt	Geöffnete Stunden pro Woche	Anpassung der Öffnungszeiten seit 2004	Geöffnete Stunden pro Woche 2004*	Umsatz im Jahr 2023
1	keine		55		121	176	72	Ja	66 ↘	2.834.235
2	keine	50		130		180	58	0		1.379.947
3	keine		56		282	338	47	0		8.145.047
4	keine		38		163	201	44,5	Ja	40 ↘	
5	keine		55		95	150	58,5	0		3.798.727
6	keine	50		100		150	54			2.300.000
7	keine		27,3		120	147,3	54	Ja	56,5 ↗	2.225.176
8	keine	118,5					54	0		2.102.170
9	keine		150		85	235	56,5	0		3.780.918
10	keine	65,1		71,5		136,6	41	0		2.382.017
11	keine	115				115	42	Ja	47 ↗	2.368.327
12	keine		76		55	131	43	0		k.A.
13	keine	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.

Tabelle 4: Strukturmerkmale der Apotheken

*bzw. im Jahr der Gründung/Übernahme

6.2. Umsatz- und Kostenentwicklung

Abbildung 14 zeigt die Entwicklung des Gesamtumsatzes ohne Mehrwertsteuer und der Gesamtkosten im Zeitraum von 2006 bis 2023. Es zeigt sich der allgemeine langjährige Trend eines kontinuierlich steigenden Umsatzwachstums in Apotheken. Diese Entwicklung dürfte zum einen auf die steigenden Preise neuer patentgeschützter Arzneimittel zurückzuführen sein, zum anderen auf die infolge der rückläufigen Apothekenzahl Verteilung des Umsatzes auf weniger Apotheken. Angesichts der überwiegend absatzorientierten Honorierung ist der Umsatz allerdings nur bedingt ein geeigneter Erfolgsmaßstab und spiegelt in keiner Weise den Arbeits- und Kostenaufwand der Apotheken wider.⁶⁴ Denn auch die Gesamtkosten sind in den letzten Jahren kontinuierlich in gleichem Maße bzw. stärker gestiegen wie der Gesamtumsatz. Abbildung 14 zeigt, dass sich die Umsatz- und Kostenverläufe bei den befragten Apotheken in den vergangenen Jahren zunehmend aufeinander zubewegt haben.

⁶⁴ DAZ, 18/2023: Apotheken in Schieflage, online: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2023/daz-18-2023/apotheken-in-schieflage>, Zugriff: 22.03.24.

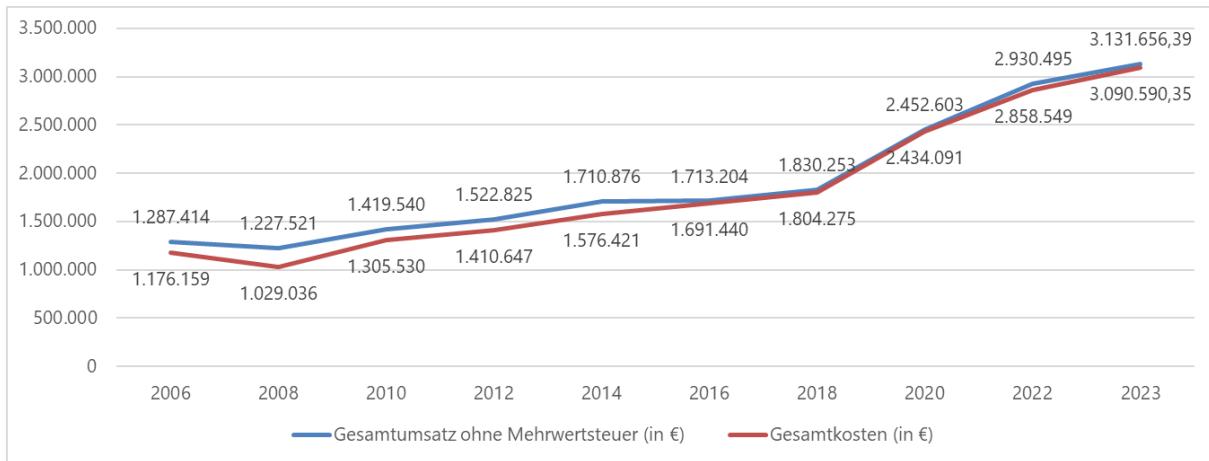


Abbildung 14: Umsatz- und Kostenentwicklung von 2006 bis 2023, Angaben in Euro
Fallzahl Gesamtumsatz ohne Mehrwertsteuer: $4 < n < 11$ | Fallzahl Gesamtkosten: $5 < n < 13$

Der Effekt der Annäherung zwischen Umsatz und Kosten im Laufe der Jahre lässt sich nochmals verdeutlichen, indem man die Differenz zwischen den beiden Größen betrachtet, die sich bei den befragten Apotheken entsprechend verringert hat (vgl. Tabelle 5).

	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018	2020	2022	2023
Gesamtumsatz ohne Mehrwertsteuer (in €)	1.287.414	1.227.521	1.419.540	1.522.825	1.710.876	1.713.204	1.830.253	2.452.603	2.930.495	3.131.656,39
Gesamtkosten (in €)	1.176.159	1.029.036	1.305.530	1.410.647	1.576.421	1.691.440	1.804.275	2.434.091	2.858.549	3.090.590,35
Differenz (Umsatz minus Kosten) (in €)	111.255	198.485	114.010	112.177	134.456	21.765	25.977	18.512	71.945	41.066,04
Standardabweichung Gesamtumsatz (in €)	204.793	318.295	550.914	555.049	528.783	557.334	591.542	1.484.525	1.857.725	1.911.235,43
Standardabweichung Gesamtkosten (in €)	281.290	352.127	543.640	554.890	495.663	603.349	590.398	1.494.209	1.881.718	2.037.776,63
Fallzahl Gesamtumsatz	4	6	9	9	9	10	10	10	11	11
Fallzahl Gesamtkosten	5	7	10	10	11	12	12	13	13	12

Tabelle 5: Kennzahlen zur Umsatz- und Kostenentwicklung

6.3. Fazit

Der steigende Umsatz in den Apotheken hat also nicht zu einem steigenden Gewinn geführt. Im Gegenteil: Der Betrag, der den Apotheken nach Abzug der Kosten vom Umsatz verbleibt, hat sich im Laufe der Jahre kaum verändert bzw. ist geschrumpft. Die Umsatzrentabilität hat sich somit deutlich verschlechtert: Apotheken müssen zunehmend mehr umsetzen, um ein gleichbleibendes Ergebnis zu erzielen. Das starke Wachstum bringt Apotheken nicht selten an die Sprungstellen ihrer Kostenfunktion: Sie müssen investieren (in Personal, Warenbestand/Lagerhaltung, Software etc.) und somit ein höheres Geschäftsrisiko in Kauf nehmen, um das zusätzliche Geschäft abwickeln zu können.⁶⁵

Hinzu kommt, dass sich im Laufe der Jahre der Umfang an Leistungen und Aufgaben, die Apotheken zu erbringen haben, kontinuierlich erweitert hat. Einen angemessenen monetären Ausgleich gab es dafür nicht. Vor diesem Hintergrund wird im Folgenden auch

⁶⁵ Siehe dazu auch: DAZ, 18/2023: Apotheken in Schieflage, online: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2023/daz-18-2023/apotheken-in-schieflage>, Zugriff: 22.03.24.

das Leistungs- bzw. Aufgabenspektrum von Apotheken einer kurzen Betrachtung unterzogen.

7. APOTHEKENSPEZIFISCHE LEISTUNGEN UND ANFORDERUNGEN

7.1. Überblick über zusätzliche Aufgaben der Apotheken seit 2004

Der Festbetrag von 8,10 € aus dem GMG 2004 wurde auf der Basis der zum damaligen Zeitpunkt von den Apotheken zu erbringenden Leistungen errechnet. Durch diverse weitere Gesetze seit 2004 sind zusätzliche Aufgaben entstanden, die Einsparungen bei Krankenkassen erzeugen und Versicherungsbeiträge senken und somit zu einer Entlastung des Gesundheitswesens führen, was aber auf dem finanziellen Rücken der Apotheken ausgetragen wird. Auf der Webseite der Freien Apothekerschaft e.V. sind ein Teil dieser nicht honorierten Leistungen aufgeführt, die allein schon die Anpassung der 8,10 Euro gemäß der Gesetzesbegründung rechtfertigen würden. Nachfolgend sind die wichtigsten (Mehr-) Leistungen der Apotheken in leicht modifizierter Form kurz zusammengefasst:

- Eintreiben der gesetzlichen Zuzahlung bei Patient:innen,
- Erfüllung der Importquote,
- Erfüllung der Blutzuckerteststreifenquote,
- Abgabe von aufzahlungsfreien Hilfsmitteln,
- Umsetzung der Rabattverträge einschließlich der Beratung und Aufklärung dazu beim Wechsel der Vertragspartner,
- Inkasso des Herstellerrabattes,
- Notdienste – diese werden hier aufgeführt, weil sie von Apotheken unter dem Mindestlohn anzubieten sind,
- Höhere Anzahl zu erbringender Notdienste pro Apotheke aufgrund sinkender Apothekenzahlen,
- Vorhalten von Rezeptur und Labor mit nicht kostendeckender Herstellung von Individualrezepten,
- Sprechstundenbedarf – ohne entsprechende Aufschläge,
- Umsetzung der Festbeträge,
- Umsetzung Securpharm seit 2019 (Patientenschutz vor Fälschungen),
- Tägliche Kontrolle von Fertigarzneimittel, Hilfsmittel oder Medizinprodukte auf Produktionsfehler und Qualitätsmängel,
- Erfassung von Nebenwirkungen sowie Wechselwirkungen bei Patient:innen und ihrer Medikation, Dokumentationen, Meldung an zuständige Behörden (ein ausführlicher Katalog an zusätzlichen Dokumentationspflichten in Apotheken findet sich in Anhang 11.3),

- Wöchentliche Bearbeitung der behördlich gemeldeten Arzneimittelrückrufe, ggf. Kontaktaufnahme von Patient:innen und Klärung bei Neumedikation mit dem Arzt, zur Vermeidung von Schädigungen bei Patient:innen,
- Aufdeckung von Doppelverordnungen und Verordnungskaskaden durch die Überwachung der Medikation,
- Management von Lieferengpässen durch Recherche nach Alternativen inkl. der dadurch erforderlichen ergänzenden Beratungsleistung oder auch der zusätzlichen Individualherstellung dringend benötigter Arzneimittel,
- Aufdeckung von Rezeptfälschungen durch gestohlene Versichertenkarten oder Rezepte zur Verhinderung von Arzneimittelmissbrauchs.

Zudem gab und gibt es für politisch eingeforderte Umsetzungsquoten keine Erfolgsprämien und die Krankenkassen bestrafen ggf. nicht erkannte Formfehler bei Rezepten in Apotheken bis hin zur Retaxation auf Null (s.o.), obgleich die Versorgung der Patient:innen qualitativ voll erfüllt wurde.

Seit Jahresbeginn ist außerdem das E-Rezept ein verbindlicher Standard in der Arzneimittelversorgung geworden. Der Start des verpflichtenden E-Rezepts verläuft allerdings ähnlich holprig wie die vorherigen Test- und Übergangsphasen im Laufe der stufenweisen Einführung seit September 2022. Berichtet wird bspw. von technischen Störungen und Verzögerungen, verursacht dadurch, dass das Rezept noch nicht verfügbar ist, wenn der oder die Patient:in die Apotheke aufsucht.⁶⁶ Der Mehraufwand in Apotheken für die Belieferung von E-Rezepten ist und bleibt somit hoch. Im Rahmen einer aktuellen Befragung des Marktforschungsinstituts aposcope unter Apothekenteams⁶⁷ gaben 73 Prozent der Befragten an, dass der Zeitaufwand im Vergleich zum Papierrezept höher ist. Der durchschnittliche Mehraufwand wird auf rund fünf Minuten beziffert. Auf die Woche hochgerechnet – ausgehend von rund 414 E-Rezepten pro Apotheke und fünf Minuten Mehraufwand im Zeitraum vom 10. Januar bis 16. Januar 2024 – ergibt sich ein Mehraufwand von 35 Stunden pro Apotheke.⁶⁸

7.2. Weitere aktuelle gesetzliche Änderungen mit Konsequenzen für den Arbeitsaufwand in Apotheken

Im Jahr 2024 kommen weitere Aufgaben für die Apotheke hinzu, die sich (indirekt) aus diversen gesetzlichen Änderungen bzw. Erlassen ergeben. Auch diese werden im Folgenden kurz dargestellt:

- BtM-Abgabebelege nur noch elektronisch (ab Januar): Mit § 1 der Betäubungsmittel-Binnenhandelsverordnung (BtMBinHV) hat der Gesetzgeber festgelegt, dass alle

⁶⁶ DAZ, 04.03.24: Gute Aussichten fürs E-Rezept, online: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2024/03/04/mehrheit-der-rezepte-elektronisch>, Zugriff: 22.03.24.

⁶⁷ An der Online-Befragung von aposcope nahmen vom 9. bis 11. Januar 2024 insgesamt 346 Apotheker:innen, PKA und PTA teil.

⁶⁸ Apotheke Adhoc, 16.01.24: Rund 5 Minuten Mehraufwand pro E-Rezept, online: <https://www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/detail/e-rezept/rund-5-minuten-mehraufwand>, Zugriff: 22.03.24.

Teilnehmenden am Betäubungsmittelverkehr für jede einzelne BtM-Abgabe (i.S.d. § 12 Abs. 1 Betäubungsmittelgesetz – BtMG) einen elektronischen Abgabebeleg zu erstellen haben. Auch Apotheken müssen diese BtM-Abgabebelege erstellen, wenn sie Betäubungsmittel an einen anderen Erlaubnisinhaber abgeben, also beispielsweise Betäubungsmittel an den Großhandel retournieren, an eine andere Filiale innerhalb des Filialverbundes abgeben oder bei Abgabe der Apotheke an den Nachfolger übergeben.

- Lieferengpass-Gesetz (Februar) mit neuen Vorgaben für Zuzahlungen
- Ausweiskontrolle für E-Rezept-App in Apotheken (im Laufe des Jahres): Um digitale Angebote wie bspw. die elektronische Patientenakte oder die E-Rezept-App nutzen zu können, müssen sich Versicherte zuvor authentifizieren. Dieses Verfahren ist bislang wenig komfortabel. Apotheken sollen Versicherten künftig ein Ident-Verfahren anbieten, um z. B. den Zugang zur E-Rezept-App zu ermöglichen. Laut Gematik soll das neue Angebot im Laufe des Jahres zur Verfügung stehen.)⁶⁹

7.3. Anforderungen an Betriebsabläufe (z.B: Lagerhaltung)

Auch die Anforderungen an die **Lagerhaltung** und das Lagermanagement in Apotheken sind enorm und im Laufe der Zeit gestiegen. Die durchschnittliche Lagerdauer lag 2021 bei 16,6 Tagen, 2004 waren es noch 30 Tage. Die mit der Umsatzklasse sinkende Lagerdauer verdeutlicht, wie wichtig die Größe bzw. der Umschlag für Apotheken ist. Aufgrund ihres Versorgungsauftrages müssen Präsenzapotheken unzählige unterschiedliche Präparate und Artikel auf Lager halten sowie verwalten, darunter auch selten nachgefragte Medikamente. Im Rahmen der Sortimentsplanung müssen zudem die jeweils geltenden Rabattverträge Berücksichtigung finden, die Sortimentszusammensetzung ändert sich daher kontinuierlich. Laut einer Umfrage des Marktforschungsinstituts Kantar Health aus dem Jahr 2012 mussten 63 Prozent der insgesamt 1.006 befragten Apotheken infolge der Einführung der Rabattverträge ihr Warenlager vergrößern. Fast jeder dritte Apothekenleiter gab an, den Lagerbestand um bis zu 10 Prozent erhöht zu haben, bei jedem Fünften waren es bis zu 20 Prozent.⁷⁰

Apotheken unterhalten daher leistungsfähige computergestützte **Warenwirtschaftssysteme**, mit denen sämtliche Daten zu Beschaffung, Transport, Lagerung und Verkauf der Waren erfasst und ausgewertet werden können. Viele Arzneimittel stellen darüber hinaus besondere Anforderungen an Lagerung und Transport und müssen bspw. gekühlt und/oder verschlossen gelagert werden.

Im Gegensatz zum sonstigen Einzelhandel, in dem Rechnungen direkt vom Käufer beglichen werden, ist der **Zeitraum zwischen Rechnungserstellung und Zahlungseingang** länger (24 bis 34 Tage). Im Durchschnitt ist sie zuletzt erneut gestiegen auf nunmehr 29,3 Tage. Die GKVen bezahlen normalerweise spätestens 10 Tage nach Eingang der

⁶⁹ <https://www.ptaheute.de/aktuelles/2024/01/02/2024-was-sich-im-neuen-jahr-aendert>

⁷⁰ Pharmazeutische Zeitung, 29.05.2012: Große Warenlager durch Rabattverträge, online:

<https://www.pharmazeutische-zeitung.de/ausgabe-222012/grosses-warenlager-durch-rabattvertrage/>, Zugriff: 18.03.24.

Verordnung. (Nur dann gewähren die Apotheken ihrerseits den Zwangsabschlag.) Die **Zahlungsziele bei den Großhändlern und Herstellern** sind durchschnittlich länger bemessen als bei den Kassen und begünstigen so die Liquidität der Apotheke. In 2021 hat sich 35,2 Tagen die Kreditorenlaufzeit jedoch zulasten der Apotheken um fast einen Tag verschlechtert. In Summe ergibt sich eine **Working Capital Bindung** für 2021 in Höhe von 10,7 Tagen, was ein halber Tag mehr als im Vorjahr ist (vgl. Abbildung 15).⁷¹

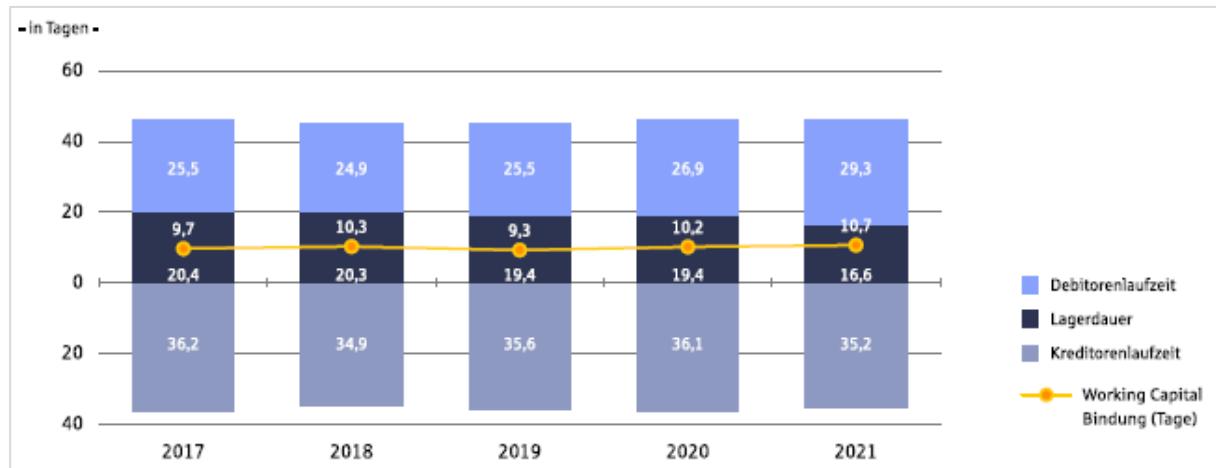


Abbildung 15: Entwicklung der Working Capital Bindung von Apotheken⁷²

7.4. Transaktions- und Kommunikationskosten

Die Abgabe von Arzneimitteln ist im Vergleich zu anderen Waren und Dienstleistungen generell mit einem erhöhten Beratungsaufwand verbunden. Auch dieser hat sich im Laufe der vergangenen Jahre aber nochmals deutlich erhöht.

Unter anderem brachte die Einführung der **Rabattverträge** eine immense Erhöhung des Beratungsbedarfs seitens der Kund:innen mit sich. Die Verträge werden normalerweise für eine Laufzeit von zwei Jahren geschlossen. Ende 2022 gab es 39.000 kassenspezifische Rabattverträge.⁷³ Jede durch die Verträge induzierte Medikamentenumstellung muss dem Patienten/der Patientin gegenüber erklärt werden. Gleiches gilt für die Zuzahlungsveränderungen, die aufgrund der jährlich wechselnden Festbeträge zustande kommen. Apotheker:innen sind somit stetig mit Transaktions- und Kommunikationskosten konfrontiert.

Ebenso sind die vermehrt durch **Lieferengpässe** auftretenden Medikamentenumstellungen den Kund:innen gegenüber erklärungsbedürftig. Berichten der ABDA zufolge können in manchen Apotheken über 600 Medikamente nicht geliefert werden. Hintergrund ist, dass die in Europa benötigten Wirkstoffe mittlerweile überwiegend in Asien, vor allem in China und Indien hergestellt werden. Wenn dort pandemiebedingt Fabriken geschlossen werden oder Frachter die Häfen nicht mehr anlaufen dürfen, fehlen am Ende selbst diejenigen fertigen Arzneimittel in den Regalen der hiesigen Apotheken, die in Europa hergestellt werden. Drei von zehn der zulasten der GKV

⁷¹ Finanzgruppe Branchendienst der Sparkasse: Branchenreport 2023 – Apotheken.

⁷² Finanzgruppe Branchendienst der Sparkasse: Branchenreport 2023 – Apotheken.

⁷³ ABDA: Die Apotheke – Zahlen, Daten, Fakten, 2023.

abgegebenen Fertigarzneien fallen zudem mittlerweile in die Kategorie „beratungsintensive Arzneimittel“, d.h. dass aufgrund der Darreichungsform der Patient/die Patientin entsprechend aufgeklärt werden muss (z.B. bei Retard-Tabletten, Injektionen oder der Anwendung von Inhalationen).

Statistisch gesehen hat eine Apotheke täglich mehr als 150 Patientenkontakte. Außerdem sind die Kund:innen selbst immer besser über das Thema Gesundheit **informiert**, weil sie häufig bereits vor dem Besuch in der Apotheke online recherchiert haben. Entsprechend hoch sind ihre Erwartungen an Beratung und Service des Apothekers/der Apothekerin sowie der Apothekenmitarbeiter:innen gestiegen. Weniger erklärungsbedürftige Gesundheitsprodukte hingegen und OTC-Arzneien werden vermehrt online gekauft.

All dies macht die **Weiterbildung des Personals** essentiell. Doch auch dies erfordert Zeit und Kosten. Hinzu kommen der bürokratische Verwaltungsaufwand für Abrechnung, Dokumentation, Rezeptprüfung etc.⁷⁴

7.5. Lieferengpässe, Bürokratie und Fachkräftemangel als zentrale Geschäftshemmnisse

Eine Untersuchung des Marktforschungsdienstleister Aposcope vom Januar 2022 ergab, dass Apotheker:innen in ihrem Arbeitsalltag insbesondere mit drei Problemen zu kämpfen haben: Lieferengpässe, Bürokratie und Fachkräftemangel (vgl. Abbildung 16). Mehr als zwei Drittel der befragten Apotheker:innen gab an, dass Lieferengpässe eines der größten Hemmnisse für ihr Geschäft sind. Diese betreffen mittlerweile nicht mehr nur Nischenprodukte, sondern auch gängige Medikamente gegen Bluthochdruck oder Diabetes sowie Schmerzmittel wie Ibuprofen und sind daher mittlerweile an der Tagesordnung im Apothekenalltag.

Neben der Problematik, dass die Apotheken den Patient:innen nicht immer eine medizinische Alternative bieten können, ist ihr Versuch, ein Ausweichmittel mit gleichem oder ähnlichem Wirkstoff zu finden, häufig mit viel Bürokratie verbunden. Dies wird wiederum erschwert durch den Mangel an Fachpersonal. Dabei deckt die Honorierung dieser Leistung mit 50 Cent den Aufwand der Apotheke bei Weitem nicht ab. Bisweilen muss bspw. dem behandelnden Arzt über Stunden hinterhertelefoniert werden, damit dieser ein neues Rezept erstellt oder das alte ändert.⁷⁵

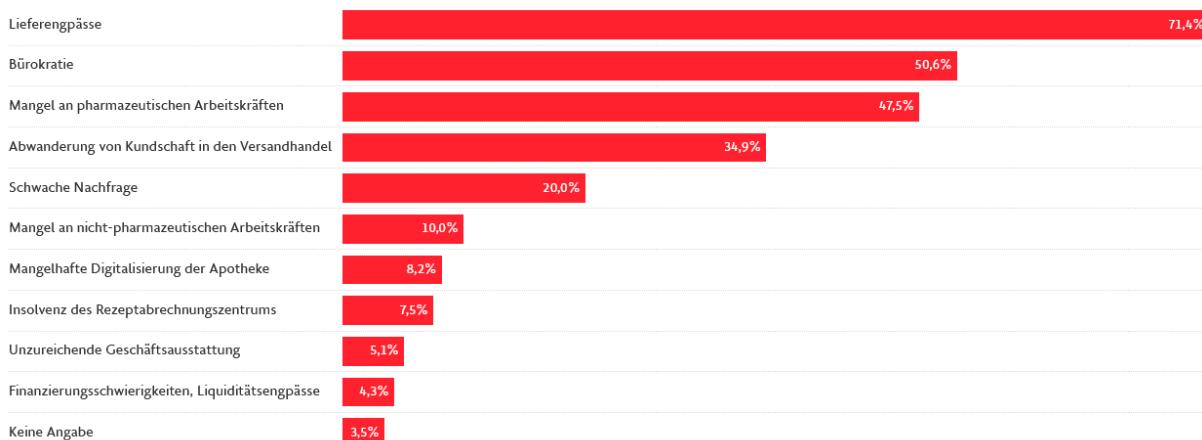
⁷⁴ Finanzgruppe Branchendienst der Sparkasse: Branchenreport 2023 – Apotheken.

⁷⁵ FAZ, 19.06.23: Von protestierenden Apothekern und schwindenden Chancen, online:

<https://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/schneller-schlau/apotheken-durch-online-anbieter-und-lieferengpaesse-unter-druck-18967401.html>, Zugriff: 19.03.24.

Welche der folgenden Faktoren waren Geschäftshemmisse in Ihrer Apotheke?

Apothekenumfrage zu geschäftshemmenden Faktoren im Jahr 2021 (Mehrfachauswahl)



27. Dezember 2021 bis 3. Januar 2022, Deutschland, Panel-Befragung; Coronabedingte Geschäftshemmisse wurden in der Darstellung ausgelassen

Grafik: dhaj. / Quelle: aposcope

Abbildung 16: Geschäftshemmende Faktoren in der Apotheke⁷⁶

8. ENTWICKLUNG DES APOTHEKERLICHEN HONORARS / POLITISCHE SPARMAßNAHMEN / HONORARKÜRZUNGEN / GERICHTSURTEILE

Wie bereits dargestellt, wurde nach der Neuregelung der gesetzlichen Rahmenbedingungen zur Honorierung von Apotheken im Jahre 2004 das Honorar der Apotheken nur einmal (im Jahr 2013) angepasst, indem das Fixum pro verschreibungspflichtiger Packung von 8,10 Euro auf 8,35 Euro angehoben wurde. Damit wurden nicht einmal die Effekte der Inflation über diesen Zeitraum abgedeckt. Einer nominalen Anpassung folgte somit dennoch ein realer Verlust.

2023 und 2024 wurde vorübergehend der Abschlag, den Apotheken der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für jedes rezeptpflichtige Arzneimittel einräumen müssen (Apothekenabschlag), von 1,77 Euro auf 2 Euro erhöht. Nach Berechnungen der ABDA entspricht dies einer Honorarkürzung für alle rund 18.000 Apotheken von rund 120 Millionen Euro netto pro Jahr.⁷⁷

Im Juni 2023 entschied das OLG Brandenburg, dass jegliche Skonti des pharmazeutischen Großhandels einem Verstoß gegen arzneimittelrechtliche Regelungen gleichkommen. Unstrittig war bislang, dass das Großhandelsfixum (70 Cent) nicht rabattiert werden darf. Neu hingegen ist, dass auch ein Skonto auf die variable Vergütung nicht erlaubt ist und dieser wie ein Rabatt zu werten sei.⁷⁸ Im Februar 2024 bestätigte der Bundesgerichtshof die Unzulässigkeit von Skonti bei verschreibungspflichtigen Medikamenten, sofern der

⁷⁶ FAZ, 19.06.23: Von protestierenden Apothekern und schwindenden Chancen, online: <https://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/schneller-schlau/apotheken-durch-online-anbieter-und-lieferengpaesse-unter-druck-18967401.html>, Zugriff: 19.03.24.

⁷⁷ <https://www.diepta.de/news/politik-apotheken-muessen-sparen-helfen>

⁷⁸ Finanzgruppe Branchendienst der Sparkasse: Branchenreport 2023 – Apotheken.

