

Claus Pöhlmann

**Sind gesundheitsökonomische und -politische Entscheidungen Dänemarks  
auf das deutsche Gesundheitssystem übertragbar?**

**Die 2015-Apothekenreform in Dänemark**

Dissertation

2025

Claus Pöhlmann

Sind gesundheitsökonomische und -politische Entscheidungen Dänemarks auf  
das deutsche Gesundheitssystem übertragbar?

Die 2015-Apothekenreform in Dänemark

Betreuer:  
Prof. Dr. Stefan Okruch

Promotionsausschuss:  
Vorsitzende:  
Doz. Dr. habil. Georg Trautnitz  
Doz. Dr. habil. Tim Herberger (Zusatzmitglied)

Gutachter:  
Prof. Dr. Frank Daumann  
Prof. Dr. Steffen Hamm

Mitglieder:  
Prof. Dr. Andreas Knorr  
Prof. Dr. habil. Siegfried Franke  
Prof. Dr. Martina Eckardt (Zusatzmitglied)  
Dr. Eszter Megyeri (Zusatzmitglied)

Eingereicht am 28.01.2025

## *Danksagung*

Einer Vielzahl von Personen bin ich zu Dank verpflichtet, die die Arbeit in den letzten Jahren begleitet haben. Denn, die Thematik hätte ohne Gedanken- und Gesprächsaustausch nicht zum vorliegenden Resultat führen können

Meinen dänischen Kollegen, die behilflich waren, ins Detail gehende Fragen aufzuklären sowie diverse deutsche Kollegen und die Mitarbeiter meines Apothekenbetriebes haben eine rege Anteilnahme an der Erarbeitung der Arbeit genommen.

Herrn Dipl. Fachlehrer a. D. Willi Fuhsy danke ich sehr für das Lektorat der Arbeit.

Meinem lieben Betreuer Prof. Dr. Stefan Okruch bin ich zutiefst dankbar, denn er hat stets fest an das Gelingen dieser Arbeit geglaubt.

Allen voran bin ich meiner lieben Tochter Victoria Esperanza Pöhlmann González und meiner lieben Ehefrau Maria del Mar González Pérez zu tiefstem Dank verpflichtet, denn ohne deren Nachsicht, Rücksichtnahme und Interesse hätte die Arbeit nie vollendet werden können. Dennoch, die Zeit, die wir nicht gemeinsam verbrachten, ist unwiderruflich verloren.

Als unzureichende Entschädigung möchte ich von ganzem Herzen euch beiden diese Arbeit widmen.

Herzlichen Dank!

Claus Pöhlmann

Göllnitz, im Januar 2025

# *Inhaltsverzeichnis*

<i>Abbildungsverzeichnis</i> .....	<i>XI</i>
<i>Tabellenverzeichnis</i> .....	<i>XIII</i>
<i>Abkürzungsverzeichnis</i> .....	<i>XV</i>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>1</b>
1.1 Forschungslücke .....	6
1.2 Forschungsziel .....	6
1.3 Forschungsfragen .....	6
1.4 Untersuchungsdesign und Methodik .....	7
1.5 Aufbau der Arbeit .....	9
<b>2 Forschungsstand der Gesundheitssystemforschung</b> .....	<b>11</b>
2.1 Begrifflichkeiten .....	11
2.1.1 Gesundheit .....	11
2.1.2 Gesundheitswesen .....	11
2.1.3 Gesundheitssystem .....	11
2.2 Gesundheitssystemforschung .....	11
2.2.1 Einordnung .....	12
2.2.2 Modelle .....	14
2.2.2.1 Finanzierungsherkunft und Leistungserbringung .....	14
2.2.2.2 Akteure und Interaktionen (Dreikantmodell) .....	14
2.2.2.3 Der Gesundheitsprozess .....	15
2.2.3 Aufgaben der Gesundheitsforschung .....	17
2.2.3.1 Nachfrager und Anbieter .....	17
2.2.3.2 Der Gesundheitszustand .....	17
2.2.3.3 Der Gesundheitsprozess .....	18
2.2.3.4 Ergebnisse (Qualität-, Effektivitäts- und Effizienzmessungen) .....	18
2.3 Literaturrecherche (LR) .....	18
2.3.1 Methodik .....	18
2.3.2 Schlüsselwörter .....	19
2.3.3 Forschungsstand .....	19
<b>3 Gesundheitssystem und Apothekenwesen in Deutschland</b> .....	<b>23</b>
3.1 Gesundheitssystem: Aufbau und Finanzierung .....	23
3.1.1 Einleitung .....	23
3.1.2 Aufbau .....	23
3.1.3 Finanzierung .....	25

# Inhaltsverzeichnis

---

3.1.3.1 Die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) .....	26
3.1.3.2 Die privaten Krankenversicherungen (PKV) .....	29
3.1.4 Die Versorgungsorganisation .....	29
3.1.4.1 Stationärer Sektor .....	29
3.1.4.2 Ambulanter Sektor .....	29
3.1.5 Leistungen .....	30
3.1.5.1 Gesetzliche Krankenversicherungen (GKV) .....	30
3.1.5.2 Private Krankenversicherungen (PKV) .....	31
3.2 Das Apothekenwesen .....	31
3.2.1 Einleitung .....	31
3.2.2 Gesetzliche Grundlagen .....	31
3.2.3 Rahmenbedingungen .....	32
3.2.4 Waren und Preise .....	34
3.2.5 Die Vergütung der Apothekenleistungen .....	35
3.2.6 Berufsgruppen .....	36
3.2.6.1 Apotheker/in .....	36
3.2.6.2 Apothekenassistent/in (Vorexaminierte/r) .....	36
3.2.6.3 Pharmazieingenieur/in (Pharm. Ing.) .....	37
3.2.6.4 Pharmazeutisch-technische/r Assistent/in (PTA) .....	37
3.2.6.5 Pharmazeutisch-kaufmännische/r Angestellte/r (PKA) .....	37
3.2.7 Apothekenarten inkl. Sonderformen .....	37
3.2.8 Standesorganisationen .....	38
3.2.8.1 Die Apothekenkammern .....	38
3.2.8.2 Die Bundesapothekenkammer (BAK) .....	38
3.2.8.3 Apothekenvereine / -verbände .....	39
3.2.8.4 Deutscher Apothekerverband e. V. (DAV) .....	39
3.2.8.5 Bundesvereinigung Deutsche Apothekerverbände e. V. (ABDA) .....	39
3.2.8.6 Freie Apothekerschaft e. V. (FA) .....	40
3.3 Die Apothekenentwicklung .....	41
3.3.1 Einleitung .....	41
3.3.2 Von den 1950ern bis zur politischen Wende .....	42
3.3.2.1 Altbundesländer ohne Berlin-West .....	42
3.3.2.2 Deutsche Demokratische Republik .....	45
3.3.2.3 Gesamtdeutschland nach 1990 .....	46
3.3.3.1 Altbundesländer .....	46
3.3.3.2 Neue Bundesländer .....	47
3.3.3.3 Berlin-Ost und -West .....	48

# Inhaltsverzeichnis

---

3.3.3.4 Zusammenfassung .....	49
3.3.4 Die Apothekenstruktur nach 2004 bis 2023.....	53
3.3.5 Der Arzneimittelversandhandel nach 2004 .....	55
3.4 Ursachen für Apothekenschließungen .....	60
3.4.1 Wirtschaftlicher Rückgang durch Rohgewinnverluste .....	61
3.4.1.1 Einleitung .....	61
3.4.1.2 BIP und Gesamt-Pharmaumsatz .....	62
3.4.1.3 Umsatz der Durchschnitts-Apotheke .....	63
Exkurs: Geschäftsjahr 2021 .....	69
3.4.2 Herkunft des Rohertrages .....	70
3.4.2.1 Rohertrag erhöhende Faktoren .....	70
3.4.2.1.1 Vergütung durch das Kombimodell .....	70
Exkurs: Der Nacht- und Notdienstfonds (NNF) .....	72
3.4.2.1.2 Notdienstpauschale .....	73
3.4.2.1.3 Pharmazeutische Dienstleistungen (pDL) .....	75
3.4.2.1.4 Botendienstpauschale .....	77
3.4.2.1.5 Lieferengpass-Pauschale .....	77
3.4.2.1.6 Wareneinkauf und „Skontourteil“ .....	78
3.4.2.2 Rohertrag reduzierende Faktoren .....	79
3.4.2.2.1 Das Kombimodell .....	79
Exkurs: Orphan-Arzneimittel und das AMNOG .....	81
3.4.2.2.2 Hochpreiser (hochpreisige Arzneimittel) .....	81
3.4.2.2.3 Rezepturen .....	87
3.4.2.2.4 Apothekenabschlag .....	88
3.4.2.2.5 Rabattverträge .....	90
Exkurs: Pharmagroßhandel .....	92
3.4.2.2.6 Pharmazeutischer Großhandel .....	94
3.4.2.2.7 Retaxationen .....	94
3.4.2.2.8 Konkurrenz auf dem Non-Rx-FAM-Markt .....	96
3.4.2.3 Zwischenfazit .....	97
3.5 Die Apotheke als Arbeitsplatz .....	102
3.5.1 Einleitung .....	102
3.5.2 Pharmazeutisches und nicht-pharmazeutisches Personal in Apotheken .....	103
3.5.2.1 Apotheker und Pharmazeuten .....	106
3.5.2.1.1 Apotheker in öffentlichen Vollapotheken .....	106
3.5.2.1.2 Krankenhausapotheker .....	111
3.5.2.1.3 Pharmazeuten in der Industrie, Verwaltung etc. ....	113

# Inhaltsverzeichnis

---

3.5.2.1.4 Pharmazeuten im Praktikum (PhiP) .....	113
3.5.2.2 Apothekerassistenten und Pharmazie-Ingenieure (Pharm. Ing.) .....	115
3.5.2.3 Pharmazeutisch-technischer Assistent/in (PTA) .....	116
3.5.2.4 Pharmazeutisch-kaufmännische Angestellte/r (PKA) .....	116
3.5.3 Ausbildungen in der öffentlichen Vollapotheke .....	117
3.5.3.1 Pharmazeuten im Praktikum (PhiP) .....	118
3.5.3.2 Pharmazeutisch-kaufmännische Angestellte/r (PKA) .....	118
3.5.3.3 Pharmazeutisch-technischer Assistent/in (PTA) .....	118
3.6 Die Apothekenreform (ApoRG) .....	118
3.6.1 Der Referentenentwurf zum Apotheken-Reformgesetz (ApoRG) .....	119
3.6.1.1 Vergütung .....	119
3.6.1.1.1 Notdiensthonorar .....	119
3.6.1.1.2 Die Fixe (Fixum) und variable Vergütung .....	120
3.6.1.2 Strukturelle Änderungen .....	122
3.6.1.3 Dienstleitungserweiterungen .....	126
3.6.2 Dem ApoRG widersprechende (Rechts-)Gutachten .....	127
3.6.2.1 Das Gutachten von Di Fabio .....	127
3.6.2.2 Das Gutachten von Kalscheuer und Harding .....	129
3.6.2.2.1 Die Vereinbarkeit mit höherrangigem Recht .....	130
3.6.2.2.2 Die Verfassungsrechtliche Unvereinbarkeit .....	131
3.6.2.3 Das Gutachten von Götz .....	132
3.6.2.3.1 Die wirtschaftliche Lage der Apotheken .....	132
3.6.2.3.2 Ein alternativer Vergütungsansatz .....	132
3.6.3 Die Einordnung des geplanten ApoRG .....	133
3.7 Aktualisierungen .....	135
<b>4 Das dänische Gesundheitssystem .....</b>	<b>137</b>
4.1 Aufbau und Finanzierung .....	137
4.1.1 Einleitung .....	137
4.1.2 Aufbau .....	137
4.1.3 Finanzierung .....	139
4.1.4 Versorgungsorganisation .....	140
4.1.5 Leistungen .....	141
4.2 Der Apothekensektor .....	141
4.2.1 Pharmazeutische Berufe .....	142
4.2.1.1 Pharmazeuten .....	142
4.2.1.2 Farmakonome .....	144
4.2.2 Apothekenwaren .....	145

4.2.3 Apothekeneinheiten .....	146
4.2.4 Arzneimittelverbrauch und -umsätze in Apotheken und im Einzelhandel .....	147
4.2.5. Arzneimittelpreise .....	149
4.2.6 Vergütung und Abgaben des Apothekensektors .....	150
4.2.6.1 Vergütungsrahmen ( <i>bruttoavancerammen</i> ) .....	151
4.2.6.2 Arzneimittelpackungsaufschlag (APA; <i>fastkroneavancen</i> ) .....	152
4.2.6.3 Ausgleichsregelung ( <i>udligningsordningen</i> ) .....	153
4.2.6.4 Die Freihandelswarenabgabe ( <i>frihandelsafgiften</i> ) .....	154
4.2.6.5 Abgaben und Gebühren .....	156
4.3 Die 2015-Modernisierung des Apothekensektors in Dänemark .....	156
4.3.1 Wesentliche Gesetzesänderungen im Apothekensektor (1995 bis 2015) .....	157
4.3.1.1 Die apotheken- und beratungsfreie Arzneimitteldistribution .....	158
4.3.1.2 Die Abschaffung des Mehrbesitzverbotes .....	159
4.3.1.3 Subventionsabbau bei Apotheken in urbanen Zentren .....	160
4.3.1.4 Veterinärmedizinische Arzneimittel für Nutztiere .....	162
4.3.2 Empfehlungen der Wettbewerbsbehörde (2005, 2010 und 2012) .....	163
4.3.2.1 Die Wettbewerbsbehörde 2005 .....	164
4.3.2.1.1 Aufhebung der Fremd- und Mehrbesitzverbote .....	165
4.3.2.1.2 Genehmigung von Internetapotheken .....	166
4.3.2.1.3 Freie Entscheidung über Waren, Dienstleistungen und Öffnungszeiten .....	166
4.3.2.1.4 Maximalpreise .....	166
4.3.2.1.5 Keine Unterstützung ersteigerte Apotheken .....	167
4.3.2.1.6 Die freie Veräußerung von Apotheken .....	167
4.3.2.1.7 Erstattung für im Ausland erworbene Arzneimittel .....	168
4.3.2.2 Antwortschreiben des Gesundheitsministers .....	169
4.3.2.3 Die Wettbewerbsbehörde 2010 und 2012 .....	171
4.3.3 Die interministerielle Arbeitsgruppe (2012 bis 2014) .....	176
4.3.4 Die 2014-Gesetzesvorlage zur Modernisierung des Apothekensektors .....	178
4.4 Ergebnisse der 2015-Modernisierung des Apothekensektors .....	183
4.4.1 Der verbesserte Zugang zu Arzneimitteln .....	183
4.4.1.1 Apothekeneinheiten .....	184
4.4.1.2 Geografische Entfernung zum nächsten Konkurrenzbetrieb .....	186
4.4.1.3 Öffnungszeiten .....	187
4.4.1.4 Wartezeiten .....	187
4.4.1.5 Bereitschaftsdienste .....	188
4.4.2 Die Arzneimittelpreisreduzierung .....	189
4.4.3 Medikationsfehler .....	192

4.4.4 Beratung und pharmazeutische Dienstleistungen .....	193
4.5 Das dänische Apothekenwesens: Status quo 2023 .....	194
4.5.1 Der Wettbewerbsrat 2022 .....	195
4.5.2 Das ungelöste ökonomische Dilemma .....	196
4.5.3 Die Justierung der finanzierten Steuerung des Apothekensektors 2023 .....	198
4.5.3.1 Der Gesetzesentwurf .....	198
4.5.3.2 Stellungnahme des Apothekervereins (DA) .....	199
4.5.4 Arzneimittellieferengpässe .....	200
4.5.5 Personalmangel .....	200
4.5.6 Zusätzliche pharmazeutische Dienstleistungen .....	201
4.6 Gesetz Nr. 646 .....	203
4.6.1 Änderungen des Apothekenvergütungsmodells .....	203
4.6.1.1 § 45 Apothekengesetz .....	203
4.6.1.2 § 49 Apothekengesetz .....	204
4.6.1.3 § 50 Apothekengesetz .....	204
4.6.1.4 Weitere Änderungen im Apothekengesetz .....	207
4.6.2 Entlastungsmaßnahmen .....	208
4.6.3 Eine Einordnung .....	209
<b>5 Vergleich der Apothekensektoren in Deutschland und Dänemark .....</b>	<b>212</b>
5.1 Einleitung .....	213
5.2 Die Gesundheitssektoren .....	214
5.2.1 Finanzierungsquellen .....	214
5.2.2 Gesundheitsausgaben .....	218
5.2.2.1 Gesundheitsausgaben zum BIP .....	220
5.2.2.2 Gesundheitsausgaben pro Einwohner .....	221
5.2.2.3 Gesundheitsausgaben nach Leistungsbereichen .....	223
5.2.3 Verwaltungsausgaben .....	226
5.3 Die Struktur der Apothekensektoren .....	227
5.3.1 Voraussetzungen für den Apothekenbetrieb .....	227
5.3.2 Apotheken und weitere Einheiten .....	228
5.3.3 Anzahl der Einheiten .....	229
5.3.4 Gleichstand der Apothekeneinheiten .....	230
5.4 Die Vergütung der Apothekensektoren .....	231
5.5 Die Arzneimittelmärkte .....	233
5.5.1 Einteilung .....	233
5.5.2 Die Arzneimittelpreisgestaltung .....	234
5.5.3 Der Arzneimittelumsatz .....	235

# Inhaltsverzeichnis

---

5.5.3.1 Rx-FAM-Umsatz .....	235
5.5.3.2 Non-Rx-FAM-Umsatz .....	237
5.6 Das Apothekenpersonal .....	238
5.6.1 Apotheker .....	238
5.6.2 PTA und Farmakonome .....	239
5.6.3 Weiteres Personal .....	239
<b>6 Diskussion .....</b>	<b>240</b>
6.1 Einleitung .....	240
6.2 Lösungsvorschläge .....	241
6.2.1 Lösungsvorschläge bzgl. des Apothekenpersonals .....	241
6.2.1.1 Apotheker .....	241
6.2.1.2 Pharmakonom und PTA .....	243
6.2.1.3 PKA .....	244
6.2.2 Lösungsvorschläge zur Apothekenstruktur .....	245
6.3 Der Apothekensektor in Dänemark .....	247
6.4 Der Apothekensektor in Deutschland .....	252
6.5 Die Beantwortung der Forschungsfragen .....	262
<b>7 Fazit .....</b>	<b>264</b>
<b>8 Ausblick .....</b>	<b>266</b>
<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>267</b>
<i>Aufsätze</i> .....	267
<i>Monographien</i> .....	269
<i>Online verfügbare Quellen</i> .....	269
<b>Anhang .....</b>	<b>290</b>

## *Abbildungsverzeichnis*

Abb. 1: DE (1871 bis 2020): Die Lebenserwartung bei Geburt .....	1
Abb. 2: DE (1871 und 2021): Veränderung der Bevölkerungsstruktur nach Altersgruppen .....	2
Abb. 3: DE (1992 bis 2022): Gesundheitsausgaben pro Kopf .....	3
Abb. 4: Die Gesundheitssystemforschung innerhalb der Gesundheitsforschung .....	12
Abb. 5: Die Analyseebenen der Gesundheitssystemforschung .....	13
Abb. 6: Akteure und Interaktionen auf dem Gesundheitsmarkt .....	15
Abb. 7: Der Gesundheitsprozess .....	16
Abb. 8: DE (1970 bis 2024): Anzahl gesetzlicher Krankenkassen (GKV) .....	26
Abb. 9: DE (2004 bis 2024): Der Bundeszuschuss zum Gesundheitsfonds .....	28
Abb. 10: DE (1956 bis 1989): Die Geschäftsmodellentwicklung Apotheke .....	43
Abb. 11: DDR (1950 bis 1989): Apothekeneinheiten nach Eigentum und Anzahl .....	45
Abb. 12: DE (1991 bis 2023): Apothekenbetriebe in den Neuen Bundesländern (ohne Berlin) .....	47
Abb. 13: DE (1991 bis 2023): Entwicklung der Apothekenanzahl in Berlin .....	49
Abb. 14: DE (1991 bis 2024): Entwicklung der Apothekenanzahl .....	50
Abb. 15: DE (1991 bis 2024): Differenz zw. Neugründungen und Schließungen .....	51
Abb. 16: DE (1991 bis 2024): Apothekenanzahl pro 100.000 Einwohner .....	52
Abb. 17: DE (2005 bis 2023): Veränderungen in der Apothekenstruktur .....	53
Abb. 18: DE (2005 bis 2023): Die Entwicklung der Apothekenfilialen .....	54
Abb. 19: DE (2016 bis 2023): Die GKV-Arzneimittelausgaben .....	58
Abb. 20: DE (2008 bis 2023): Der Non-Rx-FAM-Versandhandel .....	59
Abb. 21: DE (2006 bis 2023): Abgleich der Apothekenanzahl zum BIP .....	62
Abb. 22: DE (2006 bis 2023): Abgleich der Apothekenanzahl zum Pharma-Gesamtmarkt .....	63
Abb. 23: DE (2003 bis 2023): Anzahl Apotheken zum Durchschnittsumsatz .....	64
Abb. 24: DE (2009 bis 2023): Die Umsatzklasseneinteilung .....	65
Abb. 25: DE (2015 bis 2023): Betriebswirtschaftliche Auswertung der Durchschnittsapotheke .....	67
Abb. 26: DE (2014 bis 2023): Der Jahresüberschuss des NNF .....	73
Abb. 27: DE (2013 bis 2023): Die Notdienstpauschale .....	75
Abb. 28: DE (2020 bis 2023): Vergütete Botendienste für GKV-Versicherte .....	77
Abb. 29: DE (2013 bis 2023): GKV-Rx-FAM-Packungen nach Umsatzklassen .....	83
Abb. 30: DE (2013 bis 2023): GKV-Rx-FAM-Umsatz .....	84
Abb. 31: DE (2013 bis 2023): Rx-FAM nach Umsatz und Packungsanzahl .....	85
Abb. 32: DE (2011 bis 2021): Die Arzneimittelpreisentwicklung .....	86
Abb. 33: DE (2004 bis 2025): Angebliches und tatsächliches Fixum .....	90
Abb. 34: DE (2015 bis 2023): Anzahl Rabattverträge und GKV-Einsparungen .....	91
Abb. 35: DE (2019 bis 2022): Der Non-Rx-FAM-Markt .....	96
Abb. 36: EU-27 (2024): Allgemeine und Umsatzsteuersätze auf Arzneimittel .....	98

## Abbildungsverzeichnis

---

Abb. 37: DE (2010 bis 2023): GKV-Rabatte und Abschläge .....	99
Abb. 38: DE (2004 bis 2023): Veränderungen der GKV-Einnahmen etc. im Abgleich zur Apothekenvergütung .....	101
Abb. 39: DE (1997 bis 2023): Arbeitsplätze in öffentlichen Apotheken .....	104
Abb. 40: DE (2003 bis 2023): Apothekenbeschäftigte nach Ausbildungsberufen .....	105
Abb. 41: DE (2014 bis 2023): Tarifliche Stundenlöhne in öffentlichen Apotheken .....	106
Abb. 42: DE (2005 bis 2023): Beschäftigte Apotheker nach Arbeitsstelle .....	107
Abb. 43: DE (1995 bis 2023): Beschäftigte Apotheker in öffentlichen Vollapotheken .....	108
Abb. 44: DE (2010 bis 2023): Veränderung der Beschäftigungszahl nach Arbeitsstelle .....	109
Abb. 45: DE (2007 bis 2023): Anzahl beschäftigter KH-Apotheker .....	111
Abb. 46: DE (2013 bis 2022): Maximaltheoretischer Zugang von Neu-Approbierter in öffentlichen Vollapotheken .....	114
Abb. 47: DE (2004 bis 2023): Die Kompensation von Pharm.-Ing. durch Approbierte .....	115
Abb. 48: DE (2013 bis 2023): Ausbildungsplatz Apotheke .....	117
Abb. 49: DK (2021 bis 2023): Prozentuale Aufteilung des Rx-FAM-Preises .....	149
Abb. 50: DK (2015 bis 2024): Der Arzneimittelpackungsaufschlag - APA ( <i>fastkroneavancen</i> ) .....	153
Abb. 51: DK (2010 bis 2019): Die Überschreitungen der Freihandelswareobergrenze .....	155
Abb. 52: DK (2010): Gewinn ( <i>overskud</i> ) vor und nach der Ausgleichsregelung .....	161
Abb. 53: Europa (2006 und 2011): Durchschnittliche Einwohneranzahl pro Apotheke .....	174
Abb. 54: DK (2000 bis 2010): Änderung der Apothekeneinheitenanzahl .....	175
Abb. 55: DK (2024): Apothekeneinheiten nach regionaler Einteilung .....	184
Abb. 56: DK (2015, 2021): Durchschnittliche Wartezeiten .....	188
Abb. 57: DK (2000 bis 2024): Die Preisentwicklung der Non-Rx-Präparate .....	190
Abb. 58: DK (2023): Substitution verordneter Non- und Rx-FAM .....	191
Abb. 59: Europa (QII/2024): Generikapreise .....	191
Abb. 60: DK (2007 bis QII/2024): Arzneimittelausgaben der Regionen .....	192
Abb. 61: DK (2016 bis 2021): Pharmazeutische Dienstleistungen (pDL) .....	193
Abb. 62: DK (2010 bis 2019): Die "Verbindlichkeiten" des Apothekensektors .....	197
Abb. 63: DE (2013 bis 2022): Gesundheitsfondseinnahmen nach Bezugsquellen .....	215
Abb. 64: DE (2009 bis 2024): Gesundheitsfondseinnahmen und GKV-Ausgaben .....	216
Abb. 65: DK (2010 bis 2022): Gesundheitsausgaben und deren Bezugsquellen .....	217
Abb. 66: DE, DK, EU (2010 bis 2022): Entwicklung der Gesundheitsausgaben .....	219
Abb. 67: DE, DK, EU (2010 bis 2022): Gesundheitsausgaben in Prozent zum BIP .....	221
Abb. 68: DE, DK, EU (2010 bis 2022): Gesundheitsausgaben pro Einwohner .....	222
Abb. 69: DE (2011 bis 2022): GKV-Ausgaben nach Leistungsbereiche .....	223
Abb. 70: DK (2010 bis 2022): Gesundheitsausgaben nach Leistungsbereiche .....	225
Abb. 71: DE, DK (2010 bis 2022): Verwaltungsausgaben pro Kopf .....	226
Abb. 72: DE, DK (2010 bis 2022): Rx-FAM-Ausgaben pro Einwohner .....	236
Abb. 73: DE, DK (2010 bis 2022): Non-Rx-FAM-Ausgaben pro Einwohner .....	237

## *Tabellenverzeichnis*

Tab. 1: DE (1871 bis 2021): Veränderung der Bevölkerung nach Altersgruppen .....	Anhang 290
Tab. 2: DE (1992 bis 2022): Gesundheitsausgaben pro Kopf .....	Anhang 290
Tab. 3: Schlüsselwörter .....	19
Tab. 4: DE (1970 bis 2025): Durchschnittliche GKV-Beitragssätze .....	Anhang 291
Tab. 5: DE (1956 bis 1989): Die Apothekenentwicklung .....	Anhang 291
Tab. 6: DE (1956 und 1990/91): Einwohner pro Apotheke .....	Anhang 292
Tab. 7: DE (1991 und 2023): Apothekenanzahl in den Altbundesländern .....	Anhang 292
Tab. 8: DE (1991 bis 2023): Apothekenanzahl in den neuen Bundesländern (ohne Berlin) .....	Anhang 293
Tab. 9: DE (1990 und 2018): Einwohnerzahl in den neuen Bundesländern (ohne Berlin) .....	Anhang 293
Tab. 10: DE (1991 bis 2023): Apothekenbetriebe im Bundesland Berlin .....	Anhang 293
Tab. 11: DE (1995 und 2021): Bevölkerungsdichte in den Altbundesländern (ohne Berlin) .....	Anhang 294
Tab. 12: DE (2005 bis 2023): Apothekenstruktur nach 2004 .....	Anhang 294
Tab. 13: DE (2009 bis 2023): Apotheken nach Anzahl und Prozent zum Durchschnittsumsatz .....	Anhang 294
Tab. 14: DE (2015 bis 2023): Betriebswirtschaftliche Auswertung der Durchschnittsapotheke .....	Anhang 295
Tab. 15: Vergütungsbeispiel: Abrechnungsbares Arzneimittel .....	Anhang 295
Tab. 16: Vergütungsbeispiel: Rezeptur .....	Anhang 296
Tab. 17: DE (2019 bis 2023): Aufgaben des NNF .....	Anhang 296
Tab. 18: DE (2004 bis 2023): Ersparnisse der GKV durch den Apothekenabschlag .....	Anhang 297
Tab. 19: DE (2013 bis 2023): Rx-FAM-Umsatz und -Packungen zum GKV-Umsatz .....	Anhang 298
Tab. 20: Verhältnis des AEP zum dazugehörigen Rohgewinn .....	Anhang 299
Tab. 21: DE (2023): Bruttotariflöhne für Apotheker und PTA .....	Anhang 299
Tab. 22: DE (2019 bis 2022): Umsatzsätze auf den Non-Rx-FAM-Pharmamarkt .....	Anhang 299
Tab. 23: DE (2014 bis 2023): GKV Arzneimittelausgaben .....	Anhang 300
Tab. 24: DE (2004 bis 2023): Einsparungen im Apothekensektor .....	100, 261
Tab. 25: DE (2010 bis 2023): Apotheker nach Beschäftigung .....	Anhang 301
Tab. 26: DE (2005 bis 2023): Apotheker nach Beschäftigung .....	Anhang 302
Tab. 27: DE (2024): Bruttotarifgehälter für angestellte Apotheker in öffentlichen Apotheken .....	110
Tab. 28: DE (2013 bis 2023): Ausbildungsplatz Apotheke .....	Anhang 302
Tab. 29: DE (2024/25): Veränderungen der Apothekenvergütung durch das ApoRG .....	120
Tab. 30: DE (2024/25): Apothekenvergütung nach ApoRG .....	Anhang 303
Tab. 31: DK (2023): Arzneimittelkosten-Selbstbeteiligungen .....	Anhang 303
Tab. 32: DK (2006 und 2013): Umsatz liberalisierter FAM .....	Anhang 304
Tab. 33: DK (2000 bis 2010): Die Ausgleichsregelung .....	Anhang 304
Tab. 34: DK (2000 bis 2010): Apothekeneinheiten .....	Anhang 305

## Tabellenverzeichnis

---

Tab. 35: DK (2005 bis 2010): Durchschnittlicher Umsatz und Gewinn pro Apotheke .....	Anhang 305
Tab. 36: DK (2010): Durchschnittlicher Gewinn vor und nach der Ausgleichregelung .....	Anhang 306
Tab. 37: DK (2015 bis 2023): Apothekeneinheiten .....	Anhang 306
Tab. 38: DK (2015 bis 2021): Apothekeneinheiten nach Region .....	Anhang 306
Tab. 39: DK (2018, 2021). Entfernungen zwischen Konkurrenzapotheken .....	Anhang 307
Tab. 40: DK (2015 bis 2020): Die Apothekendienstbereitschaft .....	Anhang 307
Tab. 41: DK (2011 bis 2023): Beschäftigte in öffentlichen Apotheken .....	Anhang 307
Tab. 42: DK (2024 bis 2029): Apothekenabgaben .....	Anhang 308
Tab. 43: DE (2013 bis 2022): Gesundheitsfonds nach Bezugsquellen .....	Anhang 308
Tab. 44: DE (2009 bis 2024): Gesundheitsfondseinnahmen und GKV-Ausgaben .....	Anhang 309
Tab. 45: DK (2010 bis 2022): Gesundheitsausgaben nach Bezugsquellen .....	Anhang 310
Tab. 46: DE, DK, EU (2011 bis 2022): Gesundheitsausgaben im Vergleich .....	Anhang 311
Tab. 47: DE, DK, EU (2010 bis 2022): Gesundheitsausgaben in Prozent zum BIP .....	Anhang 312
Tab. 48: DE, DK und EU (2010 bis 2022): Gesundheitsausgaben pro Einwohner .....	Anhang 312
Tab. 49: DE (2011 bis 2022): GKV-Ausgaben nach Sektoren .....	Anhang 313
Tab. 50: DK (2010 bis 2022): Gesundheitsausgaben nach Sektoren .....	Anhang 314
Tab. 51: DE, DK (2010 bis 2022): Verwaltungsausgaben pro Kopf .....	Anhang 315
Tab. 52: DE, DK: Voraussetzungen für den Apothekenbetrieb .....	227
Tab. 53: DE, DK (2024): Unterschiedliche Apothekeneinheiten .....	228
Tab. 54: BRD, DDR, DE, DK (1950 bis 2015): Anzahl Apothekeneinheiten pro Einwohner .....	229, 254
Tab. 55: DE, DK: Der Apothekenanzahl-Gleichstand .....	230, 254
Tab. 56: DE, DK: Die Vergütung der Apothekensektoren .....	231
Tab. 57: DE, DK (2024): Arzneimittelkategorien .....	233
Tab. 58: DE, DK (2010 bis 2022): Rx-FAM-Umsatz pro Kopf .....	Anhang 315
Tab. 59: DE, DK (2010 bis 2022): Non-Rx-FAM-Umsatz pro Kopf .....	Anhang 316

## *Abkürzungsverzeichnis*

AAppO	Approbationsordnung für Apotheker
Abb.	Abbildung
ABDA	Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V.
ADA	Arbeitgeberverband Deutscher Apotheken
AEP	Apothekeneinkaufspreis
AG	Aktiengesellschaft; Altersgruppe; Arbeitgeber
AIP	Apothekeneinkaufspreis ( <i>apotekernes indkøbspris</i> )
AKSA	Apothekenkammer Sachsen-Anhalt
ALBVVG	Arzneimittel-Lieferengpassbekämpfungs- und Versorgungsverbesserungsgesetz
AMG	Arzneimittelgesetz
AMK	Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker
AMNOG	Arzneimittelneuordnungsgesetz
AMPreisV	Arzneimittelpreisverordnung
AN	Arbeitnehmer
ANSG	Apothekennotdienst-Sicherstellungsgesetz
AOK	Allgemeine Ortskrankenkassen
APA	Arzneimittelpackungsaufschlag ( <i>fastkroneavance</i> )
ApBetrO	Apothekenbetriebsordnung
ApoAnwRstG	Gesetz über die Rechtsstellung vorgeprüfter Apothekenanwärter
ApoG	Apothekengesetz
ApoRG	Apotheken-Reformgesetz
ApU	Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers
AUV	Arbeitsgemeinschaft Unabhängiger Versicherungsmakler e. V.
AV(B)	Apothekerverband (Brandenburg)
AVP	Apothekenverkaufspreis
AVWG	Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz
BA	Bundesagentur für Arbeit
BAK	Bundesapothekenkammer
BApO	Bundes-Apothekerordnung
BAS	Bundesamt für Soziale Sicherung
BB	Bundesland Brandenburg
BEK	Bekendtgørelse (Bekanntmachung)
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGBI.	Bundesgesetzblatt

## Abkürzungsverzeichnis

---

BGH	Bundesgerichtshof
BIB	Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BKartA	Bundeskartellamt
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMF	Bundesministerium der Finanzen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Bundesministerium des Innern und für Heimat
BMJ	Bundesministerium für Justiz
BMVZ	Bundesverband Medizinische Versorgungszentren e.V.
BPB	Bundeszentrale für politische Bildung
BRD	Bundesrepublik Deutschland
BReg	Bundesregierung
BSSichG	Beitragssatzsicherungsgesetz
BT	Deutscher Bundestag
BtM	Betäubungsmittel
BtMG	Betäubungsmittelgesetz
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
BW	Baden-Württemberg
BY	Bayern
ChemG	Gesetz zum Schutz vor gefährlichen Stoffen/ Chemikaliengesetz
DA	Dänischer Apothekerverein ( <i>Danmarks Apotekerforening</i> )
DAP	Deutsches Apotheker Portal
DAV	Deutscher Apothekerverband e. V.
DAZ	Deutsche Apotheker Zeitung
DDKM	Das dänische Qualitätsmodell ( <i>Den danske kvalitetsmodel</i> )
DDR	Deutsche Demokratische Republik
DE	Deutschland
Destatis	Statistisches Bundesamt
DK	Dänemark ( <i>Danmark</i> )
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DKK	Dänische Krone ( <i>dansk krone</i> )
e. K.	Eingetragene/r Kaufmann/ -frau
EQR	Europäischer Qualifikationsrahmen
ESP	Apothekenverkaufspreis ( <i>ekspeditionens samlede pris</i> )
EU	Europäische Union
EuGH	Europäischer Gerichtshof

## Abkürzungsverzeichnis

---

FA	Freie Apothekerschaft e. V.
FAZ	Frankfurter Allgemeinen Zeitung
GB	Vereinigtes Königreich
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GBE-Bund	Gesundheitsberichterstattung des Bundes
GbR	Gesellschaft bürgerlichen Rechts
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-FinStG	GKV-Finanzstabilitätsgesetz
GKV-VSG	GKV-Versorgungsstärkungsgesetz
GKV-WSG	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GMG	GKV-Modernisierungsgesetz
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
GVSG	Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz
HB	Freie Hansestadt Bremen
HDI	Haftpflichtverband der Deutschen Industrie
HE	Hessen
HGB	Handelsgesetzbuch
HH	Freie und Hansestadt Hamburg
HV	Handverkauf
HWG	Heilmittelwerbegesetz
IFG	Informationsfreiheitsgesetz
i. V. m.	in Verbindung mit
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KH	Krankenhaus
KHVVG	Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz
KU	Universität Kopenhagen ( <i>Københavns Universitet</i> )
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVKG	Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz
KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
LAK(BB)	Landesapothekenkammer (Brandenburg)
LG	Landgericht
LR	Literaturrecherche
MGDA	Marketing-Gesellschaft Deutscher Apotheker mbH
MV	Mecklenburg-Vorpommern
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum

## Abkürzungsverzeichnis

---

MwSt.	Mehrwertsteuer
NI	Niedersachsen
NNF	Nacht- und Notdienstfonds
Non-Rx-FAM	Nicht-verschreibungspflichtiges Fertigarzneimittel
NRW	Nordrhein-Westfalen
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
OHG	Offene Handelsgesellschaft
OLG	Oberlandesgericht
OTC	Over-the-Counter (eng.; nicht verschreibungspflichtiges Arzneimittel)
OVG	Oberverwaltungsgericht
pGH	pharmazeutischer Großhandel
PHAGRO	Bundesverband des pharmazeutischen Großhandels e. V.
Pharm. Ing.	Pharmazie Ingenieur
PKA	Pharmazeutisch-kaufmännische Angestellte
PKV	Private Krankenversicherung
PTA	Pharmazeutisch-technische Assistenten
pU	pharmazeutischer Unternehmer
PZ	Pharmazeutische Zeitung
RP	Rheinland-Pfalz
Rx	Rezeptpflichtiges Arzneimittel
Rx-FAM	Rezeptpflichtiges Fertigarzneimittel
SDU	Syddansk Universitet (University of Southern Denmark)
SGB	Sozialgesetzbuch
SH	Schleswig-Holstein
SL	Saarland
SN	Freistaat Sachsen
ST	Sachsen-Anhalt
Tab.	Tabelle
TH	Freistaat Thüringen
TVEntgO Bund	Tarifvertrag der Entgeltordnung des Bundes
TVöD Bund	Tarifvertrag des öffentlichen Dienstes Bund
USD	US-Dollar
USt.	Umsatzsteuer
VdEK	Verband der Ersatzkassen e. V.
VOASG	Vor-Ort-Apotheken-Stärkungsgesetz
VVG	Versicherungsvertragsgesetz
WHO	World Health Organization

WIdO

Wissenschaftliches Institut der AOK

## 1 Einleitung

**Hinführung:** Eine steigende Bereitschaft, Mittel in Gesundheit zu investieren, schlägt sich positiv auf die Anzahl gelebter Jahre nieder. Dabei werden die Ausgaben nicht nur für den technischen (medizinischen und pharmazeutischen) Fortschritt verwendet, sondern auch für weitere zentrale Bereiche der Lebensqualität Verbesserung, wie Hygiene, Bildung, Wohn- und Arbeitsbedingungen investiert. 1871 betrug die Lebenserwartung für Frauen und Männer in Deutschland bei Geburt unter 40 Jahren.<sup>1</sup> 150 Jahre später leben Frauen mittlerweile durchschnittliche 83,4 Jahre und Männer 78,6 Jahre.<sup>2</sup> Damit hat sich die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt, den gelebten Lebensjahren weiter angeglichen, die sich wiederum verdoppelten (Abb. 1).

### Lebenserwartung bei Geburt

in Jahren

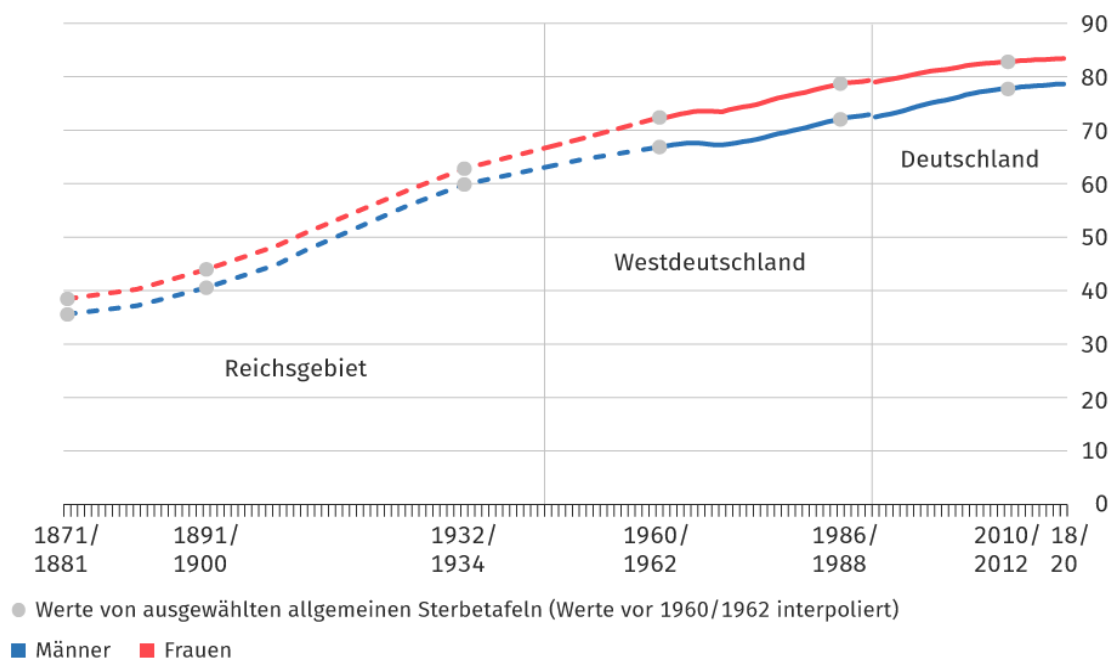


Abb. 1: DE (1871 bis 2020): Die Lebenserwartung bei Geburt. Quelle: Destatis (2021).<sup>3</sup>

Im Betrachtungszeitraum von 1871 bis 2021 hat sich auch die Bevölkerungszahl verdoppelt (1871: 41,03 Mio.; 2021: ca. 83,2 Mio.). Dabei änderten sich die Anteile der einzelnen Gruppe innerhalb der Gesamtpopulation erheblich. Die Altersgruppe (AG: A; 0 bis 19 Jahre) nahm anzahlmäßig um 2,402 Mio. bzw. 15,6 % Individuen ab, bezogen auf die Gesamtbevölkerung bedeutete dies mehr als eine Halbierung, von 43,5% (1871) um 24,93 % auf 18,4 % (2021).

<sup>1</sup> Vgl. Destatis (Pressemitteilung Nr. 331 vom 9. Juli 2021): *Lebenserwartung in Deutschland nahezu unverändert*.

<sup>2</sup> Vgl. Bundesgesundheitsministerium: *Das deutsche Gesundheitssystem*, S. 11.

<sup>3</sup> Vgl. Destatis (Pressemitteilung Nr. 331 vom 9. Juli 2021): *Lebenserwartung in Deutschland nahezu unverändert*.

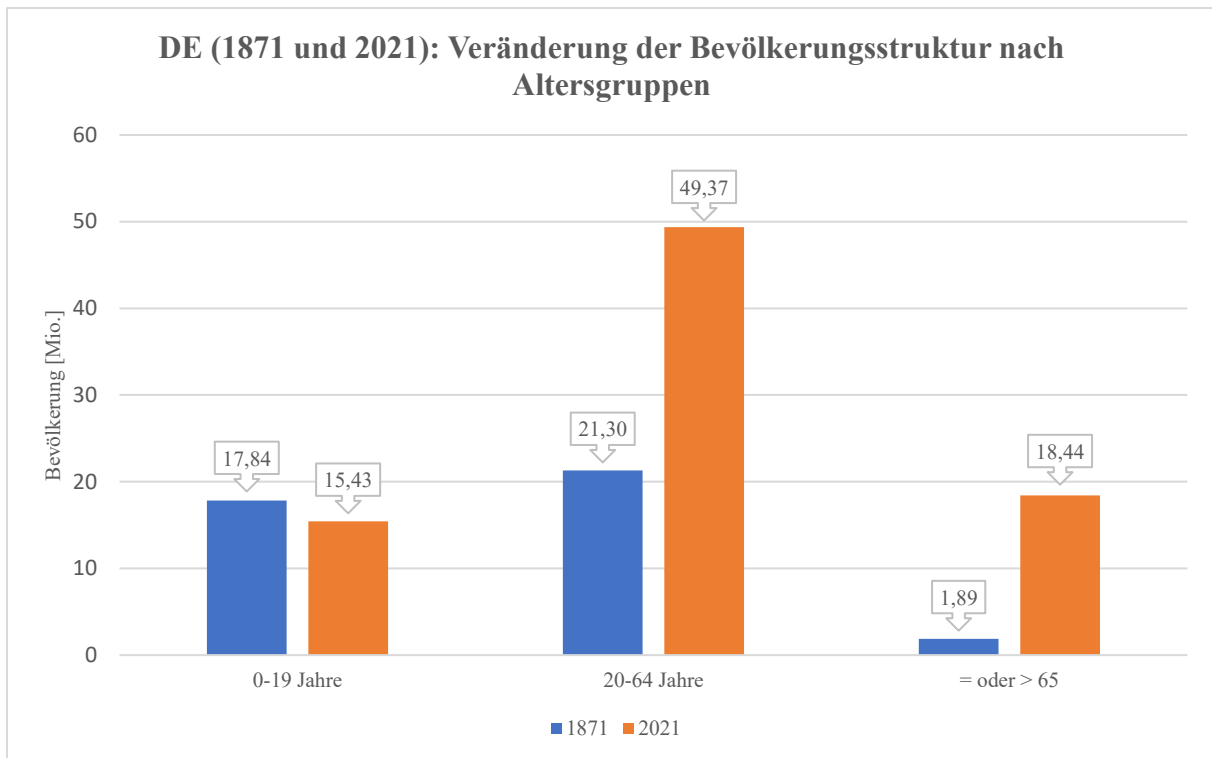


Abb. 2: DE (1871 und 2021): Veränderung der Bevölkerungsstruktur nach Altersgruppen. Eigene Berechnungen und Darstellung. Quelle: BiB.<sup>4</sup>

Die Altersgruppe B (AG: B; 20 bis 64 Jahre) hat sich von 21,3 Mio. um 28,1 Mio. auf 49,4 Mio. Individuen bzw. um ca. 132 % mehr als verdoppelt. Dies entspricht anteilig an der Gesamtbevölkerung dennoch nur einer Steigerung von ca. 8 %, bzw. von ca. 52 % auf ca. 60 %. Die Verbesserung der Lebensbedingungen hat sich besonders auf die Anzahl der Individuen der Altersgruppe C (AG: C; 65 Jahre und älter) ausgewirkt. Diese stieg von knapp 1,9 Mio. um 16,5 Mio. auf 18,4 Mio. Individuen bzw. von 4,6 % auf 22,2 % an der Gesamtbevölkerung, entsprechend einer Steigerung um 875 % (Abb. 2; siehe Anhang, Tab. 1).

Die Bevölkerungszahl in Deutschland nahm zwischen 1992 bis 2021 nur unwesentlich um 2,79 % bzw. 2,62 Mio. Individuen zu (1992: 80,975 Mio.; 2021: 83,237 Mio.).<sup>5</sup> Dies gilt nicht für die Gesundheitsausgaben, denn diese stiegen von 1992 bis 2022 von 159,4 Mrd. Euro um 338,2 Mrd. Euro auf 497,7 Mrd. Euro, entsprechend einer Zunahme von 212,1 %. Gleichbedeutend, dass die pro Kopf Ausgaben für Gesundheit in Deutschland von 1.969 Euro (1992) um 3.994 Euro auf 5.964 Euro (2022) bzw. um 202,8 % zunahm (Abb. 3; siehe Anhang Tab. 2).

Der (medizinische, pharmazeutische) technische Fortschritt ermöglichte eine stetige Ausweitung des Leistungskataloges und ist somit mitverantwortlich für die erheblichen Gesundheitsausgaben der letzten Dekaden. Der technische Fortschritt wird von Forschungs-

<sup>4</sup> Vgl. BiB: *Bevölkerung nach Altersgruppen (1871-2070)*.

<sup>5</sup> Vgl. BiB: *Bevölkerung nach Altersgruppen (1871-2070)*.

und Entwicklungsanreizen beeinflusst, die von der Nachfrageentwicklung nach Gesundheitsgütern und -dienstleistungen abhängen. Dabei wird die Marktgröße vom Zugang zum Gesundheitswesen bestimmt und dieser hängt direkt von der nationalen Gesundheitspolitik ab. Sollte der Zugang zur Gesundheitsversorgung eingeschränkt werden, könnte dies Konsequenzen für Gesundheit und Langlebigkeit haben (Grossmann 2021).<sup>6</sup>

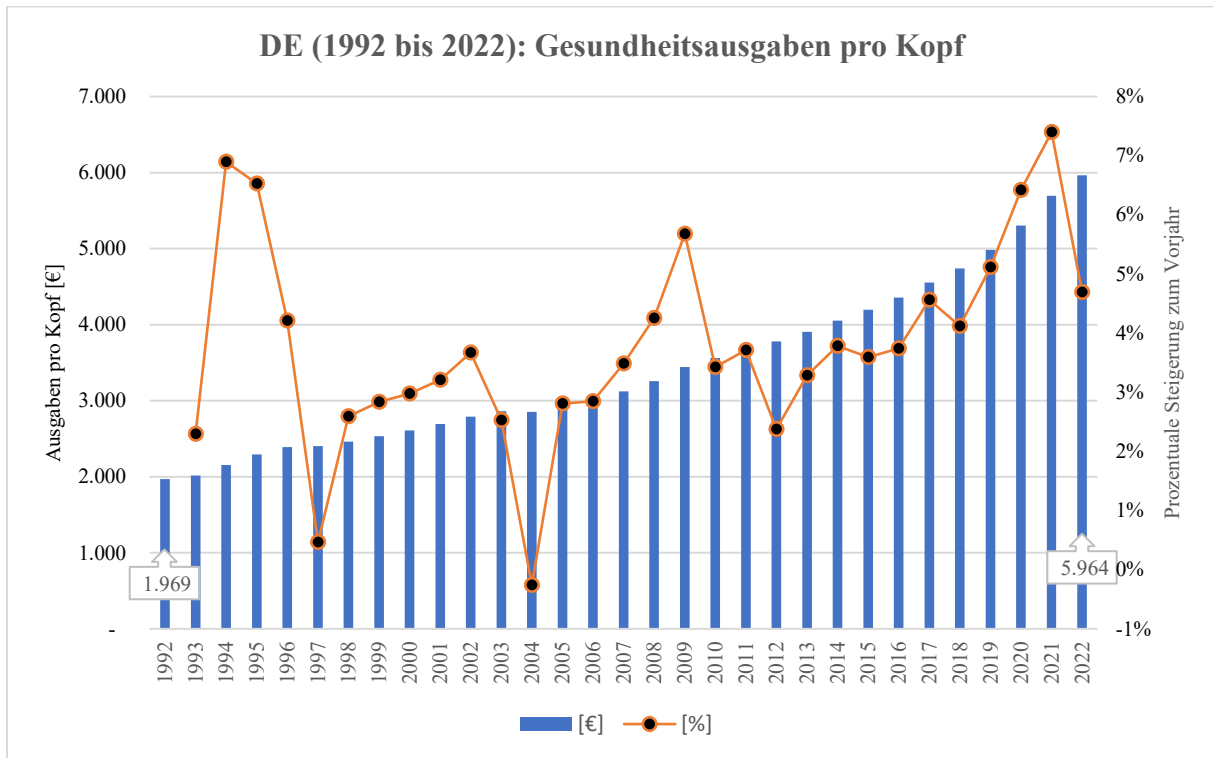


Abb. 3: DE (1992 bis 2022): Gesundheitsausgaben pro Kopf. Eigene Berechnungen und Darstellung. Quelle: BIB und Statista.<sup>7,8</sup>

Welchen Anteil der technische Fortschritt an den Gesundheitsausgaben haben kann, wurde anhand der Ausgaben im US-Gesundheitswesen für den Zeitraum von 1960 bis 1993 untersucht. So wurde argumentiert, dass von 1960 bis 1983 ca. die Hälfte und zwischen 1984 bis 1993 ca. zwei Drittel der Kostensteigerungen durch den technischen Fortschritt verursacht wurden (Peden und Freeland 1995).<sup>9</sup> Der medizinische Fortschritt soll mehr Ausgaben verursachen als Einsparungen. Das gilt gleichermaßen sowohl für die vollständige Heilung, Pflegebedürftigkeit wie bei der Vermeidung von frühen Todesfällen. Daher ist davon auszugehen, dass die Ausgaben für Gesundheit auch zukünftig steigen werden (Beske 2007).<sup>10,11</sup> Diese Einschätzung wird unterstützt, da: „...es keinen Grund gebe, eine Funktion

<sup>6</sup> Vgl. Grossmann, V. (2021): S. 26-27.

<sup>7</sup> Vgl. BiB: *Bevölkerung nach Altersgruppen (1871-2070)*.

<sup>8</sup> Vgl. Statista (Apr 2024): *Jährliche Gesundheitsausgaben in Deutschland in den Jahren von 1992 bis 2022*.

<sup>9</sup> Vgl. Peden, E. A.; Freeland, M. S. (1995): S. 241.

<sup>10</sup> Vgl. Beske, F. (2007): S. 329-330.

<sup>11</sup> Hinweis: Beske (2007; S. 330) prognostizierte bis 2050 einen Ausgabenanstieg der GKV von 153,4 Mrd. €; dennoch, diese lagen in 2022 bereits bei 283,7 Mrd. Euro. Vgl. Statista (16.10.2023): *Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) und Einnahmen des Gesundheitsfonds in den Jahren 2009 bis 2024*.

*nicht durch noch bessere Techniken zu perfektionieren.*“ Gleichbedeutend, dass Sparzwänge bzw. politische Eingriffe nur die Innovationsgeschwindigkeit reduzieren, nicht per se Innovationen verhindern können (Wendt 2005).<sup>12</sup>

Der Anteil der Altersgruppe C an der Gesamtbevölkerung ist in den zurückliegenden 150 Jahren erheblich gestiegen. Wer länger lebt, verbraucht zwangsläufig auch mehr Gesundheitsdienstleistungen und -güter (Breyer 2013).<sup>13</sup> Auf Grund des politisch gewollten und gesellschaftlich akzeptierten Solidaritätsprinzips (Generationenvertrag) zahlen nicht die tatsächlichen Hauptkonsumenten, d. h. nicht die Altersgruppe C den benötigten höheren Konsum, sondern die im Arbeitsleben stehende produktive Altersgruppe B. Die Ausgabenzuwächse konnte die Altersgruppe B bisher durch eine erhebliche Zunahme von einzahlenden Individuen, zudem durch die Erhöhung der Produktivität<sup>14</sup> kompensieren. Eine Produktivitätssteigerung durch Humankapitel wird nicht unendlich möglich sein, denn die Altersgruppe A hat absolut und prozentual an der Gesamtbevölkerung in den vergangenen 150 Jahren erheblich abgenommen. Zudem gehen entsprechende Prognosen davon aus, dass die Sterberate weiterhin über die der Geburtenrate liegen und somit die Bevölkerungszahl in Deutschland sich (weiter) verringern wird.<sup>15</sup> Ein weiterer bezeichnender Aspekt für eine einnahmenseitige Gesundheitsfinanzierung Problematik, ist die zunehmende Steuerleistung durch den Bund (2004: 1,0 Mrd. Euro; 2024: 14,5 Mrd. Euro).<sup>16</sup>

**Problemstellung:** Bedingt durch die Verbesserung der Lebensbedingungen, u. a. auch durch den technischen Fortschritt, leben Individuen im Durchschnitt länger. Wer länger lebt, verbraucht mehr Ressourcen (Gesundheitsgüter und -Dienstleistungen) und somit erhöht sich die Ausgabenseite des Gesundheitssystems immer weiter. Wenn dann die Anzahl der nachfolgenden Generationen abnimmt, d. h., dass zukünftige Einzahler erst gar nicht geboren werden, erweitert sich die Schere zwischen Einnahmen und Ausgaben immer weiter. Die Lücke kann nur durch Steuern und / oder durch eine Erhöhung der Kassen-Versicherungsbeiträge kompensiert werden. Vorausgesetzt, dass ein Leistungsabfall, Einsparungen oder Rationierungen keine optionalen Möglichkeiten für Ausgabenreduktionen bilden sollen.

---

<sup>12</sup> Vgl. Wendt, C. (2005): S. 12.

<sup>13</sup> Hinweis: Die höchsten Behandlungskosten, folglich auch die der Arzneimittelausgaben, sind weniger dem Alter per se als der Nähe zum Tod geschuldet. Dennoch zeigen selbst Simulationsrechnungen, die diesen Effekt berücksichtigen, dass der Anstieg der Lebenserwartung, ebenso wie der medizinische Fortschritt, einen Beitrag zum Wachstum der Pro-Kopf-Ausgaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung leisten wird. Vgl. Breyer, F. (2013): S. 782.

<sup>14</sup> Vgl. Statista (06.09.2024): *Index der Arbeitsproduktivität je Erwerbstätigen in Deutschland von 1991 bis 2023*.

<sup>15</sup> Vgl. Statista (2023): *Prognose der Einwohnerzahl von Deutschland von 2022 bis 2070*.

<sup>16</sup> Vgl. Statista (16.09.2024): *Höhe des Bundeszuschusses zum Gesundheitsfonds in den Jahren 2004 bis 2024*.

Die ordnungspolitischen Rahmenbedingungen für das deutsche Gesundheitswesen werden vom Bundestag und Bundesrat bestimmt. In Erkenntnis der oben geschilderten Problematik haben die jeweiligen deutschen Regierungen beginnend mit dem „*Gesetz zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturentwicklung in den gesetzlichen Krankenkassen*“ (Krankenversicherung-Kostendämpfungsgesetz - KVKG (1977))<sup>17</sup> viele Gesundheits- und pflegepolitische Gesetze bzw. Reformen verabschiedet. Knieps und Reiners (2015)<sup>18</sup> führen 99 Gesetze zwischen 1979 bis 2015, und die AOK nach 1989 insgesamt 64 Gesetze auf.<sup>19</sup>

Daher haben alle Überlegungen bzgl. der zukünftigen Gesundheitsfinanzierung inkl. eine Verbesserung der effizienten Nutzung von Gütern und Dienstleistungen, ob nun sektoral, organisatorisch, technisch u. w., eine hohe gesellschaftliche Relevanz und somit auch für das Promotionsvorhaben. In diesem Zusammenhang sei ausdrücklich darauf hingewiesen, dass eine finanzielle Gestaltung der Gesundheit nicht losgelöst von der Finanzierung von weiteren gesellschaftlichen Aufgaben wie für Rente, Pflege, Unfall, Krankengeld, Arbeitslosigkeit u. w. möglich sein kann.

**Gegenstand der Arbeit:** Um Gesundheitssysteme besser überschauen zu können, werden Sektoren gebildet, z. B. ambulanter, stationärer, der Arzneimittel- bzw. Apothekensektor bzw. einzelne Akteure. Da in der einschlägigen Literatur der stationäre und der ambulanten Sektoren bereits häufig Ziel von weiteren Betrachtungen waren, wird der Fokus dieser Forschungsarbeit allein auf den Arzneimittel- bzw. Apothekensektors gerichtet werden. Der Apothekensektor in Deutschland war, insbesondere in den beiden letzten Dekaden, ausgesetzt von erheblichen, gesundheitspolitisch motivierten Einsparungsmaßnahmen, die durch diversen Gesetzesänderungen bewirkt wurden. Die Folge ist eine wirtschaftliche Abwärtsspirale, die bisher zu 4.561 Betriebsschließungen bzw. einen Betriebsrückgang von 21,1 % nach 2008 führte (Stand: 12/2024; Kap. 3.3.3.4).

In den ersten Literaturrecherchen zur Themenfindung (s. u.) wurde die 2015-Apothekenreform in Dänemark aufgedeckt, später eine vorhergehende von 2001 gefunden. Durch die reziproken Spannungsfelder der Apothekensektoren, bestand die Motivation zur Erstellung der vorliegenden Arbeit, in der Betrachtung der dänischen Apothekenreform wie auch des -sektors als Grundlage für einen bilateralen gesundheitsökonomischen Ländervergleichs. Dies sollte in

---

<sup>17</sup> Vgl. Bundesgesetzblatt (Juni 1977): *Krankenversicherung-Kostendämpfungsgesetz-KVKG*.

<sup>18</sup> Vgl. Knieps, F.; Reiners, H. (2015). S. 329 bis 349.

<sup>19</sup> Vgl. AOK: *Gesundheits- und pflegepolitische Reformen seit 1989*.

Form von Fallstudien bewerkstelligt werden, um letztendlich mögliche Verbesserungsvorschläge bzw. Einsparmöglichkeiten zu erarbeiten.

### **1.1 Forschungslücke**

Die Literaturrecherchen konnten gesundheitspolitische Ereignisse bzw. Entscheidungen aufdecken, die unser nördlicher Nachbar in finanzieller, organisatorischer, politischer, digital-technischer Hinsicht bezogen auf ihr Gesundheitssystem längstens getroffen und umgesetzt hat. Es wurden keine Hinweise gefunden, die belegten, dass gesundheitsökonomische und -politische Entscheidungen in Dänemark bzgl. der 2015-Apothekensektoren in Form eines bilateralen Ländervergleichs mit dem deutschen Apothekensektors untersucht worden wäre. Daher soll diese Forschungslücke durch die vorliegende Forschungsarbeit geschlossen werden.

### **1.2 Forschungsziel**

Entwicklungen von Gesundheitssystemen und deren Rahmenbedingungen sind Quellen für die Gesundheitssystemforschung, denn durch eine Analyse eröffnet sich die Möglichkeit, belastbare und handlungsleitende Konzepte bzw. Empfehlungen für die politische Entscheidungsfindung zu entwickeln. Da das Promotionsprojekt die Wirklichkeit trifft und die damit verbundenen realen Herausforderungen des Gesundheitssystems, soll es den adressierten Entscheidungsträger in Politik und Verwaltung im besten Fall unterstützen. Das Ziel der Dissertation ist daher, die Erfahrungen und Ergebnisse gesundheitsökonomischer und -politischer Entscheidungen Dänemarks im Apothekensektor zu analysieren und einen Handlungsleitfaden zur möglichen Zukunftssicherung des deutschen Apothekensektors zu entwickeln.

### **1.3 Forschungsfragen**

*i.) Was waren die Gründe zur Durchführung der 2015-Apothekenreform in Dänemark?*

*ii.) Welche positiven bzw. negativen Erfahrungen konnten im Apothekensektor Dänemarks gefunden werden?*

*iii.) (Hauptfrage): Können die in Dänemark gemachten gesundheitsökonomischen und -politischen Erfahrungen auf das deutsche Gesundheitssystem übertragen werden?*

## 1.4 Untersuchungsdesign und Methodik

Konzeptionell handelt es sich bei dem Dissertationsvorhaben um eine qualitative-induktive literaturtheoretische Arbeit, die die Fallstudie als Forschungsmethode anwendet, um die Forschungsfragen analytisch-argumentativ zu überprüfen und zu beantworten. Dabei werden die gesundheitsökonomischen und -politischen Entscheidungen Dänemarks im Apothekensektor als ein (zusammenhängender) Fall betrachtet und der deutsche Apothekensektor als ein weiterer Fall dargestellt. Der Zeitrahmen wurde zeitlich ausgeweitet bzw. angepasst, um die Entwicklungen im dänischen Apothekensektor auch weit vor der 2015-Apothekenreform darstellen zu können, denn 2001 wurde eine vorhergehende Apothekenreform durchgeführt, die im Zusammenhang gesehen werden muss. Das Geschäftsmodell Apotheke nahm durch das „Apotheken-Urteil“ in der BRD von 1958 seinen Lauf. Somit war der Zeitrahmen für die Betrachtung des westdeutschen Apothekensektor noch weiter vorzuverlegen. Zudem wurde auch die Apothekenentwicklung der DDR untersucht, dies um innerdeutsche Unterschiede, aber letztlich auch eine Gesamtdeutsche bereits vor 1989 darstellen zu können.

Zur Festlegung des Forschungsthemas wurde eine erste Literaturrecherche (LR) durchgeführt. Im Ergebnis führte diese in eine Sackgasse, denn die Fragestellung(en) war(en) zu weit gefasst. Die gemachten Studien konnten dennoch für die Erstellung der ersten von drei verpflichtenden Publikationen verwendet werden. Die Publikation beschäftigte sich mit der deutschen Pharmaindustrie im Zeitverlauf. Der zweite LR-Ansatz hatte das gleiche Ergebnis, denn die Fragestellung war diesmal zu eng gefasst. Die Ergebnisse konnten auch für eine weitere Publikation verwendet werden. Diese zweite Publikation befasste sich mit der Arzneimittelpreisbildung in drei EU-Staaten.

Mit den vorhergehenden Erfahrungen wurde eine dritte LR konzipiert. Dafür wurden die Prämissen präzisiert, indem festgelegt wurde, dass ein Gesundheitssystemvergleich durchzuführen war, möglicherweise ein bilateraler zwischen Deutschland und Dänemark, denn die Finanzierungen beruhen auf unterschiedlichen Modellen. Zudem wurde in der LR festgestellt, dass Dänemark Anfang der 1970er Jahre von Bismarck- zum Beveridge-Modell wechselte, was nicht als Nachteil gewertet wurde. Mit der Frage, inwiefern es Neuerungen im Gesundheitssystem Dänemark der letzten 50 Jahre festzustellen wären, sollte endlich das Dissertationsthema gefunden werden. Die folgende Auflistung zeigt die Neuerungen im Gesundheitssystem in Dänemark seit 1968:

- 1968 Einführung: CPR-Nummer (*central person register*)<sup>20</sup>
- 1971 kommunale Reform, die auch eine Krankenhausreform war und letztlich zu einem Paradigmenwechsel der Finanzierungsquelle im Gesundheitssystem führte (Anm.: Wechsel vom Bismarck-Modell zum Beveridge-Modell)
- 1976 Einführung: Landspatientregisteret<sup>21</sup> (Krankenhausaufnahmeregister)
- 1994 Einführung: Lægemedelstatistikregisteret<sup>22</sup> (Arzneimittelstatistikregister)
- 2007: Verwaltungsreform<sup>23,24</sup>: Bildung von fünf Regionen statt 14 Ämter und die Reduktion der Anzahl der Kommunen von 271 auf 98. Dabei war der einzige Reformgrund, die Gesundheitsqualität in Dänemark zu verbessern
- 2007: Das elektronische Rezept (1994)<sup>25</sup>
- 2010: Eine Krankenhausreform<sup>26</sup>
- 2015-Apothekenreform: Acht Apotheken (im Umkreis von 75 km zur Hauptapotheke) pro Konzession. Anstoß für die Gesetzesänderung war die gewollte Herbeiführung einer Preisreduzierung bei freiverkäuflichen Arzneimitteln, indem der Wettbewerb zwischen Apotheken erhöht wird und um das Apothekenfachpersonal durch Anreize anzuhalten, verstärkt gegen Arzneimittelmisbrauch vorzugehen<sup>27,28</sup>
- 2016 wurden parteiübergreifend acht nationale Ziele<sup>29</sup> für die Gesundheit festgelegt, wobei das Gewicht auf die Gesundheitsvorsorge (Prävention) gelegt wurde
- 2021: Gesundheitsvisionen der dänischen Regierung: Strategi for life science: „*Danmark skal have en life science-industri i verdensklasse til gavn for patienterne, det danske velfærdssamfund og dansk økonomi.*“<sup>30,31</sup>

---

<sup>20</sup> Vgl. Dansk Selskab for ledelse i sundhedsvæsenet (30.05.2018): *CPR-nummeret: En ægte dansk succes.*

<sup>21</sup> Vgl. Sundhedsdatastyrelsen: *De nationale sundhedsregistre / Landspatientregisteret (LPR).*

<sup>22</sup> Vgl. Sundhedsdatastyrelsen: *De nationale sundhedsregistre / Lægemedelstatistikregisteret.*

<sup>23</sup> Vgl. Indenrigs- og Sundhedsministeriet: *Kommunalreformen i 2007.*

<sup>24</sup> Vgl. Indenrigs- og Sundhedsministeriet: *Kommunalreformen - Kort fortalt.*

<sup>25</sup> Vgl. ABDA: *Die Apotheke, Zahlen - Daten - Fakten, 2024, S. 109.*

<sup>26</sup> Vgl. Ugeskriftet for Læger (15.03.2010): *Sygehusreform er sat i gang.*

<sup>27</sup> Hinweis: Die von der Arzneimittelbehörde angegebene Anzahl an Rx-Einheiten (01.01.2023): 225 Apotheken, 297 Filialen und 24 Apothekenverkaufsstellen (apoteksudsalg), gleich 548 Einheiten. Dazu kommen ca. 300 Handverkaufsstellen (*håndkøbsudsalg*) und ca. 350 Arzneimittelabgabestellen (*medicinudleveringssteder*). Vgl. Lægemedelstyrelsen (15.04.2024): *Apotheker.*

<sup>28</sup> Hinweis: 1961 wurden 354 Apotheken in Dänemark und vor der 2015-Apothekenreform 312 Apotheken gezählt. Vgl. Danmarks Apotekerforening (DA): *Historie.*

<sup>29</sup> Vgl. Indenrigs- og sundhedsministeriet: *8 nationale mål for sundhedsvæsenet.*

<sup>30</sup> Vgl. Vereinbarung zwischen der Regierung (Socialdemokratiet) und acht weitere Parteien des Parlaments; Erhvervsministeriet (04/2021): *Agreement on a strategy for life science.*

<sup>31</sup> (Eigene Übersetzung) „*Dänemark soll eine Biowissenschaftsindustrie von Weltrang haben, die dem Patienten, der dänischen Wohlfahrtsgesellschaft und der dänischen Wirtschaft zugutekommt.*“

## 1.5 Aufbau der Arbeit

Die Gesundheitssystem Dänemarks und die Einordnung des Apothekensektors wird im einleitenden behandelt (Kap. 4.1). Da der Apothekensektor nur oberflächlich bekannt war (Kap. 4.2), wurde dieser grundlegend und gleichzeitig zusammen mit einer tiefgehenden Analyse der 2015-Apothekenreform erarbeitet (Kap. 4.3.4). Allein aufgrund der vielen Details, konnte nicht anders vorgegangen werden, um den Forschungsgegenstand zu durchdringen. Im nächsten Schritt wurde zeitlich weiter zurückgegriffen, um auch die Überlegungen der involvierten Akteure bzgl. der Reform nachvollziehen zu können. Dabei wurde gewahrt, dass bereits eine vorangehende Apothekenreform in 2001, die z. B. teilweise die Aufhebung des Mehrbesitzverbot vorgenommen hatte. Da die 2015-Apothekenreform mit dieser Tatsache im direkten Zusammenhang steht und somit nicht allein betrachtet werden kann, wurde der betrachtete Zeitraum noch weiter nach hinten verschoben (Kap. 4.3.1 bis 4.3.3). In der letzten Phase wurden die Ergebnisse und Erfahrungen der 2015-Apothekenreform analysiert (Kap. 4.4) und ein Status quo mit Endpunkt 2023 gezogen (Kap. 4.5). Bevor die Arbeit abgeschlossen abgegeben, trat im Juni 2024 das Gesetz Nr. 646 in Kraft. Dieses Gesetz soll diverse ökonomische Missstände beheben, so dass die Bearbeitung für die vorliegende Arbeit als unverzichtbar einzustufen war, denn dann wäre diese als unvollständig zu betrachten (Kap. 4.6).

Der Aufbau des Gesundheitssystem und die Einordnung des Apothekensektors in diesem, bilden den Auftakt der Betrachtung des Apothekenwesens in Deutschland (Kap. 3.1). Trotz 41 Jahre Tätigkeit (inkl. Studium) im Gesundheitssystem bzw. im Apothekensektor, so war es unerlässlich eine grundlegende Betrachtung des deutschen Apothekenwesen vorzunehmen, d. h. die gesetzlichen Voraussetzungen, die strukturellen und ökonomischen Bedingungen wurden sehr detailliert erarbeitet (Kap. 3.2). Ab den 1950ern wurde das Apothekenwesen in Deutschland neu aufgestellt und dann nahm das „Geschäftsmodell Apotheke“ Fahrt auf. Um die Wendezeit bestand in einigen Bundesländer bzgl. Neugründungen Stagnation, aber durch den Nachholbedarf der neuen Bundesländer, wurde der Stillstand nicht nur aufgehoben, sondern führte zu einem Rekord der Apothekenanzahl in 2000. Auch in Deutschland wurde das strikte Mehrbesitzverbot in 2004 gelockert und Ende 2008 wurde die höchste Anzahl an Apotheken mit 21.612 Betrieben verbucht. Danach folgte ein bis dato nicht nachlassender Rückgang. (Kap. 3.3). Die Gründe hierfür sind diverse erlassene Gesetze bzw. Gerichtsurteile, die den Rohertrag immer weiter geschmälerte, so mal es keine Vergütungsanpassung gab. In der Betrachtung werden rohwinnsteigende Faktoren und -reduzierende getrennt analysiert (Kap. 3.4). Zum Abschluss wurde die Apotheke als Arbeitsplatz und Ausbildungsstelle, wie die Berufsgruppen

und der Standesaufbau dargestellt (Kap. 3.5). Dann wurde im Juni 2024 ein Referentenentwurf zu einer Apothekenreform veröffentlicht, dessen Verabschiedung durch den Bruch der Ampelkoalition vorläufig gestoppt wurde. Wann diese sehr kontrovers diskutierte Reform in Kraft tritt, ist derzeit noch ungewiss, doch da das Gesetz das Berufsbild des Präsenzapotheekers radikal verändern will, war eine umfassende Beschäftigung mit dieser auch unerlässlich.

Der Vergleich der beiden Fallstudien wird im Kap. 5 erarbeitet und Ergebnisse und Vorschläge werden im Kapitel 6 diskutiert. Zum Ende der Arbeit wurde ein Fazit (Kap. 7) gezogen, ein Ausblick (Kap. 8) für die mittelbare Zukunft, die Einleitung (Kap. 1), ein Forschungsstand (Kap. 2) und das Thesenblatt erstellt.

## **2 Forschungsstand der Gesundheitssystemforschung**

Das vorliegende Kapitel soll den wissenschaftlichen Hintergrund der Dissertation und damit den aktuellen Forschungsstand der Gesundheitssystemforschung darstellen. Zum besseren Verständnis werden wesentliche relevante Begrifflichkeiten zuvor definiert.

### **2.1 Begrifflichkeiten**

#### **2.1.1 Gesundheit**

Die WHO definiert Gesundheit wie folgt: „*Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.*“<sup>32</sup>

#### **2.1.2 Gesundheitswesen**

Unter Gesundheitswesen wird die Gesamtheit aller Einrichtungen verstanden, die die Gesundheit der Gesamtbevölkerung erhält, fördert, wiederherstellt und möglichst Krankheiten vorbeugt.<sup>33,34</sup>

#### **2.1.3 Gesundheitssystem**

Ein Gesundheitssystem ist ein öffentliches System zur medizinischen Versorgung der Bevölkerung. Die politischen, sozialen und finanziellen Rahmenbedingungen werden dabei vom Gesetzgeber festgelegt.<sup>35</sup>

### **2.2 Gesundheitssystemforschung**

Die wesentlichen wechselseitig agierenden Komponenten des Gesundheitssystems sind: Gesundheit, Gesundheitswesen, Gesellschaft, Umwelt. Daher ist es unerlässlich das gesamte Gesundheitssystem zu untersuchen, nicht nur die Beziehungen einzelner Teilkomponenten. Daraus ergibt sich das primäre Ziel der Gesundheitssystemforschung: Die Untersuchung aller Maßnahmen, die der Erhaltung, Verbesserung inkl. Prävention, Wiederherstellung von Gesundheit dienen und die Erforschung von Krankheitsursachen (Busse 2016).<sup>36</sup> Dabei wird gefordert, dass ein Gesundheitssystem einen freien Zugang, gleiche Gesundheitschancen, eine Teilhabe aller Nutzer gewährt und eine Versorgung durch alle Sektoren ermöglicht wird.<sup>37</sup> Die Gesundheitssystemforschung untersucht alle Aspekte des Aufbaus eines Gesundheitssystems.

---

<sup>32</sup> Vgl. WHO (07.04.1948): *Constitution of the World Health Organization*, S. 1. Eigene Übersetzung.

<sup>33</sup> Vgl. AOK: *Gesundheitswesen*.

<sup>34</sup> Vgl. Duden: *Gesundheitswesen*.

<sup>35</sup> Vgl. Duden: *Gesundheitswesen*.

<sup>36</sup> Vgl. Busse, R. (2016): S. 441.

<sup>37</sup> Vgl. BMG (April 2022): *Das deutsche Gesundheitssystem*, S. 10-13.

Dabei werden Modelle verwendet, die i. d. R. auf Grundlage der Finanzierungsform und der Organisation der Leistungserbringung darstellen. Die Gesundheitssystemforschung ist interdisziplinär und verwendet diverse deskriptive, qualitative, quantitative, analytische und evaluative Methoden. Gleichbedeutend ist, dass diverse Schnittstellen mit verwandten Disziplinen wie die Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik, Epidemiologie u. w. gegeben sind (Schwartz 1998).<sup>38</sup>

Die aktuellen Aufgaben der Gesundheitspolitik sind:

- Darstellung des Verlaufs des Gesundheitsprozesses und der Gesundheitsversorgung
- Messung der Qualität und Effektivität von Gesundheitssystemen
- Darlegung und Beurteilung der Effizienz von Gesundheitssystemen

### 2.2.1 Einordnung

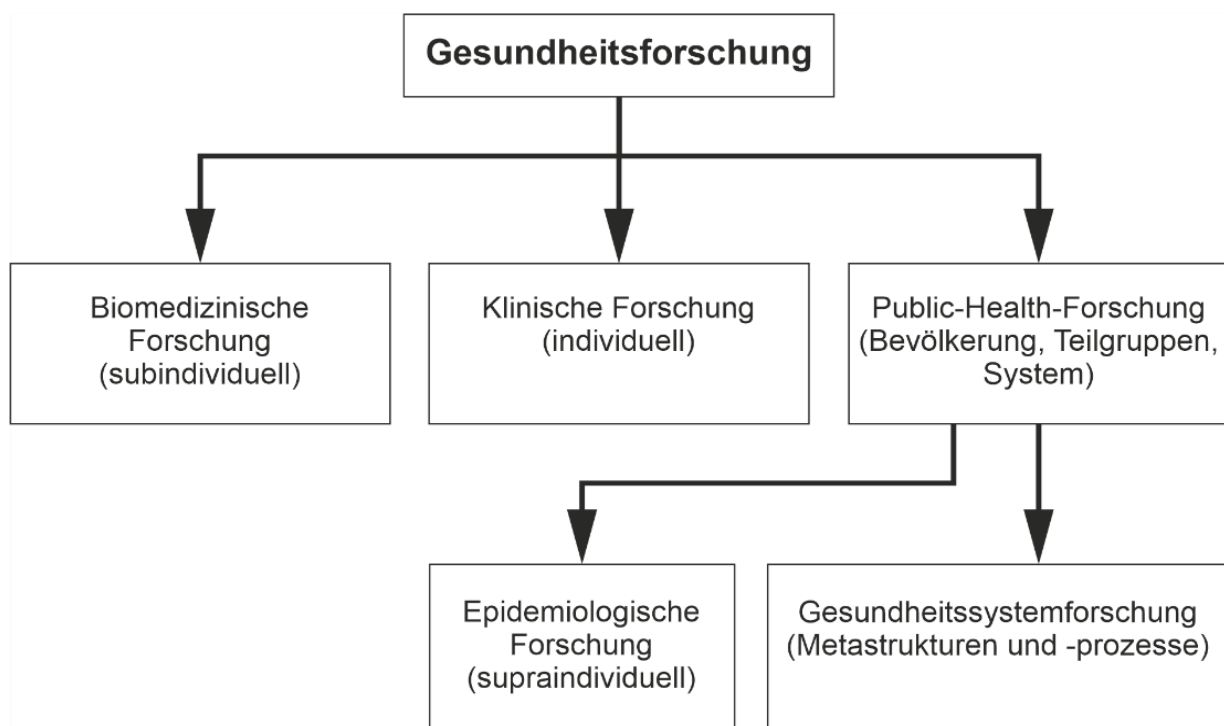


Abb.4: Die Gesundheitssystemforschung innerhalb der Gesundheitsforschung. Eigene Darstellung nach Schwartz (1998).

Die Abb. 4 kartiert die Gesundheitsforschung und die darin eingeordnete Gesundheitssystemforschung (Schwartz 1998).<sup>39</sup> Der Forschungsansatz der Biomedizin und der Klinischen Medizin ist eine (sub-)individuelle verfolgt, wobei die Public-Health-Forschung eher eine holistische Betrachtung der Gesundheit einnimmt. Die Public-Health-

<sup>38</sup> Vgl. Schwartz, F. W. (1998): S. 4.

<sup>39</sup> Vgl. Schwartz, F. W. (1998): S. 5.

Forschung unterteilt sich in die i.) epidemiologische Forschung, mit ihrem supraindividuellen Ansatz, und die Gesundheitssystemforschung, die Metastrukturen und -prozesse betrachtet.

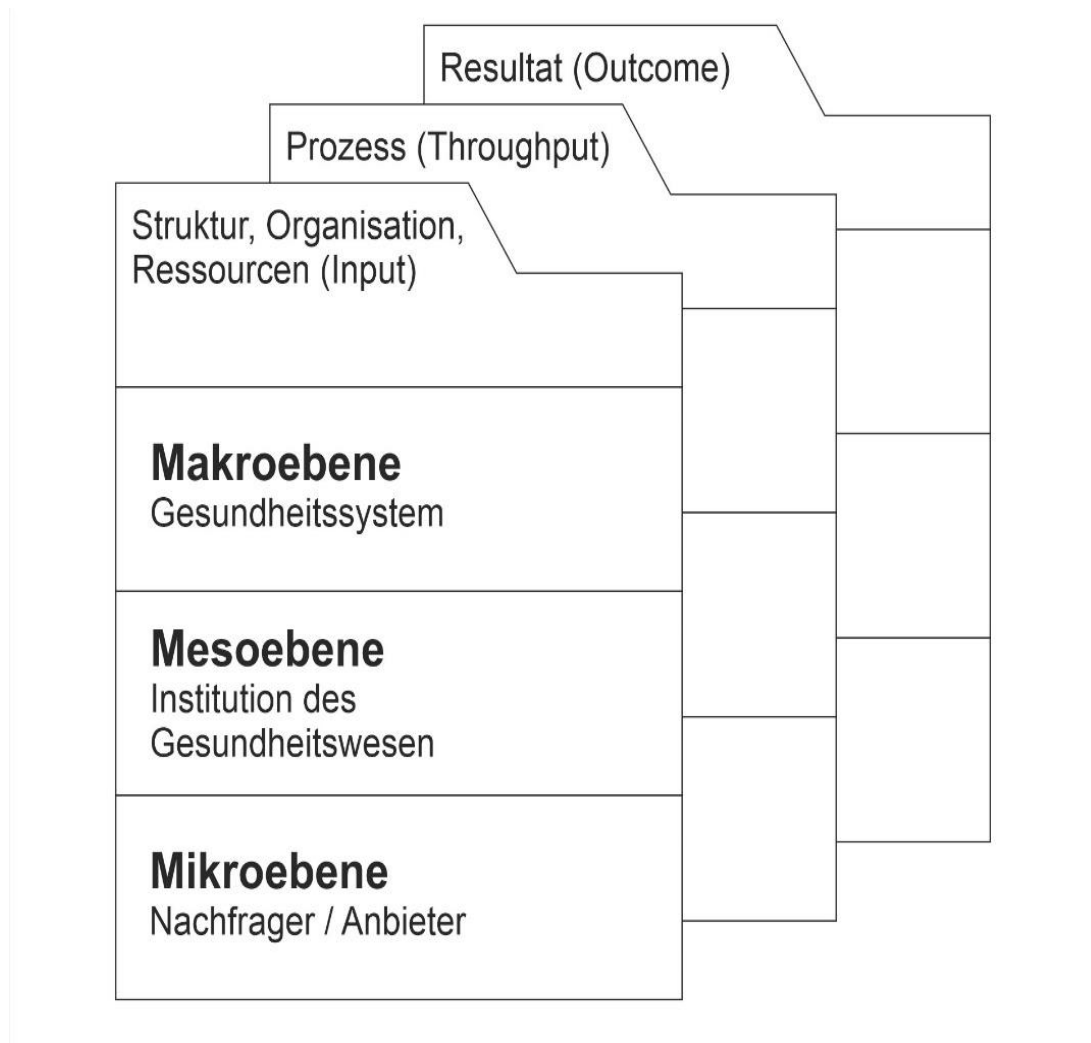


Abb. 5: Die Analyseebenen der Gesundheitssystemforschung. Eigene Darstellung nach (Schwartz 1998).

In der Gesundheitssystemforschung werden Analyseebenen unterschieden (Abb. 5; Schwartz 1998).<sup>40</sup> Die individuellen Versorgungseinheiten (z. B. Arztpraxis, Krankenhaus, Anbieter, Nachfrager) und Technologieformen bilden die Mikroebene, die auch das Kerngebiet der Versorgungsforschung bildet. Die Organisationen und Institutionen des Gesundheitswesens (z. B. Krankenkassen, Apothekenkammer u. w.) befinden sich auf der Mesoebene und die Makroebene stellt das Gesamte Gesundheitssystem dar (Schwartz 1998).<sup>41</sup> Zusätzlich werden die Analyseebenen horizontal in Input, Prozess und Ergebnisse unterteilt (Kap. 2.2.2.3). Mit den Worten von Schwartz kann zusammenfassend formuliert werden, dass „die

<sup>40</sup> Vgl. Schwartz, F. W.; Busse, R. (1998): S. 390-391.

<sup>41</sup> Vgl. Schwartz, F. W.; Busse, R. (1998): S. 390.

*Gesundheitssystemforschung* (..) ein Versuch der Zusammenschau aller Elemente der *Gesundheitsforschung*“ darstellt (Schwarz 1998).<sup>42</sup>

## **2.2.2 Modelle**

### **2.2.2.1 Finanzierungsherkunft und Leistungserbringung**

Nach Herkunft der Finanzen werden hauptsächlich drei Grundtypen unterschieden:

- Bismarck-Modell: Das (Sozial-)Versicherungsmodell, dessen Finanzierung überwiegend von lohnabhängigen Pflichtbeiträgen durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer erbracht werden. Die staatlich kontrollierte Leistungserbringung bieten private, öffentliche und konfessionelle Anbieter an (z. B. Deutschland, Frankreich, Schweiz, Österreich, Niederlande u. w.).
- Beveridge-Modell: Das Fürsorge-Modell finanziert sich überwiegend aus Steuern und die Leistungserbringung wird durch staatliche angestellte Leistungserbringer erbracht (z. B. Vereinigtes Königreich, Dänemark, Schweden, Italien, Spanien u. w.).
- Markt-Modell: Finanzierung durch individuelle Versicherungsverträge und private Leistungserbringung (z. B. USA).
- u. w.

Es soll darauf hingewiesen werden, dass es keine Reinformen gibt, d. h., dass eine Hybridisierung, mit unterschiedlich hohen prozentualen Anteilen privater bzw. staatlicher Finanzierung, der Regelfall ist (Moore et al. 2014; Busse 2016).<sup>43,44</sup>

### **2.2.2.2 Akteure und Interaktionen (Dreikantmodell)**

Im Dreikantmodell (Abb. 6) sind die Akteure (Nachfrager, Zahler und Leistungserbringer) und deren Interaktionen (A-C) dargestellt: Es gibt einen i.) Nachfrager (Versicherter/ Patient) der auch Einzahler, einen ii.) Zahler (z. B. DE: GKV bzw. PKV; GB und DK der Staat) der sowohl Anbieter als auch Nachfrager sein kann und die iii.) Leistungserbringer. Alle Akteure sind wechselseitig miteinander verbunden. Dadurch ergeben sich viele Interaktionen und Ziele, deren Anzahl, sich auch auf Grund der unterschiedlichen Finanzierungsformen und

---

<sup>42</sup> Vgl. Schwarz (1998): S. 4.

<sup>43</sup> Vgl. Moore, M. et al. (2014): S. 49.

<sup>44</sup> Vgl. Busse (2016): S. 449.

gesundheitspolitischen Richtlinien, ins unermessliche vervielfältigen und so zu einer unüberschaubaren Anzahl unterschiedlichster Resultate führt.<sup>45</sup>

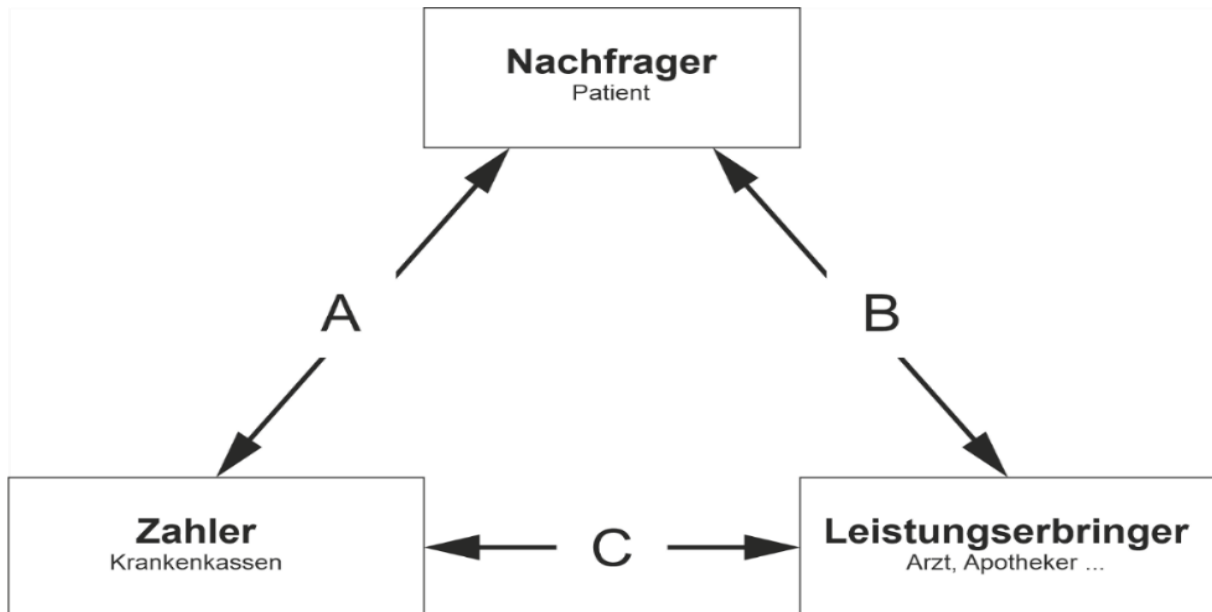


Abb. 6: Akteure und Interaktionen auf dem Gesundheitsmarkt. Eigene Darstellung.

### 2.2.2.3 Der Gesundheitsprozess

Der Gesundheitsprozess lässt sich detaillierter und damit präziser durch ein Input-Throughput- und Output-Modell (Ausgangsfaktoren, Prozess, Ergebnis) abbilden (Abb. 7).

Der Input ist in exogene und endogene Einheiten zu unterscheiden.

Der exogene Input wird durch

- den Gesundheitszustand, den Zugang der Nachfrager (Bevölkerung) und
- die ökonomischen Ressourcen dargestellt.

Der endogene Input definiert den

- individueller Bedarf, die Nachfrage, die Inanspruchnahme des Nachfragers und
- die Systemstruktur und -organisation.

Insbesondere die Anwendung der ökonomischen Ressourcen ist vielschichtig und hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf Effektivität und Effizienz kaum durchschaubar, noch hinreichend untersucht. Dennoch ist das Verständnis der Vorgänge eine Voraussetzung, um Veränderungen in der Struktur, Organisation etc. erkennen zu können. Zudem vermutet Busse, dass (System-)

<sup>45</sup> Hinweis: Bedingt durch die Komplexität wird hier auf die Darstellung der Akteure, ihre Ziele und deren Interaktionen (A-C) nicht näher eingegangen.

Vergleiche erst durch die Erlangung des Verständnisses der Vorgänge möglich wären (Busse 2016).<sup>46</sup>

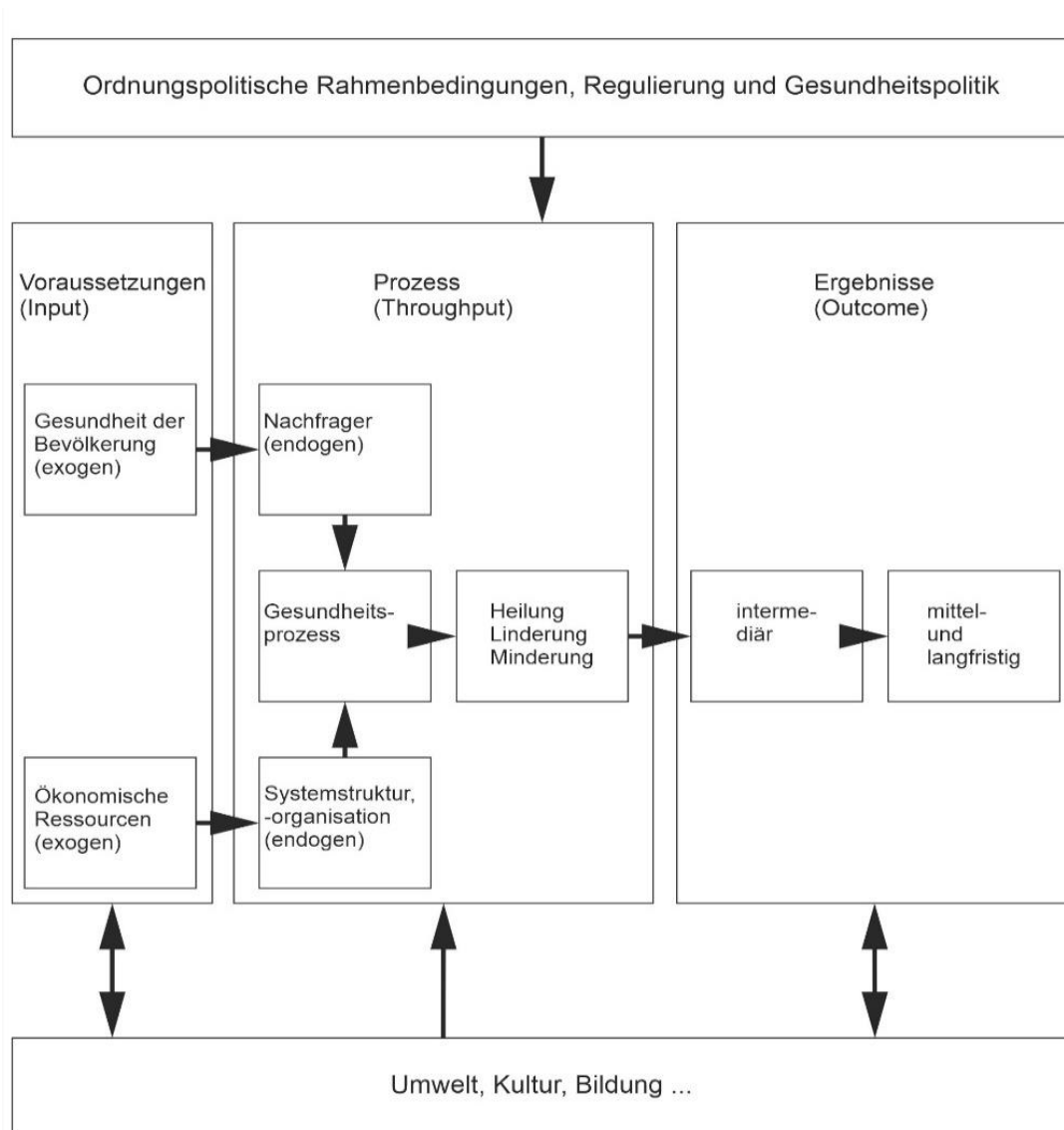


Abb. 7: Der Gesundheitsprozess. Eigene Darstellung nach Schwartz und Busse (1998) und Busse (2016).

Die eigentliche Gesundheitsleistung läuft im Prozess (Throughput) ab und das Ergebnis (Output/ -come) ist wiederum in kurzfristige (intermediär) und mittel- bzw. langfristige Ergebnisse zu unterteilen, denn die (erhoffte) Heilung einer akuten Gesundheitsbeeinträchtigung ist zu trennen von einer (möglichen) langfristigen Genesung. Für viele Fragestellungen liefert die langfristige Genesung die entsprechend aussagefähige Bewertungsgrundlage (Busse 2016).<sup>47</sup> Dass ordnungspolitische Rahmenbedingungen, Kultur, Bildung, Umwelt etc. selbstverständlich auf die Abläufe der Struktur, Organisation,

<sup>46</sup> Vgl. Busse (2016): S. 447.

<sup>47</sup> Vgl. Busse (2016): S. 447.

Ressourcen, den Gesundheitsprozess und auf die erhoffte Genesung einwirken, soll der Vollständigkeit halber erwähnt sein.

### **2.2.3 Aufgaben der Gesundheitssystemforschung**

Ausgehend von den beiden Modellen i.) Dreikantmodells und ii.) Gesundheitsprozess, lassen sich für die Gesundheitssystemforschung viele Fragen und entsprechende Forschungsschwerpunkte her- bzw: ableiten.

#### **2.2.3.1 Nachfrager und Anbieter**

In Ländern, die die Gesundheitsausgaben durch Steuermittel finanzieren, werden als Beveridge-Länder bezeichnet. Damit sind die Gesetzgeber sowohl Auftragsgeber wie auch Arbeitgeber der Leistungserbringer (Ärzte, Apotheker, Physiotherapeuten, Zahnärzte etc.). Wenn das staatliche Angebot nicht ausreicht, können Wartelisten entstehen. Der Nachfrager kann den Mangel der Bedürfnisbefriedigung durch Verträge mit privaten Versicherungen (z. B. in Dänemark, GB) und privaten Leistungserbringer (Privatkliniken, selbstständige Ärzte und Apotheker etc.) kompensieren (Kap. 4.1.2).

Länder, die ihr Gesundheitssystem nach den Bismarck-Modell eingerichtet haben (Deutschland, Frankreich, Schweiz, viele osteuropäische Länder), deckt der Nachfrager seine möglichen Gesundheitsbedürfnisse mit Versicherungsverträgen (GKV bzw. zusätzlich in DE: PKV), d. h. der Staat stellt den regulierenden Ordnungsrahmen und hält sich das Recht der Kontrolle vor. Die Leistungserbringer sind i. d. R. freiberufliche, selbstständige Leistungserbringer und kommunale oder konfessionelle Einrichtungen. Unabhängig des Finanzierungsmodells lassen sich diverse Forschungsansätze zu Interaktionen zwischen den Akteuren herleiten, wie z. B. Adverse Selektion, Moral Hazard, angebotsinduzierte Nachfrage u. w., die zu Marktversagen führen können (Busse 2016).<sup>48</sup>

#### **2.2.3.2 Der Gesundheitszustand**

Neben der individuellen Gesundheit wie auch der Gesundheitszustand der Bevölkerung interessiert sich die Gesundheitssystemforschung für Bedarf, Nachfrage und Inanspruchnahme der Nachfrager. Auch wenn dies eher ein Forschungsgebiet der Epidemiologie zu sein scheint, so sind für die Gesundheitssystemforschung Fragen nach Alter, Geschlecht, Gesundheitsrisiko und Krankheitssymptomen u. w. von hoher Relevanz.

---

<sup>48</sup> Vgl. Busse (2016): S. 444.

### **2.2.3.3 Gesundheitsprozess**

Im Gesundheitsprozess soll der Nachfrager geheilt werden und wenn dies nicht möglich ist, soll die Erkrankung möglichst gelindert werden. Somit stellen sich Fragen zur Diagnostik, Operationstechniken und nachfolgenden Behandlungen.

### **2.2.3.4 Ergebnisse (Qualität-, Effektivität- und Effizienzmessungen)**

Wie in Abb. 7 dargestellt, können die Prozessergebnisse der möglichen Heilung nach der verwendeten Zeit, d. h. nach kurzfristigen und mittel- bzw. langfristigen Verlauf eingeteilt werden. Im Ergebnis wird ausgewertet, ob der Patient eine Operation bzw. Erkrankung überlebt hat und nach der Rekonvaleszenz seine Arbeit wieder nachgehen kann. Die Art, Grad und zeitliche Länge der Lebensbeschränkung(en) sind weitere betrachtete Aspekte.

Gegenstand der Forschung ist zudem, wie effektiv die Ressourcen im Gesundheitsprozess verwendet werden. Hierzu werden z. B. Anzahl der Leistungserbringer und deren Mitarbeiter betrachtet; die Anzahl der durchgeführten O, aber auch die Angemessenheit der Operationen. Des Weiteren ist die effiziente Nutzung der Ressourcen ein bedeutendes Forschungsfeld der Gesundheitssystemforschung, d. h. es wird gefragt, ob die begrenzten Mittel tatsächlich nutzbringend eingesetzt wurden. Bei Fragen bzgl. des Nutzen, gibt es Überschneidungen zur Gesundheitsökonomie.

## **2.3 Literaturrecherche (LR)**

Für die Analyse und Synthese der Ergebnisse wurde der semisystematische Überprüfungsansatz gewählt. Dieser wurde für Phänomene entwickelt, die von verschiedenen Wissenschaftsgruppen in unterschiedlichen Disziplinen unterschiedlich konzeptualisiert und untersucht werden. Der Ansatz soll dazu beigetragen, das Forschungsfeld zu kartieren, den Wissensstand zusammenzufassen und eine Agenda für die weitere Forschung zu erstellen (Wong et al. 2013).<sup>49</sup>

### **2.3.1 Methodik**

Um den Forschungsstand über ein so vielfältiges und komplexes Thema wie die Gesundheitssystemforschung annähernd darzustellen zu können, wurde eine Literaturrecherche unter der Verwendung folgende Datenbanken durchgeführt: PubMed, sciencedirect, JSTOR, Den Danske Almen Medicinske Database (DAMD), Elsevier und Journale, wie International Journal for Quality in Health Care, European Journal of Health u. w. Es wurde systematisch

---

<sup>49</sup> Vgl. Wong, G. et al. (2013): S. 13-14.

nach methodologischen Übersichten und graue Literatur in deutscher, englischer und dänischer Sprache gesucht. Die Suchperiode wurde erst auf die Jahre 2010 bis 2023 begrenzt. Dann in weiteren Durchläufen auf die Zeitperiode von 1995 bis 2023 erweitert.

### 2.3.2 Schlüsselwörter

Gesucht wurde mit festgelegten Schlüsselwörtern (siehe Tab. 3). Die gefundenen Studien wurden nach deren Aussagen im Abstrakt, Ziel, Methode, Resultat(e), Schlussfolgerung(en) bewertet. Wenn eine Relevanz unterstellt werden konnte, wurden Titel, Autor(en), Erscheinungsjahr, Quelle inkl. DOI bzw. [online] in eine Excel-Datei eingetragen. Gleichzeitig wurden alle Studien in Citavi oder, wenn nicht möglich, gesondert als PDF-Datei gespeichert.

Schlüsselwörter	keywords	nøgleord
Gesundheitsfinanzierung	health financing	sundhedsfinansiering
Gesundheitsreformen	health care reform	reform af sundhedsvæsenet
Gesundheitssystem	health system	sundhedssystem
Gesundheitssystemforschung	health systems research	sundhedssystemforskning
Gesundheitssystem-Typen	typology of health care systems	sundhedssystemtyper
Gesundheitssystemvergleich	health (care) system comparison	sammenligning af sundhedssystemer
Pfadabhängigkeit	path dependency	stiafhængighed
Reformstau	reform backlog	reformefterslæb

Tab. 3: Schlüsselwörter.

### 2.3.3 Forschungsstand

Vorgewarnt durch die Ausführungen von Beske (2013)<sup>50</sup> bzgl. der geringen Anzahl von Veröffentlichungen in der Gesundheitssystemforschung, wurde die Literaturrecherche mehrmals wiederholt und erweitert, denn das Resultat war anfänglich mit weniger als 30 Treffer sehr unbefriedigend. Die gefundene Literatur beschäftigt sich mehrheitlich mit dem Diskurs bzgl. der Typologisierung der Gesundheitssysteme, der hier verkürzt wiedergeben werden soll.

Mit einem Zitat der Herausgeber der Denkschrift der WHO von 2009 soll die Vielschichtigkeit bzw. die Komplexität der Thematik Gesundheitssystemforschung verdeutlicht und gleichzeitig begründet werden, weshalb Gesundheitssystemvergleiche wichtig sind (de Savigny und Adam 2009): *“Health and other social systems have been described as complex adaptive systems (CAS) that adjust in dynamic and sometimes unpredictable ways to changes within the system itself or in the context in which it operates. CAS have a myriad of components (such as citizens, patients, communities, providers, policy makers, programme implementers, etc.) that are continuously interacting and adapting to other component changes and changes in the*

<sup>50</sup> Vgl. Beske, F. (1999): S. 13.

*environment. The distinctive features of health and other complex systems include self-organization, constant changes, feedback loops, non-linearity, time lags between inputs and outcomes, history dependence and unintended consequences of policy interventions.*”<sup>51</sup>

Die Gesundheitssystemforschung ist laut „gesundheit.de“ eine „Forschung, die sich mit dem Bedarf, der Inanspruchnahme, Ressourcen, Prozessen, Ergebnissen u. zuschreibbaren Resultaten von systematisch organisierten Ansätzen der Krankheitsverhütung, -bekämpfung oder -bewältigung befasst. Die Gesundheitssystemforschung untersucht ganze Gesundheitssysteme, Subsysteme und größere Institutionen bzw. Programme und verknüpft diese Elemente analytisch-bewertend.“<sup>52</sup>

Die grundlegende Wichtigkeit des Finanzierungssystems des Gesundheitswesens eines Landes wird von Moore et al. 2014 festgestellt, denn aus dem Finanzierungssystem ergeben sich die Voraussetzungen der Mittelaufbringung, um damit die gerechte Teilhabe an einer effizienten und qualitativ hochwertigen Versorgung zu ermöglichen. Das Finanzierungssystem soll Anreize für die Versorgung (Qualität und Effizienz) setzen und eine Vergütung für die Leistungsträger festlegen (Moore et al. 2014).<sup>53</sup>

Ähnliche Volkswirtschaften, obwohl Nachbarländer, können sehr unterschiedliche Finanzierungssysteme aufweisen, denn diese haben sich i. d. R. historisch entwickelt und spiegeln die kulturellen und wirtschaftlichen Werte einer Gesellschaft wider. Der Vergleich von Gesundheitssystemen ist somit nicht unproblematisch, denn jedes Gesundheitssystem ist einzigartig und die Länder verwenden keine reine Finanzierungsform (Moore et al. 2014: 49). D. h., dass sich die Gesundheitssystemforschung grundsätzlich der Schwierigkeit der Vergleichbarkeit ausgesetzt sieht, da weiterhin keine anerkannten, einheitlichen Gesundheitssystemtypologien definiert sind. Nach welcher Gesundheitssystemtypologie bzw. nach welchen Kriterien Gesundheitssysteme eingeteilt werden sollte, wird seit langem diskutiert: Schölkopf und Pressel (2017)<sup>54</sup> definieren sechs Gruppen, Moore et al. (2014: 48, 49) vier Gruppen und Schmid et al. (2010)<sup>55</sup> sowie Busse (2016: 443, 445) jeweils drei Gruppen. Und immer wieder werden weitere Varianten bzw. Modelle vorgeschlagen (Cuadrado

---

<sup>51</sup> (Eigene Übersetzung): *Gesundheits- und andere soziale Systeme wurden als komplexe adaptive Systeme (CAS) beschrieben, die sich auf dynamische und manchmal unvorhersehbare Weise an Veränderungen innerhalb des Systems selbst oder im Kontext, in dem es funktioniert, anpassen. CAS haben eine Vielzahl von Komponenten (wie Bürger, Patienten, Gemeinschaften, Anbieter, politische Entscheidungsträger, Programmmanager usw.), die ständig miteinander interagieren und sich an die Veränderungen anderer Komponenten und des Umfelds anpassen. Zu den besonderen Merkmalen des Gesundheitswesens und anderer komplexer Systeme sind Selbstorganisation, ständige Veränderungen, Rückkopplungsschleifen, Nichtlinearität, Zeitverzögerungen zwischen Inputs und Ergebnissen, Abhängigkeit von der Geschichte und unbeabsichtigte Folgen politischer Interventionen (Savigny und Adam 2009). Vgl. de Savigny, D.; Adam, T. (2009).*

<sup>52</sup> Vgl. *Gesundheit.de: Gesundheitssystemforschung.*

<sup>53</sup> Vgl. Moore et al. (2014): S. 3.