Nachlass insgesamt über die 3,15-prozentige Spanne hinausgeht. Damit fällt dieser letzte Einkaufsvorteil für die Apotheken weg.⁷⁹

Abbildung 17 zeigt die Entwicklung des Betriebsergebnisses von Apotheken für die Jahre 2010 bis 2023. Abgesehen von dem durch die Sondereffekte der Pandemie bedingten positiven Ausschlag im Jahr 2021 zeigt sich ein weitestgehend stagnierendes Niveau.

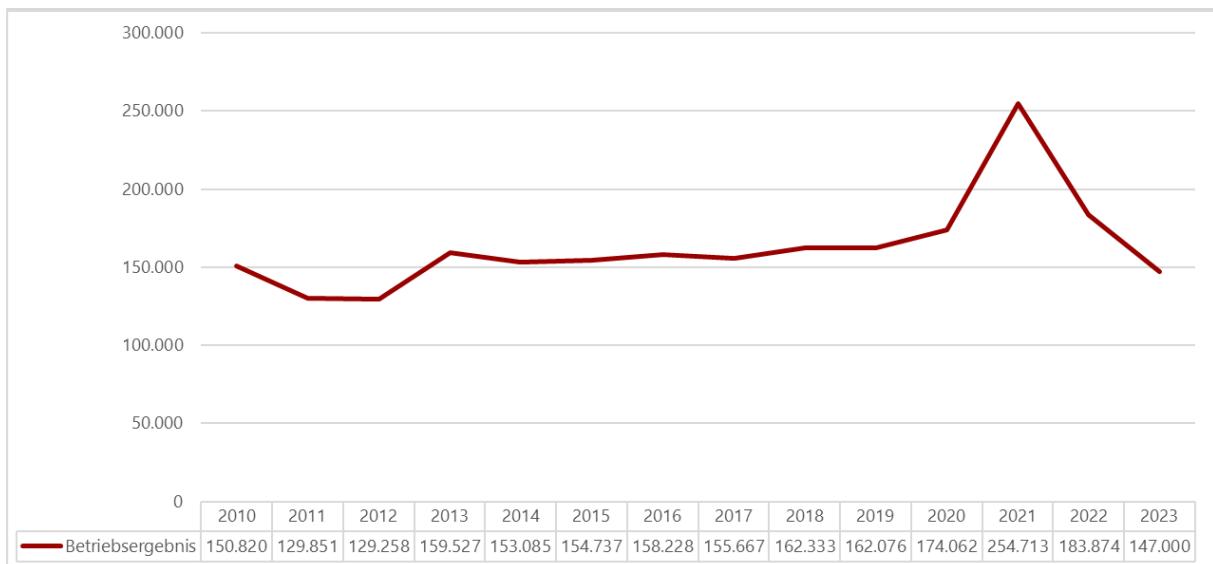


Abbildung 17: Entwicklung des Betriebsergebnisses von Apotheken 2010 bis 2023⁸⁰

9. VERGLEICH MIT ANDEREN BERUFSGRUPPEN

9.1. Hinweise zur Einordnung des Gehalts selbständiger Apotheker:innen

Lediglich 64 Prozent der 18- bis 39-jährigen Deutschen finden laut einer Verbraucherumfrage der Gesundheitswirtschaft Rhein-Main den Apothekerberuf attraktiv oder eher attraktiv. Damit landet er auf dem fünften Platz aller Gesundheitsberufe, hinter Ärzten und Psychologen. Ein möglicher Grund dafür liegt im vergleichsweise geringen Verdienst von Apotheker:innen.⁸¹

Das durchschnittliche **Bruttoeinkommen** eines selbständigen Apothekers bzw. einer selbständigen Apothekerin beträgt laut Aussagen der apoBank 173.900 Euro im Jahr. Damit liegt das durchschnittliche monatliche Bruttogehalt bei knapp 14.500 Euro.⁸² Allerdings ist die Bezeichnung dieses Wertes als Gehalt irreführend, vielmehr handelt es sich dabei um den **Gewinn der Apotheke vor (Unternehmens-)Steuern**. Nach Abzug des

⁷⁹ Apotheke Adhoc, 08.02.24: BGH verbietet Skonto auf Rx, online: <https://www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/detail/apothekenpraxis/bgh-verbietet-skonto-auf-rx>, Zugriff: 26.02.24

⁸⁰ DATEV Branchenüberblick für die Jahre 2010 bis 2023

⁸¹ Quelle: StepStone, Medicare, veröffentlicht bei: FAZ, 19.06.23: Von protestierenden Apothekern und schwindenden Chancen, online: <https://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/schneller-schlau/apotheken-durch-online-anbieter-und-lieferengpaesse-unter-druck-18967401.html>, Zugriff: 19.03.24.

⁸² Main Post, 17.02.23: Gehalt als Apotheker und Apothekerin: Wie viel verdient man?, online: <https://www.mainpost.de/im-fokus/gehalt/gehalt-als-apotheker-und-apothekerin-wie-viel-verdient-man-art-11046239>, Zugriff: 02.04.24.

Spitzensteuersatzes von 42 Prozent verbleiben 8.410 Euro. Davon müssen Kranken- und Pflegeversicherung sowie Rentenversicherung bezahlt werden.

Der dann verbleibende Gewinn dient dem Apotheker/der Apothekerin als Gehalt, muss aber zugleich für in Zukunft zu tätige Investitionen verwendet werden. Sogenannte **Investitionsrückstellungen** müssen derzeit bspw. vermehrt vor dem Hintergrund der Digitalisierung des Gesundheitswesens getätigt werden. Ein weiteres Beispiel für Investitionsrückstellungen sind die in regelmäßigen Abständen anfallenden Kosten für die Erneuerung der bestehenden Hardware mit Kassen, Server(n) und Backofficearbeitsplätzen.⁸³

Zudem wurde bereits in Abschnitt 2.2 dargelegt, dass der Apotheker/die Apothekerin nicht nur Freiberufler:in, sondern auch Kaufmann/Kauffrau ist und deshalb eine doppelte Kammermitgliedschaft besitzt. Daraus folgt, dass das generierte Gehalt nicht nur dazu dient, das Risiko als Freiberufler, sondern auch das kaufmännische Risiko abzudecken. Dieses ist vor dem Hintergrund des immens **hohen Wareneinsatzes** enorm (vgl. Abschnitt 5.3 sowie 5.5) und aufgrund des Kontrahierungszwangs⁸⁴ der Apotheken unvermeidbar. Während also beispielsweise Ärzt:innen lediglich das mit dem Führen einer Praxis verbundene Risiko tragen, müssen Apotheker:innen einen Warenbestand vorhalten, dessen Kosten ca. drei Viertel des Umsatzes der Apotheke ausmachen, und das entsprechende Risiko zusätzlich tragen.

Um also überhaupt das Gehalt zu erreichen, von dem Steuern sowie Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung zu zahlen sind, muss der Apotheker/die Apothekerin ein immenses Warenrisiko eingehen. Dies unterscheidet den Apotheker/die Apothekerin von anderen vergleichbaren Berufsgruppen und sollte beim vergleichenden Blick auf andere Berufsgruppen stets mitgedacht werden.

Im Folgenden werden die Verdienste verschiedener Berufsgruppen der Apothekenhonorierung gegenübergestellt.

9.2. Freie Berufe

Abbildung 18 stellt die jährlichen Einkünfte freiberuflicher Tätigkeiten gegenüber. Für die Berufsgruppe der Apotheken ist das jährliche Betriebsergebnis dargestellt, das (wie oben dargelegt) die wesentliche Grundlage für die Berechnung des tatsächlichen Einkommens von selbstständigen Apotheker:innen bildet. Apotheker:innen belegen in diesem Vergleich den dritten Platz hinter Zahnärzt:innen und Ärzt:innen. Dieses Ergebnis relativiert sich allerdings deutlich, bedenkt man (wie in Abschnitt 9.1 beschrieben) das immense Warenrisiko, das die Apotheker:innen tragen müssen, um zu einem Betriebsergebnis in dieser Höhe zu gelangen.

⁸³ Apotheke adhoc, 12.09.23: „Deutlich mehr als 10.000 Euro im Monat“, online: <https://www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/detail/politik/deutlich-mehr-als-10000-euro-im-monat>, Zugriff: 02.04.24.

⁸⁴ Der Kontrahierungszwang verpflichtet Apotheken, jedes vorgelegte ärztliche Rezept in angemessener Zeit, d.h. in aller Regel unverzüglich, zu beliefern.

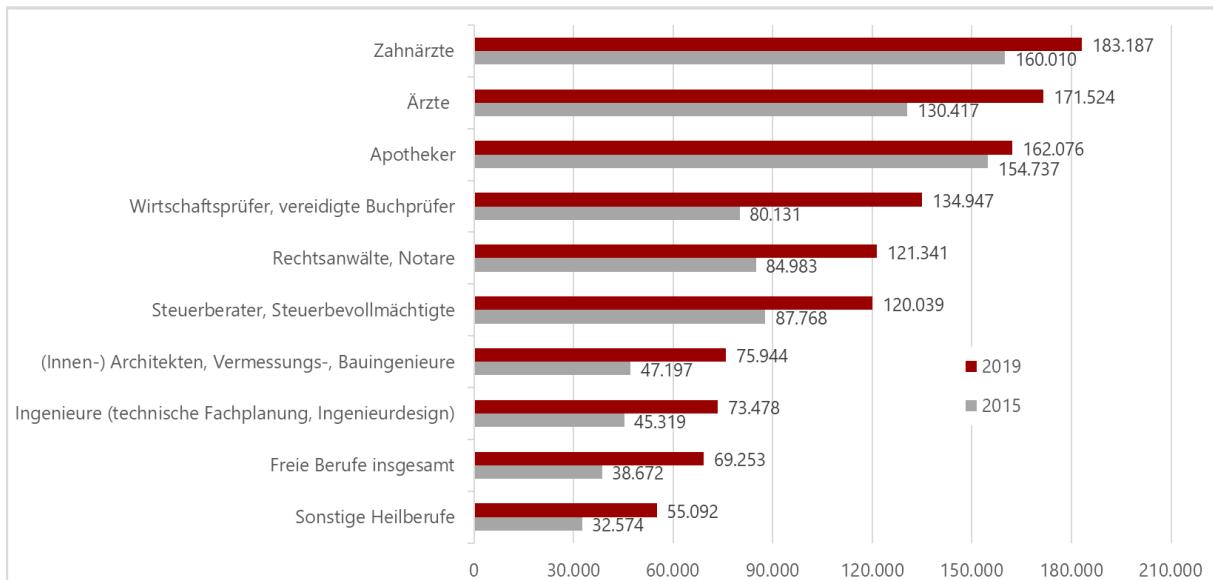


Abbildung 18: Jährliche Einkünfte⁸⁵ aus freiberuflicher Tätigkeit in Deutschland (in Euro)

Datenbasis Apotheken: Betriebsergebnis gemäß DATEV Branchenüberblick 2015 (n = 6.534) und 2019 (n = 5.471) | Datenbasis für die anderen Berufe: Lohn- und Einkommensteuerstatistik 2015 und 2019

(Steuerpflichtige mit überwiegenden Einkünften aus freiberuflicher Tätigkeit in ausgewählten Freien Berufen)⁸⁶

9.3. Andere angestellte Heilberufler

Im Gehaltsvergleich mit anderen angestellten Heilberuflern (vgl. Abbildung 19) liegen angestellte Apotheker:innen, die in einer öffentlichen Apotheke arbeiten, mit einem Durchschnittseinkommen von 3.782 Euro brutto im Monat⁸⁷ im unteren Bereich. Ärzt:innen und Zahnärzt:innen verdienen ebenso mehr wie Krankenhausapotheker:innen. Nur Tierärzt:innen verdienen in dieser Gegenüberstellung weniger.

⁸⁵ Einkünfte je Steuerfall. Aufgrund der Möglichkeit der Zusammenveranlagung von Ehepartner:innen bzw. Personen in eingetragenen Lebenspartnerschaften fallen die Einkünfte je Steuerfall (je Partner:in) geringer aus als die Reinerträge je Praxisinhaber:in in der Kostenstrukturerhebung des Statistischen Bundesamtes

⁸⁶ Die aktuellsten Werte der aktuellen „Lohn- und Einkommensstatistik“ des Bundesamts für Statistik (Destatis) stammen von 2019. Dies hat damit zu tun, dass hier (anders als bei über Umfragen erzielten Gehaltsvergleichen) die Werte von Millionen echten Steuererklärungen einfließen.

⁸⁷ Apobank, 2022, online: <https://www.apobank.de/wissen-news/karrierekompass-heilberufler/apotheker/gehalt-arbeitszeit>, Zugriff: 21.03.24.

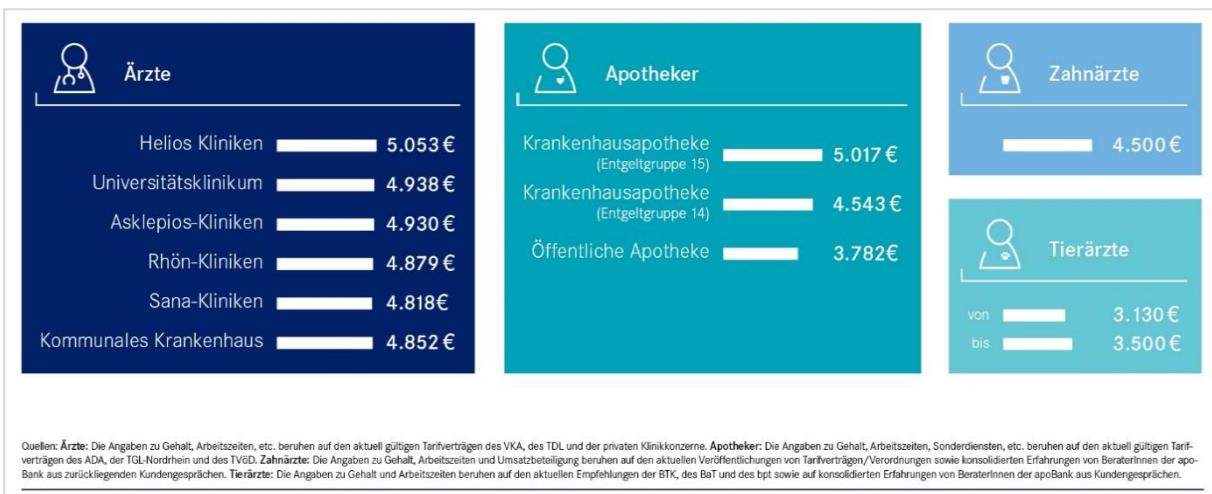


Abbildung 19: Monatliche Einstiegsgehälter von angestellten Heilberuflern im Vergleich (2022)⁸⁸

9.4. Niedergelassene Ärzte

Der durchschnittliche Reinertrag je Inhaber:in einer Arztpraxis ist in den Jahren 2011 bis 2021 kontinuierlich gewachsen (vgl. Abbildung 20).

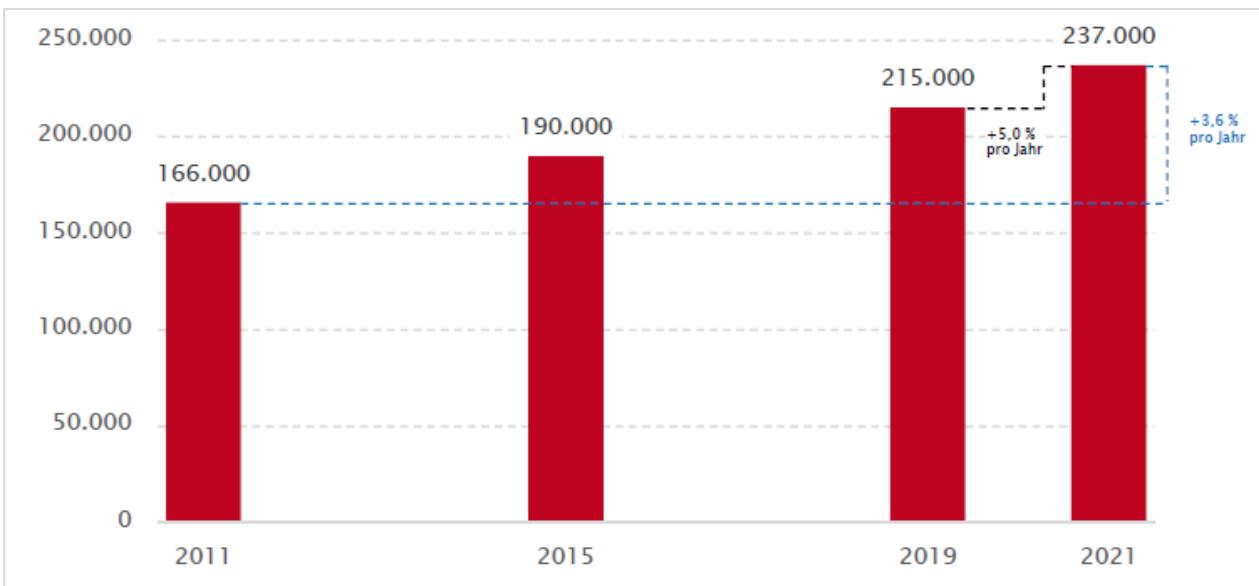


Abbildung 20: Durchschnittlicher Reinertrag⁸⁹ je Inhaber:in einer Arztpraxis, in Euro pro Jahr
(In dieser Darstellung wird der Reinertrag einer Arztpraxis je Praxisinhaber:in ausgewiesen. Arztpraxen werden im Durchschnitt von mehr als einem Praxisinhaber/einer Praxisinhaberin geführt, welche sich den Reinertrag entsprechend teilen.)⁹⁰

⁸⁸ Apobank, 2022, online: <https://www.apobank.de/wissen-news/karrierekompass-heilberufler/apotheker/gehalt-arbeitszeit>, Zugriff: 21.03.24.

⁸⁹ Der Reinertrag oder Reingewinn gibt den Überschuss der Einnahmen nach Abzug der Aufwendungen je Praxisinhaber (Arzt) vor Steuern und sonstigen Abgaben an; er entspricht damit etwa dem Bruttoeinkommen zzgl. Arbeitgeberbeiträge zur Sozialversicherung. In die Berechnung der Einnahmen aus Praxistätigkeit fließen neben den Einnahmen aus der GKV-Praxis auch die Einnahmen aus Privatpraxis und sonstige Einnahmen. Die Aufwendungen umfassen die gesamten Aufwendungen aus Praxistätigkeit, also u. a. für Personal, Miete, Energie, Investitionen, Fremdkapitalzinsen und sonstige Aufwendungen.

⁹⁰ Quelle: Statistisches Bundesamt, Kostenstrukturstatistik im medizinischen Bereich, versch. Jg., veröffentlicht in: Pressemitteilung des GKV-Spitzenverbands, 06.09.23: Faktenblatt – Thema ambulante Versorgung.

Zieht man auch in diesem Zusammenhang als Vergleichswert das Betriebsergebnis als Maßstab für das apothekerliche Gehalt heran, liegt dieser stets unter dem Reinertrag je Praxisinhaber:in. So lag das durchschnittliche Betriebsergebnis der Apotheken im Jahr 2011 bei 129.851, 2015 bei 154.228 und 2019 bei 162.076. Das Jahr 2021 bildet aufgrund der pandemiebedingten Sondereffekte in der Apotheke (Betriebsergebnis von 254.713 Euro) keine brauchbare Vergleichsbasis. 2023 lag das durchschnittliche Betriebsergebnis der Apotheken bei 147.000 und somit deutlich unter dem Reinertrag von Praxisinhaber:innen im Jahr 2021.

Dieses Bild verfestigt sich, betrachtet man den durchschnittlichen jährlichen Reinertrag je Praxisinhaber:in nach Arztgruppen (Tabelle 6). Das Betriebsergebnis der Apotheke unterschreitet diesen in jeder Arztgruppe und in jedem Betrachtungsjahr (ausgenommen 2021).

Arztgruppe	2011	2015	2019*	2021*
Radiologie n: 1.386	295.000	355.000	414.000	451.000
Augenheilkunde n: 3.516	229.000	256.000	346.000	399.000
Dermatologie n: 3.196	185.000	225.000	235.000	262.000
Innere Medizin (fach- und hausärztlich) n: 13.469	184.000	206.000	232.000	251.000
Orthopädie** n: 5.916	193.000	214.000	227.000	228.000
Urologie n: 2.632	168.000	210.000	225.000	232.000
Chirurgie** n: 2.595	198.000	209.000	211.000	226.000
Allgemeinmedizin n: 30.179	138.000	167.000	188.000	220.000
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde n: 3.270	148.000	183.000	185.000	209.000
Gynäkologie n: 7.388	144.000	173.000	203.000	200.000
Kinder- und Jugendmedizin n: 4.933	140.000	166.000	189.000	197.000
Psychiatrie, Neurologie, Psychotherapie n: 4.751	173.000	161.000	185.000	192.000

Tabelle 6: Durchschnittliche Reinertrag je Praxisinhaber:innen nach Arztgruppen, in Euro pro Jahr
 (*Berechnung des GKV anhand des Reinertrags je Praxis sowie dem Verhältnis der Zahl der Praxen und der Praxisinhaber:innen. | **Durch eine veränderte Abgrenzung des Fachgebiets sind die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2021 nur eingeschränkt mit den vorangegangenen Berichtsjahren vergleichbar.)⁹¹

9.5. Angestellte Apotheker:innen

Auch die Verdienstmöglichkeiten angestellter Apotheker:innen sind in einer öffentlichen Apotheke vergleichsweise gering (vgl. Abbildung 21). Im Jahr 2022 verdienten angestellte Apotheker:innen im zweiten bis fünften Berufsjahr in einer öffentlichen Apotheke gemäß Tarifvertrag 3.896 Euro. Arbeiteten sie in Krankenhausapothen oder in Apotheken unter anderen Trägerschaften waren Gehälter von über bzw. bis 7.000 Euro möglich.

Modellrechnungen zeigen zudem immer wieder, dass es in öffentlichen Apotheken zu der grotesk anmutenden Situation kommen kann, dass die angestellten Apotheker:innen mehr verdienen als der jeweilige Inhaber. Das heißt, der Netto-Verdienst der Angestellten übersteigt bisweilen den Jahresüberschuss, der nach Steuern dem Unternehmer bleibt.

⁹¹ Quelle: Statistisches Bundesamt, Kostenstrukturstatistik im medizinischen Bereich, versch. Jg., veröffentlicht in: Pressemitteilung des GKV-Spitzenverbands, 06.09.23: Faktenblatt – Thema ambulante Versorgung.

Wenn aber der in einer Apotheke angestellte, ohne unternehmerisches Risiko arbeitende Apotheker ähnlich viel oder sogar mehr verdient bzw. verdienen kann als der (das komplette unternehmerische Risiko tragende) Inhaber, ist dies sicher nicht verhältnismäßig. Der unternehmerische Anreiz wird dadurch in Frage stellt.

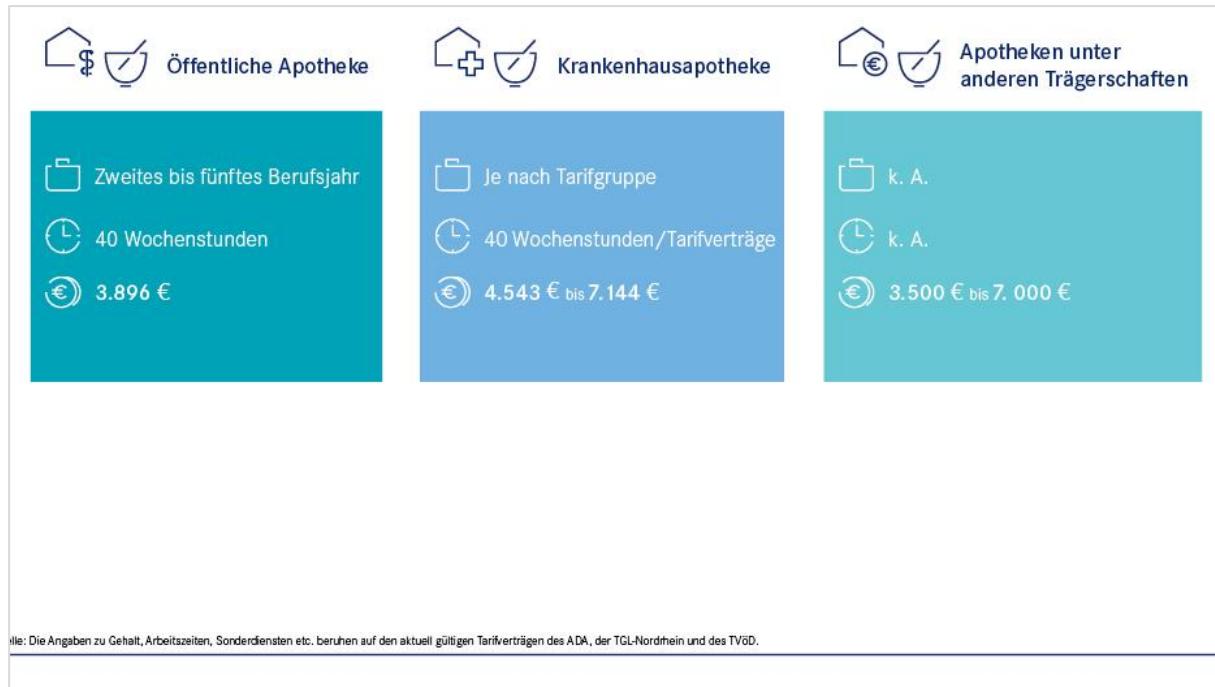


Abbildung 21: Konditionen, zu denen angestellte Apotheker:innen arbeiten (2022), Bruttogehälter⁹²

9.6. Bundesbesoldung

Zwar sind Apotheker:innen nicht verbeamtet, unterliegen aber den strengen Regularien des Gesetzgebers, wodurch ihr Einkommen maßgeblich von den staatlichen Vorgaben abhängig ist. Vor diesem Hintergrund sei an dieser Stelle auch darauf hingewiesen, dass erst kürzlich bei diversen Berufsgruppen, für deren Besoldung der Staat zuständig ist, eine Gehaltsanpassung beschlossen wurde: Am 1. März 2024 kam es zu einer kräftigen Besoldungserhöhung: Für die Beamten:innen, Anwärter:innen, Pensionär:innen, Soldat:innen sowie Richter:innen des Bundes wurde die Auszahlung eines Sockelbetrags in Höhe von 200 Euro beschlossen und die Besoldung sowie die Versorgung zusätzlich um 5,3 Prozent erhöht.⁹³ Die Dienst- und Versorgungsbezüge sollen damit an die Entwicklung der allgemeinen wirtschaftlichen und finanziellen Verhältnisse angepasst werden.⁹⁴

10. FAZIT

Das ökonomische Gutachten hat folgende Aspekte herausgearbeitet:

⁹² Apobank, 2022, online: <https://www.apobank.de/wissen-news/karrierekompass-heilberufler/apotheker/gehalt-arbeitszeit>, Zugriff: 21.03.24.

⁹³ Verdi, 01.03.24: Kräftige Besoldungserhöhung ab 1. März 2024, online: <https://beamte.verdi.de/themen/besoldung/++co++abb44d58-d7c3-11ee-ae3f-9563b9866d9a>, Zugriff: 02.04.24.

⁹⁴ Deutscher Bundestag, 12.09.23: Anpassung der Bundesbesoldung und -versorgung, online: <https://www.bundestag.de/presse/hib/kurzmeldungen-965606>, Zugriff: 02.04.24.

Die Aufgaben, die von Apotheken übernommen werden, haben sich seit 2004 erheblich erweitert. Da sich die Vergütung auf die Anzahl der abgegebenen Packungen bezieht, ist folgerichtig damit der Aufwand pro abgegebener Packungseinheit gestiegen.

Daraus folgt auch, dass bei gleichbleibenden Inputfaktoren, in erster Linie Arbeitszeit, nicht mehr, sondern weniger Packungen pro Zeiteinheit abgegeben werden können. Entweder steigt nun der Auslastungsgrad der Beschäftigten bzw. bei schon vorhandener Vollauslastung wird die vereinbarte Arbeitszeit überschritten oder es müssen für die gleiche Anzahl abgegebener Packungen mehr Zeiteinheiten und damit mehr Beschäftigte eingesetzt werden.

Zudem wurde in diversen Entwicklungslinien aufgezeigt, wie sich die in einer Apotheke relevanten Kostenarten im Zeitverlauf entwickelt haben. Daraus wird deutlich, dass ein signifikanter Kostenanstieg bei nahezu allen Kostenarten stattgefunden hat.

Der Rückgang der Apothekenzahl könnte fälschlicherweise von der Politik als Lösungsweg angesehen werden, da über mehr abgegebene Packungen pro verbleibender Apotheke die zu geringe Vergütung kompensiert werden könnte. Dies setzt aber voraus, dass diese Umverteilung gleichmäßig erfolgt, sodass sie mit dem bestehenden Personal geschultert werden kann und dass daraus kein erhöhter zeitlicher Aufwand entsteht. Da dieser aber (siehe oben) durch die zusätzliche Aufgabenerfüllung pro abgegebener Packung signifikant gestiegen ist, löst der Rückgang der Apothekenzahl und somit die Umverteilung des Umsatzes bzw. Absatzes auf weniger Apotheken das Problem nicht – vor allem nicht in mittelfristiger Perspektive. Denn dann müsste mit jeder weiteren Aufgabenübernahme von Apotheken bei gleichbleibender Vergütung die Zahl der Apotheken sinken und die Umverteilung dies regeln, was einem Ausbluten des Systems gleichkäme.

Aus diesen grundsätzlichen Überlegungen resultieren zwei denkbare Vorgehensweisen:

Wenn die in 2004 zusätzlich formulierte Gesetzesbegründung so interpretiert wird, dass die allgemeine Preissteigerung eingerechnet wird, müsste die jeweilige Inflationsrate pro Jahr in die ursprünglichen 8,10 € eingepreist werden. Tabelle 7 zeigt die sich im Rahmen eines Inflationsausgleichs ergebenden Honorare von 2005 bis 2023. Dementsprechend wäre zum aktuellen Zeitpunkt eine Erhöhung des Fixums pro verschreibungspflichtiger Packung auf 11,78 Euro der Inflationsentwicklung angemessen.

Jahr	Inflation (Veränderung zum Vorjahr)	Honorar
2004	1,6%	8,10 €
2005	1,6%	8,23 €
2006	1,6%	8,36 €
2007	2,3%	8,55 €
2008	2,6%	8,78 €
2009	0,3%	8,80 €
2010	1,0%	8,89 €
2011	2,2%	9,09 €
2012	1,9%	9,26 €
2013	1,5%	9,40 €
2014	1,0%	9,49 €
2015	0,5%	9,54 €
2016	0,5%	9,59 €
2017	1,5%	9,73 €
2018	1,8%	9,91 €
2019	1,4%	10,04 €
2020	0,5%	10,09 €
2021	3,1%	10,41 €
2022	6,9%	11,13 €
2023	5,9%	11,78 €

Tabelle 7: Berechnung der inflationsbedingten Honorarerhöhung

Wenn die Gesetzesbegründung nicht die allgemeine Preissteigerung thematisiert, sondern vielmehr die Erbringung der apothekerlichen Leistungen würdigt, müsste der Aufwand im Jahr 2004, der mit 8,10 € berechnet wurde, ins Verhältnis zum durchschnittlichen zeitlichen Aufwand pro Packung in den Folgejahren gesetzt werden. Dann müssten alle seitdem zusätzlich den Apotheken übertragenen Aufgaben gemessen und als Aufschlag auf die ursprünglichen 8,10 Euro berechnet werden. Derzeit findet keine äquivalente Vergütung der vielfältigen Zusatzaufgaben statt, die den Apotheken seit dem Jahre 2004 zuteil wurden.

Aus Sicht der Gutachter bedingen beide Betrachtungsweisen einen Anpassungsbedarf des apothekerlichen Honorars. Demnach müsste zunächst eine inflationsgeleitete Anpassung erfolgen. In einem zweiten Schritt wäre das so errechnete Honorar nochmals um einen prozentualen Aufschlag zu erhöhen, der den Mehraufwand vergütet, der den Apotheken durch die von ihnen erbrachten zusätzlichen Leistungen entsteht. Nimmt man einen

(leistungsbedingten) prozentualen Aufschlag von 20 Prozent an, würde sich somit ein Fixum in Höhe von 14,14 Euro pro verschreibungspflichtiger Packung ergeben.

11. ANHANG

11.1. Ausgewählte Gesetze und Auflagen im Überblick

Gesetz/Auflage	Erläuterung
Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO)	Die ABetrO regelt die Details des Betriebes einer öffentlichen Apotheke in Deutschland hinsichtlich personeller und räumlicher Ausstattung. Im Juni 2012 ist die Novelle der ABetrO in Kraft getreten.
Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln (Arzneimittelgesetz – AMG)	Das AMG enthält Richtlinien zur „Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit von Arzneimitteln“. Es sichert Apotheken das Monopol zur Abgabe von Arzneimitteln an den Endverbraucher. Am 26. Oktober 2012 trat eine umfassende Novelle in Kraft. Die Schwerpunkte liegen in den Bereichen Pharmakovigilanz und Schutz vor Arzneimittelfälschungen.
Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (Arzneimittelmarkt-neuordnungsgesetz – AMNOG)	Das AMNOG ist zum 01.01.2011 mit dem Ziel in Kraft getreten, den Anstieg der Arzneimittelausgaben der GKV einzudämmen. Apotheken sind vor allem durch die Erhöhung des Zwangsrabattes an die gesetzliche Krankenversicherung, die geänderte Packungsgrößenverordnung (größere Einheiten) sowie mittelbar durch die Beschränkung der Großhandelsmarge betroffen.
Gesetz über das Apothekenwesen (ApoG)	Das ApoG regelt die Grundlagen des Betriebs von Apotheken in Deutschland. Es legt u. a. fest, dass die Erlaubnis, eine Apotheke zu betreiben, nur einem approbierten Apotheker erteilt werden kann, ein fachfremder Unternehmer darf keine Apotheke besitzen (Fremdbesitzverbot). Das Prinzip des Mehrbesitzverbotes verhindert, dass Apotheker beliebig viele Betriebe unterhalten und Ketten entstehen können. In Deutschland dürfen Apotheker:innen neben ihrer Hauptapotheke bis zu drei weitere öffentliche Apotheken (sog. Filialapotheken) betreiben (eingeschränkter Mehrbesitz).
GKV-Wettbewerbs-stärkungsgesetz (GKV-WSG)	Mit dem GKV-WSG wurden die Rabattverträge in ihre heutige Form gegossen: Ein Pharmahersteller sagt einer Krankenkasse zu, dass er für ein Medikament einen Rabatt auf den bundesweit einheitlichen Apothekenverkaufspreis gewährt. Im Gegenzug sagt die Krankenkasse dem Hersteller zu, dass alle ihre Versicherten im Normalfall künftig nur dessen Präparate erhalten. Hat der Arzt einen Wirkstoff verordnet oder die Ersetzung des verordneten Arzneimittels zumindest nicht ausdrücklich ausgeschlossen (Aut-idem-Regelung), ist der Apotheker verpflichtet, das von der jeweiligen Kasse vorgesehene rabattierte (und somit preisgünstigstes) Arzneimittel abzugeben.
Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG)	Das GMG führte für die Apotheken 2004 zu diversen Änderungen. Die Abgabe von Re- bzw. Parallelimporten sind verpflichtend, wenn diese mindestens 15 % oder 15 Euro billiger sind als das Originalpräparat. Mindestens 5 % des FAM-Umsatzes der Apotheke müssen durch Importe erzielt werden. Dazu wurden nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel aus der Erstattungspflicht der Gesetzlichen Krankenkassen ausgeschlossen und bei diesen ausgeschlossenen Arzneimitteln die Kalkulation der Preise freigegeben. Im Gesetz wurde erstmals die

Gesetz/Auflage	Erläuterung
	Möglichkeit des Versandhandels mit Arzneimitteln eingeräumt sowie die Option einer begrenzten Filialisierung geboten (bis zu drei Filialen). Schließlich gab es mit dem GMG 2004 einen Paradigmenwechsel in der Arzneimittelpreisverordnung für verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel.
Arzneimittel- preisverordnung (AMPreisV)	Die AMPreisV schreibt die Preisbildung für verschreibungspflichtige FAM bei der Abgabe durch öffentliche Apotheken sowie die Preise für in Apotheken selbst hergestellte AM vor. Daneben wird die Vergütung des pharmazeutischen Großhandels festgelegt. Preise für die Dienstleistung der Verblisterung sind nach derzeitiger Rechtsauffassung nicht von der Arzneimittelpreisverordnung erfasst.
Zulassung Versandhandel	Der Versandhandel von Medikamenten wurde – unter den Auflagen einer traditionellen Apotheke – zugelassen. Ein Urteil des Bundesverwaltungsgerichts (März 2008) hat die Zusammenarbeit von Gewerbebetrieb (z. B. Drogeriemarkt) und Versandapotheke in letzter Instanz legalisiert. Ein Gewerbebetrieb darf eine Rezeptsammelstelle und eine Abholstation für Arzneimittel (Pick-up-Stellen) anbieten. Es muss jedoch kenntlich gemacht werden, dass der Gewerbebetrieb nur die Funktion des Transportmittlers übernimmt.
Apothekenabschlag	Der Apothekenabschlag ist ein Zwangsrabatt auf verschreibungspflichtige Arzneimittel, den Apotheken der GKV gewähren müssen.

11.2. Ausgewählte konkrete Regelungen gemäß Apothekenbetriebsordnung

Die ApBetrO enthält konkrete Regelungen für ...

- Anforderungen an Räumlichkeiten und Ausstattung
 - die Lage und Gestaltung der Betriebsräume der Apotheke (§ 4 ApBetrO),
 - die Ausstattung der Betriebsräume mit wissenschaftlichen und sonstigen Hilfsmitteln (§ 5 ApBetrO),
 - das erforderliche Personal für den Apothekenbetrieb (§ 3 ApBetrO) und
 - den konkreten Betrieb im Praxisalltag der Apotheke (§§ 2a, 6 – 24 ApBetrO).
- Kernaufgaben (§§ 17, 20 ApBetrO)
 - Abgabe von Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten
 - Information und Beratung über diese Produkte
- Vorgaben für die Herstellung von Arzneimitteln (§§ 6 – 11 ApBetrO)

Allgemeine Anforderungen an die Betriebsräume (Auswahl)

- Betriebsräume: Eine Apotheke muss mindestens aus einer Offizin, einem Laboratorium, ausreichendem Lagerraum und einem Nachtdienstzimmer bestehen. Die Grundfläche dieser Räume muss insgesamt mind. 110 m² betragen (§ 4 Abs. 2 ApBetrO). Das ist der "Apothekenkern".
- Die Betriebsräume – außer dem Nachtdienstzimmer – sollen so angeordnet sein, dass jeder Raum ohne Verlassen der Apotheke zugänglich ist – Raumeinheit (§ 4 Abs. 1 Nr. 5 ApBetrO).
- Die Betriebsräume müssen nach Art, Größe, Zahl, Lage und Einrichtung geeignet sein, einen ordnungsgemäßen Apothekenbetrieb, insbesondere die einwandfreie Entwicklung, Herstellung, Prüfung, Lagerung, Verpackung sowie eine ordnungsgemäße Abgabe der Arzneimittel und die Information und Beratung über Arzneimittel zu gewährleisten. Sie sind gegen unbefugten Zutritt zu schützen, ausreichend zu beleuchten und zu belüften sowie erforderlichenfalls zu klimatisieren; Sie sind in einwandfreien baulichen und hygienischen Zustand zu halten (§ 4 Abs. 1 ApBetrO).
- Die Betriebsräume sind von anderweitig gewerblich oder beruflich genutzten Räumen sowie von öffentlichen Verkehrsflächen und Ladenstraßen durch Wände oder Türen abzutrennen (§ 4 Abs. 1 Nr. 1a ApBetrO).
- Die Offizin muss so gestaltet werden, dass insbesondere für die Beratung von Kunden genügend Raum bleibt. Sie muss so eingerichtet sein, dass insbesondere dort, wo Arzneimittel abgegeben werden, das Mithören des Beratungsgesprächs weitestgehend verhindert wird (§ 4 Abs. 2a ApBetrO).
- Die Offizin muss einen Zugang zu öffentlichen Verkehrsflächen haben (§ 4 Abs. 2a ApBetrO).
- Die Offizin soll barrierefrei erreichbar sein.

Weitere Regelungen (Auswahl)

- Vertretungsbefugnis des Apothekers: In bestimmten Aufgabenbereichen ist eine Vertretung gänzlich ausgeschlossen (Medikationsmanagement), in anderen Bereichen (Beratung) ist sie an strenge (bürokratische) Vorgaben geknüpft (Bsp.: Erfordernis schriftlicher Festlegung der Vertretungsbefugnis individualisiert nach Status, Kenntnissen und Fähigkeiten der Mitarbeiter).
- Regelung der (bürokratischen) Anforderungen an die Rezeptur- und Defekturherstellung
- Vorgaben bzgl. des apothekeüblichen Nebensortiments: „Apothekeüblich“ sind Waren nur, sofern sie der Gesundheit unmittelbar dienen oder diese fördern.“ (Bsp.: Sanitärtitel dürfen nicht vertrieben werden.) Ausgenommen von diesem Gesundheitsbezug sind Mittel zur Körperpflege, damit auch Kosmetika.
- Vorgaben bzgl. der apothekeüblichen Dienstleistungen: Diese müssen der Gesundheit dienen oder diese fördern. Die Vermittlung von Dienstleistungen Dritter ist nicht zulässig (z.B. die Reise- oder Versicherungsvermittlung)
- Vorschrift für den Versandhandel: „Eine Arzneimittelabgabe ohne jegliches Beratungsangebot ist rechtlich nicht akzeptabel“. Der Patient muss im Zuge seiner Arzneimittelbestellung eine Telefonnummer angeben, unter der er beraten wird.

11.3. Katalog zusätzlicher Dokumentationspflichten in Apotheken

Pharm. Personal einschließlich Inhaberin:

- Pharm. Ausbildung mit entsprechenden Abschlüssen und Nachweisen
- Fortbildungszertifikate
- Beratungsbefugnisse
- Aufzeichnungsbefugnisse
- Abzeichnungsbefugnisse
- Befreiung von der Aufsichtspflicht
- Pflichtenübertragung
- QMS zu allen Tätigkeiten
- Datenschutz
- Nachweise für Präqualifizierung zur Belieferung von Hilfsmitteln
- Belehrungen (jährlich) und Unterweisungen
- Sachkundenachweis Gefahrstoffe (aller 6 Jahre, trotz Fachschul- oder Universitätsabschluss)
- Ersthelfer
- Brandschutzhelfer
- Zertifikate zur Anmessung Bandagen, Kompressionsware, Zytostatikaherstellung, pharm. Dienstleistungen, Medikationsanalyse, Medizinprodukte, Datenschutz, Impfen
- Nachweis Impfstatus
- besondere Vorkehrungen bei Schwangeren, Stillende, Jugendliche, Schüler, Praktikanten, Auszubildenden
- Hygieneunterweisung
- Betriebsanweisungen
- Gefährdungsbeurteilungen zu allen Tätigkeiten
- Studium der wöchentlichen bzw. täglichen Information der Arzneimittelkommission aus der Fachpresse, des BfArM, BMG, Apothekenkammer, Apothekenverband, Berufsgenossenschaft, Bundesland, Gemeinde, Gesundheitsamt, Rückrufe mittels Rote-Hand-Briefe
- ärztliche Untersuchungen im Rahmen der Berufsausübung
- besondere Regelungen bei Schwerbeschädigung
- Bereitstellung Arbeitskleidung, Schutzkleidung, persönliche Schutzausrüstung inkl. Unterweisung der korrekten Anwendung und Gebrauches
- Unfallbuch und Verbandskasten aufgrund Arbeitsunfälle
- Führerschein

Labor und Rezeptur (Herstellung von Arzneimitteln):

- Gefahrstoffverzeichnis für alle in der Apotheke gelagerten Substanzen (Reagenzien, Arznei- und Hilfsstoffe)
- Verfall, fachgerechte Entsorgung
- Prüfung der Ausgangs- und Arzneistoffe, Hilfsstoffe, registrierter Verpackungsmaterialien
- Plausibilitätsprüfungen
- Herstellung von Arzneimitteln (individuell oder Defektur)
- Freigabe der hergestellten Arzneimittel
- Hygieneplan
- Notfallplan
- Explosionsschutzdokument
- Sicherheitsdatenblätter
- Betriebsanweisungen
- Gefährdungsbeurteilung
- jährliche Überprüfung der elektronischen oder manuell anzuwendenden Labor-Geräte
- jährliche Eichung der Waagen, Leitern und Tritte
- Chemikalienabgabe und Verwendungszweck des Endverbrauchers
- jährliche Überprüfung Laborabzug
- jährliche Überprüfung Gefahrstoffschrank
- Überprüfung Gasanlage / Gaspatronen

Überprüfungen in der Apotheke:

- Überprüfung ortsveränderlicher und ortsfester Elektrogeräte und Anlagen
- Überprüfung Brandschutzvorrichtungen Feuerlöscher, Sprinkleranlagen
- Anzeigen bei Behörden, Kammer, Verbände, Versicherungen
- DSGVO
- Umsetzung Vorgaben Berufsgenossenschaft/Gefährdungsbeurteilungen zu allen Tätigkeiten
- Regelbesuche/Revisionen durch Landesdirektion, Regierungspräsidium, Apothekerkammer
- Überprüfung Arbeitsschutz
- Überprüfung durch den Zoll
- Überprüfung durch das Finanzamt
- Überprüfung durch das Gewerbeaufsichtsamt
- Überprüfung durch DEKRA, TÜV
- Überprüfung durch Rentenversicherung inkl. Lohnabrechnung

- Überprüfung durch das Ordnungsamt

Dokumentationspflichtige Aufgaben (Teil 1):

- tägliche Prüfung Fertigarzneimittel, Hilfsmittel oder Medizinprodukt
- Rückrufe von Fertigarzneimitteln, Hilfsmitteln oder Medizinprodukten bearbeiten
- Meldung von fehlerhaften Fertigarzneimitteln, Hilfsmitteln zum Ge- oder Verbrauch, Medizinprodukten oder Missbrauch, Neben- oder Wechselwirkungen an Behörden, Kammer und Arzneimittelkommission und entsprechenden Hersteller
- Arzneimittelimporte nach AMG, § 73 a
- Bezug und Abgabe von Betäubungsmitteln (Substitution nochmals separat aufgeführt)
- Bezug und Abgabe von T- Arzneimitteln
- Bezug und Abgabe von Tierarzneimitteln
- Bezug und Abgabe von Produkten, die dem Transfusionsgesetz unterliegen (Aufbewahrung 30 Jahre und aufgrund Datenschutz kann es Niemanden ausgehändigt werden)
- pharm. Dienstleistungen(pDL)
- Schutzimpfungen (aktuell gegen Covid-19, Grippe)
- Rezeptsammelstelle
- Heimversorgung
- Verblisterung
- Klinikversorgung
- Substitution von BTM (Methadon, etc.)
- Take-Home-Versorgung bei Substitution
- Zytostatikaherstellung
- Sterilherstellung
- Versandhandel
- Großhandel
- Botendienst
- Nichtverfügbarkeit von Arzneimitteln inkl. BfArM-Liste
- Importquote für GKV
- Blutzuckermessstreifenquote für GKV
- Präqualifizierung, um Hilfsmittel (zum Ge- oder Verbrauch) und Trinknahrung zu Lasten der GKV abgeben zu dürfen, Gültigkeit 5 Jahre inklusive 2 Zwischenaudits nach 20 und 40 Monaten (entfällt teilweise für einige Produktgruppen zum 01.04.2024)
- QMS
- DSGVO für Kunden, Geschäftspartner, andere Leistungserbringer im Gesundheitswesen
- Hilfsmittelabgabe zum Ge- oder Verbrauch an Endverbraucher

- Verleih von Hilfsmitteln an Versicherte / Kunden
- Abgabe von Medizinprodukten an Endverbraucher
- Temperatur (Lagerung und Transport von Arznei-, Hilfsmitteln, Medizinprodukten)
- Securpharm
- Beratung „Pille danach“
- Chargen der Arzneimittel bei Abgabe mittels e-Rezept
- Dosierungen ergänzen, sofern Angabe auf Papierrezepten oder im Datensatz des e-Rezeptes fehlt
- Medikationsplan ändern
- Notdienstaushänge
- fehlerhafte ärztliche Verordnungen, Interaktionen, Wechselwirkungen, Nebenwirkungen, Missbrauch, Doppel- oder Falschverordnungen
- Pharmazeutische Bedenken und Gefährdung der Patienten-Compliance
- Genehmigungen Krankenkassen zu Hilfsmitteln zum Ge- oder Verbrauch, Arzneimittelimporten, Pflegehilfsmitteln, Inkontinenzmaterialien
- Abgabe von Pflegehilfsmitteln, Hilfsmitteln zum Ge- oder Verbrauch, Medizinprodukten, Ausleihe von medizinischen Geräten
- Überprüfung Zuzahlungsstatus der GKV-Versicherten
- Dokumentation der Packungsanzahl verschreibungspflichtiger Arzneimittel für den Nacht- und Notdienstfond aufgrund Notdienstpauschale und pharm. Dienstleistungen
- Vernichtung vom per Gesetz vorgeschriebenen Notfallddepot sowie Arzneimitteln, Hilfsmitteln zum Ge- oder Verbrauch, Medizinprodukten und apothekeüblichen Waren aufgrund von Verfall, Qualitätsmängeln, Retouren, Abschreibung
- Durchsicht/TÜV/AU Botenfahrzeuge inkl. Fahrtenbuch
- Verpflichtende Vorhaltung und Kontrolle des Notfallsortiments
- Aktualisierung umfangreicher Pflicht- und Fachliteratur
- zertifizierte Soft- und Hardware
- 14-tägiger Datenabgleich aufgrund der Arzneimitteltaxe, Rabattverträgen von derzeit 97 Krankenkassen, Kostenträgern, Festbeträgen, Neuzulassungen, Änderungen, Ruhens der Zulassung oder Löschungen von Arznei-, Hilfsmitteln, Medizinprodukten sowie apothekeüblicher Ware
- Verfallskontrolle
- Ladenhüterkontrolle
- Lagerwertverluste
- Alkoholabgabe
- Dokumentation unversteuerter Alkohol
- Preisauszeichnungspflicht

- Flucht- und Rettungswege,
- Arbeitszeiten Mitarbeiter
- Buchhaltungspflichten wie jedes Wirtschaftsunternehmen
- Rechnungswesen
- Medizinprodukteliste nach der Medizinproduktebetreiberverordnung
- Bearbeitung von Retaxationen der gesetzlichen Krankenkassen
- Bearbeitung von Einsprüchen
- Eintreiben gesetzlicher Zuzahlung bei Belieferungen von Arztpraxen, Pflegeheimen, etc.

Pharmazeutische Dienstleistungen

- Kunden inkl. Arzt im Software-System anlegen
- Leistungsnachweis
- Datenschutzerklärung
- Selbsterklärung des Kunden „Keine Leistung in den letzten 12 Monaten“
- Formular zur Durchführung der pDL nach BAK-Leitlinie, je nach pDL
- Sonderbeleg NNF zur Abrechnung pDL
- Aufbewahrungspflicht NNF-Bescheid zu Abrechnung pDL
- QMS-Arbeitsanweisung pDL

Zusätzlich bei Medikationsanalyse:

- Erfassen der kompletten Medikation
- Athina-Bogen NW/WW + Laborwerte
- Gesprächsprotokoll Patient
- Einverständniserklärung Patient
- Entbindung ärztl. Schweigepflicht
- Gesprächsprotokoll Arzt
- Doku Abschlussgespräch Patient

Substitution Betäubungsmittel z. B.: Take Home:

- Abgabeliste mit Unterschrift Apotheker + Patient
- Eintrag BTM-Kartei
- Monatliche, abzeichnungspflichtige (Apotheker) Bestandskontrolle BTM
- Aufbewahrungspflicht BTM-Rezeptkopie (5 Jahre)
- Empfangsquittung GH-Lieferung
- Jede Substitution ist eine Rezeptur -> Hashwert
- ggfls. Rezepturdokumentation + Etiketten (L-Pola)
- Kundenkartei Substitution

- QMS-Arbeitsanweisung Substitution

Rezept Sammelstelle

- Antrag zur Sammelstelle bei der Apothekerkammer
- Nachweis und Begründung der Notwendigkeit einer Sammelstelle
- Anzahl der Apotheken im jeweiligen Umkreis mit Entfernung
- Stellungnahme der betreffenden Gemeinden und ggf. Ärzte
- Antrag beim Regierungspräsidium oder Landesdirektion
- Fotodokumentation der Sammelstellen an die entsprechenden Behörden
- Dokumentation der täglichen Briefkastenleerung
- Dokumentation der eingelieferten Rezepte
- Dokumentation der Auslieferung/Botenliste
- QMS-Arbeitsanweisung Sammelstelle
- QMS-Arbeitsanweisung Botendienst

Inkontinenzmaterial-Versorgung

- Präqualifizierung Hilfsmittel (HiMi)
- Datenschutzerklärung zur Speicherung der Kundendaten in der (vorgeschriebenen!!!!) HiMi-Liste
- HiMi-eKV (elektronischer Kostenvoranschlag)
- Mehrkostenerklärung HiMi
- Abgabe-Dokumentation mit Nachweis der Einweisung ins HiMi
- Dokumentation der Seriennummer des abgegebenen HiMi

Impfungen

- Patienten registrieren in Apotheken-Software
- Einwilligungserklärung, DSGVO-Erklärung
- Dokumentation zu den Impfstoffen (bei Covid-19-Impfstoffen noch die ganze Logistik, Temperatur und Herstellung zur Applikation des Impfstoffes)
- Chargen-Dokumentation
- Impfdokumentation im Impfausweis des Patienten
- Hygienemaßnahmen zum kompletten Impfvorgang
- Abrechnung auf Sonderbeleg NNF inkl. Dokumentation
- Bestandsänderung der verbrauchten Impfdosen im Warenlager und Abrechnung zur Impfleistung

Zytostatika Zubereitung:

- Bestellung/Lieferengpassmanagement
- Erstellung Plausibilität

- Erstellung Herstellungsprotokolle
- Erstellung Etiketten
- Eingabe Patientendaten
- Temperaturkontrollen und Dokumentation aller Räumlichkeiten und Kühlschränke
- Validierung
- Dummy, Sedi-Platten, Abklatsche 2 St./Wo
- Partikelmessung u. Luftkeimsammlung
- Retaxierungen (regelmäßig 4-stelliger Bereich, zu 90% unbegründet)
- Rechnungswesen/Inkasso (Privat- u. Zuzahlungsrechnungen schreiben, Kontoführung, Mahnung)

E-Rezepte

- TI-Ausfälle aufgrund fehlerhafter Datensätze, Haftungsproblem (Versorgung der Patienten nicht möglich)
- Chargendokumentation
- andere Sonder-Pharmazentralnummern als bei m Papierrezept (Formular 16)
- Berufsbezeichnung des Arztes
- Abweichungen innerhalb des Arztnamens und Signatur
- Anforderung von Papierrezepten für Hilfsmittel, Medizinprodukten
- Freitextverordnungen z. T. mit fehlenden Dosierungen oder ohne Angabe der Arzneiform müssen neu angefordert werden (insb. Individuelle Rezepturen)

Einspar- und Entlastungsvolumen der Gesetzlichen Krankenkassen

infolge der ausgebliebenen
inflationsgerechten Anpassung
des Apothekenhonorars
und der durch die Apotheken
entrichteten Apothekenabschläge

Eine Stellungnahme von:

Prof. Kaapke Projekte
Am Zuckerberg 27
71640 Ludwigsburg

Im Auftrag von:
Freie Apothekerschaft e.V.

Bearbeitung:
Prof. Dr. Andreas Kaapke
Dipl.-Sowi. Nina Kleber-Herbel

Ludwigsburg, 06. Oktober 2025

INHALT

1.	Hintergrund	3
2.	Einsparvolumen der Gesetzlichen Krankenkassen infolge der ausgebliebenen inflationsgerechten Anpassung des apothekerlichen Honorars.....	4
2.1.	Datenbasis.....	4
2.2.	Methodik.....	5
3.	Entlastungsvolumen der Gesetzlichen Krankenkassen durch den Apothekenabschlag	7
3.1.	Erläuterung des Apothekenschlags.....	7
3.2.	Volatile Entwicklung des Abschlagsbetrags	8
3.3.	Volumen der finanziellen Entlastung der Gesetzlichen Krankenkassen durch den Apothekenabschlag in den Jahren 2004 bis 2024.....	9
3.4.	Zwischenfazit.....	11
4.	Fazit	13
5.	Quellenverzeichnis	14
6.	Anhang	18

1. HINTERGRUND

Apotheken erhalten ihre Vergütung vorrangig aus der Abgabe verschreibungspflichtiger Arzneimittel, die je nach Apotheke über 80 Prozent des Umsatzes ausmachen. Der Abgabepreis für verschreibungspflichtige Arzneimittel unterliegt strengen gesetzlichen Vorgaben (Arzneimittelpreisverordnung). Diese wurden im Jahr 2004 grundlegend geändert. Damals wurde je abgegebener Packung ein Fixum von 8,10 € plus 3 % auf den Apothekenabgabepreis, abzüglich eines Rabatts an die Gesetzliche Krankenversicherung (Apothekenabschlag¹) festgelegt. Zwischen 2004 und 2024 gab es nur eine Anpassung dieser Honorarregelung: 2013 wurde das Fixum auf 8,35 Euro erhöht. Obwohl der Gesetzgeber in der Gesetzesbegründung eine regelmäßige Anpassung des Fixbetrages durch den Verordnungsgeber im Abstand von zwei Jahren vorsah, blieb diese aus. Somit ist die Vergütung der Apotheker:innen unabhängig von allgemeinen Preis- und Kostensteigerungen seit rund zwei Jahrzehnten nahezu unverändert geblieben. Zudem sind die Apotheken per Gesetz verpflichtet, den Krankenkassen einen sogenannten Apothekenabschlag auf verschreibungspflichtige Arzneimittel als Rabatt zu gewähren.