<sup>54</sup> Vgl. Schölkopf, M.; Pressel, H. (2017): S. 3-4.

<sup>55</sup> Vgl. Schmid, A. et al. (2010): S. 456.

et al. 2019).<sup>56</sup> Die wesentlichen typologischen Unterschiede bedingen sich letztlich in der Auswahl der Kriterien (Wendt 2005),<sup>57</sup> die für das einzelne Modell zur Gruppeneinteilung herangezogen werden. Eine festgelegte Einteilung bzw. Typologie von Gesundheitssystemen ist nicht nur wichtig für den Vergleich, denn die spezifischen Problematiken des einzelnen Systems ergeben sich aus dem Gesundheitssystem selbst (Schmid et al. 2010: 480-481). Dabei liegt die Bedeutung der Festlegung bzw. Abgrenzung einer Typologie, dass ein Wandel nachvollziehbarer wird (Wendt 2006).<sup>58</sup> Dass sich Gesundheitssysteme im Zeitverlauf verändern, wurde bei einer Untersuchung von 23 OECD-Mitgliedsländern festgestellt, denn Gesundheitssysteme: „*tend to feature specific, type-related deficiencies, which cannot be solved by routine mechanisms*“ (Schmid et al. 2010: 456). Sofern diese spezifischen, typbezogenen Mängel erkannt werden, wird i. d. R. versucht, diese mit nicht-systemspezifischen Elementen und innovativen Maßnahmen zu beheben. Dies kann wiederum zu „hybriden“ Systemen führen, die konvergieren (können), d. h. die Möglichkeit besteht, dass eigentlich unterschiedliche Systeme sich langsam annähern bzw. ähneln (Schmid et al. 2010: 456). Dass eine Rückentwicklung (Divergenz) möglich ist, d. h., dass die Konvergenzrate im Zeitverlauf wieder abnimmt, konnte auch belegt werden (Leitner und Theurl 2012).<sup>59</sup> Tenbenschel et al. (2012)<sup>60</sup> sehen Politik und Typologie der Gesundheitsfinanzierung eng verknüpft, denn sie postulieren, dass steuerfinanzierte Systeme mit einer Mitte-Links-Regierung eher auf die Verbesserung der Gesundheitsergebnisse der Bevölkerung achten, wogegen Effizienz und Kostendämpfung mehr bei sozialversicherungsfinanzierten Gesundheitssystemen auf der Agenda stehen. Erixon und van der Marel (2011)<sup>61</sup> unterstellen, dass die politischen Entscheidungsträger sich dennoch nicht bemühen bzgl. der Erkenntnis, warum die Ausgaben im Gesundheitswesen steigen und wie die Gesundheitsressourcen effizienter in der Zukunft genutzt werden sollten. Denn, in der Erkenntnis der Ineffizienzen, deren Beseitigung mit der Erhöhung des Wettbewerbs innerhalb des Gesundheitswesens verknüpft werden sollte, könnten Ausgaben eingespart werden. Giaimo und Manow (1999)<sup>62</sup> befürworten den Wettbewerb im Gesundheitswesen, wollen diesen dennoch mit anderen Instrumenten zur Kostenkontrolle kombinieren. Marktwettbewerb soll nicht zum Rückzug des Staates führen, denn dies könnte zur Entsolidarisierung führen.<sup>63</sup> Erixon und van der Marel (2011)<sup>64</sup> postulieren, dass die

---

<sup>56</sup> Vgl. Cuadrado, C. et al. (2019): S. 6.

<sup>57</sup> Vgl. Wendt, C. (2005): S. 16.

<sup>58</sup> Vgl. Wendt, C. (2006): S. 297.

<sup>59</sup> Vgl. Leitner, A. M.; Theurl, E. (2012): S. 7, 16.

<sup>60</sup> Vgl. Tenbenschel, T. et al. (2012): S. 32.

<sup>61</sup> Vgl. Erixon, F.; van der Marel, E. (2011): S. 21.

<sup>62</sup> Vgl. Giaimo, S.; Manow, P. (1999): S. 992.

<sup>63</sup> Vgl. Giaimo und Manow (1999): S. 993.

<sup>64</sup> Vgl. Erixon und van der Marel (2011): S. 10.

Determinanten des Wachstums der Gesundheitsausgaben zum Teil in der Organisation des Gesundheitswesens zu suchen sind. Sie argumentieren mit Baumol's Ausführungen bzgl. personalisierten Dienstleistungen, dass diese leicht in eine Stagnationsfalle führen können. Abhilfe könnte durch Organisationsreformen bewirkt werden, um gleichzeitig auch den Produktivitätsrückstand des (Gesamt-)Sektors zu verringern (Erixon und van der Marel 2011).<sup>65</sup>

Bei einem Vergleich kommt es darauf an, klare und abgrenzbare Kriterien zu definieren. Im Gesundheitssystemvergleich liegt regelmäßig das Hauptinteresse an der Finanzbeschaffung bzw. bei der Ausgabenverwendung. Akteure und Institutionen sind nach Wendt (2005)<sup>66</sup> unteranalysiert. Um die Gesundheitssystemforschung weiterzuentwickeln, schlägt er weitere Forschungsansätze vor: Neben i.) Gesundheitsökonomischen Analysen, auch ii.) systemtheoretische Arbeiten, iii.) die Theorie der staatlichen Steuerung und iv.) institutionentheoretische Ansätze (Wendt 2005).<sup>67</sup>

Ziel eines Ländervergleiches sollte letztendlich sein, dass aus den Erfahrungen des Betrachtungsobjektes gelernt bzw. positive Schlüsse zur eigenen Anwendung entwickelt werden können. Nur, wann ist der richtige Betrachtungszeitpunkt? Dazu führt Klein 1997 aus, dass der Ideenaustausch richtig sei, dennoch soll bedächtig und kritisch vorgegangen werden, denn die Motive der einzelnen Akteure sind nicht (immer) bekannt. Er plädiert für den Ansatz: *„to concentrate on evaluating the experience of countries over time, rather than concentrating on the latest fashionable panacea, and to focus more on the process of introducing change“* (Klein 1997).<sup>68</sup> Okma (2008)<sup>69</sup> fordert für einen Ländervergleich die Berücksichtigung des „kulturellen- und historischen politischen Kontextes“. Klein (1997: 1269) fordert zudem das Verständnis für den nationalen Kontext, denn dieser wäre eine notwendige Voraussetzung, um Erfahrungen bzw. gewonnene Lektionen transferieren zu können.

---

<sup>65</sup> Vgl. Erixon und van der Marel (2011): S. 15, 20.

<sup>66</sup> Vgl. Wendt (2005): S. 2.

<sup>67</sup> Vgl. Wendt (2005): S. 5, 11, 16, 22.

<sup>68</sup> Vgl. Klein, R. (1997): S. 1267.

<sup>69</sup> Vgl. Okma, K. G. H. (2008): S. 1067-1068.

## **3 Gesundheitssystem und Apothekenwesen in Deutschland**

### **3.1 Gesundheitssystem: Aufbau und Finanzierung**

#### **3.1.1 Einleitung**

Das deutsche Sozialversicherungssystem beruht auf Pflichtmitgliedschaften geltend für alle Sparten, wie Rente, Pflege u. w. und somit auch für die organisierte Gesundheitsversorgung. Dem Mitglied werden für seine Beitragsleistung im Krankheitsfall die bedarfsgerechten Leistungen durch eine gesetzliche (GKV) oder private Krankenkasse (PKV) angeboten. Die gesetzlich festgelegten, einkommensbezogenen Mitgliedsbeiträge zur Sozialversicherung, sind abhängig vom individuellen Einkommen des Mitgliedes (bzw. Arbeitnehmers). Diese sind vom Arbeitgeber mitzufinanzieren, wobei eine finanzielle Unterstützung durch den Staat grundsätzlich nicht ausgeschlossen ist.

Im Sozialversicherungssystem hat der Staat eine ordnungspolitische Funktion, die diese durch die Ausgestaltung des gesetzlichen Rahmens erfüllt. Für das Gesundheitssystem gilt, dass die Vergütung der Leistungserbringer, der Leistungskatalog u. v. m. in Form der Selbstverwaltung zwischen Krankenkassen und Leistungserbringer ausgehandelt wird. Die Leistung wird nicht vom Staat, sondern von privatwirtschaftlichen, unabhängigen kommunalen oder freien gemeinnützigen Anbietern erbracht. Gemeinsames Merkmal aller Sozialversicherungssysteme in Deutschland ist, dass nach dem Umlageverfahren gearbeitet wird. Die monatlichen Beiträge werden zeitgleich für die laufenden Leistungen aufgewendet, so dass Rücklagen nicht gebildet werden, denn dieses ist ehemals verboten.

#### **3.1.2 Aufbau**

Das Sozialversicherungssystem wurde in Deutschland durch den Reichskanzler Bismarck eingeführt, und nachfolgend weiterentwickelt wurde. Bismarck erkannte die politische Sprengkraft, die durch die zunehmende Industrialisierung verschuldete Verelendung der Arbeiterschaft, bereiteten Nährboden für linkspolitische Einflussnahme. Die Grundlagen für das Sozialversicherungssystem bilden die Sozialgesetze, die 1883 in der Einführung der Krankenversicherung, 1884 der Unfallversicherung und 1891 der Rentenversicherung ihre Ausformungen fanden. Zu den Weiterentwicklungen des Systems gehören z. B., die seit 1927 bestehende Arbeitslosenversicherung und ab 1995 die geltende Pflegeversicherung.<sup>70,71</sup>

---

<sup>70</sup> Vgl. BMAS (20.09.2012): *In die Zukunft gedacht: Bilder und Dokumente zur Deutschen Sozialgeschichte*, S. 22-24.

<sup>71</sup> Vgl. Schmid, K.-P. (1993).

Das deutsche Gesundheitssystem basiert auf vier Grundprinzipien<sup>72</sup>:

- Versicherungspflicht: Jeder Bürger ist gesetzlich verpflichtet, Mitglied in einer Krankenkasse zu sein (GKV-WSG: §5).<sup>73</sup>
- Mitgliedsbeiträge: Finanziert wird das Gesundheitssystem überwiegend durch Beiträge der krankenversicherten Mitglieder, unter Beteiligung der Arbeitgeber und Bundeszuschüsse.
- Solidaritätsprinzip: Als „Gemeinschaft“ tragen alle gesetzlich Versicherten die Verantwortung für die Kosten. Dafür hat jeder Versicherte das Recht auf den gleichen Anspruch medizinischer Leistungen und auf eine Lohnfortzahlung im Krankheitsfall.
- Selbstverwaltungsprinzip: Die Rahmenbedingungen für die medizinische Versorgung regelt der Gesetzgeber. Die Organisation bzw. die Finanzierung wird allerdings durch diverse Determinanten im Gesundheitssystem in Selbstverwaltung wahrgenommen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist für die gesetzlichen Krankenversicherungen dabei das oberste Gremium.

Das Vielfachsteuerungsprinzip ist ein Merkmal des deutschen Gesundheitssystems. Der Staat ist für den gesetzlichen Rahmen und die Länder für die Planung und Finanzierung der Krankenhäuser zuständig. Die Teilnehmer der Selbstverwaltung (Krankenkassen als Kostenträger und Leistungserbringer) schließen Verträge ab, um ihre Aufgaben entsprechend der gesetzlichen Vorgaben erfüllen zu können, so z. B. die Vergütung der Leistungserbringer. Das 1992 erlassene Gesundheitsstrukturgesetz (GSG)<sup>74</sup> führte ab 1996 das Krankenkassenwahlrecht ein, d. h., dass die Versicherungsnehmer 2024 frei zwischen 95 gesetzlichen Krankenkassen wählen können (Abb. 8).

Deutschland ist das einzige europäische Land, in dem nicht alle Einwohner in einer gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind. Neben den GKV bestehen auch private Krankenkassen (PKV). Die Ursache für die getrennte Entwicklung liegt in der 1883 eingeführten Sozialversicherungspflicht, denn diese galt anfänglich nur für Industriearbeiter und damit waren lediglich ca. 10%<sup>75</sup> der damaligen deutschen Gesamtbevölkerung versichert. In der Folge gründeten Beamte, Selbstständige u. w. private Krankenversicherungen.<sup>76</sup> So sind heute immer noch ca. 50% der PKV-Mitglieder Beamte, die auf Grund der

---

<sup>72</sup> Vgl. Gesundheitsinformationen.de (24.1.2018): *Gesundheitsversorgung in Deutschland*.

<sup>73</sup> Vgl. BGBl. (30.03.2007): *Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG)*.

<sup>74</sup> Vgl. BGBl. (21.12.1992): *Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz - GSG)*.

<sup>75</sup> Vgl. BMG (16.10.2024): *Geschichte der Krankenversicherung in Deutschland*.

<sup>76</sup> Vgl. Wissen-PKV.de (2023): *Private Krankenversicherung für Beamte und Beamtenanwärter*.

Dienstherrenfürsorgepflicht staatliche Beihilfe erhalten. Der Anteil, der nicht durch die Beihilfe abgedeckt wird, wird von Beamten i. d. R. bei einer PKV versichert. Somit fällt dieser Anteil unter den Beihilfeergänzungstarif und damit wieder unter die Dienstherrenfürsorgepflicht, d. h., dass der Dienstherr diesen eigentlichen beihilfefreien Anteil größtenteils übernimmt.<sup>77</sup>

Neben den Beamten haben nur Selbstständige und abhängige Beschäftigte (Einkommen mindestens 12 Monate über der Versicherungspflichtgrenze liegend) die freie Wahl, Mitglied einer PKV zu werden. Bis Ende 2008 gab es für die Personen, die nicht Mitglieder in einer GKV sein mussten, keinen Zwang sich zu versichern. Erst seit 2009 regelt das Versicherungsvertragsgesetz (§ 193 Abs. 3 VVG), dass jede Person, die ihren Wohnsitz in Deutschland hat und kein GKV-Mitglied ist, eine Pflichtversicherung bei einem in Deutschland zugelassenen Krankenversicherer abschließen muss. Dabei verlangt der Gesetzgeber als Mindestforderung, dass die ambulanten und stationären Kosten abgedeckt werden. Hatte ein Antragsteller ein höheres Krankheitsrisiko oder war er bereits erkrankt, wurde die Mitgliedschaft in einer PKV regelmäßig verweigert bzw. es waren zusätzliche, kostenpflichtige Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse zu akzeptieren. Dieses führte dazu, dass bis Ende 2008 eine Risikoselektion zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen stattfand (Schölkopf und Pressel).<sup>78</sup> Um diesem entgegenzuwirken, wurde 2009 ein Kontrahierungszwang für PKV eingeführt, d. h. potenzielle Neukunden mit hohen Risiken, können seither nicht mehr abgelehnt werden. Huber und Mielck (2010) belegten zudem: „... *das(s) GKV-Versicherte zumeist kränker sind als PKV-Versicherte und häufiger zum praktischen Arzt oder zum Arzt für Allgemeinmedizin gehen. Hinweise auf eine mögliche Benachteiligung der GKV-Versicherten in der gesundheitlichen Versorgung zeigen sich bei innovativen, patentgeschützten Arzneimitteln, bei Organ-Transplantationen, bei der finanziellen Belastung durch Zuzahlungen, bei den Wartezeiten und beim Eingehen des Arztes auf den Patienten.*“<sup>79</sup>

#### 3.1.3 Finanzierung

Die Finanzierungsgrundlage des deutschen Sozialversicherungssystems (Rente, Gesundheit, Pflege etc.) bilden die Beiträge der (Pflicht-)Mitglieder. Pflichtversichert in Deutschland ist jeder abhängig Beschäftigte, der ein Einkommen unter der Versicherungspflichtgrenze bezieht. Der Versicherungspflicht unterliegen zudem Arbeitslose, Rentner und weitere Sozialversicherungsbezieher. Insofern das Einkommen von (abhängig) Beschäftigten 12

---

<sup>77</sup> Vgl. Wissen-PKV.de (2023): *Was ist die Beihilfe?*

<sup>78</sup> Vgl. Schölkopf, M.; Pressel, H. (2017): S. 58.

<sup>79</sup> Vgl. Huber, J.; Mielck, A. (2010): S. 935.

Monate<sup>80</sup> hintereinander die Versicherungspflichtgrenze überschreitet, kann der Versicherungsnehmer wählen, ob er als freiwilliges Mitglied in der GKV (Gesetzliche Krankenversicherung) verbleiben möchte oder zu einer privaten Krankenkasse (PKV) wechseln will. Ein Einkommen, das die Versicherungspflichtgrenze übersteigt, wird nicht berücksichtigt.<sup>81</sup> Die derzeitige Verteilung zwischen GKV und PKV liegt bei 8,71 Mio. bzw. 10,5 % PKV-Mitgliedern (Stand: 2023) zu 74,26 Mio. bzw. 89,5 % GKV-Mitgliedern (GKV-Mitglieder: ca. 58,22 Mio. und beitragsfreie GKV-Versicherte: ca. 16,04 Mio.).<sup>82</sup>

### 3.1.3.1 Die gesetzliche Krankenversicherungen (GKV)

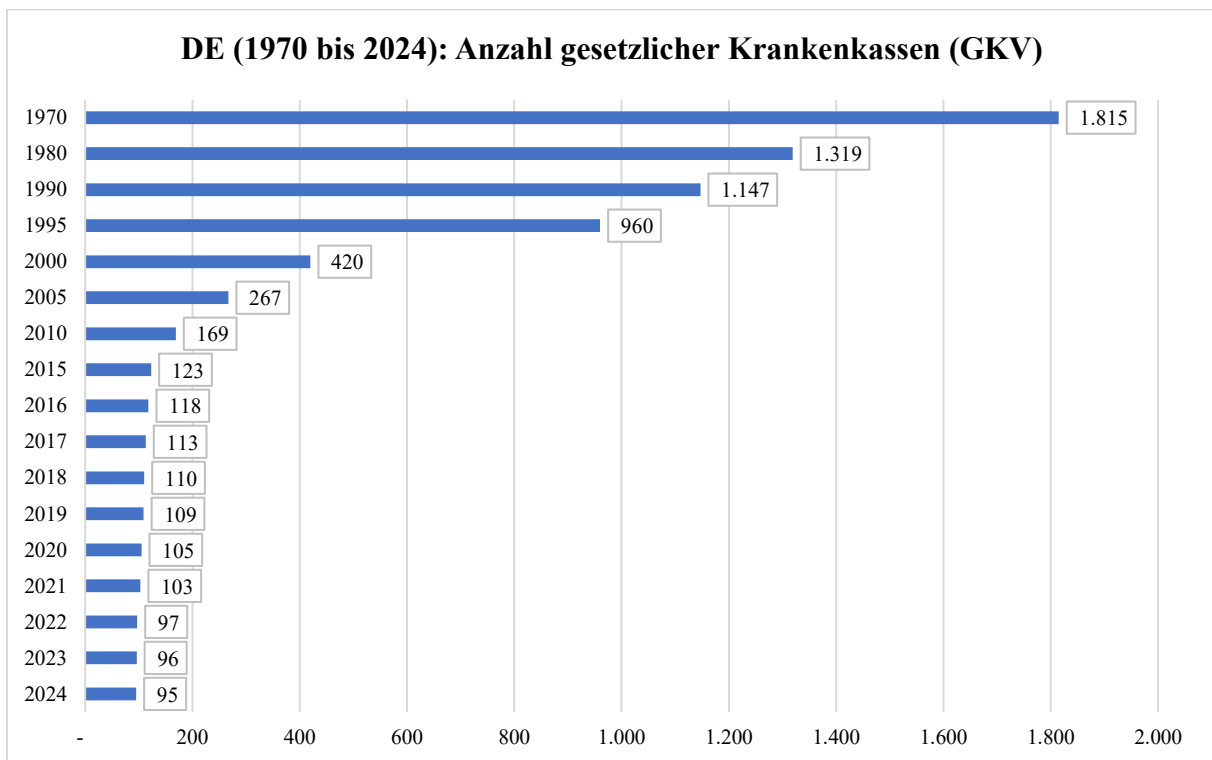


Abb.8: DE (1970 bis 2024): Anzahl gesetzlicher Krankenkassen (GKV). Eigene Darstellung. Quelle: Statista.<sup>83,84</sup>

Die gesetzlichen Krankenversicherungen (wie auch Renten-, Arbeitslosigkeits-, Unfall- und Pflegeversicherung u. w.) sind Teil des deutschen Sozialversicherungssystems, das sich auf Grundlage der Umverteilung<sup>85</sup> von lohnabhängigen Beiträgen finanziert. Die Beiträge ergeben sich wiederum aus den Mitgliedschaften des einzelnen Mitglieds in einer gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Dabei wird der Beitrag abhängig eines bestimmten Zeitraumes (ein Monat) bemessen, um die aktuellen Kosten zu decken. Arbeitgeber und Arbeitnehmer

<sup>80</sup> Vgl. AUV: *Versicherungspflichtgrenze - Jahresarbeitsentgeltgrenze 2023*.

<sup>81</sup> Vgl. BMG (29.08.2024): *Beiträge*.

<sup>82</sup> Vgl. Statista (Okt 2024): *Anzahl der Mitglieder und Versicherten der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung in den Jahren 2017 bis 2023 (in Millionen)*.

<sup>83</sup> Vgl. Statista (Jan 2023): *Entwicklung der Anzahl gesetzlicher Krankenkassen in Deutschland von 1970 bis 2023*.

<sup>84</sup> Vgl. GKV-Spitzenverband (01.01.2024): *Die gesetzlichen Krankenkassen*.

<sup>85</sup> Vgl. BPB: *Umlageverfahren - Umlagefinanzierung*.

zahlen entsprechend den Beitragssätzen für GKV bis zur Versicherungspflichtgrenze.<sup>86</sup> Die jährlich vom Gesetzgeber festgelegte allgemeine Versicherungspflichtgrenze liegt in 2024 bei 62.100,00 Euro pro Jahr bzw. 5.175,00 Euro pro Monat.<sup>87,88</sup> D. h., dass bis zur Erreichung der Versicherungspflichtgrenze Krankenversicherungsbeiträge in eine GKV zu zahlen sind. Die Festlegung der Höhe des Beitragssatzes war bis 2008 der einzelnen GKV, innerhalb eines gesetzlichen Rahmens, überlassen. Seit 2009 legt die Bundesregierung jährlich per Rechtsverordnung die Beiträge fest. Reichte einer GKV dieser Beitragssatz zur Kostendeckung nicht aus, so hatte (und hat) sie die Möglichkeit, einen einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag von den Mitgliedern einzufordern. Seit 2015 gilt ein für alle GKV gesetzlich vorgeschriebener „allg. Beitragssatz“, der zur Hälfte von Arbeitgebern (AG) und Arbeitsnehmern (AN) zu übernehmen ist (siehe Anhang, Tab. 4). Des Weiteren können individuelle Zusatzbeiträge durch die einzelne GKV erhoben werden. Bis Ende 2018 wurde dieser Zusatzbeitrag allein von den Arbeitnehmern entrichtet, seit 2019 ist dieser sowohl von den AN als auch von den AG je hälftig zu tragen. Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes liegt bei 0,0 % bis 3,90 % (Stand: 01.01.2024).<sup>89,90</sup> Nach dem Erlass des „GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz“ von 2007 müssen ab 2009 alle Mitgliedsbeiträge der einzelnen GKV, Arbeitgeber, Rentenkassen und die Zuschüsse des Bundes in den „Gesundheitsfonds“ eingezahlt werden. Aus diesem Fonds erhält die einzelne GKV, abhängig von der Krankheitsstruktur der Versicherten und der Anzahl der Mitglieder, Zuweisungen. Bei Unterdeckung der Kosten können Zusatzbeiträge von den Mitgliedern durch die einzelne GKV direkt eingefordert werden. Durch das o. g. Gesetz wurde der Wettbewerb zwischen den einzelnen GKV erhöht und hatte zur Folge, dass die Anzahl an GKV immer weiter abnahm (Abb. 8).

#### **GKV-Zuzahlungen:**

- Stationäre Versorgung: Jeweils 10,00 Euro pro Tag fallen für die ersten 28 Tage bei einem Krankenhausaufenthalt pro Kalenderjahr an.<sup>91</sup>
- Ambulante Versorgung: In Deutschland fallen keine Praxisgebühren an. Aufgrund der hohen Anzahl von Arztkontakten wurden zwischen 2004 und 2012 pro Besuch und Quartal jeweils 10,00 Euro in den Praxen erhoben, dann auf Grund des bürokratischen Aufwandes eingestellt.

---

<sup>86</sup> Vgl. VdEK: *Beitragsbemessungsgrenzen und Beitragssätzen 2024*.

<sup>87</sup> Vgl. GKV-Spitzenverband (01.01.2024): *Die gesetzlichen Krankenkassen*.

<sup>88</sup> Vgl. TK, Die Techniker (2023): *Wie hoch ist die Versicherungspflichtgrenze?*

<sup>89</sup> Vgl. GKV-Spitzenverband (01.11.2024): *Krankenkassenliste*.

<sup>90</sup> Vgl. BMG (29.08.2024): *Beiträge*.

<sup>91</sup> Vgl. BMG (01.01.2024): *Zuzahlungsregelung der gesetzlichen Krankenversicherung*. Informationsblatt Nr. 233-06, S. 8.

- Arzneimittelversorgung: Bei Heil-, Hilfs- und Arzneimitteln liegt die Zuzahlung bei 10% bezogen auf den Verkaufspreis, wobei 5,00 Euro die Untergrenze und 10,00 Euro die Obergrenze pro Arzneimittelpackung etc. ausmacht. Wenn der Preis eines Arzneimittels 30% unter dem Festbetrag liegt, entfällt die Zuzahlung gänzlich. Personen unter 18 Jahren und Schwangere (Schwangere nur, wenn die Verordnung im Zusammenhang mit der Schwangerschaft steht) sind von der Zuzahlung befreit. Steigt der jährliche Zuzahlungsanteil über 2 % des Bruttohaushalteinkommens, kann eine Erstattung erfolgen. Bei chronisch Kranken liegt die Zuzahlungsgrenze bei 1 % des Bruttohaushalteinkommens (Schölkopf und Pressel 2017).<sup>92</sup>

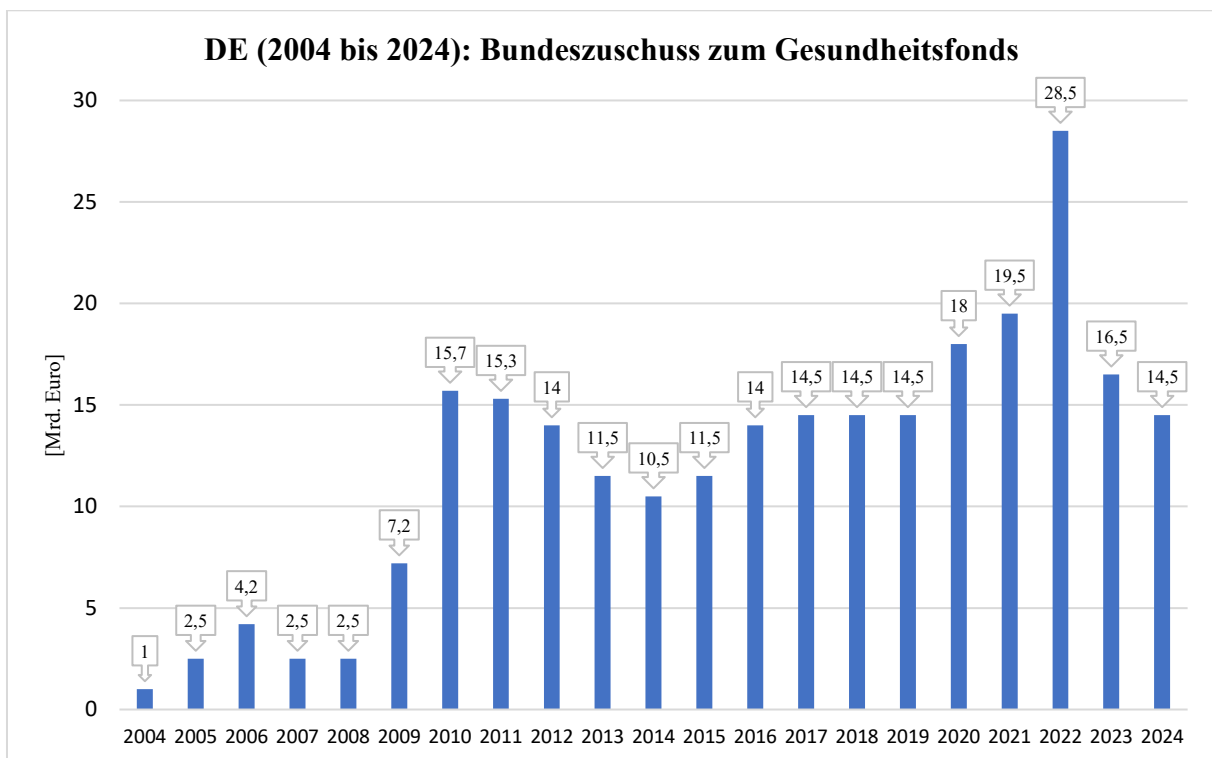


Abb. 9: DE (2004 bis 2024): Der Bundeszuschuss zum Gesundheitsfonds. Quelle: Statista.<sup>93</sup>

Im Gegensatz zu den PKV dürfen GKV keine Rücklagen bzw. keine Finanzreserven über den einmonatigen Bedarf hinaus bilden. Kassen, die Reserven in den letzten konjunkturstarke Jahren gebildet hatten, müssen diese ab 2020 innerhalb von drei Jahren abbauen.<sup>94</sup> Erwerbstätige Mitglieder einer gesetzlichen Krankenversicherung können ihre nicht-erwerbstätigen Familienangehörigen (Ehepartner, Kinder) beitragsfrei mitversichern.<sup>95</sup> Da die Mittel nicht ausreichen, finanziert seit 2004 der Bund die GKV mit stetig steigenden Beträgen

<sup>92</sup> Vgl. Schölkopf, M.; Pressel, H. (2017): S. 59-60.

<sup>93</sup> Vgl. Statista (16.09.2024): *Höhe des Bundeszuschusses zum Gesundheitsfonds in den Jahren 2004 bis 2024 (in Mrd. Euro)*.

<sup>94</sup> Vgl. BMG (18.10.2018): *GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG)*.

<sup>95</sup> Vgl. Verbraucherzentrale NRW e.V. (2023): *Familienversicherung in der Krankenkasse: Wer kostenlos mitreinkommt*.

(Abb. 9). Bedingt durch die Corona-Pandemie wurde 2022 ein Allzeithoch von 28,5 Mrd. Euro erreicht und 2024 das Vor-Pandemie-Niveau mit 14,5 Mrd. Euro wieder erreicht.<sup>96</sup>

#### 3.1.3.2 Die privaten Krankenversicherungen (PKV)

PKV erhalten keine Mittel aus dem „Gesundheitsfonds“. Der PKV-Beitrag richtet sich allein nach Alter, Gesundheitszustand zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses und dem gewählten Tarif, dabei darf das Geschlecht seit Ende 2012 nicht mehr bei der Beitragsfindung berücksichtigt werden. Es gilt grundsätzlich das Kostenerstattungsprinzip, d. h. der Leistungserbringer rechnet mit dem Mitglied ab und dieser dann mit seiner Versicherung. Es ist den Versicherungen gesetzlich gestattet, nach dem Prinzip der Kapitaldeckung<sup>97</sup> Alterungsrückstellungen zu bilden.<sup>98</sup> Diese Rückstellungen werden auf dem Kapitalmarkt angelegt und erst im Alter zur Glättung des Beitragsanstieges verwendet. Bei einem Wechsel in die GKV gehen diese Rückstellungen verloren (Schölkopf und Pressel 2017).<sup>99</sup> Erwerbstätige Mitglieder einer PKV können ihre nicht-erwerbstätigen Familienangehörigen (Ehepartner, Kinder) kostenpflichtig mitversichern.

#### 3.1.4 Die Versorgungsorganisation

##### 3.1.4.1 Stationärer Sektor

Die Einweisung in ein Krankenhaus veranlassen i. d. R. ambulant tätige ärztliche Leistungserbringer, wobei dem Versicherungsnehmer die freie Wahl des Krankenhauses obliegt. Die Betreiber von Krankenhäusern befinden sich in privat gewerbliche, kommunale bzw. frei gemeinnützige Trägerschaften, wobei die Verantwortung der Sicherstellung von stationärer Versorgung bei den Bundesländern liegt. Eine ambulante Gesundheitsversorgung wird durch Krankenhäuser nicht gewährleistet, in Folge dessen sind die Notfallabteilungen in Spitzenzeiten regelmäßig überfüllt. Ein Versuch, diese Situation zu verbessern, sind die seit 2004 eingeführten Medizinischen Versorgungszentren (MVZ).<sup>100,101</sup>

##### 3.1.4.2 Ambulanter Sektor

In Deutschland wird die ambulante Versorgung durch niedergelassene ärztliche Leistungserbringer gewährleistet, die selbstständig allein, in Gemeinschaftspraxen oder in staatlich bzw. kommunal geförderten MVZ, praktizieren. Der Versicherte hat grundsätzlich die

---

<sup>96</sup> Vgl. Statista (16.09.2024): *Höhe des Bundeszuschusses zum Gesundheitsfonds in den Jahren 2004 bis 2024 (in Mrd. Euro)*.

<sup>97</sup> Vgl. BPB: *Kapitaldeckungsverfahren (Kapitalstockverfahren)*.

<sup>98</sup> Vgl. Verband der Privaten Krankenversicherungen e.V. (PKV): *So kalkuliert eine Versicherung die Beiträge*.

<sup>99</sup> Vgl. Schölkopf, M.; Pressel, H. (2017): S. 60.

<sup>100</sup> Vgl. BMVZ: *Medizinische Versorgungszentren. Die Kommune als Träger*.

<sup>101</sup> Vgl. BGBl. (19.11.2003): *Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG)*.

freie Wahl eines allg. Arztes, der, sofern notwendig, an einen Facharzt überweist. Im Regelfall wird die Einlieferung in ein KH durch einen Arzt veranlasst. Um eine unnötige Beanspruchung des Gesundheitssystems zu minimieren, wurde mit der Einführung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) von 2007, geltend ab 2009, der sog. Hausarzttarif bzw. die hausarztzentrierte Versorgung<sup>102</sup> eingeführt. Entscheidet der Versicherte sich für dieses Modell, leitet der Hausarzt den Versicherten durch das System. Durch die Lenkung des sog. „Gatekeeping“ soll die Versorgung des Patienten verbessert und gleichzeitig Kosten eingespart werden, indem Doppeluntersuchungen, unnötige Facharztbesuche, Arzneimittelwechselwirkungen etc. vermieden werden.

#### 3.1.5 Leistungen

Das SGB V Drittes Kapitel stellt den Rahmen für den sog. „Leistungskatalog“, dessen Inhalt die jeweilige Krankenkasse ihren Mitgliedern bereithalten muss, denn der Versicherte hat einen *„Anspruch auf eine ausreichende, bedarfsgerechte und dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende medizinische Krankenbehandlung.“* Dabei soll dies laut § 12<sup>103</sup> *„unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes“* geschehen und das *„Maß des Notwendigen“* soll dabei nicht überschritten werden. Auf Grundlage der Rahmengesetze ist der Leistungskatalog durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu konkretisieren. Dieser Ausschuss ist das höchste Organ der Selbstverwaltung und setzt sich aus 13 Vertretern zusammen: Drei unabhängige Vertreter, fünf Vertreter der Leistungserbringer (KBV, KZBV und DKG) und fünf Vertreter der Kostenträger (GKV-Spitzenverband).<sup>104</sup>

##### 3.1.5.1 Gesetzliche Krankenversicherungen (GKV)

Für die gesetzlichen Krankenkassen gilt das Sachleistungsprinzip (§ 2 SGB V), d. h. der Leistungserbringer erbringt seine Leistung und dies ohne, dass es zu einem Zahlungsfluss zwischen Versicherten und Leistungserbringer kommt. Der Leistungserbringer rechnet direkt mit der Krankenkasse oder mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) ab. Vorteil dieses Prinzips ist, dass insbesondere finanzschwache Versicherte Leistungen erhalten, ohne erst in Vorleistung treten zu müssen.<sup>105</sup> Andererseits besteht Intransparenz bzgl. der tatsächlich

---

<sup>102</sup> Vgl. BMJ: *Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung - Hausarztzentrierte Versorgung*, § 73b.

<sup>103</sup> Vgl. BMJ: *Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung - Leistungen*; Drittes Kapitel, § 11 Abs. 1 und § 12 Abs. 1 i. V. m. § 70 Abs. 1.

<sup>104</sup> Vgl. G-BA: *Mitglieder*.

<sup>105</sup> Vgl. Sozialgesetzbuch: *Sozialgesetzbuch (SGB V), Fünftes Buch, Gesetzliche Krankenversicherungen*, § 2 SGB V Leistungen.

entstehenden Kosten, was wiederum zu einem wenig kostenbewussten Verhalten führen kann.<sup>106</sup>

#### 3.1.5.2 Private Krankenversicherungen (PKV)

Wie bereits oben ausgeführt, richtet sich der Leistungsumfang, den der Versicherte von seiner PKV erwarten kann, nach Alter, Gesundheitszustand zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses und dem gewählten Tarif. Grundsätzlich gilt das Kostenerstattungsprinzip, d. h., dass der Leistungserbringer (Apotheke, Arzt, Physiotherapie etc.) mit dem PKV-Mitglied direkt abrechnet, somit geht der Versicherte in Vorleistung, um dann wiederum mit seiner PKV abzurechnen. Bei hohen Krankenhausleistungen bieten Krankenhäuser regelmäßig dem Versicherten dennoch die Übernahme der direkten Abrechnung mit der PKV an. Im stationären wie im ambulanten Sektor gilt, dass für erhaltene Leistungen das PKV-Mitglied einen höheren Satz nach der Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte (GOÄ) zu zahlen hat als ein GKV-Mitglied.<sup>107</sup> Laut Wild (2016) entspricht dies für Deutschland einem von allen PKV-Mitgliedern geleisteten Mehraufwand von 12.45 Mrd. Euro jährlich (Stand: 2014).<sup>108</sup>

## 3.2 Das Apothekenwesen

### 3.2.1 Einleitung

Das Privileg der alleinigen Arzneimittelversorgung unterliegt einer allumfassenden Regulierung in Form von diversen Gesetzen und Rahmenbedingungen, die für den Einzelhandel einzigartig sind. Das Alleinstellungsmerkmal der Apotheken in Deutschland beruht auf dem im Apothekengesetz (ApoG) formulierten staatlichen Auftrag, für *„die im öffentlichen Interesse gebotene Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln“*<sup>109</sup> zu sorgen. Hieraus leiten sich die drei wesentlichen pharmazeutischen Tätigkeiten ab: Die Herstellung, Abgabe und Aufklärung bzw. Beratung über die Anwendung und Wirkung von Arzneimitteln (inkl. Neben- und Wechselwirkungen u. m.).<sup>110</sup>

### 3.2.2 Gesetzliche Grundlagen

Die wichtigsten Gesetze für das Apothekenwesen sind:

- Gesetz über das Apothekenwesen (Apothekengesetz - ApoG)<sup>111</sup>

---

<sup>106</sup> Vgl. Rechnungswesen-verstehen.de (2023): *Sachleistungsprinzip*.

<sup>107</sup> Vgl. BMJ: *Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)*.

<sup>108</sup> Vgl. Wild, F. (2016): S. 23.

<sup>109</sup> Vgl. BMJ: *Gesetz über das Apothekenwesen (Apothekengesetz - ApoG)*, *Apothekengesetz (ApoG)*, §1 Abs. 1.

<sup>110</sup> Vgl. BMJ: *Bundes-Apothekerordnung (BApO)*, §2 Abs. 3.

<sup>111</sup> Vgl. BMJ: *Gesetz über das Apothekenwesen (Apothekengesetz - ApoG)*.

- Verordnung über den Betrieb von Apotheken (Apothekenbetriebsordnung - ApBetrO)<sup>112</sup>
- Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln (Arzneimittelgesetz - AMG)<sup>113</sup>
- Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln (Betäubungsmittelgesetz - BtMG)<sup>114</sup>
- Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV)<sup>115</sup>
- Gesetz über die Werbung auf dem Gebiet des Heilwesens (Heilmittelwerbegesetz - HWG)<sup>116</sup>
- Gesetz zum Schutz vor gefährlichen Stoffen (ChemG)<sup>117</sup>

### 3.2.3 Rahmenbedingungen

Von den o. g. Gesetzen abgeleitet, ergeben sich die entscheidenden Rahmenbedingungen:

- i.) Öffentlicher Auftrag (§ 1 Abs. 1 ApoG)
- ii.) Niederlassungsfreiheit<sup>118</sup>
- iii.) Persönliche Leitung (§ 7 ApoG)
- iv.) Wahl der Rechtsform (§ 8 ApoG)
- v.) Mehrbesitzverbot (§ 1 Abs. 2 ApoG)
- vi.) Fremdbesitzverbot (§§ 2, 7 und 8 ApoG)

Die Rahmenbedingungen sind wesentlich durch das Apothekengesetz (ApoG) geprägt, denn dieses benennt, wer unter welchen Voraussetzungen den Beruf des Apothekers ausüben darf. Daher soll auf diese in Bezug auf das ApoG näher eingegangen werden:

- i.) Öffentlicher Auftrag: Wie bereits einleitend erwähnt, haben die Apotheken den öffentlichen Auftrag, die Bevölkerung ordnungsgemäß mit Arzneimitteln zu versorgen (§1 Abs. 1 ApoG).
- ii.) Niederlassungsfreiheit: Jede Person, die Apotheker im Sinne des Gesetzes ist, darf eine Apotheke betreiben. Denn in Deutschland besteht seit 1958 eine Niederlassungsfreiheit für Apotheker.<sup>119</sup>

---

<sup>112</sup> Vgl. BMJ: *Verordnung über den Betrieb von Apotheken (Apothekenbetriebsordnung - ApBetrO)*.

<sup>113</sup> Vgl. BMJ: *Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln (Arzneimittelgesetz - AMG)*.

<sup>114</sup> Vgl. BMJ: *Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln (Betäubungsmittelgesetz - BtMG)*.

<sup>115</sup> Vgl. BMJ: *Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV)*.

<sup>116</sup> Vgl. BMJ: *Gesetz über die Werbung auf die Gebiete des Heilwesens (Heilmittelwerbegesetz - HWG)*.

<sup>117</sup> Vgl. BMJ: *Gesetz zum Schutz vor gefährlichen Stoffen (Chemikaliengesetz-ChemG)*.

<sup>118</sup> Vgl. BVerfG, Entscheidungen der amtlichen Sammlung: *BVerfGE* 7, 377 - *Apotheken-Urteil*.

<sup>119</sup> Hinweis: Der Antrag auf Erteilung einer Apothekenbetriebserlaubnis wurde einem angestellten Apotheker 1956 von der zuständigen Zulassungsbehörde abschlägig beschieden, dass nachfolgend auch durch das klageentscheidende Gericht per Urteil, bestätigt wurde. Das mit einer Verfassungsbeschwerde angerufene Bundesverfassungsgericht entschied letztinstanzlich 1958 zu Gunsten des Antragstellers und das entsprechende Urteil wird bis heute als „*Apotheken Urteil*“ bezeichnet und dient weiterhin bis zur Gegenwart als gesetzliche Grundlage für die Niederlassungsfreiheit u. a. auch für Apotheker in Deutschland. Gleichzeitig bedeutet dies, dass

- iii.) Persönliche Leitung: Laut § 7 ApoG i. V. m. § 2 Abs. 2 ApBetrO kann eine Apotheke nur in Form der persönlichen Leitung betrieben werden.
- iv.) Wahl der Rechtsform: Das § 8 ApoG lässt nur die BGB-Gesellschaft bzw. das Einzelunternehmen für den Betrieb einer Apotheke zu. Auch wenn der Apothekerberuf zu den freien Berufen gehört, so liegt die steuerliche Gewichtung auf der gewerblichen Tätigkeit.<sup>120</sup> Gleichbedeutend, dass Apothekenleiter als Gewerbetreibende gelten und somit dem Handelsgesetzbuch (HGB) unterliegen, d. h., es muss eine Eintragung ins zuständige Handelsregister zum Vollkaufmann (e. K.) erfolgen. Des Weiteren sind noch diverse wirtschaftliche (z. B. keine freie Preisgestaltung) wie strukturelle (Öffnungszeiten, Dienstbereitschaft, Kontrahierungszwang) Einschränkungen bei der Berufsausübung hinzunehmen und damit sind Apotheker abhängiger als andere Freiberufler. Im Vergleich mit einem angestellten Apothekenleiter im Öffentlichen Dienst, hat der selbstständige Apothekenleiter allein für seine (Alters-)Vorsorge zu sorgen, d. h. er zahlt zu 100 % selbst in diverse Versicherungen ein und bekommt weder Krankengelder noch eine Lohnfortzahlung im Urlaub.<sup>121</sup>
- v.) Es dürfen mehr als eine Person eine oder mehrere Apotheken gemeinsam betreiben. Dies ist dennoch nur in Form einer
- Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR bzw. BGB-Gesellschaft) oder wiederum als eine Sonderform derer, durch eine
  - offene Handelsgesellschaft (OHG) und auch nur unter der Voraussetzung, dass jeder Gesellschafter eine Approbation als Apotheker vorweisen kann, möglich.
- Aus haftungsrechtlichen Gründen ist die Bildung einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) oder Aktiengesellschaft (AG) nicht gestattet, d. h. zwangsläufig, dass im Falle einer Insolvenz immer mit dem Privatvermögen involvierter Apotheker zu haften ist.
- vi.) Mehrbesitzverbot: Kannte das erste Apothekengesetz (1960)<sup>122</sup> nur ein *striktes* Mehrbesitzverbot, wonach jeder Apotheker nur eine Apotheke betreiben durfte, so gilt seit 2004 das *eingeschränkte* Mehrbesitzverbot. Danach kann jeder Apotheker, im selben Kreis oder im direkten Nachbarkreis zur Hauptapotheke, noch drei weitere Filialen betreiben (§ 1, Abs. 2 ApoG).

---

es keinen Schutz vor der räumlichen Konkurrenz gibt und insbesondere in urbanen Gegenden zu intensivem Wettbewerb führt.

<sup>120</sup> Vgl. BMJ: *Einkommensteuergesetz (EStG)*, § 18 Abs.1, Satz 1.

<sup>121</sup> Vgl. Kaapke, A.; Kleber-Herbel, N. (2024): S. 42.

<sup>122</sup> Vgl. BGBl. (25.08.1960): *Gesetz über das Apothekenwesen vom 20.08.1960*.

- vii.) Fremdbesitzverbot: Wer nicht Apotheker im Sinne des Gesetzes ist (§ 8 ApoG), darf weder eine Apotheke betreiben, noch sich z. B. an einer Apotheke finanziell beteiligen. Denn es besteht nach § 2 Abs. 1 ApoG i. V. m. §§ 7 und 8 ein Fremdbesitzverbot. Die deutsche Regelung, dass Kapitalgesellschaften Eigentum an Apotheken erlangen dürfen, darf weiterhin behördlich verwahrt werden und wurde längstens 2009 vom Europäischen Gerichtshof (EuGH)<sup>123</sup> explizit bestätigt.

Die Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) regelt den „Alltag“ des Apothekenbetriebes. Sie legt z. B. die Beschaffenheit, Art und Größe der Betriebsräume, die Ausstattung des Labors und der Rezeptur, die Vorrats- und Lagerhaltung u. v. w. fest und macht Ausführungen über das Apothekenpersonal (z. B. welche Arbeiten die einzelne Berufsgruppe ausführen darf, u. w.). Der Umgang mit Arzneimitteln (Arzneimittelgesetz - AMG), Chemikalien (Chemikaliengesetz - ChemG) und Betäubungsmitteln (Betäubungsmittelgesetz - BtMG) wird in den entsprechenden Gesetzen beschrieben.

Was ein Arzneimittel ist, wird ausführlich im Arzneimittelgesetz (AMG) definiert. Es gibt:

- Freiverkäufliche Arzneimittel,
- apothekenpflichtige Arzneimittel (verordnungsfähige, aber nicht-verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel, gleich OTC-, HV- oder Non-Rx-FAM) und
- verschreibungs- bzw. rezeptpflichtige Fertigarzneimittel (Rx-FAM).

### 3.2.4 Waren und Preise

Die Abgabe von einem

- verschreibungspflichtigen Arzneimittel setzt eine ärztliche Verordnung (Rezept, Verschreibung) voraus, aber auch für ein
- apothekenpflichtiges Arzneimittel (Non-Rx-FAM) kann eine Verordnung ausgestellt werden. Denn für Personen, die noch nicht das 12. Lebensjahr erreicht haben bzw. Jugendliche mit Entwicklungsstörungen, sind die Kosten zu übernehmen.<sup>124</sup>
- Apotheken vertreiben außer Arzneimittel Medizinprodukte, Hilfsmittel und „apothekenübliche Waren“, wie z. B. Nahrungsergänzungsmittel, Kosmetika, Hautpflegemittel u. m.

---

<sup>123</sup> Vgl. Deutscher Bundestag - Wissenschaftliche Dienste: *Urteil des EuGH zum Fremdbesitzverbot bei Apotheken*; und Vgl. InfoCuria Rechtsprechung: *URTEIL DES GERICHTSHOFS (Große Kammer) 19. Mai 2009; „Niederlassungsfreiheit - Art.43 EG - Gesundheit der Bevölkerung - Apotheken - Vorschriften, die allein Apothekern das Recht vorbehalten, eine Apotheke zu betreiben - Rechtfertigung - Sichere und qualitativ hochwertige Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln – Berufliche Unabhängigkeit der Apotheker.“*

<sup>124</sup> Vgl. BMG: *Zuzahlung*, i. V. Bundesgesetzblatt (14.11.2003); *Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenkassen (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG)*.

Normalerweise können Marktakteure über Aktionsparameter wie Preis, Werbung, Menge, Qualität, Service, Informationen u. w., unmittelbar zur Nutzen- bzw. Gewinnsteigerung, d. h. zur Verbesserung der eigenen Marktposition, eingesetzt werden (Daumann und Esipovich 2020).<sup>125</sup> Da die Preise für verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel (Rx-FAM) vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)<sup>126</sup> festgelegt werden, spielt der Preis für einen erheblichen Teil der Waren in Apotheken (Rx-Anteil: > 80 % des Gesamtumsatzes)<sup>127</sup> dennoch keine wesentliche Rolle. Denn ab 2004 wurde durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) die Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV)<sup>128</sup> geändert und das sog. Kombimodell eingeführt. Dieses System, dass die Vergütung für öffentliche Apotheken auf Basis einheitlicher Honorare und Pauschalzuschlägen für ein Rx-FAM festlegt, wird auch als „Preisbindung der zweiten Hand“ bezeichnet (Daumann und Esipovich 2020: 22). Der bundeseinheitliche Abgabepreis der Apotheken ist sowohl ein Garant für den Verbraucherschutz als auch eine effiziente Umsetzung des GKV-Sachleistungsprinzips.<sup>129</sup> Bei nicht-apothekenpflichtigen, apothekenpflichtigen Arzneimitteln und den weiteren Warengruppen (Anteil von OTC-Arzneimitteln und allen weiteren Warengruppen: < 20% des Gesamtumsatzes) können Apotheken frei kalkulieren.

#### 3.2.5 Die Vergütung der Apothekenleistungen

In § 3 der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV)<sup>130</sup> wird definiert wie Rx-FAM und in § 5 (AMPreisV) wie Rezepturen vergütet werden (Kap. 3.4.2.1.1).

Die AMPreisV gewährt seit 2004 in Form des sog. Kombimodells den Apotheken pro Rx-FAM:

- Einen variablen, preiselastischen Anteil von 3 % auf den Apothekeneinkaufspreis (AEP),
- ein mengenabhängiges Fixhonorar (Fixum) von 8,35 Euro (pro Rx-FAM-Packung),
- Notdienstzuschlag von 0,21 Euro und
- 0,20 Euro für pharmazeutische Leistungen.

Die beiden letzten Leistungen werden nicht ausgekehrt und kommen den Apotheken nur teilweise zugute.

---

<sup>125</sup> Vgl. Daumann, F.; Esipovich, L. (2020): S. 22.

<sup>126</sup> Vgl. G-BA: *Arzneimittel-Richtlinie und Anlagen*.

<sup>127</sup> Vgl. ABDA: *Faktenblatt - Apothekenhonorierung*.

<sup>128</sup> Vgl. BGBl. (19.11.2003): *Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenkassen (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG)*, Artikel 24 - Änderung der Arzneimittelpreisverordnung, S. 2190.

<sup>129</sup> Vgl. PZ (49/2011): *Fakten zur Aktuellen Situation - Apothekenhonorierung I*.

<sup>130</sup> Vgl. BMJ: *Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV)*.

Die Vergütung von Einzelanfertigungen (Rezepturen) wird im § 5 AMPreisV geregelt:

- Ein 90-% Aufschlag auf den AEP für Wirkstoffe, Grundlagen und Verpackung,
- ein Herstellungszuschlag entsprechend der Rezepturart (z. B. Salbe, Lösung etc.) und
- den Festzuschlag von 8,35 Euro für Abgabe und Beratung.

### 3.2.6 Berufsgruppen

In Apotheken arbeiten, bedingt durch Ausbildungsreformen und der unterschiedlichen politischen Priorisierung in der DDR<sup>131</sup> und BRD, derzeit noch diverse Berufsgruppen. Diese werden folgend kurz vorgestellt:

#### 3.2.6.1 Apotheker/in

Um approbierter Apotheker werden zu können, ist ein viersemestriges Grundstudium (Erstes Staatsexamen; § 17 AAppO) und ein viersemestriges Hauptstudium (Zweites Staatsexamen; § 18 AAppO) zu absolvieren. Dann folgt ein einjähriges Praktikum, wovon mindestens die Hälfte (§ 4 AAppO) in einer öffentlichen Vollapotheke abzuleisten ist und danach das abschließende Dritte Pharmazeutischen Staatsexamen (§ 19 AAppO). Sofern dieses bestanden wurde, kann die Approbation beantragt werden (§ 20 AAppO).<sup>132</sup> Wer das Zweite Pharmazeutische Staatsexamen bestanden hat, ist ein Pharmazeut, dennoch kein Apotheker. Pharmazeuten dürfen weder einen Apothekenleiter vertreten, noch eine Dienstbereitschaft übernehmen oder eine Apotheke leiten. Die Bundesapothekenkammer (BAK) hat 2022 ein Positionspapier beschlossen, dass das Pharmaziestudium um zwei weitere Semester verlängern soll.<sup>133,134</sup>

#### 3.2.6.2 Apothekerassistent/in (Vorexamierte/r)

Bis 1969 beinhaltete die Ausbildung zum Apotheker eine zweijährige (Vorab-)Lehre in einer Apotheke (inkl. begleitendem Unterricht an einem pharmazeutischen Institut), gefolgt von dem abschließend abzulegenden Vorexamen (daher wird umgangssprachlich vom „Vorexaminierten“ gesprochen) und folgendem dreijährigen Pharmaziestudium. Entscheidend für diese Berufsgruppe bzw. für einen Apothekenleiter bis zur Gegenwart ist, dass das bereits bestehende Recht, durch das Gesetz über die Rechtsstellung vorgeprüfter Apothekenanwärter (ApoAnwRstG)<sup>135</sup> von 1973, in Verbindung mit § 2 Abs. 6 Satz 3 der Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO)<sup>136</sup> bestätigt wurde und weiterhin Gültigkeit hat, dass

---

<sup>131</sup> Vgl. Joachimsthaler: S. (2020).

<sup>132</sup> Vgl. BMJ: *Approbationsordnung für Apotheker (AAppO)*.

<sup>133</sup> Vgl. BAK (10.05.2022): *Positionspapier - Runder Tisch „Novellierung der Approbationsordnung für Apotheker.“*

<sup>134</sup> Vgl. apotheke adhoc (10.05.2022): *Pharmaziestudium: Neue Inhalte und ein Jahr mehr.*

<sup>135</sup> Vgl. BMJ: *Gesetz über die Rechtsstellung vorgeprüfter Apothekenanwärter (ApoAnwRstG)*.

<sup>136</sup> Vgl. BMJ: *Verordnung über den Betrieb von Apotheken (Apothekenbetriebsordnung - ApBetrO)*.

Apothekerassistenten einen Apothekenleiter bis zu vier Wochen im Jahr meldepflichtig vertreten dürfen.

### **3.2.6.3 Pharmazieingenieur/in (Pharm. Ing.)**

Die dreijährige Ausbildung (bzw. 4,5 Jahre Fernstudium) zum Pharmazieingenieur war eine pharmazeutische Ausbildung der DDR. Diese Berufsgruppe durfte bis 1995 Zweigapotheken leiten und bis zur Gegenwart den Apothekenleiter bei Dienstbereitschaften bzw. bis zu vier Wochen pro anno meldepflichtig vertreten (§2 Abs. 6 Satz 3 ApBetrO).<sup>137</sup>

### **3.2.6.4 Pharmazeutisch-technische/r Assistent/in (PTA)**

Die Berufsausbildung wurde 1968 geschaffen, 1997 reformiert und beinhaltet eine zweijährige praktische sowie theoretische Ausbildung an einer staatlichen bzw. staatlich anerkannten privaten Schule, mit nachfolgendem halbjährlichem Apothekenpraktikum. PTA dürfen über Arzneimittel beraten, abgeben und Rezepturen herstellen.

### **3.2.6.5 Pharmazeutisch-kaufmännische/r Angestellte/r (PKA)**

Diese nichtpharmazeutische Berufsgruppe wurde 1993 eingeführt und entwickelte sich aus dem vorher bestehenden Berufsbild des Apothekenhelfers. Es handelt sich um eine (inzwischen dreijährige) duale Ausbildung (bei Abitur: Zwei Jahre möglich) mit einer praktischen Ausbildung in einer Apotheke und begleitend durch theoretischen Unterricht in einer Berufsschule. PKA dürfen weder zu Arzneimitteln beraten noch diese abgeben.

Der guten Ordnung halber sollen weitere, insbesondere Apothekenberufe der DDR<sup>138</sup>, wie Apothekenassistent, pharmazeutischer Assistent, Apothekenfacharbeiter hier Erwähnung finden. Dennoch wird auf diese nicht näher eingegangen werden, da alle diese Ausbildungen kurz nach der politischen Wende eingestellt wurden und die Anzahl der tätigen Personen in ihrer entsprechenden Berufsgruppe jährlich abnimmt. Zudem arbeiten regelmäßig Reinigungskräfte und Fahrer in Apotheken.

## **3.2.7 Apothekenarten inkl. Sonderformen**

Apotheken werden nach ihrer Zugänglichkeit und Ausstattung definiert. Es gibt die:

- Öffentliche Vollapotheke (auch Vorort-Apotheke oder Präsenz-Apotheke)
- Nichtöffentliche Vollapotheke (Krankenhaus- und Bundeswehrapotheke)

---

<sup>137</sup> Vgl. Joachimsthaler, S. (2020).

<sup>138</sup> Vgl. Joachimsthaler, S. (2020).

- Öffentliche Vollapotheke (Notapotheke; kommunal angestellter Apotheker)
- Öffentliche (Nicht-Voll-)Apotheke (Zweigapotheke)

Entweder sind Apotheken öffentlich bzw. nicht öffentlich zugänglich und sie sind entweder voll ausgestattet (mit Labor ausgestattet) oder auch nicht voll ausgestattet. Die 17.041 deutschen Vorort-Apotheken (Stand: 12/2024; Kap. 3.3.3.4) sind alle öffentlich zugänglich und mit einem Labor ausgestattet (ApoG § 2 Abs. 1, Satz 6, i. V. mit ApBetrO § 21) und somit öffentliche Vollapotheken. Vollapotheken sind auch Krankenhaus- (ApoG § 14) und Bundeswehraphotheken (ApoG § 15), dennoch i. d. R. nichtöffentlich und somit sind diese nichtöffentliche Vollapotheken. Die Zweigapotheke (ApoG § 16) stellt einen Sonderfall dar, denn ein Labor ist nicht vorgeschrieben und somit ist diese auch keine Vollapotheke, dennoch öffentlich. Ein weiterer Sonderfall ist die Notapotheke (ApoG § 17), die eine öffentliche Vollapotheke ist und deren Betrieb durch einen kommunal angestellten Apotheker gewährleistet wird. Nach 2005 gab es keine Notapotheken mehr und nur noch 10 Zweigapotheken (Stand: 05/2024).<sup>139</sup>

#### 3.2.8 Standesorganisationen

##### 3.2.8.1 Die Apothekenkammern

Eine Apothekenkammer<sup>140</sup> ist eine selbstverwaltende<sup>141</sup> Körperschaft des öffentlichen Rechts und die berufliche Vertretung der Apotheker eines Bundeslandes (§ 1 Satzung der Landesapothekenkammer Brandenburg (LAKB)). Diese nimmt die ihr durch Gesetz bzw. Rechtsverordnung obliegenden Aufgaben wahr (LAKB: § 2) und wird durch Beitragserhebungen bzw. Gebühren der Pflichtmitglieder finanziert (LAKB: § 6). Dabei gilt, dass jeder berufstätige Pharmazeut automatisch Pflichtmitglied in der Apothekenkammer des Bundeslandes ist, in dessen Kammerbezirk seine Arbeitsstätte liegt (LAKB: § 3 Abs. 1). Zudem werden alle weiteren Apothekenberufe von der jeweiligen Kammer vertreten (LAKB: § 4). Derzeit gibt es in Deutschland 17 Apothekenkammern, da es im Bundesland Nordrhein-Westfalen zwei gibt.

##### 3.2.8.2 Die Bundesapothekenkammer (BAK)

Die BAK ist der Zusammenschluss der zuvor benannten 17 Apothekenkammern, deren Zweck wie folgt formuliert wurde: *„den Informations- und Meinungs austausch unter den*

---

<sup>139</sup> Vgl. ABDA: *Die Apotheke, Zahlen - Daten - Fakten 2024*, S. 15.

<sup>140</sup> Vgl. Landesapothekenkammer Brandenburg (2023): *Satzung der Landesapothekenkammer Brandenburg*.

<sup>141</sup> Vgl. BMG (Juli 2022): *Unser Gesundheitssystem*.

*Apothekerkammern zu pflegen und einheitliche Grundsätze für den Aufgaben- und Arbeitsbereich der Apothekerkammern zu entwickeln und nach außen zu vertreten ...“ sowie „...den Apothekerkammern übertragenden Aufgaben in allen Angelegenheiten von allgemeiner, über den Bereich einer Apothekerkammer hinausgehender Bedeutung mit Behörden, Körperschaften, Vereinigungen, Einrichtungen und sonstigen Stellen Verbindung zu halten und etwaige Verhandlungen zu führen.“<sup>142,143</sup>*

### **3.2.8.3 Apothekervereine / -verbände**

Nur selbstständige Apothekenleiter können freiwillig Mitglied in einem Apothekerverein werden (§ 1 der Satzung des Apothekerverbandes Brandenburg (AVB)).<sup>144</sup> Das Hauptaugenmerkmal des Vereins ist, die inhabergeführte, unabhängige Individual- bzw. Präsenzapotheke und die Vertretung derer diversen Interessen nach außen. Dabei stehen vordergründig wirtschaftliche Interessen, wie z. B. Abschlüsse von Arznei- und Hilfsmittelversorgungsverträgen und weitere Verträge mit Krankenkassen und sonstigen Kostenträgern im Fokus. Zudem gilt es, z. B. als Arbeitgebervertreter Tarifverträge u. w. auszuhandeln (AVB: § 2).

### **3.2.8.4 Deutscher Apothekerverband e. V. (DAV)**

Der DAV ist der Bundeszusammenschluss der Apothekervereine/-verbände, wobei nur ein Apothekerverein pro Kammerbezirk Mitglied werden kann, dessen Mitglieder Leiter einer öffentlichen Apotheke sein müssen (§ 3 der DAV-Satzung). Der Vereinszweck ist *„die Wahrung und Förderung der wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Interessen der Apothekerschaft.“*<sup>145</sup> Dem Bundesverein obliegen diverse Aufgaben zur Wahrung der Interessen der Mitglieder bei Verhandlungen von Arzneiversorgungsverträgen und sonstiger Vereinbarungen mit den GKV bzw. weiteren Kostenträgern, Koordination gemeinsamer Werbemaßnahmen und Öffentlichkeitsarbeit und die Verwaltung des Nacht- und Notdienstfonds<sup>146</sup> u. m. (Kap. 3.4.2.1.2).

### **3.2.8.5 Bundesvereinigung Deutsche Apothekerverbände e. V. (ABDA)**

Die Apothekenkammern und die Apothekenvereine haben sich in der ABDA<sup>147</sup> zusammengeschlossen und sie *„bezweckt die Wahrnehmung und Förderung der gemeinsamen*

---

<sup>142</sup> Vgl. ABDA: *Bundesapothekenkammer (BAK)*.

<sup>143</sup> Vgl. ABDA (Beschluss: 10.05.2022): *Satzung der Bundesapothekenkammer (Arbeitsgemeinschaft Deutscher Apothekenkammern)*, § 2.

<sup>144</sup> Vgl. Apotheker Verband Brandenburg (Beschluss 29.09.2018): *Satzung*.

<sup>145</sup> Vgl. ABDA (Beschluss vom 21.12.2022): *Satzung des Deutschen Apothekerverbandes e. V.*

<sup>146</sup> Vgl. BMJ: *Gesetz über das Apothekenwesen (Apothekengesetz - ApoG)*, §18.

<sup>147</sup> Vgl. ABDA (Beschluss vom 10.05.2022): *Satzung der Bundesapothekenkammer (Arbeitsgemeinschaft Deutscher Apothekenkammern)*.

*Interessen der in ihr zusammengeschlossenen“ Mitglieder. Die ABDA hat 34 Mitglieder und vertritt ca. 69.798 Apotheker.<sup>148</sup> Des Weiteren wurden diverse Institutionen bzw. Unternehmen gegründet: Das Zentrallaboratorium Deutscher Apotheker e.V., die Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker (AMK), der GOVI-Verlag, die Pharmazeutische Zeitung (PZ), die Marketing Gesellschaft Deutscher Apotheker mbH (MGDA) u. w.<sup>149</sup> Trotz sinkender Rohgewinne, beschloss die Mitgliederversammlung der ABDA einen um 3,7 Mio. Euro erweiterten Haushalt und somit wurden die Beiträge für 2024 um ca. 18 % erhöht.<sup>150</sup>*

### **3.2.8.6 Freie Apothekerschaft e. V. (FA)**

Der Verein Freie Apothekerschaft (FA) wurde in 2010<sup>151</sup> für Apothekenleiter (ordentliche Mitglieder)<sup>152</sup> gegründet und tritt im Gegensatz zur ABDA zunehmend behördenkritisch auf. Folgend eine Auflistung der Maßnahmen der FA allein in 2024:

- April 2024: Einreichung einer Feststellungsklage<sup>153</sup> gegen die Bundesrepublik Deutschland auf Grundlage eines Gutachtens von Kappke und Kleber-Herbel (2024),<sup>154</sup> um die Anpassung des Apothekenhonorars zu erstreiten.
- Mai 2004: IFG-Antrag bzgl. der Mehraufwandspauschale von 50 Cent des ALBVVG gestellt (Kap. 3.4.2.1.5).
- Juni 2024: Abmahnung der „Shop-Apotheke“ auf Grund von Verstößen gegen das Heilmittelwerbegesetz und das SGB V. Denn obwohl mehrere höchstrichterliche Urteile gegen Arzneimittelversender in der Vergangenheit ergangen waren, wurde von den zuständigen Behörden geltendes Recht nicht durchgesetzt.<sup>155</sup>
- Juni 2024: Antrag gestellt auf Aktualisierung der sog. Länderliste und einen Antrag auf Eilrechtsschutz beim Verwaltungsgericht in Berlin (Kap. 3.3.5).
- Juli 2024: IFG-Antrag bzgl. der Card-Link-Einführung (Kap. 3.3.5).<sup>156</sup>
- Sept. 2024: Der Verein legt beim OVG Münster Beschwerde ein (Keine Aktualisierung der Länderliste).<sup>157</sup>
- Sept. 2024: Untätigkeitsklage gegen das BMG.<sup>158</sup>

---

<sup>148</sup> Vgl. ABDA: *Die Apotheke, Zahlen - Daten - Fakten, 2024*, S. 46.

<sup>149</sup> Vgl. ABDA (2023): *Institutionen der Apothekerschaft*.

<sup>150</sup> Vgl. PZ (28.06.2023): *ABDA-Beiträge steigen um 18 Prozent - Haushalt 2024*.

<sup>151</sup> Vgl. FA (30.05.2024): *Über 1.000 Mitglieder*.

<sup>152</sup> Vgl. FA: *Satzung*.

<sup>153</sup> Vgl. FA (Aktionen 12.04.2024): *Unterlagen: Klage und Gutachten: Schriftsatz der Feststellungsklage*.

<sup>154</sup> Vgl. Kaapke, A.; Kleber-Herbel, N. (2024).

<sup>155</sup> Vgl. FA (Pressemitteilung 01.06.2024): *Shop-Apotheke abgemahnt*.

<sup>156</sup> Vgl. FA (Pressemitteilung, 11.07.2024): *CardLink: FA stellt IFG-Antrag beim BMG*.

<sup>157</sup> Vgl. FA (Pressemitteilung 12.09.2024): *Länderliste: FA legt beim OVG Münster Beschwerde ein*.

<sup>158</sup> Vgl. FA (Pressemitteilung 25.09.2024): *Länderliste: FA erhebt weitere Klage beim Verwaltungsgericht Köln*.

- Okt. 2024: Klage gegen DocMorris und Shop Apotheke.<sup>159</sup>

### 3.3 Die Apothekenentwicklung

#### 3.3.1 Einleitung

1956 hatte die BRD 53,34 Mio. Einwohner, die von 6.962 Apotheken mit Arzneimitteln versorgt wurden, entsprechend einer durchschnittlichen Kundenzahl von ca. 7.662 pro Apotheke. 1989 lebten auf dem Gebiet der BRD 62,68 Mio. Einwohner<sup>160</sup> und die Apothekenanzahl war auf 17.960 öffentliche Apotheken angestiegen<sup>161</sup>, gleichbedeutend einer durchschnittlichen Kundenzahl pro Apotheke von ca. 3.490 Personen. D. h., dass bei einem Bevölkerungswachstum von ca. 17,5 % in 33 Jahren, die Apothekenanzahl um 10.998 Betriebe bzw. ca. 158 % anstieg. Das bedeutet gleichzeitig, dass die durchschnittliche Kundenzahl um ca. 45,5 % pro Apothekenbetrieb bzw. auf ca. 4.172 Personen sank. Die Anzahl der Apothekenbetriebe nahm von ca. 13,1 Apotheken pro 100.000 Einwohner mit ca. 15,6 pro 100.000 Einwohner auf ca. 28,7 Apotheken bzw. um ca. 119,4 % zu.

Für 1989 wird die Bevölkerungszahl in der ehemaligen DDR (Neue Länder inkl. Berlin-Ost) mit 16,43 Mio. Einwohnern<sup>162</sup> angegeben und es wurden 1.973 Apotheken<sup>163</sup> betrieben. Dies entspricht einer durchschnittlichen Kundenzahl von 8.327 Einwohnern pro Betrieb bzw. 12 Betrieben pro 100.000 Einwohner. D. h., dass es 1989 in den Altbundesländern ca. 11-mal so viele Apotheken wie in der DDR gab und dass die durchschnittliche Kundenzahl pro westdeutsche Apotheke wesentlich geringer war, denn im Vergleich zu einer Apotheke in der DDR betrug diese in der BRD nur ca. 50 %.

Durch die Wiedervereinigung Anfang der 1990er ergaben sich weitreichende wirtschaftliche Möglichkeiten. So nahm in den Folgejahren die Anzahl der Apotheken insbesondere in den neuen Bundesländern erheblich zu (Schöffski et al. 2008).<sup>164</sup> Die Apothekenzahl stieg auch in einigen Altbundesländern, dennoch war der allgemeingültige Neugründungsboom, der bis zu den Jahren 2000 bzw. 2001 anhielt, vorwiegend den Apothekenneugründungen der Neuen Länder geschuldet. Nach dem Zwischenhoch folgte bis 2003 bzw. 2004 ein bundesweiter Apothekenrückgang (mehr Schließungen als Neugründungen) durch die „westdeutsche“

---

<sup>159</sup> Vgl. FA (Pressemitteilung 25.10.2024): *Klage gegen DocMorris und Shop Apotheke: FA legt konsequent nach.*

<sup>160</sup> Vgl. Statista (Aug 2016): *Bevölkerung - Zahl der Einwohner in Deutschland im früheren Bundesgebiet von 1950 bis 1989 (in Millionen).*

<sup>161</sup> Vgl. Voigt, E. (ABDA; E-Mail vom 12.05.2023): *Daten von Landesapothekenkammern.* Nachweis durch den Autor; i. V. m. Statistische Ämter des Bundes und der Länder; Statistische Bibliothek: *Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland*; z. B. Jahr 1989, S. 390: 17.960 Apotheken in der BRD.

<sup>162</sup> Vgl. Statista (01.06.1990): *Wohnbevölkerung in der Deutschen Demokratischen Republik (DDR) von 1949 bis 1989 (in Millionen Einwohner).*

<sup>163</sup> Vgl. Statistisches Jahrbuch der DDR 1990; E-Mail von Voigt, E. (ABDA) vom 12.05.2023. Nachweis durch den Autor.

<sup>164</sup> Vgl. Schöffski, O. et al. (2008): S. 341.

Stagnation. Durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG)<sup>165</sup> wurde das Mehrbesitzverbot ab 2004 gelockert und folgend überstieg die Anzahl an Neugründungen wieder die der Schließungen. Im Ergebnis wurde Ende 2008 mit 21.602 Apotheken, die jemals größte Apothekenanzahl auf deutschem Boden gezählt.

Die wirtschaftlichen Möglichkeiten, gegeben durch die Wiedervereinigung sowie der Lockerung des Mehrbesitzverbotes, können nicht darüber hinwegtäuschen, dass in den Alt Bundesländern seit ca. 30 Jahren die Anzahl an Apotheken rückläufig war und dieser kontinuierliche Prozess mittlerweile auch die neuen Bundesländer befallen hat. Seit 2009 ist die Apothekenanzahl kontinuierlich um mittlerweile 4.541 Einheiten zurückgegangen, so dass Ende 2024 lediglich 17.041 gezählt werden konnten (Kap. 3.3.3.4).

#### **3.3.2 Von den 1950ern bis zur politischen Wende**

In vorliegendem Kapitel wird die Apothekenentwicklung in Deutschland seit den 1950ern beleuchtet, wobei die Gegebenheiten getrennt nach Deutschland-West und Deutschland-Ost betrachtet werden.

##### **3.3.2.1 Alt Bundesländer ohne Berlin-West**

Auf Grundlage der einzelnen Statistischen Jahrbücher der BRD wurde die Tab. 5 (siehe Anhang) erstellt und somit kann die Abb. 10 die Veränderung der Anzahl der Apothekenbetriebe zum jeweiligen Vorjahr im Zeitraum von 1956 bis 1989 und die kumulierte Gesamtzahl zeigen. Die wachstumstärksten Jahre waren dabei 1958 (9,82 % zum Vorjahr; 731 Betriebe), 1974 (8,75 %; 1.077 Betriebe) und 1970 (6,99 %; 787 Betriebe). Die schwächsten Jahre 1983 (0,07 %; 11 Betriebe), 1973 (0,04 %; 5 Betriebe) und als einziges Jahr mit einer Negativentwicklung 1971 (-1,13 %; 136 Betriebe).<sup>166</sup> Die Apothekenbetriebszunahme hatte ihren prozentualen Höhepunkt in 1958 mit 9,82 % zum Vorjahr und 731 Betrieben bzw. in den Jahren 1956 bis 1960 einen durchschnittlichen Zuwachs von 7,53 % bzw. 557 Betriebe pro Jahr. Von 1961 bis 1969 fiel der jährliche durchschnittliche Zuwachs auf 2,31 % bzw. 232 Betriebe.

Die Jahre von 1971 (- 136 Betriebe) bis 1974 (+ 1.077 Betriebe) sind gekennzeichnet durch starke Schwankungen, um danach ab 1975 bis 1982 auf einen durchschnittlichen jährlichen Zuwachs von 2,93 % bzw. 434 Betriebe anzusteigen. In 1983 lag der Zuwachs bei 0,07 % bzw. 11 Betriebe. Bedingt durch die konjunkturelle Krise in 1983/84 wurden Neugründungen in das

---

<sup>165</sup> Vgl. BGBl. (14.November 2003): *Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz- GMG)*, Artikel 20, §1 Abs. 2, S. 2249.

<sup>166</sup> Hinweis: Neugründungen abzgl. Schließungen gleich Zuwachs bzw. Reduzierung der Apothekenanzahl.

Jahr 1985 verschonen und somit gab es 570 Apotheken bzw. 3,33 % am Jahresende mehr. Dennoch, in den letzten vier Jahre nahm der Zuwachs immer weiter ab, so wurden durchschnittlich nur noch 182 Apotheken pro Jahr bzw. 1,01 % gegründet.

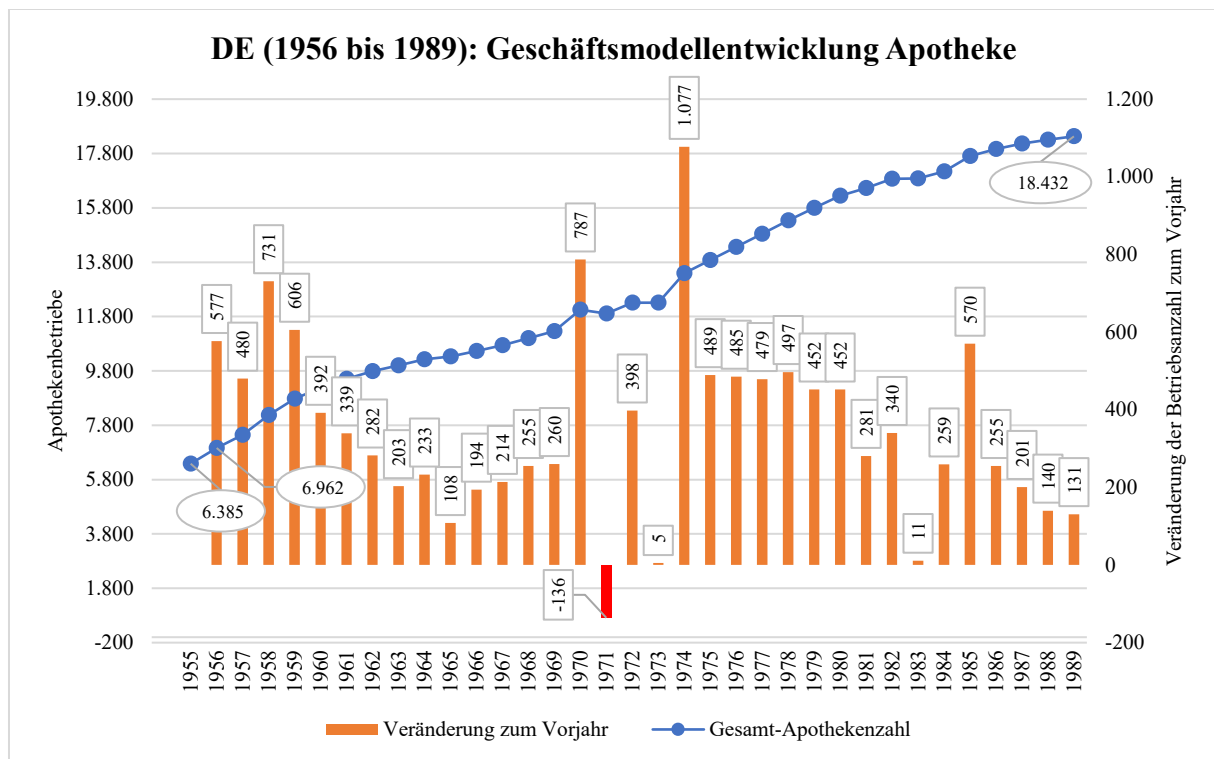


Abb. 10: DE (1956 bis 1989): Die Geschäftsmodellentwicklung Apotheke. Eigene Darstellung; Quelle: Statistische Jahrbücher der BRD.<sup>167,168</sup>

In der Tab. 6 (siehe Anhang) sind die Jahre 1956 und 1990/1991 für die zehn Bundesländer der BRD (ohne Berlin-West) und die jeweilige Apotheken- und die Bevölkerungsanzahl aufgeführt. Die Tabelle stellt dar, wie sich die Anzahl der Apotheken und der Kunden pro Apotheke für die beiden betrachteten Jahre erheblich veränderte. 1956 hatte jede Apotheke im Durchschnitt 7.651 Kunden, 1991 waren es nur noch 3.417 Kunden. Das ergibt einen durchschnittlichen Rückgang der Kundenanzahl um 4.234 bzw. 55,3 % pro Apotheke. Die Gesamtzahl der Apotheken nahm von 1956 bis 1991 um 173 % zu, wobei der geringste Zuwachs in Hessen (HE: 110 %), Bremen (HB: 111 %) und Hamburg (HH: 116 %) zu finden war und die Bundesländer Nordrhein-Westfalen (NRW: 198 %), Rheinland-Pfalz (RP: 201 %) und das Saarland (SL: 230 %), den höchsten Apothekenzuwachs hatten.

- Dass die prozentuale Apothekenzunahme in Hessen bis 1991 die geringste war, liegt daran, dass 1956 in Hessen die Anzahl der Apotheken pro 100.000 Einwohner bereits

<sup>167</sup> Vgl. DigiZeitschriften: *Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland*, z. B. Band 1962 aus 1963, S. 86: *Personal der Gesundheitsämter und Apotheken am 31.12.1960*.

<sup>168</sup> Hinweis: Es gab diverse wirtschaftliche Krisen und Rezessionen in der BRD, dennoch sind diese nicht in Einklang mit der Entwicklung des Apothekenzuwachs zu bringen. Vgl. Heilemann, U. (2019): *Rezessionen in der Bundesrepublik Deutschland von 1966 bis 2013*.

bei 17,7 lag und somit das mit Apotheken am dichtesten besiedeltes Bundesland war. Die weiteren Bundesländer hatten hingegen nur 11,2 bis 14,9 Apotheken pro 100.000 Einwohner. Folglich hatte Hessen auch die geringste durchschnittliche Kundenzahl pro Apotheke (5.637, d. h. 2.014 Kunden bzw. 26,3 % unter dem Durchschnitt von 7.701 Kunden). Es kann daher nicht verwundern, dass in Hessen bis 1991 die Apothekenanzahl mit nur 11,2 auf 28,9 Apotheken pro 100.000 Einwohner bzw. 63 % anwuchs. In den weiteren neun Bundesländer nahm die Apothekenanzahl mit 13,8 bis 23,8 auf 28,1 bis 35,3 pro 100.000 Einwohner bzw. um 93 % bis 206 % zu.

- Zwischen 1956 und 1990 erhöhte sich die Anzahl der Apothekenbetriebe in Bremen um 103 Apotheken bzw. in Hamburg um 266 Apotheken, dennoch fiel die Kundenzahl pro Apotheke um 48,1 % in Bremen und um 55,7 % in Hamburg. Dafür könnte es mehrere Gründe geben: i.) Bremen liegt mit 9,3 % Bevölkerungszuwachs auf dem drittletzten Platz und Hamburg liegt mit einer Negativentwicklung von - 4,5 % auf dem letzten Platz im Vergleich mit den weiteren Bundesländern. ii.) Beide Bundesländer sind Stadtstaaten und haben somit nur begrenzte Möglichkeiten neue Bauflächen auszuweisen. Folglich nahmen die Nachbarbundesländer eher eine evtl. Zuwanderung auf.
- Niedersachsen (NI) hatte 1956 die höchste Kundendichte pro Apotheke (8.945) und auch 1990 immer noch die höchste Kundenzahl pro Apotheke (3.564).
- Das Saarland (SL) hatte 1956 die zweithöchste Anzahl an Kunden pro Apotheke (8.663 Kunden) und in 1990 die geringste (2.831 Kunden), dafür aber den höchsten Apothekenzuwachs (230 %) in einem Bundesland im Betrachtungszeitraum.
- Nordrhein-Westfalen hatte die höchste Apothekenanzahl sowohl in 1956 (1.698 Apotheken) als auch in 1990 (5.057 Apotheken), denn es ist das Bundesland, das mit Abstand die höchste Bevölkerungszahl hatte und dies gilt für beide Betrachtungsjahre. Wie oben ausgeführt, nahm von 1956 auf 1989 die Anzahl der Apothekenbetriebe im Saarland um 264 zu und somit hatte das Saarland auch den höchsten Zuwachs von 230 %. Dennoch, von 1956 auf 1990 stieg die Apothekenzahl in Nordrhein-Westfalen um 3.359 Apotheken, entsprechend um 198 % und zeigt, dass NRW im Vergleich mit dem Saarland in einer anderen Liga anzutreffen ist.

Inwieweit das „1958-Apothekenurteil“ Einfluss auf die bundesrepublikanische Apothekenanzahl genommen hat, konnte nicht ermittelt werden. Tatsache ist, dass bereits zuvor die Anzahl an Apotheken pro Jahr erheblich zunahm (Abb. 10) und dass dieser Trend in der BRD bis etwa zur Wiedervereinigung anhielt (Kap. 3.3.3.4).

## 3.3.2.2 Deutsche Demokratische Republik

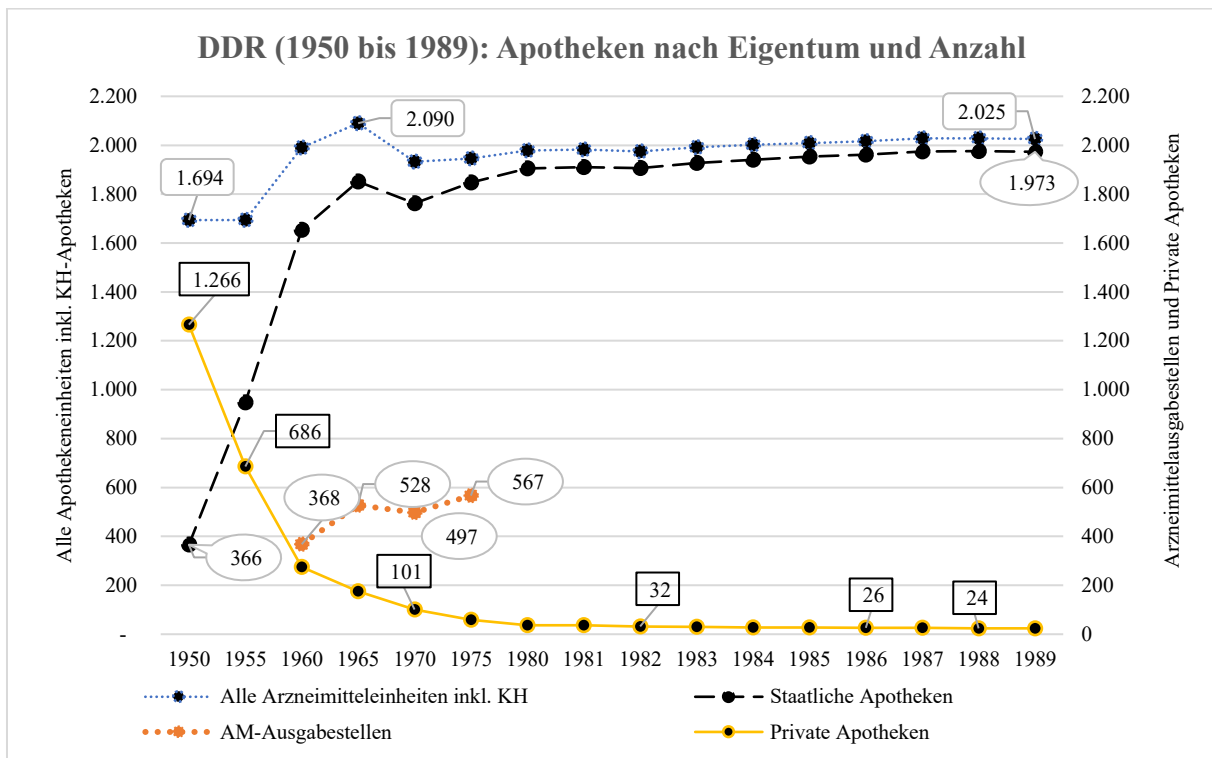


Abb. 11: DDR (1950 bis 1989): Apothekeneinheiten nach Eigentum und Anzahl. Eigene Berechnungen und Darstellung. Quelle: Statistische Jahrbücher der DDR 1952 bis 1990.<sup>169</sup>

Die Abb. 11 stellt die Veränderungen der Anzahl der Apotheken und deren Eigentumsformen<sup>170</sup> in der DDR von 1950 bis 1989 dar. Ausgehend von 1950 mit 1.694 Betrieben stieg die Apothekenanzahl mit 396 Betrieben bis 1965 auf 2.090 Apotheken bzw. mit 23,4% an. Bis 1970 folgte dann ein Rückschritt um 158 Apotheken bzw. 7,6 % auf 1.932 Apotheken. Das Allzeithoch von 1965 mit 2.090 Betrieben wurde bis zum Ende der DDR nicht wieder erreicht, dennoch konnte die Anzahl der Apothekenbetriebe von 1950 bis 1989 um 331 Einheiten bzw. 19,54 % auf 2.025 Einheiten gesteigert werden. 1950 gab es 366 staatliche Apotheken und 62 Krankenhausapotheken, zusammen 428 Einheiten bzw. 25,3 % von der Gesamtbetriebszahl. Trotz des Rückgangs in der Periode 1965 bis 1970 stieg der Anteil der staatlichen Apotheken bis 1989 kontinuierlich auf 98,8 % bzw. 2.001 Einheiten (inkl. 28 Krankenhausapotheken) an. D. h., dass der Anteil privater Betreiber von 1.266 bzw. 74,7 % bis 1989 mit 24 Einheiten bzw. 1,2 % der Bedeutungslosigkeit anheimgefallen waren. Ein nicht unwesentlicher Aspekt in der Pharmaziegeschichte der DDR sind die sog. Apothekenverkaufsstellen. Diese Untereinheiten

<sup>169</sup> Vgl. DigiZeitschriften.de: *Statistisches Jahrbuch der Deutschen Demokratischen Republik*, z. B. Band 1990: XXI. Gesundheit- und Sozialwesen, Apotheken, S. 377.

<sup>170</sup> Hinweis: In den Statistischen Jahrbüchern der DDR (1950 bis 1990) werden unterschiedliche Definitionen für nicht staatliche Apotheken verwendet, hier soll nur zwischen staatlichen Apotheken inkl. Krankenhausapotheken und allen weiteren Formen unterschieden werden.

einer Hauptapotheke wurden im Laufe der 1950er errichtet, wobei die tägliche Leitung i. d. R. ein Pharmazieingenieur (Kap. 3.2.6) übernahm.<sup>171</sup> Gemessen an der Gesamtapothekenzahl von 1960 stieg mit 368 Apothekenverkaufsstellen bzw. 18,49 % die Anzahl auf 567 Einheiten bzw. 29,14 % bis 1975. Ob nun in der DDR nicht genügend Pharmazeuten ausgebildet wurden bzw. es andere Gründe gab um Apothekenverkaufsstellen zu errichten, war nicht zu ermitteln. Dennoch ist festzustellen, dass die Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln auch durch Nicht-Pharmazeuten erreicht werden sollte.

#### **3.3.3 Gesamtdeutschland nach 1990**

Auf dem Territorium von Deutschland wurde am 31.12.2008 mit 21.602 Apotheken die jemals höchste Anzahl von Apothekenbetrieben registriert. Danach wurden Jahr für Jahr immer mehr Apotheken geschlossen als geöffnet. Dieser Prozess hat sich mittlerweile verstetigt und zum Jahreswechsel 2024/25 lag die Apothekengesamtzahl bei 17.041 Einheiten (Kap. 3.3.3.4). Es ist abzuwarten, ob und wann dieser Prozess von politischer Seite gestoppt wird, sofern die Präsenz-Apotheken die Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln weiter gewährleisten sollen.

##### **3.3.3.1 Altbundesländer**

Trotz Wendeboom und der Möglichkeiten, die sich durch die Lockerung des strikten Mehrbesitzverbotes zum eingeschränkten Mehrbesitz ergaben (Kap. 3.2.3), begann der Rückgang der Apothekenanzahl in den Altbundesländern früher als in den neuen Bundesländern. Wie die Tab. 7 (siehe Anhang) zeigt, hatten sieben der Altbundesländer (ohne Berlin) ihren Kulminationspunkt bereits in den 1990ern. Ausnahmen bilden Niedersachsen und Rheinland-Pfalz, die jeweils ihre höchste Apothekenzahl 2001 hatten und Schleswig-Holstein, das als eines der wenigen Bundesländer von der Apothekenfilialisierung profitieren konnte und erst 2008 seine jemals höchste Apothekenanzahl erreichte. In den beiden Stadtstaaten Bremen (1991 und 1992 jeweils 196 Apotheken) und Hamburg (1991: 496 Apotheken) war die Apothekenentwicklung bereits ab 1992 rückläufig, dasselbe gilt auch für das einwohnerstärkste Bundesland mit der höchsten Apothekenzahl Nordrhein-Westfalen (1992: 5.067 Apotheken). Bis 12/2024 nahm die gesamtdeutsche Apothekenanzahl nach dem Kulminationspunkt Ende 2008 ca. 21 % ab (Kap. 3.3.3.4). Für die Altbundesländer ohne Berlin lag der durchschnittliche Rückgang bei 23,8 %.

---

<sup>171</sup> Hinweis: Die Daten der Arzneimittelverkaufsstellen der Jahre 1960 bis 1975 wurden rechnerisch ermittelt.

## 3.3.3.2 Neue Bundesländer

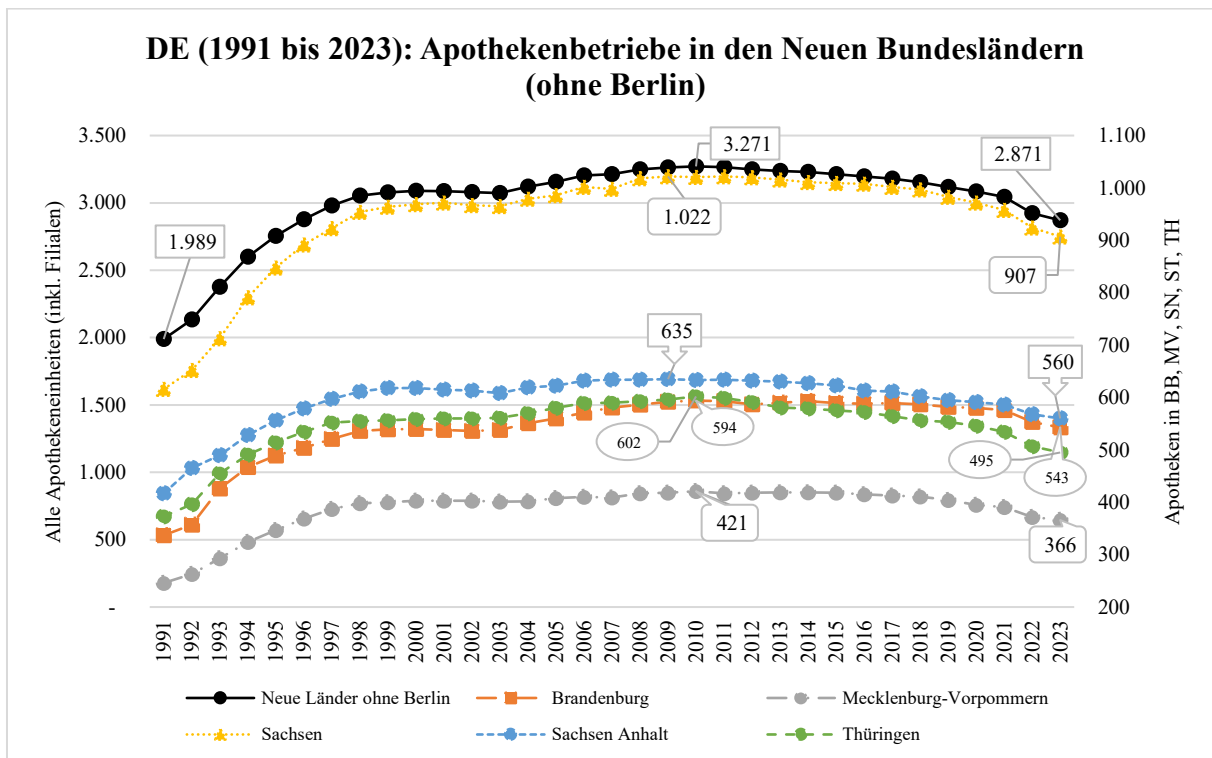


Abb. 12: DE (1991 bis 2023): Apothekenbetriebe in den Neuen Bundesländern (ohne Berlin). Eigene Berechnungen und Darstellung. Quelle: GBE-Bund.<sup>172</sup>

Im Folgejahr der Wiedervereinigung gab es in den fünf Neuen Ländern Brandenburg (BB), Mecklenburg-Vorpommern (MV), Sachsen (SN), Sachsen-Anhalt (ST) und Thüringen (TH) insgesamt 1.989 Apothekenbetriebe. Nachholbedarf bzw. Versorgungsmangel bewirkte, dass bis 2000 weitere 1.100 Apotheken bzw. 55,3% hinzukamen. Dabei wurde der jeweilige Höchststand in dem einzelnen Bundesland 2000 bzw. in 2001 erreicht. Danach gab es bei allen Neuen Bundesländern einen Rückgang der Apothekenbetriebe bis einschl. 2003 mit 16 Apotheken auf 3.073 Betriebe. Mit der Möglichkeit, Filialen gründen zu können, nahm die Anzahl an Neugründungen wieder zu, so dass 2010 der Höchststand mit 3.271 Apotheken (inkl. Filialen) bzw. einem Plus von 182 (zu 2004) bzw. 5,89% erreicht wurde. Auch hier waren es zwei Jahre, 2009 und 2010, in denen das einzelne neue Bundesland seinen Höchststand der Apothekenbetriebe verbuchen konnte.

Die Abb. 12 (siehe Anhang, Tab. 8) zeigt, dass nach den Allzeithochs in 2009 bzw. 2010 die Apothekenzahl um 400 bzw. 12,2 % auf 2.871 bis 12/2023 in den fünf neuen Bundesländern abgenommen hat. Dabei ist der höchste Rückgang in Thüringen mit 107 Apotheken bzw. 17,8 % auf 495 Apotheken in 2023 zu verzeichnen. Brandenburg hat im Zeitraum 2010 bis 2023

<sup>172</sup> Vgl. GBE-Bund: *Öffentliche Apotheken und Krankenhausapotheken*.

noch am wenigsten verloren, 51 Apotheken bzw. 8,6 % und hatte dabei in 2023 immer noch 543 Apotheken. In Sachsen-Anhalt, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen nahm die Apothekenanzahl bis 2021 mit 75 bzw. 11,8 %; 55 bzw. 13,1 %; 115 bzw. 11,3 % ab. Es ist zu vermerken, dass Sachsen 2023 auch weiterhin die höchste Apothekenzahl und die höchste Einwohnerzahl der fünf neuen Bundesländer hatte. Im Vergleich mit den Altbundesländern (ohne Gesamtberlin) nahm die Apothekenanzahl in den neuen Bundesländern im Mittel nur 12,2 % seit dem jeweiligen Kulminationsjahr ab, d. h. nur der hälftige Einbruch (Kap. 3.3.3.1). Dies wird daran liegen, dass das Geschäftsmodell Apotheke in den Altbundesländern 40 Jahre mehr Zeit hatte, sich zu entwickeln als das im Osten.

In der Tab. 9 (siehe Anhang) sind die Veränderungen der Bevölkerungsanzahl für die Jahre 1990 bis Ende 2018 aufgeführt. Addiert verloren die Neuen Länder seit 1990 im Mittel insgesamt ca. 15 % ihrer Bevölkerung, wobei es erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen neuen Bundesländern von -2,6 % bis -23,2 % gab. Die Ursache für die geringen Veränderungen in Brandenburg können durch die erhebliche Zuwanderung aus Berlin in den sog. Berliner Speckgürtel, der sich um Berlin in Brandenburg (BB) gebildet hatte, begründet werden. Dennoch, obwohl Sachsen (SN) die größten Apothekenverluste hinzunehmen hatte, nahm die Bevölkerung in Sachsen-Anhalt (ST) mit 23,2 % am meisten ab.

#### **3.3.3.3 Berlin-Ost und -West**

Berlin-West hatte von 1991 bis einschließlich 1999 dieselbe Apothekenentwicklung wie die Altbundesländer und Berlin-Ost wie die neuen Länder. Dies kann mit der Abb. 13 belegt werden. Bis auf zwei Ausnahmen, nämlich in 1995 (eine Apotheke mehr in Westberlin als im Vorjahr) und in 1998 (13 Apotheken mehr als in 1997), wurden sonstige Apotheken-neugründungen von Gesamt-Berlin ab 1991 bis 1999 in Berlin-Ost vorgenommen (155 Neugründungen, entsprechend einem Zuwachs in Berlin-Ost von 100,6 %). In Berlin-West nahmen die Apotheken von 1991 mit 613 Apothekenbetrieben bis 1999 um 26 ab, entsprechend 4,24 % bzw. 587 Betrieben. In 2000 gab es 898 Apotheken in Gesamt-Berlin, dann folgte ein Negativtrend, der bis 2006 anhielt (887 Apotheken, 11 Apotheken weniger zu 2000 bzw. -1,22 %). Das Bundesland Berlin hatte 2007 ihren Apotheken-Höchststand jemals mit 905 Betrieben. Dieser Wert wurde noch 2008 gehalten, um sich dann bis 2023 Jahr um Jahr zu verringern. In 2023 gab es 715 Apotheken in Berlin, entsprechend zu 2007 einen Rückgang von 190 Betrieben bzw. 21,0 %. Dies entspricht in etwa dem Bundesniveau und zudem wurde der Anfangsbestand von 1991 mit 52 Einheiten bzw. um ca. 6,8 % unterschritten (siehe Anhang, Tab. 10). Da die

Daten für Berlin nach 2000 nicht mehr getrennt für Berlin-Ost und Berlin-West erhoben wurden, können keine weiteren Aussagen zur Berliner Apothekenentwicklung gemacht werden.

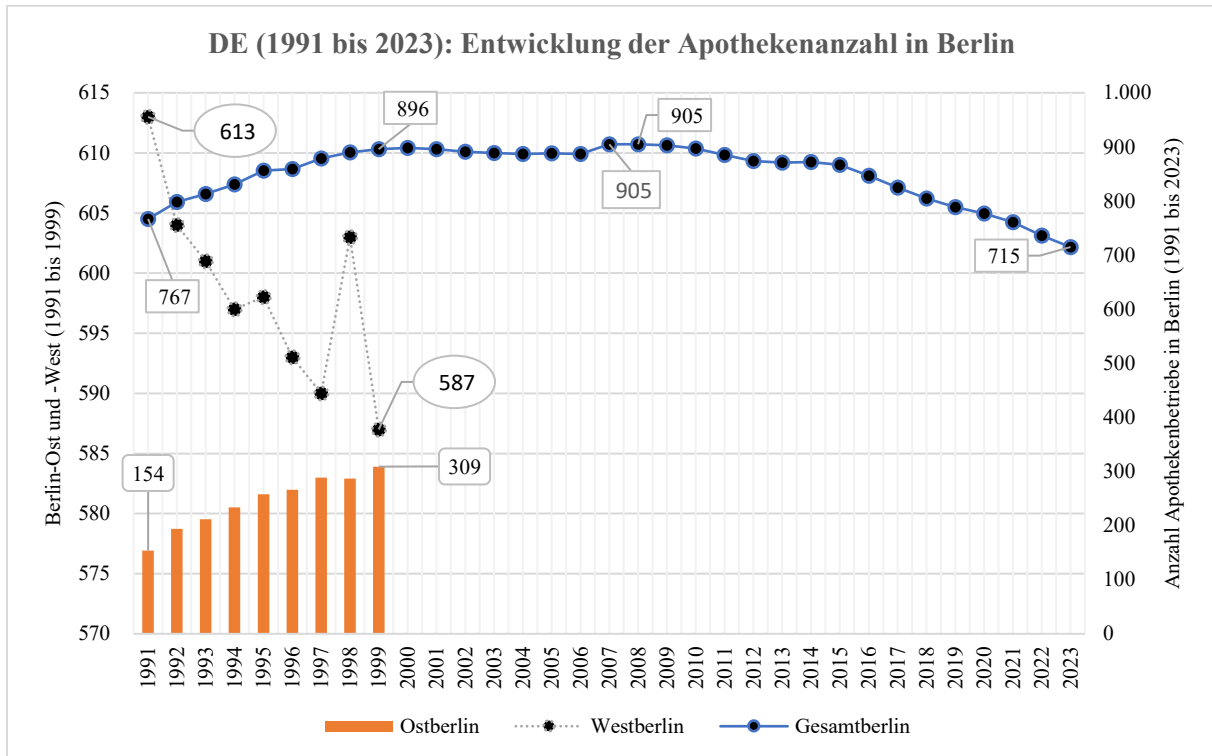


Abb. 13: DE (1991 bis 2023): Entwicklung der Apothekenanzahl in Berlin. Eigene Darstellung. Quelle: ABDA,<sup>173</sup> GBE-Bund.<sup>174</sup>

### 3.3.3.4 Zusammenfassung

Die Abb. 14 zeigt die jährlichen Veränderungen der Anzahl der Apothekenbetriebe inkl. Filialen im Betrachtungszeitraum 1991 bis Ende 2024. Nach der Wiedervereinigung stellte sich 2000 ein Zwischenhoch mit 21.592 Apotheken ein, gleichbedeutend einer Zunahme von 1.484 Betrieben bzw. 7,38 % seit 1991. Bis Ende 2003 fiel die Apothekenanzahl dann mit 287 auf 21.305 Apotheken. Der Kulminationspunkt wurde durch die Aufhebung des strikten Mehrbesitzverbotes Ende 2008 mit 21.612 Apotheken erreicht (Zunahme nach 1991: 1.494 Einheiten bzw. 7,43 %). Ab 2009 schwankte die Anzahl der Einheiten, wenngleich trotz Neugründungen keine Zuwächse, sondern nur noch abnehmende Apothekenzahlen registriert wurden. 2012 erlebte eine bis dahin nicht gekannt Einheitenabnahme von - 317 Einheiten bzw. - 1,5 % zum Vorjahr. Die Jahre 2018 (- 325 Einheiten bzw. - 1,6 % zum Vorjahr) und 2019 (- 348 Einheiten bzw. - 1,8 % zum Vorjahr) ergaben weitere, steigende Negativrekorde. Nach 2021 stellt das jeweilige Folgejahr den vorhergehenden Jahresminusrekord immer wieder ein: 2022 (- 393 Einheiten bzw. - 2,1 %); 2023 (- 497 Einheiten bzw. - 2,8 %) und 2024 - 530 Einheiten

<sup>173</sup> Vgl. ABDA: Die Apotheke, Zahlen - Daten - Fakten, u. a. 2024, S. 10.