Infolge der ausbleibenden zumindest inflationsgerechten Anpassung des Apothekenhonorars profitieren die Krankenkassen somit nicht nur vom Apothekenabschlag, sondern zusätzlich von einem langfristigen „Unterfinanzierungseffekt“ der Apotheken. Vor diesem Hintergrund beschäftigt sich der vorliegende Beitrag mit der Frage, in welcher Höhe den Krankenkassen in den Jahren 2005 bis 2024 Einsparungen entstanden sind, weil das Apothekenhonorar keine regelmäßige zumindest inflationsgerechte Anpassung erfahren hat. Hierzu wird eine Simulationsrechnung durchgeführt, in deren Rahmen zunächst der jährliche und schließlich der über die Jahre kumulierte Betrag der Kosteneinsparung ermittelt wird. Im Anschluss daran erfolgt eine Hochrechnung dazu, in welchem Umfang die Apotheken im Zeitraum von 2004 bis 2024 über den Apothekenabschlag zur Entlastung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) beigetragen haben.

¹ Für jede von der GKV erstattete verschreibungspflichtige Arzneimittelpackung müssen Apotheken einen festen Betrag an die Krankenkassen abführen.

2. EINSPARVOLUMEN DER GESETZLICHEN KRANKENKASSEN INFOLGE DER AUSGEBLIEBENEN INFLATIONSGERECHTEN ANPASSUNG DES APOTHEKERLICHEN HONORARS

Die folgenden Ausführungen widmen sich der Frage, in welchem Umfang den Krankenkassen in den Jahren von 2005 bis 2024 Einsparungen aufgrund der ausbleibenden inflationsgerechten Anpassung des Apothekenhonorars entstanden sind. Dies erfolgt auf Grundlage einer Simulationsrechnung, die jährliche und kumulierte Einsparbeträge ermittelt.

2.1. Datenbasis

Nachfolgend werden die verwendeten Datenquellen erläutert.

Daten zum Absatz rezeptpflichtiger Arzneimittel

Die Daten zum Absatz rezeptpflichtiger Arzneimittel stammen aus dem IQVIA PharmaScope®. Der IQVIA PharmaScope® ist eine repräsentative Marktstudie von IQVIA Commercial GmbH & Co. OHG² über das Abgabevolumen von öffentlichen Apotheken innerhalb Deutschlands. Seit Juli 2009 sind Marktinformationen zum Versandhandel integriert.

Für die Jahre 2013 sowie 2016 bis 2019 und 2021 bis 2024 wurden die Daten jeweils dem jährlichen Marktbericht von IQVIA (IQVIA Marktbericht Classic zur Entwicklung des deutschen Pharmamarktes) entnommen. Die Daten für die Jahre 2006 bis 2012 sowie 2014, 2015 und 2020 stammen in Ermangelung der originären Daten aus der BAH-Zahlenbroschüre. In dieser Broschüre veröffentlichte der Pharma Deutschland e.V. jährlich umfassendes Zahlenmaterial u.a. zum Arzneimittelmarkt. In beiden Veröffentlichungen wird auf die Daten des IQVIA PharmaScope® zurückgegriffen.³ Eine detaillierte Aufschlüsselung der verwendeten Datenquellen findet sich im Quellenverzeichnis.

Für die Jahre 2004 und 2005 waren keine Daten öffentlich verfügbar. Diese wurden daher mittels der Methode der linearen Interpolation geschätzt – ein Verfahren zur näherungsweisen Ermittlung eines unbekannten Funktionswertes mithilfe bekannter Funktionswerte an benachbarten Stellen.⁴ Ausgehend von zwei bekannten Werten (y_1 und y_2) zu zwei verschiedenen Zeitpunkten (t_1 und t_2) kann der fehlende Wert (y_t) zu einem anderen Zeitpunkt (t) gemäß folgender Formel bestimmt werden:

$$y_t = y_1 + (y_2 - y_1) \cdot \frac{t - t_1}{t_2 - t_1}$$

² 2016 fusionierten die Unternehmen IMS Health und Quintiles und wurden zu dem Unternehmen QuintilesIMS, das später in IQVIA umbenannt wurde.

³ IQVIA PharmaScope®: Datenbasis für den GKV-Markt sind von den Apothekenrechenzentren getätigte GKV-Abrechnungen.

⁴ Vgl. Gabler Wirtschaftslexikon, online: <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/interpolation-41549/version-264912>, Zugriff: 10.09.25.

Daten zu einem inflationsgerechten Fixum

In einem Gutachten aus dem Jahr 2024⁵ ermittelte das Beratungsunternehmen Prof. Kaapke Projekte im Auftrag der Freien Apothekerschaft e.V. für die Jahre 2005 bis 2023 das Fixum, das Apotheken bei einer rein inflationsgerechten Anpassung der Vergütung jährlich hätten erhalten müssen. Dazu wurde die jährliche Inflationsrate basierend auf den Angaben des Statistischen Bundesamts⁶ herangezogen. Ausgehend von dem im Jahre 2004 festgesetzten Fixum in Höhe von 8,10 Euro wurde für die folgenden Jahre jeweils die Inflationsrate in das (inflationsgerecht angepasste) Fixum eingerechnet. Für die vorliegende Simulationsrechnung wurde die Berechnung um den entsprechenden Wert für das Jahr 2024 ergänzt. Die Tabelle, die die errechneten jährlichen Fixbeträge zeigt, findet sich im Anhang.

2.2. Methodik

Um zu einer Einschätzung bezüglich des Volumens der Kosteneinsparungen der Gesetzlichen Krankenkassen infolge der ausgebliebenen inflationsgerechten Anpassung des Apothekenfixums zu gelangen, wurde folgendes Vorgehen gewählt:

Für den Betrachtungszeitraum 2004 bis 2024 wurde jährlich errechnet, welche Ausgaben die Finanzierung des Apothekenfixums bei den Gesetzlichen Krankenkassen tatsächlich verursachte und welche sie im Falle eines inflationsgerecht angepassten Fixums verursacht hätte. Dazu wurde die Anzahl abgegebener Packungen rezeptpflichtiger Arzneimittel zum einen mit dem tatsächlichen Fixum und zum anderen mit dem inflationsgerecht angepassten Fixum multipliziert. Die Differenz aus diesen beiden Werten ergibt das jährliche Einsparvolumen der Gesetzlichen Krankenkassen infolge des nicht inflationsgerecht angepassten Fixhonorars der Apotheken. Summiert man die so errechneten Beträge über die Jahre 2004 bis 2024 auf, ergibt sich das gesamte Einsparvolumen der Krankenkassen.

Tabelle 1 zeigt die gesamte Berechnung.

⁵ Prof. Kaapke Projekte: Ökonomisches Gutachten zur Überprüfung des Anpassungsbedarfs des Apothekenhonorars gemäß § 3 Abs. 1 Satz 1 AMpreisV, 2024.

⁶ Statistisches Bundesamt (Destatis), online: https://www.destatis.de/DE/Themen/Wirtschaft/Preise/Verbraucherpreisindex/_inhalt.html#238920, letzter Zugriff: 10.09.25.

Jahr	Tatsächliches Fixhonorar	Inflationsgerecht angepasstes Fixhonorar	Anzahl abgegebener Packungen rezeptpflichtiger Arzneimittel	Tatsächliche Ausgaben der GKV für die Apothekenvergütung	Ausgaben der Krankenkassen für eine inflationsgerecht angepasste Apothekenvergütung	Differenz zwischen tatsächlichen und angepassten Ausgaben / Einsparungen der Krankenkassen
2004*	8,10 €	8,10 €	654.000.000	5.297.400.000 €	5.297.400.000 €	0 €
2005*	8,10 €	8,23 €	666.000.000	5.394.600.000 €	5.480.913.600 €	86.313.600 €
2006	8,10 €	8,36 €	678.000.000	5.491.800.000 €	5.668.943.501 €	177.143.501 €
2007	8,10 €	8,55 €	690.000.000	5.589.000.000 €	5.901.972.196 €	312.972.196 €
2008	8,10 €	8,78 €	696.000.000	5.637.600.000 €	6.108.079.329 €	470.479.329 €
2009	8,10 €	8,80 €	694.000.000	5.621.400.000 €	6.108.798.959 €	487.398.959 €
2010	8,10 €	8,89 €	690.000.000	5.589.000.000 €	6.134.325.641 €	545.325.641 €
2011	8,10 €	9,09 €	692.000.000	5.605.200.000 €	6.287.452.634 €	682.252.634 €
2012	8,10 €	9,26 €	705.000.000	5.710.500.000 €	6.527.275.339 €	816.775.339 €
2013	8,35 €	9,40 €	721.000.000	6.020.350.000 €	6.775.543.266 €	755.193.266 €
2014	8,35 €	9,49 €	727.000.000	6.070.450.000 €	6.900.247.092 €	829.797.092 €
2015	8,35 €	9,54 €	734.000.000	6.128.900.000 €	7.001.520.320 €	872.620.320 €
2016	8,35 €	9,59 €	741.000.000	6.187.350.000 €	7.103.633.774 €	916.283.774 €
2017	8,35 €	9,73 €	738.000.000	6.162.300.000 €	7.180.997.235 €	1.018.697.235 €
2018	8,35 €	9,91 €	744.000.000	6.212.400.000 €	7.369.688.154 €	1.157.288.154 €
2019	8,35 €	10,04 €	752.000.000	6.279.200.000 €	7.553.217.162 €	1.274.017.162 €
2020	8,35 €	10,09 €	749.000.000	6.254.150.000 €	7.560.700.070 €	1.306.550.070 €
2021	8,35 €	10,41 €	763.400.000	6.374.390.000 €	7.944.947.163 €	1.570.557.163 €
2022	8,35 €	11,13 €	782.600.000	6.534.710.000 €	8.706.756.654 €	2.172.046.654 €
2023	8,35 €	11,78 €	790.800.000	6.603.180.000 €	9.317.066.251 €	2.713.886.251 €
2024	8,35 €	12,04 €	809.700.000	6.760.995.000 €	9.749.617.061 €	2.988.622.061 €
Summe				125.524.875.000 €	146.679.095.401 €	21.154.220.401 €

Tabelle 1: Berechnung des jährlichen und gesamten monetären Einsparvolumens der gesetzlichen Krankenkassen infolge der ausgebliebenen inflationsgerechten Anpassung des Fixhonorars der Apotheken in den Jahren 2004 bis 2024. | *Schätzwert für die Anzahl abgegebener Packungen rezeptpflichtiger Arzneimittel, berechnet gemäß linearer Interpolation

Unter der Prämisse der Richtigkeit der Daten zu den Abgabemengen rezeptpflichtiger Arzneimittel ergibt sich über die letzten 20 Jahre somit ein Einsparvolumen in Höhe von rund **21 Milliarden Euro** für die Gesetzlichen Krankenkassen.

Im Koalitionsvertrag der aktuellen Regierung ist eine einmalige Erhöhung des Fixums auf 9,50 Euro vereinbart. Vor diesem Hintergrund wurde ergänzend eine Hochrechnung durchgeführt, wie viele Jahre es bei Einführung des neuen Fixums ab 2026 dauern würde, bis das bislang eingesparte Kostenvolumen der Kassen durch die Erhöhung des Fixums auf 9,50 Euro aufgebraucht wäre. Der Hochrechnung liegt das folgende Vorgehen zugrunde:

Zunächst wurde ermittelt, welche jährlichen Ausgaben den Gesetzlichen Krankenkassen durch ein (gemäß Koalitionsvertrag) erhöhtes Fixhonorars entstehen würden. Dazu wurde eine konstante Menge jährlich abgegebener Packungen rezeptpflichtiger Arzneimittel unterstellt und der Berechnung die Packungszahl aus dem Jahr 2024 zugrunde gelegt. Diese wurde mit dem erhöhten Fixum multipliziert. Die Differenz zwischen diesem Betrag (Ausgaben der Krankenkassen bei erhöhtem Fixum) und den jährlichen Ausgaben der Krankenkassen bei aktuellem Fixum (im Jahr 2024) ergibt die jährlichen Mehrausgaben der Gesetzlichen Krankenkassen infolge der Erhöhung des Fixhonorars auf 9,50 Euro. Zuletzt

wurde der Quotient aus dem zuvor ermittelten gesamten Einsparvolumen der Krankenkassen und den jährlichen Mehrausgaben der Kassen im Falle eines erhöhten Fixhonorars errechnet. Dieser Wert ergibt die Anzahl der Jahre, die es braucht, bis die bislang eingesparten Kosten infolge der ausbleibenden durch die aktuell geplante Honorarerhöhung aufgebraucht wären. In Zahlen stellt sich die Berechnung folgendermaßen dar:

9,50 € (*erhöhtes Fixum*)
 · 809.700.000 (*jährl. Anzahl abgeg. Packungen rezeptpfl. Arzneimittel (Basis: 2024)*)
 = **7.692.150.000 € (jährliche Ausgaben der GKV bei erhöhtem Fixum)**
 – 6.760.995.000 € (*jährliche Ausgaben der GKV bei aktuellem Fixum*)
 = **931.155.000 € (jährl. Mehrausgaben der GKV bei erhöhtem Fixum)**

 21.154.220.400,84 € (*Volumen der Kosteneinsparungen der GKV von 2004 bis 2024*)
 ÷ 931.155.000 € (*jährl. Mehrausgaben der GKV bei erhöhtem Fixum*)
 = **22,72 Jahre (bis Einsparungen durch erhöhtes Fixum aufgebraucht sind)**

Gemäß dieser Hochrechnung würde es also rund **23 Jahre** dauern bis die über die Jahre aufgelaufenen Kosteneinsparungen der Krankenkassen infolge der ausgebliebenen inflationsgerechten Anpassung des apothekerlichen Fixhonorars ausgeglichen wären.

3. ENTLASTUNGSVOLUMEN DER GESETZLICHEN KRANKENKASSEN DURCH DEN APOTHEKENABSCHLAG

Von dem (gesetzlich geregelten) Fixhonorar haben die Apotheken ihre gesamten Betriebskosten zu decken. (Aufgrund der hohen Beratungsintensität schlagen hier insbesondere die Personalkosten zu Buche.) Der Festzuschlag ist somit keinesfalls mit dem Gewinn der Apotheken zu verwechseln. Zudem sind die Apotheken per Gesetz verpflichtet, den Gesetzlichen Krankenkassen einen sogenannten Apothekenabschlag auf verschreibungspflichtige Arzneimittel als Rabatt zu gewähren.⁷ (In Apotheken wird er meist Kassenabschlag genannt, weil er den Krankenkassen zugutekommt.)

3.1. Erläuterung des Apothekenschlags

Der Apothekenabschlag soll für Apotheken und pharmazeutische Unternehmen eine klare Differenzierung zwischen Leistungen zulasten der Gesetzlichen Krankenkassen und solchen für Selbstzahler bewirken. Darüber hinaus ergibt sich aus Sicht der Apotheken ein Skonto-Effekt: Die Krankenkassen sind nur dann berechtigt, den Abschlag vom Rechnungsbetrag vorzunehmen, wenn sie sämtliche Rechnungspositionen innerhalb von

⁷ Der Apothekenabschlag ist im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) in § 130 unter dem Stichwort "Rabatt" geregelt.

zehn Tagen nach Rechnungsstellung begleichen.⁸ Durch den Apothekenabschlag leisten die Apotheken – trotz ihrer chronischen Unterfinanzierung – einen erheblichen Sparbeitrag für das GKV-System.

3.2. Volatile Entwicklung des Abschlagsbetrags

Im GKV-Modernisierungsgesetz (GMG), das am 1. Januar 2004 in Kraft trat, wurde der Apothekenabschlag auf 2,00 Euro pro verschreibungspflichtigem Arzneimittel festgesetzt und eine jährliche Überprüfung des Abschlags vorgesehen. Der Anpassungsbedarf und somit die Höhe des Abschlags sollten danach erstmals im Jahr 2005 verhandelt werden, und zwar in Selbstverwaltung zwischen den Apotheken und Krankenkassen. Die Maßgabe dabei lautete, dass „die Summe der Vergütungen der Apotheken für die Abgabe verschreibungspflichtiger Arzneimittel leistungsgerecht ist unter Berücksichtigung von Art und Umfang der Leistungen und der Kosten der Apotheken bei wirtschaftlicher Betriebsführung“.⁹

Eine Einigung zwischen den beiden Verhandlungspartnern gestaltete sich jedoch Jahr für Jahr schwierig, sodass mehrfach eine Schiedsstelle entscheiden musste. Dies hatte zum Ergebnis, dass der Apothekenabschlag immer wieder für nur kurze Zeit festgeschrieben wurde und ständigen Schwankungen unterlag, was die Planungssicherheit für beide Parteien beeinträchtigte.

Erschwerend für die Apotheken kam hinzu, dass der Gesetzgeber eine Erhöhung des Apothekenabschlags immer wieder als kurzfristige Sparmaßnahme für die GKV einsetzte: Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurde der Abschlag vom 1. April 2007 bis Ende 2008 von 2,00 Euro auf 2,30 Euro angehoben. Das Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz bewirkte eine Erhöhung des Abschlags für die Jahre 2011 und 2012 von 1,75 Euro auf 2,05 Euro. Für die Politik ist die Erhöhung des Abschlags organisatorisch eine sehr einfache Maßnahme, die sofort wirkt und der die Apotheken nicht ausweichen können – und die sich unmittelbar auf deren Betriebsergebnis auswirkt.

Seit 2016 wird der Apothekenabschlag wieder dauerhaft gesetzlich festgeschrieben: Bis Januar 2023 lag er (bereits seit 2015) bei 1,77 Euro. Ab Februar 2023 mussten Apotheken jedoch erneut einen höheren Honorarabschlag an die Krankenkassen abführen: Mit dem im Jahr 2022 beschlossenen GKV-Finanzstabilisierungsgesetz beschloss der Gesetzgeber eine auf zwei Jahre befristete Erhöhung des Abschlags auf 2,00 Euro – wieder mit der Begründung, damit einen Beitrag zur kurzfristigen Stabilisierung der GKV-Finanzen zu leisten. Am 1. Februar 2025 wurde der Kassenabschlag automatisch auf sein gewohntes Maß von 1,77 Euro zurückgeführt. Abbildung 1 zeigt die Entwicklung des Apothekenabschlags in den Jahren 2004 bis 2024.

⁸ § 130 Absatz 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

⁹ § 130 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

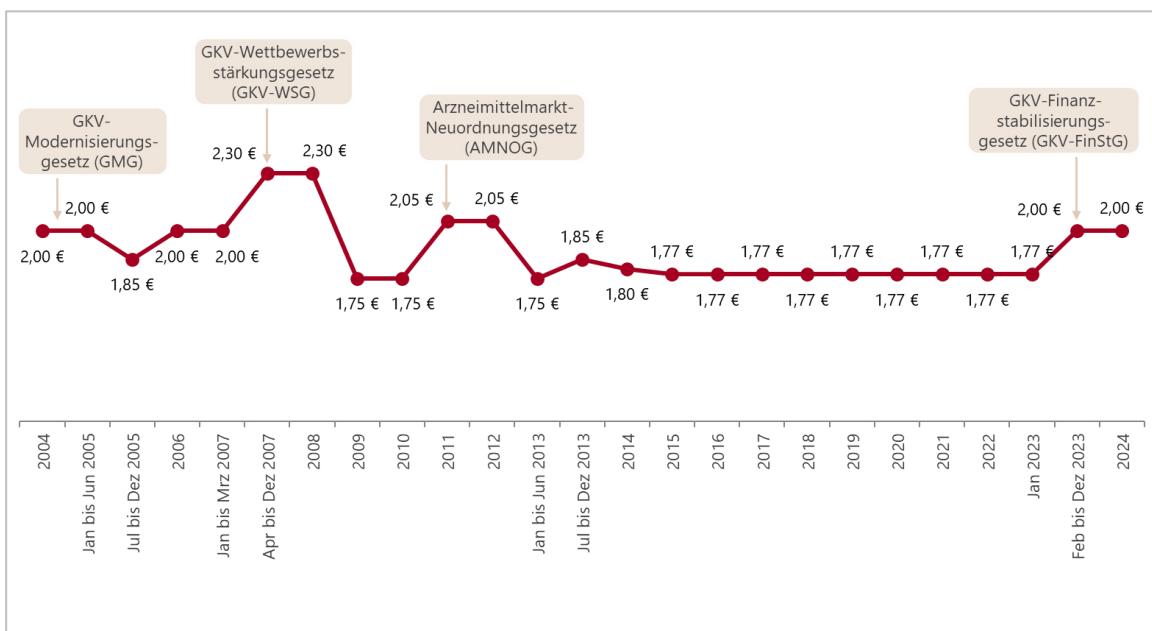


Abbildung 1: Entwicklung des Apothekenabschlags in den Jahren 2004 bis 2024

3.3. Volumen der finanziellen Entlastung der Gesetzlichen Krankenkassen durch den Apothekenabschlag in den Jahren 2004 bis 2024

Im Folgenden wird eruiert, in welcher Größenordnung die Apotheken die GKV durch den Apothekenabschlag im Zeitraum von 2004 bis 2024 entlastet und somit einen Sparbeitrag für das GKV-System geleistet haben (Entlastungsvolumen).

Grundsätzlich muss dafür folgendermaßen vorgegangen werden: Zur Berechnung des jährlich abgeführten Abschlagsbetrags wird für jedes Jahr im Betrachtungszeitraum die Absatzmenge verschreibungspflichtiger Arzneimittel mit dem in diesem Jahr geltenden Apothekenabschlag multipliziert. Dieses Vorgehen kann jedoch ausschließlich für diejenigen Jahre angewandt werden, in denen der Apothekenabschlag einheitlich für das gesamte Jahr galt. Dies ist (wie in Abschnitt 3.2 dargestellt) jedoch nicht der Fall, da es in den betreffenden Jahren nicht nur erhebliche Schwankungen in der Höhe des durch die Apotheken entrichteten Abschlags gab, sondern dieser auch teilweise unterjährig angepasst wurde. Entsprechend muss die Absatzmenge aufgeteilt und mit unterschiedlichen Abschlägen belegt werden.

Zweimal (2005 und 2013) galt ein unterschiedlicher Apothekenabschlag für die erste und die zweite Jahreshälfte. Aus diesem Grund wurde überprüft, ob sich die Absatzmenge rezeptpflichtiger Arzneimittel deutlich und systematisch zwischen den ersten und den letzten sechs Monaten eines Jahres unterscheidet, um ggf. eine entsprechende Mengengewichtung bei der späteren Berechnung vornehmen zu können. Daten zu den halbjährlichen Absatzmengen waren für die Jahre 2024, 2023, 2022, 2021, 2019 und 2018 frei verfügbar. Sie wurden den halbjährlichen bzw. jährlichen Marktberichten von IQVIA entnommen.

Die Daten zeigten keinen klaren Trend: Die Absatzmenge rezeptpflichtiger Arzneimittel verteilte sich in allen betrachteten Jahren nahezu hälftig auf die erste und die zweite

Jahreshälfte. Dementsprechend wurde keine Mengengewichtung in Abhängigkeit des Jahreszeitraums, für den der Apothekenabschlag galt, vorgenommen. Eine Tabelle mit den absoluten und anteiligen Absatzmengen pro Halbjahr findet sich im Anhang.

Für die Jahre, in denen die Apotheken unterjährig unterschiedlich hohe Abschläge entrichten mussten, wurde das Entlastungsvolumen daher folgendermaßen berechnet: Zunächst wurde die Anzahl abgegebener Packungen rezeptpflichtiger Arzneimittel durch 12 dividiert, um die monatliche Absatzmenge zu ermitteln. Zur Ermittlung des im ersten Teilzeitraum des Jahres abgeführten Abschlagsvolumens wurde dann die monatliche Absatzmenge mit dem Apothekenabschlag, der für diesen Teilzeitraum galt, sowie mit der Anzahl der Monate, in denen dieser Abschlag zu entrichten war, multipliziert. Entsprechend wurde für den zweiten Teilzeitraum desselben Jahres verfahren. Summiert man die beiden Werte auf, erhält man das gesamte Entlastungsvolumen für das betreffende Jahr.

Zur Veranschaulichung wird im Folgenden beispielhaft die Berechnung für das Jahr 2007 dargestellt, in dem der Apothekenabschlag von Januar bis März 2,00 Euro und von April bis Dezember 1,85 Euro betrug.

690 Mio. abgegebene Packungen rezeptpflichtiger Arzneimittel **im Jahr 2007**

÷ 12 (Monate)

= 57,5 Mio. **monatlich** abgegebene Packungen rezeptpflichtiger Arzneimittel

57,5 Mio. **monatlich** abgegebene Packungen rezeptpflichtiger Arzneimittel

· 2,00 Euro (Apothekenabschlag, der für Januar bis März 2007 galt)

· 3 (Anzahl der Monate, in denen der Apothekenabschlag in Höhe von 2,00 Euro galt)

= 345 Mio. Euro (Abschlagsvolumen im Zeitraum Januar bis März 2007)

57,5 Mio. **monatlich** abgegebene Packungen rezeptpflichtiger Arzneimittel

· 2,30 Euro (Apothekenabschlag, der für April bis Dezember 2007 galt)

· 9 (Anzahl der Monate, in denen der Apothekenabschlag in Höhe von 2,30 Euro galt)

= 1.190 Mio. Euro (Abschlagsvolumen im Zeitraum April bis Dezember 2007)

345 Mio. Euro + 1.190 Mio. Euro

= 1.535 Mio. Euro (gesamtes Entlastungsvolumen im Jahr 2007)

Um das gesamte Entlastungsvolumen zu ermitteln, wurden die jährlich abgeführten Abschlagsbeträge aufsummiert. Die folgende Tabelle (Tabelle 2) zeigt die entsprechenden Werte für die Jahre 2004 bis 2024 sowie das gesamte durch die Apotheken zugunsten der GKV geleistete Entlastungsvolumen in diesem Zeitraum.

Jahr	Anzahl abgegebener Packungen rezeptpflichtiger Arzneimittel	Montaliche Abgabemenge	Ganzjährig einheitlicher Apothekenabschlag	Summe des durch Apotheken an die GKV entrichteten Apothekenabschlags	Höhe des Abschlags nach Zeiträumen
2004*	654.000.000	54.500.000	2,00 €	1.308.000.000 €	
2005*	666.000.000	55.500.000	– (nicht einheitlich)	1.282.050.000 €	Januar bis Juni (6/12): 2,00 € Juli bis Dezember (6/12): 1,85 €
2006	678.000.000	56.500.000	2,00 €	1.356.000.000 €	
2007	690.000.000	57.500.000	– (nicht einheitlich)	1.535.250.000 €	Januar bis März (3/12): 2,00 € April bis Dezember (9/12): 2,30 €
2008	696.000.000	58.000.000	2,30 €	1.600.800.000 €	
2009	694.000.000	57.833.333	1,75 €	1.214.500.000 €	
2010	690.000.000	57.500.000	1,75 €	1.207.500.000 €	
2011	692.000.000	57.666.667	2,05 €	1.418.600.000 €	
2012	705.000.000	58.750.000	2,05 €	1.445.250.000 €	
2013	721.000.000	60.083.333	– (nicht einheitlich)	1.297.800.000 €	Januar bis Juni (6/12): 1,75 € Juli bis Dezember (6/12): 1,85 €
2014	727.000.000	60.583.333	1,80 €	1.308.600.000 €	
2015	734.000.000	61.166.667	1,77 €	1.299.180.000 €	
2016	741.000.000	61.750.000	1,77 €	1.311.570.000 €	
2017	738.000.000	61.500.000	1,77 €	1.306.260.000 €	
2018	744.000.000	62.000.000	1,77 €	1.316.880.000 €	
2019	752.000.000	62.666.667	1,77 €	1.331.040.000 €	
2020	749.000.000	62.416.667	1,77 €	1.325.730.000 €	
2021	763.400.000	63.616.667	1,77 €	1.351.218.000 €	
2022	782.600.000	65.216.667	1,77 €	1.385.202.000 €	
2023	790.800.000	65.900.000	– (nicht einheitlich)	1.566.443.000 €	Januar (1/12): 1,77 € Februar bis Dezember (11/12): 2,00 €
2024	809.700.000	67.475.000	2,00 €	1.619.400.000 €	
Summe				28.787.273.000 €	

Tabelle 2: Jährliche und monatliche Absatzmenge an verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, geltende Apothekenabschläge sowie jährliches und gesamtes Entlastungsvolumen in den Jahren 2004 bis 2024. | *Schätzwert für die Anzahl abgegebener Packungen rezeptpflichtiger Arzneimittel

Somit haben die Apotheken in den Jahren 2004 bis 2024 **rund 29 Milliarden Euro** an die Gesetzlichen Krankenkassen in Form gezahlter Apothekenabschläge abgeführt. Im gleichen Zeitraum generierten sie aufgrund des Ausbleibens einer inflationsgerechten Anpassung ihres Honorars ein Einsparvolumen in Höhe von rund 21 Milliarden Euro zugunsten der Kassen.