<sup>174</sup> Vgl. GBE-Bund: Öffentliche Apotheken und Krankenhausapotheken.

bzw. - 3,03 % zum Vorjahr. Somit wurden nach 2009 bis Ende 2024 insgesamt 4.561 Einheiten bzw. 21,1 % geschlossen und somit in etwa das Apothekenbetriebsniveau von 1978 wieder erreicht.<sup>175</sup>

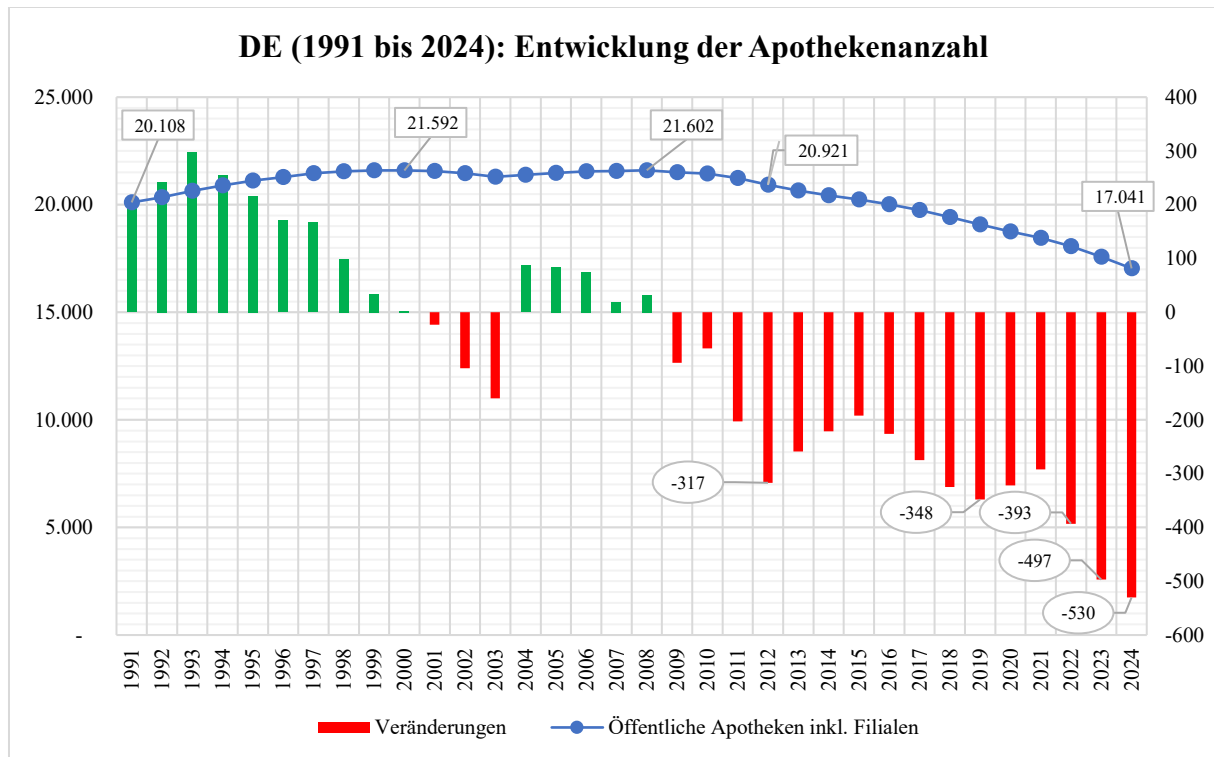


Abb. 14: DE (1991 bis 2024): Entwicklung der Apothekenanzahl. Eigene Berechnungen und Darstellung. Quelle: ABDA, GBE-Bund.<sup>176</sup>

Wird das Verhältnis von Apothekenneugründungen zu -schließungen noch differenzierter betrachtet, so lässt sich in der Abb. 15 zeigen, dass nach 1991 (20.108 Apotheken und Filialen) und bis 2000 (21.592) die Anzahl der Neugründungen die der Schließungen überstieg, wenn auch die Anzahl der Neugründungen kontinuierlich abnahm. 2000 gab es 187 Neueröffnungen zu 185 Schließungen, also nur eine Zunahme um zwei Einheiten. Ab 2001 (21.569 Einheiten) bis 2003 (21.305 Einheiten) überwogen die Schließungen, so dass es z. B. in 2003 insgesamt 160 Schließungen mehr als Neueröffnungen gab (286 zu 126 Einheiten). Es ist davon auszugehen, dass damalige Apothekenleiter sich dazu entschieden hatten, ihren Betrieb aufzugeben, indem der Betrieb veräußert und ab 2004 z. B. als Filiale wieder geöffnet wurde. Durch das gelockerte Mehrbesitzverbot (Kap. 3.2.3; Kap. 3.4.1.1) nahm die Gesamtzahl der Apothekeneinheiten (Apotheken und Filialen) von Ende 2003 bis Ende 2008 um 307 Einheiten (durchschnittlich pro Jahr 61,4 Einheiten) bzw. 1,44 % bis zum Allzeithoch sukzessive wieder zu. Nach 2009 erfolgte eine reziproke Entwicklung, denn seither werden mehr Apotheken geschlossen als neugegründet. 2012 war ein Negativrekordjahr mit 501 Schließungen zu 184

<sup>175</sup> Vgl. ABDA (Pressemitteilung 10.01.2025): *Nur noch 17.041!*

<sup>176</sup> Vgl. GBE-Bund: *Anzahl und Dichte sowie Neugründungen und Schließungen von öffentlichen Apotheken.*

Gründungen, gleichbedeutend, dass die Gesamtzahl der Apothekenbetriebe um 317 Apotheken abnahm. Nach 2021 wird der Negativrekord des Vorjahres vom nachfolgenden Jahr nicht nur eingeholt, sondern übertroffen (geschlossene Einheiten: 2022: 393; 2023: 497; 2024: 530 bzw. Neugründungen: 2022: 68; 2023: 62; 2024: 48).<sup>177</sup>

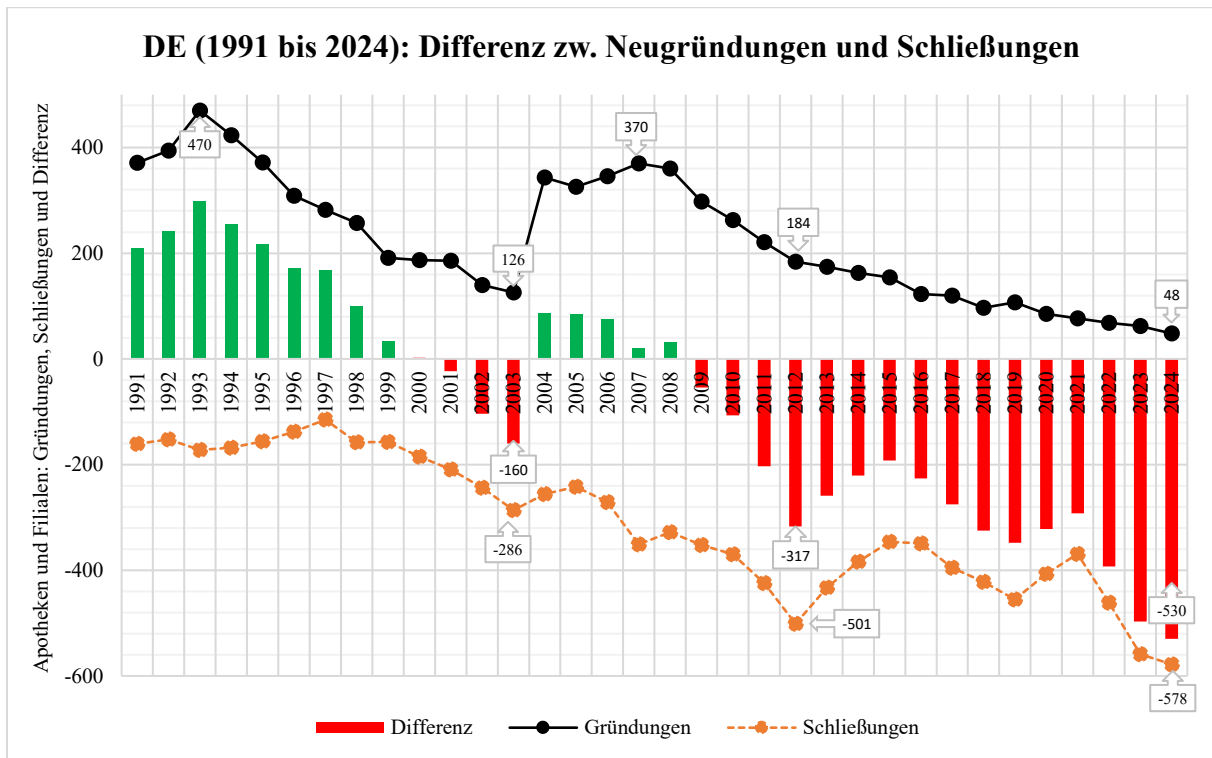


Abb. 15: DE (1991 bis 2024): Differenz zw. Neugründungen und Schließungen. Eigene Berechnungen und Darstellung. Quelle: GBE-Bund, ABDA<sup>178</sup>

Wenn die Anzahl der Apothekenbetriebe sinkt, hat dies auch Folgen für die Arzneimittelversorgung der Bevölkerung. In der Abb. 16 lässt sich veranschaulichen, wie sich die Apothekenanzahl je 100.000 Einwohner in der Periode von 1991 bis 2024 veränderte. Gab es von 1991 bis 1993 insgesamt 25 Apotheken je 100.000 Einwohner, so stieg die Anzahl für die Jahre 1994 bis 2013 auf 26 Apotheken pro 100.000 Einwohner. Obwohl die Bevölkerungszahl in Deutschland in der letzten zehn Jahren u. a. durch Zuzug zugenommen hat, nahm nach 2014 die Anzahl der zur Verfügung stehenden Apotheken alle zwei bis drei Jahre immer weiter ab. Mittlerweile sind es nur noch ca. 20,1 Apotheken je 100.000 Einwohner (2024; siehe Tab. 55), d. h. erheblich unter dem EU27-Durchschnitt mit 32 Apotheken.<sup>179</sup>

<sup>177</sup> Hinweis: 2023: 559 Schließungen abzgl. 62 Neugründungen gleich 497; 2024: 578 - 48, gleich 530.

<sup>178</sup> Vgl. ABDA: Die Apotheke, *Zahlen-Daten-Fakten 2024*; S. 16; vgl. ABDA (Pressemitteilung 10.01.2025): *Nur noch 17.041! Bzw. vgl. GBE-Bund: Anzahl und Dichte sowie Neugründungen und Schließungen von öffentlichen Apotheken.*

<sup>179</sup> Vgl. ABDA: Die Apotheke, *Zahlen-Daten-Fakten 2024 und Vorjahre*, S. 16

Die Tab. 11 (siehe Anhang) legt die Entwicklung der BRD (ohne Berlin) bzgl. der Bevölkerungsdichte je km<sup>2</sup> von 1995 zu 2021 dar. Wie im Kap. 3.3.2 beschrieben, konnte die wirtschaftliche Entwicklung der BRD nicht die Apothekenentwicklung erklären.

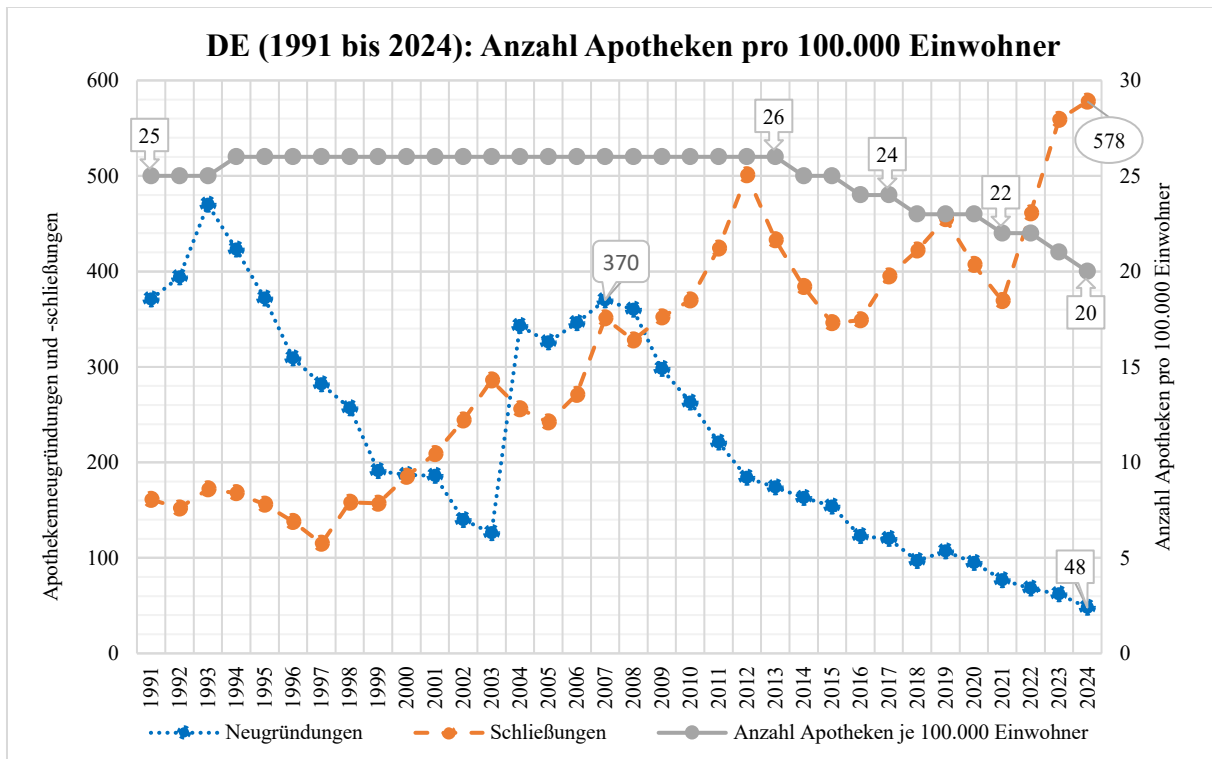


Abb. 16: DE (1991 bis 2024): Apothekenanzahl pro 100.000 Einwohner. Eigene Berechnungen und Darstellung. Quelle: ABDA; GBE-Bund.  
180

Werden die Veränderungen der Bevölkerungsdichte zur Erklärung hinzugezogen, gibt es Parallelen zur Apothekenentwicklung, denn bis auf Nordrhein-Westfalen, das keine Änderung der Bevölkerungsdichte erfahren hatte, haben sieben weitere Alt-Bundesländer ihre Bevölkerungsdichte erhöht. Das Saarland verzeichnete den zweithöchsten Apothekenrückgang (-92 Betriebe bzw. -24,15 %) und den höchsten Bevölkerungsschwund mit -9,48 %. Bremen verlor mit 27,04 % die meisten Apotheken im Zeitraum 1991 bis 2021 und liegt mit -4,10 % an der zweithöchsten Stelle beim Bevölkerungsrückgang. Bayern hatte von 1991 bis 2021 den geringsten Apothekenrückgang (-464 Betriebe bzw. -13,23 %) und verzeichnete gleichzeitig den höchsten Bevölkerungszuwachs von 10,0 %. Die Verknüpfung der wirtschaftlichen Entwicklung mit den Veränderungen der Bevölkerungszahl könnte eine Erklärung für die Apothekenentwicklung sein.

<sup>180</sup> Vgl. ABDA: Die Apotheke, Zahlen-Daten-Fakten 2024; S. 16. Vgl. ABDA (Pressemitteilung 10.01.2025): Nur noch 17.041! Vgl. GBE-Bund: Anzahl und Dichte sowie Neugründungen und Schließungen von öffentlichen Apotheken.

## 3.3.4 Die Apothekenstruktur 2004 bis 2023

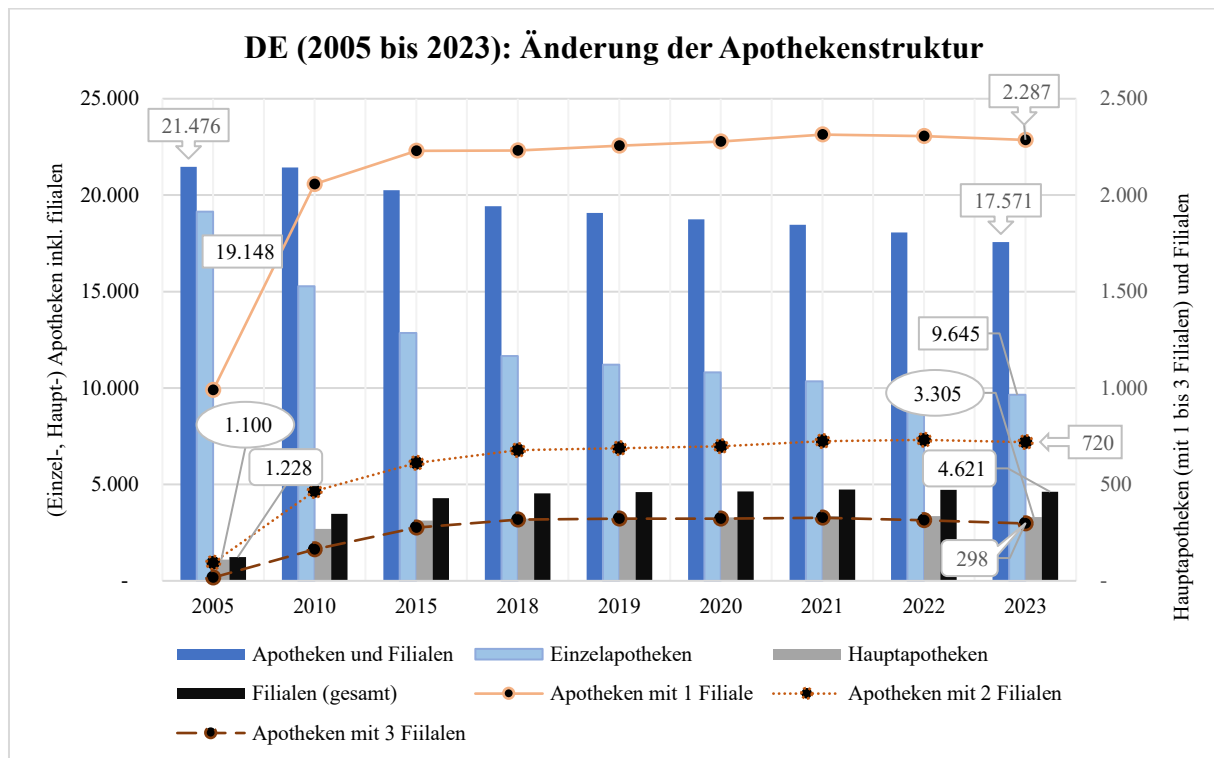


Abb. 17: DE (2005 bis 2023): Veränderungen in der Apothekenstruktur. Eigene Berechnungen und Darstellung. Quelle: ABDA.<sup>181</sup>

Bis Ende 2003 gab es keine andere gesetzliche Möglichkeit eine Apotheke zu betreiben als in der Form eines Einzelunternehmens bzw. mit mehreren Eigentümern eine OHG (Kap. 3.2.3), d. h., dass die damaligen 21.305 Apotheken alle Einzelbetriebe waren. Das GKV-Modernisierungsgesetz sorgte für eine weitreichende Veränderung im Gesundheitssystem, u. a. indem das strikte durch das eingeschränkte Mehrbesitzverbot gelockert wurde (Kap. 3.4.1.1). Dadurch konnte ab 01.01.2004 jeder Apotheker neben seiner bisherigen Einzelapotheke, zusätzlich bis zu drei Filialen im selben Kreis und / oder in einem direkt anliegenden Nachbarkreis betreiben. Diese gesetzliche Möglichkeit hatte zur Folge, dass sich die Apothekenlandschaft bzgl. ihrer Zusammensetzung fundamental änderte (Abb. 17). Zwei Dekaden nach der Einführung des GKV-Modernisierungsgesetzes gab es nur noch 9.645 (2023) Einzelapotheken bzw. 54,9 % von der Apothekengesamtzahl (2023: 17.571), hinzu 18,8 % Hauptapotheken (3.305 Einheiten) und 26,3 % Filialen (4.621 Einheiten). Neben der Einzelapotheke wird ab 2004 zusätzlich die Hauptapotheke definiert, die eine Apotheke ist, die zusätzlich eine bis zu drei Filialen betreibt. Der einzige Unterschied zwischen Apotheke und Filiale ist der, dass die Filiale von der Hauptapotheke wirtschaftlich abhängig ist und somit mit dieser eine wirtschaftliche Einheit bildet (siehe Anhang, Tab. 12).

<sup>181</sup> Vgl. ABDA: *Die Apotheke, Zahlen - Daten - Fakten*, 2024, S. 13.

**Hauptapotheke und eine Filiale:** 2005 hatten 989 Hauptapotheken eine Filiale, gleichbedeutend 1.978 Einheiten bzw. 9,21 % der Gesamtapothekenzahl, 89,9 % der Hauptapotheken und 80,54 % aller Filialen. 2023 waren es 2.287 Hauptapotheken mit ebenso vielen Filialen (gleich 4.574 Einheiten), d. h. 26,03 % der Gesamtapothekenanzahl, bzw. 69,2 % an den Hauptapotheken und 49,5 % der Filialen.

**Hauptapotheke und zwei Filialen:** 2005 hatten 94 Hauptapotheken 188 Filialen, d. h. 282 Einheiten bzw. 1,3 % der Gesamtapothekenanzahl, 8,55 % der Hauptapotheken und 15,31 % der Filialen. 2023 waren es mittlerweile 720 Hauptapotheken mit 1.440 Filialen (gleich 2.160 Einheiten) und somit 12,3 % an der Gesamtapothekenzahl, bzw. 21,1 % an den Hauptapotheken und 31,2 % der Filialen.

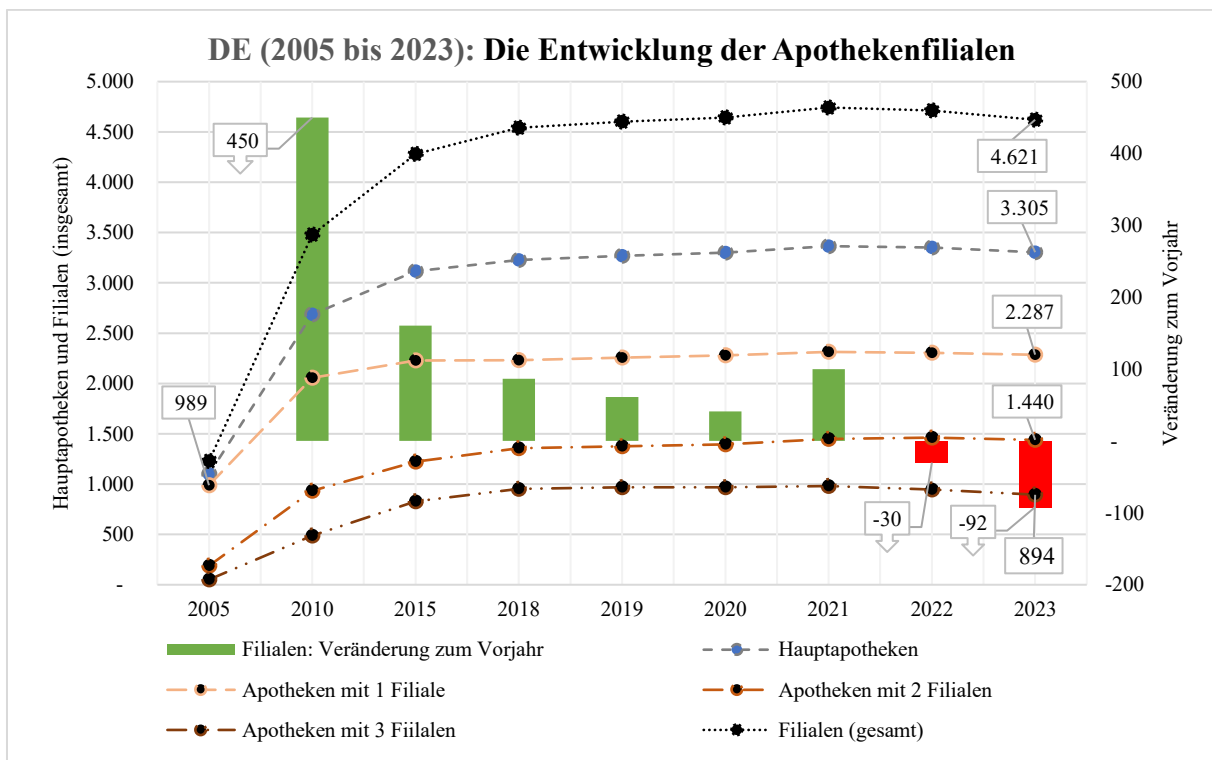


Abb. 18: DE (2005 bis 2023): Die Entwicklung der Apothekenfilialen. Eigene Berechnungen und Darstellung. Quelle: ABDA.<sup>182</sup>

**Hauptapotheke und drei Filialen:** Den geringsten prozentualen Anteil an der Apothekengesamtzahl haben die Hauptapotheken, die zusätzlich drei Filialen betreiben. 2005 waren es erst 17 Hauptapotheken mit 51 Filialen (gleich 68 Einheiten), entsprechend 0,32 % an der Gesamtapothekenanzahl, zudem ein Anteil von 1,55 % an den Hauptapotheken bzw. 4,15 % an den Filialen. 2023 hatten 298 Hauptapotheken 894 Filialen (gleich 1.192 Einheiten) bzw.

<sup>182</sup> Vgl. ABDA: *Die Apotheke, Zahlen - Daten - Fakten*, 2024, S. 13.

6,78 % an der Gesamtapothekenanzahl, bzw. 9,0 % an den Hauptapotheken bzw. 19,4 % an allen Filialen. Die Entwicklung der Hauptapotheken und deren Filialen bildet Abb. 18 ab.

Waren nach 2003 Veränderungen in der Zusammensetzung von Einzel-, Hauptapotheken und Filialgründungen gravierend, so verringerte sich nach 2018 die Anzahl der Einzelapotheken am Mittel der Gesamtapothekenzahl um 2,1 % pro anno. Dennoch ist die Einzelapotheke die Apothekenform, die nach 2003 einen eindeutigen Rückgang in ihrer Anzahl erlitt: 9.503 Apotheken bzw. 49,6 %. Einen Rückgang erfuhren die Hauptapotheken nach ihrem Höchststand in 2021 (3.365) inzwischen auch. Sowohl 2022 (- 13 Hauptapotheken) wie auch in 2023 (- 47 Hauptapotheken) nahm die Anzahl an Hauptapotheken ab, gleichbedeutend um 1,4 % nach 2021. Dass die Filialisierung nach den vielen Jahren nach 2003 mittlerweile rückläufig ist, belegen die Zahlen auch. Die Höchststände wurden in den Jahren 2021 i.) Hauptapotheke mit einer Filiale (2.314) und ii.) mit drei Filialen (327) bzw. 2022 iii.) Hauptapotheke mit zwei Filialen (731) erreicht. Auch wenn die Hauptapotheken mit zwei Apotheken von 2021 auf 2022 mit 14 Filialen nochmals zulegten, so nahm die Gesamtzahl der Filialen nach 2021 bis einschließlich 2023 um 122 bzw. 2,6 % ab.

Es ist zu erwarten, dass in Regionen, in denen die Bevölkerungszahl und damit die Kaufkraft stagnieren bzw. sich rückläufig entwickeln, Apotheken weiterhin schließen werden. Dahingegen wird in Regionen, die einen Zuwachs an Bevölkerung und Wirtschaft erfahren, eine zunehmende Anzahl von Apotheken zu beobachten sein.

#### **3.3.5 Der Arzneimittelversandhandel nach 2004**

Mit Stand Juni 2022 ist nur in Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Malta, den Niederlanden und Schweden der Versandhandel mit Arzneimitteln erlaubt, d. h. nur in sieben von 27 bzw. in 25,9 % der Mitgliedsländer. Dass bedeutet zugleich, dass in 74,1 % der EU-Mitgliedsländer der Arzneimittelversand untersagt war.<sup>183</sup> Davon unbeeindruckt kann auch Handel mit europäischen Nicht-EU-Ländern, wie dem Vereinigten Königreich bzw. weltweit betrieben werden.

Der Europäische Gerichtshof (EuGH) entschied 2003:

- Dass ein Versandverbot von Non-Rx-FAM nicht durch EU-Gesetze gedeckt wäre und
- dass der Versandhandel mit Rx-FAM auf nationaler Ebene zu entscheiden sei.

---

<sup>183</sup> Vgl. ABDA (Faktenblatt, Sept 2024): *Versandhandel mit Arzneimitteln*.

Denn das EuGH führt aus, „*das nationale Verbot des Versandhandels mit Arzneimitteln läuft dem Gemeinschaftsrecht zuwider, soweit es sich um Arzneimittel handelt, die auf dem deutschen Markt zugelassen und nicht verschreibungspflichtig sind.*“<sup>184</sup> Gleichbedeutend, dass der deutsche Gesetzgeber auf jeden Fall und gegenwärtig immer noch rechtlich befugt ist, die Rx-FAM-Versendung an den Endverbraucher durch vom Ausland agierende Versender zu verbieten. Doch der Gesetzgeber entschied sich dagegen und durch das GKV-Modernisierungsgesetz<sup>185,186,187,188</sup> veranlasste dieser zudem weitreichende Änderungen im Apothekensektor. So wurde ab 2004 geltend u. a. der Versandhandel, der zuvor strikt verboten war, sowohl für Non-Rx-FAM als auch für Rx-FAM freigegeben. Dennoch ist der Versandhandel mit Arzneimitteln „eingeschränkt“, denn es dürfen nur öffentliche Vollapotheken, mit einer entsprechenden behördlichen Genehmigung, teilnehmen. Neben den inländischen Versandapotheken können somit auch aus dem Ausland agierende Versandapotheken (Versender) nach Deutschland Arzneimittel versenden, vorausgesetzt, dass sie nach dem jeweiligen nationalen Recht dazu bevollmächtigt sind und mit deutschem Recht vergleichbare Standards einhalten.<sup>189</sup>

Der Verein Freie Apothekerschaft (FA) befragte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Sommer 2024: i.) Welcher Rechtsnatur die sog. „Länderliste“ zugrunde liegt (in denen Länder aufgeführt sind, von der Versender Arzneimittel nach Deutschland liefern), ii.) ob die Länderliste in seiner derzeitigen Fassung dem § 73 Abs. 1 Satz 1a AMG entsprechen und iii.) inwiefern die Einhaltung der rechtlichen Vorgaben geprüft würde. Das BMG antwortete u. a., dass niederländische Behörden niederländische Apotheken überwachen würden, damit das deutsche § 73 AMG eingehalten wird [...]. Daraufhin hat die FA erst einen Antrag auf Aktualisierung der Länderliste beim BMG gestellt, u. a. um die Niederlande aus der Liste zu streichen zu lassen und zudem einen Antrag auf Eilrechtsschutz beim Verwaltungsgericht in Berlin. Ein Grund für diese Anträge ist die Tatsache, dass viele der niederländischen Bestimmungen sich nicht mit deutschen Versand- bzw. Apothekenbetriebsbestimmungen decken [S. 21 bis 27]<sup>190</sup> und des Weiteren, weil die Länderliste „in regelmäßigen Abständen“ zu aktualisieren wäre. Die derzeit aktuelle Übersicht stammt aus 2011 [S. 4]<sup>191</sup> und damit hat der Gesetzgeber seine Sorgfaltspflicht voraussichtlich nicht erfüllt.

---

<sup>184</sup> Vgl. Gerichtshof der EU (Pressemitteilung Nr. 113/03): *Urteil des Gerichtshofes im Vorabentscheidungsverfahren C-322/01.*

<sup>185</sup> Vgl. BGBl. (14.11.2003): *Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenkassen (GKV-Modernisierungsgesetz-GMG).*

<sup>186</sup> Vgl. BMJ: *Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln (Arzneimittelgesetz - AMG), § 43 Apothekenpflicht.*

<sup>187</sup> Vgl. BMJ: *Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln (Arzneimittelgesetz - AMG), § 73 Verbringungsverbot Abs. 1 Satz 1a.*

<sup>188</sup> Vgl. AOK (Lexikon): *Arzneimittel-Versandhandel.*

<sup>189</sup> Vgl. BT, Wissenschaftliche Dienste (Kurzinformation, 22.01.2019): *Zum Versandhandel mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln.*

<sup>190</sup> Vgl. FA (Pressemitteilung 18.06.2024): *Länderliste: FA unterstützt Antrag auf Streichung der Niederlande.*

<sup>191</sup> Vgl. FA (Pressemitteilung 24.06.2024): *Länderliste: FA legt mit Antrag auf Eilrechtsschutz nach.*

Spätestens seit 2012 gilt auch für ausländische Versender die deutsche AMPPreisV bzgl. der Abgabepreise für Rx-FAM.<sup>192</sup> Der Europäische Gerichtshof urteilte 2016 daraufhin gegenteilig, so dass die deutsche AMPPreisV bzw. die Festpreisbindung für Rx-FAM für ausländische Versender nicht zu gelten hatte, denn deren Vergabe von Vergünstigungen in Form von Rabatten und / oder Boni, wären die einzigen Möglichkeiten, ihre Standortnachteile auszugleichen.<sup>193</sup> Dies bedeutete dennoch eine Wettbewerbsschieflage zwischen ausländische Versender und den deutschen Vor-Ort-Apotheken und zudem einen Widerspruch zwischen dem deutschen Sozialgesetzgebung und europäischer Rechtsprechung.<sup>194</sup> In dem Koalitionsvertrag für die 19. Legislaturperiode zwischen den Parteien der CDU, CSU und der SPD von 2018, steht: „Um die Apotheken vor Ort zu stärken, setzen wir uns für ein Verbot des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln ein.“<sup>195</sup> Stattdessen wurde mit dem Vor-Ort-Apotheken-Stärkungsgesetz (VOASG)<sup>196</sup> beschlossen, über eine Änderung des Sozialgesetzbuchs (SGB V), eine Preisgleichheit bzgl. Rx-FAM für den Kostenträger GKV (gilt nicht für PKV) wiederherzustellen und zudem alle Anbieter dazu zu verpflichten, die in Deutschland geltenden Preise anzubieten.<sup>197</sup> Dazu hat die EU bisher keine Stellung bezogen (Stand: 2024). Im Mai 2024 wurde in einem Rechtsstreit, zwischen dem Bayerischen Apothekerverband (BAV) und der Beklagten Versandapotheke Wellsana (seit 2013 zu DocMorris gehörig), vom OLG München entschieden, dass die Vergabe von Rx-Boni in 2012 rechtswidrig gewesen wäre. Da eine Revision zugelassen wurde, muss auf ein abschließendes Urteil gewartet werden.<sup>198</sup>

Wird der Umsatz des Versandhandels nach Euro und Prozenten betrachtet, so ist zwischen der Herkunft (Inland oder Ausland) und nach Art (Rx- oder Non-Rx-FAM) zu unterscheiden:

- Rx-FAM-Markt: Die Abb. 19 bildet die GKV-Gesamtausgaben der in den Jahren 2016 bis 2023 verordneten Fertigarzneimittel ab, wobei der Anteil verordneter Non-Rx-FAM nicht gesondert ausgewiesen wird. Weiterhin dominiert die Präsenz-Apotheke den nationalen GKV-Verordnungsmarkt mit 98,9 % im Mittel. Seit 2016 wuchs dieser Markt von 32,4 Mrd. Euro (2016) um 11,5 Mrd. Euro auf 43,8 Mrd. Euro (2023) bzw. 35,5 %. Im selben Betrachtungszeitraum lag der Umsatzanteil ausländischer

---

<sup>192</sup> Vgl. BGH, Gemeinsamer Senat der obersten Gerichtshöfe des Bundes (22.08.2012): *Beschluss, GMS-OGBl/10*.

<sup>193</sup> Vgl. Gerichtshof der EU (Pressemitteilung Nr. 113/16, 19.10.2016): *Die Deutsche Preisbindung bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln verstößt gegen das Unionsrecht*.

<sup>194</sup> Vgl. ABDA (2024): *Versandhandel*.

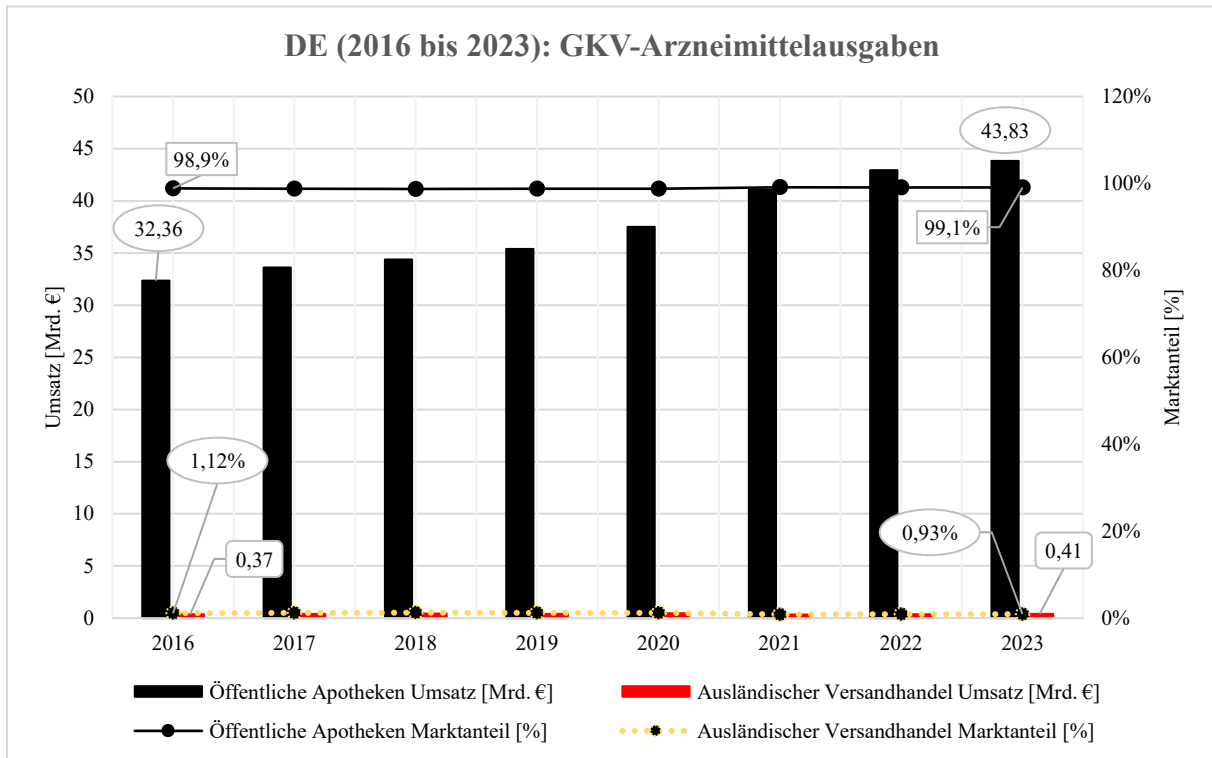
<sup>195</sup> Vgl. BReg (12.03.2018): *Ein neuer Aufbruch für Europa - Eine neue Dynamik für Deutschland - Ein neuer Zusammenhalt für unser Land. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD*, S. 98, Zeilen 4559-4560.

<sup>196</sup> Vgl. BGBl. (09.12.2020): *Gesetz zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheke*, Artikel 1.

<sup>197</sup> Vgl. ABDA (Pressemitteilung 30.10.2020): *Apothekenstärkungsgesetz: Fachlich und ordnungspolitisch richtige Weichenstellung*.

<sup>198</sup> Vgl. ABDA (Pressemitteilung 14.05.2024): *Oberlandesgericht München stärkt Arzneimittelpreisbindung*.

Arzneimittelversender im Mittel bei ca. 1,1 % bzw. einem durchschnittlichen Jahresvolumen von ca. 406 Mio. Nach den Umsatzeinbußen in den Jahren 2021 und 2022 stieg der Umsatz in 2023 auf ca. 412 Mio. bzw. 0,93 %. Gleichbedeutend, dass der Gesetzgeber jährlich im Mittel auf 77,01 Mio. Euro bzw. zwischen 2016 und 2023 auf insgesamt ca. 617 Mio. Euro Steuereinnahmen (USt. 19 %) verzichtet hat.



Tab 19: DE (2016 bis 2023): Die GKV-Arzneimittelausgaben. Eigene Berechnungen und Darstellung. Quelle: ABDA.<sup>199</sup>

- Non-Rx-FAM-Markt: In der Abb. 20 wird der Non-Rx-FAM-Markt dargestellt und aufgezeigt, dass die Versender seit 2004 ein Marktvolumen von 1,69 Mrd. Euro bzw. 21,3 % eroberten. Bedauerlicherweise differenzieren die ABDA-Daten nicht zwischen in- bzw- ausländischen Versendern, doch allein durch das o. g. EU-Gerichtshofurteil von 2016 konnte der Versandmarkt um ca. 3 % zulegen. Die Zahlen für 2024 werden in 2025 belegen, dass auch durch das Card-Link-Verfahren die Versender abermals infolge von Maßnahmen des Gesetzgebers Bevorzugung fanden und die Präsenz-Apotheke abermals übervorteilt wurde.

Das Card-Link-Verfahren erlaubt eine ortsunabhängige Arzneimittelbestellung in einer Apotheke mit einem Smartphone i. V. m. einer E-Gesundheitskarte. Einseitig entschied das BMG (51 % der Geschäftsanteile) im März 2024 auf einer Gesellschafterversammlung der Gematik GmbH, entgegen des Abstimmungsverhaltens aller anderen Gesellschafter, dass das

<sup>199</sup> Vgl. ABDA: *Die Apotheke, Zahlen - Daten - Fakten*, 2024, S. 14.

Card-Link-Verfahren zur Einlösung von E-Rezepten eingeführt werden kann. Dies obwohl erhebliche Bedenken bzgl. der Sicherheitsrisiken für Patienten bestanden und auch das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) vor der Einführung des Card-Link-Verfahrens gewarnt hatte [S. 2]. Daher wurde von der FA ein IFG-Antrag beim BMG gestellt.<sup>200</sup> Dennoch, bereits ab Mai 2024 konnte die „Shop-Apotheke“ in den Niederlanden dieses Verfahren anwenden, die deutsche Vor-Ort-Apotheke erst ab 29. September 2024.<sup>201</sup>

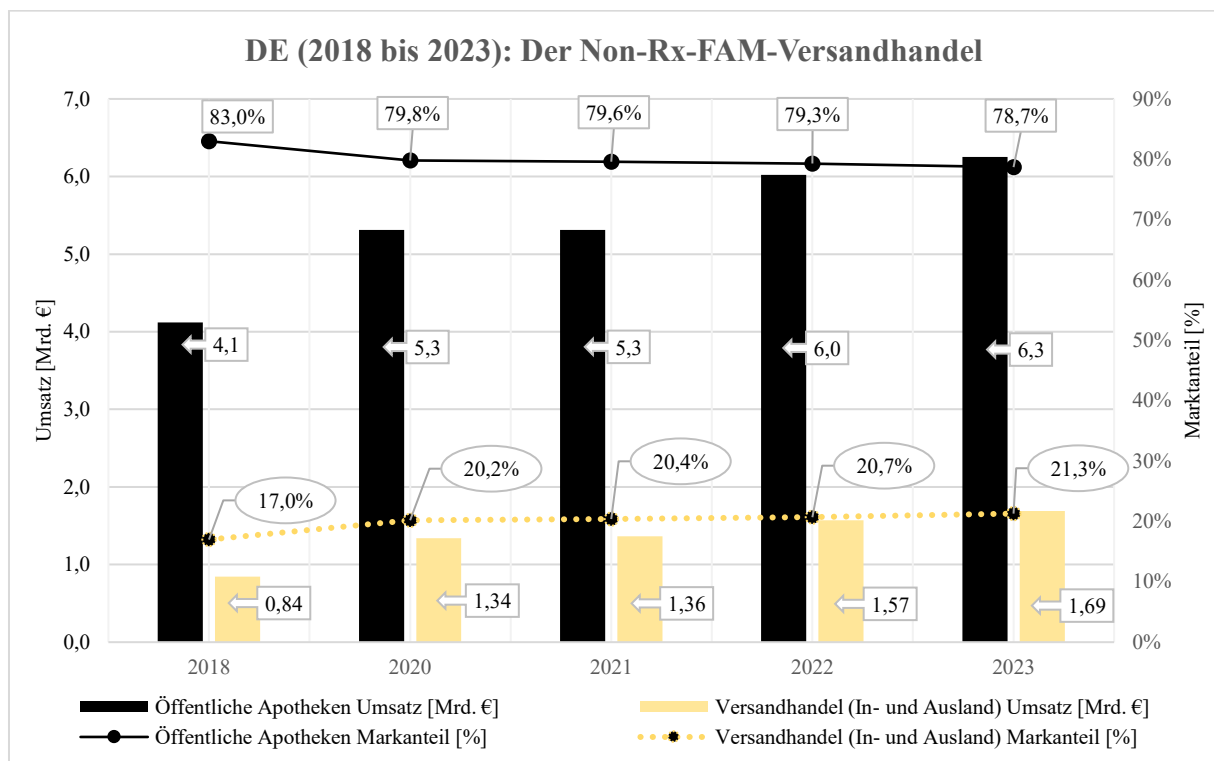


Abb. 20: DE (2018 bis 2023): Der Non-Rx-FAM-Versandhandel. Eigene Berechnungen und Darstellung. Quelle: ABDA.<sup>202</sup>

Der Mutterkonzern Redcare Pharmacy des größten europäischen Versenders „Shop-Apotheke“, meldete Anfang Juli 2024 eine Steigerung seines Rx-Umsatzes im zweiten Quartal 2024 von 37 % zum Vorjahr.<sup>203</sup> Ende Juli 2024 teilte der führende schweizerische pGH und Apothekenkettenbetreiber Galenica mit, dass die Beteiligung bei der Redcare auf 10 % aufgestockt worden wäre, „damit könne man künftig von steuerfreien Dividendenerträgen und Kapitalgewinnen profitieren.“<sup>204</sup> Der Versender DocMorris legte im August 2024 seine Umsätze offen und freute sich auch über den stark angestiegenen e-Rezpte-Anteil, der ab Mai 2024 durch das Card-Link-Verfahren ermöglicht wurde. Dafür wurde der Ampel-Gesundheitsminister ausdrücklich gelobt.<sup>205</sup>

<sup>200</sup> Vgl. FA (11.07.2024): CardLink: IFG-Antrag beim BMG.

<sup>201</sup> Vgl. apotheke adhoc (23.09.2024): Gedisa: CardLink-Start für 1000 Apotheken.

<sup>202</sup> Vgl. ABDA: Die Apotheke, Zahlen - Daten - Fakten 2024, S. 14.

<sup>203</sup> Vgl. apotheke adhoc (Pressemitteilung 04.07.2024): Shop Apotheke: 37 Prozent mehr Rx-Umsatz.

<sup>204</sup> Vgl. apotheke adhoc (Pressemitteilung 23.07.2024): Galenica erhöht Anteil an Redcare.

<sup>205</sup> Vgl. apotheke adhoc (Pressemitteilung 20.08.2024): E-Rezept: DocMorris legt Kennzahlen offen.

### 3.4 Ursachen für Apothekenschließungen

Der Anfang des Niedergangs des Apothekenwesens bzw. der Anzahl an Apothekenbetriebsstätten ist nicht klar terminierbar, denn wie im vorhergehenden Kapitel belegt werden konnte (Kap. 3.3), begann dieser in den einzelnen Altbundesländern zeitlich unterschiedlich. In den neuen Bundesländern dagegen bestand ein Nachholbedarf, der weitgehend bis zur Jahrtausendwende gedeckt wurde. Dennoch war dieser in den neuen Bundesländern in seiner zahlenmäßigen Auswirkung so ausprägend, dass die Anzahl der Apothekenschließungen der Altbundesländer nicht nur aufgefangen werden konnte, sondern auch ein gesamtdeutsches Zwischenhoch in 2000 erreichte (Kap. 3.3.2.4). Der nach 2000 einsetzende gesamtdeutsche Apothekenbetriebsstättenrückgang wurde ab 2004 durch die gesetzlich ermöglichten Filialgründungen nicht nur aufgehalten, sondern führte zum historischen Allzeithoch in 2008. Seit dieser Kulmination erlebt das deutsche Apothekenwesen einen ungebremsten Schrumpfungsprozess (Kap. 3.3.3.4).

Im vorliegenden Kapitel werden die Ursachen für die fallende Anzahl an Apothekenbetrieben dargestellt. Es kristallisieren sich vor allem zwei Themenschwerpunkte heraus:

- i.) Die betriebswirtschaftliche Entwicklung der Apotheken, wobei der gravierende Rohertragsverlust in den letzten Dekaden, bedingt durch staatliche Markteingriffe, als maßgeblich auszumachen ist (Kap. 3.4.1).
- ii. a) Des Weiteren ist die Personalsituation in den Apotheken angespannt (Kap. 3.4.2), denn es besteht, wie in vielen anderen Branchen, ein allgemeiner Facharbeitermangel und zudem, wie auch vielerorts, eine ungeklärte Nachfolgerproblematik. Dabei ist nicht die Anzahl vorhandener Apotheker das entscheidende Problem, wobei Unterschiede zwischen Land und Stadt zu berücksichtigen sind, sondern, dass die monetären und arbeitszeitlichen Voraussetzungen praktisch nicht mehr gegeben sind, um sich als selbstständiger Apotheker niederlassen zu können bzw. wollen.
- ii. b) Branchenspezifisch und somit situationsverschärfend ist der Umstand, dass es keine Nachfolger für die vertretungsbefugten Vorexaminierten bzw. Pharmazieingenieure gibt, allein auf Grund dessen, weil diese pharmazeutischen Ausbildungen vor 50 bzw. 30 Jahren ersatzlos eingestellt wurden. Wenn somit keine Apotheker bzw. weitere vertretungsberechtigte Person eingestellt werden können, bedeutet dies, dass der einzelne Apothekenleiter zu allen Öffnungsstunden (50 bis 60 Stunden / Woche) zzgl. Dienstbereitschaften in der Apotheke zugegen sein muss.

Verantwortlich für diese Situation ist der Gesetzgeber, dennoch auch die Landesvertretung ABDA hat dabei einen erheblichen Anteil.

### 3.4.1 Wirtschaftlicher Rückgang durch Rohertragsverluste

#### 3.4.1.1 Einleitung

Spätestens seit dem Kostendämpfungsgesetz von 1977<sup>206</sup> stehen Apotheken auch im gesundheitspolitischen Fokus, um Einsparungen für ein stetig ausgabensteigerndes Gesundheitssystem zu generieren. Dies hat letztendlich dazu geführt, dass der Rohgewinn der Apotheken in den letzten Jahrzehnten erheblich zurückgegangen ist und dies vor allem zum Vorteil der GKV. Das gilt sowohl monetär, wie auch in der Zunahme immer mehr Aufgaben, die personal- und somit kostenintensiv sind und regelmäßig nicht und wenn, dann nur unzureichend vergütet werden.

Ursächlich für Rohgewinnverluste sind gesetzliche Eingriffe verantwortlich, wie z. B.:

- Das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG),<sup>207</sup> das ab 2004 die Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) änderte und das sog. Kombimodell zur Vergütung von Rx-FAM und zugleich,
- i. V. m. dem § 130 SGB V, den Apothekenabschlag<sup>208</sup> einführte.
- Des Weiteren wurde den Krankenkassen die Möglichkeit gegeben, mit Arzneimittelherstellern Rabatt- bzw. Belieferungsverträge auszuhandeln, was den Apotheken gleichzeitig und somit fortan, untersagt wurde (Kap. 3.4.2.2.5). Die Grundlage hierfür bildet das 2003 in Kraft getretene Beitragssatzsicherungsgesetz (BSSichG),<sup>209</sup> das in 2006 durch das Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG)<sup>210</sup> und 2007 mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)<sup>211</sup> erweitert wurde.
- Das AMNOG (2011)<sup>212</sup> hat eine wesentliche Mitverantwortung dafür, dass der Gesamtumsatz des Arzneimittelmarktes von 2006 bis 2023 mehr als verdoppelt wurde (Kap. 3.4.1.2). Maßgeblich hierfür ist die strukturelle Veränderung der

---

<sup>206</sup> Vgl. BGBl. (27.06.1977): *Gesetz zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz - KVKG)*.

<sup>207</sup> Vgl. BGBl. (14.11.2003): *Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG)*.

<sup>208</sup> Vgl. BMJ: *Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung*, Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, § 130 Rabatt.

<sup>209</sup> Vgl. BGBl. (30.12.2002): *Gesetz zur Sicherung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung und in der gesetzlichen Rentenversicherung (Beitragssicherungsgesetz - BSSichG)*.

<sup>210</sup> Vgl. BGBl. (29.04.2006): *Gesetz zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung*.

<sup>211</sup> Vgl. BGBl. (30.03.2007): *Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG)*.

<sup>212</sup> Vgl. BGBl. (27.12.2010): *Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung (Arzneimittelneuordnungsgesetz - AMNOG)*.

Verschreibungsverordnung zu verorten, denn der Umsatzanteil der Durchschnittsapotheke an verschreibungspflichtigen Arzneimitteln und damit fast ausschließlich die hochpreisigen Arzneimittelinnovationen (Hochpreiser) betreffend, steigerte sich von 2011 bis 2023 von ca. 30 % auf ca. 48,9 % (Kap 3.4.2.2.2). Da aber die Vergütung der Apotheken bei Hochpreisern gedeckelt ist, verringerte sich der Rohertrag der Apotheken trotz steigender Umsätze und dies bei gleichzeitig steigenden Kosten und Inflation.

### 3.4.1.2 BIP und Gesamt-Pharmaumsatz

Die einzelnen Ursachen für den Rohertragsverfall werden folgend dargestellt. Doch zuerst soll die allgemeine deutsche Wirtschaftsentwicklung bezogen auf das Bruttoinlandsprodukt (BIP) und den Gesamtumsatz-Pharmaumsatz der letzten Dekaden im Vergleich mit der Apothekenentwicklung betrachtet werden.

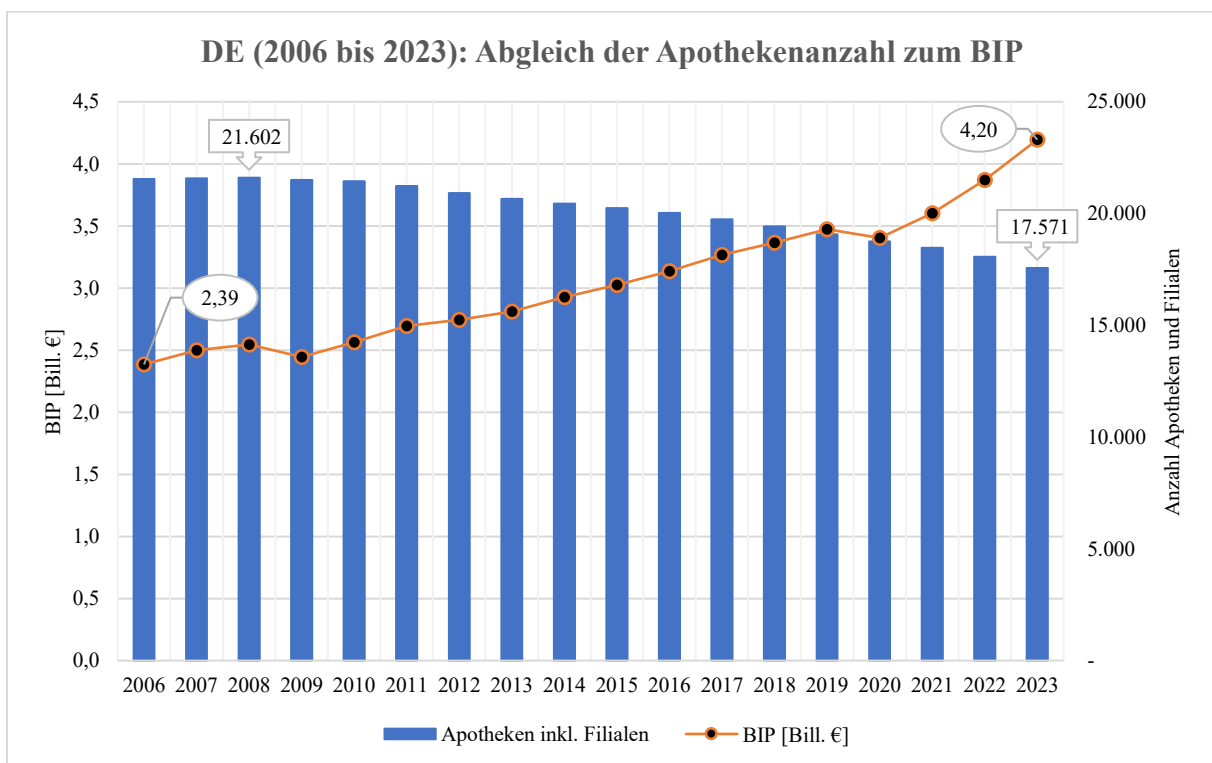


Abb. 21: DE (1991 bis 2023): Abgleich der Apothekenanzahl zum BIP. Eigene Darstellung. Quelle GBE-BUND<sup>213</sup>; Statista.<sup>214</sup>

BIP: Die Abb. 21 zeigt, dass trotz konjunkturell bedingter Schwankungen (z. B. die Weltwirtschaftskrise zum Ende der ersten Dekade im 21ten Jahrhundert, die 2020 bis 2022 Covid-Pandemie u. w.) die wirtschaftliche Entwicklung in Deutschland in den letzten zwei Dekaden positiv verlief. Denn das BIP stieg kontinuierlich von 2006 (2,385 Bill. Euro) bis 2023

<sup>213</sup> Vgl. GBE-BUND: *Anzahl und Dichte sowie Neugründungen und Schließungen von öffentlichen Apotheken*.

<sup>214</sup> Vgl. Statista (27.09.2024): *Bruttoinlandsprodukt (BIP) in Deutschland von 1991 bis 2023*.

(4,195 Bill. Euro) um 1,81 Bill. Euro bzw. 75,9 %, hingegen nahmen die Apothekeneinheiten nach 2008 (21.602 Apothekeneinheiten) bis Dezember 2024 um 4.541 Apothekenbetriebe bzw. 21,1 % ab (Kap. 3.3.3.4).

**Gesamt-Pharmaumsatz:** Für den Gesamt-Pharmaumsatz (Klinik- und Apotheken) können dieselben Aussagen getroffen werden, denn dieser hat sich von 2006 bis 2023 von 25,3 Mrd. Euro auf 59,8 Mrd. Euro mehr als verdoppelt, entsprechend einem Zuwachs von 34,5 Mrd. Euro bzw. 136 % (Kap. 3.4.2.2.2). Dieser Sachverhalt wird in der Abb. 22 mit der Anzahl an Apothekenbetriebsstätten abgeglichen. Somit sollte belegt sein, dass weder die gesamtwirtschaftliche Entwicklung noch der Gesamtpharmaumsatz den Rückgang der Apothekenbetriebsstellen im Wesentlichen beeinflusst haben.

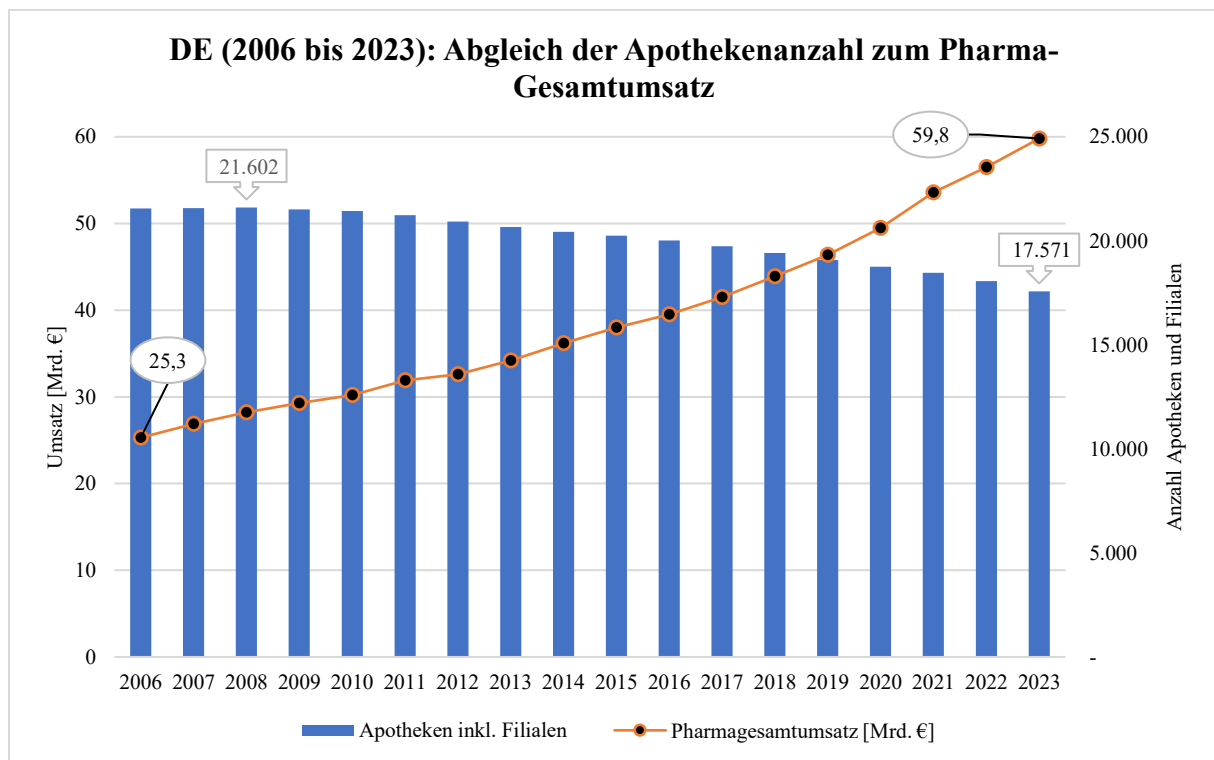


Abb. 22: DE (2006 bis 2023): Abgleich der Apothekenanzahl zum Pharma-Gesamtumsatz. Eigene Darstellung. Quellen: GBE-BUND,<sup>215</sup> Statista.<sup>216</sup>

### 3.4.1.3 Umsatz der Durchschnitts-Apotheke

Umsatzunterschiede zwischen Apothekenbetrieben sind immer gegeben, allein bedingt durch Faktoren wie z. B. Bevölkerungsdichte, Anzahl umliegender Verordner, Zugänglichkeit des Standortes, Vielfalt des Warenangebotes u. v. m. Dennoch, ein Standort kann nur erfolgreich sein, wenn das Apothekenteam die Kundschaft freundlich und kompetent berät.

<sup>215</sup> Vgl. GBE-BUND: *Anzahl und Dichte sowie Neugründungen und Schließungen von öffentlichen Apotheken.*

<sup>216</sup> Vgl. Statista (16.09.2024): *Umsatz auf dem deutschen Pharma-Gesamtmarkt von 2006 bis 2023.*

Wenn die Anzahl der Betriebsstätten sinkt und gleichzeitig der Gesamt-Pharmaumsatz steigt, muss sich dies, wenn auch in unterschiedlicher Ausprägung, im Umsatz aller verbleibenden Apotheken auswirken. Diese Entwicklung bildet die Abb. 23 ab und zeigt, dass der Netto-Umsatz, bezogen auf einen fiktiven Durchschnittsbetrieb im Zeitraum 2003 bis 2023, von 1.42 Mio. Euro auf 3.44 Mio. Euro stieg, entsprechend um 2,02 Mio. Euro bzw. 142 %.<sup>217</sup>

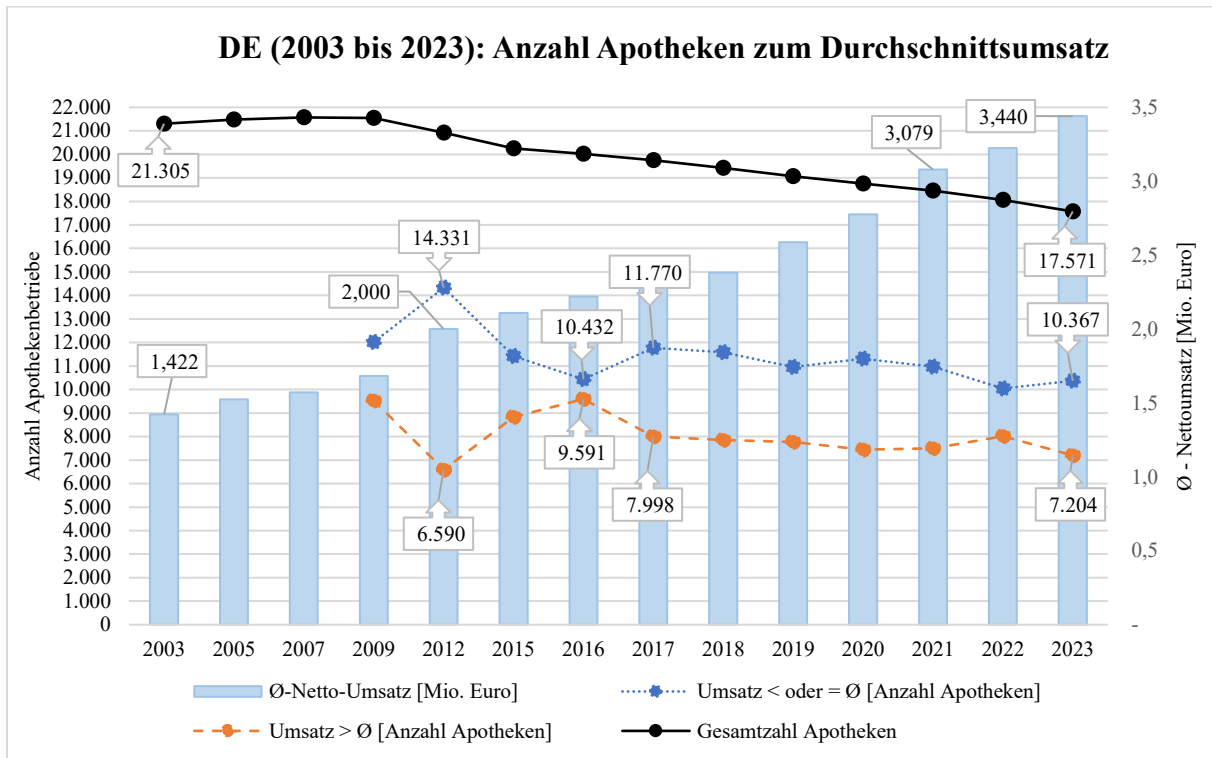


Abb. 23: DE (2003 bis 2023): Anzahl Apotheken zum Durchschnittsumsatz. Eigene Darstellung. Quelle: ABDA.<sup>218</sup>

In der Abb. 23 kann in Kombination mit der Tab. 13 (siehe Anhang) für den Zeitraum 2009 bis 2023 dargestellt werden, dass zwischen 52,1 % (2016: 10.432 Betriebe) und 68,5 % (2012: 14.331 Apotheken), im Mittel 58,6 % der Betriebe den Jahres-Netto-Durchschnittsumsatz nicht erreichten. Warum gerade die Jahre 2012 und 2016 herausragen, kann mit den Abb. 14 und Abb. 15 erklärt werden (Kap. 3.3.3.4):

- In 2012 wurde die bis dahin größte Anzahl an Apothekenschließungen (501 Betriebe) registriert. Nach Abzug der Neugründungen (184 Betriebe) war es immer noch der bis dahin höchste registrierte Apothekenrückgang (317 Apotheken) und
- 2016 war das Jahr, zwischen 2012 bis 2023, mit der geringsten Anzahl an Schließungen (192 Betriebe).

<sup>217</sup> Vgl. ABDA: *Die Apotheke, Zahlen - Daten - Fakten, 2009 bis 2024*; 2024: S. 20.

<sup>218</sup> Vgl. Korf, C. (ABDA, Pressekonferenz 2020): *Vorstellung: „Die Apotheke: Zahlen, Daten, Fakten 2020.“*

In den Jahren von 2017 bis 2023, ging die Gesamtanzahl der Apotheken von 19.748 mit 2.197 Einheiten auf 17.571 bzw. 11,1 % zurück. Die Anzahl der Apotheken, die weniger als oder nur den durchschnittlichen Netto-Umsatz erreichten, nahm von 11.770 um 1.403 bzw. 11,9 % auf 10.367 Apotheken bzw. 63,9 %, der zwischen 2017 und 2023 geschlossenen Apotheken, ab. Die Apotheken, die in demselben Zeitraum mehr als den durchschnittlichen Netto-Umsatz erwirtschafteten, nahmen von 7.998 um 794 Apotheken auf 7.204 bzw. 9,9 % ab. Dies trifft dennoch nur für ca. 36,1 %, der zwischen 2017 bis 2023 geschlossenen Apotheken zu. Das könnte dahingehend interpretiert werden, dass, wenn der Netto-Umsatz des fiktiven Durchschnittsbetriebes nicht erreicht wird, die Wahrscheinlichkeit einer Betriebsschließung steigt.<sup>219</sup>

m

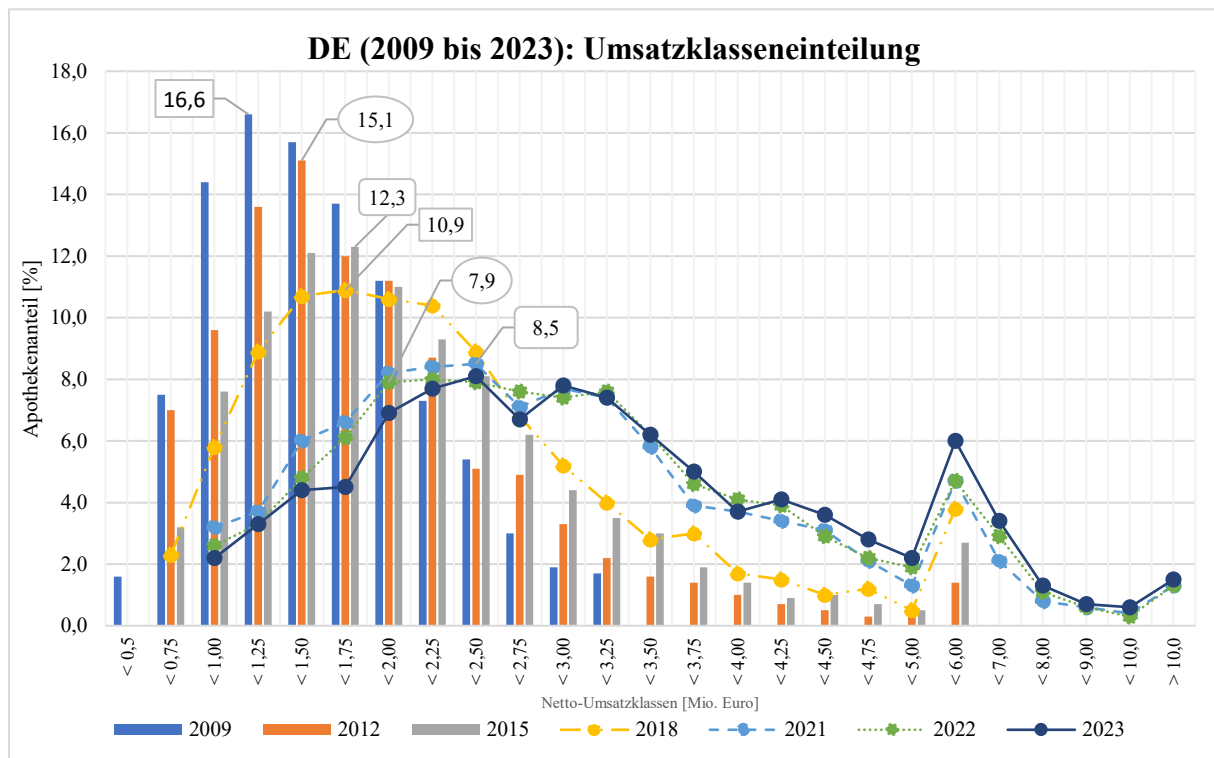


Abb. 24: DE (2009 bis 2023): Die Umsatzklasseneinteilung. Eigene Berechnungen und Darstellung. Quelle: ABDA.<sup>220,221</sup>

In der Abb. 24 werden die Jahre von 2009 bis 2023 bzgl. der Netto-Umsatzklassen nochmals differenzierter betrachtet. Es kann gezeigt werden, dass die Netto-Umsatzklasse < 0,5 Mio. Euro nur in 2009 (einschließlich bis zur Umsatzklasse < 3,25 Mio. Euro) und die Umsatzklasse < 0,75 Mio. Euro nur bis 2018 verwendet wurde. Des Weiteren gibt es ab 2021 fünf neue Netto-Umsatzklassen oberhalb von < 6,0 Mio. Euro und bis einschl. > 10,0 Mio. Euro.

<sup>219</sup> Vgl. ABDA: *Die Apotheke, Zahlen - Daten - Fakten, 2024*, S. 20.

<sup>220</sup> Vgl. ABDA: *Die Apotheke, Zahlen - Daten - Fakten, 2024*, S. 20.

<sup>221</sup> Hinweis: In 2018 war die höchste Umsatzklasse mit 3,8 % die Klasse: < 6.0 Mio. Euro. Der Prozentsatz wurde der Einfachhalber auf die weiteren sechs Klassen mit jeweils 0,63 % verteilt.

Es finden zwei gegenläufige Entwicklungen statt:

i.) Eine mit den „Drehpunkt“ in der Umsatzklasse: < 2,00 Mio. bzw. < 2,25 Mio. Euro. Alle vor diesem „Drehpunkt“ liegenden Umsatzklassen nehmen im Zeitverlauf prozentual ab (und damit auch die Anzahl der wirtschaftlich gefährdeten Apotheken) und alle nachfolgenden Umsatzklassen nehmen zu, d. h. eine „Rechtsverschiebung“ bzw. Umsatzsteigerung. Hinzu kommt, dass die prozentual stärkste Umsatzklasse im jeweils nächstfolgenden Betrachtungsjahr zur nächsthöheren Umsatzklasse „gewandert“. Z. B. die < 1,25 Mio. Euro Netto-Umsatzklasse war die prozentual stärkste 2009; 2012: die Umsatzklasse < 1,50 Mio. Euro; 2015 und 2018: < 1,75 Mio. Euro; 2021 und 2023: < 2,50 Mio. Euro und 2022: < 2,25 Mio. Euro. Dass die steigende Reihung nicht für 2022 gilt, kann u. a. folgende Gründe haben: a.) Ein Umsatzrückgang der Apotheken durch die Wiederöffnung der Geschäfte der Marktnebenenseite, nachdem diese im Coronajahr 2021 zu schließen hatten und b.), weil extreme Peaks abnehmen und dafür zwischen den Umsatzklassen von < 2,0 Mio. Euro bis < 3 Mio. Euro eine Angleichung der Umsätze um 8 % zu beobachten ist.

ii.) Zudem entwickelt sich immer stärker ein zweiter Umsatzgipfel um die < 6,0 Mio.-Euro-Netto-Umsatzklasse. In 2012 betraf es nur 1,4 % bzw. 293 Betriebe, 2022 waren es 574 Apotheken mehr und somit 867 Einheiten bzw. 4,8 % und 2023 waren es bereits 1.054 Einheiten bzw 6,0 %. Für 2012 wurden oberhalb der < 6,0 Mio. Euro Netto-Umsatz keine Betriebe aufgeführt, in 2022 gab es bereits 1.120 Apotheken bzw. 6,2 % der Gesamtapothekenmenge und 2023 waren es 7,5 % bzw. 1.317 Betriebe.

Dass unrentable und letztlich auch nicht veräußerbare Apothekenbetriebe zuerst schließen, scheint wenig überraschend. Dem widerspricht auch die Möglichkeit nicht, dass der eine oder andere Betriebsstandort als Filiale weitergeführt wird und schließt auch nicht aus, dass Apotheken von einer höheren Umsatzklasse auch nicht vor einer Schließung gefeit sind. Die Attraktivität eines Apothekenstandortes kann sich z. B. durch umliegende Betriebsschließungen und dadurch bedingte Abwanderung, mindern. Folglich nimmt die Rentabilität ab und wenn sich dann kein Nachfolger findet, ist die Apothekenschließung nur noch eine Frage der Zeit.

In der 2HM-Studie (2017)<sup>222</sup> führen die Autoren aus, dass ca. 7.600 Haupt- und Einzelapotheken von insgesamt ca. 14.000 Apotheken, als wirtschaftlich gefährdet anzusehen waren. Von diesen 7.600 Apotheken befanden sich 5.300 Standorte in städtischen bzw.

---

<sup>222</sup> Vgl. 2HM Research + Consulting (2017): S. 12.

großstädtischen Räumen und 2.300 Apotheken in ländlichen Kreisen. Die Gefährdung bezog sich auf die Einstufung, wonach kein angemessener Unternehmerlohn im Vergleich zu einem Krankenhausapothekenleiter von ca. 99.121 Euro brutto pro Betriebsjahr erwirtschaftet werden konnte [2HM: 105]. Für 2.600 der 7.600 Apotheken (ca. 1.900 städtische Apotheken und ca. 700 Apotheken in ländliche Kreise) galt zudem, dass deren wirtschaftliche Lage nicht nur als gefährdet, sondern als gering eingestuft wurde. Denn es wurde nur ein durchschnittliches Brutto-Betriebsergebnis von ca. 30.000 Euro pro anno erzielt, entsprechend der Hälfte eines Brutto-Jahreslohnes eines angestellten approbierten Apothekers [2HM: 12]. Dass diese letztgenannten 2.600 Apotheken wohl mehrheitlich in den Folgejahren zuerst geschlossen und auch eher nicht übernommen wurden, ist höchstwahrscheinlich.

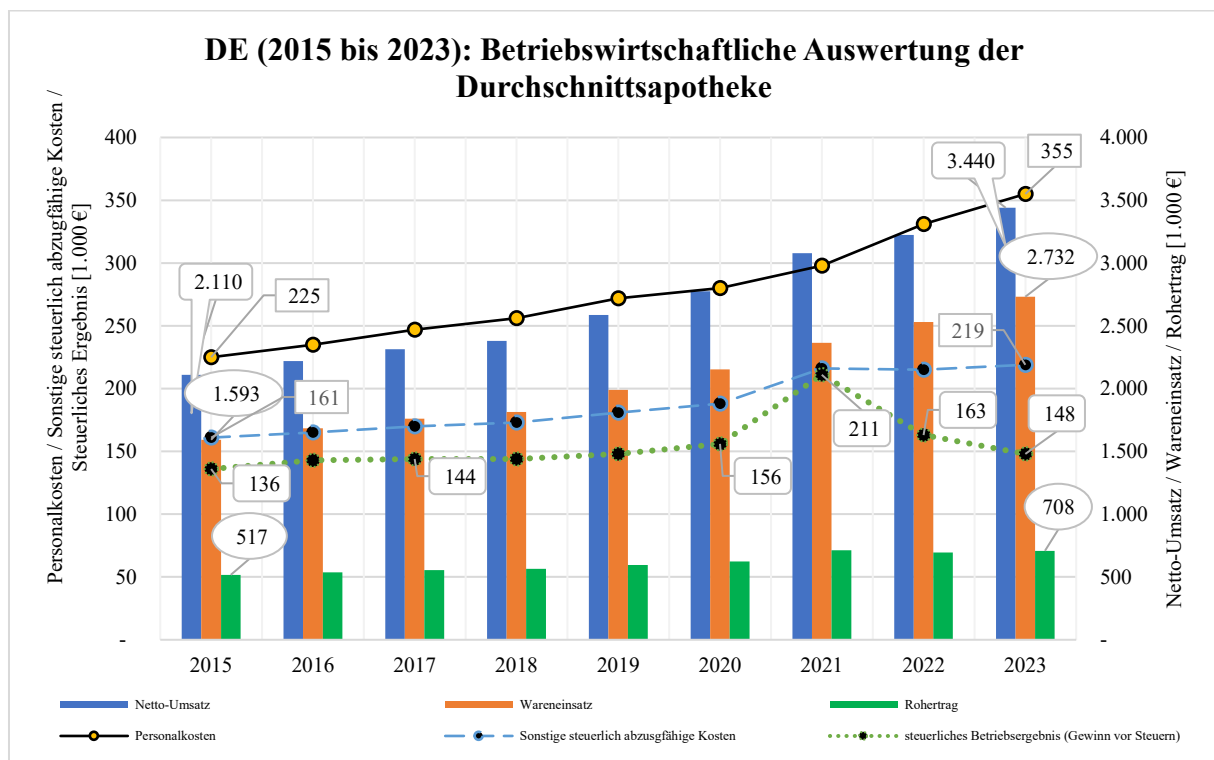


Abb. 25: DE (2015 bis 2022): Betriebswirtschaftliche Auswertung der Durchschnittsapotheke. Eigene Berechnungen und Darstellung. Quelle: ABDA.<sup>223</sup>

Der (Netto-)Umsatz ist eine wirtschaftliche Kennzahl, die nur eingeschränkt Aussagen über die Rentabilität eines Betriebes machen kann. In der Abb. 25 (siehe Anhang, Tab. 14)<sup>224</sup> sind die betriebswirtschaftlichen Daten einer fiktiven Durchschnittsapotheke für die Zeitperiode von 2015 bis 2023 dargestellt.

<sup>223</sup> Vgl. ABDA: *Die Apotheke, Zahlen - Daten - Fakten, 2017 bis 2024; 2024: S. 21.*

<sup>224</sup> Hinweis: Aus platzmäßigen Gründen wurden die Daten der Jahre 2016 bis 2018 nicht in der Tab. 13 (siehe Anhang) aufgenommen, dennoch in der Abb. 25 dargestellt.

- Der Netto-Umsatz stieg im Mittel von 2,11 Mio. Euro um 1,33 Mio. Euro auf 3,44 Mio. Euro bzw. um 63,0 %.
- Der Wareneinsatz nahm mit 1,14 Mio. Euro auf 2,73 Mio. Euro bzw. um 71,5 % zu. Im Verhältnis zum Umsatz stieg der Wareneinsatz aber um 3,9 %, von 75,5 % auf 79,4 % und folglich fiel der
- Rohertrag um den gleichen Prozentsatz von 24,5 % auf 20,6 %. Auch wenn der Rohgewinn um 191.000 Euro auf 708.000 Euro bzw. 36,9 % von 2015 auf 2023 monetär zunahm, so bedeutete dies dennoch, dass der Rohgewinn prozentual um 15,9 % zum 2015-Wert reduziert wurde. Im Corona-Jahr 2021 war der Rohertrag nicht rückläufig, sondern nahm von 22,5 % (2020) um 0,7% auf 23,2% zu (Exkurs: Geschäftsjahr 2021).
- Innerhalb des Kostenblocks sind die Personalkosten der größte Posten. Diese stiegen von 225.000 Euro in 2015 um 130.000 Euro bzw. 57,8 % auf 355.000 Euro in 2023. Der branchenübliche empfohlene Prozentsatz für Personalkosten, bezogen auf den Gesamtumsatz (gleich 100 %), sollte tunlichst bei 10 % bis 12 % liegen und dies wird bei der Durchschnittsapotheke auch eingehalten (2015: 10,7 %; 2023: 10,3 %). Dennoch noch aussagekräftiger ist die Schwelle, die die Personalkosten als prozentualen Anteil am Rohertrag (gleich 100 %) nicht überschreiten sollten und bei 40 % liegt. Die Schwelle war in 2015 bereits bei 43,5 %, somit um 3,5 % überschritten und steigerte sich bis 2023 um weitere 6,6 % bzw. auf 50,1 %. Die Personalkosten stehen, wenn auch nicht allein, direkt in Verbindung mit dem Rückgang des Betriebsergebnisses. Doch, die Daten würden falsch interpretiert werden, indem nur ein Kostenpunkt allein ursächlich für Verluste verantwortlich gemacht werden würde.
- Die sonstigen steuerlich abzugsfähigen Kosten nahmen in der Betrachtungsperiode von 161.000 Euro (2015) um 58.000 Euro auf 219.000 Euro (2023) zu, was der allgemeinen Teuerungsrate geschuldet scheint, denn der Prozentsatz verringerte sich in der Zeitperiode, bezogen auf den Gesamtumsatz (100%), von 7,6 % um 1,2 % auf 6,4 %. Im Verhältnis zum Rohertrag blieb dieser somit praktisch gleich ((2015): 31,1 %; (2023): 30,9 %). Das Ergebnis könnte ein Indiz dafür sein, dass allgemein Kosten eingespart werden, wo irgend möglich.
- Das Betriebsergebnis stieg nominell von 131.000 Euro (2015) mit 17.000 Euro auf 148.000 Euro (2023), entsprechend um 13,0 % und bezogen auf den Netto-Umsatz betrug das Ergebnis nur 4,7 % vor Steuern. Somit nahm das Betriebsergebnis vor Steuern von 2015 bis 2023 Vergleich zum Netto-Umsatz (gleich 100 %) um 1,5 % und im Vergleich mit 2021 sogar 2,1 % ab. Nach den wirtschaftlichen Kennzahlen war das

Geschäftsjahr 2023 das schlechteste in der Betrachtungsperiode von 2015 bis 2023. Denn, die Covid-19-Sondereffekte waren weggefallen und gleichzeitig wurde die Apothekenvergütung durch Erhöhung des Apothekenabschlages um 11,5 % reduziert (Kap. 3.4.2.2.4). Die aufgeführten Daten betreffen ausschließlich die Durchschnittsapotheke, dennoch bestätigen diese die Angaben der 2HM-Studie [2HM: 12]. Das Ergebnis ist besorgniserregend, denn wenn ein Apothekeneigentümer davon überzeugt ist, dass ein adäquater Unternehmerlohn nicht mehr erwirtschaftet werden kann, zusätzlich ein entsprechendes Alter erreicht worden ist, dann wäre die wirtschaftlich logische Schlussfolgerung die Betriebsstätte zu veräußern, und beim Nichterfolg in letzter Konsequenz zu schließen.

---

#### **Exkurs: Geschäftsjahr 2021**

Die Corona-Pandemie brach Ende 2019 in China aus und verbreitete sich folgend auf die restliche Welt. Mitte Dezember 2020 wurden die deutschen Apotheken vom zuständigen Gesundheitsminister aufgefordert, binnen Wochenfrist Masken zu beschaffen. Diese wurden dann kurz vor Weihnachten 2020 an die Bevölkerung verteilt. Die staatlichen Vergütungen wurden erst im Folgejahr beglichen und betrafen somit nicht mehr das Geschäftsjahr 2020. Viele Apotheken stellten Desinfektionsmittel her und Impf- und Genesenenzertifikate aus, testeten auf Corona, beschafften Impfstoffe und impften auch, und hatten plötzlich wesentlich mehr Botengänge als jemals zuvor (Kap. 3.4.2.1.4).<sup>225</sup> Weil viele Geschäfte des Einzelhandels schließen mussten, da diese als „nicht systemrelevant“ eingestuft wurden, stieg in den Lockdown-Monaten die Kundenzahl und der Umsatz sprunghaft an. Somit wirkten sich mehrere coronabedingte Sondereffekte wirtschaftlich positiv auf das Apotheken-Betriebsergebnis 2021 aus. Der Mehrumsatz von 2,5 Mrd. Euro<sup>226</sup> war dennoch kein aufwandloser Mitnahmeeffekt, bedingte dieser doch eine hohe Arbeitsbelastung in einer nicht zuvor gekannten psychischen Ausnahmesituation, insbesondere auch für selbst krankheitsgeschwächte Mitarbeiterstäbe in den Apotheken. Der Staat und die Kommunen partizipierten durch Umsatz- und Einkommens- und Gewerbesteuer. Trotz der geleisteten Mehrarbeit während der Pandemie, wurde der Apothekenabschlag ab 01.02.2023 von 1,77 Euro auf 2,00 Euro bzw. 11,5 % für vorläufig 24 Monate erhöht (Kap 3.4.2.2.1; Kap. 3.4.2.2.4).<sup>227,228</sup>

---

<sup>225</sup> Vgl. ABDA (27.04.2022): DAV - Wirtschaftskonferenz 2022 (Korf, C. 27.04.2022): 2021: Folie 25.

<sup>226</sup> Vgl. PZ (27.04.2022): *Pandemie-Umsätze in Apotheken - „Die Apotheken haben sich das verdient!“*

<sup>227</sup> Vgl. BMG: *GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG)*.

<sup>228</sup> Vgl. BGBl. (07. Nov. 2022): *Gesetz zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenkassen (GKV-Finanzstabilisierungsgesetz)*.

### 3.4.2 Herkunft des Rohertrages

Dass Umsatz abzüglich der Ware den Rohgewinn ergibt, ist kaufmännische Grundwissen, wie, dass steigende Kosten regelmäßig auf den Preis umgelegt werden müssen, sofern ein wirtschaftlicher Rückgang nicht gewünscht wird. Für Apotheken gilt dies nicht, denn sie dürfen die Preise ihrer Waren nicht selbst festlegen (Kap. 3.2.4) und können somit auch nicht steigende Kosten auf den Verkaufspreis umlegen.

#### 3.4.2.1 Rohertrag erhöhende Faktoren

In diesem Kapitel wird gezeigt, wie sich der Rohgewinn aufbaut und wie durch gesetzliche Eingriffe ein erheblicher Anteil davon wieder verloren geht.

##### 3.4.2.1.1 Vergütung durch das Kombimodell

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz<sup>229</sup> wurde ab 2004 die Apothekenvergütung, Änderung des § 3 AMPreisV und des § 5 AMPreisV (Einzelherstellung (Rezeptur)), durch Einführung des sog. Kombimodells neu geregelt.

Auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers (ApU) schlägt der pharmazeutische Großhandel (pGH) 3,15% und zusätzlich 0,73 Euro für seine Arbeitsleistung auf (ab 01.08.2023), somit entsteht der Netto-Apothekeneinkaufspreis (Netto-AEP). Auf diesen schlägt die Apotheke ihre Arbeitsleistung ihre zweigeteilte Vergütung (siehe Anhang, Tab. 15):

- Einen variablen, preiselastischen Vergütungsanteil von 3 % (auf den Netto-AEP) und
- ein mengenabhängiges Fixhonorar (Fixum) von 8,35 Euro,<sup>230</sup>

zuzüglich 0,21 Euro zur Förderung der Sicherstellung des Notdienstes und 0,20 Euro als Förderzuschlag zur Finanzierung pharmazeutischer Dienstleistungen (SGB § 129). Letztendlich werden 19% Umsatzsteuer hinzuaddiert und daraus ergibt sich für ein Rx-FAM, dann der Apothekenverkaufspreis (Brutto-)AVP). Die pharmazeutische Arbeitsleistung belief sich von 2004 bis 2013 auf 8,10 Euro, seither unverändert 8,35 Euro, gleich 3,09 %.

Wenn für den Versicherten keine Zuzahlungsbefreiung besteht, hat dieser 10 % (mindestens 5 Euro, maximal 10 Euro) vom (Brutto-)AVP zu übernehmen. Denn den Kassen haben Apotheken einen Apothekenabschlag von 2,00 Euro (ab 02/2023 bis 01/2025) und der pharmazeutische Hersteller 12% vom ApU zu gewähren. Daraus ergibt sich der Preis für ein Rx-FAM, den die Kassen zu vergüten haben. Mögliche Rabattverträge sind dabei noch nicht berücksichtigt.

---

<sup>229</sup> Vgl. BGBl. (14.11.2003): *Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG)*.

<sup>230</sup> Vgl. PZ (49/2011): *Fakten zur Aktuellen Situation - Apothekenhonorierung*.

In der Tab. 15 (siehe Anhang) wird beispielhaft ein Präparat mit einem APU von 100,00 Euro gerechnet. Der Rohertrag für die Apotheke liegt bei 10,20 Euro netto (gleich 11,88 Euro abzgl. des Apothekenabschlages von 1,68 Euro netto) und beträgt somit weniger als die Hälfte der Umsatzsteuer (21,99 Euro). Die Vergütungen zur Sicherstellung des Notdienstes und für pharmazeutische Dienstleistungen sind dem Nacht- und Notdienstfond (NNF) zuzuführen, werden umverteilt und kommen nur reduziert der einzelnen Apotheke wieder zu gute (Kap. 3.4.2.1.2). Damit verbleiben letztlich 9,79 Euro Gewinn vor Kosten und Steuern übrig. Die 2HM Studie (2017) führt hierzu aus: „*Die bisherige Berechnung, dass durch rezeptpflichtige Fertigarzneimittel 75 % aller Kosten in der Apotheke durch die Vergütung der rezeptpflichtigen Fertigarzneimittel zu decken sind, ist nicht haltbar*“ [2HM: 5].

Die Tab. 16 (siehe Anhang) zeigt die Grundlage der Berechnung von einer Einzelanfertigung (Rezeptur), die sich aus der AMPreisV § 5<sup>231</sup> ergibt, indem ein

- 90prozentiger Aufschlag auf den Apothekeneinkaufspreis (AEP) für Wirkstoffe, Grundlage(n) und Verpackung, ein
- Herstellungszuschlag entsprechend der Herstellungsart (z. B. Salbe, Zäpfchen etc.) und
- der Zuschlag von 8,35 Euro für die Abgabe und Beratung, abgerechnet werden darf.

Addiert ergibt sich daraus der Apothekenverkaufspreis (AVP) für Rezepturen, worauf wiederum die Umsatzsteuer aufgeschlagen wird. Wie bei einem Rx-FAM ist bei einer Rezeptur eine Zuzahlung vom Versicherten zu entrichten (abermals 10 %, mindestens 5 Euro, maximal 10 Euro) bzw. es besteht eine Zuzahlungsbefreiung. Apotheken haben auch hier der GKV einen Apothekenabschlag von 2,00 Euro (bis 02/2025) zu erlassen. Aus diesem Beispiel ergibt sich, dass der GKV-Preis bei 18,41 Euro brutto liegt und die Apotheke netto 11,85 Euro für ihre Leistung erhält, unabhängig davon wie lange die Herstellung der einzelnen Rezeptur dauert.

Wie bereits in Kap. 3.2.8.6 angeführt, hat die Freie Apothekerschaft e. V. eine Feststellungsklage gegen die Bundesrepublik Deutschland erwirken lassen (vertreten durch das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie). Als Begründung dient u. a. das § 78 AMG, das im Abs. 1 Satz 2 festlegt, dass das Wirtschaftsministerium ermächtigt „...den Anteil des Festzuschlags, (...), entsprechend der Kostenentwicklung der Apotheken bei wirtschaftlicher Betriebsführung anzupassen.“<sup>232</sup> Dies in Verbindung mit dem GMG (2003): „Die Umstellung des Apothekenzuschlags auf einen Festzuschlag und einen prozentualen preisabhängigen Zuschlag macht es erforderlich, dass der Festzuschlag (...) angepasst werden kann. Die

---

<sup>231</sup> Vgl. BMJ: *Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV)*, § 5.

<sup>232</sup> Vgl. BMJ: *Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln (Arzneimittelgesetz)*, § 78 Preise.

*Anpassung soll sich dabei an der jeweiligen Kostenentwicklung der Apotheken bei wirtschaftlicher Betriebsführung richten. In der Regel soll eine Überprüfung im Abstand von zwei Jahren erfolgen, (...).* <sup>233,234</sup> Es kann damit festgestellt werden, dass das Wirtschaftsministerium nur einmal in mehr als zwei Dekaden die eigenen Vorgaben befolgt hat.

---

#### **Exkurs: Der Nacht- und Notdienstfonds (NNF)**

Der Deutsche Apotheker Verein (DAV) wurde 2013 vom Gesetzgeber beauftragt, einen Fonds zu gründen, der in Selbstverwaltung die Verteilung der Notdienstpauschale übernimmt. Es wäre verwaltungstechnisch viel einfacher und monetär günstiger gewesen, wenn jede Apotheke ihre NNF-Pauschale von 0,21 Euro nicht abgezogen, sondern behalten könnte. Jedoch, dafür konnte der Gesetzgeber sich nicht entscheiden, denn dieser priorisierte eine Vergütungsgleichstellung. Allein um zu verhindern, dass Rx-umsatzstarke Apotheken in urbanen Gebieten mit einer geringen Notdienstanzahl, pro geleisteten Notdienst, eine wesentlich höhere Vergütung erhalten würden, als Rx-umsatzschwache Apotheken im ländlichen Raum mit vielen Notdiensten. Durch den NNF wird gewährleistet, dass jeder Notdienst eine bundesweit einheitliche pauschalisierte Vergütung erhält. Es bedeutet, dass die Kosten für die Fakturierung durch die-Apothekerschaft übernommen werden müssen und dadurch die Allgemeinheit entlastet wird.

Des Weiteren wird dem DAV die Möglichkeit gegeben, Gewinne auf Kosten der Apotheken zu erzielen, geschweige denn möglicher Tagesgeldgeschäfte, denn die Einnahmen fließen über drei Monate herein, ausgekehrt wird immer erst nach einem Quartal. So belief sich z. B. die Gesamtsumme an Treuhandeinnahmen in 2022 auf 340.9 Mio. Euro bzw. 28.4 Mio. Euro pro Monat.<sup>235</sup> Die Abb. 26 zeigt für die Geschäftsjahre 2015 bis 2023 des NNF-Fonds den jeweiligen Jahresüberschuss. Nach einigen Jahren der Konsolidierung und Investitionen, scheint der NNF-Fonds sich für den DAV zu lohnen. Nach 2014 betrug der Gesamte Jahresüberschuss 7,57 Mio. Euro bzw. ca. 839.000 Euro pro Jahr.

In der Tab. 17 (siehe Anhang) werden die nach 2019 zusätzlich verwalteten Aufgaben der NNF aufgeführt:

- Seit 2020 und fortlaufend die Förderung der Telematikinfrastruktur und in 2020 Corona-19 bedingt, die Förderung der Botendienste und Schutzmasken-Ausgabe,
- nur in 2021 die Grippeimpfstoffrückerstattungsverordnung und

---

<sup>233</sup> Vgl. BT (Gesetzesentwurf 08.09.2003): *Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenkasse (GKV - Modernisierungsgesetz -GMG)*. Drucksache 15/152, S. 166: § 78, zu Nummer 5, zu Buchstabe b.

<sup>234</sup> Vgl. FA (Aktionen 09.04.2024): *Schriftsatz der Feststellungsklage*, S. 9, 10.

<sup>235</sup> Vgl. DAV-Notdienstfonds: *Geschäftsbericht 2015 bis 2022*; z. B. Geschäftsbericht 2016.

- ab 2022 fortlaufend die pharmazeutischen Dienstleistungen.

Die zusätzlichen Aufgaben erklären die erheblichen (Treuhand-)Einnahmen und daher auch die gestiegenen (Zins-)Gewinne ab 2021.

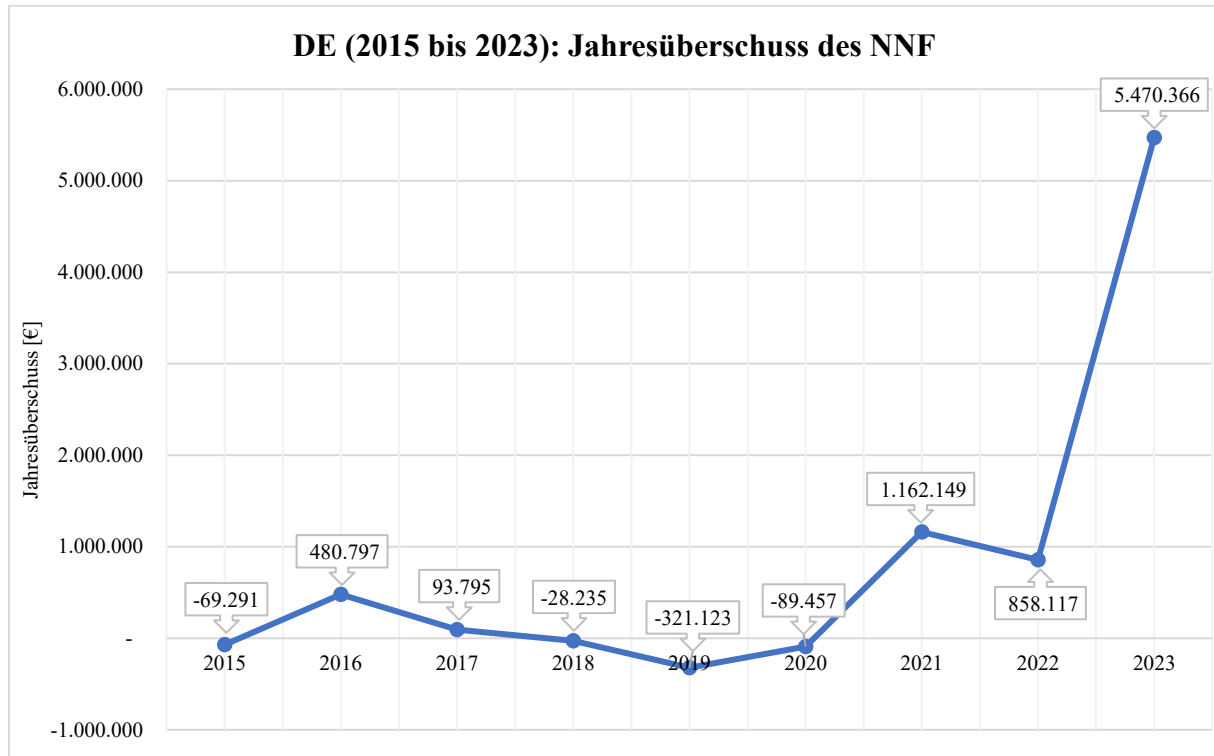


Abb. 26: DE (2014 bis 2023): Der Jahresüberschuss des NNF. Eigene Darstellung. Quelle: DAV.<sup>236</sup>

### 3.4.2.1.2 Notdienstpauschale

Eine Apotheke hat grundsätzlich 365 Tage im Jahr und jeweils von 08:00 bis 08:00 des Folgetages einen Bereitschafts- bzw. Notdienst<sup>237,238</sup> zu verrichten, wobei die zuständige Behörde durch die Errichtung von Notdienstgemeinschaften die einzelnen Apotheken von der Notdienstpflicht entbinden kann.<sup>239</sup> Für die Beanspruchung einer Notdienstapotheke sind 2,50 Euro (brutto)<sup>240</sup> pro Kunde zu entrichten, wobei die einzelne Krankenkasse ihre Mitglieder von der Zuzahlung befreien kann.<sup>241</sup> 2022 erbrachten die Apotheken in Deutschland 390.000 Volldienste (20:00 bis 06:00) und 40.000 Teildienste, bedeutend, dass ca. 1.200 Apotheken täglich einen Notdienst leisteten.<sup>242</sup>

<sup>236</sup> Vgl. DAV-Notdienstfonds: *Geschäftsbericht 2015 bis 2023*; z. B. *Geschäftsbericht 2023*, S. 4.

<sup>237</sup> Vgl. ABDA (Faktenblatt Aug 2024): *Nacht- und Notdienst*.

<sup>238</sup> Vgl. Nacht- und Notdienstfonds: *Zahlungsabwicklung der NDP*.

<sup>239</sup> Vgl. BMJ: *Verordnung über den Betrieb von Apotheken (Apothekenbetriebsordnung ApBetrO)*, § 23 Dienstbereitschaft.

<sup>240</sup> Hinweis: Keine Veränderung seit der Einführung in 2004.

<sup>241</sup> Vgl. BMJ: *Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV)*, § 6 Notdienst.

<sup>242</sup> Vgl. ABDA: *Die Apotheke, Zahlen - Daten - Fakten, 2023*, S. 10.

Auf der einen Seite wurde die Erbringung von Notdiensten von jeher als eine Gemeinwohlpflicht der Apotheken betrachtet, die durch deren Sonderstellung bedingte Vergütung als abgegolten galt. Auf der anderen Seite wurde der Rohgewinn durch gesetzliche Maßnahmen nach 2004 immer weiter gesenkt (Kap. 3.4.1.1), so dass der Gesetzgeber sich genötigt sah, das Apothekennotdienst-Sicherstellungsgesetz (ANSG)<sup>243</sup> zu beschließen und 0,21 Euro pro Rx-FAM ab 01.08.2013 als Vergütung für die Sicherstellung von Notdiensten auszuloben. In einer Analyse, die in der Deutschen Apotheker Zeitung (DAZ) erschien, wurde festgestellt, dass das Fixum bereits 2013 derart niedrig war, dass sich die Dienstbereitschaft der Apotheken daraus nicht mehr finanzieren ließ.<sup>244</sup> Somit könnte die Einführung des Notdiensthonorars / -pauschale als Kompensation für staatlich unterlassene Unterstützung der Apotheken betrachtet werden.

Obwohl der Deutsche Apothekerverband e. V. (DAV) keine Behörde ist, wurde der DAV 2013 beauftragt, den sog. Nacht- und Notdienstfonds (NNF) einzurichten und diesen in Selbstverwaltung zu übernehmen, wobei dem Bundesgesundheitsministerium die Aufsicht und Kontrolle obliegt. Die Berechnungsgrundlage für die Vergütung ist die Anzahl pro Quartal abgegebener Rx-FAM-Packungen multipliziert mit 0,21 Euro (Kap. 3.4.2.1.1). D. h., dass Apotheken ihrem Rezeptabrechnungszentrum monatlich die Anzahl an PKV-Versicherte verordneten Rx-FAM und Non-Rx-FAM melden müssen.<sup>245</sup> Das Abrechnungszentrum ermittelt die Anzahl der an GKV-Versicherte abgegebenen Rx-FAM-Packungen auf Grundlage der von den Apotheken zugesendeten Verordnungen. Die Gesamtzahl der abgegebenen Rx-FAM-Packungen und die errechnete Summe (Packung x 0,21 Euro) werden dem NNF zur Verfügung gestellt, zusätzlich melden die Landesapothekenkammern dem NNF die pro Quartal erbrachten Notdienste. Auf Grundlage dieser Daten ermittelt das NNF eine quartalsmäßige Durchschnittsvergütung pro Notdienst und zahlt entsprechend der Anzahl geleisteter Notdienste die Notdienstvergütung aus.

Abb. 27 stellt die Veränderung der Notdienstpauschale seit ihrer Einführung dar und zeigt, dass diese seit 2013 um 189,16 Euro bzw. 79,4 % auf 427,06 Euro im Jahresmittel bis 2023 anstieg. Ursachen hierfür sind: i.) die unterjährig saisonal schwankende, jedoch stetig steigende Anzahl abgegebener Rx-FAM-Packungen und ii.) gleichzeitig, die stetig abnehmende Anzahl geleisteter Notdienste (2014: 422.000 Volldienste (20:00 bis 06:00); 2022: 390.000

---

<sup>243</sup> Vgl. BGBl. (15.07.2013): *Gesetz zur Förderung der Sicherstellung des Notdienstes von Apotheken (Apothekennotdienstesicherstellungsgesetz - ANSG)*.

<sup>244</sup> Vgl. DAZ.online (22.05.2024): *Fehlanreize und allenfalls kurzfristige Vorteile für einzelne Apotheken - Problematische Idee zur Honorarumverteilung: Teil 2 der Analyse*.

<sup>245</sup> Vgl. NNF: *Meldepflichten*.

Volldienste; 2023: 380.000 Volldienste)<sup>246</sup>, die wiederum dem Rückgang der Apothekenbetriebsstätten geschuldet ist. Dabei kann die Anzahl der abzuleistenden Notdienste, bedingt durch den Betriebsstandort, erheblich differieren. Laut ABDA mussten z. B. in einer ländlichen Apotheke in Bayern über 70 Notdienste und in einer städtischen Apotheke in München nur 14 Notdienste pro Jahr verrichtet werden.<sup>247</sup> Der 2HM-Studie (2017) führt dazu aus: „Nacht- und Notdienst, Rezepturherstellung, Abgabe von umzufüllenden Stoffen und BtM-Abgabe werden aktuell nicht kostendeckend vergütet. Die entsprechenden Zuschläge sind deutlich zu erhöhen. Die Notdienstpauschale von 2,50 € wurde nicht betrachtet und konstant gehalten, da sie nicht in bedeutendem Ausmaß der Kostendeckung des Notdienstes dienen kann“ [2017: 5-6].

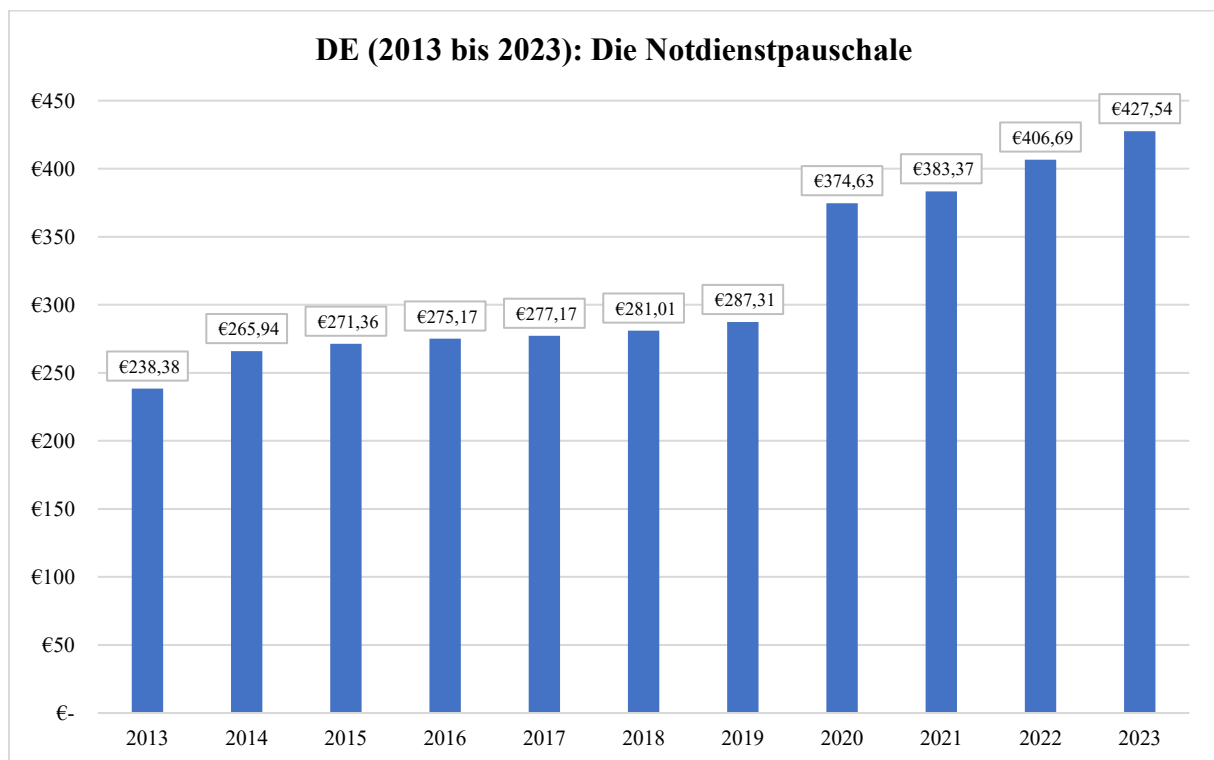


Abb. 27: DE (2013 bis 2023): Die Notdienstpauschale. Eigene Darstellung. Quelle: ABDA,<sup>248</sup> DAV.<sup>249</sup>

### 3.4.2.1.3 Pharmazeutische Dienstleistungen (pDL)

Das Gesetz zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken (VOASG 2021)<sup>250,251</sup> nahm drei wesentliche Änderungen vor:

<sup>246</sup> Vgl. DAV-Notdienstfonds (Mai 2019): *Geschäftsbericht; z. B. Geschäftsbericht 2018 des NNF*. Vgl. ABDA: *Die Apotheke, Zahlen - Daten - Fakten, 2024*, S. 68.

<sup>247</sup> Vgl. ABDA: *Die Apotheke, Zahlen - Daten - Fakten, 2024*, S. 68.

<sup>248</sup> Vgl. ABDA: *Die Apotheke, Zahlen - Daten - Fakten, 2024*, S. 68-69.

<sup>249</sup> Vgl. DAV-Notdienstfonds (Mai 2019): *Geschäftsbericht; z. B. Geschäftsbericht 2018 des NNF*.

<sup>250</sup> Vgl. BMG (29.10.2020): *Gesetz zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken*.

<sup>251</sup> Vgl. BGBl. (09.12.2020): *Gesetz zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken*.

- Die Rx-FAM-Preisbindung wurde im SGB V neuregelt und gleichzeitig die Preisbindung, vom Ausland versendeter Arzneimittel, aus dem § 78 Abs. 1 AMG<sup>252</sup> gestrichen (Kap. 3.3.5).
- Eine fixe Botendienstvergütung (Kap. 3.4.2.1.4) und
- der Anspruch auf pharmazeutische Dienstleistungen.

Das VOASG (§ 129 Abs. 5e SGB)<sup>253</sup> sieht vor, dass Versicherte einen Anspruch auf mehr pharmazeutische Leistungen erhalten, die über die Verpflichtung der Apotheken zur Information und Beratung hinausgehen sollen.<sup>254</sup> Insbesondere sollte berücksichtigt werden, die

- Anwendung bestimmter Wirkstoffe (Abs. 5e, 1),
- Behandlung chronischer und schwerwiegender Erkrankungen (Abs. 5e, 2),
- Behandlung multimorbider Patienten mit Polymedikation (Abs. 5e, 3) und
- Behandlung bestimmter Patientengruppen (Abs. 5e, 4).

Der Gesetzgeber legte fest, dass die Vergütungen für die pharmazeutischen Leistungen zwischen den GKV- und PKV-Spitzenverbänden und dem Deutschen Apothekenverband ausgehandelt werden sollten, dennoch konnten sich die Verbände nicht einigen und somit wurde letztendlich eine Schiedsstelle angerufen (Kap. 3.6.1.1.2), die folgende zu vergütende pharmazeutische Dienstleistungen 2022 vorschlug<sup>255,256</sup>:

- Die erweiterte Medikationsberatung von Patienten mit Polymedikation (90 Euro),
- eine pharm. Betreuung von Organtransplantierten (90 Euro) plus ein Folgegespräch (17,55 Euro),
- wie ii.), bei oraler Antitumorthherapie,
- die Risikoerfassung bei Bluthochdruck mit mindestens einem Arzneimittel (11,20 Euro) und bei der
- Inhalation: Arzneimittelanwendung und Inhalationstechnik, Alter ab 6 Jahre (20 Euro).

Sofern eine Apotheke personell die pharmazeutischen Dienstleistungen überhaupt erbringen kann, besteht immer die Befürchtung, dass das Quartalsbudget überschritten werden könnte. Denn, in dem Fall wird gedeckelt und alle über 1.000 Euro erbrachten Dienstleistungen werden einfach nicht vergütet.

---

<sup>252</sup> Vgl. BMJ: *Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln (Arzneimittelgesetz - AMG)*, § 78 Preise.

<sup>253</sup> Vgl. Sozialgesetzbuch (SGB V): *§ 129 SGB V Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung, Verordnungsermächtigung*.

<sup>254</sup> Vgl. BMJ: *Verordnung über den Betrieb von Apotheken (Apothekenbetriebsordnung - ApBetrO)*, § 20 Abs.1.

<sup>255</sup> Vgl. ABDA: *Pharmazeutische Dienstleistungen*.

<sup>256</sup> Vgl. PZ (21.06.2022): *Alles Wichtige zu den pharmazeutischen Dienstleistungen*.

### 3.4.2.1.4 Botendienstpauschale

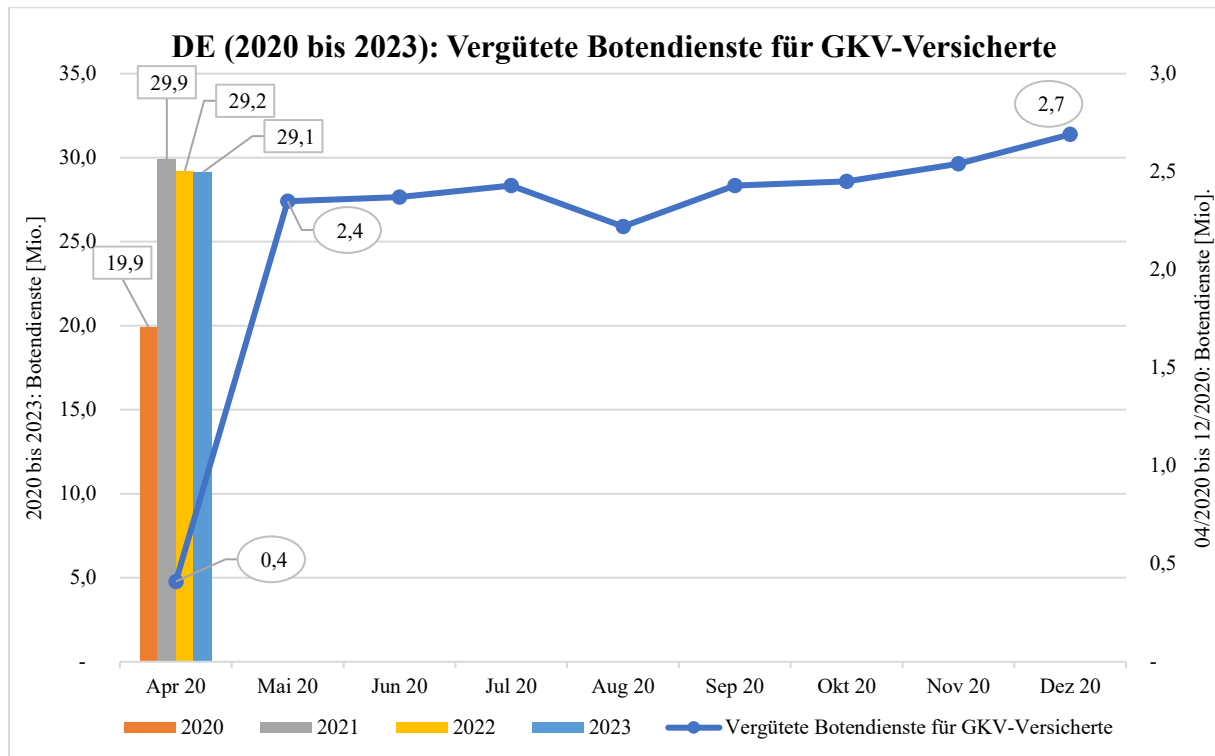


Abb. 28: DE (2020 bis 2023): Vergütete Botendienste für GKV-Versicherte. Eigene Darstellung. Quelle: ABDA.<sup>257</sup>

Während der Corona-Pandemie wurde der einmalige und abrechnungsfähige Botendienst pro Haushalt und Tag mit 2,50 Euro pro Vorgang eingeführt. Mit dem VOASG<sup>258</sup> wurde ab 2021 der Botendienst verstetigt, wobei Apotheken die regelmäßige Anwendung nur für Rx-FAM und GKV-Versicherte benutzen, um Retaxationen keinen Vorschub zu leisten (Kap. 3.4.2.2.7).<sup>259,260</sup> Die Abb. 28 zeigt, die seit 04/2020 sprunghaft gestiegene Nutzung von Botendiensten durch GKV-Versicherte. Laut ABDA<sup>261</sup> wird die Botendienstleistung der Präsenz-Apotheken täglich bis zu 300.000-mal genutzt und im Frühjahr 2021 täglich sogar über 450.000-mal, wobei ein erheblicher Teil aus Imagegründen getätigt werden und als nicht vergütete Zusatzkosten verbucht werden.

### 3.4.2.1.5 Lieferengpass-Pauschale

Sofern ein patentfreies Rx-FAM (Generikum) nicht lieferbar ist, darf die Apotheke diese mit einem vorhandenen bzw. lieferbaren adäquatem Präparat austauschen (ALBVVG Art. 4, Abs. 2 [S. 10]: Änderung der § 15 ApBetrO)<sup>262,263</sup> und für den Mehraufwand 0,50 Euro berechnen

<sup>257</sup> Vgl. ABDA: *Die Apotheke, Zahlen - Daten - Fakten*, 2024, S. 72.

<sup>258</sup> Vgl. BMG (29.10.2020): *Gesetz zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken*.

<sup>259</sup> Vgl. PZ (29.10.2020): *Das Apotheken Stärkungsgesetz im Überblick*.

<sup>260</sup> Vgl. DAZ.online (07.03.2023): *Was muss beachtet werden, wie viel darf pro Rezept abgerechnet werden?*

<sup>261</sup> Vgl. ABDA: *Die Apotheke, Zahlen - Daten - Fakten*, 2024, S. 72.

<sup>262</sup> Vgl. BGBl. (26.07.2023): *Gesetz zur Bekämpfung von Lieferengpässen bei patentfreien Arzneimitteln und zur Verbesserung der Versorgung mit Kinderarzneimitteln (Arzneimittel-Lieferengpassbekämpfungs- und Versorgungsverbesserungsgesetz - ALBVVG)*.

<sup>263</sup> Vgl. ABDA (Pressemitteilung 04.08.2023): *Übergangslösung bei Lieferengpass-Pauschale vereinbart*.

(ALBVVG Art. 5, Abs. 2 [S. 11]: Änderung der § 3 AMPPreisV). So muss u. a. bei zwei pharmazeutischen Großhandlungen (pGH) eine Abfrage erfolgen und der Austausch muss durch den verordnenden Arzt bestätigt werden.<sup>264</sup> Dass die Zeitkosten bzgl. eines nicht lieferbaren Arzneimittels für eine Apotheke wesentlich höher anzusetzen sind, dürfte einleuchten, insbesondere, wenn Zusatzkosten im Sinne einer Vollkostenrechnung, z. B. Anrufe beim Verordner und pGH (Telefonkosten), die Änderung der Verordnung (Wegekosten) etc. Berücksichtigung finden. Denn wenn auf Grundlage der Tab. 21 (Kap. 3.4.2.2.3) für einen PTA bzw. Apotheker (jeweils im 1. Berufsjahr) die Pauschale von 0,50 Euro in Minuten umgerechnet wird, dann entsprechen 0,50 Euro Vergütung 1,67 Minuten Arbeitszeit für einen PTA und weniger als eine Minute für einen Apotheker (bzw. 0,483 Euro pro Minute).

Im Mai 2024 stellte die Freie Apothekerschaft (FA) eine Anfrage auf Grundlage des Informationsfreiheitsgesetzes beim Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und bat um Aufklärung, auf welcher Grundlage das BMG die Lieferengpass-Pauschale mit 50 Cent im ALBVVG berechnet hatte.<sup>265</sup> Um überhaupt die Anfrage bearbeiten zu können wurde der FA durch das BMG mitgeteilt, dass die voraussichtliche Gebühr bei ca. 330 Euro liegen würde.<sup>266</sup> Nachdem am Antrag festgehalten wurde, teilte das BMG der FA mit, dass die Vergütung eine Mischkalkulation darstellen würde, die keinen Anspruch auf Kostendeckung erheben könne. Dennoch, die Berechnungsgrundlage für die 50 Cent zum erhöhten Arbeitsaufwand der Apotheken konnte die zuständige Behörde nicht aufklären.<sup>267</sup>

#### 3.4.2.1.6 Wareneinkauf und „Skonto-Urteil“

Apotheken beziehen Arzneimittel entweder direkt vom pharmazeutischen Hersteller oder vom pharmazeutischen Großhandel (pGH). Bis 2007 war es üblich, dass Apotheken Naturalrabatte bei Generika und apothekenpflichtigen Arzneimitteln erhielten, z. B. dass zu zwei bezahlten Präparaten noch eine Packung kostenlos hinzugegeben wurde (gleich 2+1), aber auch andere Stücklungen waren bekannt: 3+1, 3+2 usw. Bedingt durch das AVWG (2006)<sup>268</sup> wurde der § 7 HWG dahingehend geändert,<sup>269</sup> dass danach weder Hersteller noch Großhändler Naturalrabatte an Apotheken vergeben durften. Zudem wurde auch die Vergabe von Barrabatten eingeschränkt, indem diese nur noch auf Grundlage der AMPPreisV vergeben werden können, d. h., dass Barrabatte nicht die Großhandelsvergütung von 3,15 % plus 0,73 Euro übersteigen dürfen

---

<sup>264</sup> Vgl. FA (Pressemitteilung 07.06.2024): *IFG-Antrag zur Lieferengpass-Pauschale*.

<sup>265</sup> Vgl. FA (29.05.2024): *Antrag nach § 1 Abs. Satz 1 IFG*.

<sup>266</sup> Vgl. FA (21.06.2024): *Antrag auf IFG; BMG: Gebührenschreiben*.

<sup>267</sup> Vgl. FA (24.07.2024): *IFG-Antrag; Antwortschreiben des BMG*.

<sup>268</sup> Vgl. BGBl. (29.04.2006): *Gesetz zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung*.

<sup>269</sup> Vgl. BMJ (19.07.2023): *Heilmittelwerbegesetz - HWG, § 7*.

(geltend ab 2012).<sup>270</sup> Ähnliches galt auch für regelmäßig erteilte bzw. handelsübliche Skonti, die für vorfristige Zahlungen bis Februar 2024 gewährt wurden.

In einem länger anstehenden Gerichtsverfahren fällte das brandenburgische OLG im Juni 2023 ein Urteil zur Skonto-Vergabe, ließ dennoch die Revision zu.<sup>271</sup> Im Februar 2024 urteilte der Bundesgerichtshof (BGH) in seinem „Skonto-Urteil“ letztinstanzlich, dass nach der geltenden Regelung der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV), die Vergabe von Skonti unzulässig wäre, wenn Rabatt(e) und Skonto(i) zusammenbetrachtet den festgelegten Großhandelszuschlag von 0,73 Euro unterschreiten würden. Dies würde auch für Skonti gelten, die für vorfristige Zahlungen gewährt werden. Die Folgen dieses Urteils sollen nach Schätzungen der Treuhand Hannover einen Rohertragsverlust pro Apotheke zwischen 20.000 bis 25.000 Euro betragen.<sup>272</sup> Grundlegend ist zudem folgender Sachverhalt, der der Urteilsbegründung entnommen wurde: *„Soweit die Revision geltend macht, die Apotheken seien auf die Skonti angewiesen, um eine flächendeckende und wohnortnahe Arzneimittelversorgung sicherzustellen, trägt dies der Regelungssystematik der Arzneimittelpreisverordnung nicht Rechnung. Die angemessene Vergütung der Apotheken wird nicht durch die Gewährung verbotener Rabatte auf die Großhandelspreise, sondern durch die in § 3 AMPreisV vorgesehenen Apothekenzuschläge gesichert, die - sollten sie hierfür nicht ausreichen - bei Bedarf vom Ordnungsgeber angehoben werden können“* [32].<sup>273</sup> Damit unterstreicht das BGH, dass es am Gesetzgeber liegt, dafür zu sorgen, dass, wegen der von den Apothekern übernommenen Verpflichtung der ordnungsgemäßen Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln, die Apotheker ausreichend vergütet werden. Warum der Gesetzgeber seit über zwei Dekaden dem nicht mehr nachkommt, war nicht vom BGH zu prüfen.

### 3.4.2.2 Rohertrag reduzierende Faktoren

#### 3.4.2.2.1 Das Kombimodell

Rx-FAM wurden vor 2004<sup>274</sup> durch gestaffelte Aufschläge vergütet, danach, mit der Einführung des Kombimodells, durch eine pauschalierte Vergütung (Kap. 3.4.2.1.1). Dass bedeutet gleichzeitig, dass das Kombimodell sowohl eine positive und als auch eine negative Wirkung auf den Rohertrag entfaltet. Dies lässt sich mit der Tatsache erklären, dass der variable, preiselastische Vergütungsanteil von 3 % seit seiner Einführung nicht geändert und dass das

---

<sup>270</sup> Vgl. PZ (06.12.2011): *Fakten zur Aktuellen Situation - Apothekenhonorierung I.*

<sup>271</sup> Vgl. DAZ.online (09.06.2023): *Welche Skonti sind zulässig?*

<sup>272</sup> Vgl. Treuhand Hannover (13.02.2024): *Skonto-Urteil erschüttert Branche.*

<sup>273</sup> Vgl. BMJ (08.02.2024): *Wettbewerbswidrige Preisgestaltung durch Gewährung von Skonti bei Vertrieb von Arzneimitteln - Großhandelszuschläge II.*

<sup>274</sup> Vgl. DAZ.online (10/2013): *AMPreisV im Wandel.*

mengenabhängige Fixhonorar (Fixum) nur ein einziges Mal in 2013 von 8,10 Euro (2004) um 0,25 Euro auf 8,35 Euro bzw. 3,09 % erhöht wurde. Unverständlicherweise wurde bei der Erarbeitung des GKV-Modernisierungsgesetzes auf ein inflationsberücksichtigendes Korrektiv und zudem auch auf eine Dynamisierung verzichtet. Die negativen Folgen für die Rx-FAM-Vergütung zeigt Tab. 18 (siehe Anhang), dass, wenn ein Inflations-Korrektiv angewendet worden wäre, dann hätte rein rechnerisch das Fixhonorar ab 2024 bei ca. 11,50 Euro liegen müssen (Tab. 18: Spalte 7). Die ABDA<sup>275</sup> forderte 09/2023 ein Fixhonorar und einen „Dynamisierungsfaktor“.<sup>276</sup> Die Anzahl abgegebener Rx-FAM-Packungen steigt unaufhörlich, folglich auch die addierte Gesamtsumme des gesetzlich verankerten Apothekenabschlages (Abschlag x Rx-FAM-Packungen), wobei die Jahre 2006 und 2018 Ausnahmen bilden. Der Apothekenabschlag belief sich in 2004 auf 1,038 Mrd. Euro und war in 2023 mittlerweile auf 1,596 Mrd. Euro angestiegen (Tab. 18: Spalte 3). Somit ergibt sich für den Betrachtungszeitraum 2004 bis einschl. 2023 eine Gesamteinsparung für die GKV-Kassen durch den Apothekenabschlag von 24,97 Mrd. Euro. Dadurch, dass der Gesetzgeber seit über 20 Jahren sich weigert, einen Inflationsausgleich für das mengenabhängige Fixhonorar einzuräumen, sind im Ergebnis dem Apothekenabschlag noch weitere 18,15 Mrd. Euro (Tab. 18: Spalte 9) Einsparungen zum Vorteil der Krankenkassen, hinzuzuaddieren. Gleichbedeutend, dass die Gesellschaft die Apothekenleistungen von 2004 bis 2023 mit insgesamt 43.120 Mrd. Euro bzw. 2,156 Mrd. Euro pro Jahr minder vergütet hat (Tab. 18: Spalte 3 und 9).<sup>277</sup>

Das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG)<sup>278,279</sup> erbringt neuerdings den GKV-Kassen zusätzliche jährliche Einsparungen von ca. 181,7 Millionen Euro (gleich 790 Mill. Rx-FAM-Packungen x 0,23 Euro brutto) bzw. einen jährlichen Rohgewinnrückgang von durchschnittlich ca. 10.094 Euro pro Apotheke (18.000 Betriebe), denn zeitlich begrenzt gilt ab Februar 2023 für zwei Jahre ein erhöhter Apothekenabschlag<sup>280</sup> von 2,00 Euro (brutto), entsprechend einer Zunahme um 0,23 Euro (brutto) bzw. 13 % pro Rx-FAM-Packung.

---

#### **Exkurs: Orphan-Arzneimittel und das AMNOG**

Die Menschheit kennt ca. 30.000 Krankheiten an die denen sie erkranken kann. Davon sind ca. 8.000 als seltene Erkrankungen eingestuft, gleichbedeutend dass bei diesen Erkrankungen nur

---

<sup>275</sup> Vgl. PZ (26.09.2023): *Alles fängt am Fixum.*

<sup>276</sup> Vgl. PZ (29.09.2023): *Korf präsentiert den „Dynamisierungsfaktor.“*

<sup>277</sup> Hinweis: Die Weiterungen durch das GKV-FinStG wurden bei den Berechnungen bereits berücksichtigt.

<sup>278</sup> Vgl. BGBl. (11.11.2022): *Gesetz zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstabilisierungsgesetz - GKV-FinStG).*

<sup>279</sup> Vgl. BMG (29.04.2024): *Wie Arzneimittelpreise entstehen und wie man sie senken kann.*

<sup>280</sup> Vgl. ABDA. *Faktenblatt - Apothekenhonorierung.*

geringe Fallzahlen gegeben sind. Ca. 5 % der deutschen Bevölkerung haben eine seltene Erkrankung, entsprechend ca. 4 Mio. Einwohner. Arzneimittel die diese seltenen Erkrankungen behandeln, werden allgemein als Orphan-Präparate bezeichnet.

Die Entwicklung von Arzneimitteln ist grundsätzlich eine längerfristige, kapitalgebundene Investition und einer Vielzahl von unbekanntem Risiken ausgesetzt. Daher wird von pharmazeutischen Privatunternehmungen entsprechend dem Wirtschaftsprinzip regelmäßig nur in eine Arzneimittelentwicklung und -forschung investiert, bei denen die wirtschaftlichen Risiken gering sind, verbunden mit einem erwarteten wirtschaftlichen Erfolg, der durch hohe Fallzahlen „garantiert“ ist. Dieser Teufelskreis kann nur durch finanzielle Anreize durchbrochen werden. Somit hat die EU 1999<sup>281</sup> ein Bündel von Maßnahmen ergriffen mit der Erwartung, dass sich die Innovationsfreudigkeit der Investoren bzgl. seltener Erkrankungen erhöhen würde. So wurde z. B. beschlossen, i.) die Patentzeit zu verlängern, ii.) Anmeldungshürden bzw. -kosten zu senken, iii.) die Anzahl notwendiger Probanden in den klinischen Studien zu senken u. w. 2010 hat Deutschland das AMNOG erlassen (Kap. 3.4.2.2.2; Umwandlung von EU-Recht) und somit wurde es den pharmazeutischen Anbietern ab 2011 erlaubt, in den ersten 12 Monaten nach der Zulassung den Preis ihrer Arzneimittelinvestition selbst zu bestimmen (ab 2022 auf sechs Monate reduziert; Kap. 3.4.2.2.2).<sup>282</sup> Die Folge war eine Kostenexplosion bei Arzneimittelinnovationen, d. h. insbesondere bei den hochpreisigen Arzneimitteln. Zuvor Gesagte gilt grundsätzlich für alle Arzneimittelinnovationen.

---

#### 3.4.2.2.2 Hochpreiser (hochpreisige Arzneimittel)

Auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers (ApU) wird ein Zuschlag des pharmazeutischen Großhandels (pGH) von 3,15 %<sup>283</sup> zzgl. 0,73 Euro Arbeitsleitung (seit 01.08.2023) hinzugerechnet und somit der Netto-Apothekeneinkaufspreis (Netto-AEP) gebildet. Der variable Zuschlag des pGH ist auf 37,80 Euro<sup>284</sup> gedeckelt, was wiederum bei einem ApU von 1.200 Euro bzw. AEP von 1.238,53 Euro (gleich 1.200,00 + 37,80 + 0,73) erreicht wird. Dies ist der Grund dafür, dass ab einem AEP von 1.238,53 Euro von hochpreisigen Arzneimitteln bzw. Hochpreisern gesprochen wird. Der § 3 Abs. 1 Arzneimittelpreisverordnung<sup>285</sup> legt die Vergütung für Apotheken fest, indem abermals eine

---

<sup>281</sup> Vgl. EUR-Lex (1999): *Verordnung (EG) Nr. 141/2000 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. Dezember 1999 über Arzneimittel für seltene Leiden.*

<sup>282</sup> Vgl. BGBl. (07.11.2022): *GKV-Finanzstabilisierungsgesetz, Artikel 1, Abs. 12f: Änderung des SGB V, § 130b, S. 1195.*

<sup>283</sup> Vgl. PHAGRO (22.11.2010): *Großhandel vor tiefen Einschnitten - AMNOG - Konsequenzen für alle Beteiligten einschließlich der Apotheken noch nicht abzusehen.*

<sup>284</sup> Vgl. BMJ: *Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV), § 2 Abs. 1.*

<sup>285</sup> Vgl. BMJ: *Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV), § 3 Abs. 1.*

variable (3,0 %) <sup>286</sup> und fixe Vergütung (8,35 Euro) pro Rx-FAM dem AEP hinzugefügt werden darf. Zudem werden Nacht- & Notdienstzuschlag (NNF: 0,21 Euro) und ein Förderzuschlag für pharmazeutische Dienstleistungen (0,20 Euro) hinzugeschlagen (beide Zuschläge werden später wieder abgezogen) und die Umsatzsteuer hinzuaddiert, womit der Apothekenverkaufspreis (AVP) gebildet wäre. Der Arzneimittelpreis, den die Kassen zu zahlen haben, hängt von der individuellen Höhe der Mitgliederzahlung ab und reduziert sich nochmals durch den Abzug der Apotheken- und Herstellerzuschläge (Kap. 3.4.2.1.1).

Der vorläufige Apothekengesamtumsatz 2023 betrug 66,36 Mrd. Euro, wobei der Rx-FAM-Anteil bei 55,69 Mrd. Euro bzw. 83,9 % lag. Dies entsprach wiederum 798 Mio. bzw. 57,5 % der abgegebenen Packungen. <sup>287</sup> Der Anteil der GKV am Rx-FAM-Apothekenumsatz lag bei 48,83 Mrd. Euro, dies entsprach 87,7 % des Gesamt-Rx-FAM-Umsatzes bzw. 73,6 % vom Apothekengesamtumsatz. <sup>288</sup>

**GKV-Rx-FAM-Umsatz nach Packungen:** Abb. 29 zeigt, die in Apotheken abgegebenen Rx-FAM-Packungen an GKV-Mitglieder. Die ABDA <sup>289</sup> unterteilt den Verbrauch in vier AVP-Umsatzklassen (AVP < 100 Euro; 100,01 Euro bis 500,00 Euro; 500,01 Euro bis 1.500,00 Euro und > 1.500,01 Euro). Die größte Menge abgegebener Rx-FAM-Packungen hatte einen AVP von unter 100 Euro und diese Menge reduzierte sich nur geringfügig um 1,9 % von 91,5 % (2013) auf 89,6 % (2023). Die nachfolgende Umsatzklasse (100,01 Euro bis 500,00 Euro) erlebte einen geringfügigen Zuwachs um 1,2 % von 7,5 % (2013) auf 8,7 % (2023) bzw. einen Zuwachs von 16,0 %. D. h., dass mindestens 98,3 % der abgegebenen Packungen im Betrachtungszeitraum 2013 bis 2023 einen AVP von unter 500,00 Euro hatten und nur ca. 1,6 % der abgegebenen GKV-Rx-FAM-Packungen in den beiden oberen AVP-Umsatzklassen umgesetzt wurden: AVP > 500,01 bis 1.500,00 Euro: (2013: 0,7 %; 2023: 0,8 %) und AVP > 1.500,01 Euro: (2013: 0,3 %; 2023: 0,8 %). Dennoch war im Betrachtungszeitraum in der obersten AVP-Umsatzklasse (ab 1.500,01 Euro) eine Steigerung von 167 % zu beobachten.

**GKV-Rx-FAM nach AVP-Umsatzklassen:** Ganz anders sieht es aus, wenn der Umsatz nach Prozent und AVP- Umsatzklassen betrachtet wird (Abb. 30). So kann belegt werden, dass die Umsatzklasse der GKV-Rx-FAM mit einem AVP von unter 100 Euro mit 15,1 % von 42,2 % (2013) auf 27,1 % (2023) abnahm, entsprechend einem Rückgang von 35,8 %.

---

<sup>286</sup> Vgl. ABDA (Overwiening, R.): *GKV-Spargesetz gefährdet Versorgung*; in „apothekenmarkt“ (Kohlpharma) als PZ-Beilage; 22.09.2022.

<sup>287</sup> Vgl. ABDA: *Die Apotheke, Zahlen - Daten - Fakten, 2024*, S. 28-30.

<sup>288</sup> Vgl. ABDA: *Die Apotheke, Zahlen - Daten - Fakten, 2024*, S. 39.

<sup>289</sup> Vgl. ABDA: *Die Apotheke, Zahlen - Daten - Fakten, 2024*, S. 40.

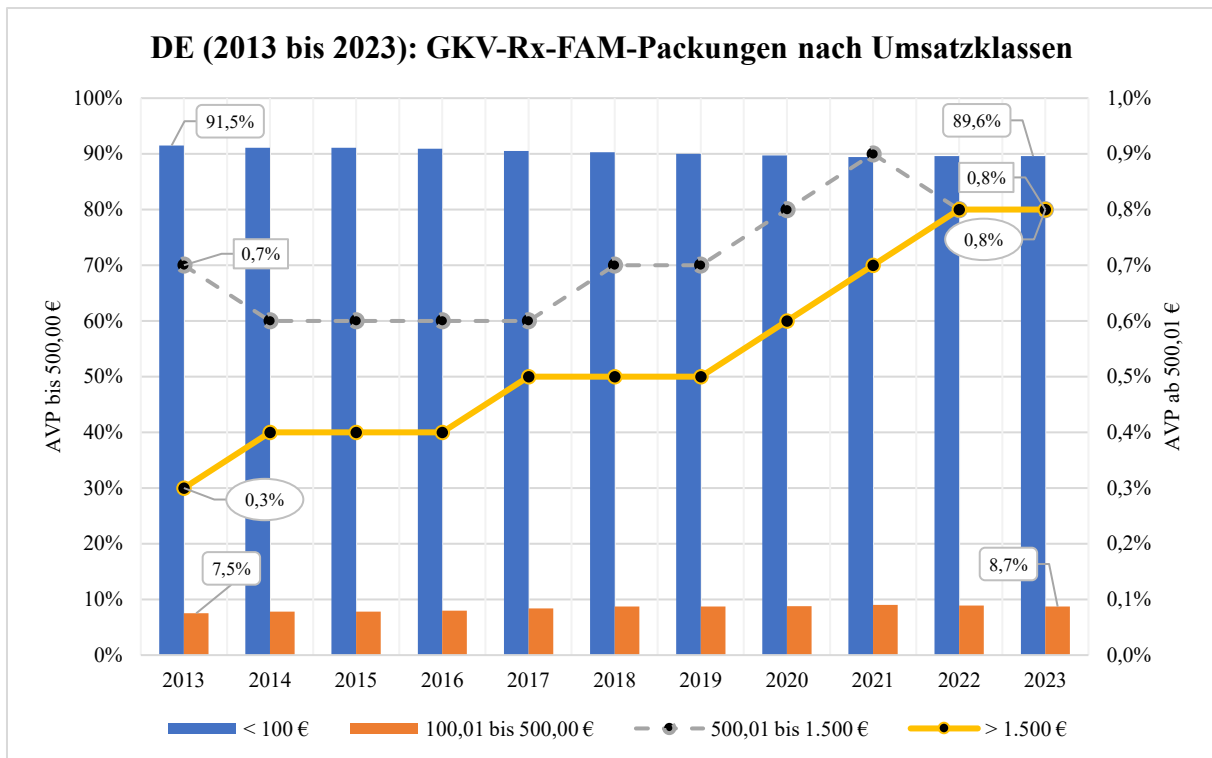


Abb. 29: DE (2013 bis 2023): GKV-Rx-FAM-Packungen nach Umsatzklassen. Eigene Berechnungen und Darstellung. Quelle: ABDA.<sup>290</sup>

Die beiden mittleren Umsatzklassen nahmen im Betrachtungszeitraum um 2,2 % bzw. 1,1 %, entsprechend um 8,4 % bzw. 10,7 % ab, d. h., dass es hier nur geringe Veränderungen gab (AVP 100,01 Euro bis 500,00 Euro: 26,2 % (2013), 24,2 % (2023); AVP 500,01 Euro bis 1.500,00 Euro: 10,3 % (2013), 9,2 % (2023)). Die AVP-Umsatzklasse ab 1.500,01 Euro legte von 21,3 % (2013) um 18,4 % auf 39,7 % (2023) zu, entsprechend einem Zuwachs von 86,4 %. D. h., dass die beiden oberen AVP-Umsatzklassen ab 500,01 Euro zusammen ihren Marktanteil an GKV-Rx-FAM in Apotheken von 31,6 % (2013) um 17,3 % auf mittlerweile 48,9 % (2023) steigerten, entsprechend einem Zuwachs von 54,7 %. Die Ursachen hierfür sind in Gesetzen<sup>291</sup> der EU bzw. in deren Umsetzung in Deutschland u. a. durch das AMNOG<sup>292</sup> zu suchen, denn seit 2011 können Arzneimittelhersteller bei anerkannten Innovationen in den ersten 12 Monaten nach der Zulassung den Preis selbst bestimmen, wobei diese Regelung ab 2022 zeitlich auf sechs Monate reduziert wurde (siehe Exkurs: Orphan-Arzneimittel und das AMNOG).<sup>293</sup>

**Rx-FAM-Gesamtumsatz:** Wenn der in Apotheken getätigte Rx-FAM-Gesamtumsatz für die Jahre 2013 bis 2023 nach Euro und Anzahl Packungen auf Grundlage der prozentualen Verteilung der GKV-Rx-FAM berechnet wird (Abb. 29 und Abb. 30), dann kann mit der Tab.

<sup>290</sup> Vgl. ABDA: *Die Apotheke, Zahlen - Daten - Fakten*, 2024, S. 40.

<sup>291</sup> Vgl. EUR-Lex (1999): *Verordnung (EG) Nr. 141/2000 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. Dezember 1999 über Arzneimittel für seltene Leiden*.

<sup>292</sup> Vgl. BGBl. (27.12.2010): *Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz - AMNOG)*, S. 2262.

<sup>293</sup> Vgl. BGBl. (07.11.2022): *GKV-Finanzstabilisierungsgesetz, Artikel 1, Abs. 12f: Änderung des SGB V, § 130b*, S. 1195.

19 (siehe Anhang) belegt werden, dass der Gesamtumsatz von 35,8 Mrd. Euro um 19,9 Mrd. Euro auf 55,69 Mrd. Euro bzw. um 55,6 % stieg. Zugenommen hat auch die Anzahl abgegebener Packungen, d. h. von 737 Mio. Packungen um 61 Mio. auf 798 Mio. Packungen bzw. einen Zuwachs von 8,3 %. Die Abb. 31 zeigt, dass die AVP-Umsatzklassen unterschiedlich von dem monetären Zuwachs bzw. der gestiegenen Packungsmenge partizipiert haben:

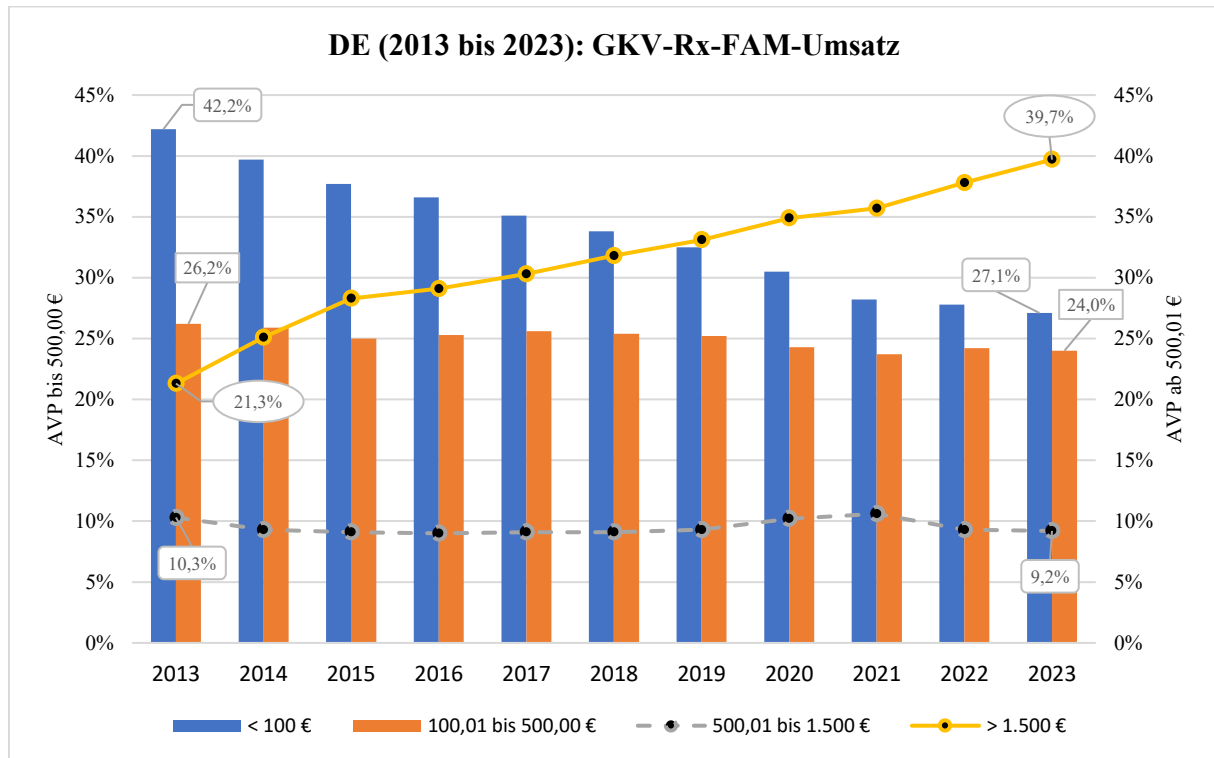


Abb. 30: DE (2013 bis 2023): GKV-Rx-FAM-Umsatz. Eigene Berechnungen und Darstellung. Quelle: ABDA.<sup>294</sup>

- AVP-Umsatzklasse bis 100,00 Euro: Die Anzahl abgegebener Packungen stieg von 2013 auf 2023 um 38,2 Mio. auf 712,6 Mio. entsprechend 5,7 %. Gleichzeitig ging der Packungsmarktanteil von 91,5 auf 89,3 % zurück. Der Umsatz blieb bei 15,1 Mrd. Euro konstant und der Umsatzmarktanteil fiel von 42,2 % auf 27,1 %.
- AVP-Umsatzklasse 100,01 bis 500,00 Euro: Der Umsatz stieg mit 4 Mrd. Euro auf 13,4 Mrd. Euro bzw. 42,6 %, dennoch der Marktanteil des Umsatzes fiel um 2,2 % auf 24,0 %. Die Anzahl abgegebener Packungen nahm von 55,3 Mio. um 14,1 Mio. auf 69,4 Mio. bzw. 25,5 % zu. Der Marktanteil der Packungen stieg um 1,2 % auf 8,7 %. Die Gesamtumsatzsteigerung im Rx-Markt der Apotheken von 2013 bis 2023 macht in dieser AVP-Umsatzklasse 20,1 % aus.

<sup>294</sup> Vgl. ABDA: *Die Apotheke, Zahlen - Daten - Fakten*, 2024, S. 40.

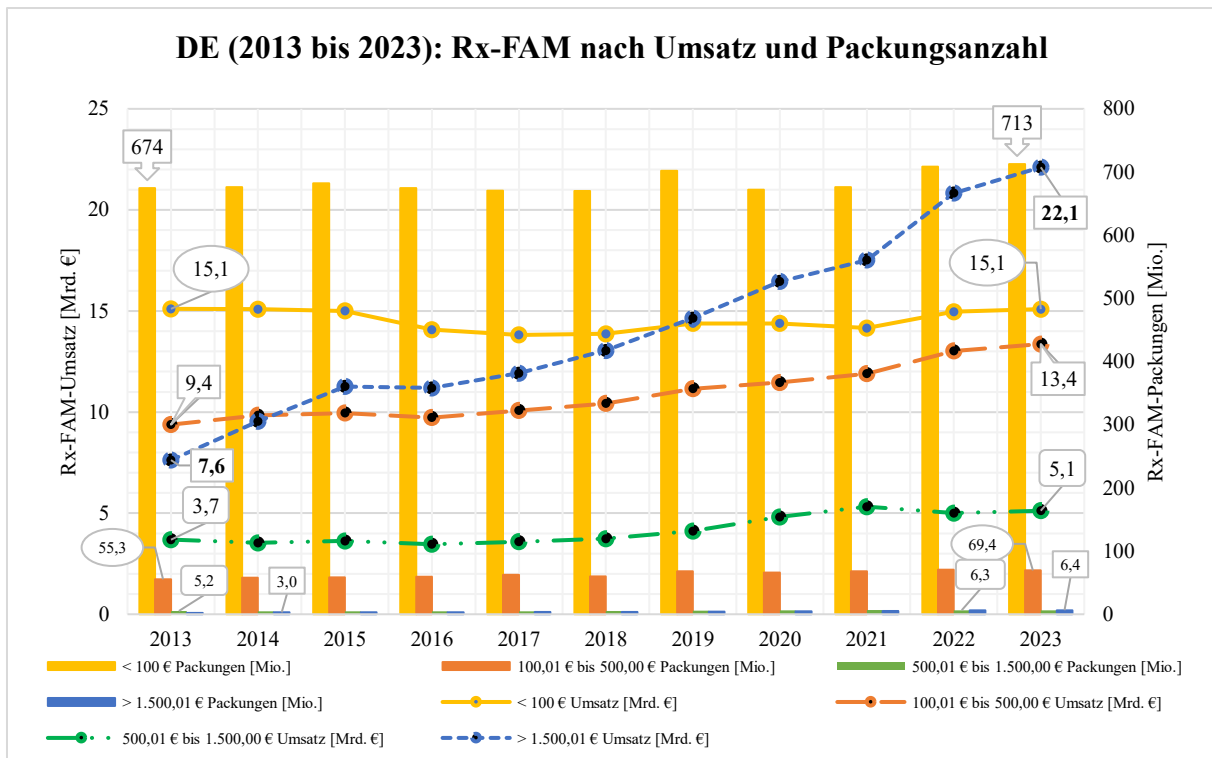


Abb. 31: DE (2013 bis 2023): Rx-FAM nach Umsatz und Packungsanzahl. Eigene Berechnungen und Darstellung. Quelle: ABDA.<sup>295</sup>

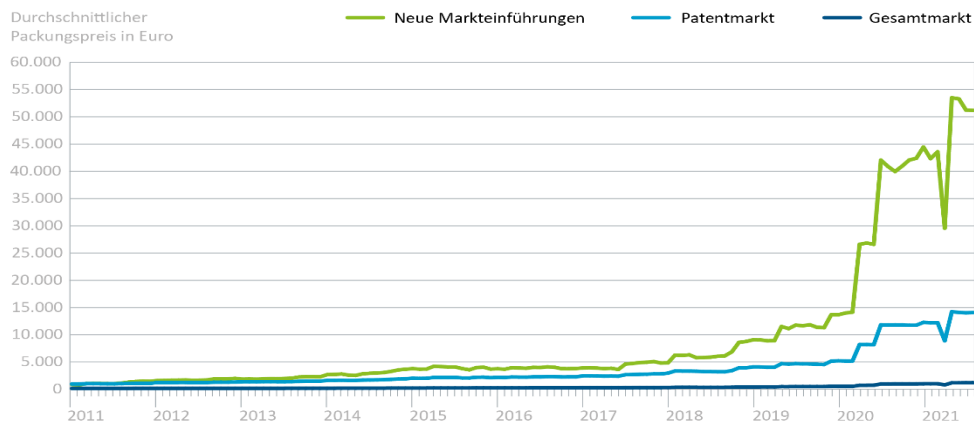
- AVP-Umsatzklasse 500,01 Euro bis 1.500,00 Euro: Mit 1,4 Mrd. Euro auf 5,1 Mrd. Euro in 2023 bzw. 37,8 % stieg der Umsatz, dennoch fiel auch der Umsatzmarktanteil von 10,3 % mit 1,1 % auf 9,2 %. Insgesamt wurden zusätzliche 1,2 Mio. bzw. 23,1 % und damit 6,4 Mio. Packungen mehr abgegeben, der Marktanteil an den Packungen stieg aber nur um 0,1 % auf 0,8 %. Von der Gesamtumsatzsteigerung im Betrachtungszeitraum macht diese AVP-Umsatzklasse 7,0 % aus.
- AVP-Umsatzklasse ab 1.500,01 Euro: In jeder Hinsicht ist sowohl der Umsatz wie auch die verbrauchte Packungsmenge von 2013 bis 2023 erheblich gestiegen. Der Umsatz stieg um 14,5 Mrd. Euro von 7,6 Mrd. Euro auf 22,1 Mrd. Euro bzw. um 52,4 %. Auch der Marktanteil am Umsatz nahm um 18,4 % von 21,3 % auf 39,7 % zu und gleichzeitig lag der Anteil an der Umsatzsteigerung bei 72,9 % (2013 bis 2023). Die abgegebenen Packungseinheiten nahmen mit 4,2 Mio. auf 6,384 Mio., entsprechend um 52,38 % zu. Der Marktanteil an den abgegebenen Packungen blieb bei der Steigerung von 0,3 % um 0,5 % auf 0,8 % auf einem geringen Niveau, dennoch entspricht dies einer Packungssteigerung von 266,7 %. Im Ergebnis betrug in dieser AVP-Umsatzklasse der durchschnittliche AVP pro Packung ca. 3.460 Euro bzw. wurden davon 355 Packungen pro Jahr und Apotheke bzw. eine Packung pro Tag und Apotheke abgegeben (bei 18.000

<sup>295</sup> Vgl. ABDA: *Die Apotheke, Zahlen - Daten - Fakten*, 2024, S. 28-29.

Apotheken). Bezogen auf einen Umsatz pro Packung von 1.238,53 Euro, wären es ca. drei Hochpreiser pro Tag und Apotheke.

#### Die Preise für neue Arzneimittel haben sich vom Gesamtmarkt entkoppelt

Durchschnittliche Packungspreise für den Gesamtmarkt, patentgeschützter Arzneimittel und patentgeschützter Neueinführungen seit 2011



Quelle: GKV-Arzneimittelindex im WIdO 2021

Grafik: WIdO, 2021

Abb. 32: DE (2011 bis 2021): Die Arzneimittelpreisentwicklung. Quelle: Wido (2022).<sup>296</sup>

Die Abb. 32 kann vorhergehende Aussagen bestätigen, indem die Veränderungen der ungewichteten durchschnittlichen Preise des Arzneimittel-Gesamtmarktes für patentgeschützte und für Arzneimittelinnovationen für die Jahre 2011 (Einführung des AMNOG) bis 2021 abgeglichen werden. Denn die WIdO-Abbildung zeigt, dass Arzneimittelinnovationen sich preislich höher darstellen als bereits zugelassene Arzneimittel, was letztlich dazu geführt hat, dass der Durchschnittspreis aller Arzneimittel stetig ansteigt und der Arzneimittel-Gesamtmarkt dadurch monetär immer weiter aufgebläht wird.

Werden die Daten für 2022 und 2023 noch näher betrachtet,<sup>297</sup> kann belegt werden, dass das arithmetische Mittel der Preise des Gesamtmarktes von 11/2021 bis 10/2023 zwischen 42.072,16 Euro (11/2020) und 73.748,59 Euro (09/2023) lag. Im selben Zeitraum kosteten die 5 % der preiswertesten Arzneimittel zwischen 31,05 Euro (11 und 12/2021) und 55,42 Euro (11/2020) und die preisintensivsten 5 % der Arzneimittel zwischen 426.666,51 Euro (04/2021) und 1.311.285,71 Euro (10/2022).

Die Folgen des zunehmenden Anteils der hochpreisigen Rx-FAM am Arzneimittelumsatz sind für alle involvierten Parteien gravierend. In der Tab. 20 (siehe Anhang) sind für diverse AEP

<sup>296</sup> Vgl. WIdO (2022): *Arzneimittel-Preisinformation*, und vgl. WIdO (2021): *Die Preise für neue Arzneimittel haben sich vom Gesamtmarkt entkoppelt*.

<sup>297</sup> Vgl. WIdO (Aug 2024): *Neuer Warenkorb. Preisentwicklung auf dem Arzneimittelmarkt bis August 2024. GKV-Arzneimittelindex*, S. 17.

der Rohgewinn pro Rx-FAM und die dazugehörige Marge, sowohl für den pGH als auch die Apotheken, dargestellt. Es kann gezeigt werden, dass mit zunehmendem AEP die Marge sinkt. Gleichzeitig steigen Liquiditätsbedarf und die Lager- und Verlustrisiken (Zahlungsausfälle durch Bruch, Retaxation oder Ableben des Kunden (Kap. 3.4.2.2.7)).<sup>298</sup>

Für den pharmazeutischen Großhandel (pGH) gilt, dass ihr Rohgewinn maximal 38,53 Euro betragen kann und dennoch, Apotheken bei Hochpreisern bis zu 37,50 Euro Rabatt erhalten können. Dieser Hochpreiserrabatt bzw. weitere Vergünstigungen werden vom Großhändler beim Konkurrenzkampf um den Kunden Apotheke gewährt.

Apotheken können Arzneimittel über den pGH oder auch direkt beim Hersteller ordern. Wo eingekauft wird, entscheidet die Liquidität bzw. weitere Parameter wie Skonto und Zahlungsziel. Letzteres galt vor dem Skontourteil (Kap. 3.4.2.1.6) und längstens bis ca. 05/2024. Der pGH bucht i. d. R. den gesamten Vormonatsumsatz z. B. am achten des Folgemonats ab, d. h. am selben Tag, an dem das Abrechnungszentrum z. B. 70 % des Rx-FAM-Umsatzes des Vormonats auskehrt. Die restlichen 30 % erhält die Apotheke wenige Tage später, z. B. am 15ten. D. h., dass es keinen Unterschied macht, wann im laufenden Monat die Apotheke ein Arzneimittel vom pGH erwirbt. Dies ist bei der Bestellung bei einem Hersteller i. d. R. anders, denn wenn z. B. ein Hochpreiser durch die Apotheke am Ersten des laufenden Monats bestellt wird, wird regelmäßig per Lastschrift der Kaufpreis z. B. am 10ten fällig. Obwohl die Apotheke vormals hierfür regelmäßig ein Skonto erhielt, muss sie möglicherweise zukünftig einen Kontokorrentkredit aufnehmen, insbesondere, z. B. wenn mehrere Hochpreiser in einem Monat vorkommen. Wenn die Liquidität nicht vorhanden ist, dann können Kunden trotz Kontrahierungsgebot zur Konkurrenz geschickt bzw. der Lagerbestand an Hochpreisern gegen Null geführt werden. Diese Vermeidungsstrategie kann auch die Arzneimittelversorgung gefährden. Sofern das ApoRG in Kraft treten sollte, wird dieses Gesetz die wirtschaftliche Situation der Apotheken, durch die Senkung der variablen Vergütung von 3,0 % auf 2,0 %, zusätzlich negativ beeinflussen (Kap. 3.6.1.1.2; Tab. 30).

#### **3.4.2.2.3 Rezepturen**

Bevor eine Rezeptur hergestellt werden kann, sind eine Reihe von Vorarbeiten zu erledigen bzw. müssen Dokumentationen erstellt werden:

- Ein Prüfprotokoll zur Überprüfung der Identität der Wirk- und Grundstoffe. Diese Identitätsprüfung kann durch Dünnschichtchromatographie (DC), Titration oder

---

<sup>298</sup> Vgl. DAZ (09.04.2015): „Hochpreiser“ - Versorgung gefährdet, in DAZ 2015, Nr. 15, S. 3.

Mikroskop erfolgen oder z. B. technisch-digital mit dem Apo-Ident-Verfahren der Firma Hiperscan<sup>299</sup>, Apotec ® NIR-System der Firma WEPA<sup>300</sup> o. a. durchgeführt werden.

- Vor der erstmaligen Herstellung einer Rezeptur in einer Apotheke ist zuvor die Herstellungsplausibilität zu überprüfen und eine Herstellungsanweisung anzufertigen.
- Jede ausgeführte Rezeptur ist zu protokollieren, wobei jeder Schritt aus der Herstellungsanweisung und die Chargen der verwendeten Wirkstoffe und Grundlagen dokumentiert werden müssen.
- Der Eingang der Verpackungsmaterialien (Kruken, Gläser etc.) ist zu protokollieren und grundsätzlich sind diese nach der Verwendung von der Apotheke zu entsorgen.

Allein diese Vorarbeiten werfen Zeitkosten auf und wenn dann bei der eigentlichen Rezepturherstellung Sterilität herrschen muss (z. B. bei der Augentropfen-Herstellung), Wärme verwendet wird (z. B. bei Zäpfchen) oder Kapseln hergestellt werden müssen, reicht eine Arbeitsstunde selten aus. Abschließend ist ein Etikett zu erstellen, die Rezeptur im Kühlschrank zu lagern, die Herstellungstools zu reinigen und das Labor aufzuräumen.

Die Tab. 21 (siehe Anhang) führt den Bruttotariflohn für PTA und Apotheker auf. Im Sinne einer Vollkostenrechnung kann belegt werden, dass die Lohnkosten pro Arbeitsstunde die pauschale Rezepturvergütung von 16,35 Euro netto bereits im ersten Berufsjahr für beide Berufsgruppen überschreiten (siehe Anhang, Tab. 16). Laut der ABDA werden jährlich ca. 11 Mio. Rezepturen hergestellt, entsprechend täglich durchschnittlich eine bis zwei Rezeptur/en pro Apotheke und beinhaltet eine weitere nichtkostendeckende und dennoch erbrachte Wohlfahrtsleistung des Apothekenwesens.<sup>301</sup>

#### **3.4.2.2.4 Apothekenabschlag**

Wie in Kap. 3.4.2.1.1 bereits ausgeführt, gewährt die § 3 AMPreisV<sup>302</sup> seit 2004 in Form des sog. Kombimodell den Apotheken pro Rx-FAM:

- einen variablen, preiselastischen Honoraranteil von 3 % auf den AEP
- ein mengenabhängiges Fixhonorar von 8,35 Euro
- ein Notdienstzuschlag von 0,21 Euro und
- 0,20 Euro für pharmazeutische Dienstleistungen

---

<sup>299</sup> Vgl. Apo-Ident: *Ausgangsstoffprüfung*.

<sup>300</sup> Vgl. WEPA: *Apotec ® NIR-System*.

<sup>301</sup> Vgl. ABDA: *Die Apotheke, Zahlen - Daten - Fakten, 2024*, S. 70.

<sup>302</sup> Vgl. BMJ: *Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV)*.

Von dieser Vergütung müssen Apotheken laut § 130 SGB V seit 2004 den GKV und PKV einen Apothekenabschlag pro Rx-FAM-Packung einräumen, wenn diese innerhalb von zehn Tagen nach Rechnungseingang die Auslagen der Apotheken bezahlen. Der Apothekenabschlag wurde anfänglich auf 2,00 Euro festgelegt. Die politischen Erwägungen bzgl. der Begründung für den Apothekenabschlag stellt Bauer (2008: 346)<sup>303</sup> dar, denn die Krankenkassen wären „Großkunden“ der Apotheken und es würde den geschäftlichen Usancen entsprechen, diesen einen Rabatt zu gewähren. Die Zahlen bestätigen die „Großkunden“, denn 2023 wurden für 56,84 Mrd. Euro verordnete Arzneimittel in Apotheken eingelöst. Davon waren 55,69 Mrd. Euro Rx-FAM (905 Mio. Packungen) und 1,15 Mrd. Euro Non-Rx-FAM (107 Mio. Packungen).<sup>304</sup> Im § 130 SGB V wurde 2004 auch formuliert, dass der Apothekenabschlag leistungsgerecht auf Basis von tatsächlichen repräsentativen Betriebsergebnissen anzupassen wäre, gleichbedeutend, dass bei einer Apothekenabschlaganpassung eine Wirtschaftlichkeitsprüfung vorgesehen war. Dies Wirtschaftlichkeitsprüfungspflicht wurde 2015 im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) durch die Festschreibung des Apothekenabschlages auf 1,77 Euro ersatzlos gestrichen, indem u. a. mit überschneidenden Anpassungsparametern zwischen § 130 SGB V und dem § 78 AMG argumentiert wurde [2HM 2017: 17] Das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG) erhöhte dennoch (geltend ab 01.02.2023) den Apothekenabschlag auf 2,00 Euro und führte zuvor gegebene politische Zusagen ad absurdum.

Die Abb. 33 zeigt für die Zeitperiode 2004 bis voraussichtlich 01/2025 den Zusammenhang von Fixhonorar (Fixum) und Apothekenabschlag, wobei hier zur Verdeutlichung zwischen angebliches, tatsächliches (Fix-)Honorar und den Apothekenabschlag differenziert wird. Durch den Apothekenabschlag erfahren die Apotheken seit 2004 eine Vergütungsminderung zwischen 21,2 % (2015 bis 01/2023: 1,77 Euro; voraussichtlich wieder ab 02/2025) bis 28,4 % (2008: 2,30 Euro). Der derzeitige Apothekenabschlag von 2,00 Euro (2024) mindert die Vergütung um 23,95 % (Kap. 3.4.2.2.1). Hierzu schreibt die 2HM-Studie [2017: 7]: *„Der prozentuale Zuschlag für Rx-FAM, der für den kaufmännischen Aufwand für Rx Fertigarzneimittel zu erheben ist, ist im Ergebnis deutlich zu erhöhen und ebenfalls auf Rezepturen, Stoffe und parenterale Lösungen zu erheben.“*

---

<sup>303</sup> Vgl. Bauer, E. (2008): *Apotheken*.

<sup>304</sup> Vgl. ABDA: *Die Apotheke, Zahlen - Daten - Fakten, 2024*, S. 29-30.

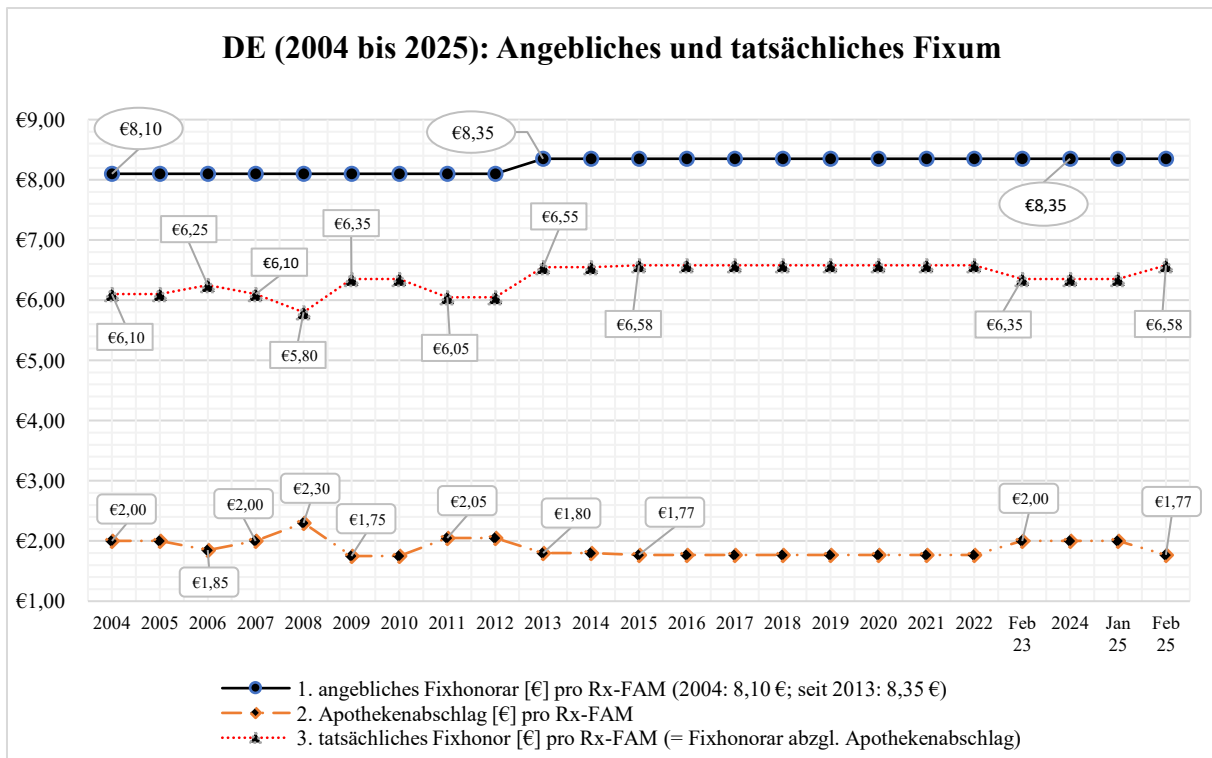


Abb. 33: DE (2004 bis 2025): Angebliches und tatsächliches Fixum. Eigene Berechnungen und Darstellung. Quelle: ABDA.<sup>305</sup>

### 3.4.2.2.5 Rabattverträge

Der Gesetzgeber griff 2007 mit dem GKV-WSG wieder einmal in den „freien“ Arzneimittelmarkt ein, indem es den Krankenkassen erlaubt wurde, mit den Arzneimittelherstellern direkt Arzneimittellieferverträge abzuschließen. Gleichzeitig wurde den Apotheken die Ausübung dieses fundamentalen kaufmännischen Rechts untersagt (Kap. 3.4.1.1). Die Absicht des Gesetzgebers war, den Krankenkassen die Möglichkeit zu geben, ihre stetig steigenden Arzneimittelausgaben einzudämmen. Dies hatte u. a. den positiven Effekt, dass die Krankenkassen nachfolgend ihren Mitgliedern die Zuzahlung<sup>306</sup> für rabattierte Rx-FAM ermäßigen bzw. erlassen konnte, etwas was 2023 immerhin 23 % der abgegebenen Rx-FAM betraf. Es ist zu vermerken, dass der Anteil der zulassungsbefreiten GKV-Mitglieder von 9,9 % (2005) um 2,7 % auf 6,9 % (2022) fiel.<sup>307</sup>

Die Abb. 34 zeigt, dass auf Grund der gesetzlich ermöglichten Rabattverträge, die Einsparungen der GKV im Zeitraum von 2015 bis 2023 um 2,2 Mrd. Euro von 3,6 Mrd. Euro auf 5,8 Mrd. Euro stiegen, entsprechend einem Zuwachs von 61,1 %. Des Weiteren hat sich im

<sup>305</sup> Vgl. ABDA (Faktenblatt Apr. 2024): *Apothekenhonorierung*; i. V. m. ABDA: *Die Apotheke, Zahlen - Daten - Fakten*, 2024, S. 19, 35, 36.

<sup>306</sup> Vgl. BMG: *Wie Arzneimittelpreise entstehen und wie man sie senken kann*.

<sup>307</sup> Vgl. ABDA: *Die Apotheke, Zahlen - Daten - Fakten*, 2024, S. 44.

Betrachtungszeitraum die Anzahl der Rabattverträge zudem von ca. 21.100 auf ca. 40.000 Verträge erhöht, entsprechend um ca. 18.900 Verträge bzw. 89,6 %.<sup>308</sup>

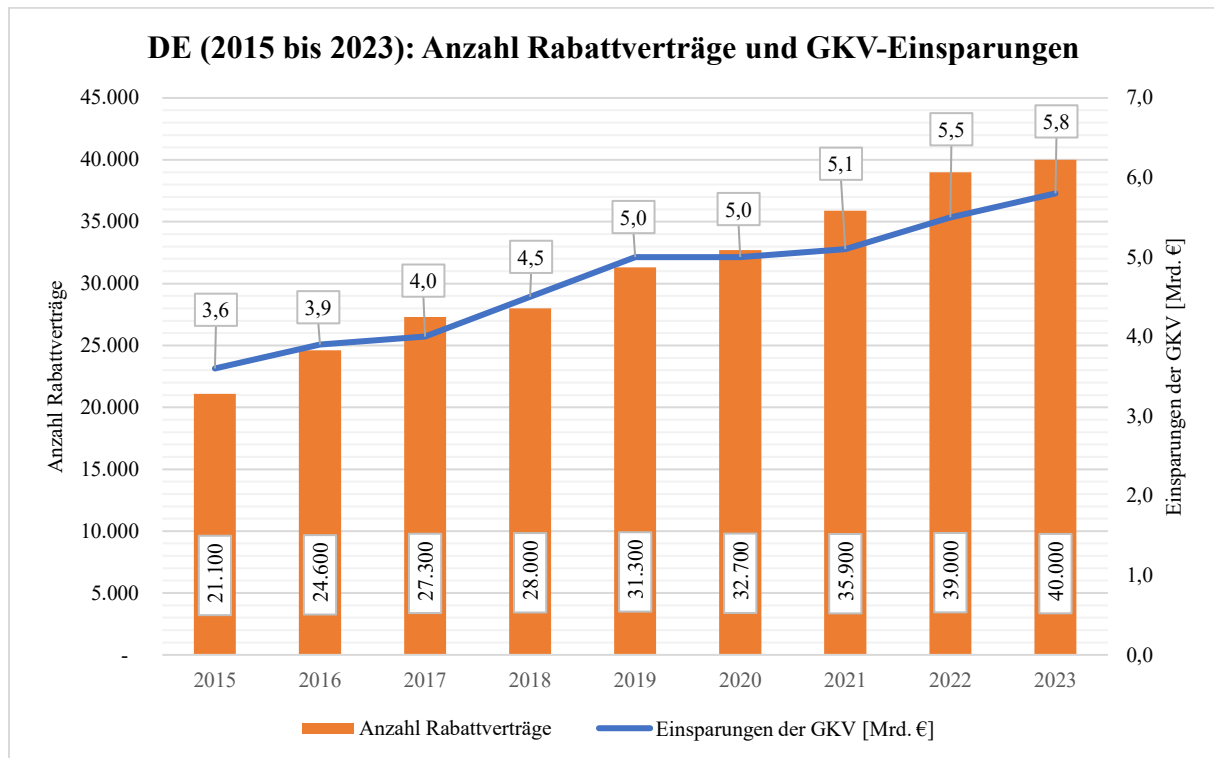


Abb. 34: DE (2015 bis 2023): Anzahl Rabattverträge und GKV-Einsparungen. Eigene Darstellung. Quelle: ABDA.<sup>309</sup>

Die Einhaltung der Lieferverträge verursacht in den Apotheken einen stetig steigenden Bedarf an personellem Aufwand, Lagerhaltungskosten und damit ein höheres Verfallrisiko und Kosten für das Warenwirtschaftsprogramm bzw. für EDV. Laut ApBetrO § 15, Vorratshaltung<sup>310</sup> hat eine Apotheke dafür zu sorgen, dass Arzneimittel und sonstiger Bedarf von mindestens einer Woche vorrätig gehalten werden. Dies hat zur Folge, dass viele Arzneimittel mit demselben Wirkstoff- und -menge (z. B. 12,5 mg, 25 mg, 50 mg und 100 mg), Darreichungsform (Tabletten, Kapseln, Retardtabletten) und Anzahl (10, 20, 50, 100 Stück) mehrfach von diversen Herstellern vorgehalten werden müssen. Dabei können Lieferverträge unterschiedliche Laufzeiten (3 Monaten, 6 Monate u. s. w.) haben und wenn ein Vertrag abgelaufen ist, dann ist die Ware, wenn überhaupt möglich, z. B. an den pGH nur noch mit Warenwertverlust zu retournieren. Auf Grund des Facharbeitermangels kann ein Arzneimittelkommissionierer Abhilfe schaffen. Je nach Modell und Verhandlungsgeschick belaufen sich die Anschaffungskosten auf über 120.000 Euro plus Kapitaldienst und Wartung, d. h. zusätzliche jährlich ca. 7 % (zzgl. Preiserhöhungen) von den Anschaffungskosten. Dies erhöht wiederum

<sup>308</sup> Vgl. ABDA: *Die Apotheke, Zahlen - Daten - Fakten*, 2024, S. 41.

<sup>309</sup> Vgl. ABDA: *Die Apotheke, Zahlen - Daten - Fakten*, 2024, S. 41.

<sup>310</sup> Vgl. BMJ: *Verordnung über den Betrieb von Apotheken*, § 15 Vorratshaltung.

den EDV-Kostenposten,<sup>311</sup> für den es keine Kompensation gibt und somit als Marktteilnahmekosten zu betrachten sind. Dass wiederum die Pharma-EDV-Branche allein von dem gesetzlich bedingten Mehraufwand partizipiert, zeigt der erwirtschaftete Gewinn einer der großen Marktakteure Pharmatechnik in Starnberg. Der Gewinn stieg von 2014 von 1,66 Mio. Euro um 22,44 Mio. Euro auf 24,1 Mio. Euro in 2023 bzw. um 1.352 %.<sup>312</sup>

---

#### **Exkurs: Pharmagroßhandel**

Die fünf größten Pharmahändler in Deutschland hatten 2014 vom Gesamtumsatz von 25,3 Mrd. Euro einen Marktanteil von ca. 90 %: 1. Phoenix (Marktanteil in Deutschland von 25 bis 28 %; weltweiter Jahresumsatz von 21,2 Mrd. Euro und 29.000 Beschäftigte); 2. Noweda (Marktanteil in Deutschland 12 bis 17 %; Jahresumsatz 4,3 Mrd. Euro und 1.900 Beschäftigte); 3. Celesio (Marktanteil in Deutschland von ca. 16 %; weltweiter Jahresumsatz 22 Mrd. Euro und 38.000 Beschäftigte); 4. Alliance Healthcare Deutschland (Jahresumsatz ca. 4 Mrd. Euro und 2.700 Beschäftigte); 5. Sanacorp (Jahresumsatz ca. 3,7 Mrd. Euro und ca. 3.000 Beschäftigte).<sup>313</sup>

In 2020 gab es laut der Listflix-Datenbank<sup>314</sup> in Deutschland 1.446 Pharmagroßhandlungen mit einem Umsatz von ca. 102 Mrd. Euro und 73.273 Beschäftigten. Die meisten dieser pGH sind Kleinstunternehmungen, wie Apotheken mit einer Großhandelsberechtigung und weitere regionale pGH. Die großen Player in dieser Branche haben sich in der PHAGRO<sup>315</sup> organisiert, wobei dieser Verband von vollversorgenden pharmazeutischen Großhändlern nur neun Mitglieder hat. Nach eigener Bekundung haben die PHAGRO-Mitglieder in 2022 von den 791 Mio. Arzneimittelpackungen 745,36 Mio. Packungen bzw. 94,2 % ausgeliefert.<sup>316</sup>

2015 übernahm McKesson Europe die Celesio und firmierte als 100 % - Tochter unter dem Namen McKesson Europe (Gehe). 2019 ging die McKesson mit der Walgreens Boots Alliance eine Zusammenarbeit ein und firmierte zukünftig unter dem Namen Alliance Health. Die Gründe hierfür legte die DAZ dar: 1. Bestandsmanagement, 2. Lieferpraktiken, 3. Regularien und 4. die hohe Anzahl der Niederlassungen (111 (2019)).<sup>317</sup> Dass auch der pharmazeutische Großhandel Rohertragsverluste hinzunehmen hatte, wird im Kap.3.4.2.2.6 thematisiert, d. h.,

---

<sup>311</sup> Hinweis: Der Autor zahlte 2018 pro Monat 1.200 Euro Miete für das verwendete Apothekenwarenwirtschaftsprogramm inkl. Hardware. Ab 2024 waren es bereits ca. 2.000 Euro/Monat.

<sup>312</sup> Hinweis: Die Gewinnsteigerung hat selbstsagend mehrere Ursachen. Vgl. North Data: *Pharmatechnik GmbH & Co. KG, Starnberg*.

<sup>313</sup> Vgl. WirtschaftsWoche (03.01.2014): *Die größten Pharmahändler*.

<sup>314</sup> Vgl. Listflix (2024): *Pharmagroßhändler*.

<sup>315</sup> Vgl. PHAGRO: *Der vollversorgende Pharmazeutische Großhandel*.

<sup>316</sup> Vgl. PHAGRO: *Absatz des Großhandels mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln - Vom Großhandel an Apotheken gelieferte Packungen*.

<sup>317</sup> Vgl. DAZ.online (12.12.2019): *Alliance Healthcare und Gehe vereinbaren Zusammenarbeit*.

dass durch den ständigen Kostendruck, der hohe Bürokratie, Rohgewinnverluste u. w., auch in dieser Branche versucht wurde, Kosten zu minimieren indem z. B. durch Zusammenschlüsse auf Synergieeffekte hingearbeitet wird.

Dass es dabei auch immer wieder zu Hinterzimmer-Absprachen kommt, berichtet der Spiegel-Wirtschaft 2006.<sup>318</sup> So verhängte das Bundeskartellamt 2,6 Mio. Euro Bußgeld an pharmazeutische Großhändler und deren Manager: Celesio-Tochter GEHE, ANZAG (2024: Tochter von Alliance Healthcare) und Phoenix. Das Bundeskartellamt verweist in seiner Meldung darauf, dass bereits 1990/1991 bei ähnlichen Absprachen Geldbußen an diverse pGH verhängt wurden.<sup>319</sup> Zudem berichtete 2016 das Handelsblatt<sup>320</sup> über Ermittlungen des Bundeskartellamtes wegen des Verdachts auf wettbewerbswidrige Absprachen bei mehreren pGH.

Das Handelsblatt führte in seiner Meldung die Marktanteile am Pharmamarkt auf (2016): 1. Phoenix (ca. 27 % Marktanteil), 2. Noweda (17 - 18 %), 3. und 4. Gehe (zu Celesio und diese wiederum zu McKesson gehörend) und Sanacorp (jeweils 17 bis 18 %), 5. Alliance Healthcare (früher ANZAG: ca. 14 %). Die Alliance Healthcare übernahm 2019 die GEHE und damit gilt für 2024 folgende Rangordnung: 1. Phoenix (Marktanteil: ca. 28 %), 2. Alliance Healthcare (26 bis 27 %), 3. Noweda (ca. 22%) und 4. Sanacorp (ca. 16 %<sup>321</sup>); zusammen über 90 % des Arzneimittelumsatzes in Deutschland.

Phoenix erwarb 2023 in Irland eine weitere Apothekenkette<sup>322</sup> und ist laut eigenen Angaben in 17 europäischen Ländern mit 3.200 eigenen Apotheken aktiv.<sup>323</sup> Alliance Healthcare Deutschland ist Teil des international agierenden Walgreens Boots Alliance Konzerns, der weltweit 13.000 Standorte besitzt und 325.000 Mitarbeiter beschäftigt.<sup>324</sup>

---

#### 3.4.2.2.6 Pharmazeutischer Großhandel

Der vorhergehende Exkurs wurde erstellt, um u. a. zu zeigen, dass die Einzelapotheke über keine bzw. nur geringe Marktmacht bei den Kaufverhandlungen mit einem pharmazeutischen Großhandel (pGH) hat. Auf Grund ihrer oligopolistischen Marktstellung können pharmazeutische Großhändler zudem ihre Verluste teilweise dadurch kompensieren, indem

---

<sup>318</sup> Vgl. Spiegel Wirtschaft (01.09.2006): *Marktabsprachen - Kartellamt brummt Pharmahändlern Millionenstrafe auf.*

<sup>319</sup> Vgl. BKartA (01.09.2006): *Bundeskartellamt verhängt Bußgelder gegen Pharmagroßhändler.*

<sup>320</sup> Vgl. Handelsblatt (15.09.2016): *Verdacht auf illegale Absprachen - Kartellamt durchsucht Pharmagroßhändler.*

<sup>321</sup> Hinweis: Die Daten stammen von der Geschäftsleitung der Niederlassung des belieferten Pharmagroßhändlers der Apotheke des Autors.

<sup>322</sup> Vgl. apotheke adhoc (20.12.2023): *Phoenix steigert Umsatz, kauft Apothekenkette.*

<sup>323</sup> Vgl. Phoenix Group: *Unsere Marken und Dienstleistungen.*

<sup>324</sup> Vgl. Alliance Healthcare: *Karriere bei Alliance Healthcare.*

diese an Apotheken weitergereicht werden. Und der einzelne Apothekenleiter kann entweder die Bedingungen akzeptieren oder zu einem anderen pGH wechseln. Beispiele hierfür sind:

**Packungsschnitt (Umsatz / Anzahl Packungen):** Je günstiger ein Arzneimittel im Einkauf ist, desto größer ist die Gewinnmarge. Dies gilt sowohl für den pGH wie auch für die Apotheke (siehe Anhang, Tab. 20). Das ist auch der Grund dafür, dass Apotheken vom pGH angehalten werden, einen einseitig festgelegten Packungsdurchschnitt von z. B. 25 Euro<sup>325</sup> einzuhalten, d. h. nicht zu überschreiten. Kann dieser von der Apotheke, z. B. auf Grund vom notwendigen Einkauf hochpreisiger Arzneimittel, nicht eingehalten werden, wird die Überschreitung vom pGH monetär sanktioniert. Alternativ könnte in diesem Beispiel der Hochpreiser direkt beim pharmazeutischen Hersteller bestellt werden, vorausgesetzt die Liquidität ist vorhanden (Kap. 3.4.2.2.2).

**Kontingentierung:** Auf Grund der allgemein eingeschränkten Arzneimittelbelieferungssituation bekommt der pGH nicht genügend Ware von den Herstellern zur Verteilung an seine Kunden, weshalb Apotheken weniger Packungen als geordert von einem bestimmten Präparat erhalten. Laut BfArM beträgt die Liste der versorgungskritischen Wirkstoffe 279 Positionen von 531, entsprechend 52,5 % (Stand: 21.11.2024).<sup>326,327</sup> Es ist nicht nur die Aufgabe der Apotheken, diese Situation ihren Kunden zu erklären, zudem erleiden sie einen wirtschaftlichen Verlust, denn die pGH haben Kontingentartikel von der üblichen vertraglich festgelegten Rabattierung ausgeschlossen.

**Rabattierungsausschlüsse:** Grundsätzlich werden Kühlwaren wie Insuline, saisonale Präparate (Impfstoffe, Zeckenmittel, Sonnenschutzmittel) und Betäubungsmittel (BTM) nicht rabattiert.

**Transportkosten:** Ab 01.07.2022 verlangten pGH von den Apotheken eine monatliche Transportkostenpauschale von z. B. 250,00 Euro. Zudem hatten sich die Transportkosten pro Tour von 1,20 Euro (2014) auf 2,75 Euro (2023) erhöht. Aufgrund des Skontourteils (Kap. 3.4.2.1.6) wurde ab 06/2024 auf die Transportkostenpauschale durch den pGH verzichtet.

#### **3.4.2.2.7 Retaxationen**

Ist eine Verordnung von einer Apotheke beliefert worden und die Krankenkasse kürzt teilweise bzw. ganz die Erstattung, wird von einer Retaxation bzw. Nulltaxation gesprochen. Die rechtliche Grundlage hierfür bildet das § 12 SGB V. Die Verantwortung für die Abgabe auf

---

<sup>325</sup> Hinweis: Der Packungsschnitt der Apotheke des Autors waren: 21,50 Euro (2010); 32,00 Euro (ab 06/2022). Die Anpassung des Packungsschnitts ist mit den allg. gestiegenen Gesamtpharmaumsatz im Zeitverlauf zusehen.

<sup>326</sup> Vgl. Augsburger Allgemeine (31.01.2024): *Lieferengpässe bei Medikamenten erreichten 2023 einen neuen Höchstwert.*

<sup>327</sup> Vgl. PharmNet.Bund: *Veröffentlichte Lieferengpassmeldungen.*

Grundlage einer Verordnung liegt ganz bei der Apotheke, d. h. es spielt keine Rolle, wer einen Fehler, der zur Retaxation führt, begangen hat, denn die Apotheke ist als Abgebende verpflichtet, z. B. die Verordnung auf Formfehler zu prüfen und somit diese zu vermeiden. Entscheidend für die Abgabe ist wiederum der § 2 der Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV)<sup>328</sup> und dies i. V. m. dem Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung nach § 129 Abs. 2 SGB V.<sup>329</sup>

Die Krankenkassen haben das Recht, bis zu 12 Monate nach dem Abgabemonat mit der Retaxation zu warten (§ 13 Arzneiversorgungsvertrag der Ersatzkassen mit dem DAV).<sup>330</sup> Abgesehen davon, dass ein Vorgang nach Monaten in der Apotheke ideell nicht mehr präsent ist, kann der Kunde verstorben sein, der Arzt nicht mehr praktizieren u. s. w. Wirtschaftlich kritisch wird es insbesondere, wenn es sich bei der Retaxation um eine Nulltaxation handelt, d. h., dass die Krankenkasse überhaupt keine Erstattung leisten will. Wenn die Retaxation einen Hochpreiser betrifft, kann der Vorgang leicht zu einer Existenzbedrohung ausarten. Unangenehm ist eine Retaxation für Apotheken allemal und es wird auch Apotheken dadurch nicht leichter gemacht, dass Krankenkassen sich mittels Fremdfirmen (Factoring Unternehmen) bedienen, die umso mehr Gewinn machen, je höher die Forderung der Apotheke gekürzt wird. Da der Gesetzgeber auf den Einsatz eines Schiedsgerichts verzichtet hat, bleibt der Apotheke bei einer Zahlungsweigerung letztendlich nichts anderes übrig, als den Rechtsweg zu beschreiten.

Der Gesetzgeber hat lange gewartet, dieses gravierende Problem anzugehen, dennoch mit dem Inkrafttreten des Arzneimittel-Lieferungsbekämpfungsgesetzes (ALBVVG 2023) konnte diese unhaltbare Situation teilweise entschärft werden. Das Deutsche Apotheken Portal<sup>331</sup> führt in einer Übersicht Gründe auf, die die Krankenkassen nicht mehr zur Erstattungsverweigerung verwenden dürfen. Um zu zeigen, welche Gründe für die Nichterstattung verwendet wurden, folgend eine kurze Auswahl:

- Fehlende Dosierangabe
- Ausstellungsdatum fehlt oder nicht leserlich
- Die Überschreitung der Belieferungsfrist von mehr als drei Tagen

---

<sup>328</sup> Vgl. BMJ (21.12.2005): *Verordnung über die Verschreibungspflicht von Arzneimitteln (Arzneimittelverschreibungsverordnung - AMVV)*.

<sup>329</sup> Vgl. ABDA: *Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung nach § 129 Absatz 2 SGB V*. Stand: 01.10.2021.

<sup>330</sup> Vgl. VdEK: *Arzneiversorgungsvertrag (01.05.2024) zwischen den nachfolgenden Ersatzkassen „...“ und dem Deutschen Apothekerverband e.V., Berlin*.

<sup>331</sup> Vgl. DAP (Aug 2023): *Übersicht über aktuelle Retaxverbote*.

## - Vorfristige Arzneimittelabgabe

Zudem ist festzuhalten, dass eine Retaxation unzulässig ist, wenn weder die Arzneimittelsicherheit noch die Wirtschaftlichkeit beeinträchtigt sein sollten [DAP: 1]. Durch die längst überfällige flächendeckende Einführung des e-Rezeptes war zu hoffen, dass sich die größtenteils in Arztpraxen verursachten Ausstellungsfehler erheblich reduzieren würden.

## 3.4.2.2.8 Konkurrenz auf dem Non-Rx-FAM-Markt

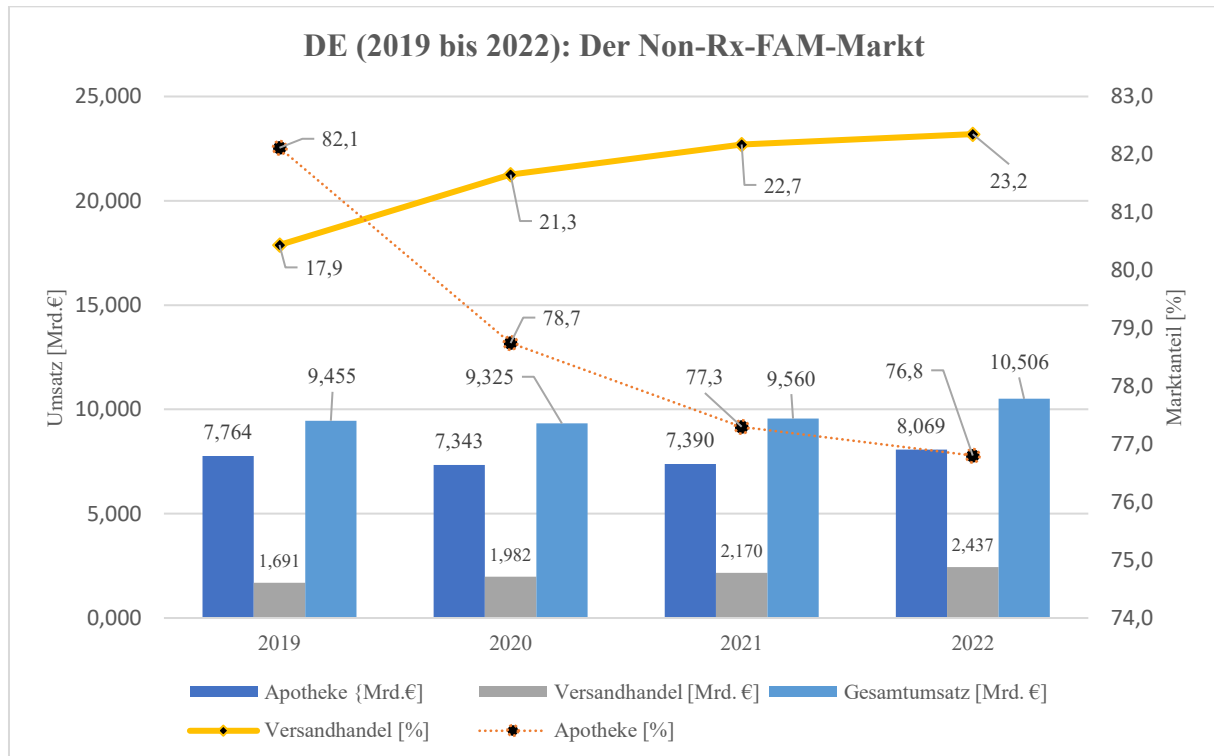


Abb. 35: DE (2019 bis 2022): Der Non-Rx-FAM-Markt. Eigene Darstellung. DAZ.<sup>332</sup>

Der Gesetzgeber ermöglichte ab 2004 den Versandhandel mit Rx- und Non-Rx-FAM für weitere Akteure, unabhängig davon, ob die Akteure ihre Aktivitäten vom In- oder Ausland aus betrieben (Kap 3.3.5). Die Abb. 35 zeigt die monetären und prozentualen Veränderungen des deutschen Non-Rx-FAM-Marktes für die Jahre 2019 bis 2022.

Trotz des Rückgangs in der Corona-Pandemie erhöhte sich der Gesamtumsatz des Non-Rx-FAM-Marktes von 9,455 Mrd. Euro um 1,051 Mrd. Euro auf 10,506 Mrd. Euro bzw. 11,1 %. Von der Umsatzsteigerung profitierten die Vor-Ort-Apotheken zu 29,02 %, die Versender-Konkurrenz mit 70,98 % deutlich höher. Die Vor-Ort-Apotheken legten von 7,76 Mrd. Euro um 0,31 Mrd. Euro auf 8,07 Mrd. Euro bzw. 3,9 % zu, deren Anteil am Gesamtmarkt fiel aber um 5,3 %, entsprechend von 82,1 % auf 76,8 %. Der Umsatz des Versandhandels (die Daten

<sup>332</sup> Vgl. DAZ (31.03.2023): *Selbstmedikationsmarkt wieder auf Vor-Corona-Niveau.*

unterscheiden nicht zw. in- und ausländische Versender) nahm von 1,69 Mrd. Euro um 0,75 Mrd auf 2,37 Mrd. Euro bzw. um 44,1 % zu und damit konnte der Versandhandel seinen Anteil am Gesamtmarkt von 17,9 % um 5,31 % auf 23,2 % steigern. Apotheken dürfen die Preise von Non-Rx-FAM frei kalkulieren (Kap. 3.2.4), wobei dieser Markt für Apotheken durchschnittlich nur ca. 8 % von ihrem Gesamtumsatz ausmacht<sup>333</sup>. Bedingt durch die Öffnung des Arzneimittelmarktes für weitere Akteure in 2004, entstehen den Apotheken Umsatz- und somit Rohgewinnverluste, die im Detail in der Tab. 22 (siehe Anhang) aufgeführt sind. Dabei kann gezeigt werden, dass im Betrachtungszeitraum die Umsatzverluste stetig stiegen und bezogen auf die einzelne Apotheke, der durchschnittliche jährliche Umsatzverlust von 88.650 Euro (2019) um 46.229 Euro auf 134.879 Euro bzw. 52,1 % zugenommen hat. Dies entspricht einem durchschnittlichen Umsatzverlustzuwachs pro Apotheke und Jahr von ca. 11.557 Euro.

#### 3.4.2.3 Zwischenfazit

Von 2005 bis 2023 stiegen die Gesamtausgaben der GKV von 143,8 Mrd. Euro um 162,43 Mrd. Euro auf 306,24 Mrd. bzw. um 112,9 %. Dabei nahm der Ausgabenanteil für Arzneimittel in 2005 von 15,9 % bis 2023 um 1,6 % auf 14,3 % ab.<sup>334</sup> Der Wertschöpfungsanteil der Apotheken nach AMPreisV, d. h. die Kosten für Apothekenleistungen, fiel von 2,8 % in 2005 bis 2023 auf 1,9 % um 0,9 % ab und somit um 32,1 %.

Die Tab. 23 (siehe Anhang) zeigt die Ausgaben der GKV für Arzneimittel von 2014 bis 2023 und zudem auf welche Akteure die Zahlungsmittel entfielen (in Euro und prozentual). Die AM-Gesamtausgaben stiegen im Betrachtungszeitraum von 30,49 Mrd. Euro um 13,34 Mrd. Euro auf 43,83 Mrd. Euro bzw. 43,8 %. Alle Akteure partizipierten vom Zuwachs, wenngleich in unterschiedlicher Höhe.

Die Pharmaindustrie steigerte ihren Umsatz um 9,97 Mrd. Euro auf 29,82 Mrd. Euro bzw. 50,2 %. Auch der Staat gehörte zu den Gewinnern, denn die Umsatzsteuereinnahmen stiegen von 4,87 Mrd. Euro um 2,13 Mrd. Euro auf 7,0 Mrd. Euro bzw. 43,7 %. Der pharmazeutische Großhandel und die Apotheken haben monetär ihren Anteil im Betrachtungszeitraum um 0,26 Mrd. Euro (bzw. 25,7 %) bzw. 0,98 Mrd. Euro (bzw. 20,6 %) Euro steigern können, dennoch nahm der jeweilige prozentuale Anteil am Arzneimittelgesamtumsatz um 12,1 % bzw. 16,0 % ab. Im Ergebnis bedeutet dies, dass die Industrie ihren Anteil an den GKV-Ausgaben um 2,9 %,

---

<sup>333</sup> Hinweis: 2023 betrug der Apothekenumsatzanteil für Non-Rx-FAM 5,0 Mrd. Euro bzw. 7,5 %, freiverkäufliche Arzneimittel machten 0,25 Mrd. Euro bzw. 0,4 % und 5,41 Mrd. bzw. 8,2 % wurden mit dem apothekenüblichen Ergänzungssortiment umgesetzt. Vgl. ABDA: *Die Apotheke, Zahlen - Daten - Fakten*, 2024, S. 28.

<sup>334</sup> Vgl. ABDA: *Die Apotheke, Zahlen - Daten - Fakten*, 2024, S. 32.

auf Kosten des pGH (- 0,4 %) und Apotheke (-2,5 %) steigern konnte, denn der prozentuale Marktanteil des Staates änderte sich nicht.

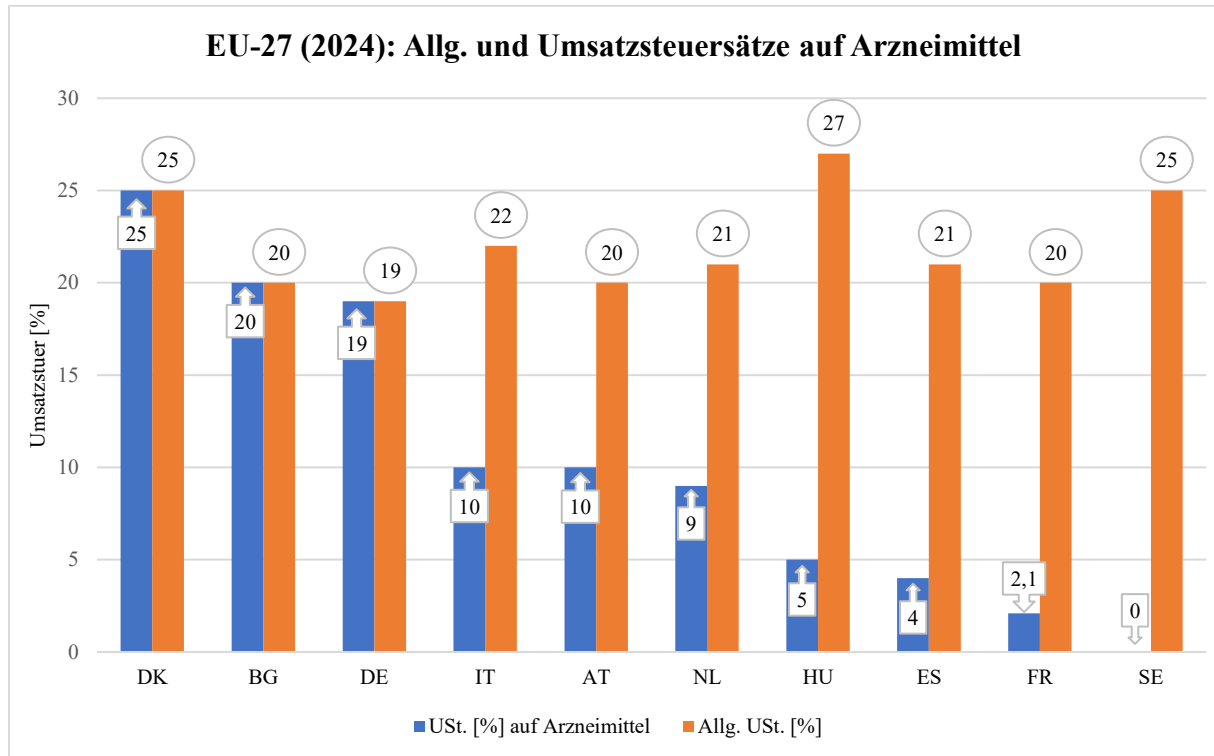


Abb. 36: EU-27 (2024): Allgemeine und Umsatzsteuersätze auf Arzneimittel. Eigene Darstellung. Quelle: Statista<sup>335</sup>; VdEK.<sup>336,337</sup>

Die Abb. 36 führt die Procente für die der allgemeinen Umsatzsteuersätze und die der Steuersätze für Arzneimittel in zehn der 27 EU-Mitgliedsländer für die Jahre 2023 bzw. 2024 auf. Es wird dargestellt, dass es offensichtlich unterschiedliche Sichtweisen gibt, inwiefern Arzneimittel überhaupt besteuert werden und wenn ja, zu welchem Steuersatz.

Die Krankenkassen erhalten von den Pharmaunternehmen normalerweise 7% Rabatt, dennoch bedingt durch das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz<sup>338</sup> wurde der § 130 SGB geändert und somit waren für das Jahr 2023 insgesamt 12 %<sup>339</sup> zu entrichten. Zusammen mit dem Apothekenabschlag (laut § 130 SGB, von 02/2023 bis 01/2025; Kap. 3.4.2.2.4) betrug 2010 das Rabattvolumen 2,544 Mrd. Euro und stieg bis 2023 mit 2,33 Mrd. Euro bzw. 91,7 % auf 4,877 Mrd. Euro. Der von den Apotheken zu entrichtender Abschlag wuchs in diesem Zeitraum um 0,35 Mrd. Euro bzw. 36,0 % auf 1,33 Mrd. Euro und der Rabatt der Pharmaunternehmen stieg um 1,98 Mrd. Euro bzw. 126,4 % (Abb. 37). Dabei betrug der Beitragsanstieg der

<sup>335</sup> Vgl. Statista (13.06.2024): *Mehrwertsteuersatz auf Arzneimittel in den EU-27 Mitgliedsstaaten im Jahr 2023.*

<sup>336</sup> Vgl. VdEK (26.08.2024): *Mehrwertsteuersätze für Arzneimittel in Prozent, 2024, EU.*

<sup>337</sup> Hinweis: Frankreich: 2,1 % USt. auf erstattungsfähige Arzneimittel, 10,0 % USt. auf nicht erstattungsfähige Arzneimittel. Schweden: 0,0 % USt. auf Rx-FAM, 25 % USt. auf nicht erstattungsfähige Arzneimittel.

<sup>338</sup> Vgl. BMG (09.02.2024): *GKV-Finanzstabilisierungsgesetz.*

<sup>339</sup> Vgl. BMJ: *Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V), § 130 Abs. 1b.*

Pharmaunternehmen von 2022 auf 2023 allein 76,4 %. Dennoch wurden ihnen von 2014 bis 2022 erhebliche Ausgaben zum Nachteil der GKV durch den Gesetzgeber erlassen.

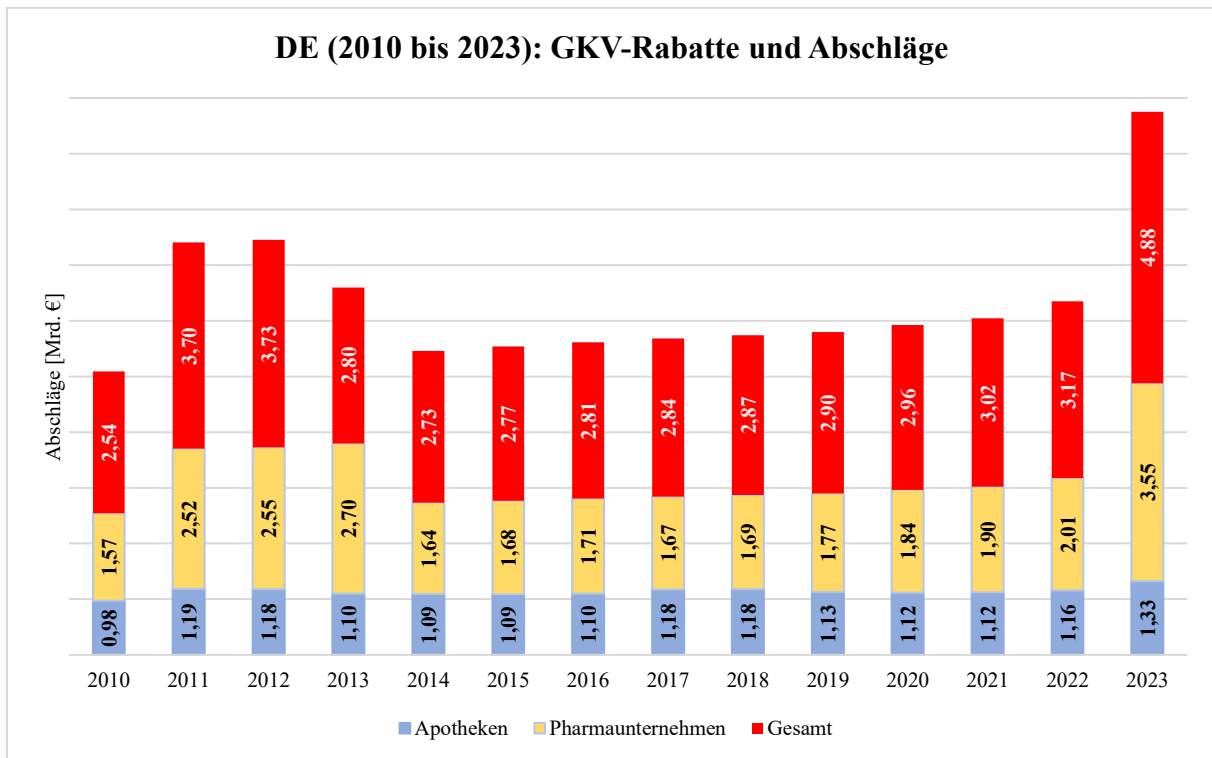


Abb. 37: DE (2010 bis 2023): GKV-Rabatte und Abschläge. Eigene Berechnungen und Darstellung. Quelle: VdEK<sup>340</sup>

Folgend werden die Rohertragsverluste der Apotheken nach Herkunft bestimmt und annähernd quantifiziert:

- Der 2004 eingeführte Apothekenabschlag belief sich im Mittel auf 1,248 Mrd. Euro pro Jahr und bis 2023 insgesamt auf ca. 24,97 Mrd. Euro (Kap. 3.4.2.2.4; siehe Anhang, Tab. 18).
- Für das mengenabhängige Fixhonorar (Fixum) wurde kein Inflationsausgleich noch eine Dynamisierung vereinbart. Daher betrug die Ersparnis der Krankenkassen für 2023 ca. 2,517 Mrd. Euro bzw. ca. 18,15 Mrd. Euro für den Zeitraum 2004 bis 2023 (Kap. 3.4.2.1.1; siehe Anhang, Tab. 18).
- Die Rabattverträge brachten den Krankenkassen in 2023 eine Ersparnis von 5,8 Mrd. Euro bzw. ca. 42,2 Mrd. Euro seit 2015 (Kap. 3.4.2.2.5).
- Der Rohertrag der Durchschnittsapotheke lag in 2015 bei 24,5 % und in 2023 bei 20,6 % vom Umsatz (Abb. 25; siehe Anhang, Tab. 13; Kap. 3.4.1.3). Für 2023 konnte gezeigt werden, dass 48,9 % des Umsatzes der Durchschnittsapotheke mit Präparaten, die einen AVP größer als 500,01 Euro (9,2 %) bzw. über 1.500,01 Euro

<sup>340</sup> Vgl. VdEK: *Gesetzliche Arzneimittelrabatte in Millionen EUR 2010-2023*.

hatten (39,7 %; siehe Anhang, Tab. 19; Kap. 3.4.2.2.2). Wird die Marge für z. B. 100.000 Euro Umsatz nur mit Hochpreisern (ein Präparat á 100.000 Euro bis 81 Präparate á 1.238,53 Euro) betrachtet, ergibt sich ein Rohertrag von 3.009,51 Euro bzw. 3,01 % bis 3.674,15 Euro bzw. 3,67 % (siehe Anhang, Tab. 20; Kap. 3.4.2.2.2). Niemand konnte bei den Verhandlungen für die nach 2003 geltende Apothekenvergütung voraussehen, dass der Umsatzanteil mit hochpreisigen Arzneimitteln knapp 20 Jahre später bei fast der Hälfte vom Gesamtumsatz der Durchschnittsapotheke liegen würde. Zumal das erst in 2011 in Kraft getretene AMNOG hierfür als Hauptverursacher zu benennen ist und bisher auch kein Korrektiv Berücksichtigung fand (Exkurs: Orphan-Arzneimittel und das AMNOG). Ein Apothekenbetrieb mit einem Rohertrag von 3 bis 4 % vor Steuern kann wirtschaftlich nicht überleben. Zudem kann es auch nicht ausgeschlossen, dass der Umsatzanteil an hochpreisigen Arzneimitteln noch weiter ansteigen wird.

- Das immer weiter eingeschränkte Privileg der alleinigen Arzneimittelversorgung (Kap. 3.2.2) wird immer wieder vom Gesetzgeber bzw. den Krankenkassen dazu benutzt, um zusätzliche Dienstleistungen der Apotheken nicht adäquat vergüten zu wollen. Ob es sich um die Dienstbereitschaft (Kap. 3.4.2.1.2), Herstellung von Rezepturen (Kap. 3.4.2.2.3), pharmazeutische Dienstleistungen (Kap. 3.4.2.1.3) oder die Lieferengpass-Pauschale von 0,50 Euro pro Vorgang handelt (Kap. 3.4.2.1.5), so sind alle diese Leistungen unterfinanziert, sofern überhaupt Personal zu finden ist, die die Leistungen erbringen können.

Wenn auch unvollständig, so summiert die Tab. 24 ungefähr die Ausgabeneinsparungen im Apothekensektor, die der Gesetzgeber nach 2004 und bis 2023 durch gesetzliche Änderungen erwirkte.

	Einsparungen [Mrd. €]				
	2004 bis 2023	pro anno	2015 bis 2023	pro anno	2023
Apothekenabschlag (Kap. 3.4.2.2.1, Tab. 18)	24,97	1,248	12,31	1,37	1,596
Fehlender Inflationsausgleich (Kap. 3.4.2.2.1, Tab. 18)	15,54	0,818	11,12	1,24	2,517
Rabattverträge (Kap. 3.4.2.2.5; Abb. 34)			42,4	4,71	5,8
Gesamt	-40,51	-2,07	65,83	7,31	9,91

Tab. 24: DE (2004 bis 2022): Einsparungen im Apothekensektor. Eigene Berechnungen.