3.4. Zwischenfazit

Sowohl der Festzuschlag gemäß Arzneimittelpreisverordnung als auch der Apothekenabschlag beeinflussen unmittelbar das Honorar des Apothekers. Die beiden Größen wirken dabei allerdings genau gegensätzlich. Prinzipiell müssten daher bei der Anpassung einer der beiden Größen Veränderungen bei der anderen berücksichtigt werden. Auch dies ist in den vergangenen rund 20 Jahren allerdings nicht geschehen: Wie in Abschnitt 1 dargestellt, wurde das Honorar der Apotheken in den Jahren 2004 bis 2024 nur einmal angepasst, und zwar im Jahr 2013, als der Festzuschlag von 8,10 Euro auf 8,35 Euro erhöht wurde. Im gleichen Zeitraum wurde der Apothekenabschlag dreimal (zeitlich befristet) angehoben, um die GKV zu entlasten – aber ohne einen Ausgleich für Apotheken zu schaffen. Zusätzlich zu der nicht erfolgten inflationsgerechten Erhöhung des apothekerlichen Honorars wurde es also im Gegenteil durch die Anhebung des Apothekenabschlags immer wieder zeitweilig gekürzt.

4. FAZIT

Die Ausführungen zu den zwei untersuchten Gegenstandsbereichen dieser kurzen gutachterlichen Stellungnahme rücken insbesondere zwei Besonderheiten ins Blickfeld:

- Sowohl die ausbleibende inflationsgerechte Anpassung des apothekerlichen Honorars als auch die Verpflichtung zur Zahlung des Apothekenabschlags, der immer wieder eine zwischenzeitliche Anhebung erfuhr, führen zu massiven negativen ökonomischen Auswirkungen für die Apotheken: Auf der einen Seite wirkt der fehlende Inflationsausgleich seit 2004 in Form einer Mindereinnahme. Verschärft wird dieser Tatbestand noch dadurch, dass es in diesem Zeitraum auch keinerlei Anpassung des Fixums für die durch Apotheken zusätzlich übernommene Leistungen gab.¹⁰ Auf der anderen Seite resultieren die Abschlagszahlungen an die Krankenkassen in einem deutlich erhöhten Kostenvolumen für die Apotheken.
- Wurde das Fixum nur einmal während der Zeit ab 2004 um 0,25 Euro nach oben auf 8,35 Euro angepasst, wurde der zu zahlende Abschlag, der im Sinne eines Skontos gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen wirkt, permanent – teilweise auch mehrmals unterjährig verändert. Wie partiell höhere Kassenabschläge bei einem permanent auf demselben Niveau verharrenden Fixum zu rechtfertigen sind, erschließt sich nicht. Denn bei gleichbleibendem Fixum würde man zumindest einen gleichbleibenden Abschlag vermuten, was nicht der Fall ist.

Auf dem Deutschen Apothekertag 2025 in Düsseldorf schloss die neue Bundesgesundheitsministerin Nina Warken eine zeitnahe Umsetzung der im Koalitionsvertrag vorgesehenen Erhöhung des Apothekenhonorars von 8,35 Euro auf 9,50 Euro aus bzw. verschob diese auf unbestimmte Zeit. Im Gegensatz dazu stellte sie kurz darauf der Ärzteschaft verbesserte Konditionen in Aussicht. Diese Entwicklung lässt Zweifel an der politischen Wertschätzung des Apothekenwesens aufkommen und relativiert auch das Standing der Apotheken im Bundesgesundheitsministerium. Die in der vorliegenden gutachterlichen Stellungnahme aufgeführten Daten und Berechnungen können der Freien Apothekerschaft als fundierte Argumentationsgrundlage dienen, um gegenüber der Ministerin für eine Erhöhung des Fixhonorars pro Packung einzutreten.

¹⁰ vgl. hierzu: Prof. Kaapke Projekte: Ökonomisches Gutachten zur Überprüfung des Anpassungsbedarfs des Apothekenhonorars gemäß § 3 Abs. 1 Satz 1 AMpreisV, 2024.

5. QUELLENVERZEICHNIS

5.1. Quellen zu Kapitel 2 (Einsparvolumen der Gesetzlichen Krankenkassen)

Datenquellen

Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e.V.: *Der Arzneimittelmarkt in Deutschland in Zahlen 2006*, online verfügbar unter:

https://www.pharmadeutschland.de/index.php?id=1&type=565&file=redakteur_filesystem/public/markt_bah_2006.pdf, letzter Zugriff: 15.09.2025.

Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e.V.: *Der Arzneimittelmarkt in Deutschland in Zahlen 2007*, online verfügbar unter:

https://www.pharmadeutschland.de/index.php?id=1&type=565&file=redakteur_filesystem/public/markt_bah_2007.pdf, letzter Zugriff: 15.09.2025.

Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e.V.: *Der Arzneimittelmarkt in Deutschland in Zahlen 2008*, online verfügbar unter:

https://www.pharmadeutschland.de/index.php?id=1&type=565&file=redakteur_filesystem/public/broschuere08_02.pdf, letzter Zugriff: 15.09.2025.

Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e.V.: *Der Arzneimittelmarkt in Deutschland in Zahlen 2009*, online verfügbar unter:

https://www.pharmadeutschland.de/index.php?id=1&type=565&file=redakteur_filesystem/public/broschuere09_01.pdf, letzter Zugriff: 15.09.2025.

Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e.V.: *Der Arzneimittelmarkt in Deutschland in Zahlen 2010*, online verfügbar unter:

https://www.pharmadeutschland.de/index.php?id=1&type=565&file=redakteur_filesystem/public/markt_zahlen_broschuere_2010.pdf, letzter Zugriff: 15.09.2025.

Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e.V.: *Der Arzneimittelmarkt in Deutschland in Zahlen 2011*, online verfügbar unter:

https://www.pharmadeutschland.de/index.php?id=1&type=565&file=redakteur_filesystem/public/markt_bah_2011.pdf, letzter Zugriff: 15.09.2025.

Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e.V.: *Der Arzneimittelmarkt in Deutschland – Zahlen und Fakten 2016*, online verfügbar unter:

https://www.pharmadeutschland.de/index.php?id=1&type=565&file=redakteur_filesystem/public/BAH_Zahlenbroschuere_2016_web.pdf, letzter Zugriff: 15.09.2025.

Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e.V.: *Der Arzneimittelmarkt in Deutschland – Zahlen und Fakten 2018*, online verfügbar unter:

https://www.pharmadeutschland.de/index.php?id=1&type=565&file=redakteur_filesystem/public/Bah_Zahlenbroschuer_042019_WEB.pdf, letzter Zugriff: 15.09.2025.

IMS Marktbericht – Entwicklung des deutschen Pharmamarktes im Dezember und Jahr 2013, online verfügbar unter: <https://de.scribd.com/document/236687745/2013-12-IMS-Marktbericht>, letzter Zugriff: 15.09.2025.

IQVIA™ Marktbericht – Entwicklung des deutschen Pharmamarktes im Jahr 2017, online verfügbar unter: <https://www.iqvia.com/-/media/iqvia/pdfs/cese/germany/publikationen/marktbericht/pharma-marktbericht-jahr-2017-iqvia.pdf?la=de-de&hash=3C74A6AE3EF7CBFD8FF1090BB9E7C222>, letzter Zugriff: 15.09.2025.

IQVIA™ Marktbericht – Entwicklung des deutschen Pharmamarktes im Jahr 2018, online verfügbar unter: <https://www.iqvia.com/-/media/iqvia/pdfs/cese/germany/publikationen/marktbericht/pharma-marktbericht-jahr-2018-iqvia.pdf>, letzter Zugriff: 15.09.2025.

IQVIA™ Marktbericht – Entwicklung des deutschen Pharmamarktes im Jahr 2019, online verfügbar unter: <https://www.iqvia.com/-/media/iqvia/pdfs/cese/germany/publikationen/marktbericht/pharma-marktbericht-jahr-2019-iqvia-0220.pdf>, letzter Zugriff: 15.09.2025.

IQVIA™ Marktbericht Classic – Entwicklung des deutschen Pharmamarktes im Kalenderjahr 2021, online verfügbar unter: <https://www.iqvia.com/-/media/iqvia/pdfs/germany/library/publications/iqvia-marktbericht-classic-entwicklung-des-deutschen-pharmamarktes-im-kalenderjahr-2021.pdf>, letzter Zugriff: 15.09.2025.

IQVIA™ Marktbericht Classic – Entwicklung des deutschen Pharmamarktes im Jahr 2022 (korrigierte Version), online verfügbar unter: <https://www.iqvia.com/-/media/iqvia/pdfs/germany/library/publications/iqvia-pharma-marktbericht-classic-das-jahr-2022.pdf>, letzter Zugriff: 15.09.2025.

IQVIA™ Marktbericht Classic – Entwicklung des deutschen Pharmamarktes im Jahr 2023, online verfügbar unter: <https://www.iqvia.com/-/media/iqvia/pdfs/germany/library/publications/iqvia-pharma-marktbericht-classic-q4-2023.pdf>, letzter Zugriff: 15.09.2025.

IQVIA™ Marktbericht Classic – Entwicklung des deutschen Pharmamarktes im Jahr 2024, online verfügbar unter: https://www.iqvia.com/-/media/iqvia/pdfs/germany/library/publications/iqvia-pharma-marktbericht-classic-q4-2024_fin.pdf, letzter Zugriff: 15.09.2025.

Pharma Deutschland e.V.: Pharma Daten Deutschland 2023, online verfügbar unter: https://www.pharmadeutschland.de/index.php?id=1&type=565&file=redakteur_filesystem/public/Weitere_oeffentliche_Dateien/202407xx_Pharma_Daten_Deutschland_2023.pdf, letzter Zugriff: 15.09.2025.

Statistisches Bundesamt (Destatis): Verbraucherpreisindex und Inflationsrate – Tabellen, online: [#238920](https://www.destatis.de/DE/Themen/Wirtschaft/Preise/Verbraucherpreisindex/_inhalt.html), letzter Zugriff: 10.09.25.

QuintilesIMS Marktbericht – Entwicklung des deutschen Pharmamarktes im Dezember und Jahr 2016, online verfügbar unter: <https://www.iqvia.com/-/media/iqvia/pdfs/cese/germany/publikationen/marktbericht/pharma-marktbericht-2016.pdf>

dezember-2016-iqvia.pdf?la=de-de&hash=2DE00D3DB02B5909A9E3F6FC187D544F46B0514C, letzter Zugriff: 15.09.2025.

Inhaltliche Quellen

Gabler Wirtschaftslexikon: Erläuterung zur Linearen Interpolation, online:
<https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/interpolation-41549/version-264912>, Zugriff: 10.09.25.

Prof. Kaapke Projekte: Ökonomisches Gutachten zur Überprüfung des Anpassungsbedarfs des Apothekenhonorars gemäß § 3 Abs. 1 Satz 1 AMpreisV, 2024.

5.2. Quellen zu Kapitel 3 („Entlastungsvolumen der Gesetzlichen Krankenkassen durch den Apothekenabschlag“)

ABDA (Website): Festhonorar und Apothekenabschlag, online:
<https://www.abda.de/apotheke-in-deutschland/preise-und-honorare/apothekerverguetung/festhonorar-krankenkassen/>, Zugriff: 17.09.25.

ABDA (Website): Änderungen im Februar 2023: Kassenabschlag steigt, Pressemitteilung vom 01.02.2023, online: <https://www.abda.de/apotheke-in-deutschland/preise-und-honorare/apothekerverguetung/festhonorar-krankenkassen/>, Zugriff: 24.09.25.

Apotheke adhoc: Der Kassenabschlag, Artikel vom 19.01.2011, online:
https://www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/detail/politik/der-kassenabschlag/#:~:text=Im%20Mai%202005%2C%20zwei%20Tage%20vor%20der,1%2C_85%20Euro%20abgesenkt%20und%20anschlie%C3%9Fend%20erneut%20f%C3%BCrCr, Zugriff: 24.09.25.

Apotheke adhoc: Kassenabschlag: 1,77 Euro für immer, Artikel vom 05.08.2014, online:
<https://www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/detail/politik/gkv-spitzenverband-und-dav-wollen-kassenabschlag-bei-177-euro-fixieren/>, Zugriff: 24.09.25.

Apotheke adhoc: Nichts mehr an Apotheken sparen! – GKV: Hohe Arzneimittelausgaben, Rekord bei Kassenabschlag, Artikel vom 30.01.2025, online: <https://www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/detail/politik/gkv-hohe-anzneimittelausgaben-rekord-bei-kassenabschlag/>, Zugriff: 24.09.25.

Deutsche Apothekerzeitung: Kassenabschlag 2010: Es bleibt bei 1,75 Euro, Artikel vom 12.09.2011, online verfügbar unter: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2011/az-37-2011/kassenabschlag-2010-es-bleibt-bei-1-75-euro>, Zugriff: 24.09.25.

Deutsche Apothekerzeitung: Kassenabschlag wird für zwei Jahre auf 2,05 Euro festgeschrieben, Artikel vom 01.11.2010, online verfügbar unter: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2010/az-44-2010/kassenabschlag-wird-fuer-zwei-jahre-auf-2-05-euro-festgeschrieben>, Zugriff: 24.09.25.

Deutsche Apothekerzeitung: Das Minus steigt bedrohlich, Artikel vom 30.01.2012, online verfügbar unter: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2012/az-5-2012/das-minus-steigt-betrohlich>, Zugriff: 24.09.25.

Deutsche Apothekerzeitung: Kompromiss zum Kassenabschlag: Die Stufenlösung kommt, Artikel vom 27.05.2013, online verfügbar unter: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2013/az-22-2013/kompromiss-zum-kassenabschlag-die-stufenloesung-kommt>, Zugriff: 24.09.25.

Deutsche Apothekerzeitung: Kassenabschlag schriftlich fixiert, Artikel vom 15.07.2013, online verfügbar unter: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2013/az-29-2013/kassenabschlag-schriftlich-fixiert>, Zugriff: 22.09.25.

Deutsche Apothekerzeitung: Overwiening: „Ein Schlag ins Gesicht“, Artikel vom 17.03.2022, online verfügbar unter: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2022/03/17/overwiening-ein-schlag-ins-gesicht>, Zugriff: 24.09.25.

Deutsche Apothekerzeitung: Der Kassenabschlag: eine politische Dauerbaustelle, Artikel vom 16.10.2023, online: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2023/10/16/der-kassenabschlag-eine-politische-dauerbaustelle>, Zugriff: 22.09.25.

Deutsche Apothekerzeitung: Erfreuliche Entlastung – aber keine wirksame Stärkung, Artikel vom 24.01.2025, online: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2025/01/24/erfreuliche-entlastung-aber-keine-wirksame-staerkung>, Zugriff: 24.09.25.

Pharmazeutische Zeitung: Apothekenabschlag – Kassen und Apotheker einigen sich, Artikel vom 23.05.2005, online verfügbar unter: <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/pol-21-2005/>, Zugriff: 24.09.25.

Pharmazeutische Zeitung: Softwarehäuser passen Preise an – Kassenabschlag sinkt wieder, Artikel vom 07.01.2025, online verfügbar unter: <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/kassenabschlag-sinkt-wieder-152308/>, Zugriff: 24.09.25.

Pharmazeutische Zeitung: Steigende Arzneimittelausgaben – Apotheken entlasten trotz Unterfinanzierung die GKV, Artikel vom 30.01.2025, online: <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/apotheken-entlasten-trotz-unterfinanzierung-die-gkv-152854/>, Zugriff: 29.09.25.

6. ANHANG

6.1. Berechnung des inflationsgerecht angepassten apothekerlichen Honorars

Jahr	Inflation (Veränderung zum Vorjahr)	Honorar
2004	1,6%	8,10 €
2005	1,6%	8,23 €
2006	1,6%	8,36 €
2007	2,3%	8,55 €
2008	2,6%	8,78 €
2009	0,3%	8,80 €
2010	1,0%	8,89 €
2011	2,2%	9,09 €
2012	1,9%	9,26 €
2013	1,5%	9,40 €
2014	1,0%	9,49 €
2015	0,5%	9,54 €
2016	0,5%	9,59 €
2017	1,5%	9,73 €
2018	1,8%	9,91 €
2019	1,4%	10,04 €
2020	0,5%	10,09 €
2021	3,1%	10,41 €
2022	6,9%	11,13 €
2023	5,9%	11,78 €
2024	2,2%	12,04 €

6.2. Berechnung zur Schätzung der fehlenden Werte für die Anzahl abgegebner Packungen rezeptpflichtiger Mediakmente in den Jahren 2004 und 2005 mittels der Methode der linearen Interpolation

2005:

666.000.000
 = 678.000.000 (abgegebene Packungen 2006)
 + (690.000.000 (abgegebene Packungen 2007)
 – 678.000.000 (abgegebene Packungen 2006))
 • (-1)

2004:

642.000.000
 = 666.000.000 (abgegebene Packungen 2005)
 + (678.000.000 (abgegebene Packungen 2006)
 – 666.000.000 (abgegebene Packungen 2005))
 • (-1)

6.3. Absolute und anteilige Absatzmengen rezeptpflichtiger Arzneimittel pro Halbjahr in ausgewählten Jahren

	Absolute Absatzmenge rezeptpflichtiger Arzneimittel in Mio. Packungseinheiten			Anteilige Absatzmenge rezeptpflichtiger Arzneimittel in Prozent	
	1. Halbjahr	2. Halbjahr	Gesamtjahr	1. Halbjahr	2. Halbjahr
2024	402	407	810	49,7%	50,3%
2023	395	396	791	49,9%	50,1%
2022	382	401	783	48,8%	51,2%
2021	364	399	763	47,7%	52,3%
2019	374	378	752	49,7%	50,3%
2018	375	369	744	50,4%	49,6%

GUTACHTERLICHE STELLUNGNAHME

IM AUFTRAG DER FREIEN APOTHEKERSCHAFT E.V.

**ZUR VEREINBARKEIT
DES REFERENTENENTWURFS ZUM APOTHEKEN-REFORMGESETZ
MIT DEM APOTHEKEN- UND VERFASSUNGSRECHT**

**VORGELEGT VON
DR. FIETE KALSCHEUER UND DR. NICOLAS HARDING**

BROCK MÜLLER ZIEGENBEIN

Kiel, den 26.06.2024

Inhaltsverzeichnis

I. Zum Referentenentwurf	3
II. Zusammenfassung der Ergebnisse.....	5
III. Zur Rechtslage.....	5
1. Apothekenrechtlicher Rahmen	6
a) Die Pflicht zur persönlichen Leitung der Apotheke	6
b) Die Anwesenheitspflicht des verantwortlichen Apothekers	8
aa) Zulässige Abwesenheit	9
bb) Filialapotheken nach § 2 Abs. 4 ApoG	10
cc) Pflicht zur Anwesenheit approbierten Personals	12
c) Zwischenergebnis.....	13
2. Vereinbarkeit von § 3 Abs. 3a ApBetrO mit höherrangigem Recht	13
a) Prüfungsmaßstab	14
b) Vereinbarkeit mit den Vorgaben des § 7 Satz 1 ApoG	14
c) Vereinbarkeit mit Verfassungsrecht	17
d) Gesetzesvorbehalt.....	18
aa) Herleitung und Inhalt.....	18
bb) Vereinbarkeit mit dem Gesetzesvorbehalt	19
cc) Zwischenergebnis.....	21
e) Ergebnis.....	21
IV. Fazit.....	22

I. Zum Referentenentwurf

Am 12.06.2024 wurde der Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zum Gesetz für eine Apothekenhonorar- und Apothekenstrukturreform (Apotheken-Reformgesetz – ApoRG) veröffentlicht. Dieses soll u.a. dazu dienen, die flächendeckende Versorgung mit Arzneimitteln mittel- und langfristig zu sichern. Deshalb sollen mit dem Entwurf die notwendigen Rahmenbedingungen für eine bessere Arzneimittelversorgung durch Apotheken in der Fläche geschaffen werden.

Außerdem sollen die sich aus dem generellen technischen Fortschritt ergebenden Möglichkeiten eine Berücksichtigung finden, weshalb der Entwurf in § 1a Abs. 19 der Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) um einen 19. Absatz ergänzt wird, der eine Legaldefinition des Begriffs der Telepharmazie enthalten soll:

„Telepharmazie ist die pharmazeutische Beratung insbesondere von Kunden oder Patienten durch entsprechend befugtes Personal der Apotheke mittels einer synchronen Echtzeit-Videoverbindung.“

Ein wichtiger daran anknüpfender Aspekt der geplanten Gesetzesreform ist in der Etablierung sog. „Light-Filialen“ zu sehen. Der Referentenentwurf beschreibt dieses Vorhaben als

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

Dazu soll in die Vorschrift des § 3 der Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) ein neuer Absatz 3a eingefügt werden. Nach § 3 Abs. 3 ApBetrO darf die Apotheke grds. nur geöffnet sein und betrieben werden, wenn ein Apotheker oder eine nach § 2 Absatz 6 Satz 1 ABpBetrO vertretungsberechtigte Person anwesend ist. Zu den vertretungsberechtigten Personen i.S.d. § 2 Absatz 6 Satz 1 ABpBetrO zählen Apothekerassistenten oder Pharmazieingenieure, sofern diese hinsichtlich ihrer Kenntnisse und Fähigkeiten zur Vertretung geeignet sind und im Jahre vor dem Vertretungsbeginn mindestens sechs Monate hauptberuflich in einer öffentlichen Apotheke oder Krankenhausapotheke beschäftigt waren. Der im Referentenentwurf neu eingeführte § 3 Abs. 3a ApBetrO lautet wie folgt:

„Abweichend von Absatz 3 darf eine Apotheke geöffnet sein und betrieben werden, wenn

1. eine Person, für die nach Absatz 5b die Pflicht zur Beaufsichtigung entfallen ist, anwesend ist,

2. ein Apotheker der Apotheke oder einer Apotheke des Filialverbundes zur Beratung der Patienten mittels Telepharmazie sowie zur Rücksprache mit der Person nach Nummer 1 jederzeit zur Verfügung steht und

3. an mindestens acht Stunden pro Woche die persönliche Anwesenheit des Apothekenleiters in der Apotheke sichergestellt ist.

Es dürfen nur Tätigkeiten in der Apotheke ausgeführt werden, für die die Beaufsichtigung nach Absatz 5b für die anwesende Person entfallen ist. Das eingesetzte Personal ist vom Apothekenleiter im Voraus entsprechend der Aufgaben und Verantwortlichkeiten zu unterweisen. § 2 Absatz 2 Satz 2 bleibt unberührt.“

Als Begründung für diese Gesetzesänderung weist der Referentenentwurf Folgendes aus:

„Gemäß dem neu eingefügten § 3 Absatz 3a Apothekenbetriebsordnung darf eine Apotheke geöffnet sein und betrieben werden, wenn eine pharmazeutisch-technische Assistentin oder ein pharmazeutisch-technischer Assistent anwesend ist, für die es einer Beaufsichtigung nach Absatz 5b nicht bedarf, und eine Apothekerin oder ein Apotheker des Filialverbundes zur Beratung mittels Telepharmazie zur Verfügung steht. Die Apothekenleiterin oder der Apothekenleiter müssen mindestens acht Stunden pro Woche persönlich anwesend sein.“

Die neue Regelung schafft eine größere Flexibilität beim Personaleinsatz und dient dem Erhalt der flächendeckenden Arzneimittelversorgung der Bevölkerung durch Apotheken unter Verwendung digitaler Möglichkeiten.

Es dürfen in den Zeiträumen, in denen eine Apothekerin oder ein Apotheker nur im Wege der Telepharmazie für eine Beratung verfügbar ist, nur Tätigkeiten ausgeführt werden, für die die Beaufsichtigung nach Absatz 5b entfallen ist. Nicht möglich sind in diesen Fällen Tätigkeiten, für die nach Absatz 5b eine Beaufsichtigung nicht entfallen kann.

Zudem legt die Apothekenleiterin oder der Apothekenleiter im Voraus die Verantwortlichkeiten und jeweiligen Aufgabenbereiche fest und gibt vor, wann eine Apothekerin oder ein Apotheker mittels Telepharmazie hinzugezogen werden muss. In diesem Zusammenhang hat die Apothekenleiterin oder der Apothekenleiter auch dafür zu sorgen, dass das eingesetzte Personal eine entsprechende Unterweisung im Rahmen der durchzuführenden Aufgaben und Verantwortlichkeiten erhält. Dies muss im Voraus geschehen, damit bei kurzfristigen Ausfällen Sicherheit im Umgang mit den neuen Möglichkeiten besteht. Die persönliche Verantwortung und die Beachtung der geltenden Vorschriften während des Apothekenbetriebes obliegen dennoch weiterhin der Apothekenleiterin oder dem Apothekenleiter.

Entsprechende Festlegungen sind gemäß § 2 Absatz 5 Apothekengesetz mit der oder dem Erlaubnisinhabenden abzustimmen, wenn eine Apothekenleitung benannt wurde.“

Im Folgenden soll darauf basierend untersucht werden, ob der geplanten Gesetzesänderung rechtliche Erwägungen entgegenstehen.

II. Zusammenfassung der Ergebnisse

- Die geplante Änderung der ApBetrO, durch die der Betrieb von Apotheken ohne Anwesenheitspflicht für approbierte Apotheker legalisiert werden soll, widerspricht dem Leitbild des deutschen Apothekenrechts in grundlegender Weise. In Anbetracht der Tatsache, dass der mit dieser Rechtsänderung einhergehende Paradigmenwechsel auf der Ebene einer Rechtsverordnung geplant wird, erweist sich die beabsichtigte Neuregelung in § 3 Abs. 3a ApBetrO (Ref-E) als unvereinbar mit höherrangigem Recht.
- Dies gilt zunächst mit Blick auf die Vorschrift des § 7 Satz 1 ApoG, die den Betrieb und die Leitung einer öffentlichen Apotheke von der persönlichen Anwesenheit eines approbierten Apothekers abhängig macht. Der Widerspruch der geplanten Neuregelung und der Vorgabe in § 7 Satz 1 ApoG fällt zulasten der Neuregelung aus, die sich bereits aus diesem Grund als rechtswidrig erweist.
- Nach der Wesentlichkeitstheorie des BVerfG ist für die geplante Rechtsänderung eine parlamentsgesetzliche Regelung erforderlich. Die mit der Einführung der Telepharmazie und der Abkehr vom Leitbild der Präsenzapotheke einhergehenden (Abwägungs-)Fragen sind derart wesentlicher Natur, dass nur eine parlamentsgesetzliche Regelung ihrer Bedeutung und Tragweite gerecht werden kann.
- Mit der geplanten Rechtsänderung geht ein nicht unerheblicher Grundrechtseingriff für die betroffenen Apotheker einher, der einer verfassungsrechtlichen Rechtfertigung nicht zugänglich sein dürfte, da es – nicht zuletzt auch mit Blick auf die mit der Neuregelung einhergehende Verminderung des Sicherheitsniveaus bei der Abgabe von Arzneimitteln – alternative Reaktionsmöglichkeiten für den Gesetzgeber gäbe, die mit weniger intensiver Eingriffswirkung verbunden wären.

III. Zur Rechtslage

Das deutsche Apothekenrecht, an dem die geplante Rechtsänderung zu messen ist, enthält detaillierte Vorgaben für den Betrieb und die Leitung einer Apotheke, die sich sowohl aus dem Apothekengesetz (ApoG) und der aufgrund von § 21 Abs. 1 ApoG erlassenen Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) zusammensetzen.

1. Apothekenrechtlicher Rahmen

Prägend für das deutsche Apothekenrecht ist die gesetzliche Pflicht zur persönlichen Leistung der Apotheke in eigener Verantwortung, aus der strenge Anwesenheitspflichten für approbierte Apotheker abgeleitet werden.

a) Die Pflicht zur persönlichen Leitung der Apotheke

Die Vorschrift des § 7 ApoG ist als besondere Ausprägung des allgemeinen Fremdbesitzverbots zu sehen. Nach § 7 Satz 1 ApoG verpflichtet die Erlaubnis zum Betrieb einer öffentlichen Apotheke zur persönlichen Leitung in eigener Verantwortung. Dies wird auch in § 2 Abs. 2 Satz 1 ApBetrO klargestellt, dem zufolge der Apothekenleiter die Apotheke persönlich zu leiten hat. Apothekenleiter ist nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 ApBetrO grds. der Inhaber der Apothekenerlaubnis nach § 2 Abs. 1 ApoG und damit Betreiber der Apotheke,

vgl. *Wesser, Vergleichbarer Sicherheitsstandard bei Arzneimittelversand durch niederländische Internet-Apotheken?*, A&R 2017, 195 (196).