Der Apothekenabschlag und der fehlende Inflationsausgleich wurden 2004 eingeführt, die Rabattverträge 2007 und das AMNOG 2011, d. h. die Ersparnisse haben an Volumen und Herkunft stetig zugenommen und beliefen sich im Zeitraum von 2015 bis 2023 auf insgesamt 65,83 Mrd. Euro bzw. 7,31 Mrd. jährlich. Für 2023 lässt sich die Ersparnis auf ca. 9,91 Mrd. Euro beziffern. Das Einsparergebnis hat nach 2008 und bis Ende 2024 zu über 4.561 Apothekenschließungen geführt (Kap. 3.3.3.4).

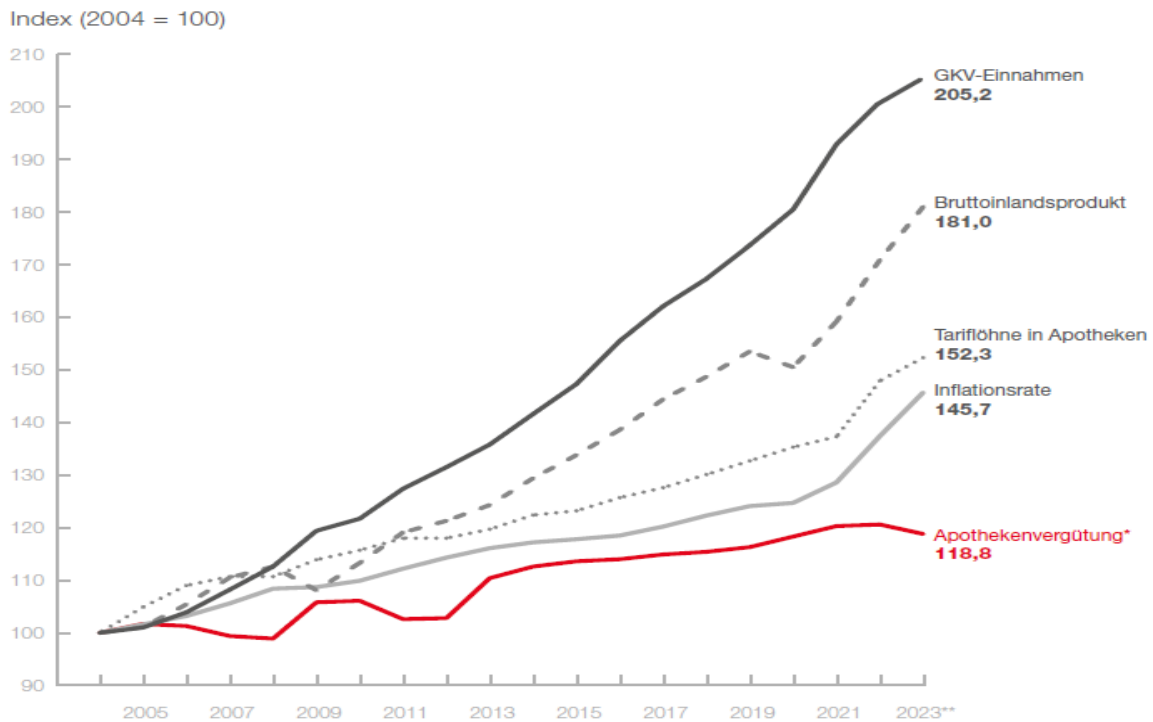


Abb. 38: DE (2004 bis 2023): Veränderungen der GKV-Einnahmen etc. im Abgleich zur Apothekenvergütung. Quelle: ABDA.<sup>341</sup>

In der Abb. 38 wird die Entwicklung der GKV-Einnahmen, das BIP, die Steigerung der Apothekentariflöhne und die Inflationsrate im Verhältnis mit der Apothekenvergütung von 2004 bis 2023 abgeglichen. Die Darstellung belegt, dass der Arzneimittelsektor kein starres, sondern ein dynamisches System ist. Zudem, dass sich das Honorar der Apotheken im Verhältnis zu den benannten Faktoren in der Betrachtungsperiode signifikant unterdurchschnittlich entwickelte. Es bedürfte einer regelmäßigen (Markt-)Analyse und einer dynamischen Anpassung, um das System als Ganzes nicht zu gefährden bzw. um die Arzneimittelversorgung der Bevölkerung auch zukünftig sicher zu stellen.

<sup>341</sup> Vgl. ABDA: *Die Apotheke, Zahlen - Daten - Fakten*, 2023, S. 83. \*\* Vorläufige Daten für 2023.

### 3.5 Die Apotheke als Arbeitsplatz

#### 3.5.1 Einleitung

Gesamtgesellschaftliche Entwicklungen oder veränderte individuelle Präferenzen machen nicht Halt vor Apotheken. Selbstsagend gilt dies auch für Folgendes:

- i.) Die demografische Entwicklung einer Staatengemeinschaft und
- ii.) der individuelle Wunsch nach mehr Freizeit bzw. günstigere Arbeitszeiten.

i.) Seit Anfang der 1970er<sup>342</sup> gab es in Deutschland weniger Geburten als Sterbefälle, d. h., dass die Silent- und Babyboomer - Generationen nicht ausreichend für Nachwuchs sorgten, etwas, was u. a. in die aktuelle Personal- bzw. Fachkräftemangelkrise mündete (Kap. 1). Dieser Zustand wird von den Babyboomern zusätzlich noch verstärkt, denn sie sind die letzte geburtenstarke Generation und spätestens in den 2030ern werden die letzten Individuen in Rente gegangen sein.

ii.) Ein weiterer Aspekt ist der sich immer weiter verstärkende Wunsch nach einer Reduzierung der Wochenarbeitszeit bzw. die Verkürzung der Arbeitstage pro Woche und dies gerne bei vollem Lohnausgleich. In der Berufe-Studie der HDI (2023)<sup>343</sup> wird darauf hingewiesen, dass durch den Personalmangel die Arbeitsbelastung für die dagebliebenen Mitarbeiter zunimmt. Dadurch steigt wiederum die Bereitschaft zur Kündigung und dies gilt insbesondere für Mitarbeiter, die sich vom Unternehmen nicht gefördert fühlen bzw. keine Aufstiegschancen erkennen können. Inwieweit mehr Lohn oder weniger Arbeitszeit inkl. Lohnausgleich zu den individuellen Lebensvorstellung führen, ist ein Aspekt. Der Kampf um die sich verringernde Zahl Beschäftigter ist ein anderer, letztlich eine Situation, die alle Unternehmen herausfordert. Für Apotheken wird die Situation dabei zusätzlich verschärft, da üblicherweise eine 6-Tage-Woche und lange Öffnungszeiten (50 + Wochenstunden), bedingt durch den gesetzlichen Auftrag zur Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln (§ 1 Abs. ApoG), vorherrschen.

Mit dem Hinweis auf das angebliche alleinige Privileg, der Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln, wurde dieses vom Gesetzgeber benutzt, um die Apotheken immer weiter wirtschaftlich einzuengen (Kap. 3.4.1). Dennoch ist zu hinterfragen, auf welcher Grundlage ein (junger) Apotheker sich selbstständig machen sollte. Denn, für dieses freiberufliche Vorhaben besteht weder ausreichende Planungssicherheit, noch ist langfristig nicht mehr von einer entsprechenden Entlohnung auszugehen. Zudem wird die Vertretungssituation, wenn ein

---

<sup>342</sup> Vgl. Statista (05/2023): *Anzahl der Geburten und der Sterbefälle in Deutschland von 1950 bis 2022.*

<sup>343</sup> Vgl. HDI (09/2023): *Fast jeder dritte Berufstätige beklagt erhöhten Arbeitsdruck durch Personalmangel.*

Apothekenleiter z. B. krank ist oder in Urlaub gehen möchte, in Verbindung mit dem Amerikanismus „Work-Life-Balance“ äußerst angespannt. Dies könnte mehr für eine Vertretung im ländlichen Raum gelten, ist dennoch letztendlich für jeden Apothekenleiter von Bedeutung. Sowohl für die Vertretungssituation als auch für die Unternehmensnachfolge, werden die Voraussetzungen immer ungünstiger. Denn Universitätsabsolventen (Kap. 3.5.2.1.4) suchen verstärkt die Beschäftigung fern der öffentlichen Apotheke und die Anzahl der Apothekerassistenten bzw. Pharmazieingenieure ist stark rückläufig (Kap. 3.5.2.2). Hier wurde seit Jahrzehnten, sowohl von politischer Seite als auch von Seiten der Landespolitik, Zeit vertan, indem für keinen entsprechenden Ersatz gesorgt wurde. Wer sich bei diesen Voraussetzungen selbstständig macht, muss als Apotheker voraussichtlich 50 bis 60 Arbeits-/Öffnungszeiten pro Woche bei ständiger Anwesenheit, Notdiensten und Urlaubsverzicht akzeptieren.

In den folgenden Unterkapiteln wird die Entwicklung des Apothekenpersonals der letzten beiden Dekaden analysiert und gezeigt, dass sich spätestens im Laufe der Corona-19-Pandemie die Arbeitssituation in Apotheken erheblich verändert hat.

#### **3.5.2 Pharmazeutisches und nicht-pharmazeutisches Personal in Apotheken**

In Apotheken arbeitet pharmazeutisches (Apotheker, Apothekenassistenten, Apothekerassistenten, PTA), nicht-pharmazeutisches Personal (PKA, Apothekenhelferinnen), sowie Boten, Büro- und Reinigungskräfte (Kap. 3.2.6). Die Abb. 39 zeigt für die Periode von 1997 bis 2023 die Veränderungen des Apothekenpersonals (ohne Boten-, Büro- und Reinigungskräfte) nach Anzahl und Prozente zum jeweiligen Vorjahr. In der gesamten Betrachtungsperiode nahm das Personal zahlenmäßig von 132.407 um 24.541 auf 156.948, entsprechend um 18,53 % bzw. 0,71 % im jährlichen Mittel zu. Da sich nach 2019 eine gegenläufige Entwicklung abzeichnet, werden folgend die Jahre 1997 bis 2019 und die Jahre ab 2020 getrennt betrachtet.

**1997 bis 2019:** Es kann gezeigt werden, dass der Zeitraum 1997 bis 2019 einen Personalzuwachs um 28.181 Beschäftigte von 21,28 % bzw. durchschnittlich ca. 0,97 % pro Jahr erlebte und in 2019 die jemals höchste Beschäftigungszahl mit 160.588 Apothekenbeschäftigten registriert wurde. Vor 2019 gab es nur in 2003 und in abgeschwächter Form in 2004 eine negative Entwicklung. Mit größter Wahrscheinlichkeit war hierfür das ab 2004 geltende GKV-Modernisierungsgesetz der Verursacher. Dies, indem das Gesetz sich bereits vor Inkrafttreten in Form von Betriebsschließungen etc. und damit verbundenen Personalveränderungen auswirkte. Der Personalrückgang nach 2002 und bis Ende 2004 belief

sich auf insgesamt 3.033 Beschäftigte bzw. auf 2,17 % bezogen auf die Gesamtbeschäftigtenanzahl (2002). Doch Ende 2005 lag die Beschäftigtenzahl mit 124 Personen und Ende 2006 mit 2.937 Personen über der von 2002. Genauso außergewöhnlich wie die beiden Jahre 2003 (- 1,9 % zu 2002) und 2004 (- 2,17 % zu 2002) bzgl. der Beschäftigtenzahl waren, genauso waren es mit umgekehrtem Vorzeichen, die beiden Jahre 2005 (2,3 % zu 2004 Vorjahr) und 2006 (4,36 % zu 2002).

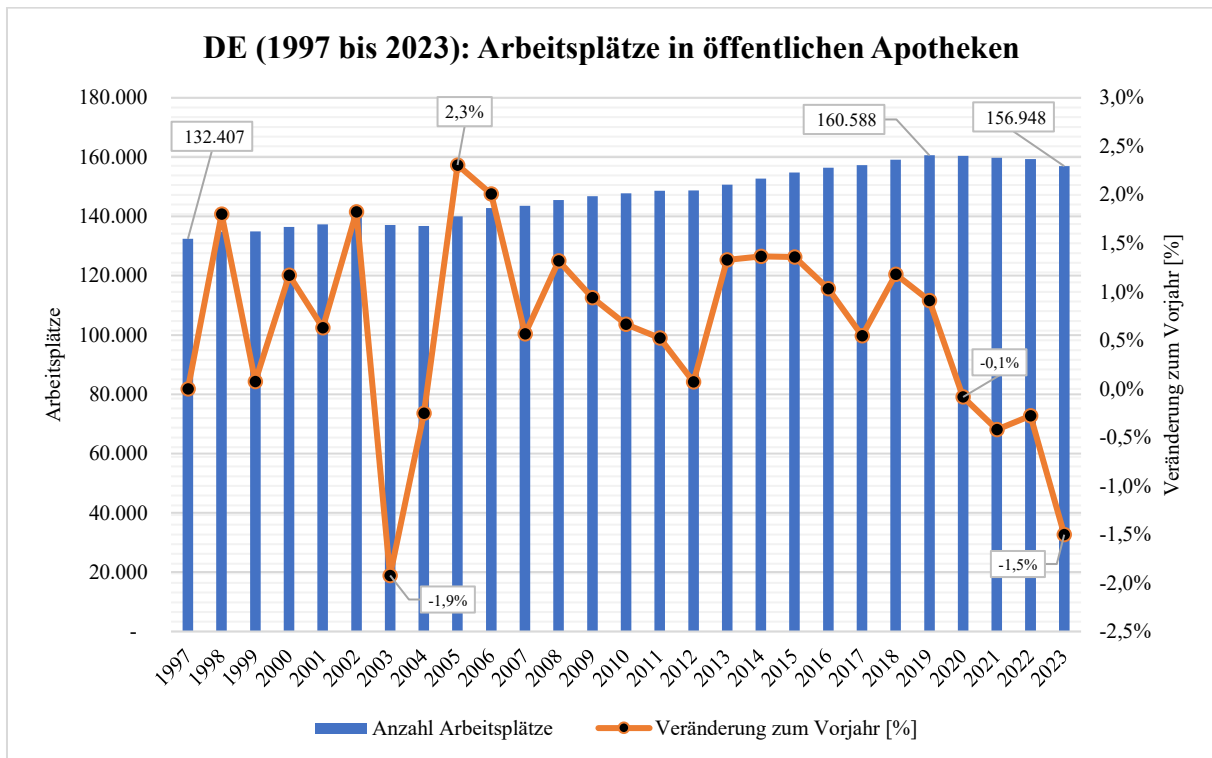


Abb. 39: DE (1997 bis 2023): Arbeitsplätze in öffentlichen Apotheken. Eigene Berechnungen und Darstellung. Quelle: Statista.<sup>344</sup>

**2019 bis 2023:** Nach 2019 bis einschl. 2023 nahm die Beschäftigungszahl um 3.640 auf 156.948 entsprechend um 2,27 % bzw. durchschnittlich um 0,57 % pro Jahr ab. Allein in 2023 waren es von den 3.640 Beschäftigtenrückgang 2.394 Beschäftigte bzw. 65,8 %. Die Ursachen für die Entwicklung könnte die Pandemie und die damit verbundenen erheblichen Arbeitsbelastungen, die stetig steigenden Apothekenschliessungen, weitere Gründe oder wahrscheinlich eine Kombination dieser u. w. sein. Inwieweit im Jahr 2019 der Kipppunkt überschritten wurde und der rückläufige Prozess bzgl. der Beschäftigtenanzahl sich bereits verstetigt hat, werden die kommende Jahre zeigen.

Die Abb. 40 stellt die Beschäftigten in Apotheken nach beruflicher Ausbildung und Anzahl für die Jahre 2003 bis 2023 dar. Die Gesamtzahl der Apotheker stieg um 7.038 bzw. 15,3 % auf

<sup>344</sup> Vgl. Statista (13.06.2024): Anzahl der Arbeitsplätze in öffentlichen Apotheken in Deutschland in den Jahren 1997 bis 2023.

53.178, die der PTA um 25.414 bzw. 60,0 % auf 69.799 und die der Pharmazeuten im Praktikum (PhiP) mit 89 bzw. 6,4 % auf 1.476. Der Berufsgruppe der PKA widerfuhr ein Rückgang von 6.847 bzw. 18,2 % auf 30.789. Dasselbe gilt auch für die Anzahl der Pharmazie-Ingenieure bzw. Apothekerassistenten, die von 9.600 mit 5.894 bzw. 61,4 % auf 3.706 bzw. im Betrachtungszeitraum auf fast ein Drittel schrumpfte.<sup>345</sup>

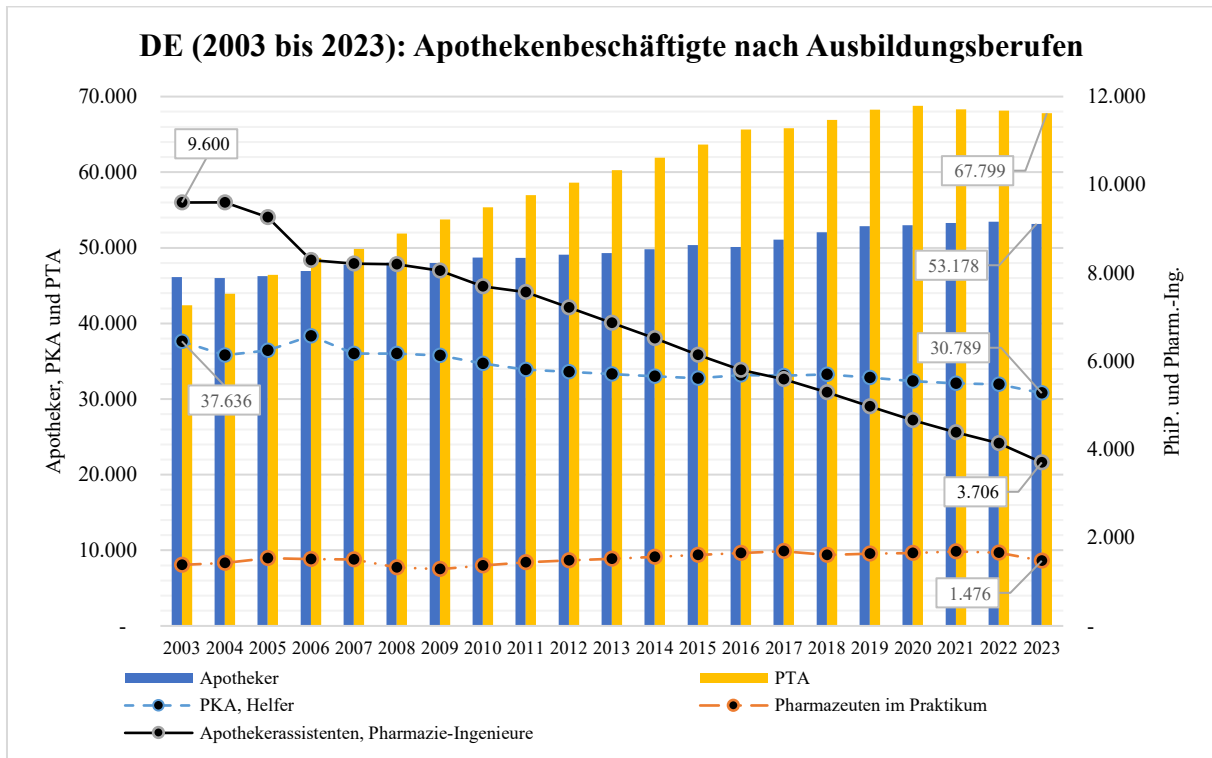


Abb. 40: DE (2003 bis 2023): Apothekenbeschäftigte nach Ausbildungsberufen. Eigene Berechnungen und Darstellung. (Quelle): ABDA.<sup>346</sup>

Seit 2014 gab es für Apothekenangestellte acht<sup>347</sup> Lohnerhöhungen (2024: neunte Lohnerhöhung) und die sich daraus darstellbare Stundenlohnentwicklung wird in der Abb. 41 gezeigt. Dabei lag z. B. das PKA-Gehalt in den beiden ersten Berufsjahren in 2022 gerade einmal etwas über dem gesetzlichen Mindestlohn (2022: 12,10 Euro bzw. 2023: 12,46 Euro). Am 24.10.2023, wohl nicht explizit zu der PKA-Entlohnung, stellte die CDU/ CSU-Fraktion eine kleine Anfrage zu *„Maßnahmen zum Erhalt der Arzneimittelversorgung durch Apotheken in der Fläche.“*<sup>348</sup> Laut Apotheke Adhoc<sup>349</sup> antwortete für das Kabinett Scholz I das BMG bzgl. der Entlohnung von Apothekenangestellten: *„Der Bundesregierung liegen keine konkreten Erkenntnisse zur Einkommensentwicklung von Angestellten in öffentlichen Apotheken vor. Die Festlegung von Löhnen für Angestellte in Apotheken obliegt der Inhaberin beziehungsweise*

<sup>345</sup> Hinweis: Apothekerassistenten und Pharmazie-Ingenieure werden zusammen erfasst (Kap. 3.2.6.3).

<sup>346</sup> Vgl. ABDA: *Die Apotheke, Zahlen - Daten - Fakten*, 2024, S. 48.

<sup>347</sup> Vgl. ADEXA (2024): *Bundesrahmentarifvertrag für Apothekenmitarbeiter*, gültig ab 01.08.2024.

<sup>348</sup> Vgl. BT (20/8993 24.10.2023): *Kleine Anfrage der Fraktion der CDU/CSU*.

<sup>349</sup> Vgl. apotheke adhoc (09.11.2023): *BMG: Apothekenlöhne interessieren nicht*.

dem Inhaber der jeweiligen Apotheke.“ Klarer kann Desinteresse wohl nicht formuliert werden. Dennoch, um höhere Gehälter zahlen zu können, müsste die Apothekenvergütung angepasst werden. Dass von 2005 bis 2021 die Schwesterpartei CDU/ CSU diverse Regierungen durchgehend anführte ist auch eine Tatsache.

**Tarifliche Stundenlöhne in öffentlichen Apotheken (Vollzeit = 40 Stunden)**

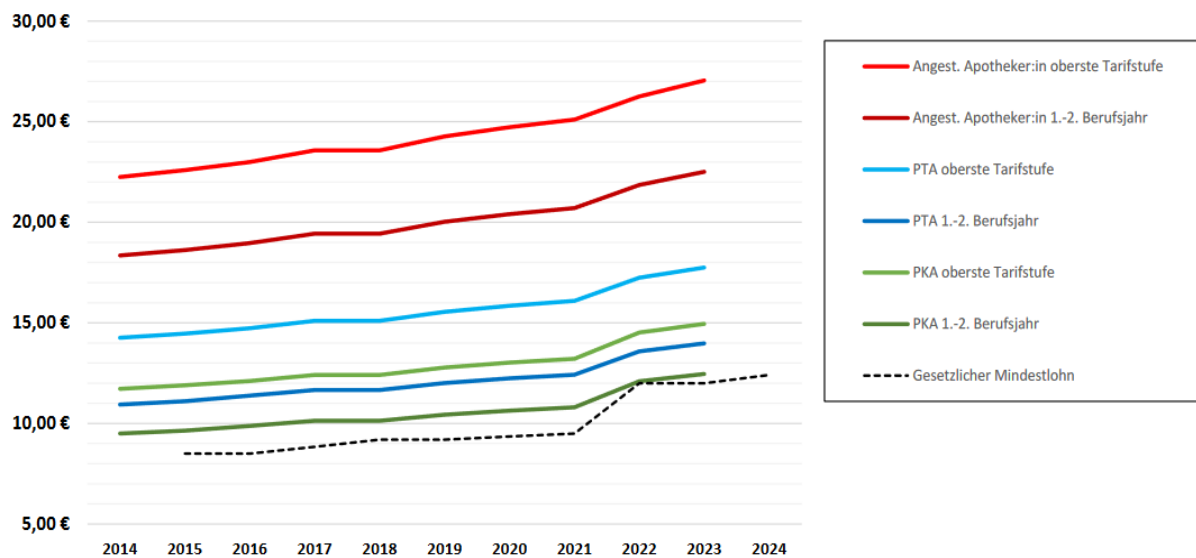


Abb. 41: DE (2014 bis 2023): Tarifliche Stundenlöhne in öffentlichen Apotheken. Quelle: ADEXA.<sup>350</sup>

### 3.5.2.1. Apotheker und Pharmazeuten

Die Veränderungen bei Pharmazeuten in Anzahl und nach Beschäftigung (Einteilung: i.) Öffentliche Apotheke, ii.) Krankenhausapotheke und iii.) Industrie etc.) für den Zeitraum 2005 bis 2023 werden in der Abb. 42 dargestellt. 2005 gab es insgesamt 54.508 Apotheker und Pharmazeuten und deren Anzahl stieg um weitere 15.290, so dass die Gesamtapothekeranzahl in 2023 bei 69.798 lag, entsprechend einem Zuwachs von 28,1 % (siehe Anhang, Tab. 25).

#### 3.5.2.1.1 Apotheker in öffentlichen Vollapotheken

Die Abb. 43 zeigt, dass es in 1995 insgesamt 21.119 öffentliche Apothekenbetriebe mit 42.790 Apothekern gab und 2023 waren es nur noch 17.571 Betriebe, entsprechend eine Betriebsreduzierung von 3.548 Betrieben bzw. 16,8 %. Die Anzahl der Apotheker nahm im gleichen Zeitraum um 10.388 Apotheker auf 53.178 bzw. 24,3 % zu (2023), gleichbedeutend einer durchschnittlichen Zunahme pro Apotheke von 2,03 Apotheker auf 3,03 Apotheker bzw. um 1,0 Apotheker oder 49,4 %. Obwohl 2022 die bisher höchste Anzahl beschäftigter Apotheker (53.461 Apotheker) in öffentlichen Apotheken registriert wurde, ging in 2023 die

<sup>350</sup> Vgl. ADEXA (2023): *Tarifliche Stundenlöhne in öffentlichen Apotheken (Vollzeit, gleich 40 Wochenstunden)*.

Anzahl gleich um 283 bzw. 0,53 % wieder zurück. Die jährliche Zunahme bzw. Abnahme der Anzahl von Apothekern von 2014 bis 2023 lag zwischen - 283 (2023) und 975 (2017; siehe Anhang, Tab. 25). Der Frauenanteil in öffentlichen Apotheken beschäftigten Apothekerinnen stieg dabei bis 2023 auf 73,2 % und zudem waren 49,7 % der Apothekenleiter weiblich.<sup>351</sup>

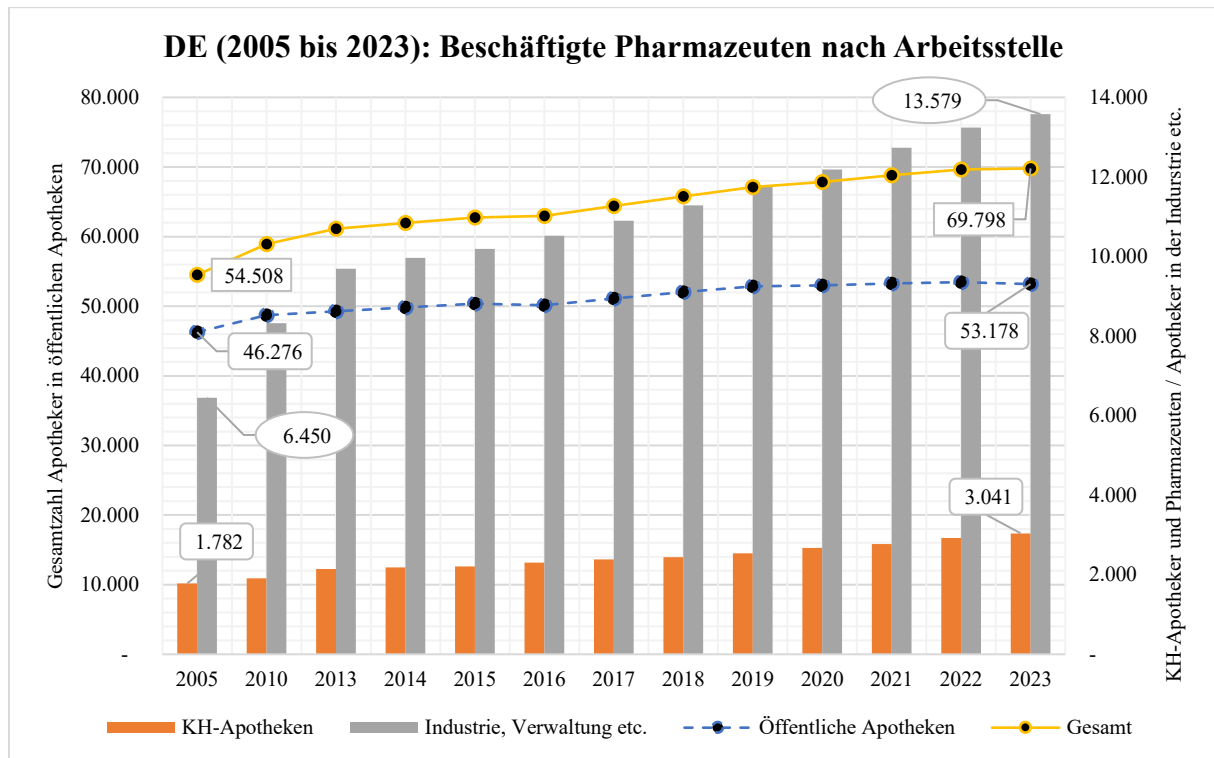


Abb. 42: DE (2005 bis 2023): Beschäftigte Apotheker nach Arbeitsstelle. Eigene Berechnungen und Darstellung. Quelle: ABDA<sup>352</sup>

Trotz der positiven Entwicklung gab es in den folgenden Jahren Beschäftigungsrückgänge: 2001 (Erstes Jahr nach dem Zwischenhoch 2000; Kap. 3.3.3.4), 2003 und 2004 (GKV-Modernisierungsgesetz; Kap. 3.4.1.1 bzw. Kap. 3.4.2.1.1), 2009 (Weltwirtschaftskrise) und auf Grund von erheblichen Betriebsschließungen in 2012, 2016 und 2023 (Kap. 3.4.1.3).

Der größte Teil der deutschen Apothekerschaft arbeitet in a.) öffentlichen Apotheken. Dabei nahm der prozentuale Anteil der in öffentlichen Apotheken beschäftigten Apotheker an der Gesamtapothekerzahl von 84,9 % (2005) um 8,71 % auf 76,2 % ab (2023; siehe Anhang, Tab. 25). Verglichen mit den beiden anderen Beschäftigungseinteilungen b.) KH-Apotheker und c.) Industrie etc., lag der Anteil, der in a.) öffentlichen Apotheken arbeitenden Apotheker am Zuwachs 2005 bis 2023 (15.290) bei a.) 45,1 %; b.) 8,2 % bzw. c.) 46,6 %. Für den Betrachtungszeitraum von 2010 bis 2023 fiel der Anteil, der öffentlich beschäftigten Apotheker, am Zuwachs (10.866) auf a.) 41,3 %, b.) 10,4 % und c.) 48,3 % und im Betrachtungszeitraum

<sup>351</sup> Vgl. ABDA: *Die Apotheke, Zahlen - Daten - Fakten*, 2024, S. 46.

<sup>352</sup> Vgl. ABDA: *Die Apotheke, Zahlen - Daten - Fakten*, 2024, S. 46.

nach 2019 fiel der Anteil, der öffentlich beschäftigten Apotheker, am Zuwachs (2.616) auf a.) 11,5 %, b.) 19,2 % und c.) 69,3 % (siehe Anhang, Tab. 26)

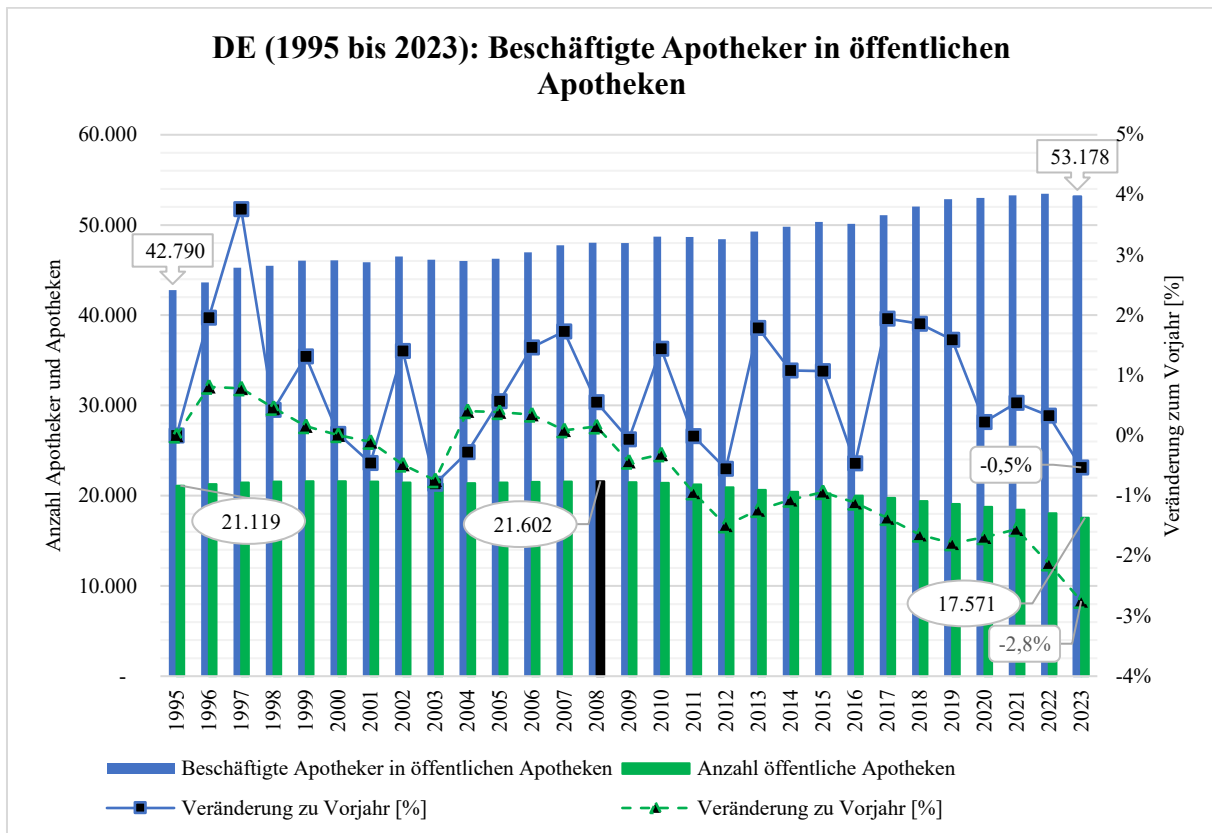


Abb. 43: DE (1995 bis 2023): Beschäftigte Apotheker in öffentlichen Vollapotheken. Eigene Berechnungen und Darstellung. Quelle: Statista,<sup>353</sup> GBE-Bund.<sup>354</sup>

Wenn das einzelne Jahr bezogen auf die Verteilung der Veränderungen betrachtet wird, zeigt Abb. 44 sowohl in der Anzahl als auch in Prozent, dass die Industrie etc. nach 2019 im Vergleich mit den öffentlichen Apotheken den sechsfachen Zugang an Pharmazeuten verzeichnen konnte (siehe Anhang, Tab. 25 und Tab. 26).

Der Zeitraum (nach 2019) ist zu kurz, um hierfür eine eindeutige Begründung abgeben zu können. Dennoch wäre es gut möglich, dass dies ein Indiz für einen Paradigmenwechsel sein könnte. Folgende Gründe könnten dafürsprechen:

- Die Auswirkungen der Pandemie,
- das negative Lohngefälle bzgl. einer Beschäftigung in der Industrie bzw. im öffentlichen Dienst,

<sup>353</sup> Vgl. Statista (12.06.2024): Anzahl Apotheker in Deutschland in den Jahren 2000 bis 2023.

<sup>354</sup> Vgl. GBE-Bund: Beschäftigte in Apotheken (Anzahl).

- ein schwindendes Interesse am Arbeitsplatz öffentliche Apotheke (z. B. hohe Arbeitsbelastung durch mangelnde Mitarbeiter oder von außen hereingetragener Zusatzarbeit) und dies in Verbindung mit
- einer sich stetig verringernden Planungs- bzw. Zukunftssicherheit der Apothekenbranche.

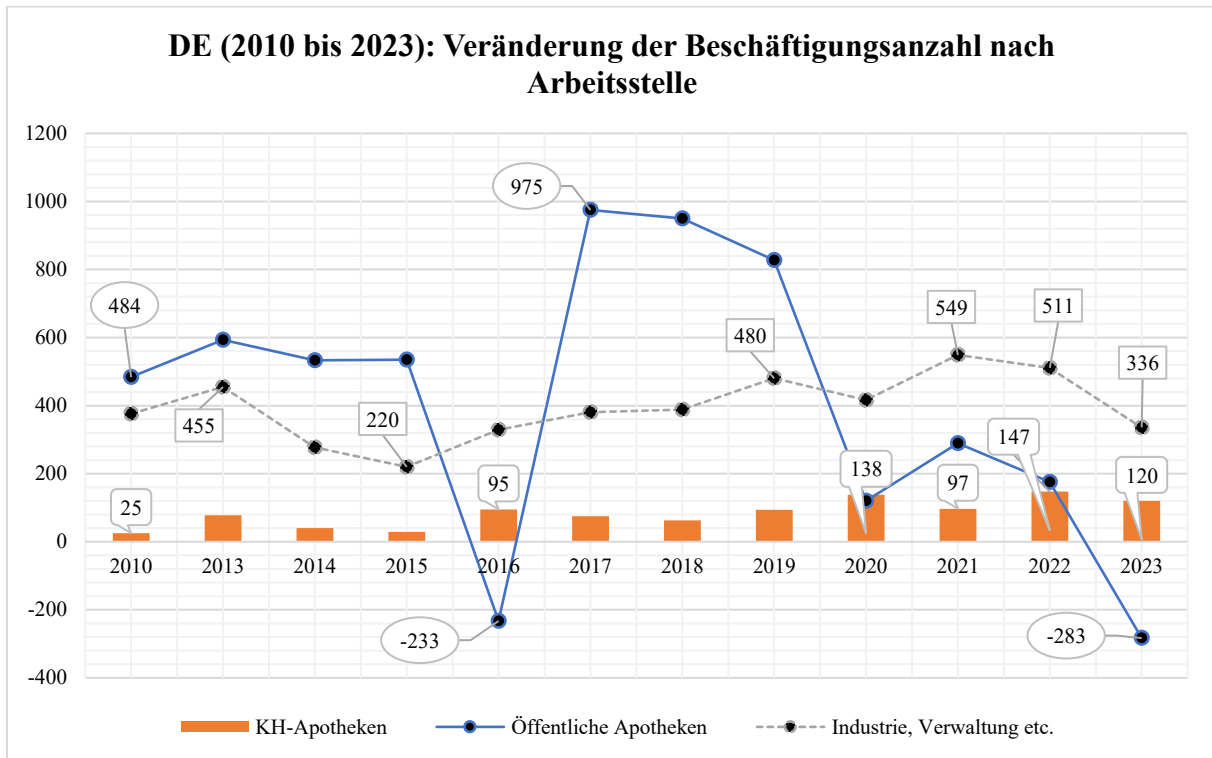


Abb. 44: DE (2010 bis 2023): Veränderung der Beschäftigungsanzahl nach Arbeitsstelle. Eigene Berechnungen und Darstellung. Quelle: ABDA.<sup>355</sup>

Der Anteil der in öffentlichen Apotheken arbeitenden selbstständigen Apothekenleiter (doppelt Nennung durch OHG-Apotheken möglich) belief sich 2005 auf 20.591 Apotheker und dies entsprach 44,5 % der öffentlich tätigen Apotheker bzw. 37,8 % von der Gesamtophthekeranzahl. 2023 war die Anzahl der Apothekenleiter um 7.016 Personen auf 13.575 selbstständige Apotheker gesunken. Damit hatte auch deren Anteil an den öffentlich tätigen Apothekern um 19,0 % auf 25,5 % bzw. um 18,3 % auf 19,5 % bzgl. der Gesamtophthekeranzahl abgenommen. Wird die prozentuale Abnahme der Anzahl der Apothekenleiter für die Jahre 2005 bis 2023, 2010 bis 2023 und 2020 bis 2023 betrachtet, so sind die Rückgänge: 34,1 % bzw. 26,7 % und 9,9 %. Werden diese Werte auf die Anzahl der Jahre umgerechnet, dann nehmen die Ergebnisse für die zuvor benannten Zeiträume immer weiter ab: - 1,89 %, - 2,06 % und - 2,48 %. Auch

<sup>355</sup> Vgl. ABDA: *Die Apotheke, Zahlen - Daten - Fakten*, 2024, S. 46.

diese Werte untermauern, dass die Anzahl der Apothekenschließungen sich immer weiter verstärken (siehe Anhang, Tab. 25).

Letztmalig wurde 2019 eine Alterserhebung bei Apothekern durchgeführt. Für alle tätigen Pharmazeuten lag das Alter im Mittel in KH-Apotheken bei 42,2 Jahren, in der Industrie bei 42,8 Jahren und in öffentlichen Apotheken mit 47,8 Jahren am höchsten. Angestellte Approbierte in öffentlichen Apotheken lagen im Mittel bei 45,6 Jahren und Apothekenleiter bei 53,5 Jahren; wobei das Alter weiblicher Leiter im Mittel bei 52,5 Jahren und männlicher Leiter bei 54,4 Jahren lag. Das Durchschnittsalter für alle Apotheker lag bei 46,8 Jahren, männliche Pharmazeuten bei 49,2 Jahren und weibliche Pharmazeuten bei 45,8 Jahren. D. h., dass im Mittel die weiblichen Apothekerinnen um 3,4 Jahre jünger sind als die männlichen Kollegen. Ausgehend von den 2019-Daten, sind 2024 über ein Viertel der Apotheker in Deutschland über 55 Jahre und werden voraussichtlich 2035 den Arbeitsmarkt verlassen haben.<sup>356</sup>

	2023 (bis 01.07.2024)	ab 01.07.2024	ab 01.01.2026	ab 01.01.2026	ab 01.01.2026
	Euro (bei Vollzeit 40 Std. / Woche)	Euro (bei Vollzeit 39 Std. / Woche)	Euro (bei Vollzeit 39 Std. / Woche)	Differenz zu 2023 [€]	Differenz zu 2023 [%]
	34 Tage Urlaub	35 Tage Urlaub	35 Tage Urlaub		
1 Berufsjahr	3.895	4.045	4.166	271	7,0%
2 - 5 Berufsjahre	4.013	4.113	4.236	223	5,6%
6 - 10 Berufsjahre	4.296	4.396	4.528	232	5,4%
ab 11 Berufsjahre	4.679	4.779	4.922	243	5,2%

Tab. 27: DE (2024): Bruttotarifgehälter für angestellte Apotheker in öffentlichen Apotheken ab 01.01.2023. Quelle: DAZ.online<sup>357</sup>

Der Lohn für Beschäftigte in öffentlichen Apotheken wird zwischen der ADEXA und dem Arbeitgeberverband Deutscher Apotheken (ADA) ausgehandelt. Das tarifliche Anfangsgehalt eines Apothekers im 1. Berufsjahr liegt bei 4.045 Euro brutto und einer 40-Stunden-Woche (Tab. 27). Dies sind 958,84 Euro bzw. 23,7 % weniger als das Anfangsgehalt eines KH-Apothekers im öffentlichen Dienst, der ab 01.03.2024 ein monatliches Bruttogehalt von 5.003,84 Euro erhält. Das Jahresgehalt (12 Monatsgehälter) des KH-Apothekers ist somit um 11.506,08 Euro höher als in einer öffentlichen Apotheke, entsprechend 2,84 zusätzliche Gehälter (Kap. 3.5.2.1.2). Es ist branchenüblich, dass Approbierte im Angestelltenverhältnis in einer öffentlichen Apotheke übertariflich entlohnt werden, denn es gibt immer einen Apothekenleiter, der in seiner Not bereit ist, mehr zu zahlen. Spannen von 10 % bis 25 % sind bekannt und für Filialleiter werden auch bis zu 50 % über Tarif bzw. Erfolgsbeteiligungen

<sup>356</sup> Vgl. ABDA: *Die Apotheke, Zahlen - Daten - Fakten, 2024*, S. 47.

<sup>357</sup> Vgl. DAZ.online (17.07.2024): *Was Apothekerinnen jetzt verdienen - Neuer Gehaltstarifvertrag*.

gezahlt.<sup>358</sup> Wenn der Blick ins europäische Ausland gerichtet wird, gibt es diverse Beispiele für höhere Gehälter für Apotheker als in Deutschland, wenngleich die differierenden Lebenshaltungskosten zu berücksichtigen wären.<sup>359</sup>

### 3.5.2.1.2 Krankenhausapotheker

In dieser Arbeit soll der stationäre Sektor grundsätzlich keine Betrachtung finden, dennoch wird folgend gezeigt, dass die Anzahl der KH-Apotheker im Verhältnis zu den Kollegen in öffentlichen Apotheken von 2005 bis 2023 zahlenmäßig bzw. prozentual gewachsen ist. Die Abb. 45 veranschaulicht, dass die Anzahl der Krankenhausapotheker von 1.782 (2005) mit 1.259 auf 3.041 (202) bzw. 70,7 % anstieg (siehe Anhang, Tab. 25).

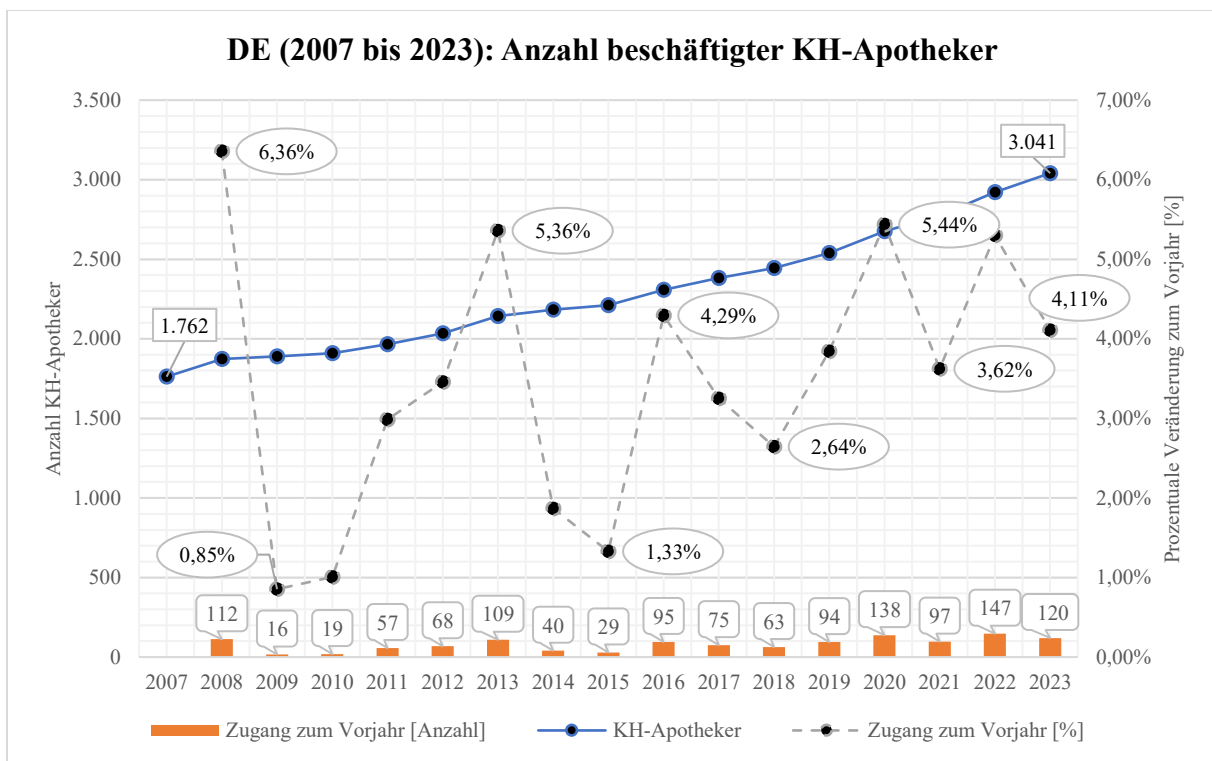


Abb. 45: DE (2007 bis 2023): Anzahl beschäftigter KH-Apotheker. Eigene Berechnungen und Darstellung. Quelle: Statista,<sup>360</sup> ABDA.<sup>361</sup>

Im Betrachtungszeitraum lagen die Zuwächse pro Jahr zwischen 0,85 % (2009) und 6,36 % (2008) und im Mittel bei 3,48 % zum jeweiligen Vorjahr (2023: 4,11 %). Im Verhältnis zur Gesamtapothekeranzahl lag der Anteil der KH-Apotheker bei 3,27 % (2005) und in 2023 bei 4,36 %, entsprechend einer Steigerung um 1,09 % bzw. von 33,27 %. Auch im Verhältnis zu den Kollegen in öffentlichen Apotheken legten die KH-Apotheker zu, von 3,85 % (2005) auf 5,72 % in 2023. Dies entspricht einer Zunahme von 1,87 % bzw. 48,5 % (siehe Anhang, Tab.

<sup>358</sup> Vgl. DAZ (1/2011): *Der Filialleiter- Rechtliche Fragen zu seiner Position.*

<sup>359</sup> Vgl. apotheke adhoc (25.10.2017): *So viel verdienen Apotheker in Europa.*

<sup>360</sup> Vgl. Statista (14.06.2024): *Anzahl der Apotheker in deutschen Krankenhausapotheken in den Jahren 2007 bis 2023.*

<sup>361</sup> Vgl. ABDA: *Die Apotheke, Zahlen - Daten - Fakten, 2024, S. 46.*

25). Es fällt auf, dass wiederholt der Zuwachs über mehrere Jahre auf einen Kulminationspunkt zusteuert, danach stark abnimmt, um dann über Jahre wieder anzuwachsen. Dabei wuchs die Gesamtzahl der KH-Apotheker pro Jahr im Mittel um ca. 77 Beschäftigte. Ab 2019 mit überdurchschnittlicher Tendenz zwischen 94 (2019) und 147 Beschäftigten (2022), entsprechend im Mittel um 119 Beschäftigte pro Jahr (Abb. 45). Für diese Entwicklung sind mehrere Gründe plausibel: i.) Erhöhter Fachkräftebedarf z. B. in der Pandemie, ii.) Mehrarbeit bedingt durch gestiegene Arzneimittellieferengpässe, iii.) eine höhere Entlohnung im öffentlichen Dienst, iv.) geringere Anzahl an (direkten) Kundenkontakten pro Arbeitstag im Vergleich zur öffentlichen Apotheke, v.) bessere Arbeits- und Urlaubsbedingungen (im Vergleich zu einem Apothekenleiter) und vi.) mehr Serviceleistungen u. m.<sup>362</sup>

Die Entlohnung wird im öffentlichen Dienst nach dem Tarifvertrag der Entgeltordnung des Bundes (TVEntgO Bund) in Verbindung mit dem Tarifvertrag des öffentlichen Dienstes Bund (TVöD Bund) geregelt. Dabei wird ein leitender Apotheker, dem durch ausdrückliche Anordnung mindestens vier Apotheker ständig unterstellt sind, in die Entgeltgruppe (gleich Tarifgruppe) 15 eingeordnet. Weitere Apotheker mit entsprechender Tätigkeit in die Entgeltgruppe 14. Abhängig von den Berufsjahren gibt es auch noch Lohnstufen, d. h., nach dem ersten Jahr wird die Stufe zwei (plus ein Jahr) erreicht. Die dritte Stufe ab dem dritten Berufsjahr (plus zwei Jahre), Stufe vier ab dem sechsten Berufsjahr (plus drei Jahre), usw.<sup>363</sup>

- Entgeltgruppe 15: Stufe 1: Euro 5.017,06; Stufe 6: Euro 7.144,27

(60.200 bis 86.000 Euro Jahresgehalt; bei 12 Gehältern).

- Entgeltgruppe 14: Stufe 1: Euro 4.542,98; Stufe 6: Euro 6.560,31

(54.500 bis 79.000 Euro Jahresgehalt; bei 12 Gehältern).<sup>364</sup>

Ab 01.03.2024 bis 31.12.2024 gelten folgende Lohnerhöhungen (+ 200 Euro, + 5,5 %, insgesamt 340 Euro), gleichbedeutend, dass sowohl in der Entgeltgruppe 14 als auch 15, Stufe 6, die Lohnerhöhung (12 Gehälter) um 8,72 % bzw. 8,45 % stiegen:

- Entgeltgruppe 15: Stufe 1: Euro 5.504,00; Stufe 6: Euro 7.748,20

(66.000 bis 93.000 Euro Jahresgehalt; bei 12 Gehältern).

---

<sup>362</sup> Vgl. ÖffentlicherDienst.info: *TVöD Bund - Entgeltordnung, Teil III - Tätigkeitsmerkmale für besondere Beschäftigungsgruppen -I. Apothekerinnen und Apotheker.*

<sup>363</sup> Vgl. Deutsche Apotheker- und Ärztebank (Apobank): *Gehalt und Arbeitszeit - Karriere als Apotheker.*

<sup>364</sup> Vgl. ÖffentlicherDienst.info: *Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst 2022 (VBL 2023).*

- Entgeltgruppe 14: Stufe 1: Euro 5.003,84; Stufe 6: Euro 7.132,13

(60.000 bis 85.600 Euro Jahresgehalt; bei 12 Gehältern).<sup>365</sup>

### 3.5.2.1.3 Pharmazeuten in der Industrie, Verwaltung etc.

Neben der Tätigkeit in Apotheken bzw. KH-Apotheken, finden Pharmazeuten Anstellung in der Pharmaindustrie, z. B. in der Arzneimittelforschung oder -produktion, im Öffentlichen Dienst (z. B. Bundeswehr, Behörden, Universitäten) und in sonstigen Bereichen. 2010 betraf dies 8.328 Pharmazeuten und in 2023 bereits 13.579, entsprechend einer Steigerung um 5.251 Pharmazeuten bzw. 63,1 %. Der Anteil an der Gesamtapothekerzahl stieg von 14,13 % auf 19,5 %, entsprechend um 5,3 % bzw. um 37,7 %. Im Mittel lag die Zunahme bei 403 Pharmazeuten pro Jahr (2010 bis 2023) und im Zeitraum nach 2019 bei 453 pro Jahr. (siehe Anhang, Tab. 25).

Pharmaindustrie: (Pharmazeuten, die nicht in Apotheken bzw. im öffentlichen Dienst arbeiten): 2010 betrug die Anzahl 4.405 Personen und in 2023 waren es bereits 8.199, entsprechend einer Steigerung von 3.794 bzw. 86,1 %. Der Anteil an der Gesamtapothekeranzahl stieg von 7,47 % (2010) auf 11,75 % (2023), entsprechend um 4,27 % bzw. 57,15 %. zu. Nachvollziehbarerweise sind nur spärliche Informationen über Pharmazeuten-Gehälter in der Industrie erhältlich. MyStipendium gibt 100.000 bis 250.000 Euro<sup>366</sup> pro Jahr an, dennoch ist die Entlohnung auch abhängig davon, ob der Beschäftigungssuchende promoviert hat, Berufserfahrungen mitbringt, in welchem Bundesland die Arbeitsstelle liegt, von der Unternehmensgröße (Umsatz, Beschäftigungszahl) u. v. m. Dies wird auch von dem Online-Magazin „apotheker adhoc“ (2017)<sup>367</sup> bzw. von Academics.de (2021)<sup>368</sup> bestätigt. Danach verdienen Beschäftigte mit pharmazeutischem Hintergrund durchschnittlich 8.400 Euro pro Monat (101.000 pro Jahr / 12 Monatsgehälter), im Bereich Marketing und Vertrieb auch über 10.000 Euro pro Monat, vorausgesetzt, eine Promotion konnte vorgezeigt werden.

### 3.5.2.1.4 Pharmazeuten im Praktikum (PhiP)

In Deutschland kann in 14 Bundesländern (außer in Brandenburg und Bremen) bzw. an 22 Universitäten Pharmazie studiert werden (Stand: 2024). Die Anzahl Studierender nahm von 2012 (14.183) bis 2022 (16.064) um 1.881 bzw. 13,3 % zu.<sup>369</sup> Dabei lag die Anzahl der Studienanfänger pro Jahr zwischen 2.701 und 2.821 im Mittel bei 2.726 Studierende. Ausgehend von den beantragten Approbationen, deren Mittel im Betrachtungszeitraum bei

---

<sup>365</sup> Vgl. Oeffentlichen-dienst.de (07.02.2024): *TVöD Bund 2024 Entgelttabelle*.

<sup>366</sup> Vgl. myStipendium: *Pharmazeut Gehalt: Einstiegsgehalt, Entwicklung & Einflussfaktoren. Pharmazie-Gehalt - wie viel verdient Du?*

<sup>367</sup> Vgl. apotheker adhoc (24.10.2017): *Dies Löhne zahlt die Pharmaindustrie*.

<sup>368</sup> Vgl. academics: *Verdienstmöglichkeiten als Apotheker, PTA und als Pharmazeut in der Industrie*.

<sup>369</sup> Vgl. ABDA: *Die Apotheke, Zahlen - Daten - Fakten, 2024, S. 51*.

2.215 lag, beenden ca. 509 der Studienanfänger bzw. ca. 18,7 % die Ausbildung nicht. Die Anzahl der beantragten Approbationen stieg von 1.929 (2012) auf 2.418 (2022), entsprechend um 25,4 % und in 2020 gab es mit 2.551 Approbationen ein Allzeithoch.

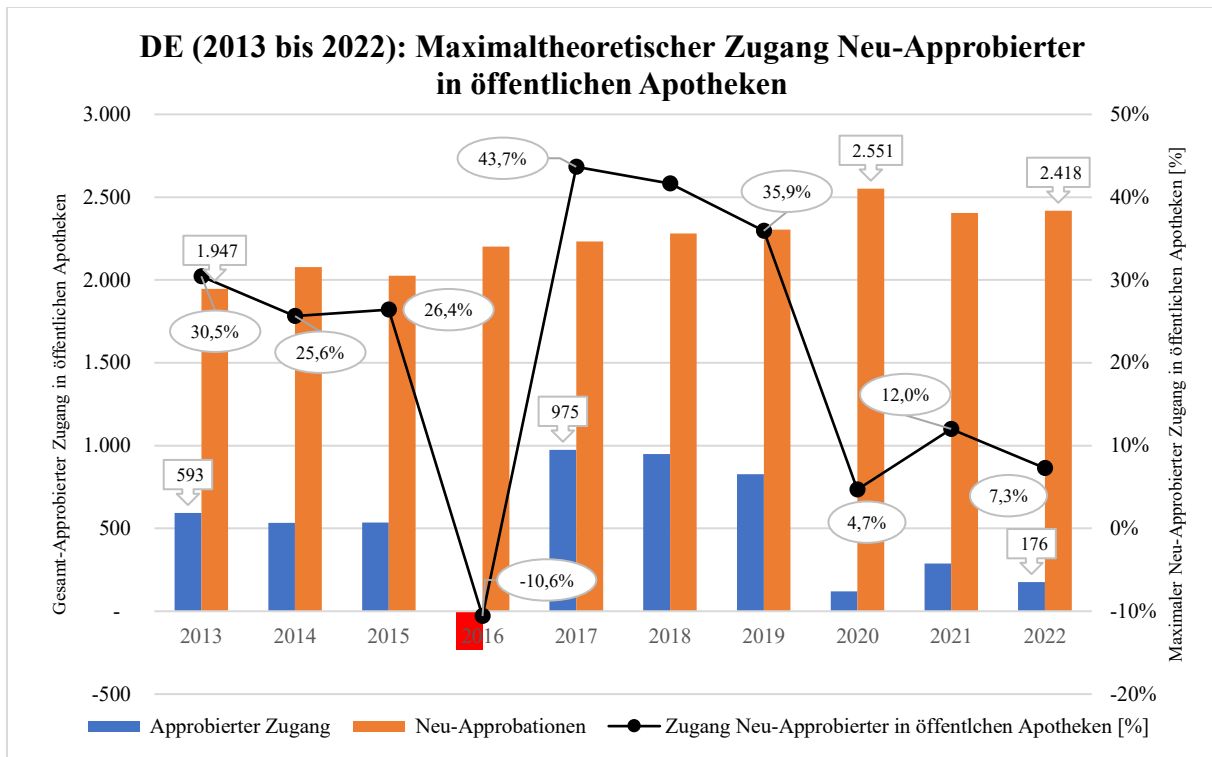


Abb. 46: DE (2013 bis 2022): Maximaltheoretischer Zugang von Neu-Approbierter in öffentlichen Vollapotheken. Eigene Berechnungen und Darstellung. Quelle: ABDA.<sup>370</sup>

Wird rein theoretisch der Zugang in öffentlichen Apotheken mit der Anzahl Neu-Approbierter für den Betrachtungszeitraum 2013 bis 2022 gleichgesetzt, so zeigt (Abb. 46), dass maximal 43,7 % (2017) der Neu-Approbierten, im Mittel 21,7 %, die Beschäftigung in einer öffentlichen Apotheke aufnehmen. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass weit über die Hälfte (im Mittel 78,3 %) der neuapprobierten Apotheker ihre Zukunft nicht in der öffentlichen Apotheke sahen. Nach 2019 hat sich diese Entwicklung nochmals weiter verstärkt, denn das Mittel liegt zwischenzeitlich bei 92,0 %, gleichbedeutend, dass nur noch ca. 8,0 % der Neu-Approbierten in einer öffentlichen Apotheke arbeiten wollten.

Eine Befragung der Universität Bonn bestätigt letztere Aussage, denn nach dieser gaben nur noch knapp 27 % der Pharmazieabsolventen an, nach der Approbation in einer öffentlichen Apotheke arbeiten zu wollen und bei den Studienanfängern lag der Wert noch deutlich darunter.<sup>371</sup>

<sup>370</sup> Vgl. ABDA: *Die Apotheke, Zahlen - Daten - Fakten*, 2024, S. 51.

<sup>371</sup> Vgl. apotheke adhoc (29.07.2024): *Pharmaziestudierende wollen nicht in die Apotheke*.

### 3.5.2.2 Apothekerassistenten und Pharmazie-Ingenieure (Pharm. Ing.)

Apothekerassistenten werden seit Anfang der 1970er nicht mehr ausgebildet. Die ABDA führt diese Berufsgruppe immer noch auf (auch bzgl. der Notdienstvergütung),<sup>372</sup> leider nicht getrennt vom Pharm. Ing. Dennoch, kann altersbedingt nur noch von einer geringen Personenzahl ausgegangen werden. Deren Aufgabengebiet deckt sich mit dem der PTA, doch dürfen Apothekerassistenten zum Unterschied zu PTA, den Apothekenleiter (Dienstbereitschaft, Urlaub) vertreten. Das Aufgabengebiet wie die eingeschränkte Vertretungsberechtigung, einschließlich der Übernahme von Bereitschaftsdiensten, gilt auch für Pharmazie-Ingenieure. Zusammen mit den Apothekerassistenten ging altersbedingt deren Anzahl von 9.600 (2003) mit 5.894 bzw. 61,4 % auf 3.706 (2023) um mehr als die Hälfte zurück. Der Frauenanteil dieser Berufsgruppe lag 2023 bei 96,6 % und ist somit der zweithöchste der Apothekenbeschäftigten.

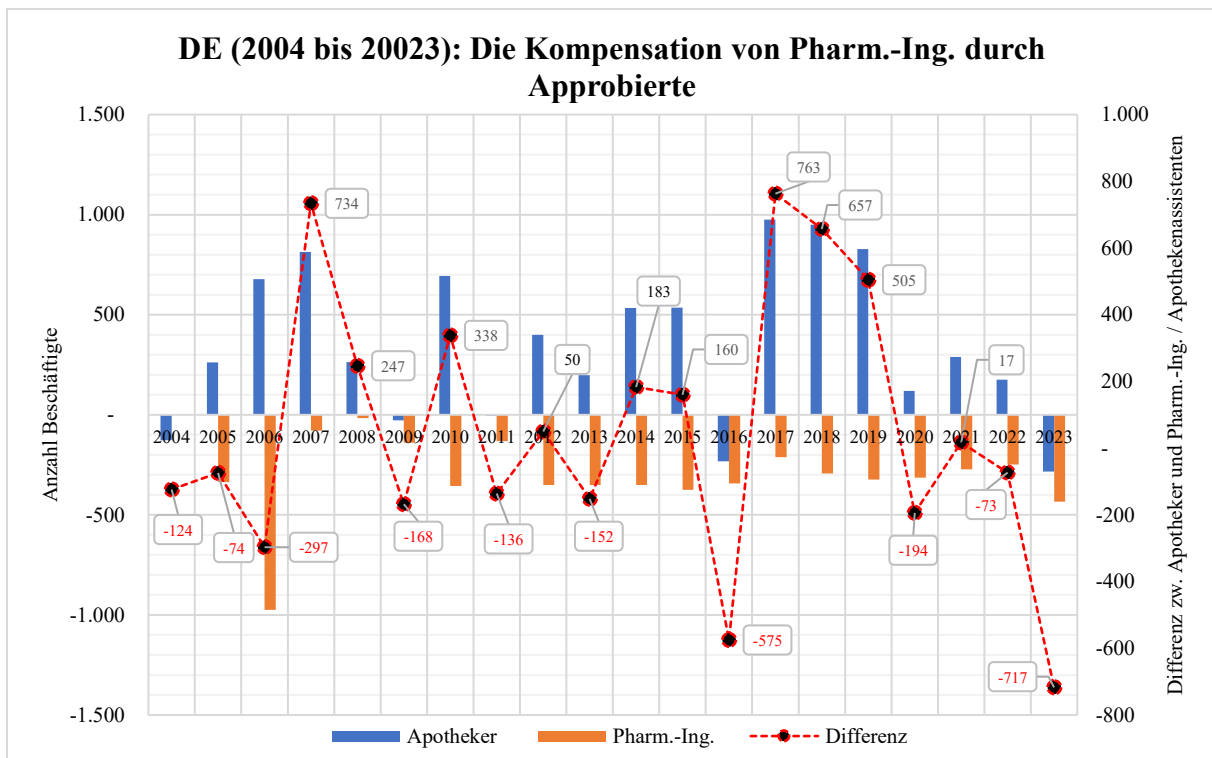


Abb. 47: DE (2004 bis 2023): Die Kompensation von Pharm.-Ing. Kompensation durch Approbierte. Eigene Berechnungen und Darstellung. (Quelle): ABDA.<sup>373</sup>

Bei dem Pharmazie-Ingenieur handelt es sich um einen pharmazeutischen Ausbildungsberuf der DDR und daher wäre es nicht verwunderlich, wenn Pharmazie-Ingenieure häufiger in den Neubundesländern als in den Altbundesländern anzutreffen sind. Leider sind die Daten der ABDA diesbezüglich nicht weiter differenziert. Scheidet der Pharmazie-Ingenieur bzw. der

<sup>372</sup> Vgl. ABDA: *Die Apotheke, Zahlen - Daten - Fakten*, 2024, S. 48.

<sup>373</sup> Vgl. ABDA: *Die Apotheke, Zahlen - Daten - Fakten*, 2024, S. 48.

Apothekenassistent altersbedingt aus, ist die Wahrscheinlichkeit, dass ein approbierter Ersatz gewonnen werden kann, zunehmend fraglicher.<sup>374</sup> Inwieweit dem Gesetzgeber bzw. der Landespolitik die schwindende Vertretungssituation durch Apothekenassistenten bzw. Pharm. Ing. Abgänge bewusst ist, kann nicht eingeschätzt werden. Es wurden bisher keine Maßnahmen offenkundig, die dieser entmutigenden Situation Einhalt gebieten sollen. In der Abb. 47 wird die Entwicklung seit 2004 dargestellt. Von 2004 bis 2023 verließen 5.896 Pharm. Ing. (und Apothekerassistenten, siehe Abb. 40) ihren Arbeitsplatz in einer öffentlichen Apotheke und wurden von 7.038 Apotheker kompensiert. Allein nach 2019 und bis 2023 schieden 1.269 Pharm. Ing. aus und wurden nur durch 302 Apotheker „ersetzt“, entsprechend einem Defizit von 967 möglichen vakanten Apothekenleitervertretungen.

#### **3.5.2.3 Pharmazeutisch-technischer Assistent/in (PTA)**

Mit 46.432 (2005) und einer Steigerung von 22.333 auf 68.765 PTA (2020), entsprechend einer Zunahme von 48,1 %, wurde ein Allzeithoch erreicht. Bis 2023 war die Anzahl mit 966 auf 67.799 PTA um 1,4 % rückläufig. Dennoch bilden die PTA mit 43,2 % (2023) immer noch die größte Berufsgruppe der Beschäftigten in Apotheken und sind somit das Rückgrat der Apotheken. Nach zwei Jahren Theorie wird die Ausbildung mit einem halbjährigen Apotheken-Praktikum und nachfolgender Prüfung abgeschlossen. Dass PTA zwei Jahre auf einer privaten (Schulgeld) oder staatlichen (kein Schulgeld) Fachschule für ihren Lebensunterhalt selbst aufzukommen haben, ist keine zeitgemäße Voraussetzung um junge Menschen für einen Beruf zu begeistern. Hier haben sowohl Apothekenleiter, die Landesorganisationen als auch der Staat erheblich nachzubessern.<sup>375</sup> Dies trifft auch für die PTA-Bezüge zu, denn laut Bundesagentur für Arbeit liegen diese bei vergleichbaren Berufen ca. 700 Euro pro Monat höher.<sup>376,377</sup>

#### **3.5.2.4 Pharmazeutisch-kaufmännische Angestellte/r (PKA)**

Der Berufsgruppe der PKA widerfuhr von 2003 bis 2023 ein personeller Rückgang von 6.847 Beschäftigten bzw. 18,19 % (Abb. 40; Kap. 3.2.6.5 und Kap. 3.5.3.2), ist aber dennoch weiterhin in 2023 mit 30.789 Personen die drittstärkste Berufsgruppe in der Apotheke und mit einem Frauenanteil von 97,6 %.<sup>378</sup> Die Warenwirtschaft ist das Hauptbetätigungsfeld der PKA, dennoch sind dies größtenteils auch Tätigkeiten, die von Apothekern, PTA, angelernten Kräften oder von einem Kommissionierer erledigt werden können. Wohl sind PTA und insbesondere

---

<sup>374</sup> Vgl. DAZ.online (09.08.2019): *DDR-Pharmazie-Ingenieure hinterlassen Lücken.*

<sup>375</sup> Vgl. apotheke adhoc (22.02.2024): *PTA-Lehrer appelliert an Gesundheitsausschuss.*

<sup>376</sup> Vgl. BA: *Entgeltatlas.*

<sup>377</sup> Vgl. apotheke adhoc (25.07.2024): *Einkommen: PTA 700 Euro unter Durchschnitt.*

<sup>378</sup> Vgl. ABDA: *Die Apotheke, Zahlen - Daten - Fakten, 2024, S. 48.*

Apotheker für das PKA-Hauptbetätigungsfeld Warenwirtschaft überbezahlt, können und dürfen aber Arzneimittel abgeben, Kunden beraten und Rezepturen herstellen, was wiederum den PKA untersagt ist. Der Kommissionierer kennt keinen Feierabend, Urlaub oder Krankheit. Daher ist die Langzeitprognose für diesen Ausbildungs-Beruf eher pessimistisch (Kap. 3.2.6.5).

### 3.5.3 Ausbildungen in der öffentlichen Apotheke

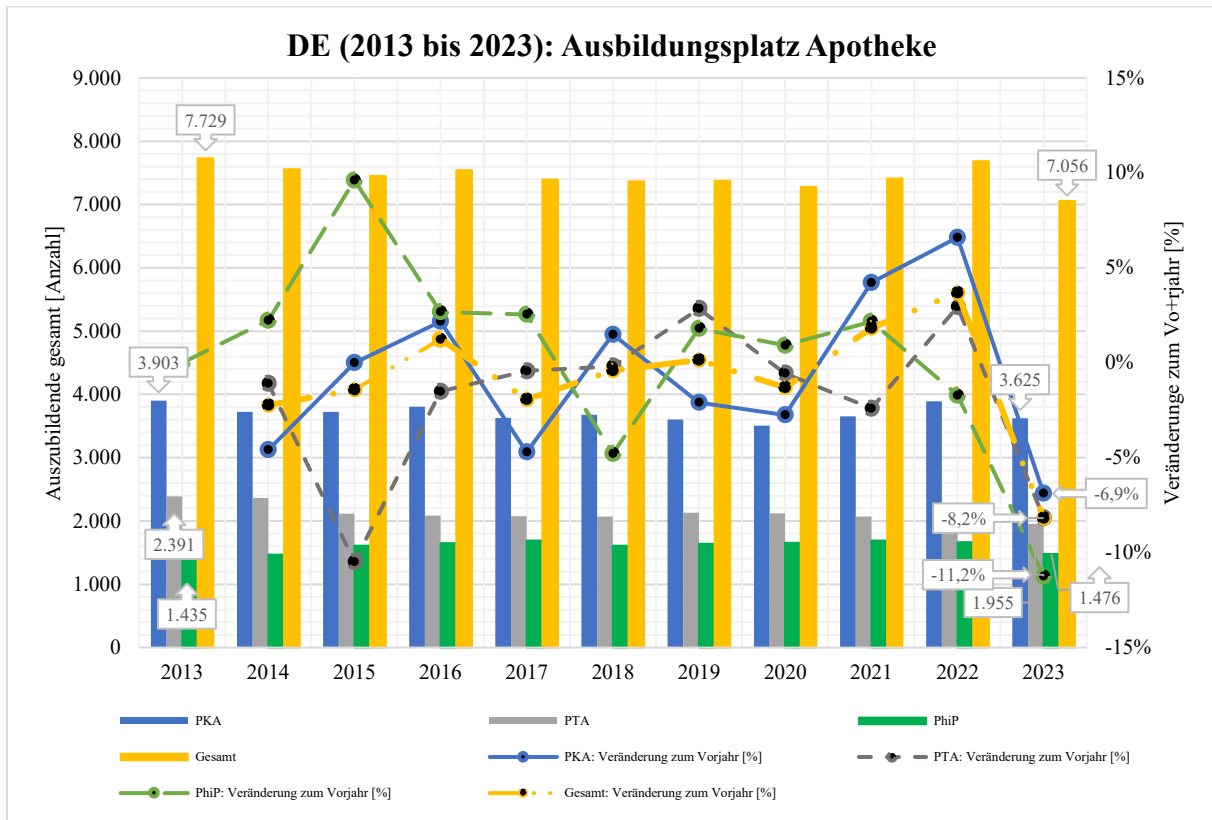


Abb. 48: DE (2013 bis 2023) Ausbildungsplatz Apotheke. Eigene Berechnungen und Darstellung. Quelle: ABDA.<sup>379</sup>

In Apotheken können zwei Ausbildungen abgeschlossen und ein Beruf erlernt werden:

- Das halbjährige PTA-Praktikum und
- das Praktische Jahr des PhiP (Dauer in der öffentlichen Vollapotheke Minimum sechs von 12 vorgeschriebenen Monaten). Zudem
- die dreijährige Lehre zum PKA.

Insgesamt wurden von 2013 (7.729) bis 2023 (7.056) im Mittel pro Jahr 7.440 Beschäftigte ausgebildet (Abb. 48). Es gab ein ständiges Auf und Ab, dennoch ist zu beobachten, dass nach 2013 in 2022 ein Zwischenhoch erreicht wurde (2022: 7.685). Dennoch, gleich in 2023 nahm die Gesamtanzahl der Auszubildenden um 629 Personen bzw. 8,19 % wieder ab und ist somit 3,6-mal größer als der 2013-Rückgang.<sup>380</sup> Für die Periode 2013 bis 2023 gilt, dass die Anzahl

<sup>379</sup> Vgl. ABDA: *Die Apotheke, Zahlen - Daten - Fakten*, 2024, S. 50.

<sup>380</sup> Vgl. ABDA: *Die Apotheke, Zahlen - Daten - Fakten*, 2024, S. 50.

der Auszubildenden um 673 Personen bzw. 8,71 % allgemein rückläufig ist (siehe Anhang, Tab. 28).

### **3.5.3.1 Pharmazeuten im Praktikum (PhiP)**

Die Pharmazeuten im Praktikum (PhiP) machen 2023 insgesamt mit 1.476 PhiP bzw. von 2013 bis 2023 im Mittel 1.599 Auszubildende bzw. durchschnittlich 21,5 %, die geringste Gruppe aus. Sie ist die einzige der drei Gruppen, die von 2013 bis zur deren Kulmination in 2021 (1.692 PhiP) um 257 Pharmazeuten bzw. 17,9 % zunahm. Dennoch, der bisherige Tiefstand von 2014 (1.467 PhiP) wurde 2023 (1.476 PhiP) mit einer Reduzierung um 187 PhiP bzw. 11,2 % fast wieder erreicht (Kap. 3.5.2.1.4 und Kap. 3.5.3.1).

### **3.5.3.2 Pharmazeutisch-kaufmännische Angestellte/r (PKA)**

Im Betrachtungszeitraum bildeten die PKA innerhalb der Apotheken-Auszubildenden, die größte Gruppe bzw. im Mittel 3.704 entsprechend einem Anteil von 49,8 %. Nach dem Hoch in 2022 (3.863 Auszubildende) nahm die Anzahl in 2023 um 268 Personen bzw. 6,9 % wieder ab. Insgesamt nahm der Anteil an PKA-Auszubildenden um 7,12 % ab (Kap. 3.2.6.5 und Kap. 3.5.3.2).

### **3.5.3.3 Pharmazeutisch-technischer Assistent/in (PTA)**

Die zweitgrößte Gruppe ist die der PTA, die im Mittel 28,7 % der Auszubildenden stellten. Nach dem großen Einbruch in 2015 (248 Auszubildende und 10,5 % weniger zum Vorjahr) schwankte deren Anzahl zwischen 2.131 (2019) und 2.068 (2021). Das Jahr 2023 bildete auch eine Zäsur, mit einem Rückgang von 174 PTA bzw. 8,2 % auf 1.955 PTA-Auszubildende. Der Rückgang der PTA-Auszubildenden war mit 18,4% (2013 bis 2023) der höchste Rückgang der drei Ausbildungsberufe (Kap. 3.2.6.4; Kap. 3.5.2.3).

## **3.6 Apothekenreform (ApoRG)**

Wiederholt wurde in den Medien berichtet, dass im Bundesgesundheitsministerium (BMG) über eine Reform der Apothekenstruktur bzw. deren Vergütung nachgedacht werde. Die Eckpunkte für eine „Apothekenhonorar- und Apothekenstrukturreform“ wurden am 20.12.2023 der Öffentlichkeit in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung (FAZ) vorgestellt. Die FAZ veröffentlichte zudem am 12.06.2024 den langerwarteten Referentenentwurf zum „*Gesetz für eine Apothekenhonorar- und Apothekenstrukturreform*“, das vom BMG erst am 14.06.2024 online gestellt wurde.

In diesem Kapitel werden die vorgeschlagenen Änderungen betrachtet und drei Gutachten analysiert. Der Reform wird unisono bescheinigt, nicht die wirtschaftlichen Probleme der Apotheken lösen zu können und nach rechtlicher Würdigung wird davon ausgegangen, dass das ApoRG verfassungsrechtlich äußerst bedenklich wäre.

### 3.6.1 Der Referentenentwurf zum Apotheken-Reformgesetz (ApoRG)<sup>381</sup>

Der Entwurf testiert im ersten Abschnitt: „*Der Erhalt eines flächendeckenden Apothekennetzes mit persönlicher Vor-Ort-Beratung ist von zentraler Bedeutung für die Arzneimittelversorgung*“ [1, 22]. Damit die Arzneimittelversorgung auch zukünftig gewährleistet werden kann, schlägt das Apotheken-Reformgesetz (ApoRG) folgende Änderungen bei

- der Apothekenvergütung,
- den strukturellen Anforderungen und
- zudem Leistungserweiterungen vor [1].

Der Referentenentwurf liefert für eine Reform auch eine Begründung: „*Der Fachkräftemangel, ein wachsendes Stadt-Land-Gefälle in der Bevölkerung sowie die Abwanderung in andere Beschäftigungszweige können perspektivisch zu Versorgungseinschränkungen in der Fläche führen.*“ [22]. In Verbindung mit der Apothekenreform wären insgesamt zehn apothekenrelevante Gesetze zu ändern [8 bis 20].

#### 3.6.1.1 Vergütung

##### 3.6.1.1.1 Notdiensthonorar

Mittel, die bisher für pharmazeutische Dienstleistungen (pDL) zur Verfügung standen, sollen teilweise an den NNF umgeleitet werden, um z. B. Apotheken, die sich in Regionen mit geringer Apothekendichte und hoher Anzahl von Notdiensten befinden finanziell zu stärken. Der Notdienstzuschlag soll von 0,21 Euro auf 0,28 Euro bzw. 33,3 % pro Verordnung steigen, damit ein Notdienst mit ca. 550 Euro vergütet werden kann [2, 22-23, 41-43]. Dafür soll das pDL-Budget weniger Mittel erhalten, indem der Zuschlag von 0,20 Euro auf 0,13 Euro gekürzt wird [43]. Da dem Apothekensektor in Gänze keine weiteren Mittel zur Verfügung gestellt werden sollen, ist das „neue“ Konzept eine reine Umverteilung. Dabei ist die Argumentation widersprüchlich, denn es wird gefordert, dass Apotheken vermehrt und gleichzeitig noch

---

<sup>381</sup> Vgl. BMG (14.06.2024): *Referentenentwurf - Gesetz für eine Apothekenhonorar- und Apothekenstrukturreform (Apotheken-Reformgesetz - ApoRG)*.

weitere pDL erbringen sollen. Damit sollte die nächste Finanzierungslücke vorprogrammiert sein.

### 3.6.1.1.2 Die Fixe (Fixum) und variable Vergütung

	Vergütung					
	fixe			variable		
2024	8,35 €			3,0%		
2025	8,66 €	0,31 €	3,71%	2,5%	-0,5%	-16,7%
2026	9,00 €	0,34 €	3,93%	2,0%	-0,5%	-20,0%
Gesamt		0,65 €	7,78%		-1,0%	-33,3%

Tab. 29: DE (2024/25): Veränderungen der Apothekenvergütung durch das ApoRG. Eigene Berechnungen. Quelle: BMG (2024)<sup>382</sup>

**Fixum:** Sofern das Gesetz in Kraft tritt, soll das Fixum von 8,35 Euro in 2024, ab 2025 um 0,31 Euro bzw. 3,71 % und somit auf 8,66 Euro angehoben werden. Zusätzlich geplant ist, dass ab 2026 die fixe Vergütung auf 9,00 Euro ansteigen soll, womit sich die Vergütungssteigerung nach 2024 um 7,78 % bzw. 0,65 Euro erhöhen wird [2, 7, 17, 23, 42, 43].

**Variable Vergütung:** Zu denselben Terminen wird die variable Vergütung um jeweils einen halben Prozentpunkt gesenkt, so dass diese in 2026 bei 2,0 % liegen soll bzw. um 33,3 % geringer ist als in 2024. Wenn durch das ApoRG die variable Vergütung von 3,0 % auf 2,0 % gesenkt wird, dann hat dies insbesondere Auswirkungen auf den durch Hochpreiser erzielten Anteil des Rohertrages. Denn dieser wird sich dann von gerade kostendeckenden ca. 3.000 Euro plus auf unwirtschaftliche 2.000 Euro plus und somit um ein Drittel reduzieren (siehe Tab. 29).

Der Gesetzgeber überträgt der Selbstverwaltung (GKV, PKV und die Apothekenverbände) die Vergütungsverhandlungen, die bis Ende Juni 2026 abgeschlossen sein sollen, damit ab Januar 2027 eine neue Vergütung gelten kann [15, 17, 23, 27, 42-43].

Da die Verhandlungspartner diametral unterschiedliche wirtschaftliche Interessen haben, ist ein Konflikt vorprogrammiert [43]. Auch wenn der Referentenentwurf „fristgemäß“ angenommen werden würde, ist zu bezweifeln, dass es ab 01. Januar 2027 eine neue Apothekenvergütung geben wird. Denn die zähen, langwierigen und erfolglosen Verhandlungen bzgl. der pharmazeutischen Dienstleitungen (pDL) sind als negatives Vorbild zu benennen. Letztendlich musste damals eine Schiedsstelle angerufen werden, die die Vergütungen für die pDL erst Jahre später festlegte (Kap. 3.4.2.1.3). Zusätzliche Kriterien, wie die Versorgungssituation zur Sicherstellung einer flächendeckenden Arzneimittelversorgung, Änderungen des Verbraucherindex und die Grundlohnsumme sind auch noch bei den Vergütungsverhandlungen zu

<sup>382</sup> Vgl. BMG (14.06.2024): Referentenentwurf - Gesetz für eine Apothekenhonorar- und Apothekenstrukturreform (Apotheken-Reformgesetz - ApoRG).

berücksichtigen [23]. Dem Gesetzgeber ist dies selbstverständlich bekannt, dennoch anstatt Fakten zu schaffen, wird er seiner Verantwortung nicht gerecht. Obwohl eine Dynamisierung vorgesehen ist, haben die Kassen bereits angekündigt, sowohl die Modalitäten der Anpassung, sowie auch den Startwert, zu hinterfragen.<sup>383</sup> Einziger Trost könnte sein, dass laut Entwurf eine Schiedsstelle zu schaffen ist, die nicht gesondert aufgerufen werden muss und innerhalb von acht Wochen den Anpassungsbeitrag festzulegen hat [44].

In der Tab. 30 (siehe Anhang) kann auf Grundlage der Daten der ABDA - ZDF 2024 (Anzahl Rx-Packungen und Nettoumsatz für 2023)<sup>384</sup> belegt werden, dass durch eine schrittweise Erhöhung des Fixums die Vergütung ansteigen wird. Dennoch, wird dieser Anstieg gleich von der Senkung der variablen Vergütung nicht nur wieder aufgehoben, sondern führt letztendlich zu einem negativen Vergütungsergebnis für die Apotheken.

**Var. Vergütung:** Die Einsparungen der Krankenkassen für 2025 und 2026 werden für die variable Vergütung zusammengelegt auf ca. 835,35 Mio. Euro prognostiziert. Somit könnten die Kassenausgaben (GKV und PKV) für die variable Vergütung von ca. 1,671 Mrd. Euro (2024) um 556,9 Mio. Euro auf ca. 1,1138 Mrd. Euro (2026) fallen.

**Fixum:** Die Mehrausgaben für die fixe Vergütung (Fixum) könnten sich in 2025 um ca. 247,38 Mio. Euro (Erhöhung um 0,31 Euro pro Verordnung) und in 2026 auf ca. 518,7 Mio. Euro (Erhöhung um 0,34 Euro pro Verordnung) belaufen. Gleichbedeutend, dass die Ausgaben für das Fixum von 6,663 Mrd. Euro (2024) mit 518,7 Mio. Euro auf 7,182 Mrd. Euro (2026) steigen könnten.

Dennoch, da die Einsparungen bei der variablen Vergütung höher ausfallen als die Mehrausgaben beim Fixum, könnten die Gesamtausgaben der Kassen von 8,334 Mrd. Euro in 2024 um 69,27 Mio. Euro auf 8,2958 Mrd. Euro bzw. um 0,83 % gesenkt werden. Je nachdem wie viele Apotheken bis 2026 noch nicht geschlossen haben, so könnten die Kasseneinsparungen pro Apotheke im mittleren vierstelligen Bereich liegen.

Durch die Anhebung des Arzneimittelbudgets der Ärzte (GVSG), werden Apotheken durch das Apotheken-Reformgesetz an einem evtl. steigenden Arzneimittelumsatz wenig partizipieren

---

<sup>383</sup> Vgl. DAZ (22.05.2024): *Vier Schwerpunkte der Apothekenreform - BMG gibt Einblick.*

<sup>384</sup> Hinweis: Auch wenn die Umsätze und die Anzahl abgegebener Rx-Packungen sich ändern könnten bzw. werden, so wurde mit den Daten von 2023 gerechnet. Vgl. ABDA: *Die Apotheke, Zahlen - Daten - Fakten, 2024, S. 28-29.*

können.<sup>385</sup> Dann wäre der aktuelle Vergütungsmodus (Stand: 2024) das geringere Übel für die Apotheken, zumal der Apothekenabschlag voraussichtlich ab Februar 2025 wieder auf 1,77 Euro gesenkt werden wird.

### 3.6.1.2 Strukturelle Änderungen

Es wurden strukturelle Änderungen vorgeschlagen:

i.) Flexiblere Öffnungszeiten, indem die Öffnungszeit nur noch täglich sieben Stunden mindestens betragen soll bzw. Sonnabend mindestens 4 Stunden. Zweigapotheken sind täglich einschließlich Sonnabend vier Stunden zu öffnen [3, 14, 24, 26, 28, 33, 40-41].

Diese „Neuerung“ ist bereits veraltet, denn diverse Landesapothekenkammern wie z.B. die Landesapothekenkammer Brandenburg haben sog. Kernöffnungszeiten bereits erlassen.

Nicht nachvollziehbar ist die angebliche Ersparnis von Personalkosten durch Öffnungszeitreduzierungen. So wird im Referentenentwurf vorgerechnet, dass sich die Personalkosten um ungefähr 1.300 Euro pro Monat und Apotheke und somit insgesamt 11,4 Mio. Euro pro Jahr reduzieren lassen [28]. Da ein Personalmangel in Apotheken bereits vorhanden ist, wird sich die Personalsituation eher nicht ändern und somit auch keine schöngerechneten Personalkostenreduktionen ergeben. Dieser Sachverhalt ist kaum kongruent mit der Forderung, dass Apotheken immer mehr pDL erbringen sollen.

ii.) Die einfachere Gründung von bis zu zwei Zweigapotheken. Eine Verlängerung der Betriebserlaubnis soll von 5 Jahre auf 10 Jahre erhöht werden. Auf ein Labor und eine Rezeptur könnte verzichtet werden, sofern entsprechende Leistungen im Verbund erfüllt werden und ausreichender Lagerraum vorhanden ist [5, 7, 9, 13-14, 24, 26, 28-29, 32-33, 38-40].

Es ist davon auszugehen, dass bereits aktuell Apotheken in einem Verbund (Hauptapotheke und bis zu drei Filialen) bei Identitätsprüfungen und Rezepturen zusammenarbeiten. Daher wäre eine Änderung sinnvoll bzw. käme letztendlich einer Legalisierung gleich. Somit ist auch bei Zweigapothekengründung von einer Kostenreduzierung für Geräte und Räumlichkeiten auszugehen. Die errechneten Einsparungen betreffen dennoch nicht den Gesetzgeber, die Kassen oder die Bevölkerung, allein den Zweigapothekengründer. Die bereits bestehende Zweigapotheke als Apothekenmodell hat sich nicht durchgesetzt (Kap. 3.2.7). Mit der

---

<sup>385</sup> Vgl. DAZ (22.05.2024): *Vier Schwerpunkte der Apothekenreform - BMG gibt Einblick.*

Änderung div. Vorschriften und Räumlichkeiten (kein Labor, keine Rezeptur, kein Bereitschaftsdienstzimmer), nur noch ausreichende Lagermöglichkeiten sind zu gewährleisten, würde die Wirtschaftlichkeit einer Zweigapotheken-Gründung sicherlich erhöhen. Das Lager wird dennoch ein Problem sein, d. h., bezogen auf das Warenvolumen und den -durchlauf.

Der Referentenentwurf benennt die Gründung von ca. 100 Zweigapotheken [29]. Wenngleich ca. 500 Apotheken pro Jahr weiterhin schließen, wird sich die Arzneimittelversorgung der Bevölkerung nicht verbessern. Letztendlich ist der erzielbare Gewinn und nicht der Wille des Gesetzgebers entscheidend für den Erfolg einer Zweigapotheke. Nicht ohne Grund haben in den letzten Dekaden in ländlichen Regionen Schlachter, Bäcker und sonstige Betriebe wegen mangelnder Kaufkraft, ihre Tätigkeit eingestellt. Der Gesetzgeber definiert in seinem Entwurf nicht, ob diese in der Gründung kostengünstige Betriebsform nur auf unattraktive Standorte begrenzt ist oder überall bestehenden Apothekenbetrieben Konkurrenz machen dürfen.

iii.) Filialgründungen sollen nicht mehr an die Entfernung von der Hauptapotheke bzw. an die übernächste Kreisgrenze (bzw. kreisfreie Stadt) gebunden sein [3, 8]. Wobei die betriebenen Einheiten „...in einer Entfernung zueinander liegen müssen, die ihm (Anm.: Gemeint ist der Apothekenleiter) innerhalb einer angemessenen Zeitspanne die Wahrnehmung seiner persönlichen Verantwortung erlaubt“ [3, 8, 24, 29, 31].

Wenngleich eine Fahrtzeit von bis zu drei Stunden (Hin- und Rückfahrt?) vom Referentenentwurf vorgesehen wird, damit der Erlaubnisinhaber seine persönliche Verantwortung ausüben kann [31], ist dieses Szenario als unrealistisch zu bewerten. Denn bei drei bis sechs Stunden (Hin- und Rück-)Fahrtzeit und zusätzlicher Arbeitszeit nehmen die Arbeitstage für einen Apothekenleiter pro Zweigapotheke pro Woche mindestens einen ganzen Arbeitstag zu. Inwiefern die wenig aussagekräftige Formulierung zu Fehlentwicklungen führen könnte und wie dies kontrolliert bzw. sanktioniert werden soll, lässt der Referentenentwurf gänzlich offen.

iv.) Die Leitung von Filialen und Zweigapotheken kann auch vom Apothekenleiter übernommen werden. Des Weiteren soll der Begriff des Filialverbunds eingeführt werden (d. h., Hauptapotheke, bis zu drei Filialapotheken und zusätzlich bis zu zwei Zweigapotheken [3, 8, 24, 31-32, 36]).

Wenn der Gesetzgeber durch sein Handeln dafür sorgt, dass sich die Verdienstmöglichkeiten in öffentlichen Apotheken immer mehr reduzieren, dann wird in der Konsequenz auch die Anzahl nachrückender Apotheker abnehmen (Wirtschaftlichkeitsprinzip). Dies gilt insbesondere für Approbierte, die bei einer ausreichenden Vergütung den Weg in die Selbstständigkeit wählen würden. Zudem hat es der Gesetzgeber versäumt für vertretungsberechtigte, pharmazeutische Kräfte zu sorgen (Kap. 3.2.6.3; Kap. 3.5.2.2). Die Regelung bezeugt abermals einen gewollten Rückschritt im Apothekenwesens, bedingt durch eine verfehlte Vergütungspolitik des Gesetzgebers und damit auch eine einhergehende, verringerte Sicherstellung der Arzneimittelversorgung der Bevölkerung.

v.) Führen einer öffentlichen Apotheke durch PTA, sofern es eine telepharmazeutische Anbindung gibt und der Apothekenleiter mindestens 8 Stunden pro Woche in der Einheit anwesend ist [3, 8, 12-13, 24, 35-39].

Die tägliche Arbeit eines Apothekers und eines PTA unterscheidet sich nicht im Wesentlichen. Wenn auch der Vergleich nicht ganz stimmig ist, wer würde sich in einem Krankenhaus von einem Pfleger operieren lassen, wenn gerade kein Chirurg zugegen ist? Die Leitung einer Apotheke durch einen PTA, wäre ein eklatanter Bruch mit der derzeitigen Gesetzgebung. Haftungsrechtliche Fragen bzw. Verantwortlichkeiten werden vom Referentenentwurf in keiner Weise erörtert, geschweige denn geregelt.

vi.) Aufteilung der Leitung von Filial- und Zweigapotheken durch zwei Apotheker, wenngleich die Leitung einer Filiale bei Apothekern verbleibt [3, 8, 12, 24, 26, 30-31, 36-37].

Siehe iv.)

vii.) Apothekengründungen durch im Ausland approbierter Apotheker soll ermöglicht werden [3, 24, 26, 30, 31].

Bisher war nur die Übernahme einer bestehenden Apotheke möglich [31].

viii.) Diverse Maßnahmen, um ausländisches pharmazeutisches Personal, das im Ausland pharmazeutische Kenntnisse bzw. Abschlüsse erworben hat und nichtpharmazeutisches Personal, in Apotheken zu beschäftigen [3, 10, 12-13, 22, 24-26, 30-31, 34-35, 37].

Die Zuwanderung von Arbeitskräften muss so unbürokratisch und effektiv wie möglich geregelt werden. Wenn die Landesregierungen in Bremen und Brandenburg auf die

Ausbildung von Apothekern verzichtet, scheint ein auswärtiger Arbeitskräfteersatz eine Möglichkeit, um einen Fachkräftemangel zu kompensieren.

ix.) Aufbewahrung von BtM in einem Kommissionierer möglich [3, 20, 24, 26-27, 29-30, 48-49].

Bisher hatten alle Apothekeneinheiten in Deutschland einen Tresor für die BTM-Aufbewahrung zu nutzen und somit betrifft die Änderung auch kein wirkliches (Kosten-)Problem der bestehenden Apotheken. Inwiefern die Einlagerungsmöglichkeit von BTM in Kommissionierautomaten zu Kostenreduzierungen führen soll, ist nicht nachvollziehbar und wird im Referentenentwurf zudem auch nur als geringfügig eingeschätzt. Trotz der außerordentlichen Wichtigkeit der Bereitstellung von BTM für den einzelnen Kunden, betrifft dies nur ein Randsortiment, das mit einem hohen Arbeitsaufwand (BtM-Dokumentation) und Kosten verbunden ist. Es ist davon auszugehen, dass die meisten Apotheken weiterhin ihren BTM-Tresor verwenden und von dieser Änderung keinen Gebrauch machen werden. Einzig allein bei einer Neugründung mit Kommissionierer käme es zu einer Kosteneinsparung. Inwieweit eine BTM-Lagerung in einer Zweigapotheke ohne Kommissionierer geregelt werden soll, wird vom Referentenentwurf nicht festgelegt.

Wenn ein Apotheker zukünftig pro Woche nur 8 Stunden in einer Zweigapotheke zugegen sein muss, wird die BtM-Versorgung zwangsläufig Einschränkungen erleiden und allein dadurch stellt sich ein Rückschritt in der Arzneimittelversorgung dar. Z. B., wenn die Verordnung an einem Sonnabend eintrifft und der Approbierte nur freitags zugegen ist, müsste die Belieferung Tage warten, denn ein PTA darf nur unter der Aufsicht eines Apothekers ein BtM abgeben. Inwiefern eine Zweigapotheke überhaupt BTM vorrätig halten darf, wird auch nicht durch das ApoRG geregelt.<sup>386</sup>

x.) Die Zulässigkeit der Gewährung von Rabatten und Vergünstigungen

Änderung der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) §2, Satz 1, zweiter Halbsatz: *„zusätzlich darf auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers ohne die Umsatzsteuer höchstens ein Zuschlag von 3,15 % Prozent, höchstens jedoch 37,80 Euro erhoben werden.“* Dann folgt Satz 2: *„Abweichend von Satz 1 zweiter Halbsatz ist die Gewährung von handelsüblichen Rabatten oder Vergünstigungen zulässig“* [16].

---

<sup>386</sup> Vgl. BMJ: *Verordnung über das Verschreiben, die Abgabe und den Nachweis des Verbleibs von Betäubungsmitteln (Betäubungsmittelverschreibungsverordnung – BtMVV)*, §17, i. V. m. § 12.

Durch das „Skonto-Urteil“ wurde den Apotheken nach 02/2024 eine wichtige Einnahmequelle genommen, die vielen Apotheken noch gerade so die Existenz ermöglicht hatte (Kap. 3.4.2.1.6). Durch das ApoRG will der Gesetzgeber Rabatte und Vergünstigungen einführen und somit übliches kaufmännisches Handeln wieder zulassen. Eine „vergiftete Pille“ für die Apothekerschaft bzw. um Stakeholder zu beruhigen, denn wenn geglaubt wird, dass die Konditionen bei einer Neueinführung wieder dieselben sein werden, wie vor dem „Skonto-Urteil“, wird sicherlich enttäuscht werden. Zudem stellt Rixen (2024) in seinem von der PHAGRO beauftragten Kurzgutachten fest, dass die Änderung des § 2 AMPPreisV im Referentenentwurf zum Apo-RG verfassungswidrig wäre, denn die pGH würden u. a. „*in ihrer grundrechtlich geschützten Berufsfreiheit (Artikel 12 Absatz 1 Grundgesetz [GG] in Verbindung mit dem Rechtsstaatsprinzip, Artikel 20 Absatz 3 GG)*“ verletzt werden.<sup>387</sup>

#### 3.6.1.3 Dienstleistungserweiterungen

xi.) Impfungen mit Totimpfstoffen volljähriger Personen [3, 4, 10-11, 18-19, 22, 24, 32, 34-35, 40, 45-48].

Apotheken haben während der Covid19-Pandemie zunehmend die Ärzteschaft durch Impfungen entlastet. Da sich diese Entlastung bewährt hat, sollen weitere Impfmöglichkeiten durch Apotheken ausgeweitet werden. D. h., auch wenn es sich bei diesen Maßnahmen vordergründig um neue Einnahmequellen für Apotheken handeln soll, deren Vergütung noch nicht bekannt ist, so geht es hauptsächlich um die Entlastung der Ärzteschaft und die Belange der Apothekenkunden. Die Vergütung während der Testung in der Covid19-Pandemie war willkürlich, denn mit abnehmender Notwendigkeit, wurden die Vergütungssätze für Apotheken immer weiter gesenkt, obwohl Ablauf wie auch Kosteneinsatz während der gesamten Zeit gleichblieb. D. h., dass auch für zukünftige Impfungen keine Planungssicherheit gegeben sein wird, und es ist zu befürchten, dass auch diese Apothekenleistungen unterfinanziert werden.

xii.) Durchführung von patientennahen Schnelltests [4, 19-20, 22, 24, 41].

Es liegen noch keine Daten bzgl. der Vergütung dieser Leistungen vor. Es ist davon auszugehen, dass es auch hier zu zähen Verhandlungen zwischen GKV und DAV

---

<sup>387</sup> Vgl. Rixen (2024): S. 40, 41.

kommen wird. Es ist dennoch davon auszugehen, dass die Apothekenleistungen wieder unterfinanziert werden.

xiii.) Die Werbung für In-vitro-Diagnostika soll nicht mehr verboten werden [4, 15, 41].

Wenn Apotheken In-vitro-Diagnostika einsetzen dürfen, ist das entsprechende Werbeverbot selbstsagend aufzuheben.

### **3.6.2 Dem ApoRG widersprechende (Rechts-)Gutachten**

Durch die ABDA wurde ein Rechtsgutachten bei Di Fabio (2024) und ein Wirtschaftsgutachten bei Götz (2024) zur Einschätzung der geplanten Apothekenreform in Auftrag gegeben. Beide Gutachten wurden im April 2024 auf dem DAV-Wirtschaftsforum vorgestellt, also noch bevor der Referentenentwurf des BGM zur Apothekenreform veröffentlicht wurde. Die Freie Apothekerschaft e.V. bat zudem die Rechtsanwälte Kalscheuer und Harding (2024) um eine gutachterliche Stellungnahme, die im Juni 2024 der Öffentlichkeit vorgestellt wurde.

#### **3.6.2.1 Das Gutachten von Di Fabio**

In seinem Rechtsgutachten *„Apothekerliche Präsenzpflcht in der Apotheke - Zur verfassungsrechtlichen Einordnung des Berufsbildes des Präsenzapotheker<sup>388</sup>* kommt der ehemalige Bundesverfassungsrichter Di Fabio (2024) zum Ergebnis, dass eine Entfernung vom Leitbild des Präsenzapothekers, der in persönlicher Kontrolle die Arzneimittelabgabe leitet, zweifelhaft und der Arzneimittelsicherheit nicht dienlich wäre [5 (9)]. Folglich könnte, die Änderung der gesetzlich vorgesehenen Präsenzpflcht von Apothekern in der vom Gesetzgeber angestrebten Apothekenreform, eine Verfassungsverletzung darstellen.

Das Gutachten argumentiert stringent nach den folgenden zehn Thesen:

[3 (1)]: Die im öffentlichen Interesse gebotene Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung der Bevölkerung obliegt den Apotheken. Dabei bilden das Arzneimittel- und das Apothekengesetz die wesentlichen Rechtsgrundlagen. Grundbaustein des deutschen Gesundheitssystems ist dabei, die kontrollierte Abgabe von Arzneimitteln durch Apotheken [6, 9, 19, 37].

[3 (2)] Der Staat erfüllt durch die Ausgestaltung und Aufsicht des Apothekenwesens eine Schutzpflicht, aus dem Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit heraus [9, 39-40].

---

<sup>388</sup> Vgl. Di Fabio (2024).

[3 (3)] Dabei verfügt der Gesetzgeber über einen Gestaltungsspielraum, um seinen Verfassungsauftrag bzgl. der Arzneimittelsicherheit und der Wahrung des Patientenwohls zu erfüllen. *„Dieser Gestaltungsspielraums ist dann überschritten, wenn entweder der Schutzzweck verfehlt oder unverhältnismäßig oder gleichheitswidrig die Berufsfreiheit der Apotheker (...) eingeschränkt wird“* [31, 34].

[3 (1, 4)] Das Leitbild des Präsenzapothekers hat sich in der beruflichen Selbstbestimmung mit der Selbstverwaltung der Apotheker und im Zusammenspiel mit spezifischen gesetzlichen Regelungen, entwickelt [6, 13, 23, 25]. Die auferlegten Berufsbeschränkungen der Apotheker sind gerechtfertigt und können mit dem Erlangen einer Approbation erfüllt werden [11-12, 15-16, 27]. Denn letztendlich ist die im öffentlichen Interesse durch Apotheken sicherzustellende, ordnungsgemäße Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln ein bedeutsames Gemeinschaftsgut. Die Gewährleistung dieses Gutes setzt eine hohe Ausbildung voraus, um eine fachliche Beratung und pharmazeutische Kontrolle erfüllen zu können [12-16, 20]. Vor diesem Hintergrund ist auch die monopolisierte Arzneimitteilabgabe durch Apotheken zu rechtfertigen [13, 15, 21-22].

[4 (5)] Die Abgabe von Arzneimitteln kann grundsätzlich nur wirksam kontrolliert und durch Apotheker in persönlicher Präsenz, in geeigneten Räumlichkeiten gewährleistet werden [6, 10, 17-19, 22].

[4 (6)] Wenn die gewachsene Berufsfreiheit des Apothekers geändert werden soll, der im Kern ein freier Beruf und in der Ausübung ein Gewerbe ist, dann hat der Gesetzgeber dies zu begründen. Denn eine Veränderung der Berufsfreiheit ist als ein *Grundrechtseingriff* zu werten [19, 22-26, 28].

[4 (8)] Wenn der Gesetzgeber die Berufsbedingungen umfänglich gesetzlich regelt und die maßgeblichen Indizes der Rentabilität festlegt [6, 10, 35], dann gerät dieser in eine *Garantenstellung* [36]. Dies gilt insofern, wenn sich die wirtschaftlichen Bedingungen soweit verringern, dass die Fortführung des freien Berufs nicht mehr möglich ist. In diesem Fall ist zudem der Tatbestand einer *regulatorischen Ingerenz* erfüllt. Dann hat der Gesetzgeber sich zu verantworten und für die Folgen seiner Interventionen Kompensation zu leisten [33, 34] und dies, *„bevor er die Berufsfreiheit ein weiteres Mal an anderer Stelle einschränkt. Das gilt vor allem für Preis- und Rentabilitätsbestimmungen, die der Berufsfreiheit nicht faktisch den Boden entziehen dürfen“* [34].

[5 (9)] Jede Änderung des Berufsbildes ist zu überprüfen, denn „*Jeder gesetzgeberischer Schritt in Richtung einer Entfernung vom Leitbild persönlicher Kontrolle der Arzneimittelabgabe durch einen pharmazeutisch qualifizierten Apotheker (...) ist als Grundrechtseingriff im Hinblick auf Eignung und Erforderlichkeit zu beurteilen.*“ Die vom Gesetzgeber angestrebte Berufsbildveränderung des Präsenzapothekers ist in seiner Intensität ein großer Eingriff [28, 29, 31, 38] und es wäre zu überlegen, ob das gewünschte Ziel, die Arzneimittelversorgung der Bevölkerung (auch in bevölkerungsärmeren Regionen), nicht durch weniger drastische Maßnahmen erreicht werden könnte [32, 36-37, 41-42]. Infolge seiner massiven (Markt- und Berufsbild-)Regularien, hat sich der Gesetzgeber auf eine Garantenstellung eingelassen, die ihn zur Schaffung angemessener Rentabilitätsbedingungen verpflichtet [28, 36].

[5 (10)] Durch den demographischen Wandel werden der pharmazeutische Beratungsbedarf, auch die Selbstmedikation und -behandlung steigen (Kap. 1).

[5 (11)] Auch die zunehmenden Arzneimittelengpässe verlangen den Präsenzapotheker.

Di Fabio resümiert, dass der Gesetzgeber die ordnungsgemäße und kontrollierte Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln dem freien Berufsstand der Apotheker übertragen hat. Der Apothekerberufsstand hat diverse einschränkende Regelungen bzgl. der Berufsordnung, Preise und Rentabilitätsbedingungen zu akzeptieren und seine Tätigkeit als Gewerbetreibender auszuüben. Als Gegenleistung verpflichtete sich der Gesetzgeber, den Apothekern die Erwirtschaftung eines auskömmlichen Einkommens zu ermöglichen. Eine berufsbildändernde Regelung ist ein nicht unerheblicher Eingriff in die Gesetzgebung, die sorgfältig zu prüfen ist. Dabei kommt es auf die Verhältnismäßigkeit an, denn nicht der einfachste Weg muss der angemessene sein. Der von dem Gesetzgeber inzwischen eingeschlagene Weg könnte somit verfassungswidrig sein.

#### **3.6.2.2 Das Gutachten von Kalscheuer und Harding**

Nachdem der Referentenentwurf zur geplanten Apothekenreform (ApoRG) im Juni 2024 veröffentlicht war, beauftragte die Freie Apothekerschaft e. V. eine Kieler Rechtsanwaltskanzlei eine „*Gutachterliche Stellungnahme zur Vereinbarkeit des Referentenentwurfs zum Apotheken-Reformgesetz mit dem Apotheken- und Verfassungsrecht*“ zu erarbeiten.<sup>389</sup> Die Rechtsanwälte Kalscheuer und Harding (2024) hatten im Gegensatz zu Di Fabio (2024) den Vorteil, dass der Referentenentwurf vor Beginn ihrer Tätigkeit bereits veröffentlicht war und somit keine unvollständige Informationslage mehr bestand, auf deren Grundlage Di Fabio und Götz ihre

---

<sup>389</sup> Vgl. Kalscheuer, F.; Harding, N. (2024).

Gutachten zu erstellen hatten. Kalscheuer und Harding konnten sich zudem auf die Arbeit von Di Fabio beziehen.

Um Wiederholungen zu Di Fabio zu vermeiden, sollen folgend nur die beiden herausragenden Sachverhalte der Stellungnahme von Kalscheuer und Harding (und damit auch die von Di Fabio) beleuchtet werden:

- i.) Eine apothekenrechtliche Würdigung der geplanten Vertretungsberechtigung des Apothekers durch PTA (Änderung des § 3 Abs. 3a ApBetrO; Referentenentwurf [13]) mit höherrangigem Recht [13] und
- ii.) festzustellen, inwieweit eine Verfassungskonformität der geplanten Rechtsänderung gegeben ist [13].

#### **3.6.2.2.1 Die Vereinbarkeit mit höherrangigem Recht**

Eine Änderung des § 3 Abs. 3a ApBetrO ist eine Rechtsverordnung, die durch den § 21 Abs. 1 Satz 1 ApoG gedeckt wäre [13]: *„Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates eine Apothekenbetriebsordnung zu erlassen, um einen ordnungsgemäßen Betrieb der Apotheken, Zweigapotheken und Krankenhausapotheken zu gewährleisten und um die Qualität der dort herzustellenden und abzugebenden Arzneimittel sicherzustellen.“*<sup>390</sup> Wenn eine niederrangige Rechtsnorm geändert werden soll, ist eine Vereinbarkeitsprüfung mit höherrangigem Recht vorzunehmen. Höherrangiges Recht ist z. B. das Verfassungsrecht oder auch alle Rechtsnormen vom Rang des einfachen Parlamentsrechts. Eine Prüfung auf Vereinbarkeit ist indiziert, da es sich bei der Apothekenbetriebsordnung (ApoBetrO) um eine niederrangige Rechtsnorm handelt [14]. Hinzu ist zu untersuchen, ob die Änderung des § 3 Abs. 3a ApBetrO einer vom Bundestag verabschiedeten gesetzlichen Grundlage benötigt [14].

Der § 7 Satz 1 ApoG besagt: *„Die Erlaubnis verpflichtet zur persönlichen Leitung der Apotheke in eigener Verantwortung.“*<sup>391</sup> Gleichbedeutend, dass ein Apothekenleiter weder in pharmazeutischer Hinsicht noch bzgl. der Betriebsorganisation seine Verantwortung auf Dritte übertragen darf [14]. Durch die Änderung des § 3 Abs. 3a ApBetrO, würde die persönliche Verantwortung und somit die Verfügungsgewalt über seine Apotheke zudem auf nicht-approbiertes Personal übertragen werden und der Apothekenleiter damit im Betrieb nur noch eine untergeordnete Stellung einnehmen [15]. Damit ist die geplante Änderung des § 3 Abs. 3a

---

<sup>390</sup> Vgl. BMJ: *Gesetz über das Apothekenwesen (Apothekengesetz - ApoG)*, § 21.

<sup>391</sup> Vgl. BMJ: *Gesetz über das Apothekenwesen (Apothekengesetz - ApoG)*, § 7.

ApBetrO als ein Paradigmenwechsel zu betrachten [15]. Die ApoBetrO ist konzeptionell zur Regelung von Detailfragen im (täglichen) Apothekenbetrieb erlassen worden (Kap. 3.2.3) und somit eher dem (Fach-)Gesundheitsministerium als dem Parlament zuzuordnen. Die geplante Veränderung des § 3 Abs. 3a ApBetrO stellt ein regulatorisches Abweichen vom Grundprinzip des deutschen Apothekenrechts dar, verstößt somit gegen höherrangiges (Parlaments-)Recht, d. h. gegen § 7 Satz 1 ApoG und ist folglich als unwirksam einzuordnen [16].

#### **3.6.2.2.2 Die Verfassungsrechtliche Unvereinbarkeit**

Die Veränderung des § 3 Abs. 3a ApBetrO stellt auf Grund der Änderung des bisherigen Leit- und Berufsbilds des Apothekenrechts einen rechtfertigungsbedürftigen Grundrechtseingriff dar ([17]; Di Fabio [4 (6)]). Die Begründung der staatlicherseits gewünschten Änderungen der strukturellen Anforderungen liegt in den fehlenden wirtschaftlichen Anreizen. Die Veränderung könnte zu einer Verminderung des Sicherheitsniveaus bei der Arzneimittelabgabe führen. Dabei könnte eine staatliche Optimierung der Ertragsverhältnisse der Apotheken, der derzeitigen wirtschaftlichen Situation der Apotheken entgegenwirken [17].

Kalscheuer und Harding stellen, wie auch Di Fabio, die *regulatorische Ingerenz* fest (Di Fabio [4 (8)]). Denn der Gesetzgeber hat dafür zu sorgen, dass ein engmaschig regulierter Beruf nicht unverhältnismäßig beeinträchtigt werden darf, damit letztendlich der Gesamtzweck gefährdet wird. Doch genau dieses erreicht der Gesetzgeber nicht, wenn die Ertragsverhältnisse der Apotheken nicht anpasst werden. Des Weiteren wird angenommen, dass der Verbraucherschutz durch die Änderung des § 3 Abs. a ApoBetrO verringert wird [17, 20]. Dem Gesetzgeber stehen weitere, weniger intensive Möglichkeiten zur Verfügung, um die Arzneimittelversorgung der Bevölkerung zu gewährleisten und ggf. das Apothekensterben aufzuhalten [22].

Die Stellungnahme kommt zur folgenden Schlussfolgerung, dass erhebliche Zweifel an der Vereinbarkeit der Änderung der ApoBetrO mit dem verfassungsrechtlichen Gesetzes- und Parlamentsvorbehalt bestehen [18], denn die Entscheidung über wesentliche Fragen ist ausschließlich dem Parlament vorbehalten [19-20], das sich grundlegenden Entscheidungen für das Gemeinwesen auch nicht entziehen darf [18]. D. h., dass Entscheidungen über wesentliche Fragen vom Rang einer Rechtsverordnung [21] einer der Exekutive unterordnetes Ministerium nicht fällen darf [20].

### 3.6.2.3 Das Gutachten von Götz

Das von der ABDA beauftragte Gutachten von Götz (2024)<sup>392</sup> sollte die Frage beantworten „*Bremst die BMG-Honorarreform das Apothekensterben?*“ Im Gutachten werden vordergründig zwei Aspekte betrachtet:

- i.) Die wirtschaftliche Lage der Apotheken, wobei der Fokus auf den umsatzschwachen Apotheken lag und
- ii.) zudem wurde ein alternativer Vergütungsansatz vorgeschlagen, d. h. ein gestaffelter Apothekenabschlag entsprechend der abgegebenen Rx-FAM-Packungsmenge.

#### 3.6.2.3.1 Die wirtschaftliche Lage der Apotheken

Obwohl die Rohgewinne der Apotheken in der letzten Dekade zunahmen, sind die Kosten noch höher angestiegen und damit die Betriebsgewinne gefallen. Im Ergebnis erwirtschafteten umsatzschwache Apotheken 2023 im Mittel ca. 44.000 Euro, wobei ca. 24 % vom NNF kamen. Zudem würde es Filialen geben, die nur noch durch Zuschüsse vom NNF, pDL und Botendienste überleben können. D. h., dass Apothekenleiter teilweise weniger verdienen würden als angestellte Apotheker. Dem unteren Apotheken-Umsatzviertel würden durch das ApoRG pro Apotheke ca. 30.000 Euro verloren gehen. Letzteres im Vergleich zum 2HM-Gutachten [2017: 105], das von einem Mindesteinkommen/ Betriebsergebnis von 99.000 Euro ausging.

#### 3.6.2.3.2 Ein alternativer Vergütungsansatz

Das Gutachten schlägt eine Mengenstaffelung als Grundlage einer Apothekenvergütung vor.

- i.) Dem Apothekensektor fließen keine weiteren Mittel zu und die variable Vergütung wird auf 2 % gesenkt:

Alle Apotheken erhalten bis zur Packungsschwelle von 15.006 Rx-FAM-Packungen ein oberes Fixum von 10,92 Euro. Je mehr Packungen desto geringer das Fixum, wobei der unterste Fixbetrag bei 7,49 Euro gedeckelt sein muss, damit die Kosten gerade noch gedeckt werden können. Bei diesen Werten (abzgl. Apothekenabschlag) würden Apotheken mit einem Nettojahresumsatz von 1 Mio. Euro ca. 30.000 Euro

---

<sup>392</sup> Hinweis: Das Gutachten wurde bisher nicht veröffentlicht. Daher wurde diverse Quellen zur eigenen Bearbeitung herangezogen (Stand: 01/2025).

hinzugewinnen und Apotheken mit einem Nettojahresumsatz von über 3 Mio. Euro mit 30.000 Euro belastet werden.<sup>393</sup>

ii.) Vorausgesetzt, dass umsatzstarke Apotheken keinen Verlust erleiden sollen und die variable Vergütung dennoch auf 2 % gesenkt wird:

Dann wäre der unterste Fixbetrag bei 8,14 Euro festzusetzen, der oberste Fixbetrag verbleibt weiterhin bei 10,92 Euro. Für die GKV würde diese Variante jährliche Mehrausgaben von 310 Mio. Euro bedeuten.

Die Mengenstaffel könnte zur Folge haben, dass die Gleichpreisigkeit geopfert werden müsste und damit eine rote Linie der ABDA überschritten werden würde. Dies könnte das Argument dafür sein, dass die ABDA das Gutachten von Götz (2024) zur Veröffentlichung nicht frei gab (Stand: 01.2025).<sup>394</sup>

Götz (2024) Schlussfolgerung: Wenn das Fixum bis 2026 auf 9,00 Euro erhöht und die variable Vergütung im gleichen Zeitraum sukzessive auf 2 % gesenkt werden würde, ist das Apothekensterben nicht aufzuhalten<sup>395</sup> bzw. würde nur marginal verzögert werden.<sup>396</sup> Damit würde sich keine Verbesserung der Arzneimittelversorgung der Bevölkerung ergeben. Um den Negativtrend zu stoppen ist die vom BMG vorgeschlagene Mittelumverteilung nicht indiziert, sondern eine Anpassung der Apothekenvergütung.<sup>397</sup>

#### 3.6.3 Die Einordnung des geplanten ApoRG

Ein BMG-Abteilungsleiter wird nach einer Veranstaltung der Pharmazeutischen Zeitung (PZ) in einer Ausgabe im Mai 2024 mit folgenden Äußerungen zitiert:

- Auf Grund der Covid19-Pandemie und des Ukraine-Krieges sind so viele Mittel verbraucht worden, dass es für weitere Ausgaben nicht mehr reicht.
- Dass, es für eine von der ABDA geforderte deutliche Erhöhung der fixen Vergütung (Fixum), keine politischen Mehrheiten geben würde und
- die strukturellen Ursachen könnten sich auch nicht durch eine Erhöhung der Apothekenvergütung beheben lassen.<sup>398</sup>

---

<sup>393</sup> Vgl. DAZ.online (17.05.2024): *Bleibt das Götz-Gutachten um Apothekenhonorar unter Verschluss?*

<sup>394</sup> Vgl. DAZ.online (17.04.2024): *Bleibt das Götz-Gutachten um Apothekenhonorar unter Verschluss?*

<sup>395</sup> Vgl. Justus-Liebig-Universität Gießen: VWL I: *Neue Erkenntnisse zur Zukunft der Vor-Ort-Apotheken in Deutschland.*

<sup>396</sup> Vgl. DAZ.online (17.04.2024): *Bleibt das Götz-Gutachten um Apothekenhonorar unter Verschluss?*

<sup>397</sup> Vgl. apotheke adhoc (23.04.2024): *ABDA-Gutachter empfiehlt gestaffeltes Apothekenhonorar.*

<sup>398</sup> Vgl. PZ (22.05.2024): *Vier Schwerpunkte der Apothekenreform - BMG gibt Einblick.*

Dem zum Trotz wurde im Mai 2024 vom Bundeskabinett die Krankenhausreform (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG))<sup>399</sup> und das Gesundheitsversorgungsverstärkungsgesetz (GVSG)<sup>400</sup> zur Unterstützung des stationären wie auch des ambulanten Sektors, beschlossen. So fallen z. B. im ambulanten Sektor Budgetvorgaben weg, Ärzte müssen weniger einen Arzneimittelregress fürchten und bei bestimmten Voraussetzungen wird gesondert honoriert. Gleichbedeutend, dass die beiden weiteren Gesundheitssektoren zusätzliche Mittel erhielten.

Im Juni 2024 wurde der Referentenentwurf zur Apothekenreform (ApoRG) veröffentlicht. Mit dem ApoRG wird beabsichtigt,

- dem Apothekensektor noch weitere Mittel zu entziehen (siehe Anhang, Tab. 30) und Mittel umzuverteilen (Erhöhung der Bereitschaftsdienstpauschale), dass
- Approbierte und PTA weit stärker um Arbeitsstellen konkurrieren, den
- Apotheker in seinem Berufsbild zu schwächen und dadurch einen (rechtlich zweifelhaften) Paradigmenwechsel zu rechtfertigen.

Der Apotheker soll in seiner Stellung in seiner Apotheke und in seinem Berufsbild auf Kosten einer angeblichen Aufwertung des PTA-Berufes degradiert werden. Dabei gibt es keine Hinweise in dem ApoRG zur Haftung bzw. Verantwortlichkeiten. Wenn der Gesetzgeber den PTA-Beruf aufwerten möchte, dann durch eine Anerkennung der PTA-Ausbildung als Heilberuf, mit einer entsprechenden Ausbildungsvergütung auch unter der Zuhilfenahme der Apothekerschaft. Zusätzlich sollte die Qualifizierung zum „Pharm.-Ing.“ ermöglicht werden. Denn erfahrene PTA könnten die Versäumnisse des Gesetzgebers (u. a. keinen Ersatz für die Vertretung von Approbierten durch Apothekenassistenten bzw. Pharm. Ing.), durchaus durch Erfahrung und Weiterbildung wieder wettmachen (Kap. 3.5.2.2). Zu glauben, dem Apothekensektor immer weniger Mittel für die Arzneimittelversorgung der Bevölkerung bereitzustellen und dann minderwertige Verkaufsstellen in bevölkerungs- und kaufkraftschwachen Regionen installieren zu können, ist ein Holzweg. Die im ApoRG angedachten strukturellen Veränderungen könnten somit eine Qualitätsverringerung der Arzneimittelversorgung der Bevölkerung und der Beratung bewirken. Inwieweit ein Qualitätsverlust ein gewollter Wegbereiter für nichtpharmazeutische Akteure sein könnte, kann derzeit noch nicht abschließend bewertet werden.

---

<sup>399</sup> Vgl. BMG (15.05.2024): *Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz - KHVVG)*.

<sup>400</sup> Vgl. BMG (22.05.2024): *Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz - GVSG)*.

Würden dem Apothekensektor die fehlenden Mittel zur Verfügung gestellt werden, dann gäbe es keine strukturellen Ursachen und wenn, dann nur in einer wesentlich abgeschwächten Form. Denn es gibt durchaus Apotheker, die lieber auf dem Land leben als in einer Großstadt.

Der Gesetzgeber wie auch Gerichtsurteile haben in den beiden letzten Dekaden, die Rentabilitätsbedingungen der Apotheken zunehmend gemindert und somit die eingegangene Verpflichtung, für ein auskömmliches Auskommen der Apothekerschaft zu sorgen, immer weiter missachtet. Es besteht beim Gesetzgeber weder die Einsicht noch der Wille für die Folgen seines Handelns aufzukommen, nicht einmal die Inflations- und allgemeine Kostensteigerung soll kompensiert werden. Die wirtschaftlichen Auswirkungen der staatlichen Unterlassung haben sich durch die Entwicklungen der vergangenen Jahre, wie z. B. dem demographischen Wandel (Kap. 1), Covid19-Pandemie oder Ukraine-Krieg, zusätzlich verschärft, so dass das nach 2008 einsetzende gesamtdeutsche Apothekensterben im Ergebnis einen Verlust von ca. 21,1 % Apothekenbetriebsstätten ausmacht (Stand: 12/2024).

### **3.7 Aktualisierung**

#### **Notfallreform**

Durch den Ärztemangel wurden und werden die Notfallstellen der Krankenhäuser immer wieder mit Bagatellfällen belastet. Deshalb wurde eine Notfallreform zur Entwicklung von sog. Notfallzentren vom Bundeskabinett im Juli 2024 beschlossen.<sup>401</sup> Diese Reform sieht vor, dass in Krankenhäusern u. a. eine Arzneimittelausgabestelle durch eine Apotheke eingerichtet werden soll [S. 3-5]. Findet sich keine Apotheke, die bereit ist, den Aufbau einer doppelten Arzneimittelversorgungsstruktur (Personal, Arzneimittellagerung) vertraglich zu unterstützen, dürfen Ärzte Arzneimittel selbst abgeben [S. 14: Artikel 1, § 123, Abs. 5 und Abs. 7; S. 20-22: Artikel 5 bis 7]. Wohl bemerkt, die Notdienstregelung der Apotheken soll nicht geändert werden, d. h., dass Apotheken weiterhin Notdienstbereitschaften 24/7 zu erbringen haben. Ziel des Gesetzgebers ist, die Über- bzw. Fehlbelastung der Notfallstellen aufzulösen bzw. zu mindern abzumildern.

Da die Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln derzeit gewährleistet ist, stellt sich die Frage, warum Apotheken in diesem Zusammenhang eine Doppelstruktur mit aufbauen sollen, denn die Vergütung der Arzneimittelausgabestellen in Krankenhäusern sollen pauschal abgegolten werden [S. 22: Artikel 5, § 12 b, Abs. 2 (4)]. Es gibt im Gesetz keine Ausführungen darüber, wer die Gründungskosten der Apotheken übernimmt. Dennoch die Anbahnungskosten

---

<sup>401</sup> Vgl. BMG (Pressemitteilung 17.07.2024): *Bundeskabinett beschließt Notfallreform*.

(500.000 Euro) soll der Apothekensektor via des NNF selbst übernehmen [S. 32: 4.2.4 *Erfüllungsaufwand* ...]. Somit könnte das offensichtliche Ziel dieses Gesetzes, die Aufhebung des Dispensierverbots für Ärzte sein.<sup>402</sup>

---

<sup>402</sup> Vgl. BMG: *Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung.*

## 4 Das dänische Gesundheitssystem

### 4.1 Aufbau und Finanzierung

#### 4.1.1 Einleitung

Wie die weiteren skandinavischen Länder, kennt Dänemark seit Jahrhunderten eine erprobte Teilung der öffentlichen Aufgaben zwischen Land und Stadt.<sup>403</sup> Gleichgeltend für das Gesundheitssystem, d. h. die Regionen (*region*), Gemeinden (*kommune*) und Städte (*by*) sind für die Finanzierung des öffentlichen Gesundheitsdienstes (inkl. staatlicher Steuerzuweisungen) eigenverantwortlich zuständig. Dabei können eigene, lokale bzw. regionale Zielvorstellungen formuliert werden, wobei die grundlegenden Rahmenbedingungen durch den Staat<sup>404,405,406</sup> festgelegt werden.

1970<sup>407</sup> war ein entscheidendes Jahr für Dänemark, denn auf Grund der IV. Sozialreform wurde u. a. die Einführung einer öffentlichen Krankenversicherung (ab 1971 geltend)<sup>408</sup> beschlossen und damit die Finanzierungsquelle für das Gesundheitssystem geändert, indem das am Ende des 19Jhrt. eingeführte versicherungsfinanzierte Bismarck-Modell durch das steuerfinanzierte Beverigde-Modell ersetzt wurde. Zusätzlich wurde eine kommunale Reform (1970)<sup>409</sup> und eine Krankenhausreform (1970)<sup>410</sup> durchgeführt, um u. a. das Gesundheitssystem zukunftssicherer zu gestalten.<sup>411</sup>

#### 4.1.2 Aufbau

Das dänische Gesundheitssystem ist ein steuerfinanziertes Beverigde-Modell, mit einer starken kommunalen Organisation des Gesundheitsdienstes und einem freien Zugang zu den Gesundheitsleistungen für alle registrierten Personen.<sup>412,413</sup>

In der Kommunalreform (2007)<sup>414</sup> wurde die verwaltungstechnische Zentralisierung Dänemarks weiter vorangetrieben, indem die in 1970 geschaffenen Strukturen (u. a. 14 Kreise) zusammengelegt und die heutigen fünf Regionen geschaffen, gleichzeitig die 271 Kommunen auf 98 Kommunen zusammengeschmolzen wurden. Ein wesentlicher Reformgrund war u. a.,

---

<sup>403</sup> Vgl. Danmarkshistorien.dk: *Fattigvæsen i Sønderjylland, ca. 1700 - 1933*.

<sup>404</sup> Vgl. Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2018): *Nationale Mål For Sundhedsvæsenet*.

<sup>405</sup> Vgl. Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2021): *Nationale Mål for Sundhedsvæsenet*.

<sup>406</sup> Vgl. Indenrigs- og Sundhedsministeriet (15.06.2023): *Nationale mål for sundhedsvæsenet 2022*, S. 8.

<sup>407</sup> Vgl. Jonassen, V. (2004): *Den Kommunale Danske Velfærdstat - Gemmem Fire Socialreformer Og Fire Mellemtider*, S. 210.

<sup>408</sup> Vgl. Retsinformation (LBK nr 490 af 21.07.1986): *Bekendtgørelse af Lov om offentlig sygesikring (Sygesikringsloven)*.

<sup>409</sup> Vgl. Indenrigs og Sundhedsministeriet: *Kommunalreformen - Kort fortalt*, S. 4, 5, 22, 27, 29, 35, 36, 45.

<sup>410</sup> Vgl. Sundhedsstyrelsen (26.02.2024): *Sundhedsstyrelsens historie*.

<sup>411</sup> Vgl. Lex.dk: *Danmarkshistorien - 1970'ernes socialreformer*.

<sup>412</sup> Vgl. The Commonwealth Fund (2020): *International Profiles of Health Care Systems*, S. 47.

<sup>413</sup> Vgl. European Commission (2021): *State of Health in the EU*, S. 3, 8 und 14.

<sup>414</sup> Vgl. Indenrigs- og Sundhedsministeriet: *Kommunalreformen i 2007*.

den Kommunen verbesserte fachliche und finanzielle Spielräume zu gewährleisten. Zudem sollte durch die Reform die Kompetenz des Staates weiter gestärkt werden, so z. B. steht diesem die alleinige Entscheidungskompetenz für den Krankenhausbau zu (*overordnet planlægning på sundhedsområdet*),<sup>415</sup> wobei der jeweiligen betroffenen Region die Verantwortung für die Bauausführung obliegt.

Dänemark ist verwaltungstechnisch ein Zentralstaat, dies gilt auch für die Organisation des öffentlichen Gesundheitssystems. Der Staat ist zuständig für die Gesetzgebung, erarbeitet die gesundheitlichen Ziele inkl. der Standards für die Ausbildung des Gesundheitspersonals und überweist Steuergelder an die Regionen.<sup>416</sup> Die Regionen erhalten auch die Gelder für die Kommunen, die sie an diese weiterzugeben haben.

- Die Regionen sind verantwortlich für die Errichtung und den Unterhalt von Krankenhäusern, die Personalkosten der Krankenhäuser, Arztpraxen, Apotheken u. w. und die Ausbildung in den Gesundheitsberufen.<sup>417</sup>
- Die Kommunen wiederum organisieren die häusliche Kranken- und Altenpflege (*syge- og ældrepleje*) und sind für die Prävention (*forebyggelse*) zuständig.<sup>418</sup>

Lange Wartezeiten sind eine der Fehlentwicklungen des Beveridge-Modelles.<sup>419,420</sup> Um diese zu vermeiden und die nicht vom Staat abgedeckten Gesundheitskosten (Zähne, Physiotherapie u. a.) abzusichern, werden freiwillige, individuelle Zusatzversicherungen abgeschlossen. Entweder bei einem

- gemeinnützigen Verein (wie z. B. die „*Sygeforsikringen Danmark*“ (gegr. 1973)), die entsprechend der Eigenwerbung, die größte, nichtstaatliche dänische Krankenversicherung mit ca. 2,7 Mio. Mitglieder ist (Stand: 2024)<sup>421</sup> oder bei einer
- kommerziellen, privaten Krankenversicherung.<sup>422</sup>

„*Sygeforsikring Danmark*“ wirbt damit, dass jede eingezahlte Krone zu 90 % wieder an die Mitglieder ausgezahlt<sup>423</sup> und bis zu 100% der erbrachten Zuzahlungen erstattet werden.<sup>424</sup>

---

<sup>415</sup> Vgl. Indenrigs- og Sundhedsministeriet: *Dette har staten ansvar for efter 1. januar 2007*.

<sup>416</sup> Vgl. Indenrigs- og Sundhedsministeriet: *Statens opgaver pr. 1. januar 2007 på områder med opgaveændringer*.

<sup>417</sup> Vgl. Indenrigs- og Sundhedsministeriet: *Regionernes opgaver pr. 1. januar 2007*.

<sup>418</sup> Vgl. Indenrigs- og sundhedsministeriet: *Dette er kommunernes ansvar efter 1. januar 2007*.

<sup>419</sup> Vgl. Lange-Janson, V.: *Das schwedische Gesundheitssystem ist staatlich und entwickelt sich zu einer Katastrophe (2012-2023)*.

<sup>420</sup> Vgl. Rothgang, H. (2009): *Bismarck, Beveridge oder was sonst?* Folie 24.

<sup>421</sup> Vgl. Sygeforsikringen Danmark (2024): *Om Foreningen*.

<sup>422</sup> Vgl. The Commonwealth Fund (2020): S. 49.

<sup>423</sup> Vgl. Sygeforsikringen Danmark: *Fordele som medlem*.

<sup>424</sup> Vgl. Sygeforsikringen Danmark: *Mere end 350 forskellige tilskud*.

Eine freiwillige, individuelle Zusatzversicherung, deckt die gesetzlichen Zuzahlungen (hauptsächlich für Arzneimittel und Zahnpflege) und Leistungen, die nicht vollständig vom Staat übernommen werden ab (z. B. auch für physiotherapeutischen Behandlungen). Darüber hinaus haben ca. 1,69 Millionen Einwohner (Stand: Juni 2020) eine private Zusatzversicherung, die von überwiegend sieben gewinnorientierten Versicherungsunternehmen angeboten wird. Größtenteils werden private Versicherungen von den Arbeitgebern als Zusatzleistungen zum Lohn angeboten. Studenten, Rentner, Arbeitslose u. w. haben i. d. R. über die staatliche Krankenversicherung hinaus keine weitere Abdeckung im Krankheitsfall.<sup>425</sup>

### 4.1.3 Finanzierung

Da Dänemark sein Gesundheitswesen nach dem Beveridge-Modell organisiert, ist es wenig überraschend, dass der größte Teil der Gesundheitssystemfinanzierung aus Steuergeldern besteht. In der EU27 beträgt der Durchschnitt der Staatbeteiligung an den Gesundheitsausgaben 75 %, in Dänemark liegt der Anteil bei 83,9 %. Zudem werden weitere 2,5 % aus freiwilligen Krankenversicherungen und 14,2 % (2021)<sup>426</sup> durch Eigenleistungen der Bürger gedeckt (2016: ca. 16 %).<sup>427</sup> Die 14,2 % teilen sich wiederum wie folgt auf: 1,7 % Krankenhausaufenthalt, 1,8 % ambulante Behandlung, 3,5 % Arzneimittel, 2,8 % Zahnpflege, 2,3 % Langzeitpflege und 2,1 % andere Gründe. Bezogen auf das BIP, gab Dänemark 10,0 % (2020) für Gesundheit aus, der EU-27-Durchschnitt wurde mit 9,9 % angegeben.<sup>428</sup> Die Regionen verhandeln mit dem Staat nicht nur die eigenen, sondern auch die kommunalen Zuweisungen.<sup>429</sup> Damit decken die staatlichen Zuwendungen ca. 77 % der regionalen Ausgaben ab. Die restlichen ca. 20 % stammen z. B. von kommunalen Zahlungen (u. a. lokale Steuern). Für die Inanspruchnahme von niedergelassenen Ärzten bzw. für einen Krankenhausaufenthalt sind keine Selbstbeteiligungen zu entrichten. Für zahnmedizinische Leistungen gilt ein Zuzahlungsrahmen von 35 % bis 60 %. Arzneimittel sind in der stationären Behandlung kostenfrei, im ambulanten Bereich kostenpflichtig.<sup>430</sup>

Alle Einwohner in Dänemark, die eine Gesundheitskarte haben (*sundhedskort*),<sup>431</sup> können ihren Eigenanteil an erstattungsfähigen Arzneimitteln senken, indem staatliche Zuschüsse beantragt werden. Bei dem Zuschuss wird nach Alter (über oder unter 18 Jahre) und dem Arzneimittelpreis unterschieden, wobei Hilfsbedürftige (Rentner, chronisch Kranke u. w.)

---

<sup>425</sup> Vgl. The Commonwealth Fund (2020): S. 49.

<sup>426</sup> Vgl. European Commission (2021): *State of Health in the EU*, S. 16.

<sup>427</sup> Vgl. The Commonwealth Fund (2020): S. 49.

<sup>428</sup> Vgl. European Commission (2021): *State of Health in the EU*, S.8.

<sup>429</sup> Vgl. Danske Regioner: *Økonomisk Vejledning 2023*.

<sup>430</sup> Vgl. The Commonwealth Fund (2020): S. 50.

<sup>431</sup> Vgl. Borger.dk: [online]: *Nyt sundhedskort*.

zusätzliche Hilfen zur Kostendeckung beantragen können. Die Tab. 31 (siehe Anhang) zeigt die Selbstbeteiligung ab Oktober 2023, respektive den staatlichen Zuschuss für Erwachsene und Minderjährige und die jeweilige Arzneimittelkostenstufe. Volljährige Personen, die keine weiteren Befreiungen vorweisen können, haben in der ersten Stufe 140 Euro und in der letzten Selbstbeteiligungsstufe und damit insgesamt maximal 380 Euro hinzunehmen. D. h., wenn die Arzneimittelkosten über 2.533 Euro steigen, dann ist keine weitere Selbstbeteiligung für erstattungsfähige Arzneimittel zu entrichten. Das gilt teilweise nicht für liberalisierte Arzneimittel, aber für Non-Rx- und Rx-FAM. Für Minderjährige sind in der ersten Selbstbeteiligungsstufe bis zu 56 Euro und in der letzten Stufe und somit maximal 474 Euro selbst zu übernehmen. Der Eigenbeteiligungsdeckel liegt bei Minderjährigen bei 3.158 Euro und somit 625 Euro bzw. 24,7 % höher als bei den Erwachsenen. Es gilt nicht das Kalenderjahr, sondern eine 12-Monat-Periode als Berechnungsgrundlage für die Zuzahlung, d. h., dass ein Jahreswechsel nicht die Periode bricht bzw. am Jahresanfang neu beginnen muss.<sup>432</sup>

### 4.1.4 Versorgungsorganisation

Stationärer Bereich: Ca. 97% aller Krankenhäuser befinden sich in der Trägerschaft der fünf Regionen.<sup>433</sup> Damit das einzelne Krankenhaus die öffentlichen vorgegebenen Versorgungspflichten erfüllen kann, wird oft mit Fachärzten kooperiert. Dabei können dem Facharzt Räumlichkeiten im Krankenhaus zur Verfügung gestellt werden. Inwieweit der Facharzt wirtschaftlich selbstständig oder angestellt tätig wird, ist Verhandlungssache. Die bereits oben angesprochenen Wartezeiten gibt es auch bei Operationen. Ist die gesetzlich festgeschriebene maximale Wartezeit erreicht, kann auf Kliniken in anderen Regionen zurückgegriffen werden, wobei die Vorort-Region, die zusätzlichen Mehrausgaben zu übernehmen hat.<sup>434</sup> Im internationalen Vergleich fällt auf, dass Dänemark nur eine geringe Anzahl an Krankenhausbetten ausweist. In einer Studie der OECD (2022) wurden von 34 Ländern Daten erhoben. Dänemark befand sich auf Platz 30 mit 2,51 Betten pro 1.000 Einwohner und Deutschland mit 7,76 Betten pro 1.000 Einwohner auf Platz drei.<sup>435</sup>

Ambulanter Bereich: Ca. 22 % aller in Dänemark arbeitenden Ärzte sind selbstständige Allgemeinärzte (international ca. 30 %), deren Leistungen durch die Regionen vergütet werden.<sup>436</sup> Wie unter Kap. 4.1.5 dargelegt wird, führen allg. Ärzte als sog. „Gatekeeper“ 98 % der Bevölkerung durch das Gesundheitssystem. Fachärzte sind in einer Praxis oder Privatklinik

---

<sup>432</sup> Vgl. Lægemiddelstyrelsen (04.01.2024): *Medicintilskudsgrenser*.

<sup>433</sup> Vgl. The Commonwealth Fund (2020): S. 52.

<sup>434</sup> Vgl. The Commonwealth Fund (2020): S. 52.

<sup>435</sup> Vgl. Statista (23.07.2024): *Anzahl von Krankenhausbetten in OECD-Ländern in den Jahren 2020 bis 2022 (je 1.000 Einwohner)*.

<sup>436</sup> Vgl. Schölkopf, M.; Pressel, H. (2017): S. 46.

selbstständig tätig oder arbeiten in Teil- oder Vollzeit, sowohl angestellt wie auch selbstständig in einer Krankenhaus-Ambulanz. Diverse Krankenhausfachärzte arbeiten unselbstständig in Teilzeit in einem öffentlichen Krankenhaus und zudem als selbstständige Fachärzte in Praxen bzw. Privatkliniken.<sup>437</sup>

### 4.1.5 Leistungen

Obwohl bisher kein Leistungskatalog definiert wurde, sind die Leistungen umfangreich.<sup>438</sup> Auf Grundlage eines Sachleistungsprinzips sind nahezu alle Gesundheitsleistungen inkl. Krankengeld und Mutterschaftsgeld kostenfrei. Ausnahmen bilden Arzneimittel und Zahnbehandlungen. Durch die Wahl zwischen zwei Varianten können weitere Kosten eingespart werden:

- i.) Das Hausarztmodell, das von 98% der Bevölkerung genutzt wird. Hier ist der Hausarzt ein sog. „Gatekeeper“ und führt den Patienten durch das Gesundheitssystem. Der Hausarzt bestimmt die weitere Behandlung, wählt evtl. die Fachärzte bzw. die Klinik aus. Möglicher Nachteil ist, wenn ein bestimmter Hausarzt erst einmal ausgewählt wurde, ist ein Wechsel nur nach einer halbjährigen Wartezeit wieder möglich.<sup>439</sup>
- ii.) Die freie Ärztwahl: Da bei dieser Variante die niedergelassenen Fach- und Allgemeinärzte nicht an Kostenvorgaben gebunden sind, zahlt der Patient die Mehrkosten zwischen amtlichen Gebühren und den berechneten Behandlungskosten selbst.<sup>440</sup>

Bei beiden Varianten ist generell eine Überweisung an ein Krankenhaus erforderlich.

### 4.2 Der Apothekensektor

In Kap. 5 werden die Apothekensektoren in Dänemark und Deutschland mit einander verglichen. Dem soll hier nicht vorgegriffen werden, dennoch gibt es Besonderheiten im Apothekenwesen in Dänemark, deren Erklärung für das weitere Verständnis als wichtig erachtet werden.

- i.) Der Farmakonom,
- ii.) eine zusätzlich Arzneimittelverkaufsstelle (*apoteksudsalg*) und noch zwei weitere (Arzneimittel-)Einheiten (gleich Shop-in-Shops),
- iii.) liberalisierten Arzneimittel (nicht-apothekenpflichtige Non-Rx-FAM),

---

<sup>437</sup> Vgl. The Commonwealth Fund (2020): S. 51.

<sup>438</sup> Vgl. Schölkopf, M.; Pressel, H. (2017): S. 45.

<sup>439</sup> Vgl. The Commonwealth Fund (2020): S. 51.

<sup>440</sup> Vgl. The Commonwealth Fund (2020): S. 51.

iv.) die Apothekenvergütung und

v.) Abgaben, Gebühren und Steuern, die die Apotheken gemeinsam als Sektor zu entrichten haben, dennoch auch als Zuschüsse zurückfließen können.

#### 4.2.1 Pharmazeutische Berufe

Es gibt zwei pharmazeutische Berufe in Dänemark:

- Den Pharmazeuten und den
- Farmakonomnen.

Der Pharmazeut studiert an einer der beiden Pharmazeutischen Hochschulen (Kopenhagen und Odense) und der Farmakonom durchläuft eine klassische duale Ausbildung, deren praktischer Teil in einer Lehrapotheke stattfindet und die Theorie in einer Berufsschule gelehrt wird.

##### 4.2.1.1 Pharmazeuten

Pharmaziestudium: Das Pharmaziestudium in Dänemark bedingt die Hochschulreife und setzt sich aus einem Grund- bzw. Bachelorstudium und einem Haupt- bzw. Kandidatenstudium zusammen. Studiert wird an den Universitäten in Odense (Syddansk Universitet (SDU)) und Kopenhagen (Københavns Universitet (KU)). Dabei gibt es universitäre Unterschiede in der Gewichtung der Spezialisierung der Kandidatenausbildung. So wird an der SDU das Kandidatenstudium nach klinischer bzw. technologischer Pharmazie unterteilt.<sup>441</sup> In Kopenhagen werden dafür gleich zwei unterschiedliche Kandidatenausbildungen angeboten. Unabhängig von den universitären Unterschieden ist es das staatliche Ziel, die Studierenden speziell nach ihrem Arbeitsplatzwunsch auszubilden:

- Apotheke,
- Forschung oder
- Produktion.

Für alle Ausrichtungen (eine Ausnahme, siehe unten)<sup>442</sup> wird nach erfolgreichem Universitätsabschluss die Berufsbezeichnung Pharmazeut (*farmaceut*) benutzt. Die Bezeichnung Apotheker (*apoteker*) findet nur für Apothekenleiter (Krankenhaus- oder private / öffentliche Apotheke) Verwendung.

---

<sup>441</sup> Vgl. Syddansk Universitet (SDU): *Farmaci Bachelor*.

<sup>442</sup> Hinweis: Gilt nicht für die Kandidatenausbildung in der pharmazeutischen Wissenschaft (*farmaceutisk videnskab*). Vgl. Københavns Universitet: *Kandidat i farmaceutisk videnskab*.

**Farmaci - Bachelorausbildung** (B.Sc. pharm.): Der erste Ausbildungsabschnitt dauert drei Jahre und wird mit einer Bachelorarbeit abgeschlossen. Unterrichtet werden Fächer in den Fachgebieten: Pharmakologie, organische und analytische Chemie, pharmazeutische Technologie, Public Health und Pharmakotherapie. Des Weiteren gibt es Wahlfächer, die der Spezialisierung des Studenten dienen und als Grundlage für die Bachelorarbeit verwendet werden. Sollte der B.Sc. pharm. sich entschließen die pharm. Kandidatenausbildung nicht aufzugreifen bzw. diese nicht zu bestehen, dann besteht die Möglichkeit, nach zusätzlichen Praktika, als Farmakonom tätig zu werden.<sup>443,444,445</sup>

**Pharmazie - Kandidatenausbildung** (cand. pharm. / M.Sc. in Pharmacy): Nach erfolgreich abgeschlossener Bachelorausbildung kann das zweijährige Kandidatenstudium zum Pharmazeuten durchlaufen werden. Gelehrt werden die Fachgebiete: Arzneimittelrezeptur, -herstellung und -entwicklung, Public health und Gesundheitswesen. Zur Spezialisierung stehen mehrere Wahlfächer zur Verfügung, die auch die Grundlage für die Abschlussarbeit bilden, die nach dem Praktikum zu erarbeiten ist ((KU): sechs Monate; (SDU): 11 Wochen). Somit dauert das Kandidatenstudium an der SDU längstens zwei Jahre. An der KU darf das einjährige Wahlfachstudium auf zwei Jahre verlängert werden und somit kann die Kandidatenausbildung inkl. Praktikum und Abschlussarbeit bis zu drei Jahre dauern.<sup>446</sup>

**Pharmazie - Kandidatenausbildung** (cand. scient. pharm. / M.Sc. in Pharmaceutical Sciences): Eine weitere Kandidatenausbildung, die den B.Sc. pharm. voraussetzt und eine Alternative zum Berufswunsch Apotheker sein könnte, ist das zweijährige theoretische Studium zum pharmazeutischen Wissenschaftler, welches nur an der Universität Kopenhagen angeboten wird. Das Basiswissen wird in folgenden Fächer vermittelt: Toxikologie und Arzneimittelsicherheit, pharm. Politik, medizinisch und biostrukturelle Chemie sowie fortgeschrittene Pharmazie. Danach spezialisiert sich der angehende Kandidat auf einem Fachgebiet und erarbeitet die Abschlussarbeit.<sup>447,448,449</sup> Das Ausbildungsziel ist nicht verbunden mit der Absicht als Pharmazeut arbeiten zu wollen, was rechtlich auch ausgeschlossen ist.<sup>450</sup> Es besteht für den pharm. Wissenschaftler dennoch die Möglichkeit als Pharmazeut in einer Apotheke zu arbeiten, sofern das halbjährige Apothekenpraktikum nachgeholt wird.

---

<sup>443</sup> Vgl. UddannelsesGuiden: *Farmaci*.

<sup>444</sup> Vgl. Syddansk Universitet (SDU): *Farmaci Bachelor*.

<sup>445</sup> Vgl. Syddansk Universitet (SDU 01.09.2023): *Studieordning for Bachelor i farmaci*.

<sup>446</sup> Vgl. UddannelsesGuiden: *Farmaci*.

<sup>447</sup> Vgl. UddannelsesGuiden: *Farmaceutisk videnskab - Kandidatuddannelsen i farmaceutisk videnskab..*

<sup>448</sup> Vgl. Københavns Universitet: *2018 -studieordning for kandidatuddannelsen i farmaceutisk videnskab.*

<sup>449</sup> Vgl. Syddansk Universitet (SDU): *Farmaci Kandidat*.

<sup>450</sup> Vgl. UddannelsesGuiden: *Farmaceutisk videnskab*.

**Master of Industrial Drug Development (MIND).**<sup>451,452</sup> Des Weiteren gibt es eine kostenpflichtige Ausbildung in englischer Sprache zum Master in industrieller Arzneimittelentwicklung, die nur an der Universität in Kopenhagen angeboten wird. Voraussetzung ist u. a. ein naturwissenschaftlicher oder medizinischer Bachelorabschluss. Die Ausbildung dauert zwei Jahre bzw. berufsbegleitend bis zu sechs Jahre. Es wird unterrichtet in Pflicht- und Wahlfächern und ein Masterprojekt bildet den Ausbildungsabschluss.

**Pharmaceutical Sciences (cand. scient. /M.Sc. in Pharmaceutical Sciences).**<sup>453,454</sup> Eine zweijährige englisch-sprachige Masterausbildung an der Uni Kopenhagen mit abschließender Masterarbeit. Voraussetzung: Bachelorabschluss in einem naturwissenschaftlichen Fach (B.Sc.). Ausbildungsziel: Entwicklung und Herstellung von Arzneimitteln und die Lösung von komplexen arzneimittelrelevanten Problemstellungen.

Laut dem dänischen Apothekerverein haben nur 15 % der Pharmazieabsolventen der letzten 10 Jahre einen Arbeitsplatz in einer Apotheke gewählt.<sup>455</sup>

#### 4.2.1.2 Farmakonomie

Ausbildung zum Farmakonom (engl. Pharmacist /Pharmacy Technician): Mit dem Nachweis der Hochschulreife und einem Ausbildungsvertrag mit einer Apotheke, kann der Antrag auf Zulassung zur Farmakonomausbildung gestellt werden. Die Ausbildungsdauer beträgt drei Jahre, wobei der praktische Teil in der Apotheke und der theoretische Teil an der Ausbildungsstätte für Farmakome am „Campus Pharmakon“, in Hillerød bei Kopenhagen, absolviert wird (acht Ausbildungsmodule á zwei bis drei Wochen, insgesamt 23 Wochen). Unterrichtet wird in den Fachgebieten bzw. Fächern: Medizinisch-pharmazeutisches Fach, Sozio-Pharmazie, Organisation und Leitung, Humanistik und Methodik. Zusätzlich ist im zweiten Studienjahr ein Wahlfach auszusuchen, dass als Ausgangspunkt für das Bachelorprojekt dient. Insgesamt sind sechs schriftliche und mündliche Examina, inkl. der schriftlichen Bachelorarbeit, zu bestehen. Die Ausbildung wird durch die Ausbildungsapotheke im ersten Ausbildungsjahr monatlich mit 13.329 DKK (1.789 Euro; kaufkraftbereinigt ca. 1.355 Euro) vergütet, steigend auf 15.195 DKK (ca. 2.040 Euro) im dritten Ausbildungsjahr (Stand: 2023). Der Aufenthalt am Campus Pharmakon und das Unterrichtsmaterial werden kostenfrei zur Verfügung gestellt. 2022 wurden insgesamt 290 Aufnahmeanträge bewilligt, zudem besteht

---

<sup>451</sup> Vgl. UddannelsesGuiden: *Master of Industrial Drug Development - MIND*.

<sup>452</sup> Vgl. University of Copenhagen: *Master of Industrial Drug Development*.

<sup>453</sup> Vgl. UddannelsesGuiden: *Pharmaceutical Sciences*.

<sup>454</sup> Vgl. Københavns Universitet (KU 2023): *Kandidat i lægemiddelvidenskab*.

<sup>455</sup> Vgl. DA: *Farmaceutuddannelsen - Jobmuligheder*.

eine Warteliste (Stand: 2023).<sup>456,457</sup> Mittlerweile wird eine Erhöhung auf 400 Ausbildungsplätze für Farmakonome und ein zweiter Studienort in Horsens angestrebt. Denn die öffentlichen Apotheken stehen im intensiven Wettbewerb mit den Krankenhausapotheken und kommunalen Einrichtungen um die wenigen Farmakonome.<sup>458</sup> Der Campus Pharmakon, auf dem sich u. a. die Ausbildungsstätte für Farmakonome befindet, wird von der Aktiengesellschaft Pharmakon geführt, deren Eigentümer wiederum der dänische Apothekerverein ist (Danmarks Apotekerforening (DA)).<sup>459</sup> Laut dem Gesetzesvorschlag L 127 zahlt der Gesetzgeber für 2024 einen Betrag zur Farmakonomausbildung von 70 Mio. DKK (ca. 9,4 Mio. Euro).<sup>460</sup> Das Ausbildungsniveau des Farmakonomen wie auch des B.Sc. pharm., entspricht dem sechsten Niveau des dänischen sowie des Europäischen Qualifikationsrahmens (EQR) für lebenslanges Lernen.<sup>461</sup> Dennoch ist ein Farmakonom nicht berechtigt die pharmazeutische Kandidatenausbildung<sup>462,463</sup> anzutreten, nicht ohne vorher die Ausbildung zum B.Sc. pharm. erfolgreich abgeschlossen zu haben.<sup>464,465</sup>

### 4.2.2 Apothekenwaren

Der Gesetzgeber entscheidet, welche Waren Apotheken anbieten bzw. welche Waren nicht angeboten werden dürfen<sup>466</sup> und bestimmt zudem den Preis für Arzneimittel.<sup>467,468</sup> Die in Apotheken erhältlichen Waren werden wie folgt unterteilt:

- Freihandelswaren, auch apothekenübliche Waren (*frihandelsvarer*): Die Preise von Freihandelswaren sind frei kalkulierbar und werden von Apotheken und im Einzelhandel angeboten.<sup>469</sup>
- Liberalisierte Arzneimittel<sup>470</sup> (*ikke-apoteksforbeholdte læge- bzw. håndkøbslægemidler*): Liberalisierte bzw. apothekenfreie Arzneimittel wurden liberalisiert, d. h. sie wurden aus dem Status „apothekenpflichtig“ (*apoteksforbeholdt*) herausgenommen (Kap. 4.3.1.1). Der Preis ist frei kalkulierbar und sie werden in

---

<sup>456</sup> Vgl. Pharmakon A/S, Farmakonom Uddannelsen: *Fakta om uddannelsen*.

<sup>457</sup> Vgl. DA (Pressemeddelelser 31.08.2022): *Rekordstort antal studerende starter på farmakonomuddannelsen*.

<sup>458</sup> Vgl. DA (31.03.2023): *Farmakonomuddannelsen skal være en professionsbachelor*.

<sup>459</sup> Vgl. Pharmakon: *Om Pharmakon*.

<sup>460</sup> Vgl. Folketinget (Lovforslag Nr. L 127, 29.02.2024): *Forslag til Lov om ændring af lov om apoteksvirksomhed, lov om lægemidler*, S. 11.

<sup>461</sup> Vgl. Europäische Kommission: *Der europäische Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen*.

<sup>462</sup> Vgl. Pharmakon A/S, Farmakonom Uddannelsen: *Fakta om uddannelsen*.

<sup>463</sup> Vgl. Pharmakon A/S, Farmakonom Uddannelsen: *Studieordning - 2023*.

<sup>464</sup> Vgl. UddannelsesGuiden: *Kvalifikationsniveau for videregående uddannelser*.

<sup>465</sup> Vgl. Uddannelses- og Forskningsministeriet (23.08.2024): *Kvalifikationsrammer - Europæisk kvalifikationsramme - EQF*.

<sup>466</sup> Vgl. Retsinformation (BEK nr 777 af 01.06.2022): *Bekendtgørelse om apoteker og sygehusapotekers driftsforhold*, bilag 1.

<sup>467</sup> Vgl. Sundhedsministeriet (2021): *Den økonomiske styring af apotekssektoren 2021*, S. 13: Abs. 2.

<sup>468</sup> Vgl. Lægemiddelstyrelsen (16.09.2024): *Apoteker*.

<sup>469</sup> Vgl. Sundhedsministeriet (2021): *Den økonomiske styring af apotekssektoren 2021*, S. 13: Abs. 4.

<sup>470</sup> Vgl. Retsinformation (BEK nr 823 af 19.06.2018): *Bekendtgørelse om lægemidlers fritagelse for apoteksforbehold*.

Apotheken, wie auch im nicht-pharmazeutischen Einzelhandel u. a. durch Selbstbedienung, feilgeboten.<sup>471</sup>

- Der Verkauf von apothekenpflichtigen Arzneimitteln (HV-, OTC-, Non-Rx-FAM; *apoteksforbeholdte læge- bzw. håndkøbsmidler*) ist nur den Apotheken vorbehalten (*apoteksforbeholdte*) und diese Arzneimittel können auch nicht durch Selbstbedienung erworben werden.
- Rezeptpflichtige Fertigarzneimittel / Rx-FAM (*receptpligtige lægemidler*) sind nur gegen Vorlage einer ärztlichen Verordnung (Rezept, Verschreibung) in Apotheken erhältlich.

#### 4.2.3 Apothekeneinheiten

In Dänemark gibt es sechs verschiedene Arzneimittelseinheiten,<sup>472</sup> die nach Art der erhältlichen Waren und dem anwesenden (beratenden) Personal unterschieden werden:

- i. Apotheke (*apotek*),
- ii. Apothekenfiliale (*apoteksfilial*),
- iii. Apothekenverkaufsstelle (*apoteksudsalg*),
- iv. Handverkaufsstelle (*håndkøbsudsalg*),
- v. Arzneimittelabgabestelle (*medicinudleveringssted*) und
- vi. pharmazeutische Veterinärabteilungen in Apotheken und Krankenhausapotheken.<sup>473</sup>

i.) und ii) Apotheken und Filialen sind rezeptbeliefernde Einheiten (*receptekspederende enheder* [§16]), d. h., dass in diesen Einheiten zu jeder Zeit Verordnungen eingelöst werden können. Eine Filiale kann auch nur mit Farmakonom (Kap. 4.2.1.2) besetzt sein, dann müssen entsprechende schriftlich Anweisungen hinterlegt werden, die erklären, in welchen Fällen und wie ein Pharmazeut zu benachrichtigen ist [§15, Abs. 2]:

- Bei einer Apotheke und zwei Filialen müssen während der Öffnungszeiten mindestens ein Pharmazeut [§ 16],
- bei einer Apotheke und drei bis fünf Filialen mindestens zwei Pharmazeuten und
- bei einer Apotheke und sechs bis sieben Filialen mindestens drei Pharmazeuten zugegen sein.<sup>474</sup>

---

<sup>471</sup> Vgl. Sundhedsministeriet (2021): *Den økonomiske styring af apotekssektoren*, S. 13: Abs. 4.

<sup>472</sup> Hinweis: Alle im Kapitel 4.2.3 verwendeten Hinweise zu Paragraphen, beziehen sich auf die BEK Nr. 777. Vgl. Retsinformation (BEK nr 777 af 01.06.2022): *Bekendtgørelse om apoteker og sygehusapotekers driftsforhold*. bilag 1.

<sup>473</sup> Hinweis: Soll hier nicht erörtert werden. Siehe dazu Kap. 4.3.1.4.

<sup>474</sup> Hinweis: Wobei der jeweilige Aufenthaltsort nicht vorgeschrieben wird.

In Apotheken und Filialen können Freihandelswaren, liberalisierte, Non-Rx- und Rx-FAM erworben, d. h. ein Rezept kann während der Öffnungszeiten eingelöst werden. Der Unterschied zwischen Hauptapotheke und Apothekenfiliale liegt in der wirtschaftlichen Abhängigkeit letzterer.

iii.) In Apothekenverkaufsstellen (*apoteksudsalg*) werden Freihandelswaren, liberalisierte und apothekenpflichtige Non-Rx-FAM angeboten. Rx-FAM sind im Voraus in der Hauptapotheke bzw. Filiale zu bestellen (die Abgabe darf erst nach der Überprüfung durch einen Apotheker vorgenommen werden), werden zur Abholung in die Apothekenverkaufsstelle verbracht bzw. kostenpflichtig ausgeliefert (2023: 12,50 DKK (1,71 Euro)).<sup>475</sup> Die pharmazeutische Beratung erfolgt i. d. R. durch einen Vorort beschäftigten Farmakonom (Kap. 4.2.1.2) oder per Telefon.

Apotheken, Filialen und die Apothekenverkaufsstellen müssen in selbstständigen Räumlichkeiten untergebracht sein [§18] und die Verantwortung für alle oben genannten Apothekeneinheiten obliegt dem Apothekerleiter, der über die entsprechende Apothekenkonzession (*bevilling* / Betriebserlaubnis) verfügt.<sup>476,477</sup>

iv.) Die Handverkaufsstelle (*håndkøbsudsalg*) ist lokalisiert z. B. als Shop-in-shop in einem Supermarkt. Der Einzelhändler darf eigenverantwortlich liberalisierte Arzneimittel, jedoch keine Beratung anbieten. Es ist ein Lieferungsvertrag mit einer Apotheke abzuschließen, die die bestellten apothekenpflichtigen Non-Rx- und Rx-FAM verschlossen anliefert. Die Arzneimittel werden dann vom Supermarktpersonal z. B. durch Code-Erkennung ausgegeben. Die Beratung findet mit durch die Apotheke bzw. Filiale telefonisch statt [§ 8].

v.) Arzneimittelabgabestellen (*medicinudleveringssted*) sind Shop-in-Shops, die von fachfremdem Personal geführt werden. Damit gibt es keine Arzneimittelberatung und auch keine weiteren Arzneimittel. Die bestellten Apothekenwaren werden von hier abgeholt und die Beratung wird per Telefon angeboten. Die Warenbelieferung einer Arzneimittelausgabestelle kann durch mehrere Apotheken (d. h., voneinander wirtschaftlich unabhängigen Einheiten) erfolgen [§ 9].

#### 4.2.4 Arzneimittelverbrauch und -umsätze in Apotheken und im Einzelhandel

Der 2023-Arzneimittelverbrauch in Dänemark nahm in Verhältnis zum Vorjahr um ca. 13 % zu und lag somit bei ca. 30 Mrd. DKK brutto (ca. 4,03 Mrd. Euro; 2022 zu 2021: ca. 8 % Zuwachs

---

<sup>475</sup> Vgl. DA: *Gebyr for udlevering af medicin - Love og regler*.

<sup>476</sup> Vgl. Retsinformation (LBK nr 801 af 12.06.2018): *Bekendtgørelse af lov om apoteksvirksomhed*.

<sup>477</sup> Vgl. Lægemiddelstyrelsen (09.06.2020): *Apotekerbevillinger*.

bzw. bei ca. 3,6 Mrd. Euro brutto). Davon wurden 2,21 Mrd. Euro (16,5 Mrd. DKK) bzw. einen Anteil von ca. 55,0 % in Apotheken, 1,79 Mrd. Euro (13,3 Mrd DKK) bzw. ca. 44,3 % im stationären Sektor und 114 Mio. Euro (850 Mio. DKK) bzw. ca. 2,8 % im Einzelhandel umgesetzt.<sup>478</sup> Der Umsatz der Apotheken (16,5 Mrd. DKK)<sup>479</sup> am Arzneimittelverbrauch teilt sich wiederum auf in 75 % Rx-FAM, 2 % Non-Rx-FAM, 5 % liberalisierte Arzneimittel, 14 % Freihandelswaren und 4 % sonstige Umsätze.<sup>480</sup>

Wie in Kap. 4.2.2 dargelegt wurde, gibt es zwei Arten von Handverkaufsarzneimitteln (*håndkøbslægemidler*): Die liberalisierten und den apothekenpflichtigen Non-Rx-FAM. Von beiden HV-Präparatarten wurden in 2023 insgesamt 2.013 Mrd. DKK (ca. 270 Mio. Euro) umgesetzt, entsprechend einem Zuwachs von ca. 6,6 % zum Vorjahr (124 Mio. DKK bzw. 16,6 Mio. Euro). Davon partizipierten die Einzelhändler zu 62,9 % (78 Mio. DKK bzw. ca. 10,5 Mio. Euro) und die Apotheken mit 37,1 % (42 Mio. DKK bzw. ca. 6,17 Mio. Euro). 79,8 % bzw. 1,607 Mio. DKK (215,7 Mio. Euro) waren liberalisierte Arzneimittel und 20,2 % bzw. 406 Mio. DKK (54,5 Mio. Euro) apothekenpflichtige Non-Rx-FAM.

Der Einzelhandel setzte von den liberalisierten Arzneimitteln 708 Mio. DKK (ca. 95,0 Mio. Euro) bzw. 44,1 % und die Apotheken 899 Mio. DKK bzw. 55,9 % (ca. 120,7 Mio. Euro) um. Der Gesamtanteil der Apotheken am Non-Rx-FAM-Gesamtmarkt lag somit bei ca. 64,8 % bzw. 1,305 Mrd. DKK (ca. 175,2 Mio. Euro; 2022: 67 % bzw. 1,259 Mrd. DKK bzw. ca. 168,9 Mio. Euro). Wenn auch weiter rückläufig, so verkauften die Apotheken 2023 immer noch ca. zwei Drittel und der Einzelhandel ca. ein Drittel der HV-Präparate. Damit setzte sich der Non-Rx-FAM-Umsatz der Apotheken aus zwei Dritteln liberalisierten und einem Drittel apothekenpflichtigen Arzneimitteln zusammen.

Der Einzelhandel darf 80<sup>481</sup> liberalisierte HV-Präparate vertreiben (2021: 78; 2022: 75), die wiederum in 465 verschiedenen Arzneimittelpackungsgrößen angeboten werden (2021: 500; 2022: 465), wovon wiederum 400 Packungen durch Selbstbedienung zugänglich sind. Mit acht von den 80 liberalisierten Arzneimitteln macht der Einzelhandel ca. 93 % seines Umsatzes (2021: ca. 90 %; 2022: ca. 91 %). Davon zu ca. 42 % (2021: 46 %; 2022: 41 %) mit Nikotinersatzmitteln zur Nikotinentwöhnung, mit Schmerzmitteln weitere ca. 25 % (2021: 24 %; 2022: 25 %) und mit Nasensprays ca. 17 % (2021: 14 %; 2022: ca. 16 %).<sup>482</sup>

---

<sup>478</sup> Vgl. DA: *Lægemidler i Danmark 2022-23*, S. 4 bzw. *2023-24*, S. 4.

<sup>479</sup> Hinweis: Es werden unterschiedliche Apothekenumsätze angegeben, vgl. DA: *Lægemidler i DK 2023-24*, S. 4 u. 18.

<sup>480</sup> Vgl. DA: *Lægemidler i Danmark 2023-2024*, S. 18.

<sup>481</sup> Vgl. DA: *Lægemidler i Danmark 2022-23*, S. 8 bzw. *2023-24*, S. 8.

<sup>482</sup> Vgl. DA: *Lægemidler i Danmark 2022-23*, S. 9 bzw. *2023-24*, S. 9.

## 4.2.5 Arzneimittelpreise

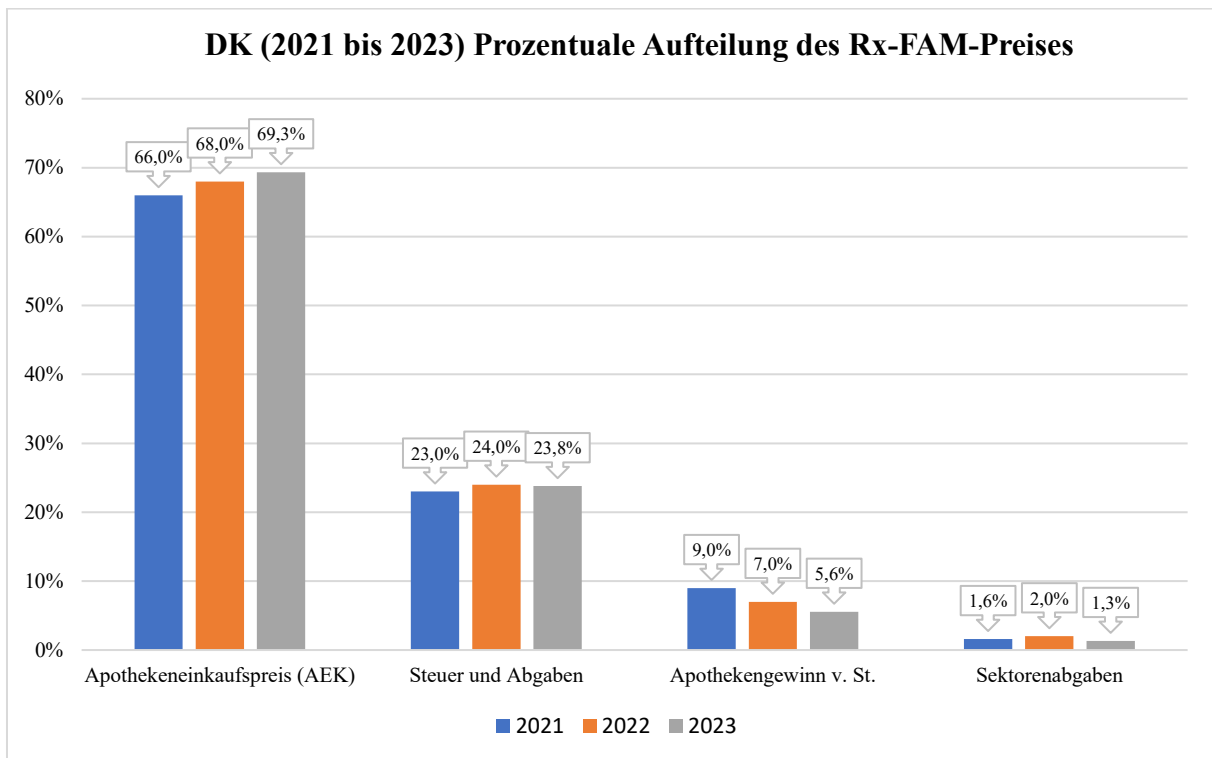


Abb. 49: DK (2021 bis 2023): Prozentuale Aufteilung des Rx-FAM-Preises. Eigene Darstellung. Quelle: DA 2023 bzw. 2024.

Die Tatsache, dass Dänemark die geringsten Generikapreise hat und somit insgesamt niedrige Arzneimittelpreise, liegt an dem Wettbewerb, dem die pharmazeutischen Hersteller sich zu stellen haben. Wer den niedrigsten Preis bietet, darf für eine 14-Tagesperiode den gesamten dänischen Arzneimittelmarkt exklusiv beliefern, denn die Apotheken sind verpflichtet, das jeweils preisgünstigste Präparat anzubieten.<sup>483</sup> Sofern der Kunde dieses nicht wünscht, ist die Differenz zwischen dem preisgünstigsten und dem tatsächlichen Arzneimittelpreis selbst zuzahlen. Durch die verpflichtende Substitution, konnten die Apotheken in 2023 die Arzneimittelkosten für die Gesellschaft um ca. 3,4 Mrd. DKK senken (ca. 456 Mio. Euro.; 2021: ca. 3,1 Mrd. DKK bzw. 416,1 Mio. Euro; 2022: 3,2 Mrd. DKK).<sup>484</sup>

Die Abb. 49 stellt die Aufteilung von Rx-FAM-Preisen prozentual für die Jahre 2021 bis 2023 dar. Die Preise für patentierte Originalarzneimittel werden zwischen den pharmazeutischen Herstellern und der Arzneimittelbehörde (*lægemiddelstyrelsen*) direkt verhandelt. Durchschnittlich kostete 2023 eine Rx-Packung 225 DKK (ca. 34,22 Euro; 2022: 188 DKK; 2021: 179 DKK). Davon erhielt der Arzneimittelhersteller ca. 69 % (2021: ca. 66 %; 2022: ca. 68 %), der Staat ca. 23,8 % (2021: ca. 23 %; 2022: ca. 24) in Form der Umsatzsteuer (*moms*;

<sup>483</sup> Vgl. DA: *Lægemidler i Danmark 2023-24*, S. 10, 11.

<sup>484</sup> Vgl. DA: *Lægemidler i Danmark 2023-24*, S. 11.

Stand 12/2024: 25 %) und die Apotheken letztendlich ca. 5,6 % (2021: ca. 9 %; 2022: ca. 7 %). Der Gesetzgeber verwendet seine Einnahme u. a. für den Aufwand der Arzneimittelbehörde, zur Unterstützung der Farmakonomausbildung und Bereitschaftsdienste u. w. Im Ergebnis partizipieren alle von der Arbeit der Apothekensektors, dessen prozentualer Arzneimittelvergütungsanteil immer weiter abnimmt.<sup>485</sup>

Die vom Kunden zu zahlende Gebühr pro Arzneimittelpackung ergibt sich aus nachfolgender Aufstellung:

- dem Arzneimittelpackungsaufschlag (APA (eigene Abkürzung); *fastkroneavance* oder *lægemiddelavance*). Dieser lag 2023 bei 5,46 DKK (0,80 Euro) und
- einer vom Kunden zu zahlenden Sektorenabgabe, die abhängig vom Arzneimittelpreis ca. 2 % (2021: 1,6 %) ausmacht und für 2023 auf 1,50 DKK (ca. 0,20 Euro) festgelegt wurde. Die Sektorenabgabe wird u. a. für den Apothekenausgleich (*udligningsordning*) verwendet und stellt nur einen durchlaufenden Posten dar (Kap. 4.2.6).
- Zusätzlich darf die Apotheke für ihren Arbeitsaufwand pauschal eine Rezeptgebühr (*recepturgebyr*) von 8,00 DKK netto (1,07 Euro netto; 10,00 DKK brutto)<sup>486</sup> berechnen.

Addiert erhält eine Apotheke unabhängig des Arzneimittelabgabepreises 2023 pauschal pro abgegebener Packung 14,96 DKK netto (2,01 Euro) = 8,00 + 1,50 + 5,46.<sup>487</sup> Die Arzneimittelbehörde benennt eine Formel<sup>488</sup> für die Umwandlung des Apothekereinkaufspreises (AIP (*apotekernes indkøbspris*) zum Apothekenverkaufspreis (AVP gleich ESP (*ekspeditionens samlede pris*)):

$$\text{ESP}_{\text{brutto}} = 10,00 + 1,25 \times (\text{AIP} \times (\text{Faktor}) 0,068 + \text{AIP} + 5,46)$$

Ausgehend von dem 2021-Durchschnittnettopreis für eine Arzneimittelpackung von 179 DKK (24,03 Euro)<sup>489</sup> ergibt sich folgende Ergebnis:

$$\text{ESP}_{\text{brutto}} = 10,00 + (1,25 \times ((179 \times 0,068) + 179 + 5,46)) = 255,79 \text{ DKK (34,33 Euro).}$$

#### 4.2.6 Vergütung und Abgaben des Apothekensektors

Die Gesellschaft erwartet niedrige Arzneimittelpreise, geringe Vertriebskosten, eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln und einen niederschweligen Zugang zu den Apothekeneinheiten. Auf Grundlage dieser Prämissen werden dem

<sup>485</sup> Vgl. DA: *Lægemidler i Danmark 2023-24*, S. 12.

<sup>486</sup> Vgl. Retsinformation (BEK nr 1874 af 28.12.2023): *Bekendtgørelse om beregning af forbrugerpriser m.v. på lægemidler*, [Kapitel 6, § 14].

<sup>487</sup> Vgl. DA: *Lægemidler i Danmark 2021-22, 2022-23 bzw. 2023-24*, S. 12.

<sup>488</sup> Vgl. Lægemedelstyrelsen (08.01.2024): *Omregning fra apotekernes indkøbspris (AIP) til forbrugerpris*.

<sup>489</sup> Vgl. DA: *Lægemidler i Danmark 2022-23*, S. 12.

Apothekensektor ca. 31 % des Rohertrages vom Staat subventioniert. Dafür haben die Apotheken u. a. zu akzeptieren:

- einen gedeckelten Vergütungsrahmen (*bruttoavancerammen*),
- einen geringen Arzneimittelpackungsaufschlag (APA; *fastkroneavance*) pro abgegebener Non-Rx- oder Rx-FAM-Packung und
- einen mit Voraussetzungen verbundenen Ausgleich (*udligningsordning*).

Des Weiteren ist pro verordneter Non-Rx- und Rx-FAM-Packung von den Kunden ein sektorenspezifischer Beitrag von ca. 0,20 Euro (1,50 DKK) zu entrichten, der wiederum von den Apotheken abzuführen ist. Der Beitrag fließt dem Apothekensektor bzw. der einzelnen Apotheke jedoch wieder zu, indem apothekenindividuelle Aufgaben wie Bereitschaftsdienste, pharmazeutische Beratungen etc. vergütet werden oder gesamtsektorale Aufgaben wie z. B. die Farmakonomausbildung Unterstützung finden (Kap. 4.2.6.5).<sup>490</sup>

#### 4.2.6.1 Vergütungsrahmen (*bruttoavancerammen*)

Mit dem (Brutto-)Vergütungsrahmen (*bruttoavancerammen*) wird der Apothekensektor für alle erbrachten Tätigkeiten bzgl. den Verkaufs von Arzneimitteln inkl. Freihandelswaren und Dienstleistungen (z. B. Compliance-Gespräche, Kap. 4.4.4; Kap. 4.5.6)<sup>491</sup> durch die Gesellschaft entlohnt.<sup>492,493</sup> Die Vergütung schließt alle anfallenden Kosten der Apotheken mit ein (Miete, Personalkosten, Instandhaltung, Versicherungen, Abschreibungen u. m.).<sup>494</sup> Das Gesundheitsministerium und der Dänische Apothekerverein (DA) handeln die Vergütungsvereinbarung (*bruttoavanceaftale*)<sup>495</sup> aus, die dann für jeweils zwei Jahre gilt.<sup>496</sup> 2019 betrug der Vergütungsrahmen 2,68 Mrd. DKK (355,7 Mio. Euro)<sup>497</sup>; 2021: 2,7 Mrd. DKK (362,4 Mio. Euro). Für 2023 wurden 2,7787 Mrd. DKK (349,5 Mio. Euro) und für 2024: 2,8495 Mrd. DKK (358,4 Mio. Euro)<sup>498</sup> vereinbart. Zudem wurde wie in den vorhergehenden Vereinbarungen festgelegt, dass die Vergütung jährlich um 1 % zu reduzieren ist.<sup>499</sup>

Die staatliche Vergütung (*bruttoavance*), die durch die jeweilige Region monatlich überwiesen wird, macht ca. 31 % des Gewinns einer Apotheke aus. Ein weiterer Anteil in Höhe von ca. 25 % wird durch den Verkauf von Freihandelswaren und der restliche Teil durch

---

<sup>490</sup> Vgl. Ministeriet for Sundhed og Forbyggelse (2014): *Rapport om modernisering af apotekersektoren*, S. 32.

<sup>491</sup> Vgl. Indenrigs- og Sundhedsministeriet (16.12.2022): *Bruttoavanceaftale 2023-24*, S. 4.

<sup>492</sup> Vgl. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2014): *Rapport om modernisering af apotekersektoren*, S. 55.

<sup>493</sup> Vgl. Sundhedsministeriet (2021): *Den økonomiske styring af apotekssektoren*, S. 12.

<sup>494</sup> Vgl. DA: *Lægemidler i Danmark 2022-23*, S. 19.

<sup>495</sup> Vgl. Indenrigs- og Sundhedsministeriet (16.12.2022): *Bruttoavanceaftale 2023-24*.

<sup>496</sup> Vgl. Retsinformation (LBK nr 801 af 12.06.2018): *Bekendtgørelse af lov om apoteksvirksomhed*, § 45.

<sup>497</sup> Vgl. DA (Analyse 04.09.2019): *Danskere har fået lettere adgang til et apotek, men økonomien i sektoren er under pres*, S. 3.

<sup>498</sup> Vgl. Indenrigs- og Sundhedsministeriet (16.12.2022): *Bruttoavanceaftale 2023-24*, S. 1.

<sup>499</sup> Vgl. Indenrigs- og Sundhedsministeriet (16.12.2022): *Bruttoavanceaftale 2023-24*, S. 2.

Arzneimittelverkäufe (apothekenpflichtige und nichtapothekenpflichtige (liberalisierte) Non-Rx-FAM) und Selbstbeteiligungen (siehe Anhang, Tab. 31) erwirtschaftet.<sup>500</sup> Die Berechnungsgrundlage für Unter- bzw. Überschreitungen des Vergütungsrahmens, ist die Anzahl der verordneten bzw. abgegebenen Arzneimittelpackungen<sup>501</sup> des jeweiligen Vorjahres (d. h. für verordnete liberalisierte Non-Rx-, apothekenpflichtige Non-Rx- und Rx-FAM). Wird der Vergütungsrahmen mit mehr als 1,99 % über- oder unterschritten, dann wird der Vergütungsrahmen um - / + 17 DKK pro Arzneimittelpackung reguliert. Es gibt weitere Bemessungsgrenzen, die zu berücksichtigen sind. So ist der Sektorenumsatz für Serviceleistungen auf 15 Mio. DKK (1,89 Mio. Euro) gedeckelt, bevor Sanktionen erfolgen. Für Freihandelswaren gab es einschließlich 2024 eine Umsatzobergrenze, die nicht überschritten werden durfte (Kap. 4.2.6.4).<sup>502</sup> Diese Regelung führte zu einer Fehlentwicklung, die mit dem Gesetz 646 und geltend ab 2025 beseitigt werden soll (Kap. 4.6.1.1).

#### 4.2.6.2 Arzneimittelpackungsaufschlag (APA; *fastkroneavancen*)

Die Abb. 50 zeigt die Entwicklung des Arzneimittelpackungsaufschlages (APA) in der Zeitperiode 2015 bis 2024. Der seit 2019 unveränderte APA beträgt 5,46 DKK (0,73 Euro) und wird dem Einkaufspreis für verordnete (apothekenpflichtige, aber nicht für liberalisierte) Non-Rx- und Rx-FAM hinzuaddiert (Kap. 4.2.5). Zusätzlich wird eine Tätigkeitsvergütung von 8,00 DKK (ca. 1,07 Euro) und für sektorale Aufgaben 1,50 DKK<sup>503</sup> (ca. 0,20 Euro) hinzugefügt, somit erhält die Apotheke pro abgegebene Packung insgesamt 14,95 DKK (ca. 2,01 Euro).<sup>504</sup>

In 2015 lag der APA noch bei 10,96 DKK (1,47 Euro) und halbierte sich immer weiter bis 2019 auf 5,46 DKK (0,73 Euro).<sup>505</sup> Für die vielen neue Apothekeneinheiten wurden erhebliche Investitionen benötigt, folglich wurde versucht den vermehrten Kapitalbedarf durch die Erhöhung des Freihandelswarenumsatzes zu erwirtschaften. Dadurch wurde der Vergütungsrahmen (*bruttoavancerammen*) überschritten, was gegen die jeweilige Vergütungsvereinbarung (*bruttoavanceaftalen*) verstieß (gilt bis einschl. 2024; Kap. 4.6.1.1). Dies hatte Sanktionen zur Folge, so dass der APA immer weiter reduziert wurde (Kap. 4.2.6.1). Die dadurch entstandenen APA-Mindereinnahmen durch den Verkauf von verordneten apothekenpflichtigen Non-Rx- und Rx-FAM löste wiederum Erweiterungen des Freihandelswarenvolumen aus und somit wurde stetig immer weiter gegen den

<sup>500</sup> Vgl. Sundhedsministeriet (2021): *Den økonomiske styring af apotekssektoren*, S. 15, 16.

<sup>501</sup> Vgl. Sundheds og Ældreministeriet (December 2015): *Bruttoavanceaftale 2016-17*, S. 2.

<sup>502</sup> Vgl. Indenrigs- og Sundhedsministeriet (16.12.2022): *Bruttoavanceaftale 2023-24*, S. 3.

<sup>503</sup> Hinweis: Ab 01.07.2020 dürfen die Apotheken für sektorale Abgaben statt 0,50 DKK 1,50 DKK pro Arzneimittelpackung abkassieren. Vgl. Sundheds- og Ældreministeriet (26.10.2020): *Spørgsmål nr. 1905 fra den 28.09.2020*.

<sup>504</sup> Vgl. DA: *Lægemidler i Danmark 2022-23*, S. 19.

<sup>505</sup> Vgl. Sundhedsministeriet (2021): *Den økonomiske styring af apotekssektoren*, S. 21.

Vergütungsrahmen verstoßen. Um diese Negativspirale zu durchbrechen, wurde in den 2021/22-Vergütungsverhandlungen der APA auf das 2019-Niveau eingefroren und auch bei den nachfolgenden Vereinbarungen beibehalten. Dass insbesondere die unwirtschaftlichen Apotheken, die hauptsächlich durch Arzneimittelverordnungen überleben, von den APA-Kürzungen betroffen wurden, wurde erst später realisiert.

Kr. per pakning

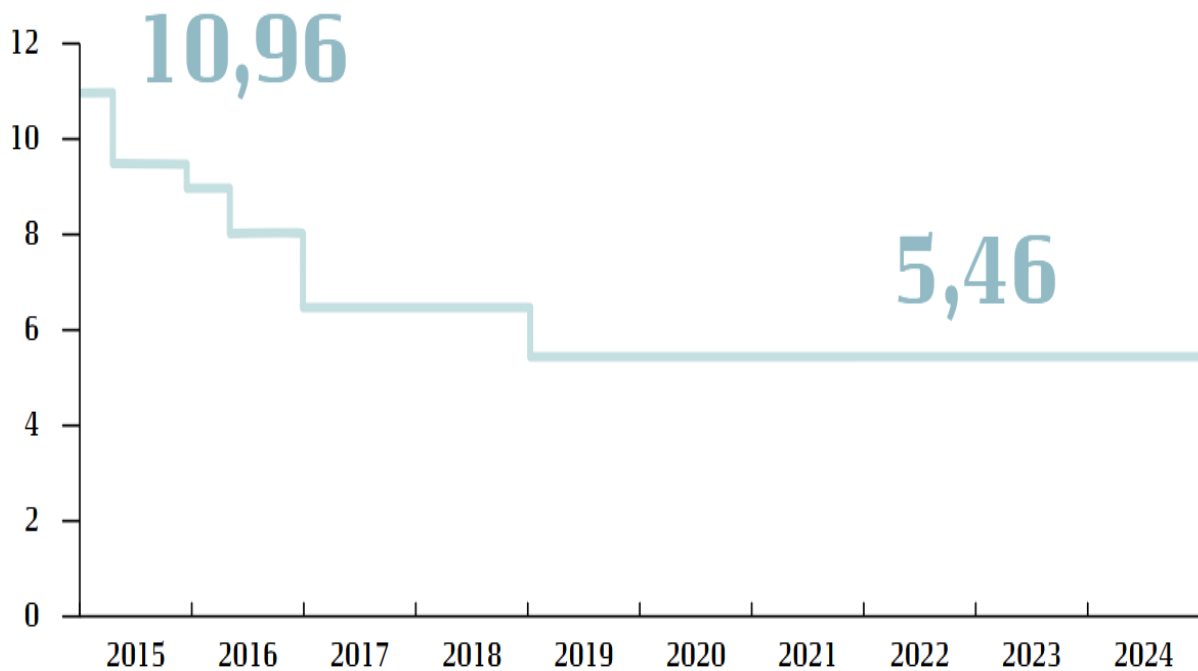


Abb. 50: DK (2015 bis 2024): Der Arzneimittelpackungsaufschlag - APA (*fastkroneavancen*). Quelle: DA.<sup>506</sup>

#### 4.2.6.3 Ausgleichsregelung (*udligningsordningen*)

Es gibt Regionen, die bedingt durch eine geringe Bevölkerungsdichte nur eine geringe Kaufkraft vorzuweisen können, folglich könnte ein Apothekenbetrieb als unrentabel eingestuft werden. Da von staatlicher Seite eine Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimittel dennoch gefordert wird, wurde die Ausgleichsregelung (*udligningsordningen*) entwickelt und im § 50 des Apothekengesetz verankert.<sup>507</sup> Dieses unter der Vorgabe, dass der Apothekensektor selbst für die Unterstützung der unwirtschaftlichen Apotheken zu sorgen hat, d. h. eine Gewinnumverteilung von umsatzstarken (i. d. R. urbanen) Apotheken an (ländlichen bzw. periphere-urbane) umsatzschwachen Apotheken. Die Grundlage der Bemessung für einen Ausgleich ist nicht der Gesamtumsatz, sondern nur der Umsatz mit Non-Rx- und Rx-FAM, d. h. exklusive dem Freihandelswarenumsatz.<sup>508</sup> Die Bemessungsgrenze lag 2021 bei 38.539.629

<sup>506</sup> Vgl. DA: *Lægemidler i Danmark 2023-24*, S. 19.

<sup>507</sup> Vgl. Retsinformation (LBK nr 801 af 12.06.2018): *Bekendtgørelse af lov om apoteksvirksomhed*, § 50.

<sup>508</sup> Vgl. Sundhedsministeriet (2021): *Den økonomiske styring af apotekssektoren 2021*, S. 14: Abs. 3.

DKK (5,173 Mio. Euro), für 2024 wurden 40.213.132 DKK festgelegt (5,398 Mio. Euro).<sup>509</sup> Übersteigt der individuelle Umsatz einer Apotheke die Bemessungsgrenze, sind 3,6 % von dem überschießenden Umsatz an die Arzneimittelbehörde abzuführen. Wenn der Umsatz unter der Bemessungsgrenze liegt, dann erhält eine Apotheke 3,9 % Zuschuss auf die Differenz zwischen dem eigenen Umsatz und der Bemessungsgrenze, wobei der Zuschuss bei 1 Mio. DKK (ca. 134.228 Euro) gedeckelt war. Internetapotheken erhalten keinen Ausgleich, müssen sich dennoch an diesen beteiligen.<sup>510,511</sup> Die Bemessungsgrenze wurde mit der 2015-Modernisierung des Apothekensektors gesenkt, folglich nahm die Anzahl der zu unterstützenden Apotheken ab und die Anzahl zur Zahlung verpflichteter Apotheken zu.<sup>512</sup>

#### 4.2.6.4 Die Freihandelswarenabgabe (*frihandelsafgiften*)

Der Freihandelswarenumsatz findet in der Vergütungsvereinbarung (*bruttoavanceaftale*) Berücksichtigung (Kap. 4.2.6.1). Ausgehend vom Basisjahr 2008 wurde eine Umsatzsumme für Freihandelswaren definiert, die seit 2016 durch einen zusätzlichen Umsatz von 87,2 Mio. DKK (11,7 Mio. Euro) überstiegen werden durfte. Steigt der Umsatz der Freihandelswaren über diese erweiterte Grenze hinaus, so wird die Vergütungsvereinbarung verletzt und in Folge die APA (*fastkroneavance*) in Form einer Sanktionierung herabgesetzt (Abb. 50), was nach 2015 jährlich üblich war (Kap. 4.2.6.2).<sup>513</sup> Die Abb. 51 zeigt die Überschreitungen der Umsatzobergrenze für Freihandelswaren, die zwischen 2013 bis 2019 addiert auf über 1,048 Mrd. DKK (140,67 Mio. Euro) anwachsen. Bedingt durch die verhängten Sanktionen, d. h. durch die schrittweise Reduzierung des APA, konnte die Gesamtüberschreitung des Vergütungsrahmens (*bruttoavancerammen*) auf 433,7 Mio. DKK (58,21 Mio. Euro) begrenzt werden.<sup>514</sup> 2020 lag die Bemessungsgrenze für Freihandelswaren bei 670,5 Mio. DKK (84,34 Mio. Euro) und für 2021 bei 680,5 Mio. DKK (85,60 Mio. Euro). Da der Vergütungsrahmen (*bruttoavancerammen*) seit 2013 jährlich und wesentlich durch den immer weiter ansteigenden Verkauf von Freihandelswaren überschritten wurde, hatte die Umsatzobergrenze für Freihandelswaren ab 2019 keine Wirkung mehr, denn die APA wurde ab 2019 bei 5,46 DKK eingefroren.<sup>515</sup>

<sup>509</sup> Vgl. Retsinformation (BEK nr 1816 af 28.12.2023): *Bekendtgørelse om beregning af afgift og ydelse af tilskud til apotekere m.v.*, § 3.

<sup>510</sup> Vgl. Retsinformation (BEK nr 2284 af 29.12.2020): *Bekendtgørelse om beregning af afgift og ydelse af tilskud til apotekere m.v.*

<sup>511</sup> Vgl. Konkurrencerådet (#54 | 2022): *Konkurrencen i Apotekersektoren - Velfungerende Markeder*, S. 11.

<sup>512</sup> Vgl. Sundhedsministeriet (2021): *Den økonomiske styring af apotekssektoren 2021*, S. 15: Abs. 1.

<sup>513</sup> Hinweis: Der erlaubte, zusätzlichen Umsatz belief sich 2017 bis 2019 auf 90,7 Mio. DKK (12,17 Mio. Euro) bzw. für 2023 und 2024 auf 135,0 Mio. DKK (18,11 Mio. Euro). Vgl. Indenrigs- og Sundhedsministeriet (16.12.2022): *Bruttoavanceaftale 2023-24*, S. 3.

<sup>514</sup> Vgl. Sundhedsministeriet (2021): *Den økonomiske styring af apotekssektoren*, S. 19: Tabel 7, S. 20.

<sup>515</sup> Vgl. Sundhedsministeriet (2021): *Den økonomiske styring af apotekssektoren*, S. 18.

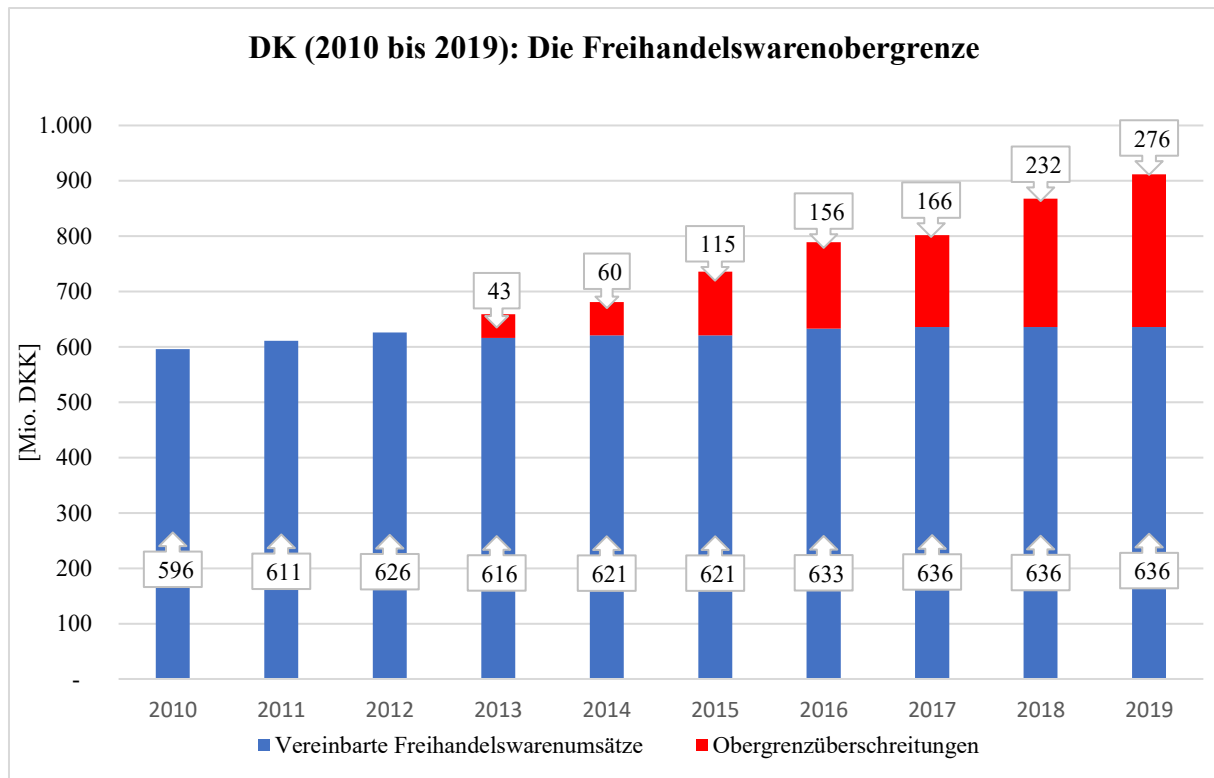


Abb. 51 DK (2010 bis 2019): Die Überschreitungen der Freihandelswareobergrenze. Eigene Darstellung. Quelle: SUM.<sup>516</sup>

Damit der Anteil an Freihandelswaren<sup>517</sup> am Gesamtumsatz trotz eingefrorenen APA nicht noch weiter steigen sollte, wurde von der sektoralen auf eine individuelle Sanktion umgestellt. Somit hatte ab 2020 jede Apotheke eine Gebühr in Höhe von 4,47 %<sup>518</sup> (2024: 4,89 %<sup>519</sup>) vom jeweiligen Freihandelswareumsatz an die Arzneimittelbehörde (*lægemiddelstyrelsen*) zu entrichten (Anm.: Wird immer im Januar des Folgejahres festgelegt). Diese Gebühr wird an die Apotheken als Honorar wieder ausgeschüttet, sofern Dienstleistungen erbracht werden, z. B. indem Rx-FAM versendet (*receptpligtige lægemiddelpackninger*)<sup>520</sup> oder mit Kunden Arzneimittelgespräche geführt werden etc. (*medicinsamtaler*; Kap. 4.4.4).<sup>521</sup>

#### 4.2.6.5 Abgaben und Gebühren

Der Kunde bezahlt mit dem Kauf eines Arzneimittels pro Packung einen Aufschlag, den alle Apotheken als Sektorenabgabe<sup>522</sup> an die Arzneimittelbehörde weiterzuleiten haben. Diese Sektorenabgaben werden verwendet, für

- die Pensionskasse der Apotheker,

<sup>516</sup> Vgl. Sundhedsministeriet (2021): *Den økonomiske styring af apotekssektoren*, S. 19: Figur 4, S. 20.

<sup>517</sup> Vgl. Retsinformation (BEK nr 662 af 30.05.2023): *Bekendtgørelse om apoteker og sygehusapotekers driftsforhold*, bilag 1.

<sup>518</sup> Vgl. Retsinformation (BEK nr 2284 af 29.12.2020): *Bekendtgørelse om beregning af afgift og ydelse af tilskud til apotekere m.v.*, § 8.

<sup>519</sup> Vgl. Folketinget (Lovforslag Nr. L 127; 29.02.2024): *Forslag til Lov om ændring af lov om apoteksvirksomhed, lov om lægemidler*.

<sup>520</sup> Vgl. Sundheds- og Ældreministeriet (07.09.2018): *Spørgsmål 1257 fra den 10.08.2018*.

<sup>521</sup> Vgl. Konkurrencerådet (#54 | 022): *Konkurrencen i Apotekersektoren - Velfungerende Markeder*, S. 13.

<sup>522</sup> Vgl. Ministeriet for Sundhed og Forbyggelse (2014): *Rapport om modernisering af apotekersektoren*, S. 34.

- zur Subvention verschiedener Apothekeneinheiten und
- für sonstige verpflichtende Aufgaben der Apothekerschaft, wie z. B. für den Bereitschaftsdienst, Ausbildungsverpflichtungen und 11 weitere auferlegte Aufgaben des Apothekensektors (§ 6)).

D. h., auch die Kosten der Arzneimittelbehörde werden durch die Sektorenabgaben übernommen. Zusätzlich zahlt jede Apotheke pro Jahr 14.742 DKK (ca. 1.979 Euro).<sup>523</sup> An die Pensionskasse sind 1,54 % (§ 5) und ein weiteres Prozent (§ 6)<sup>524</sup> des Umsatzes für diverse Ausgaben zu zahlen.

### 4.3 Die 2015-Modernisierung des Apothekensektors in Dänemark

Die Aufgabe des Apothekensektors ist es, die Bevölkerung mit „*qualitativ hochwertigen, sicheren und günstigen Arzneimitteln zu versorgen*“ und dies ohne Zugangsbeschränkungen. Wie alle weiteren Gesundheitsgüter und -dienstleistungen in den anderen Sektoren, erfährt auch der Apothekensektor eine erhebliche finanzielle Unterstützung durch den Staat. Dass die Versorgung keine Beeinträchtigungen erfährt und eine Ausgabenkontrolle staatlicher Ausgaben als erforderlich erachtet wird, sind die beiden wesentlichen Gründe für eine umfassende Regulierung des Gesundheitswesens und somit auch des Apothekensektors in Dänemark.<sup>525</sup>

Das derzeit geltende Apothekengesetz (*Apotekerloven*) wurde 1995<sup>526</sup> vom Parlament (*Folketinget*) verabschiedet. Seither haben diverse (pharmazeutisch-medizinische, technische und digitale) Fortschritte zu Weiterungen geführt, die zwangsläufig auch zu gesetzlichen Änderungen im Apothekensektor führen mussten. Daher werden im Kap. 4.3.1. zuerst die einschneidendsten Gesetzesänderungen im Apothekensektor von 1995 bis 2015 analysiert, denn diese führten zu Paradigmenwechseln in der bis dahin angewandten Apothekengesetzgebung bzw. Gesundheitspolitik. In diesem Zeitraum wurde die 2001-Apothekenreform verabschiedet und die in dieser Reform gemachten Fehlentscheidungen führten wiederum zu der 2015-Apothekenreform.

Der Schwerpunkt des vierten Kapitels liegt in der Herausarbeitung der Veränderungen durch die Modernisierung des Apothekensektors von 2015 in Dänemark. Zur Analyse der Gesetzesänderung gehört eine Betrachtung der teilweise weitreichenden Vorschläge bzw. Empfehlungen der Wettbewerbsbehörde (*Konkurrencestyrelsen*) von 2005, 2010 und 2012

---

<sup>523</sup> Vgl. Lægemedelstyrelsen: Gebyrer for apoteker (01.01.2023). *Bekendtgørelse om administrationsafgift m. V. for apoteker, sygehusapoteker og private sygehusapoteker.*

<sup>524</sup> Vgl. Retsinformation (BEK nr 758 af 13.06.2017): *Bekendtgørelse om beretning af afgift og ydelse af tilskud til apotekere m.v.*, §§ 5, 6.

<sup>525</sup> Vgl. Konkurrencestyrelsen: *Regulering af apotekssektoren. Konkurrenceanalyse 02/2010*, S. 5.

<sup>526</sup> Vgl. Retsinformation (LBK nr 657 af 28.07.1995): *Bekendtgørelse af lov om apoteksvirksomhed (Apotekerloven).*

(Kap. 4.3.2). Folgend wird auf die Arbeit der 2012 geschaffenen interministeriellen Arbeitsgruppe und deren Bericht von 2014 eingegangen, denn deren Aufgabe war es, der damaligen Regierung Modernisierungsvorschläge für den Apothekensektor zu unterbreiten.

(Kap. 4.3.3). U. a. auf Grundlage des 2014-Abschlussberichts hat der damalige Gesundheitsminister dem Parlament Gesetzesänderungen zur Modernisierung des Apothekensektors unterbreitet, die nach eingehenden Beratungen 2015 als Gesetz verabschiedet wurden. Auf die Gesetzesänderungen wird in Kap. 4.3.4 im Detail eingegangen.

### **4.3.1 Wesentliche Gesetzesänderungen im Apothekensektor (1995 bis 2015)**

Es wird nicht der Anspruch erhoben, dass die folgende Auflistung von Änderungen, die der Apothekensektor zwischen 1995 und 2015 in Dänemark erfahren hat, vollständig ist. Dennoch, alle hier erwähnten gesetzlichen Änderungen werden beschrieben, weil sie tiefgreifend und deshalb herbeigeführt wurden, um insbesondere

- Monopole in der Arzneimitteldistribution aufzulösen bzw.
- Fehlentwicklungen der Regulierung im Apothekensektor abzuschwächen und auch um
- die staatlichen Ausgaben zu mindern.

Jede Maßnahme in sich war ein Paradigmenwechsel im Vergleich zu der bis dahin im Apothekensektor verfolgten Politik. Eine Politik, die von allen vorhergehenden Regierungen verteidigt worden war. Dass nachfolgend nicht mehr nur in Apotheken Arzneimittel abgegeben werden durften (Kap. 4.3.1.1), war bis zu der entsprechenden Gesetzesänderung strikt verboten. Danach konnten Fachkundige ohne die Pflicht zur Beratung mit festgelegten liberalisierten Arzneimitteln Handel treiben. Zudem fiel ohne nennenswerte Einwände, das lange Zeit geltende Mehrbesitzverbot. In Kap. 4.3.1.2 wird gezeigt, dass das Mehrbesitzverbot bereits vor der 2015-Modernisierung unterhöhlt wurde, um die schwierige, dennoch bewusst gewollte finanziell unterstützte Arzneimittelversorgung im ländlichen Raum aufrechterhalten zu können. Die Reduzierung staatlicher Ausgaben wird in Kap. 4.3.1.3 und die Zerschlagung des pharmazeutischen Monopols für Tierarzneimitteln in Kap. 4.3.1.4 beschrieben.

Die politische Grundlage für die nachfolgenden Änderungen im Apothekensektor, ist die Vereinbarung vom 01.11.2000 zwischen den Parteien: Socialdemokratiet (S), Radikale Venstre (R), Socialistisk Folkeparti (SF), Centrumdemokraterne (CD), Det Konservative Folkeparti

(DKF) und Venstre (V). Ziel des Konsenses war die Modernisierung und Liberalisierung des Apothekensektors.<sup>527</sup>

#### 4.3.1.1 Die apotheken- und beratungsfreie Arzneimitteldistribution

Lange Zeit hatten Apotheken ein Veräußerungsmonopol auf alle vertriebsfähigen Arzneimittel. Das wurde geändert, indem der Status von einigen bis dahin - apothekenpflichtigen - (*apoteksforbeholdt*) Handverkaufsarzneimittel (Non-Rx-FAM) in den Status - liberalisierte - (*ikke-apoteksforbeholdt* / von der Apothekenpflicht befreite) Arzneimittel durch das 2001-Apothekenreformgesetz überführt wurden. D. h., dass eine Vermarktung von bestimmten Arzneimitteln (medizinisch vertretbar und ohne Beratung [!]) außerhalb von Apotheken nicht mehr verboten sein sollte und der Einzelhandel danach, nach Beantragung und Genehmigung, frei kalkulierbare, liberalisierte (gleich apothekenfreie) Arzneimittel veräußern durfte und dies ohne der Pflicht zur Beratung.<sup>528</sup> In den folgenden Jahren 2003, 2007, 2011 und 2013 etc. wurde der Umfang liberalisierter Arzneimittel für den Einzelhandel, durch die Statusänderung weiterer Arzneimitteln, sukzessiv erhöht.<sup>529</sup> Die Begründung der damaligen Regierung war, den Arzneimittelsektor zu modernisieren. Mit der Etablierung einer weiteren Arzneimittelvertriebsparte (Arzneimittelverkauf durch den Einzelhandel) wurde die Hoffnung verknüpft, dass sich durch die entstehende Konkurrenzsituation (zw. Einzelhandel und Apotheken) die Preise für die Nachfrager bzw. Kostenträger (Verbraucher und Staat) reduzieren würden.<sup>530,531</sup> Des Weiteren, dass der bewusst einkalkulierte Umsatzverlust für Apotheken, sich auf die staatlichen Zuwendungen an Apotheken mindernd auswirken könnte. Die Freigabe von vorher apothekenpflichtigen Arzneimitteln sollte somit einen dreifachen Einspareffekt für den staatlichen Aufwand im Apothekensektor bewirken:

- i.) Eine allg. Preisreduzierung für das einzelne liberalisierte Arzneimittel,
- ii.) eine verminderte Subventionierung des Apothekerwesens und
- iii.) die Hoffnung, dass die Verbraucher die Kosten für liberalisierte Arzneimittel teilweise selbst übernehmen würden. Denn, wenn auch alle liberalisierten Arzneimittel ohne eine ärztliche Verordnung (bzw. Rezept) in Apotheken und im Einzelhandel erhältlich sind,

---

<sup>527</sup> Hinweis: Das Parlament hatte nach der Wahl von 1998 insgesamt 215 Mitglieder, verteilt auf 10 Parteien. Die sechs stärksten Parteien, die die Vereinbarung vom 01.11.2000 mitunterzeichneten, hatten eine parlamentarische Hausmacht von 176 Parlamentsmitgliedern, entsprechend 81,9%. Vgl. Danmarks Statistik (25.03.1998): *Befolkning og valg - Folketingsvalget den 11. marts 1998*.

<sup>528</sup> Hinweis: Mit der Liberalisierung waren diverse Bedingungen geknüpft, z. B. keine Abgabe an Personen unter 15 Jahre, keine Selbstbedienung, Meldung der veräußerten Packungseinheiten an die Gesundheitsbehörde u. m.

<sup>529</sup> Vgl. Statens Serum Institut (2014): *Salg af liberaliserede lægemidler: 2006 - 2013*, S. 5, 8.

<sup>530</sup> Vgl. Retsinformation (15.03.2001): *Skriftlig fremsættelse af Lov 2000/1 SF L 185*.

<sup>531</sup> Vgl. Retsinformation (2000 / 1 LSF 185; 15.03.2001): *Forslag til Lov om ændring af lov om lægemidler, lov om apoteksvirksomhed og lov om offentlig sygesikring*.

so dürfen diese für Rentner und Chroniker weiter verordnet werden (2024: hat weiterhin Gültigkeit). Dennoch sollte weiterhin gelten, dass nur Apotheken ärztliche Verordnungen beliefern dürfen (2024: hat weiterhin Gültigkeit).

Von 2006 bis 2013 Tab. 32 (siehe Anhang) wuchs der Gesamtmarkt der liberalisierten Non-Rx-FAM um 157 Mio. DKK (21,07 Mio. Euro) bzw. 12,5 % auf 1,416 Mrd. DKK (190,1 Mio. Euro).<sup>532</sup> Dieser Zuwachs verteilte sich auf den nicht-pharmazeutischen Einzelhandel mit 132 Mio. DKK (17,72 Mio. Euro) bzw. 84,1 % und auf die Apotheken mit 25 Mio. DKK (3,36 Mio. Euro) bzw. 15,9 %. Der Einzelhandel konnte in diesem Zeitraum seinen Marktanteil somit von 280 Mio. DKK (37,58 Mio. Euro) bzw. 22,2 % auf 412 Mio. DKK (55,30 Mio. Euro) bzw. 29,1 % und somit um 6,9 % am Gesamtmarkt der liberalisierten Arzneimittel steigern. Auch wenn die Apotheken ihren Umsatz mit liberalisierten Non-Rx-FAM um 121 Mio. DKK (16,24 Mio. Euro) vergrößerten, so hatten diese nicht unerhebliche Verluste durch eine geringere Anzahl verordneter liberalisierter Arzneimittel, denn es wurden bis Ende 2013 insgesamt 96 Mio. DKK (12,89 Mio. Euro) entsprechend 26,9 % weniger liberalisierte Non-Rx-FAM verordnet.<sup>533</sup> Auch wenn der Anteil der Apotheken am Markt der liberalisierten Non-Rx-FAM immer noch 70,9 % (2013) ausmachte, so lässt sich das Ergebnis dahingehend interpretieren, dass sich das 2001-Apothekenreformgesetz monetär für den Staat auszahlte.

### 4.3.1.2 Die Abschaffung des Mehrbesitzverbotes

Bis zum 2001-Apothekenreformgesetz galt, dass nur die berechnete Person eine Apothekenbetriebserlaubnis erhalten konnte. Mit der Gesetzesannahme wurde 2001 beschlossen, dass unter bestimmten Voraussetzungen, Ausnahmen von dieser Regelung vorgenommen werden konnten. Folgend wurde es somit möglich, dass eine berechnete Person den Antrag für drei weitere Betriebe stellen konnte bzw. maximal bis zu vier Apotheken betreiben durfte. Diese Gesetzesänderung wurde deshalb beschlossen, weil es sich zeigte, dass sich nicht genügend qualifizierte Interessenten für frei gewordene Apothekenkonzessionen bewarben. Dass die Vergabe oft schwierig war, wird von der Regierung im Gesetzesvorschlag eingeräumt. Zusätzlich wurde beschlossen, dass Filialen und Apothekenverkaufsstellen auf die Präsenzplicht eines Apothekers verzichten konnten.<sup>534</sup> Im Vorschlag für das 2001-

---

<sup>532</sup> Hinweis: Werden bei Finanzen.net die Umtauschkurse zwischen Euro und DKK der letzten zwei Dekaden betrachtet, so liegt der Mittelwert des Umtausches nicht unweit von 1 Euro zu 7,45 DKK. Mit diesen Umrechnungsfaktor wird in dieser Arbeit durchgängig gearbeitet, denn es geht um einen Vergleich und nicht um präzise Tageskurse. Vgl. Finanzen.net: *Währungsrechner: Euro in Dänische Krone (EUR in DKK)*.