Leitung „in eigener Verantwortung“ i.S.d. § 7 Satz 1 ApoG bezieht sich zum einen auf die pharmazeutische und zum anderen auf die rechtliche und wirtschaftliche Verantwortung des Apothekers, die als Einheit zu verstehen sind. Das Gesetz überträgt die vollumfängliche Verantwortung für die Ordnungsgemäßheit des Betriebs einer Apotheke auf ihre Betreiber bzw. Leiter,

grundlegend OVG Magdeburg, Urt. v. 14.10.2010 – 2 L 245/08 = BeckRS 2010, 56228 Rn. 35.; s.a. *Wesser, Vergleichbarer Sicherheitsstandard bei Arzneimittelversand durch niederländische Internet-Apotheken?*, A&R 2017, 195 (198).

Daraus folgt, dass die Verantwortung weder in pharmazeutischer Hinsicht noch mit Blick auf die Betriebsorganisation und den Personaleinsatz auf Dritte übertragen werden darf. Überdies verpflichtet das Gesetz den Apothekenbetreiber gemäß § 23 Abs. 1 Satz 1 ApBetrO zur ständigen Dienstbereitschaft (inkl. Sonn- und Feiertage),

Kieser, in: Kieser/Wesser/Saalfrank, ApoG, 1. EL 2017, § 7 Rn. 60 ff.; *ders.*, in: Saalfrank (Hrsg.), Handbuch des Medizin- und Gesundheitsrechts, 10. EL 2022, § 11 Rn. 442; *Sieper*, in: Spickhoff (Hrsg.), Medizinrecht, 4. Auflage 2022, § 7 ApoG Rn. 2.

Die Gründe für die personengebundene Verantwortung beschreibt das OVG Magdeburg mit Blick auf § 1 Abs. 1 ApoG ausführlich:

„Durch die Bindung der pharmazeutischen Tätigkeit an die Verantwortlichkeit des besonders ausgebildeten Apothekenleiters soll ein hohes fachliches Niveau gewährleistet und einer Kommerzialisierung des Arzneimittelvertriebs entgegengewirkt werden. Der Gesetzgeber hat den Beruf des selbstständigen Apothekers nach einer bestimmten Vorstellung von dem Berufsbild gestaltet. Danach vereinigt der selbstständige Apotheker in seiner Person die Verantwortung für die Erfüllung einer öffentlichen Aufgabe aufgrund besonderer beruflicher Befähigung mit der privatwirtschaftlichen Funktion des Inhabers des Apothekenbetriebes. Arzneimittel sind keine gewöhnliche Ware, sondern eines der wichtigsten Hilfsmittel der ärztlichen Kunst, um Krankheiten zu erkennen, zu heilen und ihnen vorzubeugen; zudem können von ihnen nicht unerhebliche Gefahren ausgehen. Die geordnete Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln ist die erste Aufgabe des besonders ausgebildeten Apothekers; ihm ist der Vertrieb von Arzneimitteln im Einzelhandel im Wesentlichen vorbehalten. Die Erfüllung dieser Aufgabe hält der Gesetzgeber am besten dann für gewährleistet, wenn die allseitige Verantwortung für den Betrieb der Apotheke in einer Hand liegt. Aus dieser Grundanschauung hat er dem selbstständigen Apotheker die Verpflichtung zur persönlichen Leitung der Apotheke in eigener Verantwortung auferlegt [...] und unter verschiedenen Aspekten abgesichert [...]. Das Gebot, eine Apotheke in eigener Verantwortung zu leiten, verpflichtet den Apotheker zu einer Gestaltung seines Betriebs, die ihm nicht nur in pharmazeutischen, sondern auch in rechtlichen und wirtschaftlichen Fragen die Selbstständigkeit und Eigenverantwortlichkeit belässt. Das Gesetz bezweckt damit zu verhindern, dass Personen, die für die Arzneimittelversorgung der Bevölkerung keine Verantwortung tragen, Einfluss auf die Führung von Apotheken eingeräumt wird, und will auf diese Weise sicherstellen, dass die im öffentlichen Interesse an der Erhaltung der Volksgesundheit liegende Arzneimittelversorgung, die es den „Apothekern“ (§ 1 Abs. 1 ApoG), also allen Apothekenbetreibern gemeinsam anvertraut hat, sachgerecht wahrgenommen wird[...].“

(OGV Magdeburg, Urt. v. 14.10.2010 – 2 L 245/08 = BeckRS 2010, 56228 Rn. 35 unter Verweis auf BVerfG, Urt. v. 13. 02.1964 – 1 BvL 17/61 u. a.).

Die sich im Apothekenrecht manifestierende Kontrolle der Abgabe von Arzneimitteln durch in persönlicher Verantwortung geleitete Apotheken ist dabei ein Grundbaustein des deutschen Gesundheitssystems,

Di Fabio, Apothekerliche Präsenzpflicht in der Apotheke, 2024, S. 3.

Bei dem Betrieb einer Apotheke handelt es sich mithin spiegelbildlich um eine Aufgabe im besonderen öffentlichen Interesse, die auf den einzelnen Apotheker übertragen wird, der in seiner Person die Verantwortung für die Erfüllung einer öffentlichen Aufgabe auf Grund besonderer beruflicher Befähigung mit der privatwirtschaftlichen Funktion des Inhabers des Apothekenbetriebs vereinigt. Indem der Gesetzgeber das den Betrieb einer Apotheke an strenge rechtliche wie tatsächliche Anforderungen wie die Pflicht zur eigenverantwortlichen Leitung knüpft, erfüllt er seine

gegenüber der Bevölkerung aus Art. 2 Abs. 2 GG (Recht auf Leben) abzuleitende Pflicht, den Lebensschutz nicht nur durch Eingriffe in das Schutzgut zu unterlassen, sondern darüber hinaus aktiv Maßnahmen zum Schutz des Lebens zu ergreifen,

Saalfank, in: Kieser/Wesser/Saalfrank, ApoG, 1. EL 2017, § 1 Rn. 24 unter Verweis auf BVerwG, Urt. v. 14.07.1959 – I C 170.56 = NJW 1959, 2325 ff.

Dies entspricht auch der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs, der davon ausgeht, dass die durch das Fremdbesitzverbot und die damit einhergehende Pflicht zur eigenverantwortlichen Leitung bestehende Beschränkung der Niederlassungsfreiheit und des freien Kapitalverkehrs sich mit dem Ziel rechtfertigen lasse, eine sichere und qualitativ hochwertige Arzneimittelversorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Ein Mitgliedstaat kann daher im Rahmen seines Wertungsspielraums der Ansicht sein, dass der Betrieb einer Apotheke durch einen Nichtapotheker eine Gefahr für die Gesundheit der Bevölkerung, insbesondere für die Sicherheit und Qualität des Einzelhandelsvertriebs der Arzneimittel, darstellt,

EuGH Urt. v. 19.5.2009 – Rs.C-171/07, C-172/07 = EuZW 2009, 415 (419).

b) Die Anwesenheitspflicht des verantwortlichen Apothekers

Wesentlicher Bestandteil des Grundsatzes der Eigenverantwortlichkeit ist auch die Anwesenheitspflicht des verantwortlichen Apothekers. Leit- bzw. Berufsbild des Apothekenrechts in Deutschland ist der „Apotheker in seiner Apotheke“. Persönliche Leitung bedeutet insofern grds. auch ausnahmslose Anwesenheit des Apothekers,

Sieper, in: Spickhoff (Hrsg.), Medizinrecht, 4. Auflage 2022, § 7 ApoG Rn. 4; *Wesser*, Vergleichbarer Sicherheitsstandard bei Arzneimittelversand durch niederländische Internet-Apotheken?, A&R 2017, 195 (199); grundlegend *Di Fabio*, Apothekerliche Präsenzpflicht in der Apotheke, 2024, S. 14 ff.. a.A. *Kieser*, in: Kieser/Wesser/Saalfrank, ApoG, 1. EL 2017, § 7 Rn. 71 ff.

Die Anwesenheitspflicht des Apothekers dient neben der sicheren und qualitativ hochwertigen Arzneimittelversorgung der Bevölkerung auch der (Ab-)Sicherung der Verantwortungswahrnehmung innerhalb der Apotheke sowie der Gerechtigkeit im Wettbewerb. Die Anwesenheitspflicht ist daher keineswegs Selbstzweck, sondern dient der Sicherstellung, dass die Vielzahl der Apotheker treffenden Rechtsvorgaben in einer staatlicherseits überprüfbar Weise eingehalten werden.

vgl. BGH, Urteil vom 11.12.1981 – I ZR 150/79 = BeckRS 1981, 863; *Sieper*, in: Spickhoff (Hrsg.), Medizinrecht, 4. Auflage 2022, § 7 ApoG Rn. 7; *Wesser*, Vergleichbarer Sicherheitsstandard bei Arzneimittelversand durch niederländische Internet-Apotheken?, A&R 2017, 195 (199).

Zu diesen Vorgaben zählen etwa die umfassende Beratungspflicht aus § 20 ApBetrO und die Pflicht, nicht gewisse Arzneimittel vorrätig zu halten und vorgehaltene Arzneimittel kurzzeitig beschaffen zu können, § 15 Abs. 1 u. 2 ApBetrO. Die Wahrnehmung dieser Aufgaben wird dabei durch ein Monopol für verschreibungspflichtige Arzneimittel (§§ 43 ff. AMG) abgesichert.

Damit ist das Leitbild des Präsenzapothekers mehr Konsequenz einer tradierten Rechtsentwicklung und dem logischen Zusammenwirken verschiedener Regelungen des Arzneimittel- und Apothekenrechts als Ausfluss einer einzelnen (ausdrücklichen) Rechtsvorgabe,

vgl. *Di Fabio*, Apothekerliche Präsenzplicht in der Apotheke, 2024, S. 21 ff,

aa) Zulässige Abwesenheit

Allerdings kennt das Recht auch (eng gezogene) Ausnahmen von diesem Grundsatz. Insofern ist zwischen einer kurzfristigen und einer längerfristigen Abwesenheit des verantwortlichen Apothekers zu unterscheiden. Von einer kurzfristigen Vertretung ist dann auszugehen, wenn der Apothekenleiter nur kurze Zeit (also im Minuten- bis Stundenbereich) abwesend ist und er sich in dieser Zeit von einem angestellten Apotheker vertreten lässt. In diesem Falle tritt der Vertreter nicht funktionell an die Stelle des Apothekenleiters, sondern ist neben diesem tätig,

Frohn/Schmidt, in: Münchener Anwaltshandbuch Medizinrecht, 3. Auflage 2020, 3 16 Rn. 261.

Nach § 2 Abs. 5 ApBetrO muss sich ein Apothekenleiter allerdings, sofern er seine Verpflichtung zur persönlichen Leitung der Apotheke nicht selbst nachkommen kann, durch einen (approbierten) Apotheker vertreten lassen. Ein Vertretungsfall i.S.d. § 2 Abs. 5 ApBetrO liegt vor, wenn der Apothekenleiter längerfristig selbst nicht leitend tätig werden kann. Die Vertretung darf insgesamt drei Monate im Jahr nicht überschreiten. Für einen längeren Zeitraum bedarf es nach § 2 Abs. 5 Satz 3 ApBetrO der vorherigen Zulassung durch die zuständige

Behörde, die dann erteilt wird, wenn in der Person des Apothekenleiters ein wichtiger Grund liegt,

vgl. dazu *Kieser*, in: Saalfrank (Hrsg.), Handbuch des Medizin- und Gesundheitsrechts, 10. EL 2022, § 11 Rn. 160 f.

Schließlich sieht § 2 Abs. 6 ApBetrO auch die Möglichkeit vor, dass sich ein Apothekenleiter von einem Apothekerassistenten oder Pharmazieingenieur vertreten lassen kann, wenn er keinen approbierten Apotheker als Vertreter findet. Der verhinderte Apotheker muss dabei gegenüber der je nach Bundesland zuständigen Behörde stets darlegen können, dass er sich ernsthaft und rechtzeitig darum bemüht hat, einen Apotheker als Vertreter aufzufinden und diese Bemühungen erfolglos geblieben sind. Wirtschaftliche Erwägungen können dabei keine ausschlaggebende Berücksichtigung finden,

Frohn/Schmidt, in: Münchener Anwaltshandbuch Medizinrecht, 3. Auflage 2020, 3 16 Rn. 260; vgl. *Kieser*, in: Saalfrank (Hrsg.), Handbuch des Medizin- und Gesundheitsrechts, 10. EL 2022, § 11 Rn. 162.

Allerdings sieht diese Form der Vertretung vor, dass der Apothekenassistent oder der Pharmaingenieur in dem Jahr vor Vertretungsbeginn mindestens sechs Monate in einer öffentlichen Apotheke oder Krankenhausapotheke hauptberuflich beschäftigt war und die Vertretung die Dauer von vier Wochen im Jahr nicht übersteigt.

Außerdem verpflichtet das Gesetz den Apothekeneiter in diesem Fall zur Unterrichtung der zuständigen Behörde und schließt die Anwendbarkeit der Vertretungsregelung für den Betreiber mehrerer Haupt- und Filialapotheken (dazu sogleich) aus.

bb) Filialapotheken nach § 2 Abs. 4 ApoG

Zum 01.01.2004 wurde das bis dato geltende Mehrbetriebsverbot von Apotheken dahingehend gelockert, dass der Betrieb einer Hauptapotheke mit bis zu drei Filialapotheken in § 2 Abs. 4 ApoG legalisiert wurde.

Zunächst ist festzustellen, dass es sich bei Filialapotheken um Vollapotheken handelt, für die in sachlicher Hinsicht die gleichen Anforderungen zu erfüllen sind wie für jede andere öffentliche Vollapotheke,

Saalfank, in: Kieser/Wesser/Saalfrank, ApoG, 1. EL 2017, § 2 Rn. 117; *Sieper*, in: Spickhoff (Hrsg.), Medizinrecht, 4. Auflage 2022, § 2 ApoG Rn. 2.

Hinzu kommt in örtlicher Hinsicht, dass die Hauptapotheke und die Apotheker betriebenen Filialapotheken gemäß § 2 Abs. 4 Nr. 2 ApoG innerhalb desselben Kreises oder derselben kreisfreien Stadt oder in einander benachbarten Kreisen oder kreisfreien Städten liegen müssen.

Gemäß § 2 Abs. 5 ApoG muss der Betreiber mehrerer (Filial-)Apotheken die Hauptapotheke persönlich führen und für die Filialapotheken jeweils einen Apotheker als Verantwortlichen zu benennen, der die Verpflichtungen zu erfüllen hat, wie sie in diesem Gesetz und in der Apothekenbetriebsordnung für Apothekenleiter festgelegt sind. Insbesondere muss daher auch der Filialleiter approbierter Apotheker sein, § 2 Abs. 1 Nr. 3 ApBetrO. Diese Anforderung gewährleistet das Sicherheitsniveau, das das Gesetz mit den für den Leiter einer einzelnen öffentlichen Apotheke geltenden Regelungen verfolgt,

vgl. die Begründung zum Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz, BT-Drs. 15/1170, S. 134.

Die Leitung und Überwachung der Filialapotheke obliegt damit in erster Linie dem angestellten Apotheker als Leiter der Filialapotheke. Der Filialleiter ist mit hin gemäß § 2 Abs. 1 Nr. 5 ApBetrO Apothekenleiter im rechtlichen Sinne. Auch die Pflicht zur Leitung der (Filial-)Apotheke in eigener Verantwortung und die damit einhergehende Anwesenheitspflicht obliegt daher gemäß § 7 Satz 2 ApoG korrespondierend dem Filialleiter, wobei Halbsatz 2 klarstellt, dass die Verpflichtungen des Betreibers, bei dem es sich regelmäßig um den Leiter der Hauptapotheke handelt, unberührt bleiben. Der Gesetzgeber hat überdies zusätzlichen Schutz vorgesehen, indem er auch den Betreiber (der Hauptapotheke) für die Einhaltung aller Vorschriften in den Filialapotheken verantwortlich macht (§ 2 Abs. 2 Satz 3 ApBetrO).

cc) Pflicht zur Anwesenheit approbierten Personals

Von der Frage der Präsenzpflicht des Apothekenleiters und seiner Vertretung zu trennen ist das Gebot der ständigen Anwesenheit von approbiertem Personal in der Apotheke. Dieses Gebot wird teilweise daraus abgeleitet, dass bei einer Übertragung der Abzeichnungsbefugnis von Verschreibungen nach § 17 Abs. 6 ApBetrO auf Pharmazeutisch-technische Assistenten die Tätigkeit von einem Apotheker beaufsichtigt werden muss. Außerdem muss die Verschreibung unverzüglich nach der Abgabe des Arzneimittels vorgelegt werden, § 17 Abs. 6 Satz 3 ApBetrO. Bei Privatrezepten muss die Vorlage schon vor der Abgabe erfolgen.

Daraus wird gefolgert, dass kurzfristige Abwesenheiten des approbierten Personals (über wenige Minuten) zulässig sein können, wohingegen längere Abwesenheiten als unzulässig einzustufen sind,

Kieser, in: Kieser/Wesser/Saalfrank, ApoG, 1. EL 2017, § 7 Rn. 75 unter Verweis auf BVerfG, Beschl. v. 28.07.1971 – 1 BvR 40, 47, 155, 159, 175/69 = NJW 1971, 2259 (2262); in diese Richtung auch OLG Bamberg, Beschl. v. 12.07.2007 – 3 Ss OWi 170/07 = GewArch 2007, 389 (390).

Dies ist wiederum damit zu begründen, dass das Apothekenrecht eine flächen-deckende Beobachtung des pharmazeutisch-technischen Assistenten und seiner Tätigkeit durch den Apotheker vorsieht und diesen gegebenenfalls auch zum korrigierenden Eingreifen verpflichtet – etwa durch das Erteilen sachgerechter Weisungen oder durch die völlige oder weitgehende eigene Übernahme der Erledigung der Betriebsvorgänge,

BVerfG, Beschl. v. 28.07.1971 – 1 BvR 40, 47, 155, 159, 175/69 = NJW 1971, 2259 (2262).

Die Pflicht zur Anwesenheit approbierten Personals in der Apotheke wird überdies auch durch die grundlegende Vertretungsregelung in § 2 Abs. 5 ApBetrO sowie die Vorgaben für die Etablierung von Filialapotheken gestützt, deren gemeinsame Kernvoraussetzung darin zu sehen ist, dass ein approbiertes Apotheker zum Filialleiter bzw. Vertreter bestimmt wird. Der Geschäftsbetrieb einer Apotheke ohne anwesenden Apotheker ist dem geltenden Recht mithin grundsätzlich fernliegend. Die einzige Ausnahme ist in der Vertretungsregelung in § 2 Abs. 6 ApBetrO zu sehen, die indes unter hohen materiellen

Voraussetzungen steht und überdies in prozeduraler Hinsicht eine Beteiligung der zuständigen Behörde erfordert.

vgl. auch *Di Fabio*, Apothekerliche Präsenzpflicht in der Apotheke, 2024, S. 17 f.

c) Zwischenergebnis

Leitbild des deutschen Apothekenrechts ist der „Apotheker in seiner Apotheke“. Die grundsätzlich vorgeschriebene Anwesenheitspflicht des Apothekers dient neben der sicheren und qualitativ hochwertigen Arzneimittelversorgung der Bevölkerung auch der (Ab-)Sicherung der den Apothekenleiter treffenden Pflicht zur Verantwortungswahrnehmung innerhalb der Apotheke, ohne dass es sich bei dieser um einen Selbstzweck handeln würde. Ausnahmen von der grundsätzlichen Anwesenheitspflicht des Apothekenleiters kennt das Gesetz nur in sehr engen Grenzen. Ist der leitende Apotheker verhindert, hat er sich prinzipiell durch einen anderen approbierten Apotheker vertreten zu lassen. Etwas anderes gilt nur in den engen Grenzen des § 2 Abs. 6 ApBetrO. Aus diesen bewusst eng gefassten Vertretungsvorgaben sowie weiteren Regeln des Apothekenrechts wird daher gemeinhin die Präsenzpflicht für Apotheker abgeleitet.

2. Vereinbarkeit von § 3 Abs. 3a ApBetrO mit höherrangigem Recht

Zu untersuchen ist, ob die geplante Gesetzesreform, in deren Zentrum aus Sicht der vorliegenden Untersuchung die neu eingefügte Vorschrift des § 3 Abs. 3a ApBetrO (Ref-E) liegt, mit den zuvor dargestellten apothekenrechtlichen Grundzügen vereinbar ist. Außerdem stellt sich die Frage nach der Verfassungskonformität der geplanten Rechtsänderung.

Bei der maßgeblichen Einführung der Vorschrift in § 3 Abs. 3a ApBetrO (Ref-E) handelt es sich um die Änderung einer Rechtsverordnung. § 21 Abs. 1 ApoG ermächtigt das Bundesministerium für Gesundheit zum Erlass einer den ordnungsgemäßen Betrieb der Apotheken sicherzustellenden Verordnung, von der das Bundesministerium für Gesundheit durch den Erlass der ApBetrO Gebraucht gemacht hat.

a) Prüfungsmaßstab

Da es sich bei der ApBetrO um eine untergesetzliche Rechtsnorm handelt, ist sie auf ihre Vereinbarkeit mit **höherrangigem** Recht hin zu überprüfen, zu dem neben dem Verfassungsrecht insbesondere auch alle Rechtsnormen vom Rang des einfachen Parlamentsgesetzes zählen,

vgl. dazu *Unruh*, in: Fehling/Kastner/Störmer, Verwaltungsrecht, 5. Auflage 2021, § 47 VwGO Rn. 106; s.a. *Remmert*, in: Dürig/Herzog/Scholz, GG, 103. EL 2024, Art. 80 Rn. 132.

Außerdem ist die untergesetzliche Rechtsnorm in § 3 Abs. 3a ApBetrO (Ref-E) dahingehend zu untersuchen, ob der in ihr enthaltene Regelungsinhalt nach den Vorgaben des sog. Gesetzesvorbehalts nicht einer parlamentsgesetzlichen Grundlage bedurft hätte,

vgl. bereits BVerfG, Urt. v. 19.09.2018 – 2 BvF 1/15, 2 BvF 2/15 = NVwZ 2018, 1703 (1711) m.w.N.

b) Vereinbarkeit mit den Vorgaben des § 7 Satz 1 ApoG

Wie oben bereits erörtert, legt das deutsche Apothekenrecht seinen berufsrechtlichen Anforderungen an Apotheker das Leitbild eines präsenten „Apothekers in seiner Apotheke“ zugrunde. An diesem gesetzlichen Leitbild muss sich die geplante Änderung des apothekerlichen Berufsrecht messen lassen. Normativ lässt sich die Präsenzpflicht des Apothekers aus der parlamentsgesetzlichen Vorschrift des § 7 Satz 1 ApoG ableiten, der gemeinhin über die Anwesenheit hinaus verbindliche Vorgaben für Betrieb und Leitung einer Apotheke zu entnehmen sind und der den Vorgaben der ApBetrO als **höherrangiges** Recht vorgeht. Anerkannt ist, dass die Verantwortung des Apothekenleiters weder in pharmazeutischer Hinsicht noch mit Blick auf die Betriebsorganisation und den Personaleinsatz auf Dritte übertragen werden darf. Zur Wahrung dessen sieht das Apothekenrecht eine grundsätzliche Anwesenheitspflicht des Apothekenleiters vor, der enge Ausnahmeverordnungen gegenüberstehen, die allesamt dadurch geprägt sind, dass die Verhinderung des Apothekenleiters nur mit der zeitlich begrenzten Vertretung durch einen approbierten Apotheker kompensiert werden darf.

Durch die geplante Einführung des § 3 Abs. 3a ApBetrO (Ref-E) würde die faktische Leitung öffentlicher Apotheken nunmehr in die Hände pharmazeutisch-technischer Assistenten (PTA) und damit in die Verantwortung nicht approbierten Personals übergeben werden können. Der Betrieb und die Öffnung einer öffentlichen Apotheke sollen nach dem Gesetzesentwurf zulässig sein, wenn ein erfahrener pharmazeutisch-technischer Assistent anwesend ist und ein Apotheker des Filialverbunds – nicht der Apothekenleiter selbst – mittels Telepharmazie erreichbar ist. Der Apothekenleiter selbst soll seiner rechtlichen Verantwortungspflicht nach dem Referentenentwurf genügen, sofern er mindestens 8 Stunden pro Woche in der Apotheke anwesend ist.

Bei dieser Reform würde es sich in Anbetracht der tradierten Rechtsvorschrift aus § 7 Satz 1 ApoG, aus der mit Blick auf die nach wie vor bewusst eng gefassten Vertretungsregeln ein historisch gewachsenes Leitbild abgeleitet wird, um einen Paradigmenwechsel auf dem Gebiet des Apothekenbetriebsrecht handeln. Zwar würde die geplante Modifikation der ApBetrO nichts daran ändern, dass der Leiter (§ 2 Abs. 1 ApBetrO) einer Apotheke weiterhin formal approbiert Apotheker sein muss. Die Leitung des täglichen Betriebs im Sine einer tatsächlichen Wahrnehmung dieser Aufgabe, an die § 7 Satz 1 ApoG indes anknüpft und die bisher denknotwendig mit einer basalen Anwesenheitspflicht des Apothekenleiters in der Apotheke verbunden war, könnte durch die neue Regelung indes auf einen pharmazeutisch-technischen Assistenten übertragen werden.

Abgesehen von der Anwesenheit allein ist überdies zu berücksichtigen, dass die gesetzlich vorgesehene Pflicht zur Leitung der Apotheke in eigener Verantwortung aus § 7 Satz 1 ApoG nicht gewahrt werden kann, wenn ein Apotheker die tatsächliche Verfügungsgewalt über eine Apotheke auf einen pharmazeutisch-technischen Assistenten überträgt und im Betrieb künftig eine weitaus untergeordnete (Reserve-)Rolle spielt. Der in § 7 Satz 1 ApoG festgeschriebenen Leitungspflicht sind über die bloße Anwesenheit hinaus noch weitere Pflichten zu entnehmen, die in einem Spannungsverhältnis zu der geplanten Rechtsänderung stehen. Fest steht, dass der Apothekenleiter alle wesentlichen Betriebsvorgänge selbst bestimmen, steuern und überwachen muss,

vgl. BVerwG, Urt. v. 26. 02. 2015 – 3 C 30.13 = PharmR 2015, 446 (448).

Insbesondere die Wahrnehmung rechtlich vorgesehener Überwachungspflichten durch den Apothekenleiter gegenüber seinem Personal erscheint durch die Einführung des § 3 Abs. 3a ApBetrO (Ref-E) gefährdet. Dabei ist anerkannt, dass zu der Leitungsverantwortung des Apothekers aus § 7 Satz 1 ApoG grundsätzlich auch die Überwachung und Schulung des pharmazeutischen und nicht pharmazeutischen Personals gehört,

vgl. nur *Kieser*, in: Kieser/Wesser/Saalfrank, ApoG, 1. EL 2017, § 7 Rn. 78.

Inwiefern die Wahrnehmung dieser Pflichten bei der Einführung einer Abwesenheitserlaubnis für den an und für sich zuständigen Apotheker (seinerseits in überprüfbarer Weise) sichergestellt werden soll, ist indes unklar. Vielmehr sind Zweifel daran angezeigt, die nicht zuletzt auch darauf zurückzuführen sind, dass der Referentenentwurf für den Fall der Verhinderung des erfahrenen pharmazeutisch-technischen Assistenzpersonals keine Vertretungsregelung vorsieht, die zur Wahrung der Rechtssicherheit indes unverzichtbar erscheinen und das Apothekenbetriebsrecht aus Sicht der Apotheker maßgeblich prägen.

Der Referentenentwurf begegnet mit Blick auf die Normhierarchie daher durchgreifenden rechtlichen Bedenken. Der ApBetrO kommt allein die Aufgabe zu, Einzelheiten des Apothekenbetriebs festzulegen und Detailfragen des Betriebs von Apotheken zu klären, die aus Gründen der Effektivität der Normsetzung eher einem Fachministerium als dem Parlament zuzuordnen sind. Nicht gedeckt von der Ermächtigung in § 21 Abs. 1 ApoG ist indes das regulatorische Abweichen von Grundprinzipien des deutschen Apothekenrechts, die sich in wesentlichen Vorschriften des ApoG manifestiert haben. Die im Range des Parlamentsgesetzes festgeschriebenen Regelungen des ApoG binden den Verordnungsgeber unmittelbar und stellen mithin gleichzeitig die materiell-rechtliche Grenze für den Regelungsinhalt der Rechtsverordnung dar. Der Verstoß gegen höherrangiges (Parlaments-)Recht hat in diesen Fällen die Unwirksamkeit der in Rede stehenden Rechtsverordnung zur Folge.

So verhält es sich vorliegend mit Blick auf das Verhältnis zwischen § 3 Abs. 3a ApBetrO (Ref-E) und § 7 Satz 1 ApoG, da der Gesetzesentwurf die in § 7 Satz 1 ApoG ausnahmslos vorgesehene eigenverantwortliche Leitungspflicht des Apothekenleiters unterläuft und auch die gesetzliche Anwesenheitspflicht approbierten Personals in öffentlichen Apotheken außer Acht lässt. Der geplante Verordnungsentwurf verstößt mithin gegen höherrangiges Recht in Form von § 7 Satz 1 ApoG.

c) Vereinbarkeit mit Verfassungsrecht

Darüber hinaus ist die geplante Rechtsänderung unmittelbar am Maßstab des Verfassungsrechts, insbesondere den Grundrechten, zu messen. Zunächst ist dazu festzustellen, dass es sich bei der geplanten Änderung des bisherigen Leit- und Berufsbilds des Apothekenrechts um einen rechtfertigungsbedürftigen Grundrechtseingriff in die Berufsfreiheit (Art. 12 Abs. 1 GG) aller betroffenen Apotheker handelt,

ausf. *Di Fabio, Apothekerliche Präsenzpflicht in der Apotheke, 2024, S. 27 f.*

Ob der hinter der Gesetzesänderung stehende Zweck – Erhalt eines flächendeckenden Apothekennetzes durch Entbürokratisierung – den grundrechtlichen Anforderungen an die verfassungsrechtliche Rechtfertigung des mit der Reform einhergehenden Grundrechtseingriffs genügt, ist zumindest zweifelhaft. Zum einen gilt dies bereits hinsichtlich der mit der rechtlichen Abkehr vom Grundsatz der Präsenzapotheke einhergehenden Erhöhung des Risikos für die Patientensicherheit bei der Abgabe von Arzneimitteln. Zum anderen ist zu berücksichtigen, dass die Stagnation des flächendeckenden Betriebs mit öffentlichen Apotheken zu großen Teilen auch auf das fehlen wirtschaftlicher Anreize zurückzuführen ist.

Dieser Entwicklung ließe sich indes auch durch eine Optimierung der Ertragsverhältnisse von Apotheken entgegenwirken, die – anders als der Versuch eines Austauschs besser bezahlter approbierter Apotheker gegen geringer bezahlte Pharmazeutisch-technische Assistenten – nicht mit einer Verminderung des Sicherheitsniveaus bei der Abgabe von Arzneimitteln einhergehen würde,

Di Fabio, Apothekerliche Präsenzpflicht in der Apotheke, 2024, S. 32 ff.

Hinzu kommt, dass der Staat im Verhältnis zu Apothekern einer sog. regulatorischen Ingerenz unterliegt, da er sich dazu entschieden hat, den Beruf des Apothekers in besonders engmaschiger Weise zu regulieren. Er muss demnach Sorge dafür tragen, dass die Angehörigen des von ihm regulierten Berufs nicht in unverhältnismäßiger Weise beeinträchtigt werden, um den hinter der Regulierung stehenden Gesamtzweck nicht zu gefährden. In ebendiese Richtung bewegt sich der Bundesgesetzgeber indes, wenn er sich gegen eine Anpassung der Ertragsverhältnisse entscheidet und stattdessen die Regeln für den personellen Betrieb von Apotheken zulasten des Verbraucher- und Gesundheitsschutzes verringert,

vgl. in diese Richtung auch zutreffend *Di Fabio*, Apothekerliche Präsenzpflicht in der Apotheke, 2024, S. 34 ff.

Nach alledem ist davon auszugehen, dass die geplante Änderung der ApBetrO nicht den Anforderungen der Berufsfreiheit betroffener Apotheker genügt.

d) Gesetzesvorbehalt

Im jedem Fall bestehen indes erhebliche Zweifel an der Vereinbarkeit der Regelung in § 3 Abs. 3a ApBetrO (Ref-E) mit dem verfassungsrechtlichen Gesetzes- bzw. Parlamentsvorbehalt.

aa) Herleitung und Inhalt

Seine verfassungsrechtliche Grundlage findet der Vorbehalt des Gesetzes sowohl im Rechtsstaats- als auch im Demokratieprinzip. Während seine rechtsstaatliche Herleitung auf die Transparenz und Vorhersehbarkeit des staatlichen Handelns abstellt und insbesondere auf den Grundrechtsschutz der Normadressaten bezogen ist, betont seine demokratische Komponente, dass das Parlament als das unmittelbar demokratisch legitimierte Staatsorgan sich nicht seiner Aufgabe entziehen darf, die grundlegenden Entscheidungen für das Gemeinwesen zu treffen,

vgl. *Mann*, in: *Sachs*, GG, 9. Auflage 2021, Art. 80 Rn. 21; *Rux*, in: *BeckOK* GG, 57. Edition 2024, Art. 20 Rn. 173.

Insbesondere für Letzteres wird vom BVerfG in ständiger Rechtsprechung in diesem Zusammenhang auf die sog. Wesentlichkeitstheorie abgestellt, die besagt, dass die Entscheidung wesentlicher Fragen dem parlamentarischen Gesetzgeber vorbehalten ist. Wann und inwieweit es mit Blick auf die Wesentlichkeit einer Frage wiederum einer Regelung durch den Gesetzgeber bedarf, lässt sich nur mit Blick auf den jeweiligen Sachbereich und auf die Eigenart des betroffenen Regelungsgegenstandes bestimmen, wobei die Grundrechtsrelevanz der Entscheidung ein ausschlaggebendes Kriterium ist,

st. Rspr. BVerfG, Urt. v. 19.09.2018 – 2 BvF 1/15, 2 BvF 2/15 = NVwZ 2018, 1703 (1711) m.w.N.; *Mann*, in: *Sachs*, GG, 9. Auflage 2021, Art. 80

Rn. 22; *Kalscheuer/Jacobsen*, Der Parlamentsvorbehalt: Wesentlichkeitstheorie als Abwägungstheorie, DÖV 2018, 523 (525).

Demnach sind normative Angelegenheiten von besonderer Relevanz, insbesondere intensive grundrechtliche Eingriffe oder die Harmonisierung miteinander kollidierender Grundrechte im Wege praktischer Konkordanz, nur einer Regelung durch Parlamentsgesetz zugänglich. Demgegenüber stehen normative Angelegenheiten, denen diese Wesentlichkeit fehlt, einer Regelung auch durch eine Rechtsverordnung offen, sofern dieser wiederum eine hinreichende parlamentsgesetzliche Ermächtigungsgrundlage zugrunde liegt,

grundlegend BVerfG, Beschl. v. 20.10.1981 – 1 BvR 640/80 = NJW 1982, 921 (923 ff.); *Mann*, in: *Sachs*, GG, 9. Auflage 2021, Art. 80 Rn. 22.

Inwiefern der Regelung in Art. 80 Abs. 1 Satz 2 GG als Verfassungsnorm darüber hinaus ein eigenständiger Bedeutungswert beizumessen ist, ist in Rechtsprechung und Literatur nicht abschließend geklärt. Vorzugswürdig erscheint es, in der Normierung des Art. 80 Abs. 1 Satz 2 GG eine spezielle Ausprägung der vom BVerfG entwickelten und aus dem Demokratieprinzip abgeleiteten „Wesentlichkeitstheorie“ zu sehen, die bekräftigt, dass es für jede Rechtsverordnung einer hinreichenden Ermächtigungsgrundlage bedarf,

vgl. dazu *Remmert*, in: *Dürig/Herzog/Scholz*, GG, 103. EL 2024, Art. 80 Rn. 69 ff.

Damit steht fest, dass Rechtsverordnungen am Maßstab der Wesentlichkeitstheorie auf ihre Verfassungskonformität hin zu überprüfen sind. Ergibt eine Prüfung der Wesentlichkeit, dass die in Form einer Rechtsverordnung getroffene Entscheidung einer parlamentsgesetzlichen Regelung bedurft hätte, erweist sich die Verordnung als nicht mit dem Verfassungsrecht vereinbar und damit als rechtswidrig.

bb) Vereinbarkeit mit dem Gesetzesvorbehalt

Die geplante Einführung des § 3 Abs. 3a ApBetrO (Ref-E) dürfte den verfassungsrechtlichen Anforderungen des Gesetzesvorbehalts nicht genügen. Für die Legalisierung sog. „Light-Apotheken“ wäre in jedem Fall die (grundlegende)

Änderung des Apothekengesetzes erforderlich, da es sich bei dieser Entscheidung um eine wesentliche Frage handelt, die dem Gesetzgeber vorbehalten ist.

Wie bereits dargelegt, ist in der Legalisierung des Apothekenbetriebs ohne unbefristete persönliche Anwesenheit eines approbierten Apothekers ein Paradigmenwechsel im geltenden Apothekenrecht zu sehen, da das Apothekenrecht in Deutschland seit jeher vom Leitbild des präsenten Apothekers geprägt ist. Das Abweichen von dem Leitbild der Präsenzapotheke geht dabei unbestritten mit Entscheidungsfragen einher, die von wesentlicher Bedeutung sind. Insbesondere steht die Abwägung zwischen der Sicherheit der Arzneimittelversorgung in Deutschland aus Gründen des Verbraucher- und Gesundheitsschutzes dem im Rahmen der Gesetzesbegründung ins Feld geführten Abbau des flächendeckenden Apothekernetzes in Deutschland entgegen. Zur Klärung dieser verfassungsrechtlich implementierten Gemengelage stellen sich grundlegende Fragen zur Bedeutsamkeit „Vor-Ort-Betreuung“ durch approbierte Apotheker, der das Apothekenrecht bisher einen denkbar hohen Stellenwert beigemessen hat.

Das Austarieren ebendieser sich bisweilen widerstreitenden und teilweise ergänzenden Belange sowie die grundlegende Entscheidung über zukunftsorientierte Entwicklungen im Apothekenrecht obliegen indes dem Gesetzgeber als demokratisch unmittelbar legitimiertes Organ der Gesetzgebung und nicht dem der Exekutive zuzuordnenden Bundesministerium für Gesundheit. Erforderlich wäre daher eine grundlegende Änderung der rechtlichen Vorgaben innerhalb des ApoG, in der zunächst die grundsätzliche Zulässigkeit telepharmazeutischer Beratung in rechtssicherer Weise festgeschrieben wird. Erst recht gilt dies für die in § 3 Abs. 3a ApBetrO (Ref-E) vom Verordnungsgeber vorgesehene Möglichkeit, vom Grundsatz der Präsenzpflicht und der strengen Leitungspflicht durch approbierte Apotheker unter Rückgriff auf telepharmazeutische Maßnahmen abzuweichen.

Während die Einzelheiten zum Einsatz der Telepharmazie in verfassungsrechtlich nicht zu beanstandender Weise einer Regelung in der ApBetrO zugänglich wären, bedarf die Frage nach der grundsätzlichen Zulässigkeit des Einsatzes telepharmazeutischer Vorrichtungen sowie die Bewertung ihres Stellenwerts im Vergleich zur Präsenz approbiert Apotheker einer Regelung von

Gesetzesrang. Eine Regelung vom Rang der Rechtsverordnung wird den verfassungsrechtlichen Anforderungen jedenfalls nicht gerecht.

Der Umstand, dass die Änderung der in Rede stehenden ApBetrO im Falle eines Beschlusses durch den Bundestag auf die Entscheidung eines Legislativorgans zurückzuführen wäre, ändert an der skizzierten Rechtslage nichts, da eine vom Parlamentsgesetzgeber geänderte Verordnung nach der Rechtsprechung des BVerfG eine Rechtsverordnung im Rechtssinne darstellt, die wiederum am Vorbehalt des Gesetzes und der Wesentlichkeitstheorie zu messen ist,

grundlegend BVerfG, Beschl. v. 13.09.2005 – 2 BvF 2/03 = NVwZ 2006, 191 (196 ff.); ausf. Uhle, in: BeckOK GG, 57. Edition 2024, Art. 80 Rn. 50 f.

Zur Wahrung des Gesetzesvorbehalts reicht es mithin nicht aus, dass die Änderung der Rechtsverordnung auf einen Entschluss des Parlamentsgesetzgebers zurückzuführen ist. Es ist vielmehr erforderlich, dass dieser auch in der für seine wesentlichen Entscheidung vorgesehenen Rechtsform des formellen Parlamentsgesetzes entscheidet. Dies ist indes vorliegend nicht geschehen.

cc) Zwischenergebnis

Die geplante Regelung in § 3 Abs. 3a ApBetrO (Ref-E) verstößt gegen den Vorbehalt des Gesetzes.

e) Ergebnis

Nach alledem erweist sich die geplante Regelung in § 3 Abs. 3a ApBetrO (Ref-E) als rechts- und verfassungswidrig. Zum einen verstößt der Regelungsinhalt gegen § 7 Satz 1 ApoG und damit höherrangiges Recht. Außerdem geht mit der Rechtsänderung ein ungerechtfertigter Grundrechtseingriff in die Berufsfreiheit der betroffenen Apotheker einher. Schließlich widerspricht der Regelungsstandort in der ApBetrO dem Vorbehalt des Gesetzes, da von Verfassungs wegen eine Regelung auf Ebene des Parlamentsgesetzes erforderlich wäre.

IV. Fazit

Die geplante Änderung der ApBetrO, durch die der Betrieb von Apotheken ohne Anwesenheitspflicht für approbierte Apotheker legalisiert werden soll, widerspricht dem Leitbild des deutschen Apothekenrechts in grundlegender Weise. In Anbetracht der Tatsache, dass der mit dieser Rechtsänderung einhergehende Paradigmenwechsel auf der Ebene einer Rechtsverordnung geplant wird, erweist sich die beabsichtigte Neuregelung in § 3 Abs. 3a ApBetrO (Ref-E) als unvereinbar mit ~~höherrangigem~~ Recht.

Dies gilt zum einen mit Blick auf die Vorschrift des § 7 Satz 1 ApoG, die den Betrieb und die Leitung einer öffentlichen Apotheke von der persönlichen Anwesenheit eines approbierten Apothekers abhängig macht. Der Widerspruch der geplanten Neuregelung und der Vorgabe in § 7 Satz 1 ApoG fällt zulasten der Neuregelung aus, die sich bereits aus diesem Grund als rechtswidrig erweist.

Zum anderen ist dem Vorbehalt des Gesetzes folgend für die geplante Rechtsänderung in jedem Fall eine parlamentsgesetzliche Regelung erforderlich. Die mit der Einführung der Telepharmazie und der Abkehr vom Leitbild der Präsenzapotheke einhergehenden (Abwägungs-)Fragen sind derart wesentlicher Natur, dass nur eine parlamentsgesetzliche Regelung ihrer Bedeutung und Tragweite gerecht werden kann.

Schließlich geht mit der geplanten Rechtsänderung auch ein nicht unerheblicher Grundrechteingriff für die betroffenen Apotheker einher, der einer verfassungsrechtlichen Rechtfertigung nicht zugänglich sein dürfte, da es – nicht zuletzt auch mit Blick auf die mit der Neuregelung einhergehende Verminderung des Sicherheitsniveaus bei der Abgabe von Arzneimitteln – alternative Reaktionsmöglichkeiten für den Gesetzgeber gäbe, die mit weniger intensiver Eingriffswirkung verbunden wären.

Anlage 5

© 2025 Verlag C.H.Beck GmbH & Co. KG. Jede urheberrechtliche Nutzung ist grundsätzlich untersagt, insbesondere mit, für oder in KI-Systemen oder KI-Modellen. Die Nutzung zum Text- und Data-Mining nach § 44b Abs. 3 UrhG wird vorbehalten.

Kalscheuer: Zur unionsrechtlichen Zulässigkeit eines Rx-Versandhandelsverbots

PharmR 2025, 573

Zur unionsrechtlichen Zulässigkeit eines Rx-Versandhandelsverbots

Dr. Fiete Kalscheuer*

Der BGH hat am 17.07.2025 (Az.: I ZR 74/24/abgedruckt in diesem Heft) entschieden, dass niederländische Arzneimittelversender in der Vergangenheit nicht der strengen deutschen Preisbindung für verschreibungspflichtige Arzneimittel aus § 78 des Arzneimittelgesetzes (AMG) unterlagen und an Rabatten nicht gehindert waren. Anders als es zunächst den Anschein hat, folgt aus der Entscheidung nicht, dass damit auch ein vollständiges Rx-Versandhandelsverbot unzulässig wäre. Im Gegenteil. Das Gericht hält in der Entscheidung ausdrücklich fest, ein Rx-Versandhandelsverbot sei „an sich“ unionsrechtlich zulässig.

I. Einleitung

Den Vor-Ort-Apotheken in Deutschland geht es schlecht. Bei ungehindertem Geschehensablauf werden die kommenden Monate für die Apothekenwirtschaft die schnellste Verschiebung von Marktanteilen in der Geschichte bringen.¹ Die Shop Apotheke bewirbt die Einführung des Card-Link-Verfahrens² in ihren Werbespots mit Günther Jauch zurecht als „Revolution“.³ Der Doc Morris CEO Walter Hess bezeichnet die gegenwärtige Situation in Interviews Mitte September 2024 zutreffend als „Stunde Null“.⁴

Gleichzeitig beschleunigt sich das Apothekensterben in Deutschland zulasten der Vor-Ort-Versorgung der Bevölkerung. Im Jahre 2024 ging die Gesamtzahl der Apotheken in Deutschland um 530 zurück, sodass nur noch 17.041 Apotheken die Menschen in Deutschland versorgen. Das ist der niedrigste Wert seit 1978 und auch im Jahre 2025 setzt sich das Apothekensterben ungebremst fort.⁵

Ein Versandhandelsverbot von rezeptpflichtigen Medikamenten, also ein Rx-Versandhandelsverbot, wäre ein Baustein, um die Vor-Ort-Apotheken in Deutschland zu stärken. Im Folgenden soll die unionsrechtliche Zulässigkeit eines Rx-Versandhandelsverbots erörtert werden. Zunächst wird hierzu ein Überblick zur derzeitigen Sach- und Rechtslage gegeben (II.), sodann soll die Entwicklung des Versandhandels mit Arzneimitteln in Deutschland nachgezeichnet (III.) und schließlich die unionsrechtliche Zulässigkeit eines Rx-Versandhandelsverbots unter Berücksichtigung der aktuellen Entscheidungen des BGH vom 17.07.2025⁶ und des OLG München vom 07.03.2024⁷ zur Arzneimittelpreisbindung diskutiert werden (IV).

Kalscheuer: Zur unionsrechtlichen Zulässigkeit eines Rx-Versandhandelsverbots(PharmR 2025, 573)

574

II. Zur derzeitigen Sach- und Rechtslage

1. Versandhandel in Deutschland

In Deutschland ist der Versand von rezeptfreien und -pflichtigen Arzneimitteln nur Vor-Ort-Apotheken erlaubt, die über eine zusätzliche Versandhandelserlaubnis ihrer Aufsichtsbehörde verfügen. Nach § 11a Abs. 1 Ziffer 2 des Gesetzes über das Apothekenwesen (ApoG) ist dafür ein besonderes Qualitätssicherheitssystem erforderlich.

2. EU-weiter Versandhandel nach Deutschland

Der EU-weite Versandhandel von rezeptfreien und -pflichtigen Arzneimitteln ist in Deutschland grundsätzlich zulässig. Die Zulässigkeitsvoraussetzungen für den EU-weiten Versandhandel sind maßgeblich in § 73 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1a AMG festgeschrieben. Diese Norm macht den Versand von Arzneimitteln nach Deutschland davon abhängig, dass „im Falle des Versandes an den Endverbraucher das Arzneimittel von einer Apotheke eines Mitgliedstaates der Europäischen Union [...], welche für den Versandhandel nach ihrem nationalen Recht, soweit es dem deutschen Apothekenrecht im Hinblick auf die Vorschriften zum Versandhandel entspricht, oder nach dem deutschen Apothekengesetz befugt ist, entsprechend den deutschen Vorschriften zum Versandhandel oder zum elektronischen Handel versandt wird.“

Die Praxis des Versandhandels ist dabei dadurch geprägt, dass die entsprechende ausländische Apotheke nach ihrem nationalen Recht zum Versandhandel mit Arzneimitteln befugt ist und dieses nationale Recht dem deutschen Apothekenrecht im Hinblick auf die Vorschriften zum Versandhandel (vermeintlich) entspricht. Wann das ausländische Recht dem deutschen Recht „entspricht“, bemisst sich nach der Vergleichbarkeit der Sicherheitsstandards. Diese müssen dabei nicht zwingend identisch sein. Entscheidend ist vielmehr, dass das ausländische Recht dem § 11a ApoG vergleichbare Sicherheitsstandards vorsieht.⁸ Eine sog. Länderliste gibt Auskunft darüber, welche Länder den in Deutschland gesetzlich vorgesehenen Sicherheitsstandards entsprechen. Diese „in regelmäßigen Abständen“ zu aktualisierende Übersicht im Sinne des § 73 Abs. 1 Satz 3 AMG stammt derzeit vom 05.07.2011. Da sich auch die Niederlande auf der Länderliste befinden, gibt es – insbesondere der sog. Grenzapotheken wegen – erhebliche Zweifel an der Rechtmäßigkeit der Länderliste. Die niederländischen Behörden überprüfen „Grenzapotheken“ nicht oder jedenfalls nur sehr eingeschränkt, weil diese nur nach Deutschland liefern und die deutschen Behörden überprüfen diese mangels Zuständigkeit ebenfalls nicht.⁹

3. Versandhandel in der EU überwiegend unzulässig

In 19 von 27 Staaten der EU ist der Versandhandel mit rezeptpflichtigen Arzneimitteln generell verboten. Nur in Deutschland, Dänemark, Estland, Finnland, Malta, den Niederlanden und Schweden ist er erlaubt.¹⁰

4. Neue Situation aufgrund des E-Rezepts und des CardLink-Verfahrens

Wie in der Einleitung erwähnt, befindet sich das Apothekenwesen aufgrund der Digitalisierung derzeit in einer disruptiven Phase. Die disruptive Phase folgt insbesondere

aus der Einführung des E-Rezepts und dem damit verbundenen CardLink-Verfahren, wofür die niederländischen Unternehmen DocMorris und Shop Apotheke als erste eine Zulassung von der Zulassungsstelle Gematik erhalten haben.¹¹

Seit dem 01.01.2024 ist in Deutschland bei der Abgabe von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zulasten der gesetzlichen Krankenkassen die Nutzung des E-Rezepts obligatorisch, sodass Kunden/Versicherte entsprechende Verschreibungen direkt etwa bei niederländischen Versandhändlern einreichen können. Der CEO Olaf Heinrich von der Shop Apotheke meint hier zu: „Dies ist der nächste entscheidende Schritt in der digitalen Transformation des Gesundheitswesens, der uns enorme Wachstumschancen für die Zukunft bietet.“¹² In einer Medienmitteilung heißt es dementsprechend bei DocMorris im Juli 2024:

„*Verdreifachung der Rx-Neukundenzahl seit Card-Link-Einführung*

Verdoppelung und kontinuierliche Steigerung des eRx-Marktanteils seit Januar 2024

17 Prozent Umsatzwachstum rezeptpflichtiger Medikamente (Rx) gegenüber Vorquartal“.¹³

III. Zur Entwicklung des Versandhandels mit Arzneimitteln in Deutschland

1. Versandhandel in Deutschland seit 2004 zulässig

Im Jahre 2003 hat der Gesetzgeber mithilfe des GKV-Modernisierungsgesetzes den Versandhandel von grundsätzlich allen rezeptfreien und -pflichtigen Arzneimitteln in Deutschland ab 2004 freigegeben. Am Ende desselben Jahres entschied der Unionsgerichtshof, dass der Versandhandel im EU-Binnenmarkt mit rezeptfreien Arzneimitteln erlaubt sein muss.¹⁴ Bei rezeptpflichtigen Arzneimitteln könne dagegen jeder EU-Mitgliedsstaat selbst entscheiden, ob er den Versand zulasse oder nicht.¹⁵

Kalscheuer: Zur unionsrechtlichen Zulässigkeit eines Rx-Versandhandelsverbots(PharmR 2025, 573)

575

2. Zu dem bis zum Jahre 2016 geltenden Rabatt- und Bonusverbot

Im Jahre 2012 stellte der Gemeinsame Senat der obersten Gerichtshöfe in Deutschland fest, die deutsche Arzneimittelpreisverordnung gelte auch für ausländische Versender.¹⁶ Im selben Jahr stellte der Bundestag in einer Arzneimittelrecht-Novelle klar, dass das deutsche Rabatt- und Bonusverbot auf rezeptpflichtige Arzneimittel auch für ausländische Versender gelte.¹⁷ In der Entscheidung „Deutsche Parkinson Vereinigung e. V./ZBUW“ entschied im Jahre 2016 sodann der Unionsgerichtshof, dass einheitliche Apothekenabgabepreise für verschreibungspflichtige Humanarzneimittel derzeit nicht mit dem Schutz der Gesundheit und des Lebens von Menschen gerechtfertigt werden können. Der Unionsgerichtshof führt in der Entscheidung wie folgt aus: „Ein nationales Gericht muss (...), wenn es eine nationale Regelung darauf prüft, ob sie zum Schutz der Gesundheit und des Lebens von Menschen nach Art. 36 AEUV gerechtfertigt ist, mit Hilfe statistischer Daten, auf einzelne Punkte beschränkter Daten oder anderer Mittel objektiv prüfen, ob die von dem betreffenden Mitgliedstaat vorgelegten Beweise bei verständiger Würdigung die Einschätzung erlauben,

dass die gewählten Mittel zur Verwirklichung der verfolgten Ziele geeignet sind, und ob es möglich ist, diese Ziele durch Maßnahmen zu erreichen, die den freien Warenverkehr weniger einschränken.“¹⁸

Der BGH entschied mit Urt. v. 17.07.2025, dass es nach wie vor keine hinreichenden Belege dafür gebe, dass ohne die Arzneimittelpreisbindung des § 78 Abs. 1 Satz 4 AMG a. F. die Aufrechterhaltung einer sicheren und flächendeckenden Arzneimittelversorgung und deshalb die Gesundheit der Bevölkerung gefährdet gewesen sei.¹⁹ Das Gericht knüpft an die Rechtsprechung des Unionsgerichtshofs aus dem Jahre 2016 an. Es führt aus, es gebe keine valide Datengrundlage für das legitime Ziel der Gewährleistung einer flächendeckenden, sicheren und qualitativ hochwertigen Arzneimittelversorgung zum Schutz der Gesundheit und des Lebens von Menschen durch eine nationale Preisbindungsregelung wie diejenige des § 78 Abs. 1 Satz 4 AMG a. F.²⁰ Es sei nicht mit statistischen Daten oder vergleichbaren Mitteln belegt, dass eine gleichermaßen für inländische Apotheken wie für europäische Versandapotheke geltende Arzneimittelpreisbindung eine geeignete Maßnahme zur Sicherstellung der bestehenden Apothekendichte sei, und es sei auch nicht nachgewiesen, dass der Erhalt des Status quo der Apothekendichte für die flächendeckende, sichere und qualitativ hochwertige Versorgung mit Arzneimitteln erforderlich sei.²¹ Tatsächliche, konkrete oder glaubhafte Anhaltspunkte dafür, dass eine Arzneimittelpreisbindung eine wirksame Maßnahme zum Erhalt der flächendeckenden Versorgung mit Arzneimitteln darstellen könnte, genügten für sich genommen zum Nachweis der Rechtfertigung eines Eingriffs in die Warenverkehrsfreiheit ebenso wenig wie eine intensiv geführte parlamentarische Debatte über mögliche Eingriffsalternativen.²²

3. Zur Entwicklung seit dem Jahre 2017

Im Jahre 2017 legte das Bundesgesundheitsministerium (BMG) einen Referentenentwurf für ein Gesetz zum Versandverbot für rezeptpflichtige Medikamente vor,²³ der jedoch in der 18. Legislaturperiode nicht mehr in den Bundestag eingebracht wurde. Im Jahre 2020 wurde stattdessen das Vor-Ort-Apotheken-Stärkungsgesetz (VOASG) beschlossen, das die bundeseinheitliche Preisbindung für rezeptpflichtige Arzneimittel mithilfe des Sozialrechts (SGB V) für den Versandhandel mit gesetzlich krankenversicherten Patienten wiederherstellte.²⁴ In der Gesetzesbegründung heißt es dazu wie folgt: „Zur Umsetzung der Entscheidung des EuGH vom 19. Oktober 2016 wird die Regelung des § 78 Absatz 1 Satz 4 des Arzneimittelgesetzes (AMG) aufgehoben, wonach die Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) auch für Arzneimittel gilt, die im Wege des Versandhandels nach Deutschland verbracht werden. Um sicherzustellen, dass die Arzneimittelversorgung von Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Wege der Sachleistung als ein grundlegendes und systemrelevantes Strukturprinzip des Systems der GKV auch zukünftig erhalten bleibt und notwendige Steuerungsinstrumente, die daran anknüpfen, weiterhin funktionieren, erfolgen Änderungen im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V).“²⁵ Es

werde geregelt, so heißt es in der Gesetzesbegründung weiter, dass die Rechtswirkung des Rahmenvertrages über die Arzneimittelversorgung nach § 129 Abs. 2 SGB V für Apotheken, auch für Versandapotheken aus anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU), Voraussetzung dafür ist, zu Lasten der GKV verordneter Arzneimittel an Versicherte in der GKV als Sachleistung nach § 2 Abs. 2 SGB V abgeben zu dürfen und unmittelbar mit den Krankenkassen abrechnen zu können.²⁶ Apotheken, für die der Rahmenvertrag Rechtswirkungen entfaltet, würden verpflichtet, bei der Abgabe von verordneten Arzneimitteln an Versicherte in der GKV im Wege der Sachleistung den einheitlichen Apothekenabgabepreis einzuhalten und Versicherten in der GKV keine Zuwendungen zu gewähren.“²⁷