<sup>533</sup> Vgl. Statens Serum Institut: *Salg af liberaliserede lægemidler: 2006-2013*, S. 10, 11.

<sup>534</sup> Vgl. Retsinformation (15.03.2001): *Forslag til Lov om ændring af lov om lægemidler, lov om apoteksvirksomhed og lov om offentlig sygesikring*.

Apothekenreformgesetz wird mit Skaleneffekten beim Betreiben von mehreren Apothekenbetrieben argumentiert. Dennoch, die Gesetzesänderung war eher der Tatsache geschuldet, dass die freigewordenen Apothekenkonzessionen einen zu geringen Umsatz hatten, denn sie befanden sich im ländlichen Raum mit einer geringen Bevölkerungsdichte und damit einer nicht ausreichenden Kaufkraft. D. h., dass die Einkommensmöglichkeiten überschaubar waren und die Standorte als unattraktiv betrachtet wurden. Aus ökonomischen Erwägungen wäre eine Schließung die sinnvollste Lösung gewesen, zumal nicht unerheblich subventioniert werden musste. Da aber die apothekenbetriebserlaubnisvergebende Behörde (*lægemiddelstyrelsen*),<sup>535</sup> darüber zu wachen hat, dass der gesetzliche Auftrag zur Arzneimittelversorgung auch für ländliche Regionen zu erfüllen war und ist, konnte bzw. wollte diese keine Schließungen zulassen. Wenn Schließungen umsatzschwacher Apotheken keine Option waren, die Anzahl von der Behörde verwalteten Apotheken zudem stetig anstieg, war eine bis dahin nicht befürwortete Gesetzesänderung alternativlos. Da diese Zwangslage dennoch nicht zu Mehrausgaben im Apothekensektor führen durfte, wurde bereits in der Gesetzesvorlage vorausgreifend darauf hingewiesen, dass, wenn ein Betreiber von mehreren Apotheken staatliche Unterstützung beantragen würde, so sollten bereits geleistete finanzielle Zuwendungen bei evtl. weiteren Bewilligungen berücksichtigt werden.<sup>536</sup>

### 4.3.1.3 Subventionsabbau bei Apotheken in urbanen Zentren

Bis 2004 war die Berechnungsgrundlage für das Ausgleichsystem (*udligningsordningen*) der Nettoumsatz

- rezeptpflichtiger Arzneimittel an Personen und Haustiere,
- zuzgl. apothekenfreie Arzneimittel
- abzgl. evtl. erteilter Rabatte und
- zuzgl. 25% des Nettoumsatzes für abgegebene Arzneimittel an Nutztierhalter, sofern die Nettoumsatzgrenze von 4 Mio. DKK (0,537 Mio. Euro) überstiegen wurde.

Wenn eine jährlich vom Gesundheitsministerium<sup>537</sup> neu festzulegende Nettoumsatzobergrenze (*beløbsgrænse*) überschritten wurde, hatte eine Apotheke von der übersteigenden Summe 3,6 % an den Staat abzuführen. Im umgekehrten Fall erhielt eine Apotheke einen Umsatzzuschuss

---

<sup>535</sup> Vgl. Lægemiddelstyrelsen (09.06.2020): *Apoteksbevillinger*.

<sup>536</sup> Vgl. Retsinformation (15.03.2001): *Forslag til Lov om ændring af lov om lægemidler, lov om apoteksvirksomhed og lov om offentlig sygesikring*.

<sup>537</sup> Hinweis: Apotheken in Dänemark müssen der Arzneimittelbehörde (Lægemiddelstyrelsen), einer dem Gesundheitsministerium nachgeordneten Behörde, Rechenschaftsberichte zusenden. Vgl. Retsinformation (LBK nr 855 af 04.08.2008): *Bekendtgørelse af lov om apoteksvirksomhed (Apotekerloven)*, § 47.

(*omsætningstilskud*) von 3,9%, bezogen auf den errechneten Differenzbetrag. Die Abgaben bzw. Zuwendungen waren monatlich zu entrichten (Kap. 4.2.6.3).

Die Finanzierungsänderung beinhaltete die gewollte Reduzierung der staatlichen Subvention. Diese betraf vornehmlich Apotheken, von denen erwartet wurde, dass sie mittelfristig nicht mehr berechtigt sein würden, einen Zuschuss zu erhalten. D. h., dass ihr Nettoumsatz über die Nettoumsatzobergrenze steigen und somit zu Abgabebzahlern werden würden.

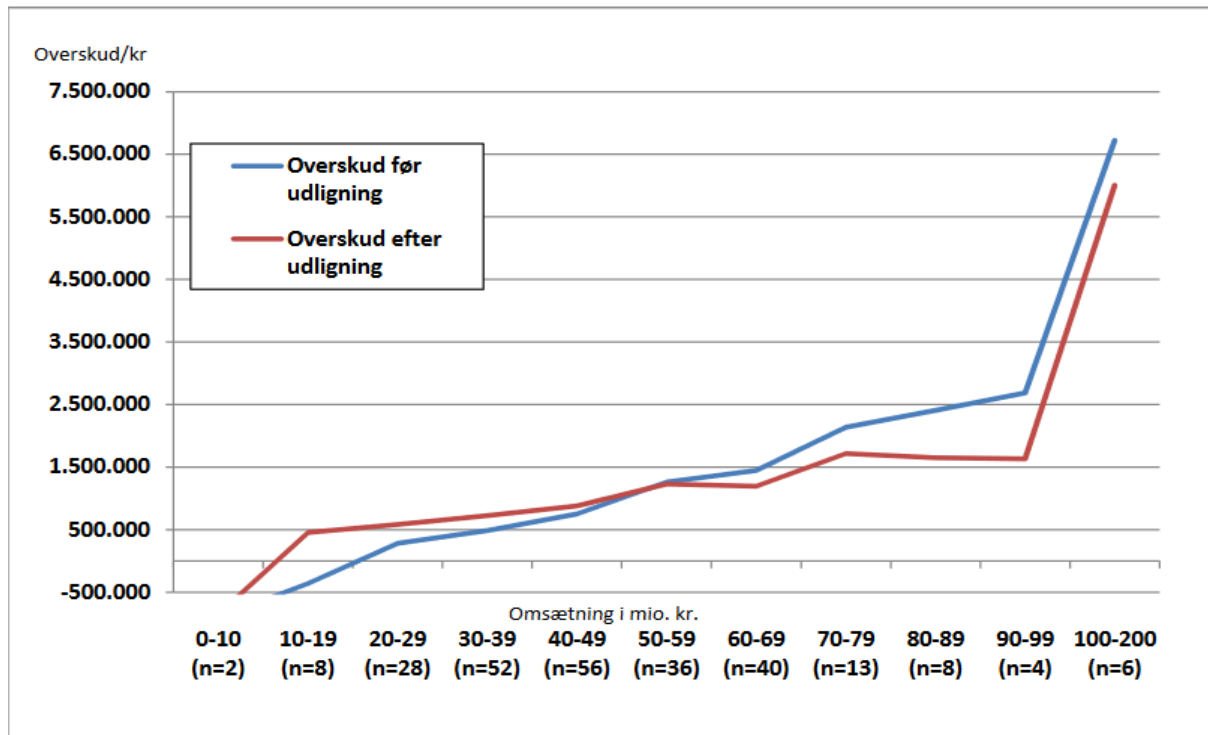


Abb. 52: DK (2010): Gewinn (*overskud*) vor und nach der Ausgleichsregelung. Quelle: Lægemedelstyrelsen.<sup>538</sup>

Für 148 betroffene Apotheken<sup>539</sup> wurde festgelegt, dass der Umsatzzuschuss jährlich um 1/6 gesenkt werden sollte, d. h. beginnend ab 2005 mit einem reduzierten Umsatzzuschuss von 5/6. Ab 2010 sollten die 148 Apotheken keine Fördermittel mehr erhalten. Für Apotheker, die mehrere Apothekenkonzessionen erteilt bekommen hatten, sollte als Berechnungsgrundlage für einen evtl. Kostenzuschuss, der Gesamtnettoumsatz von allen Einheiten Verwendung finden. Hinzu wurden abgestufte Abgaben, die Apotheken und die weiteren Einheiten zu entrichten hatten, beschlossen.

<sup>538</sup> Hinweis: Abgetragen sind die Gewinne (*overskud*) zum Nettoumsatz in DKK und die Apothekenanzahl pro Umsatzgruppe vor und nach der Ausgleichsregelung. Vgl. Lægemedelstyrelsen: *Undersøgelse over apotekernes driftsforhold*, 75. årgang. Regnskabsresultater for apoteker i året 2010, S. 17, 18.

<sup>539</sup> Hinweis: In der Gesetzesbekanntmachung wurden 148 Apotheken namentlich aufgeführt. Vgl. Retsinformation (BEK nr 33 af 23.01.2004): *Bekendtgørelse om beregning og betaling af afgift og tilskud i henhold til lov om apoteksvirksomhed*, bilag 1.

Die Tab. 33 (siehe Anhang) zeigt, dass die Bemessungsgrenze für den Nettoumsatz im Zeitraum 2000 bis 2010<sup>540</sup> von 25.860 Mio. DKK (ca. 3,47 Mio. Euro) auf 44.970 Mio. DKK (ca. 6,04 Mio. Euro) stieg, entsprechend um 19.110 Mio. DKK (ca. 2,57 Mio. Euro) bzw. um 73,9 %. Die Anzahl abgabepflichtiger (- 20,0 %) wie auch subventionierter (-58,14 %) Apotheken nahm im Betrachtungszeitraum ab, wobei es erstmalig in 2010 mehr abgabepflichtige als subventionierte Betriebe gab. Somit hatte die Gesetzesänderung den erwarteten und erwünschten Subventionsabbau erwirkt.

Die Abb. 52 zeigt die Gewinne (*overskud*) vor und nach der Umverteilung durch die Ausgleichsregelung (*udligningsordning*) im Verhältnis zu dem jeweiligen Umsatz- (*omsætning*)-gruppe. 146 Apotheken (Umsatzgruppen: 0 bis 49 Mio. DKK) konnten von der Umverteilung profitieren, die mittlere Gruppe von 36 Apotheken (Umsatzgruppe: 50 bis 59 Mio. DKK) erfuhr keine Gewinnänderung und die 71 Apotheken (Umsatzgruppen: 60 bis 200 Mio. DKK) hatten Gelder über der Arzneimittelbehörde an die umsatzschwachen Apotheken abzuführen.

### 4.3.1.4 Veterinärmedizinische Arzneimittel für Nutztiere

Bis 2006 hatten nur Apotheken das alleinige Recht mit Arzneimittel für Nutztiere zu handeln. Dabei soll es Auffälligkeiten bei

- Rabatt- und Marktführungsaktivitäten, z. B. Reklameabsprachen gegeben haben und
- die Festpreisregelung durch mögliche Boni-Zahlungen umgangen worden sein.

Durch Untersuchungen der Arzneimittelbehörde (*lægemiddelstyrelsen*) wurden teilweise ungesetzliche, teilweise grenzwertige Absprachen festgestellt. D. h., dass es an eindeutigen Regelungen mangelte und auch an Transparenz fehlte. Im Vorfeld der 2006-Gesetzesinitiative<sup>541</sup> gab es bereits Verhandlungen zwischen der Regierung und dem Apothekerverein bzgl. des Arzneimittelpackungszuschusses (APA; *fastkroneavance*) und es wurde zusätzlich vereinbart, dass neue Bestimmungen bzgl. der Rechenschaftslegung der Apotheken an die Arzneimittelbehörde festzulegen waren. Hintergrund für neue Bestimmungen in der Rechenschaftslegung, war es u. a. um festzustellen, ob Apotheken (Natural-)Rabatte bzw. Rabatte für Reklameaktivitäten (z. B. vom Arzneimittelhersteller oder pharm. Großhandel) erhalten hatten. Zudem wurde, entsprechend der politischen Vereinbarung vom 01.11.2000

---

<sup>540</sup> Hinweis: Nach 2010 wurde die Nettoumsatzobergrenze „eingefroren“, d. h., dass diese nicht mehr jährlich geändert werden sollte.

<sup>541</sup> Vgl. Retsinformation (2006/1 LSF 51; 25.10.2006): *Forslag til Lov om ændring af lov om lægemidler, lov om apoteksvirksomhed og om dyrlæger.*

(Kap. 4.3), weiterhin das Ziel verfolgt, den Arzneimittelsektor zu modernisieren und zu liberalisieren.

Vor diesem Hintergrund wurde von der damaligen Regierung vorgeschlagen,

- das Festpreissystem für den Handel mit Arzneimittel für Nutztiere abzuschaffen (d. h., dass Preise zukünftig frei kalkuliert werden sollten) und
- den Apothekern das Handelsmonopol mit Arzneimittel für Nutztiere zu entziehen.

Gleichzeitig wurde festgelegt, dass Apotheken für den Arzneimittelumsatz für Nutztiere keine Förderungen mehr erhalten sollten, was den Wegfall des Arzneimittelpackungsaufschlags (APA; Kap. 4.2.6.2) für diese Arzneimittelsparte bedeutete. Des Weiteren, dass bei der Berechnung der Ausgleichsregelung dieser Spartenumsatz wegfallen sollte (Kap. 4.2.6.3).

#### **4.3.2 Empfehlungen der Wettbewerbsbehörde (2005, 2010 und 2012)**

Die folgende Analyse befasst sich mit den Empfehlungen und Vorschlägen der Wettbewerbsbehörde (*Konkurrencestyrelsen*), die diese sowohl in 2005<sup>542</sup> wie auch in 2010,<sup>543,544</sup> zur effizienteren Gestaltung im Apothekensektor, unter Berücksichtigung von Kostensenkungsmaßnahmen, veröffentlichte. Die Relevanz der Vorschläge ist schon allein durch deren Erwähnung im 2014-Abschlussbericht der interministeriellen Arbeitsgruppe begründet (Kap. 4.3.3).

Die Analyse befasst sich nicht nur mit dem 2005-Bericht der Wettbewerbsbehörde, sondern auch mit dem danach versandten Schreiben an den damaligen Innen- und Gesundheitsminister (Kap. 4.3.2.2). Die Antwort des Ministers ist wesentlich, denn in dieser wird deutlich, was von politischer Seite vom Apothekensektor erwartet wurde und wie dieser gestaltet werden sollte. Das Antwortschreiben des Ministers zeigt zudem, dass es unterschiedliche Positionen in der Diskussion bzgl. der Liberalisierung bzw. Modernisierung des Apothekensektors gab und noch bis dato gibt. Abschließend werden der 2010-Bericht und die 2012-Empfehlungen der Wettbewerbsbehörde betrachtet, wengleich nur auf neuere Hinweise bzw. kritisierte Missstände eingegangen wird (Kap. 4.3.2.3).

---

<sup>542</sup> Vgl. Konkurrencestyrelsen [08.06.2005]: *Konkurrencedegørelse 2005*, S. 181-212.

<sup>543</sup> Vgl. Konkurrencestyrelsen: *Regulering af apoteksektoren. Konkurrenceanalyse 02/2010*.

<sup>544</sup> Vgl. Konkurrencestyrelsen (Faktaark 22.02.2010): *Fakta - regulering af apotekssektoren begrænser konkurrence*.

#### 4.3.2.1 Die Wettbewerbsbehörde 2005

Die Wettbewerbsbehörde nimmt in ihrem 2005-Bericht (*Konkurrenceredegørelse 2005*)<sup>545</sup> bzgl. des Wettbewerbs in diversen Branchen in Dänemark Stellung, auch zur Wettbewerbssituation im Apothekensektor. Im Schreiben<sup>546</sup> des Wettbewerbsrates (*konkurrencerådet*)<sup>547,548</sup> vom 30.11.2005 an den damaligen Innen- und Gesundheitsminister, werden die wesentlichen Punkte zur Änderung des Apothekensektors nochmals präzisiert. Der 2005-Bericht der Wettbewerbsbehörde und das Schreiben vom November 2005 an den Minister bilden die Grundlage der folgenden Ausarbeitung der Empfehlungen bzw. Vorschläge der Wettbewerbsbehörde zur Änderung bzw. Modernisierung des Apothekensektors.

Laut Wettbewerbsbehörde mangelt es im Apothekensektor vor allem an Wettbewerb, der insbesondere durch die erhebliche staatliche (Über-)Regulierung be- bzw. verhindert wurde [P3, P33-35].<sup>549</sup> Hauptkritikpunkte sind:

- Das Konzessionssystem (*bevillingssystemet*), das den freien Marktzutritt für neue Akteure einschränkt bzw. verhindert und zudem auch keine reinen Internetapotheken zulässt [P3, P33; S183].
- Der Staat entscheidet über das Warensortiment der Apotheken. Damit ist den Apotheken die freie Sortimentsentscheidung genommen<sup>550</sup> und können somit nicht über ihre Waren konkurrieren [P3; S182].
- Das bestehende Festpreissystem verhindert zudem den Wettbewerb über den Preis [P3, P35; S182]. Stattdessen sollte ein Maximalpreissystem eingeführt werden.

---

<sup>545</sup> Vgl. Konkurrencestyrelsen (08.06.2005): *Konkurrenceredegørelse 2005*, S. 181-212.

<sup>546</sup> Vgl. Konkurrencestyrelsen (Rådsmødet den 30.11.2005): *Henvendelse til indernrigs- og sundhedsministeren om apoteksektoren*; Journal Nr. 3/1120-0203-0027/SEK/CP).

<sup>547</sup> Hinweis: „Die Wettbewerbs- und Verbraucherschutzbehörde und der Wettbewerbsrat bilden eine gemeinsame unabhängige Wettbewerbsbehörde“ (eigene Übersetzung). Vgl. Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen (2024): *Om os. Organisation*.

<sup>548</sup> Hinweis: Der Wettbewerbsrat (konkurrencerådet) hat folgende Aufgaben (eigene Übersetzung): „Der Wettbewerbsrat hat die Gesamtverantwortung für die Verwaltung des Wettbewerbsgesetzes, einer Reihe von Bestimmungen des Zahlungsgesetzes und der P2B-Verordnung durch die dänische Wettbewerbs- und Verbraucherschutzbehörde. Der Wettbewerbsrat trifft Entscheidungen in grundsätzlichen und wichtigen Fällen und entscheidet, ob ein Fall vor Gericht gebracht werden soll, um einem Unternehmen wegen eines Verstoßes gegen die Wettbewerbsregeln eine Geldstrafe aufzuerlegen.“ Vgl. Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen: *Om os. Organisation*.

<sup>549</sup> Hinweis: i.) 2005-Bericht der Wettbewerbsbehörde: Die Verweise sind gekennzeichnet nach der Seitenzahl des Berichts, z. B. Seite 181 [S181]. ii.) Schreiben an den Innen- und Gesundheitsminister: Verweise nach den vorgefundenen Punkten im Schreiben, z. B. Punkt 3 [P3].

<sup>550</sup> Hinweis: Der Umsatzanteil an apotheken- und rezeptpflichtigen Arzneimitteln liegt bei +/- 85%, restliche 15% sind apothekenpflichtige Arzneimittel und freie apothekenübliche Waren. Die Kritik der Wettbewerbsbehörde betrifft das freie Warensortiment.

- Apothekenstandorte in bevölkerungsschwachen Gebieten sind weiterhin staatlich zu fördern, dennoch soll die Ausgleichhöhe (*udligningsordningen*) über eine Versteigerung festgesetzt werden [S183].
- Apotheken, die keine staatlichen Beihilfen erhalten, sollten frei veräußerbar sein, d. h., dass bei einem Apothekenverkauf ein Geschäftswert gezahlt werden müsste [S184].
- Unabhängig davon, wo zugelassene Arzneimittel erworben wurden (soll auch für in Ausland erworbene Arzneimittel gelten), ist eine Erstattung zu gewähren [P4; S182].

#### 4.3.2.1.1 Aufhebung der Fremd- und Mehrbesitzverbote

Der Grundsatz „*eine Apotheke ein Pharmazeut*“ wurde ab der 2001-Apothekenreform aufgegeben. Danach konnten bis zu vier Apothekenkonzessionen auf Antrag pro Apothekenleiter vergeben werden. Zudem waren 2005 noch reine Internetapotheken verboten.<sup>551</sup>

Der Apothekenbetrieb sollte ausschließlich nur von einer berechtigten Person (Pharmazeuten) geleitet werden [P46 bis 49, P59], d. h. dennoch nicht, dass diese Person gleichzeitig Eigentümer der Apotheke sein muss. Denn, die Ausbildung zum Apotheker ist nicht gleichbedeutend, dass die zur Apothekenleitung berechtigte Person auch ein guter Kaufmann ist, also den Betrieb effizient und erfolgreich leiten kann [S183]. Durch die Aufhebung des Fremdbesitzverbots könnten auch branchenfremde Interessenten Eigentum an Apotheken erwerben und somit im Apothekensektor investieren, was wiederum zu Innovationen in den Bereichen Service und Beratung führen würde [P11, P13, P60]. Wenn zudem das Mehrbesitzverbot aufgehoben würde, dann könnten weitere Apothekeneinheiten (z. B. Filialen und Arzneimittelverkaufsstellen [P53, P55]) entstehen, durchaus auch ausgehend von bestehenden Apotheken [P52, P53]. Dies würde den Zugang zu Arzneimitteln für die Bevölkerung erleichtern [P18] und zudem Skaleneffekte (z. B. Fixkostendegression) ergeben [P20, P54], die letztendlich die Ausgaben für Arzneimittel senken könnten. Um negative Folgen möglicher Monopolbildungen entgegenzuwirken, wird bereits im Vorfeld vorgeschlagen:

- Die Apothekenzahl pro Eigentümer auf 10 Einheiten zu begrenzen und

---

<sup>551</sup> Hinweis: Auch wenn nach 2001 das Eigentum an bis zu vier Apotheken (jeweils durch eine separate Betriebserlaubnis (*bevilling*)) grundsätzlich ermöglicht wurde, so sind diese bis dato seltene Ausnahmen. Denn eine Vergabe wurde bzw. wird nur durch die Behörde erteilt, wenn keine ausreichende Versorgung mit Arzneimitteln gegeben ist (Kap. 4.3.1.2).

- Arzneimittelhersteller und den pharmazeutischen Großhandel vom Apotheken-eigentum auszuschließen [P61; S183].

#### 4.3.2.1.2 Genehmigung von Internetapotheken

Durch Internetapotheken (d. h. ohne direkten Publikumsverkehr) wird sich auch der Zugang zu Arzneimitteln erhöhen [P83]. Dabei sollen dieselben Qualitäts- und Sicherheitsregeln Geltung finden, wie die für die von Apotheken betriebenen Internetshops erlassenen Regeln [P84] und auch dieselben Leistungen sind anzubieten [P13; S183]. Da es zu erwarten ist, dass Internetapotheken geringere Fixkosten haben werden (z. B. Miete, Lohn), besteht die Erwartung, dass Internetapotheken sich innovativ auf die Branche auswirken [P84], z. B. indem neue Verkaufsformate entwickelt werden (z. B. eine landesweite 24/7-Telefonberatung). Dadurch dürfte sich der innersektorale Wettbewerb steigern können und letztendlich die staatlichen Arzneimittelausgaben reduzieren lassen [P85]. Internetapotheken sollen, wie alle weiteren neu zu etablierenden Apothekeneinheiten, keine wirtschaftlichen Zuschüsse erhalten. Am Ausgleichsverfahren haben sie sich dennoch zu beteiligen [P93; S183].

#### 4.3.2.1.3 Freie Entscheidung über Waren, Dienstleistungen und Öffnungszeiten

Apotheken vertreiben ausschließlich staatlich festgelegte, apothekenübliche Freihandelsware, liberalisierte und apothekenpflichtige Non-Rx-FAM und Rx-FAM (Kap. 4.2.2). Wenn es eine Niederlassungsliberalisierung geben würde, dann wäre es auch konsequent, die Verantwortung über das Warensortiment den Betreibern zu überlassen. Dies käme den Verbrauchern zugute, aber auch der Rentabilität einer Apotheke, insbesondere in bevölkerungsschwachen Gebieten [P12 bis P13, P63; S184, S206]. Was für die Erweiterung der Produktpalette gilt, könnte auch für eine Erweiterung der Serviceangebote gelten. Bei der Rücknahme des staatlichen Entscheidungsmonopols über Waren und Dienstleistungen, wären diese wichtige Parameter für den Wettbewerb [P64 bis 65]. Zudem sollte es der einzelnen Apotheke auch überlassen werden, über die betrieblichen Öffnungszeiten selbst zu entscheiden, um eine Anpassung an den umliegenden Einzelhandel vornehmen zu können [P18, P50-P51, P64-P65].<sup>552</sup>

#### 4.3.2.1.4 Maximalpreise

2005 bestand eine landesweite Festpreisregelung für Arzneimittel [P95] und die Auflage, dass immer das günstigste Generikum [P98] innerhalb einer Indikationsgruppe abzugeben war

---

<sup>552</sup> Hinweis: 2005 waren die Öffnungszeiten für Apotheken auf 56 Stunden pro Woche begrenzt, am Sonnabend war ab 14 Uhr zu schließen. Diese Regelung galt nur für Apotheken (nicht für den Einzelhandel) und war somit noch restriktiver als die weiteren Regeln des Ladenschlussgesetzes (*lukkeloven*). Vgl. Retsinformation (LOV nr 606 af 24.06.2005): *Lov om detailsalg fra butikker m. v.*

(2024: hat immer noch Gültigkeit). Des Weiteren durften Apotheken nur innerhalb des Landes Arzneimittel für die Abgabe an Kunden erwerben [P99]. In einem Festpreissystem kann über den Preis kein Wettbewerb, weder im Inland, noch mit niedrigeren Preisen des Auslandes, stattfinden. Gäbe es Maximalpreise [P14, P103], die den derzeitigen Festpreis nicht übersteigen dürften und wäre es den inländischen Anbietern zudem erlaubt (günstigere) Arzneimittel zu importieren, gäbe es mehr Wettbewerb. D. h., dass ein dynamischer Wettbewerb über den Preis wahrscheinlich wäre [P106, P119]. Mit diesem möglichen Resultat verband die Wettbewerbsbehörde die Hoffnung, dass sich die Arzneimittelaufgaben sogar reduzieren könnten. Belgien, Norwegen und die Niederlande hatten in 2005 bereits Maximalpreise [P30].

### **4.3.2.1.5 Keine Unterstützung für ersteigerte Apotheken**

Seit Dekaden besteht der allgemeine Konsens, dass die Arzneimittelversorgung überall gleich sein soll, unabhängig davon, wo man sich gerade in Dänemark befindet. Dass ein gewisser Umsatz erwirtschaftet werden muss, damit ein Apothekenbetrieb langfristig rentabel ist, wird als selbstverständlich erachtet. In bevölkerungsschwachen Gebieten ist dies dennoch nicht immer gegeben bzw. schwer zu erreichen, so schuf der Gesetzgeber die Ausgleichsordnung (*udligningsordningen*), d. h. Apotheken in kaufkraftstärkeren Gegenden zahlen den umsatzschwächeren Apotheken in Form der Umverteilung einen (Standorts-)Ausgleich [P120-122, P127]. Die Wettbewerbsbehörde wollte auch auf die Ausgleichsordnung nicht verzichten [P125], obwohl davon ausgegangen wurde, dass es auf Grund der vorgeschlagenen Liberalisierung des Apothekensektors zu Konkursen kommen könnte [P124]. Somit schlug sie vor, dass freigewordene Apothekenstandorte, die berechtigt sind einen Ausgleich zu erhalten, versteigert werden und derjenige Bieter, der sich mit dem geringsten Ausgleich zufriedengibt, sollte den Zuschlag erhalten [P15, P131; S183]. Des Weiteren wurde vorgeschlagen, dass wenn der Alteigentümer i.) 3 bis 5 Jahre vor der (altersbedingten) Übergabe auf die Beihilfe der Ausgleichsordnung verzichtet oder ii.) es schafft, den Betriebsumsatz über die Nettoumsatzobergrenze zu bringen (Kap. 4.2.6.3), dann darf für die abzugebende Apotheke beim Verkauf ein Geschäftswert erzielt werden. Für den Erwerber der Apothekenkonzession bedeutet dies konsequenterweise, dass für die erworbene Apotheke keine Beihilfe zu erwarten ist [S184].

### **4.3.2.1.6 Die freie Veräußerung von Apotheken**

Umsatzstarke Apotheken befinden sich regelmäßig in kaufkraftstarken urbanen Regionen. Sie erhalten keine finanzielle Beihilfe, müssen aber ab einer bestimmten Nettoumsatzobergrenze 3,6 % vom überschießenden Umsatz an die Arzneimittelbehörde abführen (Kap. 4.2.6.3).

Laut dem Apothekergesetz (§ 29, Abs.2 Apothekengesetz (*Apotekerloven*)) war es in 2005 (2024: hat weiterhin Gültigkeit) bei dem Eigentumsübergang einer Apotheke verboten, einen Geschäftswert zu erwirtschaften. Die Wettbewerbsbehörde schlug daher vor, diese Regelung zu ändern. Ihr Argument, dass Alteigentümer kein Interesse hätten in den letzten 5 bis 10 Jahren vor der Übergabe in ihre Betriebe zu investieren [P54, P62]. Damit würde der Neueigentümer vermutlich einen heruntergewirtschafteten und unmodernen Betrieb übernehmen, und durch die Übernahme doppelt belastet werden, nämlich durch die i.) Kredittilgung für Einrichtung, Inventar und Ware und durch ii.) Investitionen um den Betrieb zu modernisieren. Da bisher kein Geschäftswert gezahlt wurde bzw. werden durfte, somit der Alteigentümer diesen auch nicht gezahlt haben kann, sollte bei der erstmaligen Zahlung eines Geschäftswertes, z. B. die Hälfte dem Staat zufließen [S184].

##### **4.3.2.1.7 Erstattung für im Ausland erworbene Arzneimittel**

Nur im Inland erworbene Arzneimittel wurden, entsprechend der Zuzahlungsregelung (*tilskudsordning*), bis zu 100% erstattet [P27; S189, S198]. D. h. damit auch, je höher der Zuschuss ausfällt umso geringer ist die Eigenleistung, desto abnehmender hat der Preis eine Relevanz für die Verbraucher. Bei einer 100% Kostenübernahme hat der Preis somit eine Relevanz gleich Null. Umgekehrt steigt die Relevanz des Preises für die Verbraucher, indem sie sich immer mehr an den Kosten beteiligen müssen, d. h. je höher die Eigenleistung, desto relevanter ist der Preis. Durch die Änderung der Erstattung für im Ausland erworbene Arzneimittel, könnten Verbraucher und Staat Ausgaben einsparen. Dennoch gab es 2005 keine Kostenbeteiligung für im Ausland erworbene Arzneimittel, obwohl die gleichen Arzneimittel auch in Dänemark zugelassen und im Ausland tatsächlich günstiger zu erwerben waren [P4; S182]. Wenn Dänemark dieselben Arzneimittelpreise hätte, wie in Norwegen bzw. Schweden, dann könnten Verbraucher und Staat, jährlich bis zu 1,5 Mrd. DKK (ca. 201,3 Mio. Euro) einsparen [P4, P28; S187]. Obwohl es einen innereuropäischen Arzneimittelmarkt gibt, ist die Arzneimittelpreisfindung eine nationale Angelegenheit. Deshalb und auf Grund der unterschiedlichen nationalen Regelungen, unterstellt die Wettbewerbsbehörde eine künstliche Aufteilung der Märkte durch die Arzneimittelhersteller [S186], zudem bestehen höchst unterschiedliche Arzneimittelpreise in Europa. Des Weiteren dürfen Apotheken in Dänemark keine Arzneimittel im Ausland erwerben bzw. importieren (§ 3, Abs. 3 Apothekengesetz (*Apotekerloven*)) und somit keinen noch günstigeren Preis anbieten. Wenn dies möglich wäre, würden die inländischen Pharmagroßhandlungen gezwungen werden, ihre Preise zu überdenken und voraussichtlich zu reduzieren um konkurrenzfähig zu bleiben. Zudem

verhindert auch die Festpreisregelung naturgemäß in sich eine Konkurrenz, denn über einen Festpreis ist eine Konkurrenz unmöglich (Kap. 4.2.2).

Bis 2000 gab es in Dänemark eine Regelung bzgl. einer evtl. Erstattung von Arzneimitteln, die in den weiteren nordischen Ländern erworben wurden. Diese Regelung wurde eingestellt, da nicht häufig angewandt. Des Weiteren gab es Bedenken, dass dadurch evtl. EU-Regelungen verletzt würden. Ein Kritikpunkt war, dass Verbraucher aus Helsingør (Dänemark) Arzneimittel in Helsingborg (Schweden) erwarben und eine Erstattung erhielten, aber Verbraucher z. B. aus Kruså (Dänemark) nicht für Arzneimittel, die in Flensburg (Deutschland) erworben wurden [S199].

### **Zusammenfassung der Vorschläge:**

Die Wettbewerbsbehörde schlug 2005 in weiten Teilen eine Deregulierung des Apothekensektors vor, empfahl dennoch keine vollständige Liberalisierung mit einer freien Preisbildung und / oder freien Niederlassung, denn der geografische Zugang zu Arzneimitteln wäre ohne Regulierung nicht gesichert [P36]. Dennoch ging die Wettbewerbsbehörde davon aus, dass die meisten unterbreiteten Vorschläge keine oder nur geringe negative Auswirkungen auf den gewollten leichteren Zugang zu sicherem und günstigem Arzneimittel haben würden. Denn wer z. B. Apothekeneigentümer ist [P71], ob die Produktpalette erweitert [P74] oder ein Geschäftswert bei einer Übergabe gezahlt werden würde [P75-76], hätte darauf keinen Einfluss. Zudem sollten etliche Regeln beibehalten werden, z. B. die Ausgleichsregelung (*udligningsordningen*) [P5], ein Apothekenleiter muss ein Pharmazeut sein [P71], die Ausbildungsordnungen für das Apothekenpersonal [P73], die Einrichtung einer Apotheke [P73] etc. Nach Einschätzung der Wettbewerbsbehörde wären geringfügige Nachteile zu akzeptieren, da die Vorteile wesentlich überwiegen würden: Eine Erhöhung der Apothekenzahl (Zugang), die Verlängerung der Öffnungszeiten (Zugang), weitere zu erwerbende Produkte (Preiskonkurrenz) und die Erwartung, dass die Arzneimittelausgaben gesenkt werden könnten [P79].

### **4.3.2.2 Antwortschreiben des Gesundheitsministers**

Die im vorhergehenden Kapitel behandelte Stellungnahme der Wettbewerbsbehörde von 2005 (Kap. 4.3.2.1), gerichtet an den damaligen Gesundheitsminister, wurde auf Grundlage des Wettbewerbsgesetzes erstellt.<sup>553</sup> Folgend soll die Antwort des damaligen Innen- und

---

<sup>553</sup> Hinweis: Wettbewerbsgesetz § 2 Abs. 5 (*Konkurrenceloven*, §2, stk. 5): „Stellt der Wettbewerbsrat fest, dass eine staatliche Regelung oder eine Hilfsregelung schädliche Auswirkungen auf den Wettbewerb hat oder auf

Gesundheitsministers vom Juni 2006 betrachtet werden, denn dieser verweist in seinem Schreiben darauf, dass die Organisation des Apothekensektors vor allem auf anderen Erwägungen beruht als auf rein wettbewerbpolitischen bzw. -ökonomischen [S. 1, Abs. 3]. Diese Erwägungen lassen sich von der überparteilichen Vereinbarung vom November 2000 ableiten [S. 1, Abs. 5-S. 2 Abs. 3, S. 2 Abs. 6] und sind somit als ein Ausdruck des politischen Konsenses zu bezeichnen (Kap. 4.3.1).

Die wesentlichen Aussagen des Gesundheitsministers waren:

- i.) Einen angemessenen, leichten Zugang für den Erwerb von Arzneimittel. Dies gilt auch für dünnbesiedelte Gebiete, wo nicht unmittelbar die betriebswirtschaftlichen Voraussetzungen für einen Apothekenbetrieb gegeben sind.
- ii.) Auf der Basis des Grundsatzes der Gleichheit beim Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen, müssen die Arzneimittelpreise im ganzen Land gleich sein.
- iii.) Die Regulierung des Sektors soll auch gewährleisten, dass die höchst mögliche Qualität und Sicherheit in der Verteilung und Abgabe von Arzneimitteln ermöglicht wird. Hinzu kommt, dass der Verbraucher, die entsprechende Information und Beratung für eine angemessene Anwendung von Arzneimitteln erhält.
- iv.) Die Arzneimitteldistribution hat für die Gesellschaft zu angemessenen Kosten zu erfolgen.

Der Minister führt des Weiteren aus, dass es seit dem Konsens vom November 2000, diverse Veränderungen im Apothekensektor gegeben hatte, so z. B. die Handelsfreigabe für liberalisierte Non-Rx-FAM (2001; Kap. 4.3.1.1) und die Aufhebung des Mehrbesitzverbotes (2001, geltend ab 2002; Kap 4.3.1.2; Kap. 4.3.2.3). Zusätzlich wird auf die Liberalisierung der Gesetzgebung des Sektors bzgl. des Handels mit Arzneimitteln für Nutztiere verwiesen, die im Herbst 2006 noch zu erlassen war (Kap. 4.3.1.4). Ferner ging der Minister auf die Konzessionsvergabe, das Festpreissystem, die Regelung des Notdienstes für Apotheken, Ausbildung für Farmakome u. w. ein. Er verweist in seinem Schreiben, dass diese Themen sowohl wettbewerbliche als auch sozialen- und gesundheitspolitischen Aspekte betreffen und

---

*andere Weise den effizienten Einsatz von Ressourcen in der Gesellschaft behindern kann, kann der Rat (Anm.: Gemeint ist der Wettbewerbsrat (Konkurrencerådet)) dem zuständigen Minister und dem Minister für Wirtschaft eine mit Gründen versehene Stellungnahme vorlegen, in der dieser auf mögliche schädliche Auswirkungen auf den Wettbewerb hinweist und Vorschläge zur Förderung des Wettbewerbs in dem betreffenden Bereich macht...“* (Eigene Übersetzung). Vgl. Retsinformation (LBK nr 539 af 28.06.2002): *Bekendtgørelse af konkurrenceloven*.

diese von solch bedeutendem Charakter sind, die nur in der politischen Debatte zu lösen wären [S. 2, letzter Abs.-S. 3, Abs. 3].

Das Schreiben schließt mit dem Hinweis, dass 2009 eine Evaluation der Liberalisierung des Handels mit Arzneimitteln für Nutztiere geplant wäre.<sup>554</sup> In Verbindung mit dieser, sagte der Minister eine Initiative zu, in der auch die Themen: Konzessionsvergabe, das Festpreissystem, Internetapotheken, das Eigentum an Apothekenbetrieben, Öffnungszeiten u. w. diskutiert werden sollten [S. 3, letzter Absatz].

#### 4.3.2.3 Die Wettbewerbsbehörde 2010 und 2012

Die Wettbewerbsbehörde hat 2010<sup>555</sup> und 2012<sup>556</sup> abermals Vorschläge zur Regulierung des Apothekensektors veröffentlicht. Dabei sind es grundsätzlich dieselben Ansätze aus 2005, die zur Vermeidung von Wiederholungen nicht nochmals aufgeführt werden sollen (Kap. 4.3.2.1). Dennoch, nach Ansicht der Wettbewerbsbehörde gab es selbstverstärkende Missstände, deren Abschaffung in der 2015-Modernisierung zudem angestrebt wurden und daher folgend betrachtet werden.

Die wesentlichen Punkte zur Regulierung des Apothekensektor in Dänemark sollten sein:

- i.) der Zugang (*adgangsregulering*),
- ii.) der Gewinnausgleich zwischen den Apotheken (*udligningsordning*),
- iii.) die Leistungsvergütung (*pris- og avanceregulering*),
- iv.) die staatliche Festlegung des Warensortiments,
- v.) die staatliche Festlegung der Öffnungszeiten und
- vi.) die generell-verpflichtende Substitution von Generika (S. 1).

Die staatliche Regulierung verhindert Wettbewerb, da sektorenfremder Marktzutritt verboten ist, aber auch innersektoraler, indem von staatlicher Seite Preise festgelegt werden. Damit ist ein Wettbewerb über den Preis ausgeschlossen und somit gibt es letztlich auch keinen Anreiz für Innovationen. Dies bedeutet z. B., dass in bevölkerungsreichen Gebieten, wo eine Neugründung aus wirtschaftlichen Gründen sinnvoll wäre, verzögert bzw. verhindert wird (S. 1). Gleichzeitig gibt es Apotheken, die nicht kostendeckend wirtschaften, dennoch auf Grund

---

<sup>554</sup> Hinweis: Diese Initiative wurde auf Grund parallel-politischer Überlegungen zurückgestellt, damit der Initiation einer evtl. weiterer umfassenden Ausschussarbeit nicht vorgegriffen wurde. Vgl. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2014): *Rapport om Modernisering af Apotekersektoren*, S. 6: viertletzter Abschnitt.

<sup>555</sup> Hinweis: Alle aufgeführten Seitenzahlen beziehen sich auf die folgende Publikation. Vgl. Konkurrencestyrelsen: *Regulering af apotekssektoren - Konkurrenceanalyse 02/2010*.

<sup>556</sup> Vgl. Konkurrencerådet (27.06.2012): *Henvendelse fra Konkurrencerådet til Ministeren for Sundhed og Forebyggelse og Erhvervs- og Vækstministeren efter Konkurrenceovens*, § 2, Stk. 5.

des Ausgleiches (*udligningsordning*) auch keinen Anreiz haben dies zu ändern. Somit muss der Staat sich an der Ausgleichsordnung (*udligningsordning*) beteiligen, obwohl das Ziel der Kostenneutralität anzustreben wäre. Daraus ergeben sich:

- Wartezeiten (*ventetider*), die sich insbesondere in urbanen Regionen durch einer nicht adäquaten (d. h. nicht genügend zugelassener (S. 39)) Anzahl von Apotheken ergeben und folglich mit einer entsprechenden Unzufriedenheit in der Bevölkerung. Die Dauer der Wartezeit über 10 min betraf landesweit durchschnittlich 38 % der Kunden, innerstädtisch 43 %, in der Provinz 38 % und in den Landdistrikten 21 %.<sup>557</sup> Bzgl. der Dauer der Wartezeit (S. 5, S. 6, S. 22 Abs. 3-S. 24 einschl. Abs. 2, S. 41) waren 11 % der Bevölkerung der Landdistrikte und 25 % in Städten unzufrieden (Apothekerverein 2007<sup>558</sup>: 30 % Unzufriedenheit; S. 23); und
- unrentable Apotheken: Für 2007 untersuchte die Wettbewerbsbehörde die Gewinne von 267 Apotheken (vor und nach der Ausgleichsordnung (*udligningsordning*)).<sup>559</sup> Der landesweite durchschnittliche Gewinn pro Apotheke lag bei 935.000 DKK (ca. 125.500 Euro).<sup>560</sup> Dennoch hatten ca. 25% bzw. 63 Apotheken, insbesondere städtische, einen Gewinn von mehr als 1.5 Mio. DKK (ca. 201.340 Euro) und 14% über 2 Mio. DKK (ca. 268.450 Euro; S. 6). Auf der anderen Seite betrug der Gewinn bei ca. 30 % bzw. 76 Apotheken, vor allem in der städtischen Peripherie bzw. im ländlichen Raum lediglich 300.000 DKK (ca. 40.260 Euro) und 15 % bzw. 41 Apotheken waren defizitär [S. 5-6, S. 24].

Diese Resultate wären nur möglich, so die Wettbewerbsbehörde, da es keinen ausreichenden Wettbewerb und keinen freien Marktzutritt gab. Denn hohe Umsätze minimieren sich durch Neugründungen von selbst und unrentable Geschäfte würden den Markt verlassen. Bedingt durch die vorhandene Ausgleichsordnung sollte das anzustrebende staatliche Ziel sein, keine Subventionen für den Apothekensektor bereitstellen zu müssen, denn dies hätte innersektoral zu erfolgen, indem umsatzstarke Apotheken umsatzschwache Apotheken (insbesondere in bevölkerungsschwachen Gebieten, aber auch in der städtischen Peripherie) subventionieren

---

<sup>557</sup> Hinweis: Ca. 50 % der Bevölkerung wohnte in Städten, die restliche Bevölkerung teilt sich wiederum zu jeweils 25 % in Provinz bzw. in Landdistrikte auf, S. 22.

<sup>558</sup> Hinweis: Es gab Unterschiede in den Erhebungen bzgl. der Unzufriedenheit zwischen dem Apothekerverein und der Wettbewerbsbehörde, S. 23.

<sup>559</sup> Hinweis: Berechnungsgrundlage: 267 Apotheken (gleich 267 Konzessionen (*bevillinger*)), wobei 14 Apotheker jeweils 2 Konzessionen hatten, d. h., insgesamt 253 wirtschaftliche Einheiten. In 2007 wurden vier Konzessionen zurückgegeben, S. 24: siehe Fußnote.

<sup>560</sup> Hinweis: Die Zahlen sich einmal vor- bzw. nach der Anwendung der Ausgleichsordnung (*udligningsordningen*) zu betrachten, d. h., nach Abzug bzw. Zuschuss, je nach auf welcher Seite der Bemessungsgrenze der Umsatz erzielt wurde.

müssten [S. 29, Kap. 4 Abs. 2]. Auch wenn die Reduzierung der Subventionen durch die Ausgleichsordnung ab 2005 bereits eingeläutet wurde und bis 2010 abgeschlossen sein sollte (Kap. 4.3.1.3), so lagen der Wettbewerbsbehörde 2010 nur die Zahlen bis 2007 vor. In 2005 waren es 136 Stadtapotheken und 2007 waren es immer noch 54 Stadtapotheken von insgesamt 144 Apotheken (von den betrachteten 267 Apotheken der 2007-Untersuchung der Wettbewerbsbehörde), die durch die Ausgleichordnung subventioniert wurden.

Die Wettbewerbsbehörde sieht einen klaren Zusammenhang [S. 34 Abs. 3] zwischen Umsatz und Gewinn, denn wie bereits oben benannt, lag der durchschnittliche Gewinn für 2007 bei 935.000 DKK (ca. 125.500 Euro bzw. 2,06 %) und dies bei einem durchschnittlichen Umsatz von 45,5 Mio. DKK (ca. 6.107 Mio. Euro).

- Einerseits wurde der Umsatz von über 49 Mio. DKK (ca. 6.58 Mio. Euro) der 267 Apotheken betrachtet: 90 Apotheken hatten einen Umsatz größer als 49 Mio. DKK, 97 Apotheken lagen zwischen 49 Mio. DKK und 35 Mio. DKK (ca. 4,70 Mio. Euro), und 90 Apotheken hatten einen Umsatz geringer als 35 Mio. DKK. Ergo bedeutete dies für 73 % der Apotheken einen Gewinn von > 1 Mio. DKK (> 134.228 Euro) und 12 % einen Gewinn unter 300.000 DKK (< 40.268 Euro; [S. 30]).
- Andererseits wurde der Umsatz von unter 35 Mio. DKK (< 4,7 Mio. Euro) betrachtet und festgestellt, dass 18 % der Apotheken einen Gewinn von über 1 Mio. DKK (> 134.228 Euro) erwirtschafteten, 36 % zwischen 300.000 und 1 Mio. DKK (40.268 Euro - 134.228 Euro), 17% unter 300.000 DKK (ca. 40.268 Euro) und 29 % der Apotheken defizitär waren.

Folgend wurde der Apothekengewinn auch nach Herkunft der Apotheken differenziert: In der Stadt hatten 61 % und nur 31 % der Apotheken in Landdistrikten einen Gewinn von > 1 Mio. DKK (>134.228 Euro). Der Anteil defizitärer Apotheken lag in der Stadt bei 8 % und auf dem Lande bei 23 % [S. 31]. Die Wettbewerbsbehörde folgert, dass es trotz der Ausgleichsregelung (*udligningsordningen*) sowohl Gewinner als auch Verlierer in der Stadt wie auf dem Lande gibt. Dennoch ist die Wahrscheinlichkeit des wirtschaftlichen Erfolges in der Stadt größer und der Misserfolg voraussehbarer auf dem Lande. Die Aussicht auf geringere Wirtschaftlichkeit trotz der Ausgleichsregelung (*udligningsordningen*), macht es der Arzneimittelbehörde (*lægemiddelstyrelsen*) nicht leichter, diese umsatzschwachen Apotheken bei einer neuerlichen Vergabe der Betriebserlaubnis (*bevilling*) wieder zu besetzen. Dieser Sachverhalt begründete die Gesetzesänderung, die geltend ab 2002 die Vergabe von bis zu 4 Konzessionen (*bevillinger*)

pro Apotheker ermöglichte [S. 33; Kap 4.3.1.2]. D. h. aber auch, dass die Festpreisregelung durch Maximalpreise zu ersetzen wäre.

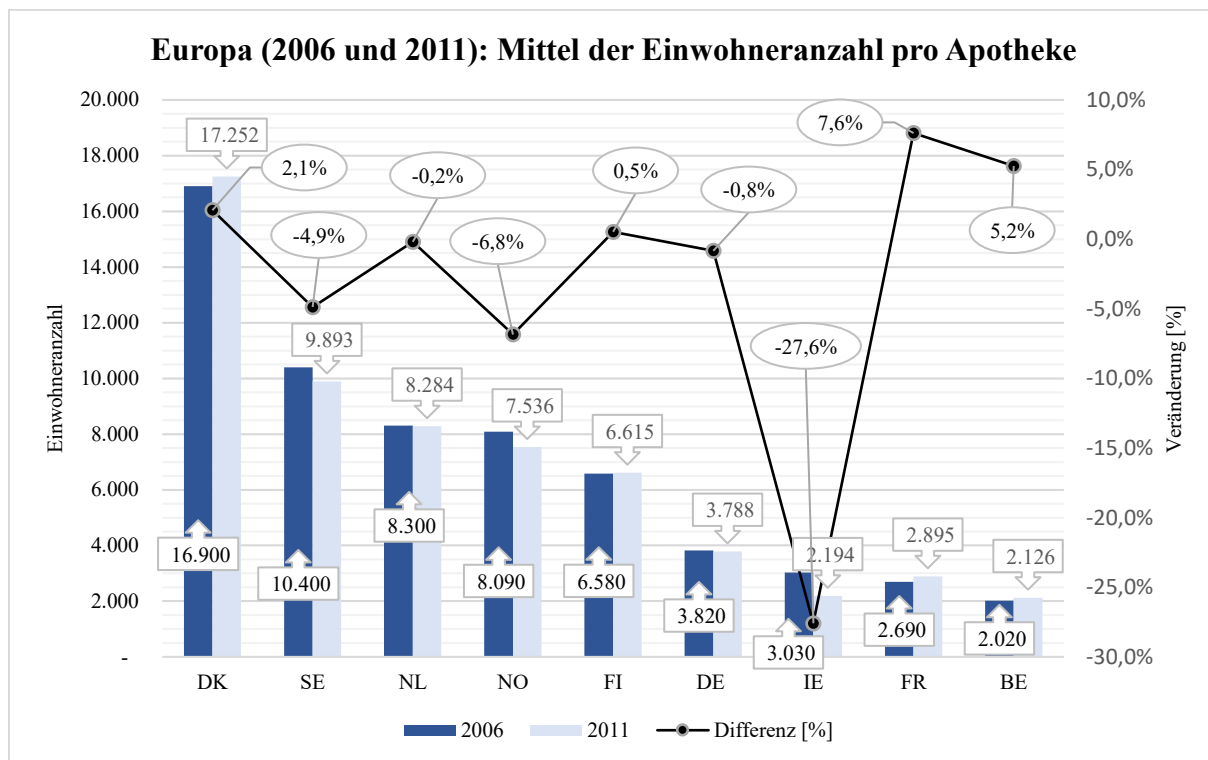


Abb. 53: Europa (2006 und 2011): Durchschnittliche Einwohneranzahl pro Apotheke. Eigene Berechnungen und Darstellung. Quelle PGEU.<sup>561</sup>

Die Apotheken, die nach Ansicht der Arzneimittelbehörde (*lægemiddelstyrelsen*) trotz geringer Wirtschaftlichkeit fortbestehen müssten, sollten dann ausschließlich innersektoral von den weiteren Apotheken durch die Ausgleichsregelung (*udligningsordning*) unterstützt und somit letztlich auch der Staat entlastet werden [S. 33-34]. Die Wettbewerbsbehörde schlussfolgerte, dass durch mehr innersektoralen Wettbewerb Apotheken ihre Preise reduzieren und mehr Serviceleistungen anbieten würden. Somit würde mehr Umsatz und mehr Gewinn erwirtschaftet werden und damit hätten dann weniger Apotheken Anspruch auf Ausgleichszahlungen (*udligningsordning*). Mit mehreren Einheiten würden sich Skaleneffekte einstellen und somit wären Vertriebskostenreduzierungen möglich. Damit könnte die Bevölkerung Ausgaben für Arzneimittel minimieren und der Staat seinen Aufwand für den Apothekensektor verringern.

Die Wettbewerbsbehörde wies zudem darauf hin (2010 und 2012), dass Dänemark 2006 und 2011 die jeweils höchste Einwohnerzahl pro Apotheke im Vergleich mit weiteren EU-Mitgliedsländern, hatte [S. 25-26]. Abb. 53 zeigt, dass die Apotheken von 2006 bis 2011 in

<sup>561</sup> Vgl. PGEU: *Annual Report 2011*, S. 21.

allen aufgeführten Ländern, mit Ausnahme von Irland (- 27,6 %), durchschnittliche leichte zu- bzw. abnehmende Einwohnerzahlen von 7,6 % bis - 6,8 % erfuhren, wobei die durchschnittliche Zunahme in Dänemark 2,08 % bzw. 352 Einwohner pro Apotheke betrug.<sup>562</sup>

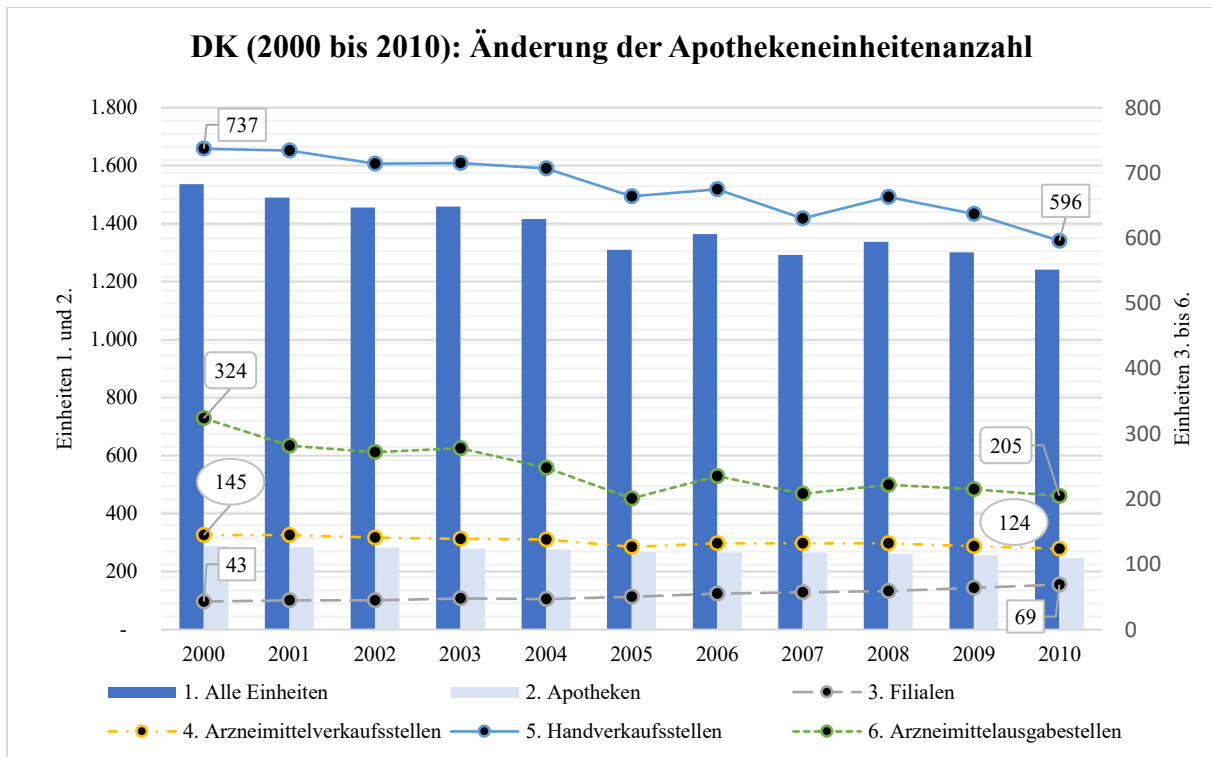


Abb.54: DK (2000 bis 2010): Änderung der Apothekeneinheitenanzahl. Eigene Berechnungen und Darstellung. Quelle: KfSt. (2012).

In der Tab. 35 (siehe Anhang) wurde für die Jahre 2005 bis 2010 der durchschnittliche Umsatz pro Apotheke und der durchschnittliche Gewinn (vor Investitionen und Unternehmerlohn und Steuern aufgeführt). Voraussichtlich nur auf Grund des Rückgangs der Gesamtzahl der Apotheken stieg der Umsatz der übriggebliebenen Betriebe um ca. 141.342 Euro bzw. 9,3 %, dennoch fällt der durchschnittliche Gewinn pro Apotheke um ca. 23.490 Euro bzw. 13,8 %. Machte der Gewinn am Gesamtumsatz in 2005 noch 11,1 % aus, so fiel dieser auf 8,8 % in 2010, entsprechend einem Rückgang von 2,3 %. Auf Grund der Weltwirtschaftskrise waren die Jahre 2007 und 2008 bzgl. des Gewinns ernüchternd, somit lag der durchschnittliche jährliche Gewinn von 2005 bis 2010 lediglich bei 8,4 % [S. 21].

Die Tab. 36 (siehe Anhang) zeigt die errechneten durchschnittlichen Gewinne für alle Apotheken für das Jahr 2010 und dies jeweils vor und nach der Ausgleichsregelung (*udligningsordning*). Es kann für 2010 festgestellt werden, dass trotz der Ausgleichsregelung 44 Betriebe bzw. 17 % defizitär waren. Ob die Arbeit sich für die weiteren 73 Betriebe bzw. 29

<sup>562</sup> Vgl. PGEU: *Annual Report 2011*, S. 21.

% in der folgenden Gewinnstufe wirtschaftlich lohnte, ist anzuzweifeln. Es wird angenommen, dass 2010 letztendlich wirtschaftlich gesund nur 136 Apotheken bzw. 54 % waren.

#### 4.3.3 Die interministerielle Arbeitsgruppe (2012 bis 2014)

Auszug aus dem Koalitionsvertrag vom Oktober 2011 der Regierung Thorning-Schmidt I: „*Modernisierung des Apothekensektors.* „Die Regierung will das dänische Apothekengesetz modernisieren, um sicherzustellen, dass Apotheken mit folgenden Schwerpunkten betrieben werden: Zugänglichkeit für die Bürger, Patientensicherheit, niedrige Preise und Arzneimittelberatung. In diesem Zusammenhang wird auch die Möglichkeit des Verkaufs von Arzneimitteln durch Krankenhäuser (Anm.: Krankenhausapotheken sind nicht Gegenstand dieser Arbeit) untersucht. Die Regierung wird daher die Aufgabenstellung für die laufende Ausschussarbeit erweitern, damit mehr Modelle zur Erreichung der skizzierten Ziele vorgestellt werden können.“<sup>563,564</sup>

Daraufhin wurde 2012 eine Arbeitsgruppe beauftragt, die auf Grundlage des oben benannten Vertragspassus, entsprechende Vorschläge erarbeiten sollte. Teilnehmer entsandte das Gesundheits- (Vorsitz), Wirtschafts-, Finanzministerium sowie die Wettbewerbs- (*Konkurrencestyrelsen*) und Gesundheitsbehörde (*Sundhedsstyrelsen*). Bis zur Abgabe des Berichts am 16.06.2014, wurden insgesamt 10 Sitzungen abgehalten, zudem viele Gespräche mit diversen Interessengruppen geführt und zwei Apotheken besucht.<sup>565</sup> Die interministerielle Arbeitsgruppe empfahl in ihrem Abschlussbericht drei Modelle, die sie wiederum mit fünf Faktoren verknüpfte: i.) Eigentum, ii.) Betriebserlaubnis, iii.) Versorgung der Peripherie, iv.) Warensortiment und v.) Vergütung (S. 78-S. 82).

##### i.) Eigentum

Bis 2014 galt: Das Eigentum an einer Apotheke mit einer persönlichen Apothekenbetriebslaubnis verknüpft war.

Modell 1: unverändert.

Modell 2: unverändert.

Modell 3: Fremdbesitz soll erlaubt werden, ein Apotheker leitet die Apotheke. Ausgeschlossen vom Eigentum sind Arzneimittelhersteller und der Pharmagroßhandel (S. 78 bis S. 79).

---

<sup>563</sup> Vgl. Folketinget: *Regeringer siden 1953 - Regeringen Helle Thorning-Schmidt I*. Eigene Übersetzung.

<sup>564</sup> Vgl. Regeringen (Oktober 2011): *Et Danmark, der står sammen - Regeringsgrundlag*, S. 46: Abs. 3. Eigene Übersetzung.

<sup>565</sup> Vgl. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2014): *Rapport om Modernisering af apotekersektoren*.

ii.) Betriebserlaubnis

Bis 2014 galt: Für die Errichtung einer Apotheke bzw. Apothekenfiliale bedarf es einer Betriebserlaubnis (*bevilling*).

Modell 1: Für eine Apotheke ist weiterhin eine Betriebserlaubnis zu beantragen. Es können zwischen fünf und acht rezeptbeliefernde Einheiten (Apotheke plus Filialen) pro Eigentümer und ohne weitere Erlaubnis frei gegründet werden.

Modell 2: Wie Modell 1, maximal 15 bis 20 rezeptbeliefernde Einheiten.

Modell 3: Die Abschaffung von einer Betriebserlaubnis und somit die freie Errichtung von Apotheken, Filialen und weiteren Apothekeneinheiten.

iii.) Versorgung der Peripherie

Bis 2014 galt: Die Ausgleichsregelung (*udligningsordning*).

Modell 1: Anpassung der Ausgleichsregelung (*udligningsordning*).

Modell 2: Ausschreibungen für den Betrieb von Apotheken und andere Einheiten.

Modell 3: Ausschreibungen für den Betrieb von Apotheken.

iv.) Warensortiment

Bis 2014 galt: Nur apothekenübliche Ware und Arzneimittel durften veräußert werden.

Modell 1: Nur apothekenübliche Ware und Arzneimittel.

Modell 2: Keine Beschränkung des Warensortiments.

Modell 3: Keine Beschränkung des Warensortiments.

v.) Vergütung

Bis 2014 galt: Die Berechnungsgrundlage für die Vergütung (*avancerammen*) schließt jede Form von veräußerter Ware (Freihandelswaren und alle Arzneimittelumsätze) einer Apotheke ein.

Modell 1: Unverändert.

Modell 2: Die Berechnungsgrundlage für die Vergütung (*avancerammen*) schließt nur den Arzneimittelumsatz ein.

Modell 3: Wie Modell 3.

Zudem wurde vorgeschlagen und dies unabhängig davon, welches Modell verabschiedet werden sollte:

- Einführung des dänischen Qualitätsmodells (DDKM - *Den danske kvalitetsmodel*).<sup>566</sup>
- Anpassung der Dienstbereitschaft an die Öffnungszeiten.

---

<sup>566</sup> Vgl. Sundhedsstyrelsen (20.12.2004): *Den danske kvalitetsmodel for sundhedsvæsenet - modelbeskrivelse*.

- Internetapotheken (ohne Publikumsverkehr) dürfen betrieben werden. Zudem sollen deren Versendungen bzw. Zulieferungen kostenfrei sein.
- Das Shop-in-Shop-Geschäftsmodell (d. h. Handverkaufsstellen (*håndkøbsudsalg*) und Arzneimittelauslieferungsstellen (*medicinudleveringssteder*).
- Abschaffung der Kapazitätsregelung für die Abgabe von Dosisseinheiten.

### 4.3.4 Die 2014-Gesetzesvorlage zur Modernisierung des Apothekensektors

Der Arzneimittelsektor soll dazu beitragen, dass die Bevölkerung einen uneingeschränkten, flächendeckenden Zugang zu sicheren und preiswerten Arzneimitteln hat. Diese Forderung, die Subventionierung von Apotheken, sowie die als notwendig erachtete Ausgabenkontrolle über staatlicher Mittel, sind die Begründungen zur Regulierung des Apothekensektors. Dies galt bereits vor der 2015-Apothekenmodernisierung und weiterhin bis dato.<sup>567</sup> Die damalige Regierung, in Person des Ministers für Gesundheit und Prävention, unterbreitete am 09.10.2014 dem dänischen Parlament (*Folketinget*) Vorschläge zu Änderungen des Apothekengesetzes. Es wurde dabei klargestellt, dass es sich um eine Modernisierung und nicht um eine Liberalisierung handeln sollte. Des Weiteren wurde verdeutlicht, dass Apotheken Teil des Gesundheitssystems wären und nicht dem Einzelhandel zuzurechnen sind.

Folgend werden die vormaligen Paragraphen denen des 2015-Modernisierungsgesetzes<sup>568</sup> gegenübergestellt, wobei nur auf die grundlegenden Veränderungen eingegangen wird:

**§ 4:** Bisher galt, dass nur die Gesundheitsbehörde (*sundhedsstyrelsen*)<sup>569,570</sup> eine Konzession in Form einer Apothekenbetriebserlaubnis zur Errichtung oder Verlegung einer Apotheke bzw. Apothekenfiliale erteilen kann. Dies gilt auch für pharmazeutische Veterinärabteilungen in Apotheken bzw. Krankenhausapotheken.

**Änderung:** Den angemessenen und sicheren Zugang zu preisgünstigen Arzneimitteln hat die Arzneimittelbehörde bei Entscheidungen (gründen, verlegen, schließen; gilt auch für Internetapotheken) zu berücksichtigen und dies bei vertretbaren staatlichen

---

<sup>567</sup> Vgl. Konkurrencerådet (#54 | Marts 2022): *Konkurrencen i Apotekersektoren - Velfungerende Markeder*, S. 2.

<sup>568</sup> Vgl. Restsinformation (LOV nr 580 af 04.05.2015): *Lov om ændring af lov om apoteksvirksomhed og lov om tinglysning*.

<sup>569</sup> Hinweis: Die nationale Gesundheitsbehörde (*Sundhedsstyrelsen*) ist eine dem Ministerium für Gesundheit nachgeordnete Behörde. Vgl. Sundhedsstyrelsen (11.09.2023): *Sundhedsstyrelsens historie*.

<sup>570</sup> Hinweis: Von 2012 bis Ende 2015 war die Arzneimittelbehörde der Gesundheitsbehörde unterstellt. Im Januar 2016 wurden beide Behörden wieder voneinander getrennt und agieren seitdem selbständig, wobei weiterhin das Gesundheitsministerium beiden Behörden übergeordnet weiterhin ist. Die Arzneimittelbehörde (*lægemiddelstyrelsen*) ist die zuständige Behörde des Apothekensektors. Vgl. Sundhedsstyrelsen (10.08.2015): *Ny organisation i Sundheds- og Ældreministeriet*.

Ausgaben. Zudem soll jeder einzelnen Apotheke die Möglichkeit gegeben werden, ein angemessenes und zufriedenstellendes Betriebsergebnis erwirtschaften zu können.

**§ 5:** Bis 2015 galt ein Verbot der freien Apothekenniederlassung und nur die Gesundheitsbehörde konnte bestimmen in welchem Gebiet eine Apotheke bzw. Apothekenfiliale gegründet bzw. verlegt werden durfte.

**Änderung:** In einem Abstand von 75 km zur Hauptapotheke können bis zu sieben weitere rezeptbeliefernde Einheiten betrieben werden (dies schließt nur Apothekenfilialen und pharmazeutische Veterinärabteilungen ein), d. h. insgesamt je Apothekenbetriebslaubnis acht Niederlassungen. Diese Einschränkung gilt nicht für Internetapotheken. Wird eine Filiale veräußert, darf der Veräußerungspreis für Ware, Einrichtung und Inventar nicht den Buchwert übersteigen.

**§ 6:** Sundhedsstyrelsen kann eine Frist zur Gründung oder Verlegung einer Apotheke, Apothekenfiliale oder pharmazeutischer Veterinärabteilungen festlegen.

**Änderung:** Ein Apotheker kann frei über die Gründung, Verlegung bzw. Schließung einer Apothekenverkaufsstelle, Handverkaufsstelle oder Arzneimittelabgabestelle entscheiden. Für eine Apothekenverkaufsstelle gilt, dass sie nur innerhalb eines Radius von maximal 75km von der Hauptapotheke betrieben werden darf. Bei der Veräußerung einer Apothekenverkaufsstelle, darf der Veräußerungspreis für Ware, Einrichtung und Inventar nicht den Buchwert übersteigen.

**§ 7, 7a und 7b:** Die Errichtung, Verlegung oder Schließung einer Apotheke bedarf der Genehmigung durch die Gesundheitsbehörde, zudem kann die Behörde die Errichtung, Verlegung oder Schließung einer Apotheke anordnen (*påbud*). In Verbindung mit einer frei gewordenen Apothekenkonzession, kann die Behörde zudem anordnen, dass eine Apothekenverkaufsstelle der frei gewordenen Apothekenkonzession an eine andere Apotheke übertragen wird, sofern besondere Erwägungen dafürsprechen.

**Änderung:** § 7 Abs. 1 bis 5: Die Gesundheitsbehörde kann anordnen (*påbud*), dass eine Apothekenfiliale oder eine Apothekenverkaufsstelle errichtet bzw. nicht geschlossen wird, wenn eine Versorgungslage dafürsprechen. Hierfür wird ein finanzieller Ausgleich entsprechend festgelegter Regelungen geleistet. Gleiches gilt für eine Arzneimittelabgabestelle, obwohl hierfür keine finanziellen Unterstützungen erfolgen. In Verbindung mit einer frei gewordenen Apothekenbetriebslaubnis kann die

Behörde eine bestehende Apothekenfiliale oder Apothekenverkaufsstelle schließen lassen, sofern diese vor dem 01.07.2015 gegründet wurde.

**§ 10:** Das Ministerium und die nachgeordnete Behörde Sundhedsstyrelsen sollen berücksichtigen, dass „*die einzelne Apotheke die Möglichkeit bekommt, ein zufriedenstellendes betriebswirtschaftliches Ergebnis zu erreichen.*“

**Änderung:** Der § 10 wurde ersatzlos gestrichen.

**§ 12:** Die Betriebserlaubnis für eine Apotheke schließt die Herstellung und den Vertrieb von Arzneimitteln, zudem apothekenüblicher Ware, ein.

**Änderung:** § 12, Abs. 1, Satz 4: Die Behörde legt fest, was apothekenübliche Waren sind.

**§ 18:** Wird eine Apothekenbetriebserlaubnis zurückgegeben, beträgt die Bewerbungsfrist 14 Tage nach der Veröffentlichung der Neuausschreibung.

**Änderung: § 18:** Die Bewerbungsfrist wird auf vier Wochen verlängert. Der Antrag auf eine Betriebserlaubnis gilt für die Apotheke und die angeschlossenen Einheiten. Die Bewerbung um die Apothekenerlaubnis kann, muss aber nicht auch für die weiteren Einheiten gelten, es sei denn, dass dies behördlich angeordnet wird.

**§ 19:** Ist eine Apothekenbetriebserlaubnis zurückgegeben worden, kann die Behörde den Apothekenbetrieb weiterführen lassen.

**Änderung:** §19, Abs. 1: Ist eine Apothekenbetriebserlaubnis zurückgegeben worden, kann die Behörde den Betrieb der (Haupt-)Apotheke und der evtl. weiteren Einheiten übernehmen.

**§ 20 a:** Wurde neu hinzugefügt.

Sofern eine Apothekenbetriebserlaubnis zurückgegeben wurde und die Behörde den Betrieb nicht angeordnet hat oder in Eigenverantwortung weiterbetreibt bzw. der zukünftige Betriebserlaubnis Inhaber die weiteren Einheiten nicht übernehmen möchte, sind die weiteren Einheiten zum Buchwert (Inventar, Ware, Einrichtung) zu veräußern.

**§ 43 a:** Bis zum 01.07.2015 war es möglich, nur über eine Apotheke Arzneimittel online zu vertreiben.

**Änderung:** Seit dem 01.07.2015 können Internetapotheken Betriebsgenehmigungen erhalten.

**§ 40:** Der Minister für Gesundheit und Prävention legt die Regeln für die Öffnungs- bzw. Schließzeiten von Apotheken fest.

**Änderung:** Der Minister für Gesundheit und Prävention legt die Regeln für die Öffnungs- bzw. Schließzeiten und Dienstbereitschaft von Apotheken fest.

**§ 49:** Der Minister für Gesundheit und Prävention legt nach Verhandlungen mit dem dänischen Apothekerverein (DA) die Ausgleichsregelung (*udligningsordningen*) zur Einkommensbasis für Apotheker fest. Dazu gehören eine Gebührenordnung und eine Subventionsregelung.

**Änderung:** § 49: Der Minister für Gesundheit und Prävention legt (neu: „nach Verhandlungen mit dem dänischen Apothekerverein“ wurde gestrichen) die Ausgleichsregelungen zur Einkommensbasis für Apotheker fest. Dazu gehören eine Gebührenordnung und eine Subventionsregelung.

**§ 66:** Dieser Paragraph bestimmte, dass sich die Gesundheitsbehörde mit Hilfe von Vertretern aus sechs Organisationen, Behörden und Wirtschaft (Wettbewerbsbehörde, Apothekerverein, Verein der Arzneimittelindustrie, u. w.) beraten soll, bevor sie dem Gesundheitsminister bzgl. von Apothekenpreisen Empfehlungen erteilt.

**Änderung:** § 66: Wurde ersatzlos gestrichen.

**§67:** Für die Erteilung einer Apothekenbetriebslaubnis ernennt die Gesundheitsbehörde drei Berater, die von folgenden Organisationen gestellt wurden: Pharmadanmark,<sup>571</sup> Farmakonomforeningen<sup>572</sup> und Danmarks Apotekerforening.<sup>573</sup>

**Änderung:** § 67, Abs. 1; Satz 2: Die Berater werden von Organisationen ausgewählt, die Pharmazeuten, Farmakonome, Apotheker, Patienten und Verbraucher repräsentieren.

**§ 70:** Regelt staatliche Entschädigungen durch evtl. Verluste in Verbindung mit einer Schließung einer Apotheke, Filiale und / oder Apothekenverkaufsstelle. D. h., dass dies z. B. für Löhne, Warenlager, Eigentum etc. gelten sollte.<sup>574</sup>

---

<sup>571</sup> Hinweis: Eine Akademikergewerkschaft, ca. 8.500 Mitglieder. Vgl. Pharmadanmark: *Om Pharmadanmark*.

<sup>572</sup> Hinweis: Die Gewerkschaft der Farmakonome, 5.010 Mitglieder. Vgl. Farmakonomforeningen: *Medlemstal*.

<sup>573</sup> Hinweis: Verein der selbstständigen Apothekerleiter, 178 Mitglieder. Vgl. DA: *Foreningen*.

<sup>574</sup> Vgl. Retsinformation (LBK nr 801 af 12.06.2018): *Bekendtgørelse af lov om apoteksvirksomhed*, § 70.

**Änderung:** Sofern die geschlossene Apotheke, Filiale und / oder Apothekenverkaufsstelle nach dem 01.07.2015 gegründet wurde, wird keine staatliche Entschädigung geleistet, es sei denn, dass die Behörde die Gründung angeordnet bzw. eine Schließung nicht erlaubte.

§ 71: Dieser Paragraph beinhaltete die Möglichkeit, dass Apotheker staatlich garantierte Kredite für die Übernahme, Gründung, den Umzug und den Umbau einer Apotheke, Apothekenfiliale oder Apothekenverkaufsstelle beantragen konnten.

**Änderung:** § 71: Der Paragraph wurde ersatzlos gestrichen.

**Zusammenfassung:**

i.) Zugang zu Arzneimitteln und erhöhter Konkurrenz:

- (*Moderapoteker* /Haupt-)Apotheken können in einem Abstand von 75 km bis zu sieben Filialen errichten.
- Die Gründung von Internetapotheken wird zugelassen.
- Die Behörde kann weiterhin anordnen (*påbud*), dass der Betrieb einer Apothekeneinheit fortgesetzt bzw. dass eine neue Apothekeneinheit gegründet wird.
- Die Behörde entscheidet über die Öffnungszeiten und die Bereitschaftsdienste der Apotheken.

ii.) Sichere Arzneimittel:

- Apotheken sind Teil des Gesundheitssystems und nicht des Einzelhandels.
- Arzneimittelgespräche sind in Apotheken einzuführen.

iii.) Öffentliche Ausgaben und Sicherung der Wirtschaftlichkeit von Apotheken:

- Die finanzielle Vergütung (*udligning*) der Apotheken, Filialen und Apothekenverkaufsstellen wird zurückgefahren, reduziert bzw. ganz aufgehoben. Des Weiteren wird eine Bemessungsgrenze für die Ausgleichsregelung (*udligningsordning*) festgelegt. Nur noch die wirtschaftlich schwächsten Apotheken sollen nach 2015 eine Unterstützung durch die Ausgleichregelung erhalten. Zudem legt der Staat fest, welche Waren in Apotheken vertrieben werden dürfen.
- Zur Sicherung der Wirtschaftlichkeit von Apotheken wird ein Vergütungsrahmen (*advancerammen*) vereinbart und pro abgegebene Packung eines verordnungsfähigen Arzneimittels (liberalisierte, Non-Rx- und Rx-FAM) ist ein

Arzneimittelpackungsabschlag (APA; *fastkroneadvance*) von dem Nachfrager zu zahlen.

- Apotheken können keine vergünstigten Kredite mehr erhalten (für Gründung, Umbau etc.).

#### 4.4 Ergebnisse der 2015-Modernisierung des Apothekensektors

Unter Verwendung von Veröffentlichungen bzw. Bewertungen nachfolgender Regierungen, der Gesundheits-, Arzneimittel- Wettbewerbsbehörde, des dänischen Apothekervereines u. a., werden die gesammelten Erfahrungen mit der 2015-Modernisierung des Apothekensektors in Dänemark auf einen aktuellen Stand gebracht (Stand: 12/2024). Wie im vorhergehenden Kap. 4.3 dargestellt, wurden von Seiten der politischen Entscheidungsträger an die 2015-Apothekerreform bestimmte Erwartungen und Ziele geknüpft:

- Der Zugang zu Arzneimitteln sollte weiter verbessert werden (Kap. 4.4.1),
- ebenso eine Reduzierung der Arzneimittelpreise (Kap. 4.4.2),
- eine Verringerung von Fehlmedikationen (Kap. 4.4.3) und
- die Erhöhung von apothekenspezifischen Dienstleistungen (Kap. 4.4.4).

All dies sollte ohne Kostensteigerungen und auch nicht mit einer Verschlechterung der Beratung einhergehen, unter dem Motto „*Mere Sundhed For De Samme Penge*“ (eigene Übersetzung: Mehr Gesundheit für dasselbe Geld).<sup>575</sup> Die politischen Verantwortlichen bekannten sich außerdem dazu, dass der Apothekensektor Teil des Gesundheitssystems ist und nicht Teil des Einzelhandels.

##### 4.4.1 Der verbesserte Zugang zu Arzneimitteln

Ein wesentlicher Grund für die 2015-Apothekenreform war der Wunsch, für die Bevölkerung die Erreichbarkeit von Arzneimittel zu verbessern bzw. zu erleichtern. Die vormals strikte Konzessionsvergabe (*bevilling/er*) wurde dahingehend geändert, dass es Apothekerleitern erlaubt wurde zu einer Hauptapotheke (*moderapotek*) zusätzlich bis zu sieben Filialen, ohne dass es einer weiteren behördlichen Konzession bedurfte, zu betreiben.

---

<sup>575</sup> Vgl. Sundhedsstyrelsen: *Fælles bedre om Sundhed. Sundhedsaftale 2015-18. Region Sjælland. KKR Sjælland*, S. 6.

#### 4.4.1.1 Apothekeneinheiten

Am 01.10.2024 gab es in Dänemark insgesamt 525 Apotheken und Apothekenfilialen, entsprechend einer Steigerung von 213 Einheiten bzw. 68,3 % (Abb. 55) nach dem Inkrafttreten des Modernisierungsgesetzes vom 01.07.2015 (siehe Anhang, Tab. 37).<sup>576</sup>

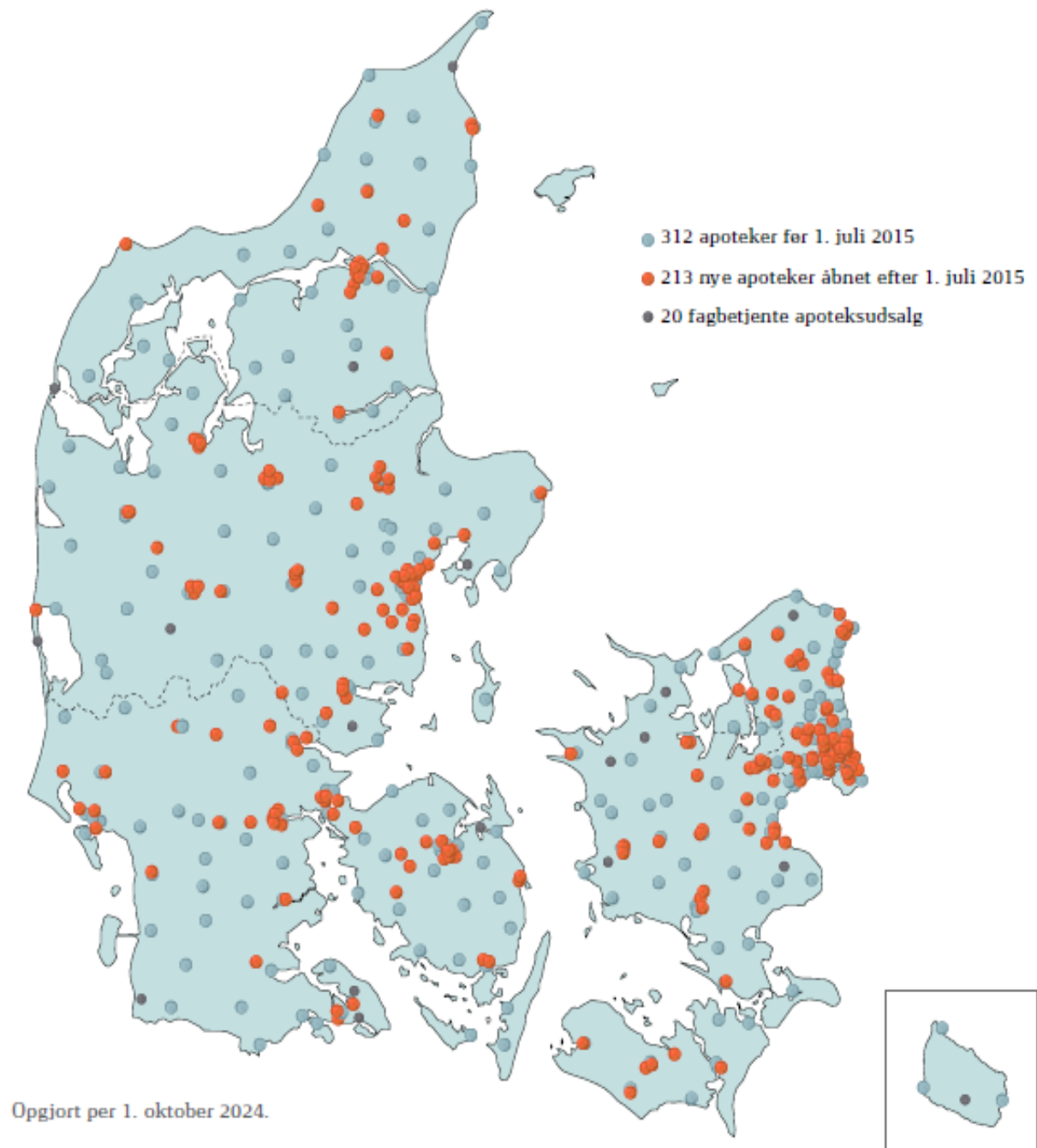


Abb. 55: DK (2024): Apothekeneinheiten nach regionaler Einteilung. Quelle: DA.<sup>577</sup>

<sup>576</sup> Vgl. z. B. DA: *Lægemidler i Danmark 2022-23*, S. 16; *2023-24*, S. 16.

<sup>577</sup> Hinweis: Hellblaue Punkte: Vor der 2015-Reform existierenden Einheiten; rote Punkte: Neugründungen nach 01.07.2015; dunkle Punkte: Apothekenverkaufsstellen (*apoteksudsalg*). Vgl. DA: *Lægemidler i Danmark 2023-24*, S. 19.

Vor der 2015-Reform gab es 220 selbstständige Apotheker mit

- 220 Hauptapotheken und 16 (Zusatz-)Apotheken (*tillægsbevilling*; d. h. mit mehr als einer Betriebslaubnis; Kap. 4.3.1.2).<sup>578</sup> Ende 2024 war die Anzahl selbstständiger Apotheker mit 44 Hauptapotheken auf 176 Hauptapotheken bzw. um 20,0 % geschrumpft. Gleichzeitig nahm die Anzahl der Mehrfach-Konzessionen um 32 Einheiten auf 48 (Zusatz-)Apotheken bzw. 200 % zu, d. h., dass theoretisch 48 Apothekenleiter eine oder 16 Apothekenleiter drei zusätzliche Konzession(en) genehmigt bekommen hatten bzw. übernehmen mussten (*påbud*). Im Umkehrschluss bedeutet das, dass sich 2015 für 16 Apothekenstandorte bzw. 6,8 % und in 2024 für 48 Apothekenstandorte bzw. 21,4 % von der Gesamtapothekenanzahl kein niederlassungswilliger Apotheker finden ließ. Diese Entwicklung entspricht einer Zunahme von 14,6 % bezogen auf die Gesamtapothekenanzahl bzw. die Verdreifachung wirtschaftlich unattraktiver Standorte.
- Die Anzahl der Filialen nahm von 2015 bis 2024 um 225 Einheiten auf 301 Filialen bzw. 296 % zu. 54 Filialen bzw. 17,9 % an der Gesamtanzahl der Filialen werden nur auf Grund einer behördlichen Anordnung (*påbud*) betrieben.
- Die Anzahl der Arzneimittelverkaufsstellen (*apoteksudsalg*; d. h. nur vorbestellte Rx-FAM) hat sich seit 2015 bis 2024 von 117 Einheiten um 97 Einheiten auf 20 Einheiten bzw. 82,9 % reduziert und diese Einheiten werden zudem auch nur noch auf Grund einer behördlichen Anordnung (*påbud*) betrieben.
- Anfang 2024 wurden neben den pharmazeutischen Einheiten noch ca. 300 Handverkaufsstellen (*håndkøbsudsalg*) und ca. 350 Arzneimittelabgabestellen (*medicinudleveringssteder*) betrieben. Der Einzelhandel bot zudem in weiteren über 4.000 Läden apothekenfreie, liberalisierte Arzneimittel an.<sup>579</sup>

2015 wurden 429 Einheiten mit anwesendem pharmazeutischem Personal gezählt, wovon 312 Einheiten bzw. 72,7 % sofort Rx-FAM-Verordnungen beliefern konnten und 117 Einheiten bzw. 27,3 %, Rx-FAM nur auf Bestellung abgaben. 2024 gab es 545 Einheiten bzw. eine Steigerung um 116 Einheiten bzw. 27,0 %, wovon 96,3 % sofort Rx-FAM liefern konnten. Dadurch erhöhte sich die Sofortbelieferungsrate um 23,6 %. Werden von den 545 Einheiten die 74 Betriebe abgezogen (gleich 13,6 %), die nur auf Grund einer behördlichen Anordnung (*påbud*) betrieben werden mussten, dann lag der Zuwachs nur noch bei 42 Einheiten bzw. 9,8 % (545 - (74 + 429))

---

<sup>578</sup> Hinweis: Die 16 (2015) bzw. 48 (2024) Apotheken sind ergänzende Einheiten (*supplerende enheder*).

<sup>579</sup> Vgl. DA: *Lægemedler i Danmark 2022-23*, S. 16 bzw. *2023-24*, S. 16.

gleich 42). 2015 gab es 429 Einheiten mit pharmazeutischem Personal verteilt auf 220 Apothekenleiter entsprechend 1,95 Betriebe pro Apothekenleiter, neun Jahre später waren es 3,10 Einheiten pro Apothekenleiter. Wenn die Veränderung der Einheitenanzahl pro Apothekenleiter ein Ausdruck für die Wirtschaftlichkeit der Apotheken in Dänemark sein soll, dann kann dies nur bedeuten, dass die Rentabilität und die Attraktivität des Apothekensektors mit der 2015-Apothekenreform zurückgegangen ist. Dies ist in Verbindung mit der um 20,0 % verringerten Apothekenleiteranzahl zu betrachten. Denn, wenn es lukrativ wäre in Dänemark Apothekenleiter zu sein, dann wäre die Anzahl der Apothekenleiter gestiegen und nicht derart zurückgegangen.

Die 209 Neugründungen (bis Mitte 2021) hatten sich nicht unerwartet an der Bevölkerungsdichte orientiert (siehe Anhang, Tab. 38). Allein in der Hauptstadt-Region wurden 62 Einheiten bzw. 29,7 % der bisher neugegründeten Apotheken platziert und damit die Anzahl um 76,5 % gesteigert. Die bevölkerungsschwächste Region Nordjylland erhielt nur 18 bzw. 8,6% von den Neugründungen, dennoch stieg die Anzahl seit der Reform um 46,2 %. Alle fünf Regionen haben zwischen 46 % bis 77 % bzw. 42 bis 62 Apotheken durch die 2015-Reform hinzugewonnen. Dabei erhielten 40 Kleinstädte erstmals überhaupt eine pharmazeutische Einheit. Die Apotheken in der Region Hauptstadt hatten den höchsten durchschnittlichen Kundenanteil von 12.901 Personen bzw. 15% über dem Landesdurchschnitt. Auf der letzten Stelle befanden sich die Apotheken in der Region Syddanmark, die 1.105 Kunden bzw. 9,8% weniger hatten und somit unter dem Landesdurchschnitt lagen.<sup>580</sup> Die Gründungswelle hat sich zwischenzeitlich wesentlich abgeschwächt und stagniert praktisch seit 2021 (siehe Anhang, Tab. 37).

### 4.4.1.2 Geografische Entfernung zum nächsten Konkurrenzbetrieb

Die Verbesserung der Erreichbarkeit von Apotheken war eine Forderung der 2015-Apothekenreform (Kap. 4.4). Da die Anzahl der Einheiten seit 2021 praktisch stagniert (Kap. 4.4.1.1), sollen zwei Untersuchungen aus den Jahren 2018 und 2021 die Veränderungen der Entfernung zur nächsten Konkurrenzapotheke beleuchten (siehe Anhang, Tab. 39).

Von 2018 bis 2021 gab es nur leichte Veränderungen. Dennoch gilt für beide Analysejahre, dass zwischen 75 % (2018) und 72 % (2021) der Neugründungen drei Kilometer oder darunter zur nächsten Apotheke geöffnet wurden. In ländlichen Regionen sind die Abstände zwischen Apotheken naturgemäß größer. So wurden 2018 lediglich 14 von 85 Gründungen bzw. 17 %,

---

<sup>580</sup> Hinweis: Keine Aktualisierung nach 2021 (Stand 12/2024). Vgl. DA (Analyse 09.11.2021): *Reform har sikret lettere adgang til lægemidler, lavere priser og bedre service*, S. 3.

aber in 2021 insgesamt 36 von 211 Gründungen bzw. 17 % in einem Abstand zw. 5 bis 15 km zur nächsten Apotheke realisiert.<sup>581,582</sup> Dies könnte auf eine Sättigung der begehrteren Standorte in urbanen Regionen und das Ausweichen auf weniger attraktive Standorte in ländlichen Regionen hindeuten.

### 4.4.1.3 Öffnungszeiten

Spätestens 2003 hatten Apotheken mindestens 43 Stunden aber maximal 56 Stunden pro Woche zu öffnen, wobei davon zumindest drei Stunden an einem Sonnabend aufzuschließen war.<sup>583</sup> Seit 2018 sind es mindestens 47 Stunden (inkl. samstags vier Stunden) sofern eine Beteiligung an der Bereitschaftsdienstordnung (*vagtordning*) nicht vorliegt. Für alle weiteren Apotheken inkl. Filialen gilt, dass mindestens 44,5 Öffnungsstunden pro Woche, davon mindestens vier samstags zu leisten sind. Apothekenverkaufsstellen haben mindestens 41 Stunden zu öffnen.<sup>584</sup>

Auf Grund der gestiegenen Apothekengesamtzahl (2015: 312; 2020: 501) und die damit verbundene erhöhte Konkurrenz, haben viele Apotheken ihre Öffnungszeiten z. T. erheblich ausgeweitet, dies sowohl an Werkstagen wie auch am Wochenende. In 2015 hatten 56,1 % der Apotheken länger geöffnet als gesetzlich vorgeschrieben, 2020 waren es 62,9 %. Prozentual nur ein geringfügiger Anstieg von 6,8 %, aber infolge der vielen Neugründungen, betraf die Veränderung letztlich 80 % bzw. 140 Apotheken. Ebenfalls signifikant geändert hat sich die Bereitschaft samstags länger als die gesetzlich vorgeschriebenen vier Stunden geöffnet zu halten, sowohl prozentual (2015: von 17 % auf 2020: 38,3 %) wie auch der Anzahl nach (2015: von 53 auf 192 Apotheken), entsprechend einer Veränderung von 262 %. Waren es in 2015 landesweit nur ca. 0,64 % der Apotheken die sonntags geöffnet hatten, so waren es 2020 bereits 10,0 %. Vorher betraf es nur zwei Apotheken danach 50 Apotheken, entsprechend einer Steigerung von 2.400 % (siehe Anhang, Tab. 40). Seit 2023 gibt es eine neue Bereitschaftsdienstverordnung mit entsprechenden Vergütungssätzen (Kap. 4.4.1.5).<sup>585</sup>

### 4.4.1.4 Wartezeiten

Hohe Wartezeiten sind ein Kennzeichen für Länder, die ein Gesundheitssystem nach dem Beveridge-Modell haben (Kap. 4.1.2). Die Wartezeit ist daher ein Parameter über den die Apotheken konkurrieren können. Da die Digitalisierung im Gesundheitssystem weit

---

<sup>581</sup> Vgl. DA (Pressemeddelelse 31.08.2018): *50 % flere apoteker øger konkurrencen og giver længere åbningstider og korte ventetider*, S. 4.

<sup>582</sup> Vgl. DA (Analyse 09.11.2021): *Reform har sikret lettere adgang til lægemidler, lavere priser og bedre service*, S. 4.

<sup>583</sup> Vgl. Retsinformation (BEK nr 50 af 23.01.2003): *Bekendtgørelse om apotekernes åbningstid og vagttjeneste. Bekendtgørelse om apotekernes åbningstid og vagttjeneste*, § 1, Stk. 29.

<sup>584</sup> Vgl. Retsinformation (BEK nr 1691 af 18.12.2018): *Bekendtgørelse om apotekernes åbningstid og vagttjeneste*, § 1, Stk. 1 bis 5.

<sup>585</sup> Vgl. Lægemiddelstyrelsen (01.01.2023): *Vagtapoteker og åbningstid pr. 1. januar 2023*.

fortgeschritten ist, gab es bereits seit 2008 in Dänemark die Möglichkeit die Wartezeit vom Betreten bis zum Beginn einer Beratung zeitlich zu erfassen, denn jeder Kunde zieht beim Betreten der Apotheken eine Abfertigungsnummer. Eine Analyse des Apothekervereins belegt, dass die Wartezeit für 91 % der Kunden im Juni 2021 weniger als 5 Minuten betrug, im Juni 2015 waren es noch 86% gewesen. Statt 12 % waren es nur noch 8 % der Kunden die zwischen 5 und 10 Minuten warteten und die Wartezeit über 10 Minuten hatte sich von 2% auf 1 % halbiert (Abb. 56).<sup>586</sup>

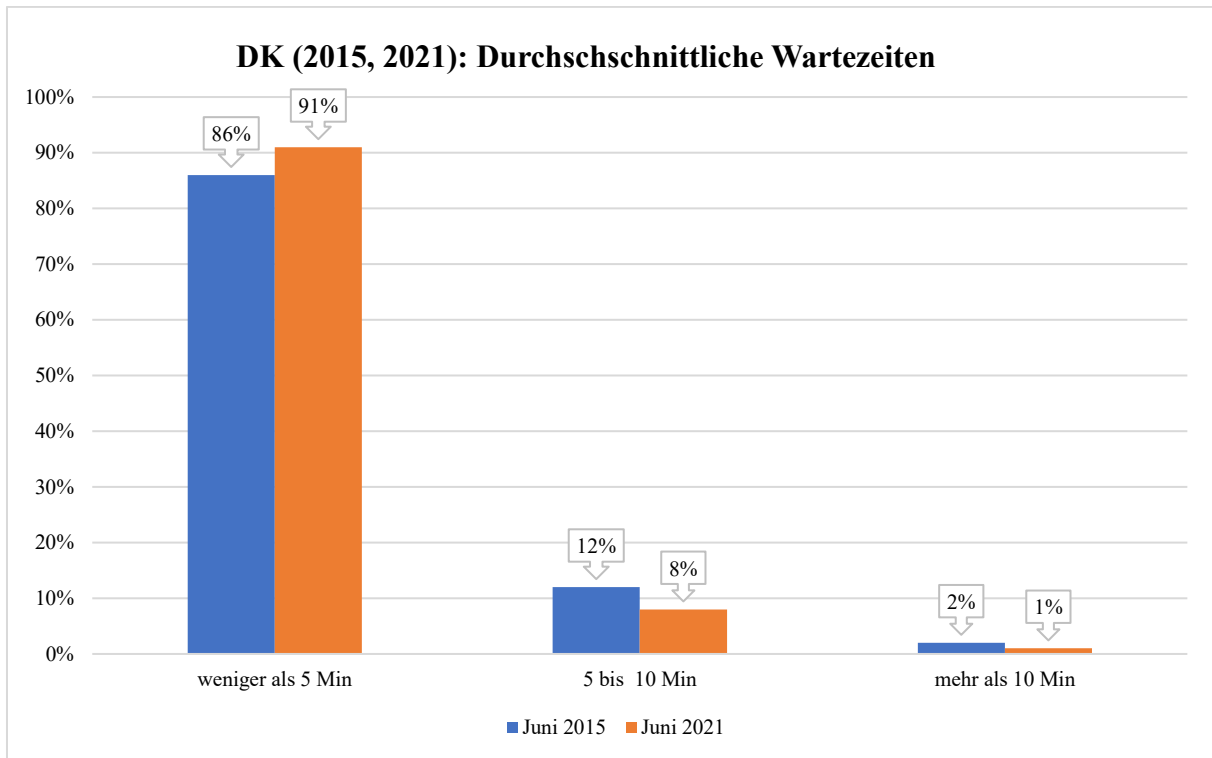


Abb. 56:DK (2015, 2021): Durchschnittliche Wartezeiten. Eigene Darstellung. Quelle: DA<sup>587</sup>.

#### 4.4.1.5 Bereitschaftsdienste

In Dänemark können Apotheken sich an der Bereitschaftsdienstverordnung (*vagtordning*) beteiligen und somit freiwillig Bereitschaftsdienste (*vagttjeneste*) übernehmen. Die Apotheken, die ihre Teilnahme erklären, melden das entsprechende Personal an (Apotheker oder Farmakonom),<sup>588</sup> denn davon hängt wiederum die Vergütung ab. 2023 erließ die Arzneimittelbehörde (*lægemiddelstyrelsen*) eine landesweit geltende Bereitschaftsdienstordnung. Dabei wurde sowohl auf eine gleichmäßige Verteilung sowie auch darauf geachtet, dass keine Lücken an Regionsgrenzen entstanden. Es gibt drei Bereitschaftsdienst-Kategorien: A, B und C.

<sup>586</sup> Vgl. DA (Analyse 09.11.2021): *Reform har sikret lettere adgang til lægemidler, lavere priser og bedre service*, S. 5.

<sup>587</sup> Vgl. DA (Analyse 09.11.2021): *Reform har sikret lettere adgang til lægemidler, lavere priser og bedre service*, S. 5.

<sup>588</sup> Vgl. Retsinformation (BEK nr 1691 af 18.12.2018): *Bekendtgørelse om apotekernes åbningstid og vagttjeneste*, §§ 3, 4.

- A: Von 06:00 bis 24:00, ganzjährig.
- B: Von 08.00 bis 21:00 werktags, 08:00 bis 09:00 und 18:00 bis 21:00 sonnabends und an Sonn- und Feiertagen von 10:00 bis 15:00.
- C: Von 08.00 bis 19:00 werktags, 08:00 bis 09:00 und von 16:00 bis 18:00 sonnabends und an Sonn- und Feiertagen von 10:00 bis 13:00.

Zudem ist die nationale 24/7-Wachdienstapotheke (*nationale døgnvagtsapotek*) in Kopenhagen, das ganze Jahr rund um die Uhr besetzt.

Bereitschaftsdienstgebühr: Sofern das Rezept älter als 24 Stunden ist, darf eine Gebühr von 20,65 DKK (2,77 Euro) erhoben werden. Dies gilt für folgende Zeiten: Werktags zwischen 20:00 und 08:30; sonnabends zwischen 17:00 und 08:30 und Sonn- und Feiertage ganztägig.<sup>589</sup>

Die jährliche Vergütung für die freiwillige Übernahme von Bereitschaftsdiensten beläuft sich in der jeweiligen Kategorie auf:

- A: 174.853 Euro
- B: 104.912 Euro, zusätzlich 29.142 Euro, sofern der Dienstausübende ein Apotheker ist
- C: 53.913 Euro
- Die nationale 24/7-Wachdienstapotheke erhält: 284.136 Euro (778 Euro pro Tag bzw. 32 Euro pro Stunde).<sup>590</sup>

#### 4.4.2 Die Arzneimittelpreisreduzierung

Eine weitere politische Forderung, die an die 2015-Modernisierungsreform gestellt wurde, war dass der Bevölkerung preisgünstige Arzneimittel angeboten werden sollten. Es wurde erwartet, dass dieses durch den höheren Wettbewerb zwischen den Apotheken erreicht werden könne. Wie in der Abb. 57 dargestellt, sinken die Preise für apothekenpflichtige (*apoteksforbeholdte*) Non-Rx-Präparate seit 2000 kontinuierlich, bis einschließlich des zweiten Quartals in 2024 um 55 % (2023: 54 %). Liberalisierte Non-Rx-FAM des Einzelhandels, erfuhren hingegen in der Betrachtungsperiode eine Preissteigerung von 29 % (2023: 33 %).<sup>591</sup>

Dennoch, der Preisrückgang bei Generika (Anm.: Patent abgelaufen) ist weniger dem innersektoralen Wettbewerb geschuldet, sondern eher dem Arzneimittel-Ausschreibungsverfahren (Kap. 4.2.5) und auf Grund dessen, dass patentierte Originalpräparate substituiert werden müssen.

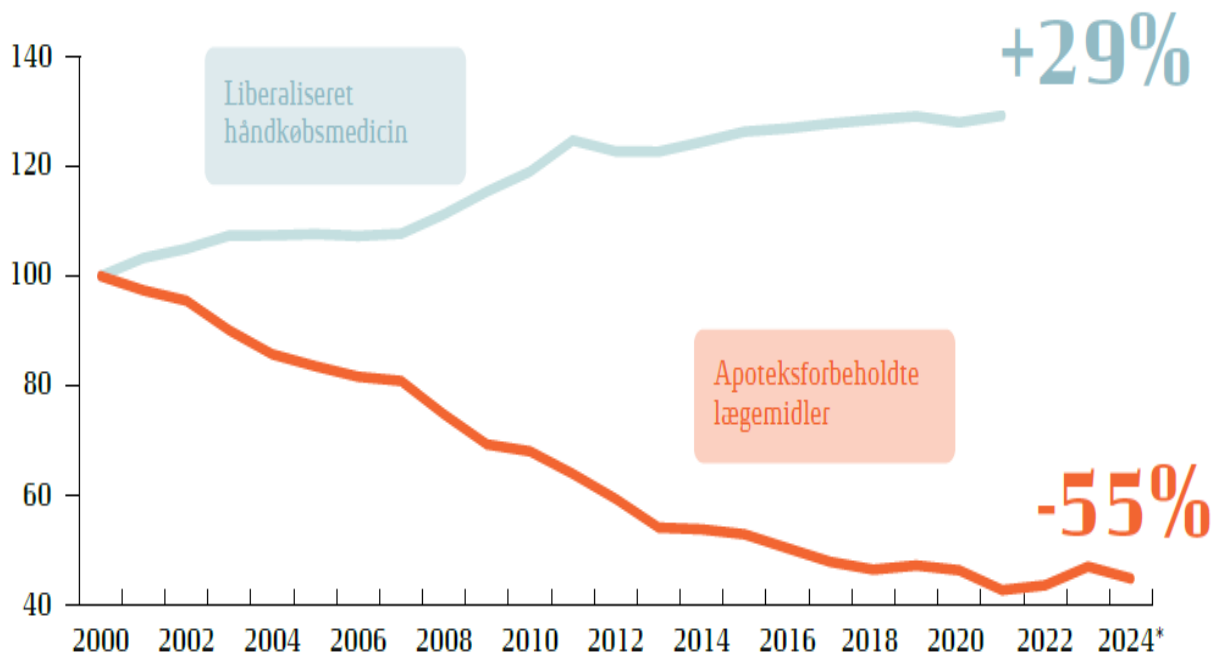
---

<sup>589</sup> Vgl. DA: *Vagtapoteker i Danmark*.

<sup>590</sup> Vgl. Lægemedelstyrelsen (02.01.2023): *Vagtapoteker og åbningstid pr. 1. januar 2023*.

<sup>591</sup> Vgl. DA: *Lægemidler i Danmark 2022-2023*, S. 10 bzw. 2023-24, S. 10.

Indeks 2000 = 100

Abb. 57: DK (2000 bis 2024): Die Preisentwicklung der Non-Rx-Arzneimittel. Quelle: DA.<sup>592</sup>

**Substitution:** Verschreibungspflichtige Rx-FAM werden in die Gruppen A, B und C eingeteilt. In der Gruppe A sind regelmäßig die preisgünstigen Generika zu finden. Wenn A nicht abgegeben werden kann, da nicht lieferbar, ist das nächstgünstigere Arzneimittel abgegeben (*A-levereringssvigt*), d. h. A-nicht lieferbar und damit wird ein B-Präparat abgegeben. Gruppe B-Präparate sind die nachfolgenden günstigen Arzneimittel (Bagatellgrenze von max. fünf% bzw. fünf bis 20 DKK) und am preisintensiven sind die Original-Rx-FAM der Gruppe C, da deren Patent noch nicht abgelaufen ist. Abb. 58 zeigt, dass nur 28 % Arzneimittel aus der Gruppe A in 2023 verordnet, dennoch auf Grund der Substitutionsregelung, zu ca. 74 % durch Apotheken ausgetauscht und abgegeben wurden. Da teilweise Arzneimittel aus Gruppe A nicht lieferbar waren, musste immerhin zu 7 % auf die Gruppe B zugegriffen werden (2023: 8 %). Lieferengpässe könnten hierfür die Ursache sein (Kap. 4.5.4). Von den nächstgünstigeren Arzneimitteln (Gruppe B) wurden 26 % und von der preisintensivsten Arzneimittelgruppe C wurden 46 % verordnet, dennoch nur zu 12 % bzw. 6 % beliefert. Der Spareffekt der Substitution konnte für 2023 auf 3,4 Mrd. DKK (456 Mio. Euro) beziffert werden.<sup>593</sup>

Durch die streng reglementierte Substitution in Zusammenhang mit dem Arzneimittelpreisbildungssystem hat es Dänemark 2023 wieder geschafft, die preisgünstigsten

<sup>592</sup> Vgl. DA: *Lægemidler i Danmark 2023-24*, S. 10.<sup>593</sup> Vgl. DA: *Lægemidler i Danmark 2023-24*, S. 11.