4. Niederländische Versandhändler halten sich nicht an Rabattverbote und stellen sich zunehmend breit auf
Die niederländischen Versandhändler Doc Morris und die Shop Apotheke halten sich derweil nicht an die im Jahre 2020 geschaffene Regelung des § 129 Abs. 3 Satz 3 SGB V sowie an darauf gestützte Entscheidungen deutscher Gerichte zur Unzulässigkeit von Rabatt-Gut-

Kalscheuer: Zur unionsrechtlichen Zulässigkeit eines Rx-Versandhandelsverbots(PharmR 2025, 573)

576

scheinen.²⁸ Allein im Oktober 2024 soll die Shop Apotheke dabei 34 Millionen Euro in die Werbekampagne, die auch Rabatt-Gutscheine umfasste, gesteckt haben.²⁹

Auffällig ist dabei im Weiteren, dass etwa die Shop Apotheke mittlerweile als breit aufgestelltes Versandunternehmen vorgeht. Erwerbbar sind bei der Shop Apotheke u. a. Pferdesattel, Krimis und eine Reihe von Sexspielzeug.³⁰

IV. Zur unionsrechtlichen Zulässigkeit eines Rx-Versandhandelsverbots

1. Rx-Versandhandelsverbot hätte beibehalten werden können

Unstreitig ist, dass es grundsätzlich möglich gewesen wäre, das Rx-Versandhandelsverbot beizubehalten. Bei rezeptpflichtigen Arzneimitteln könne – so der Unionsgerichtshof im Jahre 2003 – jeder EU-Mitgliedsstaat selbst entscheiden, ob er den Versand zulasse oder nicht. Der Gerichtshof führt in der bereits oben zitierten Entscheidung aus dem Jahre 2003 dazu wie folgt aus: „Angesichts der Gefahren, die mit der Verwendung dieser Arzneimittel verbunden sein können, könnte das Erfordernis, die Echtheit der ärztlichen Verschreibungen wirksam und verantwortlich nachprüfen zu können und die Aushändigung des Arzneimittels an den Kunden selbst oder an eine von ihm mit dessen Abholung beauftragte Person zu gewährleisten, ein Verbot des Versandhandels rechtfertigen. Wie die irische Regierung dargelegt hat, könnte die Zulassung einer Ausgabe verschreibungspflichtiger Arzneimittel erst nach Erhalt der Verschreibung und ohne weitere Kontrolle das Risiko erhöhen, dass ärztliche Verschreibungen missbräuchlich oder fehlerhaft verwendet werden. Im Übrigen kann die tatsächlich gegebene Möglichkeit, dass ein Arzneimittel, das ein in einem Mitgliedstaat wohnender Käufer bei einer Apotheke in einem anderen Mitgliedstaat erwirbt, in einer anderen Sprache etikettiert ist als in der Sprache des Heimatstaats des Käufers, im Fall von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln gravierendere Folgen haben“.³¹

Der Unionsgerichtshof schließt in der Entscheidung auch nicht aus, „dass eine erhebliche Gefährdung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit einen zwingenden Grund des Allgemeininteresses darstellen kann“, der eine Beschränkung der Warenverkehrsfreiheit rechtfertigen kann.³² Mangels eines entsprechenden, substantiierten Vortrags konnte der Gerichtshof im Jahre 2003 jedoch nicht abschließend feststellen, dass das Versandhandelsverbot durch Gründe des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit oder der Intaktheit des nationalen Gesundheitswesens tatsächlich gerechtfertigt werden kann.³³ Letztlich kam es hierauf in der Entscheidung des Unionsgerichtshofs nicht an. Festzuhalten bleibt aber, dass nach der Rechtsprechung des Unionsgerichtshofs die Beibehaltung eines Rx-Versandhandelsverbots unionsrechtlich zulässig gewesen wäre.

2. Andere Situation aufgrund der zwischenzeitlichen Erlaubnis des Rx-Versandhandels?

Die rechtliche Situation ist nach der grundsätzlichen Zulassung des Rx-Versandhandels im Jahre 2004 eine andere als zuvor. Unklar ist lediglich, was hieraus konkret folgt.

Anlässlich des erwogenen Versandhandelsverbots im Jahre 2017 meint etwa *Koenig*, es dürften die vom Unionsgerichtshof aufgestellten EU-rechtlichen Eignungs-, Kohärenz- und Nachweisanforderungen an die Einführung eines kategorischen Versandhandelsverbotes für verschreibungspflichtige Arzneimittel nicht unterschätzt werden.³⁴ Anders als noch im Jahre 2003 gehe es im Jahre 2017 nicht mehr um eine Beibehaltung des Versandhandelsverbotes zur Vermeidung unbekannter negativer Liberalisierungsfolgen. Vielmehr beabsichtige das Bundesgesundheitsministerium mit seinem Referentenentwurf umgekehrt, einen über mehr als ein Jahrzehnt praktizierten Liberalisierungsstatus rückgängig zu machen.³⁵ *Koenig* meint weiter: „Der Rx-Versandhandel funktioniert seit fast 13 Jahren. Zudem ist die Digitalisierung des Gesundheitsmarktes, zu dessen essentiellem Bestandteil auch der Arzneimittelversandhandel gehört, das erklärte Ziel der Bundesregierung. Gerade der Rx-Versandhandel hat sich zu einem Vollsortimenter-Angebot entwickelt, das die flächendeckende Versorgung ergänzt. Ganz überwiegend wird über elektronische Kommunikationsplattformen eine spezialisierte pharmazeutische Fachberatung in diskreter Form angeboten. Dies alles hat in den fast 13 Erfahrungsjahren mit dem Rx-Versandhandel gerade zu einer hohen Akzeptanz bei der besonders relevanten Patienten- und Bevölkerungsgruppe der über 65-Jährigen geführt, von denen mittlerweile 62 % Medikamente online beziehen, während nur 33 % der bis 29-Jährigen online Medikamente kaufen. In der Gruppe der 30- bis 49-Jährigen bestellen 62 % und von den 50-bis 64-Jährigen bestellen 61 % bei Versand-Apotheken. 25 % der verschreibungspflichtigen Rezepturen (in Apotheken für bestimmte Patienten aus den benötigten Ausgangsstoffen auf ärztliche Verordnung eigens hergestellte Arzneimittel) werden heute im Versand bezogen.“³⁶

Zum Argument, ein Rx-Versandhandelsverbot sei wegen der ansonsten bestehenden Gefährdung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit in der GKV-Versorgung erforderlich, heißt es bei *Koenig*. Schon der Unionsgerichtshof habe in seiner Entscheidung aus dem Jahre 2003 „keineswegs pauschal das vollständige Verbot des Versandhandels mit ver-

Kalscheuer: Zur unionsrechtlichen Zulässigkeit eines Rx-Versandhandelsverbots(PharmR 2025, 573)

577

schreibungspflichtigen Arzneimitteln aus Gründen des Gesundheitsschutzes zugebilligt.“³⁷ Vielmehr habe der Gerichtshof bereits in der damaligen Vorlagekonstellation, in der es – anders als heute – um eine Beibehaltung des Versandhandelsverbotes zur Vermeidung noch unbekannter negativer Liberalisierungsfolgen ging, die strikte Einhaltung der Eignungs- und Nachweisanforderungen an die mitgliedstaatliche Rechtfertigung von Beschränkungen der Binnenmarktfreiheiten gefordert.³⁸

In einer gutachterlichen Stellungnahme aus dem Jahre 2020 teilt der Fachbereich Europa des Deutschen Bundestages die maßgeblich von *Koenig* vertretene skeptische Auffassung in Bezug auf die Rechtmäßigkeit eines Rx-Versandhandelsverbots. Die Preisbindung sei ein milderes, aber in etwa gleich wirksames Mittel. Da auch auf diesem Wege der Preisdruck für die Vor-Ort-Apotheken reduziert werden könnte und die Festpreisregelung zudem ein milderes Mittel als ein umfassendes Verbot darstellt, bestünden insoweit begründete Zweifel an der Erforderlichkeit eines Versandhandelsverbotes für verschreibungspflichtige Arzneimittel.³⁹

a) Zur notwendigen Einhaltung der Eignungs-, Kohärenz- und Nachweisanforderungen

Im Ausgangspunkt zutreffend weisen *Koenig* und der Fachbereich Europa des Deutschen Bundestages darauf hin, dass der Unionsgerichtshof in seiner Entscheidung aus dem Jahre 2016 die von den Mitgliedsstaaten einzuhaltenden Eignungs- und Nachweisanforderungen näher bestimmt. Wie bereits zitiert, heißt es in der Entscheidung aus dem Jahre 2016, es müsse mit Hilfe statistischer Daten, auf einzelne Punkte beschränkter Daten oder anderer Mittel geprüft werden, „ob die von dem betreffenden Mitgliedstaat vorgelegten Beweise bei verständiger Würdigung die Einschätzung erlauben, dass die gewählten Mittel zur Verwirklichung der verfolgten Ziele geeignet sind, und ob es möglich ist, diese Ziele durch Maßnahmen zu erreichen, die den freien Warenverkehr weniger einschränken.“⁴⁰

Entgegen der Auffassung von *Koenig* und des Fachbereichs Europa des Deutschen Bundestages gibt es aber bei einem Rx-Versandhandelsverbot deutlich geringere Eignungs-, Kohärenz- und Nachweisprobleme als bei der Arzneimittelpreisbindung.

– Anders als bei der Arzneimittelpreisbindung ist es bei einem vollständigen Rx-Versandhandelsverbot, *erstens*, leicht belegbar, dass ein derartiges Verbot die Vor-Ort-Apotheken in Form von Präsenzapothen stärkt: Die Marktanteile, die bisher insbesondere auf die niederländischen Arzneimittelversandhändler entfielen, werden zu den Vor-Ort-

Apotheken wandern. Ein Rx-Versandhandelsverbot ist damit – empirisch nachweisbar – dazu geeignet, die Vor-Ort-Apotheken zu stärken und damit die Apothekendichte sicherzustellen.

– *Zweitens* würde ein Rx-Versandhandelsverbot auch den Kohärenzanforderungen gerecht werden. Von Bedeutung sind hierzu die Ausführungen des BGH in seiner Entscheidung vom 17.07.2025. Es meint, aus Gründen der Kohärenz sei davon auszugehen, dass die Arzneimittelversorgung durch Versandapotheken ebenfalls in sicherer und qualitativ hochwertiger Weise erfolge; – ansonsten hätte sich der Bundestag nicht gegen ein – an sich zulässiges – Versandhandelsverbot im Bereich der verschreibungspflichtigen Arzneimittel entschieden.⁴¹ Die BGH-Entscheidung führt damit zu einer paradoxen Situation: Einerseits stellt die Arzneimittelpreisbindung ein milderes Mittel im Vergleich zu einem Rx-Versandhandelsverbot dar; andererseits ist dem BGH zufolge die Arzneimittelpreisbindung – zumindest nach altem Recht – rechtswidrig, weil aus Gründen der Kohärenz davon auszugehen sei, die Arzneimittelversorgung durch Versandapotheken erfolge ebenfalls in sicherer und qualitativ hochwertiger Weise. Es ist nach der Rechtsprechung des BGH damit im Sinne der Kohärenz einfacher, ein Rx-Versandhandelsverbot zu erlassen als eine europaweit geltende Arzneimittelpreisbindung durchzusetzen.

– Zu berücksichtigen ist, *drittens*, der Beurteilungsspielraum der Mitgliedsstaaten im Bereich des Gesundheitswesens. Hierauf hat das OLG München in der Vorinstanz zur genannten BGH-Entscheidung hingewiesen: Die Verantwortung für die Festlegung ihrer Gesundheitspolitik sowie für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung liege gemäß Art. 168 Abs. 7 AEUV bei den Mitgliedstaaten selbst.⁴² Dabei umfasse die Verantwortung der Mitgliedstaaten sowohl die Verwaltung des Gesundheitswesens und der medizinischen Versorgung als auch die Zuweisung der dafür bereitgestellten Mittel. Im Rahmen des den Mitgliedstaaten zustehenden Beurteilungsermessens liege es – so das OLG München weiter – zudem in deren Verantwortung, zu bestimmen, auf welchem Niveau sie den Schutz der Gesundheit der Bevölkerung gewährleisten wollen und wie dieses Niveau erreicht werden solle. Auch insoweit sei den Mitgliedstaaten ein weiter Wertungsspielraum zuzuerkennen.⁴³ Diesen Ausführungen des OLG München ist in der Sache nichts hinzuzufügen.

– Dem OLG München ist überdies auch darin zuzustimmen, was, *viertens*, die grundlegende Bedeutung der Vor-Ort-Apotheken für die Arzneimittelversorgung anbelangt. Die besondere Bedeutung von Präsenzapotheken ergibt sich nach dem OLG München insbesondere aus den über die bloße Bereitstellung verschreibungspflichtiger Arzneimittel hinaus angebotenen Beratungsleistungen. Die Beratung müsse die notwendigen Informationen über die sachgerechte Anwendung des Arzneimittels umfassen, soweit erforderlich auch über eventuelle Nebenwirkungen oder Wechselwirkungen, die sich aus den Angaben auf der

Verschreibung sowie den Angaben des Patienten oder Kunden ergeben, und über die sachgerechte Aufbewahrung oder Entsorgung des Arzneimittels.⁴⁴ Ferner seien die Präsenzapotheken gehalten, bei der Abgabe von Arzneimitteln an einen Patienten oder andere Kunden durch Nachfrage auch festzustellen, inwieweit diese gegebenenfalls weiteren Informations- und Beratungsbedarf hatten, und eine entsprechende Beratung anzubieten.⁴⁵ Im Falle der

Kalscheuer: Zur unionsrechtlichen Zulässigkeit eines Rx-Versandhandelsverbots(PharmR 2025, 573)

578

Selbstmedikation sei überdies auch festzustellen, ob das gewünschte Arzneimittel zur Anwendung bei der vorgesehenen Person geeignet erscheine oder in welchen Fällen anzuraten sei, gegebenenfalls einen Arzt aufzusuchen.⁴⁶ Hinzu kämen – so das OLG München – insbesondere Nacht- und Notdienste sowie der regelmäßige persönliche Kontakt mit den verschreibenden Ärzten und die Versorgung von Heimen.⁴⁷

b) Schlussfolgerungen

Überträgt man die vom Unionsgerichtshof darlegten Eignungs-, Kohärenz- und Nachweisanforderungen und berücksichtigt zudem die beiden genannten Entscheidungen des BGH und des OLG München, so sprechen die besseren Argumente dafür, dass ein Rx-Versandhandelsverbot in Deutschland unionsrechtlich zulässig ist.

Es ist nicht erkennbar, weshalb es nicht vom Beurteilungsspielraum von Deutschland gedeckt sein sollte, eine Neubewertung der mit dem Rx-Versandhandel einhergehenden Risiken vorzunehmen. Die Sicherheitsstandards zwischen deutschen Vor-Ort-Apotheken und europäischen, insbesondere niederländischen, Arzneimittelversandhändlern unterscheiden sich nach wie vor erheblich. Die Erlaubnis zum Betreiben einer Apotheke ist in Deutschland mit guten Gründen grundsätzlich an den Raum gebunden.⁴⁸ Die Raumbindung der Erlaubnis ermöglicht den zuständigen Behörden die umfassende Überwachung des Apothekenbetriebs. Dies betrifft zum einen die Einhaltung der räumlichen, sächlichen und personellen Voraussetzungen dieses Betriebs (vgl. §§ 3 bis 5 der Verordnung über den Betrieb der Apotheken (ApBetrO)) und zum anderen die Ordnungsgemäßheit der betrieblichen Tätigkeiten, wie etwa der Herstellung von Arzneimitteln (§§ 6 ff., 34 f. ApBetrO), der Vorratshaltung und Lagerung (§ 15 f. ApBetrO), des Erwerbs und der Abgabe von Arzneimitteln (§ 17 ff. ApBetrO), der Beratung und Information der Patienten und anderen Kunden der Apotheke (§ 20 ApBetrO) und des Umgangs mit Arzneimittelrisiken (§ 21 ApBetrO).⁴⁹ Für Vor-Ort-Apotheken, d. h. für Präsenzapotheken, gilt dabei nach § 17 Abs. 3 ApBetrO das Verbot, Arzneimittel und Medizinprodukte, die der Apothekenpflicht unterliegen, im Wege der Selbstbedienung in den Verkehr zu bringen. Im Versandhandel lässt sich dieses Verbot nicht sinnvoll umsetzen.

Das Kennzeichen des deutschen Leitbildes vom „*Apotheker in seiner Apotheke*“ und damit des deutschen Sicherheitsstandards ist im Weiteren, dass das Gesetz den selbstständigen

Apotheker vor den Endverbraucher schaltet und somit – in den Worten *Wessers* – „dafür sorgt, dass es an der Schnittstelle zwischen den Arzneimittel herstellenden Unternehmen, den Arzneimittel verschreibenden Ärzten und den Arzneimittel anwendenden Patienten eine fachlich, rechtlich und wirtschaftlich unabhängige Kontroll- und Beratungsinstanz gibt“.⁵⁰ Das Fremdbesitzverbot und das Verbot, mit Ärzten Absprachen über die Zuführung von Patienten und die Zuweisung von Verschreibungen zu treffen (vgl. § 11 Abs. 1 ApoG), sichert diese Unabhängigkeit gegen Fremdeinflüsse ab. *Wesser* schlussfolgert daraus zutreffend, der Gesetzgeber wolle gerade nicht, „dass der Arzneimittelverkehr von ‚vertikal integrierten Arzneimittelunternehmen‘ beherrscht wird, bei denen von der Produktion über den Großhandel bis hin zur Abgabe der Arzneimittel an den Endverbraucher alles unter einem Dach erfolgt, zentral gesteuert von einer ‚Führungsholding‘.“⁵¹ Deutsche Apotheker unterliegen überdies strengen Grenzen bei ihrem Verkaufssortiment. Der Apothekenleiter darf in einer Apotheke gemäß § 2 Abs. 4 ApBetrO neben Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten nur die in § 1a Abs. 10 ApBetrO abschließend genannten apothekenüblichen Waren anbieten, wenn der Umfang den ordnungsgemäßen Betrieb der Apotheke und den Vorrang des Arzneimittelauftrags nicht beeinträchtigt. Auch diese Regelung soll den Sicherheitsstandard der deutschen Apotheken gewährleisten: Die Apotheker sollen sich auf ihr Kerngeschäft konzentrieren und dem Gesundheitsschutz der Bevölkerung dienen.

Die Sicherheitsstandards beispielsweise niederländischer Arzneimittelversandhändler sind mit den dargestellten Sicherheitsstandards deutscher Vor-Ort-Apotheken nicht vergleichbar. In den Niederlanden besteht für den Betrieb einer Apotheke keine Erlaubnis- oder Konzessionspflicht. Auch ein Fremdbesitzverbot existiert nicht, sodass der Inhaber einer Apotheke ebenso eine Kapitalgesellschaft sein kann. Beschränkungen in Bezug auf die in einer Apotheke verkaufbaren Produkte bestehen in den Niederlanden ebenfalls nicht und die horizontale Integration durch Bildung von Apothekenketten ist dort uneingeschränkt erlaubt. Entsprechendes gilt für die vertikale Integration, also die Verbindung von Industrie, Großhandel und Apotheke unter einem Dach.⁵²

V. Fazit

Möchte Deutschland seine hohen Sicherheitsstandards behalten, die die Vor-Ort-Apotheken aus den dargestellten Gründen gewährleisten, so zwingen das E-Rezept und das damit einhergehende „revolutionäre“ CardLink-Verfahren zum Handeln. Wie oben dargestellt, werden bei ungehindertem Geschehensablauf die Marktanteile in der Apothekenwirtschaft massiv zu Lasten der Vor-Ort-Apotheken verschoben. Das Unionsrecht erkennt den Mitgliedsstaaten dabei auf dem Gebiet des Gesundheitswesens einen Beurteilungsspielraum zu. Ein Rx-Versandhandelsverbot ist aus den dargestellten Gründen vom Beurteilungsspielraum Deutschlands gedeckt. Die Zeit zu handeln ist jetzt.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Fiete Kalscheuer

Rechtsanwalt

Fachanwalt für Verwaltungsrecht

BROCK MÜLLER ZIEGENBEIN

Rechtsanwälte Partnerschaft mbB · Notare

Schwedenkai 1

24103 Kiel

E-Mail: fiete.kalscheuer@bmz-recht.de

www.bmz-recht.de

1 Der Autor ist Rechtsanwalt und Fachanwalt für Verwaltungsrecht in der Kanzlei Brock Müller Ziegenbein Rechtsanwälte Partnerschaft mbB in Kiel.

1 Hollstein, Versender mit 74 Prozent Rx-Wachstum, apotheke adhoc vom 09.12.2024 (zuletzt abgerufen am 31.07.2025).

2 CardLink ermöglicht es Nutzern, E-Rezepte orts- und zeitunabhängig mit ihrer elektronischen Gesundheitskarte (eGK) einzulösen. Das Smartphone übernimmt dabei die Funktion eines Kartenlesegeräts in der Apotheke – die eGK wird „eingesteckt“ und die Rezeptinformationen werden abgerufen, siehe dazu:

https://www.deutschesapothenportal.de/download/public/arbeitshilfen/dap_arbeitshilfe_faq_cardlink.pdf (zuletzt abgerufen am 31.07.2025).

3 Vgl. <https://youtu.be/T7fskDSdshE?feature=shared> (zuletzt abgerufen am 31.07.2025).

4 apotheke adhoc vom 16.09.2024: <https://www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/detail/markt/docmorris-ceo-wir-sind-in-der-absoluten-anfangsphase/> (zuletzt abgerufen am 31.07.2025).

5 <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/ungebremstes-apothekensterben-im-ersten-quartal-2025-155165/> (zuletzt abgerufen am 31.07.2025).

6 BGH, Urt. v. 17.07.2025 – I ZR 74/24, GRUR-RS 2025, 17085.

7 OLG München, Urt. v. 07.03.2024 – 6 U 1509/14, GRUR-RS 2024, 23242.

8 Saalfrank, Versandhandel mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln aus EU-Mitgliedsstaaten nach Deutschland, A&R 2005, 11 (12).

9 Vgl. Schwelm, Deutsche Apothekerzeitung vom 04.06.2020, Außer Kontrolle, <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2020/daz-23-2020/ausser-kontrolle> (zuletzt abgerufen am 31.07.2025).

10 https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/ZDF/Zahlen-Daten-Fakten-24/ABDA_ZDF_2024_Broschuere.pdf, S. 196 (zuletzt abgerufen am 31.07.2025).

11 Vgl. Deutsche Apothekerzeitung vom 23.04.2024, <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2024/04/23/gematik-erteilt-cardlink-zulassung-fuer-redcare> (zuletzt abgerufen am 31.07.2025).

12 <https://www.redcare-pharmacy.com/de/newsroom/press-releases/redcare-pharmacy-s-ehealth-cardlink-solution-is-live> (zuletzt abgerufen am 31.07.2025).

13 <https://www.boerse.de/nachrichten/DocMorris-mit-beschleunigtem-und-signifikantem-eRx-Wachstum-bei-Neukunden-Marktanteil-und-Umsatz/36253891> (zuletzt abgerufen am 31.07.2025).

14 EuGH, Urt. v. 11.12.2003 – Rs. C-322/01, EuR 2004, 253 Rn. 112 ff.

15 EuGH, (Fn. 14), EuR 2004, 253 Rn. 124.

16 Gemeinsamer Senat der obersten Gerichtshöfe des Bundes, Beschl. v. 22.08.2012 – GmS-OGB 1/10.

17 BT-Drs. 17/9341 S. 67.

18 EuGH, Urt. v. 19.10.2016 – C-148/15 (Deutsche Parkinson Vereinigung/ZBUW), NVwZ 2016, 1793 (1795 f. Rn. 34 ff.).

19 BGH, (Fn. 6), GRUR-RS 2025, 17085 Rn. 52.

20 BGH, (Fn. 6), GRUR-RS 2025, 17085 Rn. 52.

21 BGH, (Fn. 6), GRUR-RS 2025, 17085 Rn. 52.

22 BGH, (Fn. 6), GRUR-RS 2025, 17085 Rn. 52.

23 https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/V/Versandhandel-Verbot_RefE.pdf (zuletzt abgerufen am 31.07.2025).

24 https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/A/Apothekengesetz_Kabinett.pdf (zuletzt abgerufen am 31.07.2025).

25 BT-Drs. 373/19, S. 2.

26 BT-Drs. 373/19, S. 2.

27 BT-Drs. 373/19, S. 2.

28 Vgl. dazu: Piontek, Rx-Boni: „In Deutschland verboten, vom Versand ausgenutzt“ vom 25.07.2026, <https://www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/detail/marke/rabatt-alarm-in-deutschland-verboten-vom-versand-ausgenutzt/> (zuletzt abgerufen am 31.07.2025).

29 <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2024/11/21/shop-apotheke-34-millionen-fuer-werbung-im-oktober> (zuletzt abgerufen am 31.07.2025).

30 Piontek, Shop Apotheke: „Verkaufen Dinge, wofür wir bestraft würden“ vom 31.01.2025, <https://www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/detail/apothekenpraxis/shop-apotheke-verkaufen-dinge-wofuer-wir-bestraft-wuerden/> (zuletzt abgerufen am 31.07.2025).

31 EuGH, (Fn. 14), EuR 2004, 253 Rn. 119.

32 EuGH, (Fn. 14), EuR 2004, 253 Rn. 122.

33 EuGH, (Fn. 14), EuR 253 Rn. 123.

34 Koenig, Versandhandelsverbot für verschreibungspflichtige Arzneimittel? Ein Frontalzusammenstoß mit der Rechtsprechung des EuGH!, PharmR 2017, 85 (87).

35 Koenig, (Fn. 34), PharmR 2017, 85 (87).

36 Koenig, (Fn. 34), PharmR 2017, 85 (87).

37 Koenig, (Fn. 34), PharmR 2017, 85 (87).

38 Koenig, (Fn. 34), PharmR 2017, 85 (87 f.).

39 PE 6 – 3000 – 068/20, S. 8.

<https://www.bundestag.de/resource/blob/798852/7da6e2a9c8e06cf41c8216b09e353a69/PE-6-068-20-pdf.pdf> (zuletzt abgerufen am 31.07.2025).

40 EuGH, (Fn. 18), NVwZ 2016, 1793 (1795 f. Rn. 34).

41 BGH, (Fn. 6), GRUR-RS 2025, 17085 Rn. 56.

42 OLG München, (Fn. 7), GRUR-RS 2024, 23242 Rn. 69.

43 OLG München, (Fn. 7), GRUR-RS 2024, 23242 Rn. 69.

44 OLG München, (Fn. 7), GRUR-RS 2024, 23242 Rn. 78.

45 OLG München, (Fn. 7), GRUR-RS 2024, 23242 Rn. 78.

46 OLG München, (Fn. 7), GRUR-RS 2024, 23242 Rn. 78.

47 OLG München, (Fn. 7), GRUR-RS 2024, 23242 Rn. 78.

48 Siehe dazu Wesser, Vergleichbarer Sicherheitsstand bei Arzneimittelversand durch niederländische Internet-Apotheken?, A&R 2017, 195 (197 f.).

49 Wesser, (Fn. 48), A&R 2017, 195 (197 f.).

50 Wesser, (Fn. 48), A&R 2017, 195 (199).

51 Wesser, (Fn. 48), A&R 2017, 195 (199).

52 Instruktiv dazu erneut Wesser (Fn. 48), A&R 2017, 195 (206).

© 2025 Verlag C.H.Beck GmbH & Co. KG. Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Verlag C.H.Beck GmbH & Co. KG ist ausschließlicher Inhaber aller Nutzungsrechte. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen. Verlag C.H.Beck GmbH & Co. KG behält sich alle Rechte vor, insbesondere die Nutzung zum Text-und-Data-Mining (TDM) nach § 44b Abs. 3 UrhG (Art. 4 DSM-RL).