Generika in Europa anbieten zu können und die langjährig führenden Niederlande seit 2020 vom ersten Platz zu verdrängen (Abb. 59).<sup>594</sup>

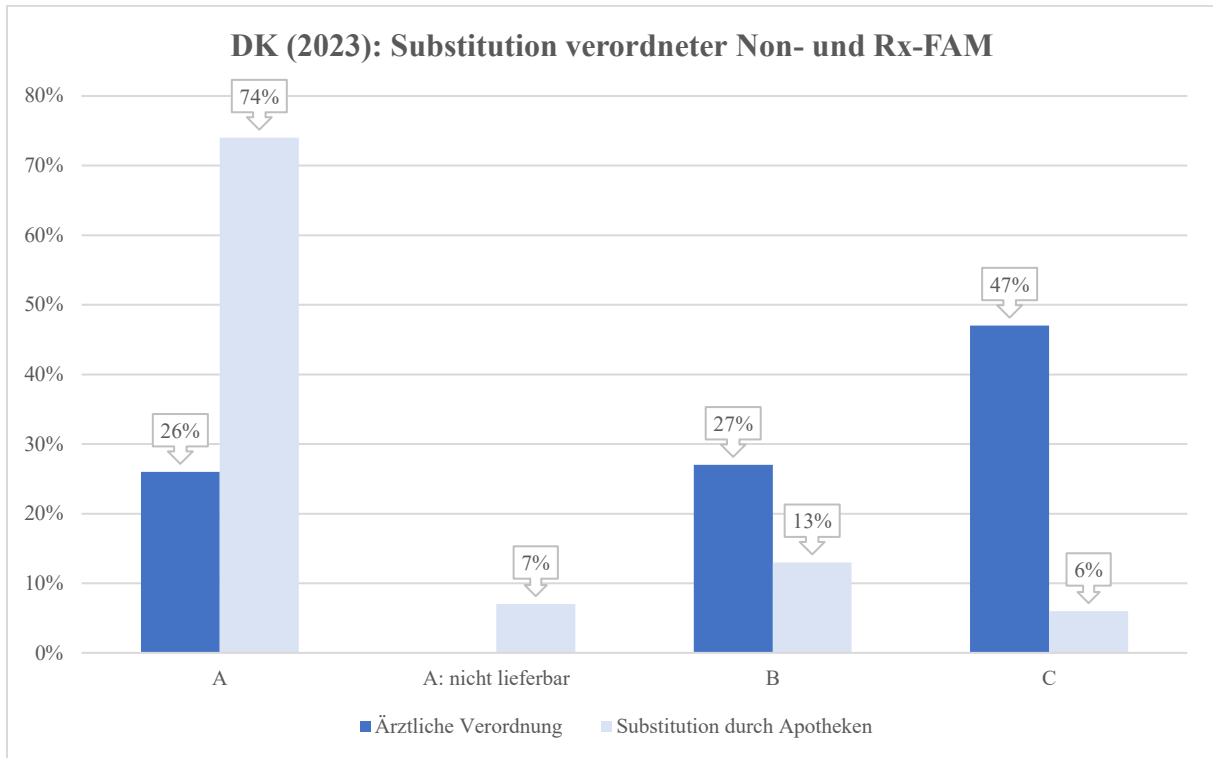


Abb. 58: DK (2023): Substitution verordneter Non- und Rx-FAM. Eigene Darstellung. Quelle: DA.<sup>595</sup>

Kr. per døgndosis

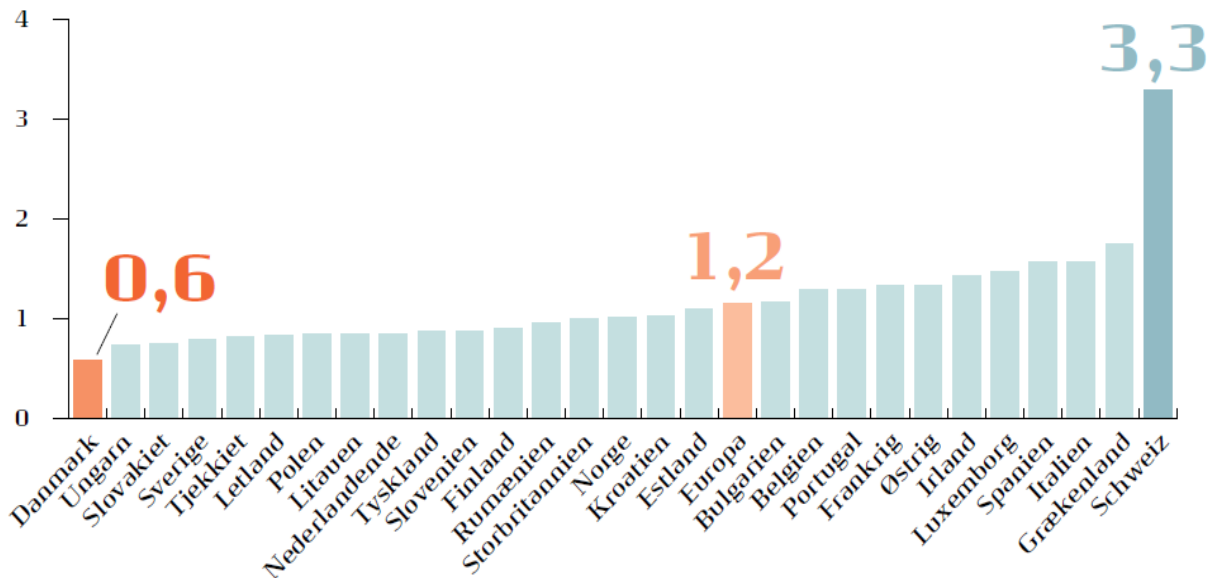


Abb. 59: Europa (QII/2024): Generikapreise. Quelle: DA.<sup>596</sup>

<sup>594</sup> Hinweis: Der Vergleich bezog sich auf die Preise für die durchschnittliche orale Tagesdosis für sieben große Therapiebereiche. Vgl. DA: *Lægemedler i Danmark 2023-24*, S. 13.

<sup>595</sup> Vgl. DA: *Lægemedler i Danmark 2022-23*, S. 11.

<sup>596</sup> Vgl. DA: *Lægemedler i Danmark 2023-24*, S. 13.

Diese Entwicklung entspricht auch der aktuellen Generika-Preissituation (2024).<sup>597</sup> Diese Entwicklung ist nicht nur für die Endverbraucher positiv, sondern auch für das Arzneimittelbudget der einzelnen Region. Die Arzneimittelausgaben der Regionen sind von 2023 auf 2024 voraussichtlich um 7 % gefallen. Dies obwohl gleichzeitig die Anzahl subventionierter Arzneimittel (*tilskudsberettiget medicin*) auf 71% anstiegen (Abb. 60). Für 2024 gilt, dass sich auf Grund des erhöhten Verbrauchs von Antidiabetika mit dem Wirkstoff Ozempic, das Arzneimittelbudget der Regionen in Verhältnis zu 2007 voraussichtlich lediglich um 0,5 % erhöht hat (2023: + 4,5 %) und daher die Kosteneinsparung zu 2007 bei - 11 % liegen wird.<sup>598</sup>

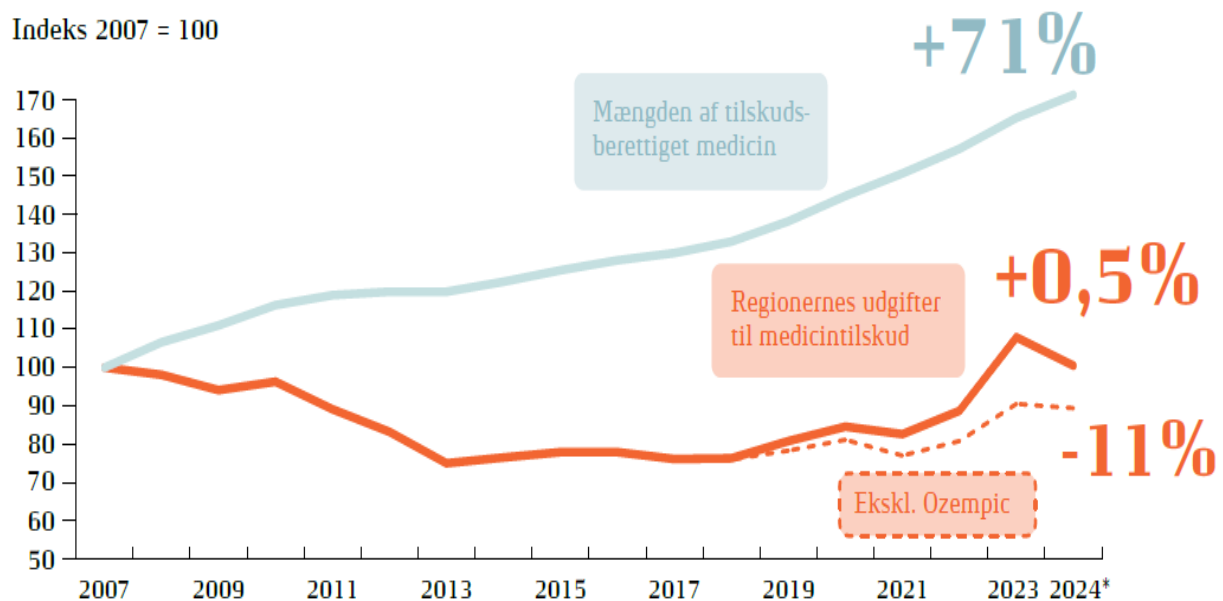


Abb. 60: DK (2007 bis QII/2024): Arzneimittelausgaben der Regionen. Quelle: DA.<sup>599</sup>

#### 4.4.3 Medikationsfehler

Die derzeitige europäische Definition für Medikationsfehler lautet: „*Ein Medikationsfehler ist ein unbeabsichtigter Fehler im Prozess der Arzneimitteltherapie, der dem Patienten Schaden zufügt oder zufügen kann*“ (Eigene Übersetzung).<sup>600</sup> Abgesehen davon, dass ungeeignete bzw. falsche Arzneimittel verordnet werden können, so werden diese bei der Einnahme auch über- bzw. unterdosiert oder gleich nicht eingenommen, d. h., dass die Fehlmedikation ein nicht zu negierendes Anliegen sein muss. Ein Medikationsfehler kann für den betreffenden Verbraucher keine bis letztlich fatale Konsequenzen haben, dennoch deren ökonomischen Auswirkungen belasten die Gesellschaft. So wird angenommen, dass Medikationsfehler für 34 % der

<sup>597</sup> Vgl. DA (Analyse 30.10.2024): *Prisfald efter restordre giver igen danske apoteker Europas laveste priser på kopimedicin i 2024.*

<sup>598</sup> Vgl. DA: *Lægemedler i Danmark 2022-23*, S. 5 bzw. *2023-24*, S. 5.

<sup>599</sup> Vgl. DA: *Lægemedler i Danmark 2023-24*, S. 5.

<sup>600</sup> Vgl. Newbould, V. et al. (2017): *Medication Errors: A Characterisation of Spontaneously Reported Cases in EudraVigilance*, S. 1-2.

unbeabsichtigten Zwischenfälle in Krankenhäusern verantwortlich sind, zudem für ca. 70.000 bis 160.000 (100.000) Krankenhauseinlieferungen, wovon wiederum 3% (5%) fatal verlaufen (2022).<sup>601,602,603</sup> Da viele Akteure involviert sind (Arzt, Patient, Pflegekräfte etc.), kann es nicht die alleinige Aufgabe von Apotheken sein Medikationsfehler zu verhindern. Somit ist eine Zusammenarbeit aller Akteure notwendig, um die Anzahl von Medikationsfehler zu verringern. Es wird davon ausgegangen, dass allein durch Apotheken vorgenommene Rezeptüberprüfungen bis zu 7 Krankenhauseinweisungen pro Tag verhindert werden. Apotheken sind Bestandteil des Gesundheitssystems, insbesondere im nahen bzw. lokalen Bereich. In einer Apotheke arbeiten die lokalen Arzneimittelexperten, die zusammen mit den weiteren Experten Medikationsfehler verhindern müssen. D. h., von den Apotheken wird erwartet, dass sie sektorenübergreifend kooperieren und ihre Expertisen einbringen, z. B. indem sie individuelle Verblisterungen, Beratungsgespräche etc. anbieten.

#### 4.4.4 Beratung und pharmazeutische Dienstleistungen

Es war und ist für die politischen Entscheidungsträger ein zentrales Anliegen, dass Apotheken ihr Wissen bzgl. der Arzneimittel den Verbrauchern in Form von Beratungen und weiteren Serviceleistungen anbieten (Abb. 61).

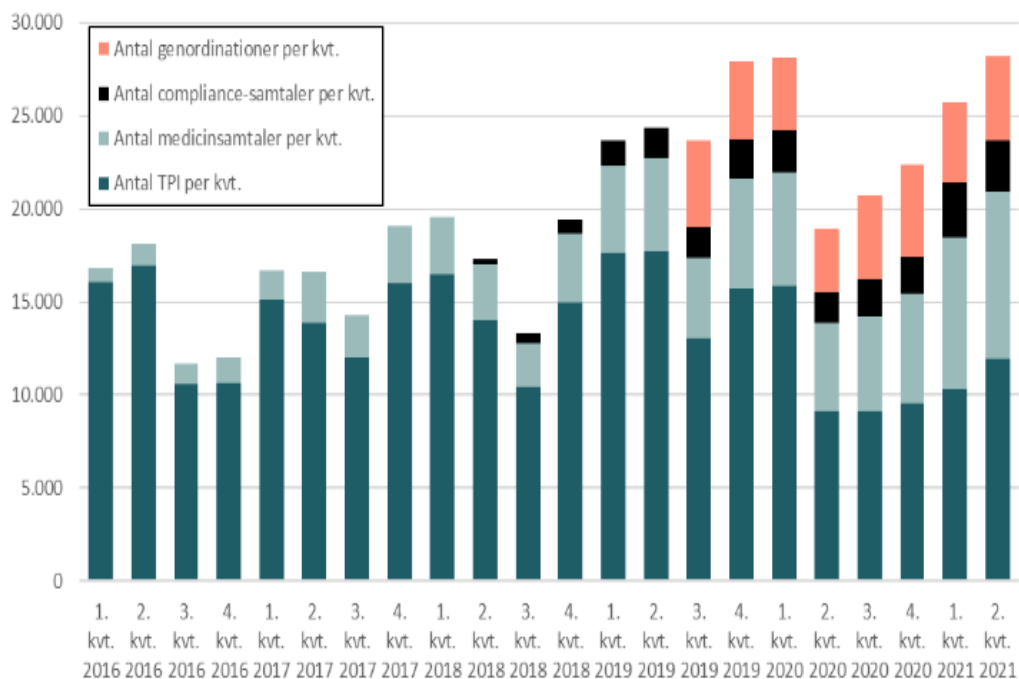


Abb. 61: (2016 bis 2021): Pharmazeutische Dienstleistungen (pDL). Quelle: DA.<sup>604</sup>

<sup>601</sup> Vgl. Alltinget (07.04.2022): *Onlineapoteker: Den stigende fejlmedicinering i Danmark skriger på nye løsninger.*

<sup>602</sup> Vgl. Medicin.dk (01.07.2022 und 01.10.2024): *Medicinfejl og patientsikkerhed.*

<sup>603</sup> Vgl. DA: *Lægemidler i Danmark 2023-24*, S. 14.

<sup>604</sup> Vgl. DA (Analyse 09.11.2021): *Analyse - Reform har sikret danskerne lettere adgang til lægemidler, lavere priser og bedre service*, S. 8.

Bereits seit 2005 werden in Apotheken Beratungen für chron. Atemwegserkrankungen („*Tjek på inhalation*“, d. h. es wird gezeigt wie richtig inhaliert wird, z. B. mit Sprays mit oder ohne Inhalationshilfen) angeboten und über 10.000 pro Quartal durchgeführt (Stand: QII/2021). Des Weiteren werden seit 2015 Arzneimittelgespräche (*medicinsamtaler*) angeboten, die sich nicht nur, dennoch insbesondere an neuerliche chronisch Erkrankter richten. Im Gespräch wird der Verbraucher dahingehend geschult, wie die verordneten Arzneimittel einzunehmen sind. 2016 führten Apotheken noch 1.000 Arzneimittelgespräche pro Quartal durch, mittlerweile wurden 8.000 Gespräche pro Quartal geführt (Stand: QII/2021). Seit 2015 dürfen Apotheken in Dänemark Grippeschutzimpfungen durchführen. Waren es 2015 lediglich 1.500 Verbraucher, so wurden 2018 bereits 65.000 Injektionen verabreicht. 2020 waren es dann 200.000 Injektionen und allein in den ersten drei Wochen im Oktober 2021 wurden 200.000 Risikopatienten kostenlos in Apotheken geimpft. Bis zum 04.11.2021 wurden in Dänemark 1,1 Mio. Risikopatienten gegen Grippe geimpft, davon ca. jeder vierte in einer Apothekeneinheit.<sup>605</sup>

Eine 2018 eingeführte Neuerung sind Compliance-Gespräche, die nur von Pharmazeuten geführt werden dürfen (Kap. 4.6.2: § 3 Abs. 11 Apothekengesetz). Dieser Service richtet sich besonders an Verbraucher, die Arzneimittel bereits länger als ein Jahr einnehmen und Probleme bei der (regelmäßigen) Einnahme haben. Im IV. Quartal 2021 führten Apotheken mehr als 2.500 Compliance-Gespräche durch. Sog. Behandlungsapotheker (*behandlerfarmaceuter*) haben eine zusätzliche Ausbildung, so dass der Gesetzgeber ausschließlich nur diesen Apothekern erlaubt, Arzneimittel einmalig und immer nur die geringste Packungseinheit nachverordnen zu dürfen, sofern der zuständige Hausarzt unerreichbar ist (Urlaub, Feiertage, Wochenende). Die Verordnung für diese Serviceleistung wurde 2019 eingeführt und es wurden ca. 4.500 Nachverordnungen pro Quartal durchgeführt (Stand: QII/2021).

### 4.5 Das dänische Apothekenwesen: Status quo 2023

Durch die Erhöhung der Anzahl an Apothekeneinheiten um 68,3 % (2024; 2023: 67 %), ist für die Bevölkerung der geographische Zugang zu Arzneimitteln und Apotheken üblicher Ware seit 2015 wesentlich verbessert worden (Kap. 4.4.1.1). Aus Wettbewerbsgründen haben die Apotheken ihre Öffnungszeiten ausgeweitet (Kap. 4.4.1.3) und somit die Wartezeiten für die Kundschaft reduziert (Kap. 4.4.1.4). Zudem haben wesentlich mehr Apotheken Bereitschaftsdienste übernommen (Kap. 4.4.1.5). Zusammen mit der staatlichen Arzneimittelpreisbildungspolitik und der Substitution durch Generika, kann Dänemark die

---

<sup>605</sup> Vgl. DA (09.11.2021): *Analyse - Reform har sikret danskerne lettere adgang til lægemidler, lavere priser og bedre service*, S. 11.

preisgünstigsten generischen Arzneimittel in Europa anbieten (Kap. 4.4.2). Durch die Ausweitung von Serviceleistungen, insbesondere durch diverse unterschiedlichste Beratungsgespräche, ist die Arzneimittelanwendung verbessert worden (Kap. 4.4.4).

### 4.5.1 Der Wettbewerbsrat 2022

Der Wettbewerbsrat sieht dennoch Handlungsbedarf. Um den Wettbewerb im Apothekensektor effektiver zu gestalten, gab sie 2022 bereits bekannte, nur in Nuancen veränderte sechs Empfehlungen. Denn nach Überzeugung des Wettbewerbsrates sind die Einnahmen des Apothekensektors immer noch sehr hoch, trotz weitreichender Regulierung des teilweise öffentlich finanzierten Apothekenmonopols. Dies bezieht sich auf apothekenpflichtige Arzneimittel und bei einem unterstellten geringen finanziellen Restrisikos für die Akteure. So verdienen selbstständige Apotheker durchschnittlich 2.3 Mio. DKK<sup>606</sup> (ca. 308.724 Euro), entsprechend einer Erhöhung in zwanzig Jahren von 1 Mio. DDK (ca. 134.228 Euro). Dieses Resultat wäre auf funktionierenden Märkten nicht möglich, denn da würden übernormaler Gewinn und zu hohe Kosten eliminiert werden, so der Wettbewerbsrat. Präzisierend wird bzgl. eines wirtschaftlichen Erfolges eine Reihung angeführt, wobei der höchste Gewinn am ehesten mit dem Eigentum von drei Einheiten (z. B. Hauptapotheke plus Apotheken und oder Filialen) erreicht werden kann. Folgend abnehmend: Zwei Einheiten bzw. vier Einheiten und zum Schluss ein Apotheker mit nur einer Einheit. Zudem ist der Standort von großer Bedeutung, denn in der Stadt ist die wirtschaftliche Situation am günstigsten: Stadtkommune (*bykommune*), dann abfallend, Zwischen- (*mellem-*), Land- (*land-*) und Außenkommune (*yderkommune*).<sup>607</sup>

Bei einem Vergleich des Einkommens wurde festgestellt (2022), dass Apothekenleiter (212) auf dem ersten Platz zu finden sind, denn über 40 % haben ein Einkommen zwischen 1 Mio. DKK (ca. 134.228 Euro) und 2 Mio. DKK (ca. 308.724 Euro) und weitere 40 % davon mehr als 2 Mio. DKK. Auf den zweiten Platz kommen allgemeinpraktizierende Ärzte, wovon knapp 70 % ein Einkommen von über 1 Mio. DKK und ca. 10 % über 2 Mio. DKK (3.767 Allg. Ärzte) haben. Danach folgen 3. Fachärzte (1.149), 4. praktizierende Zahnärzte (928), 5. Chiropraktiker (194), 6. unselbständige Apotheker (108) und 7. Tierärzte (494).<sup>608</sup>

Die sechs Empfehlungen des Wettbewerbsrates (2022):

---

<sup>606</sup> Hinweis: Das Median-Einkommen der Apothekenleiter lag in 2019 bei 1.93 Mio. DKK (259.060 Euro). Vgl. Konkurrencerådet (# 54 | Marts 2022): *Konkurrencen i Apotekersektoren - Velfungerende Markeder*, S. 6.

<sup>607</sup> Vgl. Konkurrencerådet (# 54 | Marts 2022): *Konkurrence i Apotekersektoren - Velfungerende Markeder*, S. 6.

<sup>608</sup> Vgl. Konkurrencerådet (# 54 | Marts 2022): *Konkurrence i Apotekersektoren - Velfungerende Markeder*, S. 7.

- Ärzte sollen nur noch Wirkstoff und -menge, Darreichungsform (z. B. Tabletten, Zäpfchen etc.) und die Behandlungsdauer festlegen. Es sei denn, dass es fachliche Gründe für die Verschreibung für ein bestimmtes Arzneimittel gibt.
- Es werden Maximalpreise für Arzneimittel eingeführt statt Festpreise. Begründung: Dauerhafte Tiefpreise für Arzneimittel.
- Das Fremdbesitzverbot soll abgeschafft werden.
- Das Mehrbesitzverbot soll auch für fachfremde Personen, die eine Betriebserlaubnis haben, aufgehoben werden.
- Bei der Eröffnung einer Apotheke, soll auf die Wirtschaftlichkeit der konkurrierenden Apotheken Rücksicht genommen werden (§ 4 Apothekengesetz).
- Die Ausgleichsregelung (*udligningsordningen*) gehört abgeschafft und nur die Apotheken, die unrentabel, dennoch für die Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln wichtig sind, sollen weiterhin subventioniert werden. Begründung: Erhöhung des intersektoralen Wettbewerbs durch strukturelle Eingriffe.<sup>609</sup>

Zu den seit 2014 fortlaufenden Überziehungen des jeweils für zwei Jahre festgelegten Vergütungsrahmens (*bruttoavancerammen*) äußert sich der Wettbewerbsrat nicht, geschweige denn, dass dazu Lösungsvorschläge gemacht wurden.

### 4.5.2 Das ungelöste ökonomische Dilemma

Die Abb. 62 zeigt, dass der Apothekensektor ein ökonomisches Dilemma hat, dass durch die 2015-Apothekenmodernisierung entstand und nachfolgend anwuchs. In den Jahren 2010 bis 2013 wurde der vereinbarte Vergütungsrahmen (*bruttoavancerammen*) jeweils unterschritten, seit 2014 nur noch überschritten. Spätestens seit 2014 wussten die dänischen Apotheker, dass zur Gründung neuer Betriebe erhebliche Investitionsmittel benötigt werden würden. Daher wurde ab 2014 der gesamtsektorale Fokus auf die frei kalkulierbaren Freihandelswaren gelenkt, um entsprechende Umsätze und folglich Gewinne zu generieren. Da der Freihandelswarenumsatz Teil der Vergütungsvereinbarung (*bruttoavanceaftalen*) ist, bestand immer die Gefahr, dass eine Umsatzerhöhung des Freihandelswarenteiles den vereinbarten Vergütungsrahmen letztendlich überschreiten lassen konnte (Kap. 4.2.6.1).

Die Folge waren Sanktionierungen, indem der APA (*fastkroneavance*) reduziert wurde (Kap. 4.2.6.2). Um die dadurch entstehenden Gewinnverluste zu kompensieren, wurden wieder mehr Freihandelswaren vertrieben u. s. w. Auch wenn die Überschreitung nach den beiden Jahren

---

<sup>609</sup> Vgl. Konkurencerådet (# 63 | Sept 2022): *Anbefalinger til at styrke konkurrencen i apotekersektoren - Velfungerende Markeder*, S. 2.

2014 und 2015 wieder unter 100 Mio. DKK fiel (ca. 13,4 Mio. Euro), so ist die Bilanz ab 2015 negativ. Akkumuliert hatte der Apothekensektor in 2019 somit 438 Mio. DKK (ca. 58,8 Mio. Euro) „Verbindlichkeiten“ gegenüber der Gesellschaft aufgebaut. Da dieser Zustand sich nicht noch weiter aufschaukeln sollte, wurde der APA seit 2019 nicht mehr reduziert.<sup>610</sup>

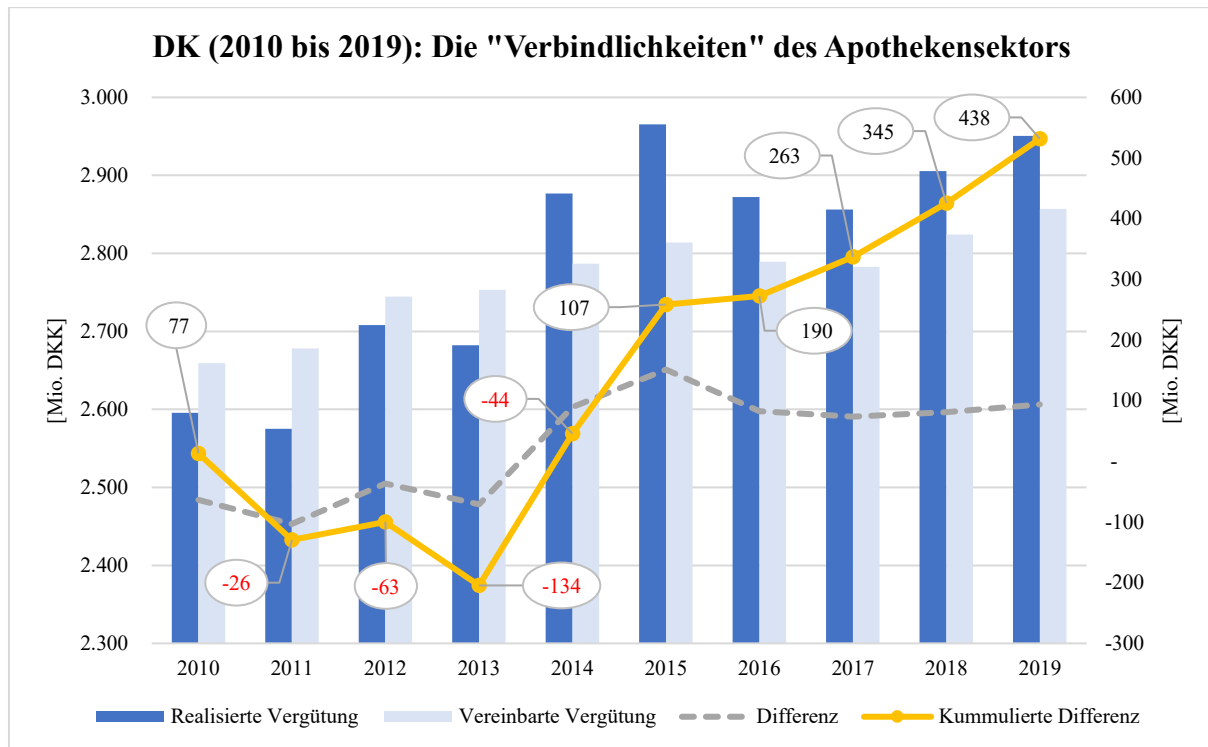


Abb. 62: DK (2010 bis 2019): Die "Verbindlichkeiten" des Apothekensektors. Eigene Darstellung. Quelle: SUM 2021.<sup>611</sup>

Zur Verdeutlichung: Freihandelswaren dürfen Apotheken frei kalkulieren und die Belieferung von apotheken- und rezeptpflichtigen Arzneimitteln (Non-Rx- und Rx-FAM) darf nicht verweigert werden (Kontrahierungszwang). Auch wenn ein Rezept bei einer anderen Apotheke eingelöst werden würde, so wurde und wird der den Vergütungsrahmen (*bruttoavancerammen*) übersteigende-Umsatz dennoch dem gesamten Apothekensektor als Verbindlichkeit angelastet. Apotheker können nicht das Verschreibungsverhalten von Ärzten beeinflussen. Die Situation verbesserte sich nicht, indem im Zeitraum von 2011 bis 2020 der Zuwachs an Verordnungen, umgerechnet in Arzneimittelpackungen, um 4,02 Mio. FAM-Packungen bzw. 6,9 % steigerte.<sup>612</sup>

Wohl wurde bei der 2015-Modernisierung des Apothekensektors vom Gesetzgeber nicht explizit der Wunsch geäußert, dass die Apotheker mehr Apothekeneinheiten gründen sollen, aber wenn auch nicht offen ausgesprochen, dieses dennoch erhofft. Gleichzeitig hat der Gesetzgeber nicht in Betracht gezogen, die zu erwartenden erheblichen Investitionen finanziell

<sup>610</sup> Vgl. DA (Analyse 14.02.2020): *Der kan snart blive længere til apoteket - Analyse*, S. 4.

<sup>611</sup> Vgl. Sundhedsministeriet (2021): *Den økonomiske styring af apotekssektoren*, S. 19.

<sup>612</sup> Vgl. Lægemiddelstyrelsen (2022): *Undersøgelse over apotekernes driftsforhold i 2020 - Regnskabsresultater for apoteker, 85 årgang*, S. 14: Tab. 9.

zu unterstützen. Dafür hatte der Apothekensektor komplett selbst zu sorgen. Wie auf dieser Grundlage, die Rede von Verbindlichkeiten einer ganzen Branche gegenüber der Gesellschaft sein kann, zeigt den Systemfehler, der spätestens durch die 2015-Modernisierungsreform stetig offensichtlicher zu Tage trat. Dass ausgeschiedene Kollegen sich zudem nicht an einer „Tilgung“ beteiligen müssen und neu hinzugekommene Apothekenleiter von Anfang an mit Schulden belastet werden, die sie ja nicht selbst aufgebaut haben, verstärkt das Dilemma.<sup>613</sup>

### 4.5.3 Die Justierung der finanziellen Steuerung des Apothekensektors 2023

#### 4.5.3.1 Der Gesetzesentwurf

Das Innen- und Gesundheitsministerium (*Indenrigs- og Sundhedsministeriet*) hat im Juli 2023 ein Gesetzesentwurf zur Erörterung (*afhøring*) bzgl. einer Implementation zur Justierung der finanziellen Steuerung des Apothekensektors veröffentlicht.<sup>614</sup> Der Entwurf beruht auf einer länger angelegten Analysezusammenarbeit mit dem dänischen Apothekerverein (DA) und einer nachfolgenden interministeriellen Arbeitsgruppe, unter der Beteiligung der Arzneimittel-, Wettbewerbsbehörde und des Finanzministeriums. Die Systemanalyse hat gezeigt, dass

- der Fokus der Apotheken auf ihre Kernaufgabe in Frage gestellt wird (d. h. die Arzneimittelversorgung der Bevölkerung),
- der Apothekensektor, in den beiden letzten Vergütungs-(vereinbarungs-)perioden, mehr verdient hat als vereinbart und dass
- das Finanzsystem des Apothekensektors zu kompliziert wäre.

Ziel der Implementation der Justierung der finanziellen Steuerung des Apothekensektors ist (Anm.: Nur die wesentlichen Änderungsvorschläge werden folgend berücksichtigt):

- Die Apotheken sollen den Schwerpunkt ihres Handelns wieder auf die Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln lenken, indem u. a. die Vergütung für die Abgabe von verschreibungspflichtigem Arzneimittel (APA; *fastkroneavance*) erhöht wird.
- Die Apotheken sollen das Gesundheitswesen im höheren Grad entlasten, indem verstärkt und noch weitere Gesundheitsleistungen angeboten werden und zusätzlich die Digitalisierung genutzt wird. Die Finanzierung des Apothekensektors ist so zu gestalten, dass gleichzeitig auch die Verbindlichkeiten des Apothekensektors von ca. 500 Mio. DKK (ca. 67,11 Mio. Euro) schrittweise abgebaut werden.

---

<sup>613</sup> Vgl. Konkurrencerådet (#54 | Marts 2022): *Konkurrencen i Apotekersektoren - Velfungerende Markeder*, S. 13.

<sup>614</sup> Vgl. Indenrigs- og Sundhedsministeriet (06.07.2023): *Orientering om justering af model for apotekssektorens økonomiske styring*.

- Dabei soll der Freihandelswarenumsatz zukünftig nicht mehr eine Umsatzobergrenze haben und der Umsatz der Freihandelswaren auch nicht mehr Teil der Vergütungsrahmenvereinbarung sein. D. h., Grundlage des Vergütungsrahmens ist zukünftig nur noch der Arzneimittelumsatz und dies soll auch für Über- oder Unterschreitungen des Vergütungsrahmes bzgl. einer evtl. Sanktionierung gelten.
- Gleichzeitig soll in einer Periode von fünf Jahren die Freihandelswarenumsatzgebühr schrittweise immer weiter angehoben werden. Denn, Apotheken haben eine höhere Kundenfrequenz durch Arzneimittel (liberalisierte und apothekenpflichtige Non- und Rx-FAM) und Freihandelswarenverkauf, als der Einzelhandel, der nur Freihandelswaren und liberalisierte Arzneimittel veräußern darf.
- In der Erkenntnis, dass die Ausgleichsregelung (*udligningsordning*) undurchsichtig ist, wird diese abgeschafft und durch einen Zugänglichkeitszuschuss (*tilgængelighedstilskud*) ersetzt. Dieser soll vor allem Apotheken der Peripherie zugutekommen, denn trotz deren relativ unwirtschaftlicher Voraussetzungen, werden sie für die notwendige Arzneimittelversorgung als unverzichtbar erachtet. D. h., dass die 3,6 %-Abgabe, die beim Überschreiten der Umsatzbemessungsgrenze zu zahlen war, gestrichen wird.
- Der APA (*fastkroneavance*) soll erhöht werden.
- Das Ministerium legt die Apothekenabgaben und -vergütungen fest, die dann laufend angepasst werden können.
- Die Implementierung des Justierungsmodells soll gesetzlich verankert werden und erstmalig in Verbindung mit der Vergütungsvereinbarung im Herbst 2023 Anwendung finden.

### 4.5.3.2 Stellungnahme des Apothekervereins (DA)

In seiner Stellungnahme<sup>615</sup> vom August 2023 zur Anhörung bzgl. der Justierung des ökonomischen Steuerungsmodells des Apothekensektors, plädiert der dänische Apothekerverein (DA) insbesondere für die Abschaffung des Freihandelsanteiles zur Bemessung von Über- bzw. Unterschreitungen des Vergütungsrahmens und für die Anhebung des APA (*fastkroneavance*) [2]. Dies gilt auch für die Abschaffung der Ausgleichsordnung, wobei empfohlen wird, eine mehrjährige Übergangsfrist zu gewähren, da eine zu kurze Umstellung zu großen Gewinnverlusten führen könnte [8-9]. Des Weiteren wurde ausdrücklich

---

<sup>615</sup> Vgl. DA (17.08.2023): *Svar på høring over udkast til lovforslag om tilpasninger af den økonomiske styringsmodel for apotekssektoren, flere muligheder for apotekerne og sygehusapotekernes aflastning af det øvrige sundhedsvæsen og nedlæggelse af voldgiftsnævner for apoteksovertagelse m.v.*

darauf hingewiesen, dass die Überschreitungen des Vergütungsrahmens (*bruttoavancerammen*) gerade dafür ein Ausdruck sind, dass in der Vergangenheit die Investitionen für zusätzlich Apothekeneinheiten staatlicherseits keine Berücksichtigung fanden und dadurch sich auch begründen lässt, dass das aktuelle ökonomische Steuerungsmodell des Apothekensektors nicht mehr zeitgemäß wäre [3, 6]. Der Apothekerverein wehrt sich zudem gegen den Vorwurf, dass sich der gesamte Apothekensektor der Überziehung der Vergütungsvereinbarung schuldig gemacht hätte. Denn trotz der Kenntnis bzgl. des ökonomischen Dilemmas, wurde die jeweilige Vereinbarung nach 2015 zwischen dem Gesundheitsministerien und dem Apothekerverein geschlossen und somit wäre die Verantwortung für die Fehlentwicklung zumindest eine gemeinschaftliche [6]. Die Freihandelswarensteuer sollte benutzt werden, um „Verbindlichkeiten“ des Sektors und neue Serviceleistungen zu finanzieren [3]. Bei einer Erhöhung der Freihandelswarensteuer wäre dennoch zu berücksichtigen, dass Apotheken bereits sektorspezifische Abgaben in Höhe von ca. 7 % entrichten, die dem Einzelhandel nicht auferlegt werden. [2-3].<sup>616</sup>

### 4.5.4 Arzneimittellieferengpässe

Dass auch Dänemark von Arzneimittellieferengpässen betroffen ist, wird vom dänischen Apothekerverein (DA) im September 2023 thematisiert. Entsprechend eines Vorschlages einer Arbeitsgruppe der Gesundheitsbehörde könnte die erweiterte Arzneimittelsubstitution eine kurzfristige Lösung im Falle eines Engpasses darstellen.<sup>617,618</sup>

### 4.5.5 Personalmangel

Die Arzneimittelbehörde untersucht regelmäßig die Betriebsbedingungen des Apothekensektors. Die in 2022 veröffentlichte 2020-Untersuchung zeigt u. a., dass auch der Apothekensektor unter einem Facharbeitermangel zu leiden hatte bzw. hat. Die Gesamtzahl der Apothekenbeschäftigten (Pharmazeuten, Farmakonome, Farmakonomauszubildende und sonstiges Personal) betrug in 2011 noch 4.553 Personen. Bis 2020 nahm die Anzahl mit 626 Beschäftigten bzw. 13,7 % auf 3.927 ab. Der Rückgang der Farmakonom-Berufsgruppe war mit 21,5 % am höchsten, wobei die Anzahl der Apotheker um 3,8 % zunahm. Die Zahlen des Apothekervereines (DA) von 2023 zeigen nach 2020 eine leichte Entspannung der Personalsituation mit 374 Beschäftigte, denn es konnten 137 Pharmazeuten, 15 Farmakonome,

---

<sup>616</sup> Hinweis: Nur die wesentlichen Änderungsvorschläge des Ministeriums, die der Apothekerverein kommentierte, wurden in die vorliegende Arbeit aufgenommen.

<sup>617</sup> Vgl. DA (Debatindlæg 15.09.2023): Medicinmangel truer patientsikkerheden.

<sup>618</sup> Hinweis: Die Internetseite „Restordrestatus“ gibt regelmäßig aktualisierte Auskünfte über, welche Arzneimittel nicht lieferbar sind. Vgl. Restordre.dk (2024): Restordrestatus.

137 Farmakonomauszubildende und 88 sonstige Beschäftigte eingestellt werden. Dennoch ist die Beschäftigungszahl immer noch fast 5,5 % geringer als in 2011, und dies trotz steigender Arbeitsbelastungen und entsprechend hohem Bedarf an Arbeitskräften (siehe Anhang, Tab. 41). Werden diese Zahlen im Verhältnis zum beschäftigten Apothekenpersonal von 2007 betrachtet (Pharmazeuten: 763; Farmakonome: 3.047; sonstiges Personal: 2.506; insgesamt 6.316), ist das Ergebnis zu 2023 noch ernüchternder, denn dann beträgt der Rückgang immer noch 31,9 % (2022: 34,9 %).<sup>619</sup> Die Ursachen für diese Entwicklung sind vielfältig, dennoch berichten mehrere Apotheker in einem Artikel des dänischen Apothekervereins (DA 05/2023) übereinstimmend, dass Personal von Krankenhäusern abgeworben wurden und in der Folge Filialen geschlossen werden mussten. Seit 2015 schlossen insgesamt 24 Filialen, davon allein 10 Filialen in 2022 und im ersten Quartal 2023 weitere 4 Filialen.<sup>620</sup> Der DA schlägt in einer Erklärung vom September 2023 vor, vermehrt Farmakonome auszubilden.<sup>621</sup>

### 4.5.6 Zusätzliche pharmazeutische Dienstleistungen

In Verbindung mit der Gesundheitsreform vom Mai 2022 sollen Apotheken, über Sektorengrenzen hinweg, weitere Aufgaben bzw. Dienstleistungen übernehmen und somit andere Berufsgruppen (Personal in der Krankenpflege und Ärzte)<sup>622</sup> im Gesundheitssystem entlasten.

Zur Erarbeitung von Vorschlägen wurde eine Arbeitsgruppe, die ihre Arbeit im Juni 2023 veröffentlichte, beauftragt.<sup>623</sup> Es wurden sechs Themengebiete, für die 18 Empfehlungen abgegeben wurden, verifiziert:

- i.) Patientenindividuelle Arzneimittelverblisterung (*dosispakkede lægemidler*)
- ii.) Mehr Information bzgl. des Umgangs mit Arzneimittel (*mere vejledning om medicin håndtering*)
- iii.) Verbesserung der Zusammenarbeit über Sektorengrenzen hinweg (*bedre samarbejde om lægemidler i sektorovergange*)
- iv.) Ausweitung der Substitution (*øget substitution*)
- v.) Vereinfachung der Rezeptverordnung (*modernisering af recepten*)
- vi.) Vermeidung von Arzneimittelüberdosierungen (*undgå overmedicinering*)

---

<sup>619</sup> Vgl. Lægemedelstyrelsen (2008): *Undersøgelse over apotekers driftsforhold - 72. årgang - Regnskabsresultater for apoteker i året 2007*, S. 3: Tab. 15.

<sup>620</sup> Vgl. DA (Ledelse 04.05.2023): *Personalemangel får apotekere til at lukke filaler*.

<sup>621</sup> Vgl. DA (Politikpapier 11.09.2023): *Apotekerloven fra 2015 gav flere apoteker og bedre hjælp til medicinbrugere. Nu skal apotekerne varetage endnu flere opgaver og aflaste andre i sundhedsvæsenet - men det kræver en mere moderne økonomisk regulering*.

<sup>622</sup> Vgl. Regeringen (20.05.2022): *Sundhedsreform. Et sammenhængende, nært og stærkt sundhedsvæsen*, S. 7.

<sup>623</sup> Vgl. Indenrigs- og sundhedsministeriet (Juni 2023): *Af rapportering fra arbejdsgruppen for apotekernes sundhedsydelse*.

Die Empfehlungen sind selbsterklärend, daher wird folgend nur verkürzt auf die Begründungen für diese eingegangen.

- i.) Von einer patientenindividuellen Arzneimittelverblisterung<sup>624</sup> soll die Pflege in Altersheimen und weiteren Institutionen profitieren, denn es wird davon ausgegangen, dass bis zu 600 und langfristig 900 Jahresvollzeitäquivalente freigesetzt werden könnten [1-4].
- ii.) Apotheken müssen noch mehr über die korrekte Anwendung von Arzneimitteln informieren, zudem eine neue telefonische Serviceleistung bzgl. Arzneimittelberatung entwickeln. Personen, die beruflich mit einer Arzneimittelverabreichung beauftragt sind, müssen noch umfangreicher (z. B. von Apotheken) geschult werden. Zudem sollen Farmakonome zukünftig auch Arzneimittelgespräche übernehmen können, die aktuell nur von Pharmazeuten (Kap. 4.4.4; Kap. 4.6.1: § 3) durchgeführt werden dürfen [3-4].
- iii.) U. a. sollen Apotheken kostenlos Arzneimittel (*vederlagsfri udlevering af lægemidler*) an stationäre Patienten liefern, dabei sollen insbesondere die Regionen von Rabatten profitieren [3]. Die Belieferung hat ohne einen Vergütungsaufschlag durch die Apotheken zu erfolgen, wofür wiederum ein Finanzierungsmodell ausgehandelt werden soll [4].
- iv.) Die Substitutionsbestimmungen sind zu überprüfen und evtl. zu erweitern, damit z. B. bei Lieferengpässen, Patienten wie Ärzte durch geringere Laufwege bzw. Mehrarbeit entlastet werden, indem die verschriebene Arzneimittelmenge erhöht wird [4-5].
- v.) Bzgl. der Generikaverordnung sollen die Verschreibungsregelungen überprüft werden und die Apotheken in größerem Umfang Verantwortung für die Abgabe des am besten geeigneten Arzneimittels übernehmen [5-6].
- vi.) Es gibt Gebiete, die mit Ärzten unterversorgt sind. Insbesondere hier sollen Apotheken Ärzte entlasten [6].

Die Finanzierung der Leistungen soll sowohl in der nächsten Vergütungsvereinbarung (*bruttoavanceaftale*; Herbst 2023) als auch in der Vereinbarung mit den Regionen (*økonomiskaftale 2025*) berücksichtigt werden, d. h. sie sind aktuell (Stand: 12/2024) noch nicht abgesichert. [6].<sup>625,626</sup> In einer Mitteilung des DA vom August 2023 begrüßt der Vorsitzende, dass die Apotheken, den unter Personalmangel leidenden öffentlichen Sektor unterstützen

---

<sup>624</sup> Hinweis: In DK wird schon längere Zeit mit der Arzneimittelverblisterung, deren rechtliche Voraussetzung in der BEK Nr. 1297 definiert wird, gearbeitet. Vgl. Retsinformation (BEK nr 1297 af 28/11/2019): *Bekendgørelse om recepter og dodisdispensering af lægemidler*.

<sup>625</sup> Vgl. Indenrigs- og Sundhedsministeriet (29.06.2023): *Apotekerne skal varetage flere sundhedsydelse af aflaste øvrigt sundhedspersonale*.

<sup>626</sup> Vgl. DA (25.08.2023): *Arbejdsgruppe anbefaler flere opgaver til apotekerne*.

dürfen. „*Ich begrüße sowohl die Empfehlungen als auch die Tatsache, dass die Apotheken zunehmend als Ressource im lokalen Gesundheitssystem gesehen werden und als Teil der Lösungen für die großen Herausforderungen des Gesundheitssystems in Betracht gezogen werden. Die niedrig hängende Frucht ist die dosierte Medizin (Anm.: Gemeint ist die Arzneimittelverblisterung), die die Apotheken seit Jahren anbieten. Dies ist eine sichere und wirksame Lösung sowohl für die Bürger als auch für den öffentlichen Sektor, der aufgrund des Personalmangels unter zusätzlichem Druck steht. Die anderen Empfehlungen müssen so schnell wie möglich in den Apotheken umgesetzt werden, damit mehr Menschen Hilfe bei der korrekten Einnahme ihrer Medikamente erhalten können.*“ (Eigene Übersetzung).<sup>627</sup>

#### 4.6 Gesetz Nr. 646

Obwohl die Arbeiten am Kap. 4 bereits abgeschlossen waren, musste dennoch auf das neue Gesetz Nr. 646 eingegangen werden, da wesentliche Punkte an der bisherigen Apothekenpolitik verändert wurden. Nachdem der parlamentarische Weg durchlaufen war, trat Anfang Juni 2024 das Gesetz Nr. 646<sup>628</sup> „*Gesetz zur Änderung des Apothekengesetzes, des Arzneimittelgesetzes und des Gesundheitsgesetzes*“ in Kraft.<sup>629</sup> Die Absicht mit diesem Gesetz war:

- eine finanzielle Anpassung an das Vergütungsmodell vorzunehmen,
- weitere Anpassungen zu erlassen, damit Apotheken und Krankenhausapotheken das Gesundheitssystem noch weiter entlasten können und
- die Abschaffung der Schiedsstelle für Apothekenübernahmen sowie weiterer Änderungen [646: 1].<sup>630</sup>

#### 4.6.1 Änderungen des Apothekenvergütungsmodells

##### 4.6.1.1 § 45 Apothekengesetz

Dem § 45 Abs. 1 Apothekengesetz (*Apotekerloven - Lov om apoteksvirksomhed*)<sup>631</sup> wird der Satz, bezeichnet als Satz 2, hinzugefügt [646: 2]: In der Vereinbarung bzgl. des Vergütungsrahmens (*bruttoavancerammen*) für den Apothekensektor wird zukünftig, der Anteil

---

<sup>627</sup> Vgl. DA (29.06.2023): *Apotekerne glæder sig over anbefalinger om at bruge apotekernes kompetencer til at styrke det nære sundhedsvæsen.*

<sup>628</sup> Hinweis: Das beschlossene Gesetz Nr. 646: Vgl. Retsinformation (Lov nr 646 af 11.06.2024): *LOV om ændring af lov om apoteksvirksomhed, lov om lægemidler og sundhedsloven.*

<sup>629</sup> Hinweis: Die Änderungen im Arzneimittel- (*lov om lægemidler*) bzw. Gesundheitsgesetz (*sundhedsloven*) betreffen nicht die Thematik und finden daher keine Berücksichtigung.

<sup>630</sup> Hinweis: Für die folgenden Ausführungen werden folgende Quellen verwendet: Der eingebrachte Gesetzesentwurf (L 127) vom 02.04.2024, das am 04.06.2024 verabschiedete Gesetz Nr. 646 (646) und die Anhörungantwort des Apothekerverein (DA 08.01.2024): *Svar på høring over udkast om justeringer af den økonomiske styringsmodel for apotekersektoren, flere muligheder for apotekerne og sygehusapotekernes aflastning af den øvrige sundhedsvæsen og nedlæggelse af voldgiftsnævn for apoteksovertagelse m. v.*

<sup>631</sup> Vgl. Retsinformation (LBK nr 703 af 26.05.2023): *Bekendtgørelse om apoteksvirksomhed.*

für Arzneimittel (*lægemiddelavancen*) und Freihandelswaren (*frihandelsavancen*), getrennt berechnet.

Begründung: Der Freihandelswarenumsatz ist in Apotheken unterschiedlich hoch und lässt sich nur bedingt steuern. Die Vergangenheit hat gezeigt, dass nach der 2015-Apothekenreform der Freihandelswarenumsatz den Vergütungsrahmen (*bruttoavance*) überschreiten ließ. Die Folge war, dass der APA (*fastkroneavance*) immer weiter gesenkt wurde, bis zu einem Punkt, wo zu befürchten war, dass weitere APA-Reduzierungen zu Betriebsstillegungen führen könnten. Daher soll die Vergütung des Arzneimittel- und der Freihandelswarenumsatzes bei der Vergütungsberechnung zukünftig getrennt berechnet werden. Somit kann der APA, der insbesondere für unwirtschaftliche Apotheken eine wichtige ökonomische Grundlage für die Rentabilität darstellt, sich wieder erholen [DA 2024. 1]:

#### 4.6.1.2 § 49 Apothekengesetz

§ 49: Apotheken haben

- i.) Abgaben für den Apothekensektor (*sektorafgift*),
- ii.) zusätzliche Sektorenabgaben (*tillægssektorafgift*),
- iii.) Abgaben auf den Freihandelswarenumsatz (*frihandelsafgift*),
- iv.) zusätzliche Abgaben auf den Freihandelswarenumsatz (*supplerende frihandelsafgift*) und
- v.) Abgaben für die Rente (*pensionsafgift*)<sup>632</sup> an den Staat zu entrichten [646: 3].

#### 4.6.1.3 § 50 Apothekengesetz

§ 50: Apotheken haben eine Sektorenabgabe (*sektorafgift*) in Höhe von 1,215 % vom Nettoumsatz (§ 50 e [646: 6]) zu entrichten [646: 3].

Begründung: Die Sektorenabgabe (Kap. 4.2.6.5) in Höhe von 0,21 % vom Nettoumsatz soll mit 1,005 % auf 1,215 % steigen, entsprechend einer Zunahme um 479 % [L127: 14]. Des Weiteren soll die Ausgleichsordnung ab 2025 abgeschafft werden (Kap. 4.2.6.3). Letzteres wird damit begründet, dass 3,6 % vom Arzneimittelpreis für die Ausgleichsregelung verwendet wurden. Folglich überwiesen die Apotheken an den Staat jährlich ca. 260 Mio. DKK (ca. 34,9 Mio. Euro). Dennoch wurden an unrentable Apotheken nur ca. 80 Mio. DKK (ca. 10,7 Mio. Euro) ausgeschüttet. Die restlichen 180

---

<sup>632</sup> Hinweis: Die Rentenabgabe soll statt 1,24%, zukünftig 1,19 % vom Nettoumsatz betragen (L127: S. 10, 15).

Mio. DKK (ca. 24,2 Mio. Euro) wurden umverteilt, z. B. 70 Mio. (ca. 9,4 Mio. Euro) an Sektorenausgaben [DA 2024: 10]. Dennoch wird im L127-Vorschlag postuliert, dass der verbleibende Anteil von 180 Mio. DKK (ca. 24,2 Mio. Euro), bei den Apotheken als „Gewinn“ verblieb [L 127: 13].<sup>633</sup>

Der Apothekerverein erwartete, dass i.) beim Wegfall der Ausgleichsregelung ohne Übergangszeit und gleichzeitigem enormen Anstieg der Sektorenabgabe, umsatzschwache Apotheken einen Rohertragsverlust erleiden und umsatzstarke Apotheken einen erheblichen Rohertragszugewinn erwirtschaften könnten. Dies wird mit dem Sachverhalt begründet, dass bei der Ausgleichsregelung bisher eine Deckelung bei einem Nettoumsatz bei 41,7 Mio. DKK (ca. 5,6 Mio. Euro)<sup>634</sup> bestehen würde. Des Weiteren, dass ii.) umsatzstarke Apotheken bei einem Anstieg des APA (*fastkroneavance*), durch einen wesentlichen höheren Packungsabsatz, zusätzlich bevorteilt werden könnten [DA 2024:1-2, 4-7].

Die Auswirkungen des Wegfalls der Ausgleichsregelung, bei gleichzeitiger Einführung einer wesentlich größeren Sektorenabgabe und einer Erhöhung des APA, könnte im Ergebnis dazu führen, dass alle Apotheken mit einem Umsatz von unter 75 Mio. DKK (ca. 10 Mio. Euro) einen Rohgewinnverlust von ca. 15.000 Euro bis ca. 47.000 Euro erleiden werden. Apotheken mit einem Umsatz von über 75 Mio. DKK, könnten einen Rohgewinnzuwachs von ca. 22.000 Euro erreichen bzw. ca. 98.000 Euro, bei einem Umsatz von über 100 Mio. DKK (ca. 13.4 Mio. Euro) [DA 2024: 5]. In Folge ist zu erwarten, dass die Apotheken-Konzessionen von unwirtschaftlichen Apotheken zurückgegeben und auch keine Nachfolger gefunden werden. Somit wird sich die Arzneimittelversorgung für die entsprechenden Regionen ungewollt weiter verschlechtern. Der Apothekerverein warnt das Innen- und Gesundheitsministerium, das dieses Problem nicht mit Anordnungen (*påbud*) durch umliegende Apotheken kompensiert werden könne, denn der allgemeine Facharbeitermangel betreffe den gesamten Apothekensektor [DA 2024: 6]. Damit das skizzierte Szenario nicht eintritt, könnte bei der erhöhten Sektorenabgabe auch eine Deckelung eingeführt werden [DA 2024: 7]. Es wird vorgeschlagen, dass die Sektorenabgabe nicht auf Grundlage der Umsätze der beiden vorgehenden Jahre berechnet wird und weniger als 1,43 % vom

---

<sup>633</sup> Hinweis: Wie eine abgeführte Abgabe, bei dem Abgebenden einen Gewinn auslösen kann, beantwortet der Gesetzgeber in seinem Gesetzesvorschlag L 127 (S. 13) nicht.

<sup>634</sup> Vgl. Retsinformation (BEK nr. 1816 af 28.12.2023): *Bekendgørelse om beregning af afgift og ydelse af tilskud til apotekere*, §§ 3, 5, 6, 8, 19, 20, 21, 22].

Nettoumsatz betragen sollte. Somit würden Liquiditätsengpässe bei der monatlichen Zahlung vermieden werden können [DA 2024: 8].

**§ 50 a.:** Apotheken haben eine „zusätzliche“ Sektorenabgabe (*tillægssektorafgift*) in Höhe von 0,062 % vom Nettoumsatz zu entrichten [646: 4].

Begründung: Die zusätzliche Sektorenabgabe soll die wegfallende Ausgleichsregelung (*udligningsordningen*) ersetzen [DA 2024: 10]. Damit unwirtschaftliche Apotheken mit Versorgungsauftrag auch weiterhin Unterstützung durch eine sektoreninterne Umverteilung erhalten können, wird eine neue Abgabe eingeführt, die als „zusätzliche Sektorenabgabe“ benannt wird. Diese Abgabe wird den „Erreichbarkeitszuschuss“ (*tilgængelighedstilskud*) finanzieren, der zukünftig (unwirtschaftliche) Apothekenbetriebe mit Versorgungsauftrag finanziell unterstützen soll. Ein Versorgungsfall und damit die finanzielle Unterstützung, soll durch eine behördliche Überprüfung nachgewiesen werden (L 127: 8, 13, 14).<sup>635</sup>

**§ 50 c.:** Apotheken haben eine Freihandelswarenabgabe (*frihandelsafgift*) zu entrichten [646: 4, 5]:

2025: 5,010 %

2026: 5,159 %

2027: 5,308 %

2028: 5,458 %

Ab 2029: 5,607 %

Begründung: Die vom Gesetzgeber vorgeschriebene Aufgabe der Apotheken ist der Arzneimittelverkauf, die Arzneimittelberatung und weitere pharmazeutische Dienstleistungen. Dafür bekommen die Apotheken eine finanzielle Unterstützung, die ca. 31 % vom Rohertrag ausmacht (Kap. 4.2.6.1). Die Freihandelswarenabgabe wird von 4,89 % (2024) vom Nettoumsatz stufenweise um insgesamt 0,717 % und somit auf 5,607 % beginnend ab 2029 angehoben. Damit beträgt die Erhöhung nach 2024 insgesamt 14,66 % bzw. 2,93 % im Mittel pro Jahr (siehe Anhang, Tab. 42). Mit dieser Abgabe soll u. a. der Rx-FAM-Zuschlag finanziert werden, der von 1,50 DKK um 0,25 DKK auf 1,75 DKK (von 0,21 Euro um 3,4 Eurocent auf 0,235 Euro), entsprechend um 16,67 % erhöht werden [L127: 14; DA 2024: 8].

---

<sup>635</sup> Vgl. Folketinget (Lovforslag Nr. L 127; 29.02.2024): *Forslag til Lov om ændring af lov om apoteksvirksomhed, lov om lægemidler*.

**§ 50 d.:** Apotheken haben eine „zusätzliche“ Freihandelswarenabgabe (*supplerende frihandelsafgift*) von 1,0 % zu entrichten [646: 5].

Begründung: Im Gesetzesvorschlag wird die Überschreitung des Vergütungsrahmen für 2020 auf 480,9 Mio. DKK (ca. 64,6 Mio. Euro) beziffert und es wird davon ausgegangen, dass es auch in 2022 zu einem weiteren Anstieg der Verbindlichkeit gekommen ist (bei der Veröffentlichung des L127 noch nicht bekannt). Mit der Einführung einer neuen Abgabe „zusätzliche Freihandelswarenabgabe“ soll die angehäuften Verbindlichkeit der Apotheken getilgt werden. Denn wenn keine Rückzahlung erfolgen würde, könnte dies als eine ungesetzliche Apothekensubvention ausgelegt werden. Gleichzeitig wird argumentiert, dass wenn die Verbindlichkeiten zurückgezahlt werden würden, dem Staat dies als unerlaubte Einnahme ausgelegt werden könnte. Somit sollen die Mittel zur Verbindlichkeitsbegleichung bereits bestehender oder neu zu schaffender pDL verwendet werden. Mit der neuen Abgabe (*supplerende frihandelsafgift*) sollen die Verbindlichkeiten der Apotheken um ca. 20 Mio. DKK (ca. 2,685 Mio. Euro; bei 520 Einheit ca. 5.160 Euro pro Einheit) jährlich reduziert werden und damit in 20 bis 30 Jahren abgegolten sein [L127: 8, 11, 12, 14]. Der DA hält die Gestaltung der Abgabeordnungen für ungeeignet und undurchsichtig [DA 2024: 3].

In der Tab. 42 (siehe Anhang) sind die Abgaben der Apotheken in Dänemark für 2024 und die Veränderungen ab 2025 aufgeführt. Neben Steuern haben Apotheken Abgaben aus ihrer pharmazeutisch-gewerblichen Tätigkeit von 9,07 % in 2029 an den Staat zu entrichten, entsprechend einem Abgabeanstieg nach 2024 von 43,12 %.

#### **4.6.1.4 Weitere Änderungen im Apothekengesetz**

**§ 40:** Flexibilisierung der Dienstbereitschaftsregelung [646: 2; L127: 27-30].

Begründung: Bisher war es nur dem Innen- und Gesundheitsministerium erlaubt, von Apotheken beantragte Ausnahmen bzgl. Öffnungszeiten bzw. Notdienst, zu genehmigen. Die Entscheidungsvollmacht wird der Arzneimittelbehörde (*lægemiddelstyrelsen*) übertragen. Eine geteilte Dienstbereitschaft zwischen zwei und mehr Apotheken ist zukünftig möglich. Der Apothekenverein befürwortete den unkomplizierteren Weg für Anträge zur Änderung von Öffnungszeiten und die Übernahme von Notdiensten. Wobei

der tatsächliche Grund für die Änderung der Facharbeitermangel wäre, denn die eng gesetzten Bestimmungen wären immer schwieriger zu erfüllen [DA 2024: 2].<sup>636</sup>

§ 56: Abs. 5 und 8: Die Möglichkeit vertraglicher Vereinbarungen zwischen Apotheken und Krankenhausapotheken [646: 6; L127: 23-25].

§ 68: Wird ersatzlos gestrichen [646: 8].

Gleichbedeutend, dass die Schiedsgerichte, die zur Einhaltung der Bestimmungen des Apothekengesetzes, Kapitel 5, § 28 bis § 30: Apothekenübernahmen, eingesetzt wurden, keine Verwendung mehr finden und somit abgeschafft werden. Begründung: Seit 2002 wurde das Schiedsgericht nur zweimal für eine Anhörung benötigt [L127: 33].

#### 4.6.2 Entlastungsmaßnahmen

§ 3 Abs. 2, Apothekengesetz: Eine berechtigte Person kann Impfungen in einer Apotheke durchführen, ohne die Anwesenheit des Apothekers [646: 1].

§ 3 Abs. 3, Apothekengesetz: Apotheker können im Verbund mit weiteren Apothekern Impfungen, die durch öffentliche Impfprogramme autorisiert sind, anbieten, indem eine berechtigte Person oder eine Firma die Impfungen durchführt [646: 1-2].

§ 3 Abs. 4, Apothekengesetz: Das Innen- und Gesundheitsministerium legt fest, welche Impfungen eine Apotheke anbieten darf [646: 1-2].

§ 3 Abs. 5, Apothekengesetz: Das Gesundheitsamt legt die Einrichtung und Ausstattung, der zu Impfungen berechtigten Apotheke, fest [646: 1-2].

§ 3, Abs. 2 bis 5: Die gesetzlichen Änderungen sind die logische Folge der beabsichtigten Politik des Gesetzgebers, Apotheken noch weiter in das Impfgeschehen einzubinden [L127: 18-21; DA (2024): 3]. So erklärte der Apothekervereins (DA) bereits, dass im Zeitraum von Oktober 2023 bis Mitte Januar 2024 insgesamt 2,6 Mio. kostenlose Impfungen verabreicht wurden. Ca. 2,25 Mio. Impfungen erhielten Risikopatienten, die diese Impfung zu ca. 47 % in den ca. 280 beteiligten Apotheken erhielten.<sup>637</sup>

§ 3 Abs. 11, Apothekengesetz: Arzneimittelgespräche (*medicinsamtaler*) dürfen von Approbierten und zukünftig auch von Farmakonomern durchgeführt werden [646: 1-2].

---

<sup>636</sup> Vgl. DA (08.01.2024): *Svar på høring over udkast om justeringer af den økonomiske styringsmodel for apotekersektoren, flere muligheder for apotekerne og sygehusapotekernes aflastning af den øvrige sundhedsvæsen og nedlæggelse af voldgiftsnævn for apoteksovertagelse m. v.*

<sup>637</sup> Vgl. DA (16.01.2024): *Apoteket er blevet borgernes foretrukne vaccinationssted.*

Damit dürfen zukünftig Farmakonome, die an Weiterbildungen erfolgreich teilgenommen haben, auch Arzneimittelgespräche durchführen. Wobei die Begründung des Gesetzgebers in der Entlastung der Apotheker liegen würde, die wiederum das Gesundheitssystem entlasten sollen. Dabei ist der tatsächliche Hintergrund, dass der Farmakonom in der Arzneimittelverkaufsstelle i. d. R. ohne approbierte Unterstützung tätig ist und somit zu wenige Arzneimittelgespräche durchgeführt werden [L127: 16]. Die „übergeordnete“ Arzneimittelberatung war bisher nur den entsprechend ausgebildeten Apothekern vorbehalten (Kap. 4.4.4). Im Apothekensektor in Dänemark gibt es zu wenige Apotheker, daher wurden u. a. auch die mit Farmakomen besetzten Arzneimittelverkaufsstellen eingeführt, was einem Paradigmenwechsel gleichkam. Da der allgemeine Beratungsbedarf durch den demographischen Wandel und somit auch der Bedarf an Arzneimittelgesprächen immer weiter zunimmt, wird mit der Gesetzesänderung der Paradigmenwechsel erweitert.

§ 12 Abs. 1, neu Nr. 7: Apotheken, die Rezepturen herstellen wollen, dürfen Arznei- und Hilfsstoffe an Krankenhaus- und Apotheken vertreiben [646: 1-2].

§ 12 Abs. 1, neu Nr. 8: Apotheken, die Rezepturen herstellen wollen, dürfen auch Rezepturen für Krankenhausapotheken herstellen [646: 1-2].

Begründung: Bisher gab es in Dänemark nur zwei auf Rezepturen spezialisierte Apotheken, die für das ganze Land Rezepturen herstellten.

Auch die Zusammenarbeit über den Sektorengrenzen hinweg wird durch das neue Gesetz erleichtert. So können zukünftig Apotheken mit Krankenhausapotheken und umgekehrt Arzneimittel, Grund- und Hilfsstoffe für Rezepturen, Rezepturen anfertigen [L127: 21- 27; DA 2024: 2]. Administrative Erleichterungen die durch den Wegfall von überholten Regelungen erfolgen, unabhängig davon, dass der tatsächliche Hintergrund der Mitarbeitermangel ist, sind sinnvoll.

### 4.6.3 Eine Einordnung

- Die Ausgleichregelung (*udligningsordningen*) wird mit dem Gesetz Nr. 646 beseitigt. Denn, die zur Unterstützung unrentabler Apotheken aufgebrauchten Mittel wurden nur zum Teil für die eigentliche Kompensation verwendet. Der weit größere Mittelanteil erfuhr eine Zweckentfremdung, indem diese vom Staat zu den Sektorenabgaben umgeleitet wurden. Die staatliche „Rechtfertigung“ hierfür ist, dass der jeweilige Betrag für diese Abgabe auf den Arzneimittelpreis aufgeschlagen wird und vom Endverbraucher bezahlt wird. Somit ist die

Abgabe für die Ausgleichsordnung keine Einnahme der Apotheken, diese haben nur die Aufgabe, die eingenommenen Mittel weiterzuleiten.

- Indem die Apothekenvergütung (*bruttoavancen*) für Arzneimittel (*lægemiddelavancen*) von den Freihandelswaren (*frihandelsavancen*) nicht getrennt, sondern zusammengefasst ausgewiesen wurde, konnte dies zu einer Fehlentwicklung führen, gleichbedeutend, dass der vereinbarte Vergütungsrahmen überschritten wurde. Bei der 2015-Apothekenreform hat der Gesetzgeber übersehen, dass der erleichterte Zugang der Bevölkerung zu Apotheken und Arzneimittel nicht ohne Investitionsmittel zu ermöglichen war. An den Investitionen hat sich der Staat dennoch nicht beteiligt und hat dies auch nicht bei den Vergütungsrahmenabsprachen eingepreist. Somit hatten die Apotheken nur eine Möglichkeit die Investitionsmittel zu erwirtschaften, indem sie den Umsatz selbstkalkulierbarer Freihandelswaren forcierten. Denn auf die Arzneimittelverordnungen hatten und haben Apotheken keinen Einfluss, und sie können auch nicht die gesetzlich festgelegten Preise der Rx-FAM verändern. Folglich stieg der, an die Arzneimittelvergütung gekoppelte Freihandelswarenumsatz (*frihandelsavancen*) mit der Folge, dass es

- i.) zur Überschreitung mehrerer Vergütungsvereinbarungsperioden (*bruttoavance-rammeaftaler*) kam und
- ii.) der APA (*fastkroneavancen*) reduziert wurde.

Die angeblich kumulierte Überschreitung der Vergütungsvereinbarung von 480,9 Mio. DKK [L127: 8] wurde durch den Verkauf von Waren und Dienstleistungen erwirtschaftet. Die Waren wurden von den Apotheken erworben und mit einem Mehrwert veräußert. Die an Kunden erbrachte Dienstleistungen warfen Lohnkosten und sonstige Nebenkosten auf. Zudem war die 25 %-Umsatzsteuer abzuführen und der Gewinn zu versteuern.

So verwahrt sich der Apothekerverein entschieden gegen die Anschuldigung des Innen- und Gesundheitsministeriums, dass der (Apotheken-)Sektor als Ganzes abgeschlossene Vereinbarungen nicht eingehalten hat („*at sektoren som helhed har misligholdt tidligere indgåede bruttoavanceaftaler*“) und verlangt entweder eine Klarstellung oder die Rücknahme der Beschuldigung. Denn, die Ursache der Vergütungsrahmenüberschreitungen läge in der Tatsache, dass der Vergütungsrahmen, durch die nach der 2015-Apothekereform veränderten ökonomischen Bedingungen keine entsprechende Anpassung erfahren hätte und daher nicht mehr zeitgemäß gewesen wäre. Des Weiteren, weil für die 2015-Apothekenreform das

Investitionskapital fehlte und bei den Vergütungsverhandlungen nicht eingepreist wurde [DA 2024: 9].<sup>638</sup>

Vom Gesetzgeber gänzlich unerwähnt und auch vom Apothekerverein nur äußerst zaghaft thematisiert wird der Sachverhalt, dass Apotheken, wie aber auch das dänische Gesundheitssystem in Gänze, an einem erheblichen Facharbeitermangel leidet. Dennoch verlangt der Gesetzgeber vom Apothekensektor, dass dieser die weiteren Sektoren des Gesundheitssystems entlastet und zudem auch noch weitere neu entwickelte Dienstleistungen übernehmen soll. Dass Farmakonome zukünftig Arzneimittelgespräche übernehmen dürfen oder dass die zunehmende Anzahl von Dispensationsanträgen bzgl. Öffnungszeiten und Notdienste, ist dem Facharbeitermangel geschuldet. Dass Farmakonome erst nach Weiterbildungen die Arzneimittelgespräche übernehmen dürfen, zeigt, dass sie für diese Aufgabe weder ausgebildet, noch vorgesehen waren.

Der Apothekerverein kritisiert, dass zur Freihandelswarenabgabe noch weitere Abgaben (Rente, Verbindlichkeiten, Sektorenabgabe und zusätzliche Sektorenabgabe) von den Apotheken eingefordert werden. D. h., dass spätestens ab 2029 Apotheken über 9 % des Nettoumsatzes als Abgaben abzuführen haben. Vergleichbares wird vom konkurrierenden Einzelhandel nicht verlangt [DA 2024: 8].

---

<sup>638</sup> Hinweis: Der zweite Entwurf zur Änderung des Gesetz Nr. 646 des Innen- und Gesundheitsministerium vom 08.12.2023, worauf der Apothekerverein sich bezieht, konnte nicht gefunden werden. Im Begründungsteil des Gesetzesvorschlags (L127) vom 29.02.2024 wurde die Anschuldigung nicht wiederholt. Vgl. Folketinget (29.02.2024): *Forslag til Lov om ændring af lov om apoteksvirksomhed og lov om lægemidler.*

## 5 Vergleich der Apothekensektoren in Deutschland und Dänemark

In der vorliegenden Arbeit werden die Apothekensektoren in Deutschland und Dänemark verglichen, wobei das Hauptaugenmerk auf dem Aufbau bzw. der Struktur und der Finanzierung des Apothekenmarktes liegt. Der Hintergrund für den Vergleich liegt in der Tatsache, dass die Anzahl der Apotheken in Deutschland nach 2008 und Ende 2024 um ca. 21 % (Kap. 3.3.3.4) zurückgegangen ist, und dass in Dänemark nach der 2015-Apothekenreform die Anzahl der rezeptbeliefernden Einheiten um 213 Einheiten bzw. ca. 68,3 % zugenommen hatte (Kap. 4.4.1.1; siehe Anhang, Tab. 37).

Die Gesundheitssysteme, in denen die Apothekensektoren eingebettet sind, finanzieren sich aus unterschiedlichen Quellen und werden daher nach gängiger Unterteilung entweder dem primär aus Sozialabgaben finanzierten Bismarck-Modell, dem steuerfinanzierten Beveridge-Modell oder weiteren Modellen zugerechnet. Für den vorliegenden Sektorenvergleich sind die Finanzierungsquellen nicht das entscheidende Moment, auch wenn in diesem Kapitel darauf, wie auch auf die Gesundheitsausgaben im Allgemeinen, der Vollständigkeit halber eingegangen wird. Zur Einstimmung und um Aussagen zu den zum Teil erheblichen Unterschieden bzgl. Flächengröße, Bevölkerungszahl, aber auch zur Lebenserwartung, Geburten- und Sterberate u. w. m., werden in der Einleitung diverse Angaben und Daten präsentiert (Kap. 5.1). Im Kap. 5.2 kann gezeigt werden, dass die Gesundheitssystemausgaben in Dänemark zum BIP geringer sind als in Deutschland, dennoch in Dänemark pro Kopf mehr für Gesundheit ausgegeben wird. Des Weiteren kann gezeigt werden, dass die Verwaltungsausgaben pro Einwohner in Deutschland wesentlich höher sind als in Dänemark. Im Gegensatz zu Deutschland, gibt es in Dänemark eine höhere Anzahl verschiedener Apothekeneinheiten, in denen die Bevölkerung Arzneimitteln erwerben kann. Gleichwohl ist in Dänemark die Apothekenanzahl pro 100.000 Einwohner wesentlich geringer als in Deutschland (Kap. 5.3). Werden in Deutschland die Apotheken mit einem festgelegten Betrag pro FAM-Packung und einem Prozentsatz vom Arzneimittelpreis vergütet, so wird dies in Dänemark differenzierter gehandhabt. Zudem gibt es in Dänemark eine sektorale Ausgleichsregelung, die von den Apotheken selbst zu erwirtschaften ist (Kap. 5.4). In Dänemark gibt es sog. liberalisierte FAM, d. h. Fertigarzneimittel die nicht apothekenpflichtig sind und auch im nicht-pharmazeutischen Einzelhandel vertrieben werden dürfen. Diese liberalisierten Arzneimittel gibt es in Deutschland nicht. Auf die diesbezüglichen wirtschaftlichen Auswirkungen, die Arzneimittelpreisgestaltung und -umsätze wird in Kap. 5.5 eingegangen. Das vergleichende Kapitel schließt mit Erläuterungen bzgl. der länderspezifisch unterschiedlichen Ausbildung und Tätigkeiten des Apothekenpersonals ab (Kap. 5.6). Wenn es der präziseren Differenzierung dient, wurden Daten der EU-27 hinzugezogen.

## 5.1 Einleitung

Allein auf Grund der Größenunterschiede ist ein Vergleich der beiden Nachbarnationen nicht einfach zu bewerkstelligen. Dennoch, es gibt genügend gesamtwirtschaftliche und gesundheitsökonomische Kennzahlen bzw. Ergebnisse, die einen Vergleich auf Augenhöhe Substanz verleihen.

**Regierungsform:** Die Bundesrepublik Deutschland (DE) ist eine föderale, parlamentarische Republik und deren Verfassung - das Grundgesetz - wurde 1949 verabschiedet.<sup>639</sup> *Kongeriget Danmark* (DK) ist eine parlamentarische-konstitutionelle Monarchie, deren Verfassung (*Grundloven*) aus dem Jahre 1953 stammt.<sup>640</sup>

Die **Fläche** von DE ist 8,33mal größer als die von DK (357.580 km<sup>2</sup> zu 42.920 km<sup>2</sup>) und auch die Bevölkerungsanzahl ist in DE 14,2mal höher als die in DK (2023: 83,8 Mio. zu 5,9 Mio.). Gleichbedeutend, dass in DE im Durchschnitt 234,3 Personen pro km<sup>2</sup> leben und in DK 137,5 Personen pro km<sup>2</sup>.

Die **Sterberate** (12,3 Promille) ist in DE etwas höher als die **Geburtenrate** (9,6 Promille), d. h., dass in DE die Bevölkerungsanzahl (theoretisch) abnehmend ist, im Gegensatz zu DK, denn die Geburtenrate liegt hier mit 10,0 Promille etwas höher als die Sterberate (9,8 Promille).

Die **Migrationsrate** ist in DK mit 3,85 Promille etwas höher als in DE 3,73 Promille.

Die **Lebenserwartung** ist fast identisch (Männer: DE 78,5 Jahre vs. DK 79,6 Jahre), wenn auch in DK die Männer statistisch gesehen 1,1 Jahre länger leben, dafür leben Frauen in DE 0,1 Jahre länger als in DK (Frauen: DE: 83,4 Jahre; DK: 83,3 Jahre). Die Bevölkerung in DE ist im Mittel 46,7 Jahre alt und damit etwa 2,5 Jahre älter als in DK, wobei das Mittel in DK bei 42,2 Jahren liegt.

Die **Arbeitslosenquote** liegt bei 3,0 % in DE und bei 4,2 % in DK.

Die **Lebenshaltungskosten** sind in Dänemark bei 132,7 %, ausgehend von 100,0 % in Deutschland, erheblich höher. Dabei liegt das jährliche Durchschnittsgehalt in Dänemark bei 69.820 Euro, bereinigt von den Lebenshaltungskosten bei 52.607 Euro und somit annähernd vergleichbar mit dem Durchschnittsgehalt von 51.311 Euro in Deutschland.

Die **Staatsverschuldung** liegt bei 45,95 % zum BIP in DE und bei 23,10 % in DK. Auch bei der **Gesamtverschuldung** liegt DE mit 66,54 % zum BIP wesentlich höher als DK: 29,66 %

---

<sup>639</sup> Vgl. Bundesministerium des Innern und für Heimat: *Unsere Verfassung*.

<sup>640</sup> Vgl. Danmarks Riges Grundlov: Nr. 169 af 05. juni 1953.

zum BIP. Dasselbe gilt auch für das BIP pro 1.000 Einwohner: DE 46,27 Mio. Euro zu DK 64,38 Mio. Euro. Auch wenn DE aktuell die weltweit drittstärkste Exportnation ist (2023:1.688,4 Mrd. USD;<sup>641</sup> 03/2024: 1.957 Mrd. Euro<sup>642</sup>), so liegt das Volumen exportierter Waren pro 1.000 Einwohner lediglich bei 23,35 Mio. Euro, in DK bei 45,4 Mio. Euro pro 1.000 Einwohner. Gleichzeitig liegt der Wert importierter Waren in DK bei 37,92 Mio. Euro pro 1.000 Einwohner, in DE bei 22,36 Mio. Euro. Auch beim Haushaltsüberschuss pro 1.000 Einwohner liegt DK mit 2,12 Mio. Euro weit vor DE mit - 1,21 Mio. Euro.<sup>643</sup>

### 5.2 Die Gesundheitssektoren

Es wurde bereits mehrmals in dieser Arbeit darauf hingewiesen, dass Deutschland seit 1883 sein Gesundheitssystem mit dem von Mitgliedsbeiträgen finanzierten Bismarck-Modell organisiert (Kap. 3.1.2) und Dänemark 1970 vom Bismarck-Modell zum Steuern finanzierten Beveridge-Modell wechselte (Kap. 4.1.1). Es werden dennoch weder die beiden Gesundheitssystemmodelle noch deren Finanzierungsarten grundlegend thematisiert, obwohl es unvermeidbar ist, nicht auf ökonomische Unterschiede hinzuweisen.

#### 5.2.1. Finanzierungsquellen

**DE:** In Deutschland gibt es die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) in denen ca. 89,5 % und die privaten Krankenkassen (PKV), bei denen ca. 10,5 % der Bevölkerung krankenversichert sind. Die PKV finanzieren sich ausschließlich aus Mitgliedsbeiträgen, deren individuelle Höhe nach Alter, Gesundheitszustand zum Eintrittszeitpunkt und gewähltem Tarif bemessen wird (Kap. 3.1.3.2). Auch bei den GKV bilden die Mitgliedsbeiträge die größte Einnahmequelle, zudem gibt es Zuführungen der Rentenversicherung, sonstige Beiträge und den Bundeszuschuss ([6-8]<sup>644</sup>)<sup>645</sup>. Sofern diese Gelder nicht direkt dem 2009 geschaffenen Gesundheitsfonds zugeführt werden, haben die Krankenkassen die eingenommenen Mitgliedsgelder an den Gesundheitsfonds abzuführen. Der Gesundheitsfonds verteilt wiederum die Einnahmen an die einzelnen GKV, abhängig von der Mitgliedsrisikoprüfung, d. h. nach Alter, Geschlecht und den Krankheiten der Versicherten (Kap. 3.1.3.1).

---

<sup>641</sup> Vgl. Statista (26.04.2024): *Die 20 größten Exportländer weltweit im Jahr 2023.*

<sup>642</sup> Vgl. Laenderdaten.info: *Ländervergleich.*

<sup>643</sup> Hinweis: Alle Daten stammen von Laenderdaten.info auf Grundlage etlicher hundert Einzeldaten und dutzenden verschiedenen Quellen. Letzte Aktualisierung März 2024. Vgl. Laenderdaten.info: *Ländervergleich.*

<sup>644</sup> Vgl. BAS: *Begleitbericht des Bundesamtes für Soziale Sicherung zur Jahresabrechnung des Gesundheitsfonds für das Geschäftsjahr 2020.*

<sup>645</sup> Hinweis: Der Gesundheitsfonds erhält a.) Beiträge inkl. Zusatzbeiträge von Krankenkassen, Rentenkasse, Arbeitslosengeld (ALG nach dem SGB III), Bürgergeld, Minijobzentrale, Künstlersozialkasse und Wehrdienst; b.) Bundesmitteln; c.) Erstattungen für Finanzhilfen und d.) Sonstige. Vgl. BAS: *Ein- und Auszahlungen des Gesundheitsfonds nach Auszahlungsmonaten (in Mio. €).*

Dem Gesundheitsfonds flossen in 2013 insgesamt 192,5 Mrd. Euro zur Weiterverteilung an die gesetzlichen Krankenversicherungen zu und mit einem Zuwachs von 140,5 Mrd. Euro bzw. 73,0 % waren es in 2022 bereits 333,0 Mrd. Euro (Abb. 63) Im Mittel nahm der Gesundheitsfonds jährlich 252,5 Mrd. Euro ein.

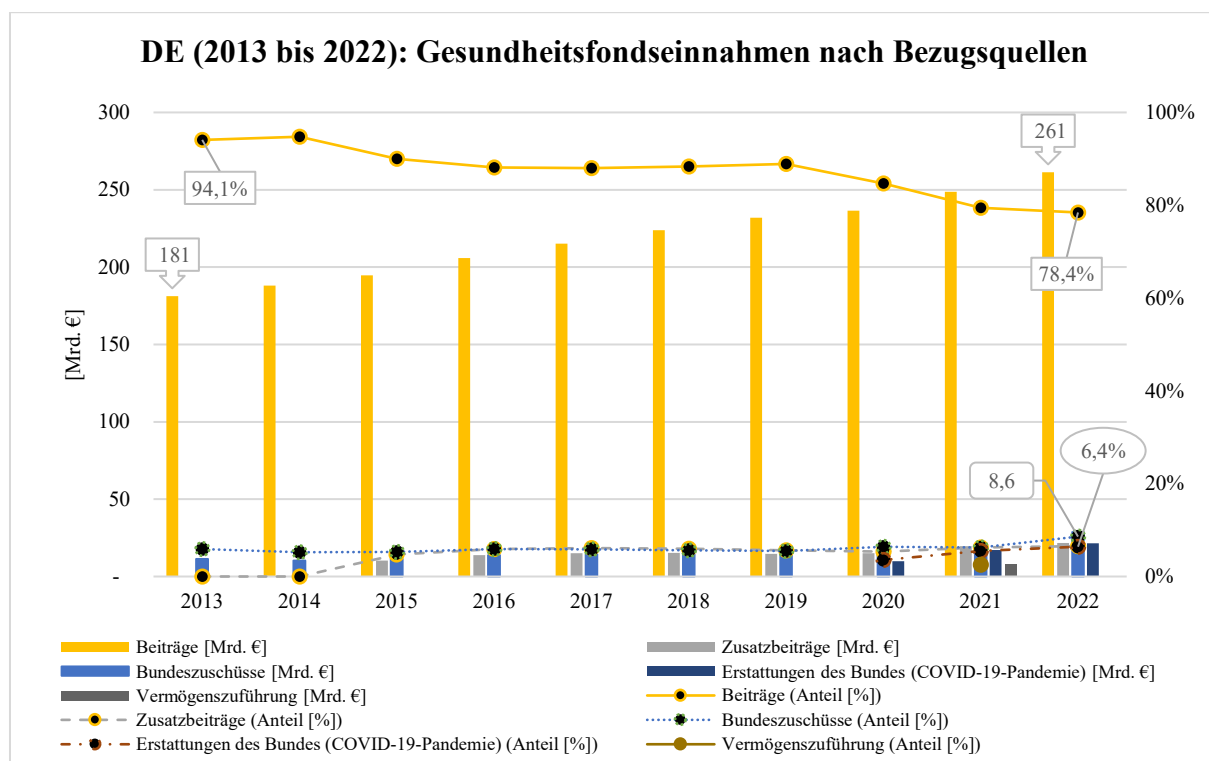


Abb. 63: DE (2013 bis 2022): Gesundheitsfondseinnahmen nach Bezugsquellen. Eigene Berechnungen und Darstellung. Quelle: BAS.<sup>646,647</sup>

Den Hauptanteil der Einnahmen des Gesundheitsfonds bestritten die GKV-Versicherungsmitglieder in Form von Beiträgen und Zusatzbeiträgen (Kap. 3.1.3.1). Die Beiträge hatten 2013 ein Volumen von 181,1 Mrd. Euro und stiegen bis 2022 um 80,1 Mrd. Euro auf 261,3 Mrd. Euro bzw. 44,2 %. Im Betrachtungszeitraum waren es im Mittel jährliche 218,7 Mrd. Euro bzw. anteilige 84,7 % an den Gesamteinnahmen des Gesundheitsfonds. Die Zusatzbeiträge beliefen sich in 2015<sup>648</sup> auf 10,2 Mrd. Euro und mit einer Erhöhung um 11,5 Mrd. Euro waren es in 2022 insgesamt 21,8 Mrd. Euro bzw. eine Steigerung um 113,0 %. Im Mittel wurden jährlich 15,7 Mrd. Euro zusätzlich erhoben bzw. anteilig 5,8 % von den Gesamteinnahmen. Die Bundeszuschüsse wurden von 2013 bis 2022 um 17,3 Mrd. Euro bzw. 151,8 % auf 28,6 Mrd. Euro erhöht. Im Mittel betragen die Zuschüsse des Bundes jährlich 15,6 Mrd. Euro bzw. 6,1 % anteilig an den Einnahmen (Kap. 3.1.3.1). Die COVID-19-Pandemie

<sup>646</sup> Vgl. BAS: *Begleitbericht des Bundesamtes für Soziale Sicherung zur Jahresrechnung des Gesundheitsfonds für das Geschäftsjahr 2022.*

<sup>647</sup> Hinweis: Bei den Einnahmen des Gesundheitsfonds wurde zur einfacheren Darstellung auf die Einnahmeposten: Zinsen und - Übrige Einnahmen - verzichtet.

<sup>648</sup> Hinweis: Für 2013 und 2014 wird nicht zwischen Beiträgen und Zusatzbeiträgen differenziert und nur als Gesamtbeitrag angegeben.

löste Erstattungen vom Bund an den Gesundheitsfonds aus, die von 2020 bis 2022 im Mittel bei 16,2 Mrd. Euro lagen bzw. anteilig an den Gesundheitsfonds-Einnahmen 5,2 % ausmachten (siehe Anhang, Tab. 43). Bedingt durch die Bundeszuschüsse, die in 2022 ca. 15,0 % ausmachten, bestritten die Versicherungsmitglieder mit 84,9 % die Hauptlast des Gesundheitsfonds.

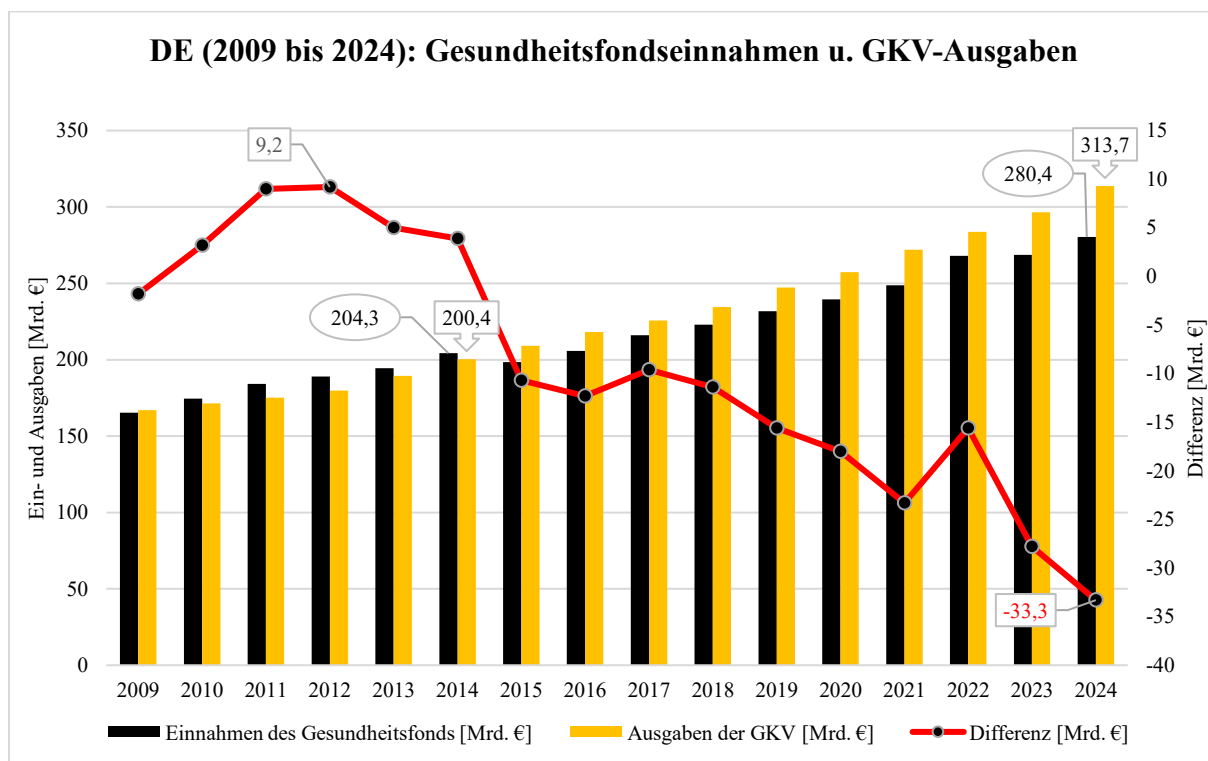


Abb. 64: DE (2009 bis 2024): Gesundheitsfondseinnahmen und GKV-Ausgaben. Eigene Berechnungen und Darstellung. Quelle: Statista<sup>649</sup>.

Dass der Gesundheitsfonds dennoch unterfinanziert ist, wird in der Abb. 64 dargestellt (Anm.: Die Daten für 2023 und 2024 sind Schätzungen), denn in dieser Abbildung werden die GKV-Ausgaben mit den Einnahmen des Gesundheitsfonds verglichen. Im Betrachtungszeitraum von 2009 bis 2024 bestand anfänglich kein Defizit, denn die Einnahmen des Gesundheitsfonds lagen 2009 bei 165,3 Mrd. und stiegen um 115,1 Mrd. Euro auf 280,4 Mrd. Euro bzw. 69,9 % in 2024 (geschätzt). Die Ausgaben der GKV lagen in 2009 bei 167,1 Mrd. Euro, um sich um 146,6 Mrd. Euro auf 313,7 Mrd. Euro (geschätzt) bzw. 87,7 % zu erhöhen. Der Beginn der Misere entwickelte sich nach 2014, denn der Gesundheitsfonds nahm 2015 im Vergleich zum Vorjahr weniger ein und gleichzeitig stiegen die GKV-Ausgaben. So entstand allein für 2015 ein Differenzbetrag von 10,7 Mrd. Euro bzw. 5,4 %. Auch wenn in 2017 und 2022 die Differenzen zwischen Einnahmen und Ausgaben zum jeweiligen Vorjahr sich verringerten, so stiegen die GKV-Ausgaben immer stärker an, und waren damit höher als die Einnahmen, die

<sup>649</sup> Vgl. Statista (16.10.2023): *Ausgaben der GKV und Einnahmen des Gesundheitsfonds in den Jahren 2009 bis 2024 (in Milliarden Euro)*.

dem Gesundheitsfonds zufließen. Die gegenwärtige Schätzung der Differenz zwischen Gesundheitsfondseinnahme und GKV-Ausgaben lag für 2023 bei - 27,3 Mrd. Euro und für 2024 bereits bei - 33,3 Mrd. Euro (siehe Anhang, Tab. 44).

**DK:** Die Abb. 65 zeigt die Gesundheitsausgaben für die Jahre 2010 bis 2022 und die Finanzierungsanteile je nach Bezugsquelle (siehe Anhang, Tab. 45). Da der dänische Staat sein Gesundheitssystem nach dem Beveridge-Modell organisiert, kann es nicht verwundern, dass im Vergleich zu Deutschland der staatliche Anteil an den Gesundheitsausgaben in Form von Steuern sehr hoch ist (Kap. 4.1.3).

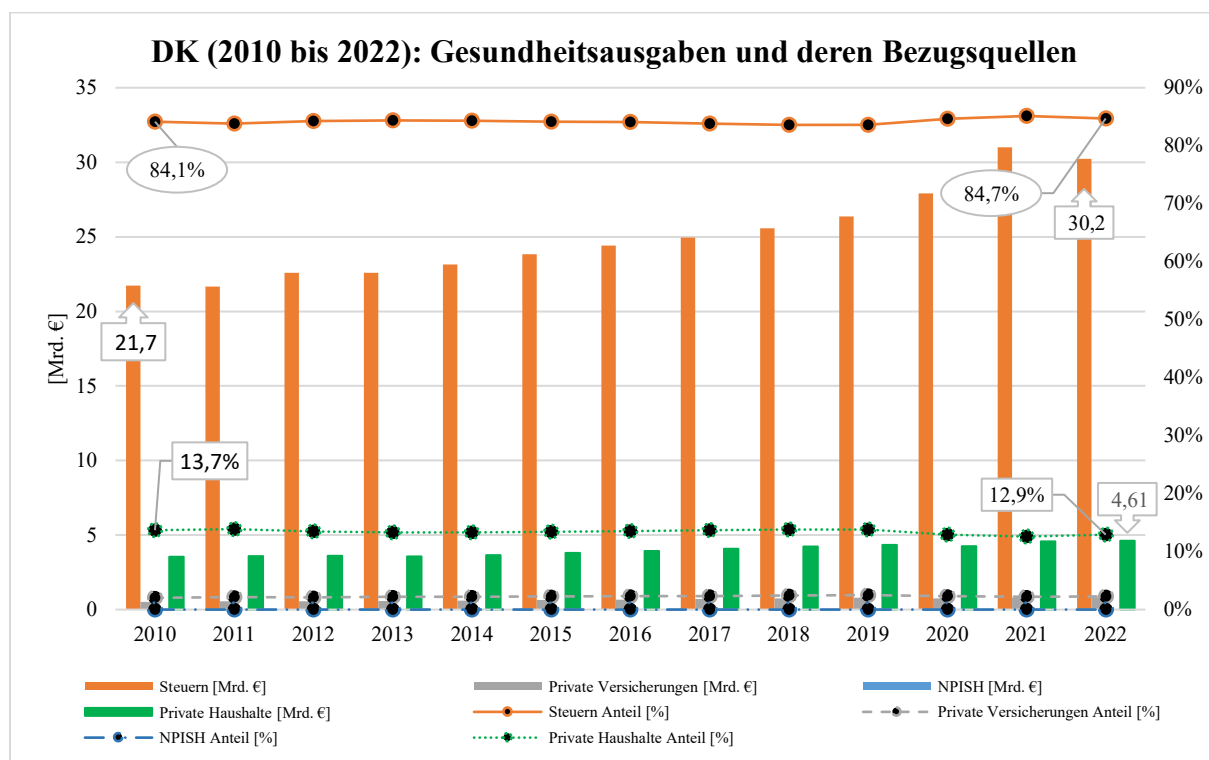


Abb. 65: DK (2010 bis 2022): Gesundheitsausgaben und deren Bezugsquellen. Eigene Berechnungen und Darstellung. Quelle: DS.<sup>650</sup>

Zur Deckung der Gesundheitsausgaben werden in Dänemark folgende Finanzierungsquellen herangezogen:

- i.) Steuern (*offentlige ordninger*)
- ii.) private Krankenversicherungen (*frivillige sundhedsforsikringsordninger*)
- iii.) Zugaben vom Staat bzw. privater Organisationen (*Non-profit organisationer rettet mod husholdinger / Non-profit institutions serving households (NPISH)*)
- iv.) private Haushalte (*husholdningernes egenbetaling*).<sup>651</sup>

<sup>650</sup> Vgl. Danmarks Statistik (30.03.2024): *Statistikbanken - Økonomi. SHA1: Udgifter til sundhed efter funktion, aktør, finansieringskilde og prisenhed.*

<sup>651</sup> Vgl. Danmarks Statistik: *Statistikdokumentation for Udgifter til sundhed (SHA) 2022, Finansieringsordninger.*

i.) Zur Deckung der Gesundheitsausgaben werden in Dänemark größtenteils Steuern verwendet. Deren Anteil lag von 2011 bis 2022 zwischen 83,6 % und 85,1 % im Mittel bei 84,2 % und der jährliche Anstieg lag im Mittel bei 2,8 %. Dabei war 2021 eine Ausnahme, denn durch die Pandemie stiegen die Ausgaben im Vergleich zum Vorjahr um 11,0 %, waren aber in 2022 um - 2,5 % zum Vorjahr wieder gesunken. In 2010 wurden insgesamt 21,728 Mrd. Euro Steuern für Gesundheitsausgaben verwendet und in 2022 bereits 30,237 Mrd. Euro ausgegeben, entsprechend einem Zuwachs von 8,509 Mrd. Euro bzw. 39,16 %.

ii.) Dänemark bietet eine Gesundheitsgrundversorgung für alle Bewohner an, dennoch hat sich der Anteil der privaten Krankenversicherungen an den gesamten Gesundheitsausgaben von 522 Mio. Euro in 2010 auf 815 Mio. Euro in 2022 mit 293 Mio. Euro bzw. um 56,13 % erhöht. Dies war sowohl der höchste Zuwachs bei einer Finanzierungsquelle als auch bei den Veränderungen zum jeweiligen Vorjahr, wo 3,8 % im Mittel registriert wurden. Der Anteil an den Gesamtausgaben beträgt dennoch lediglich nur 2,26 %.

iii.) Einwohner, die keine Gesundheitsbeiträge zahlen bzw. nicht zahlen konnten, werden vom Staat und privaten Organisationen unterstützt. Im Mittel waren es pro Jahr ca. 40,2 Mio. Euro bzw. 0,14 % anteilig an den Gesundheitsausgaben. 2018 wurden bereits 52 Mio. Euro benötigt, dennoch schrumpfte diese Finanzierungsquelle bis 2022 um 18 Mio. Euro auf 34 Mio. Euro bzw. - 7,91%.

iv.) Die privaten Haushalte übernehmen im Mittel 13,41 % und sind somit die zweitgrößte Einnahmequelle für die Gesundheitsausgaben. Deren Anteil nahm in der Pandemie, auf Grund der Mehrausgaben des Staates, leicht ab. Der Ausgabenposten der privaten Haushalte stieg von 2010 um 1,078 Mrd. Euro auf 4,613 Mrd. Euro in 2022 bzw. 30,5 %. Bei den Veränderungen zum jeweiligen Vorjahr wurde ein Mittel von 2,3 % erreicht, wenngleich es in 2021 nicht unerwartet einen hohen Zuwachs von 7,6 % gab (siehe Anhang, Tab. 45).

### 5.2.2 Gesundheitsausgaben

In der Abb. 66 sind die laufenden Gesamtgesundheitsausgaben in Dänemark, Deutschland und der EU von 2009 bis 2022 (EU: ab 2014) und die prozentualen Veränderungen zum jeweiligen Vorjahr abgebildet.

**DE:** Die Gesundheitsausgaben in Deutschland stiegen permanent von 274,8 Mrd. Euro mit 213,9 Mrd. Euro auf 489,7 Mrd. Euro in 2022, entsprechend um 77,8 % bzw. im Mittel um 4,54 % pro Jahr. Werden die Corona-Jahre 2020 bis 2022 außer Acht gelassen, so lag der jährliche Zuwachs im Mittel bei 4,03 % (2011 einschließlich 2019).

**DK:** Dänemarks Gesundheitsausgaben stiegen von 2010 bis 2022 mit 10,3 Mrd. Euro auf 35,3 Mrd. Euro bzw. durchschnittlich um 2,79 % jährlich und wenn die Corona-Jahre nicht berücksichtigt werden, dann belief sich die Zunahme nur um 2,22 %. Zudem war der Ausgabenzuwachs in Dänemark in 2013 bei - 0,2 % (2022: - 2,0 %; 2023: - 2,16 %) zum jeweiligen Vorjahr, d. h. etwas was in Deutschland unbekannt ist, denn hier werden nur Ausgabenzunahmen verzeichnet.

**EU:** In der EU belief sich das Wachstum der Gesundheitsausgaben von 2015 bis 2022 um 413,3 Mrd. Euro auf 1.591,9 Mrd. Euro bzw. jährlich um durchschnittlich 4,4 %, ohne die Corona-Jahre im Mittel um 3,40 %.

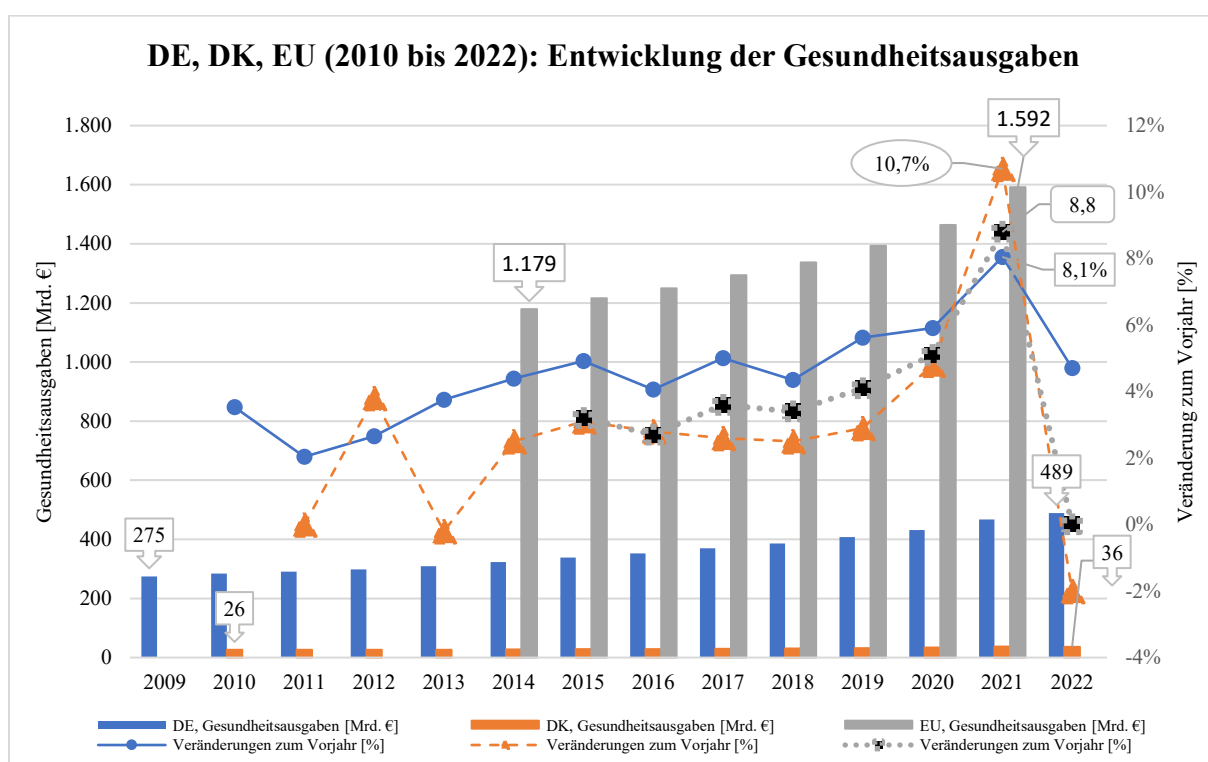


Abb. 66: DE, DK, EU (2010 bis 2022): Entwicklung der Gesundheitsausgaben. Eigene Berechnungen und Darstellung. Quelle: Eurostat.<sup>652,653</sup>

Die jährliche prozentuale Zunahme der Gesamtgesundheitsausgaben für die Jahre 2011 bis 2022 fiel in Deutschland, im Vergleich mit Dänemark bzw. mit der EU, wesentlich höher aus. Dies gilt nicht nur für die Jahre 2011 bis 2019 ohne Pandemie, sondern auch für die Corona-Jahre 2020 bis 2022. Sowohl für Deutschland, Dänemark und die EU gilt zudem, dass in 2021 der höchste prozentuale Zuwachs zum Vorjahr für ein einzelnes Jahr im Betrachtungszeitraum registriert werden konnte DE: 34,8 Mrd. Euro bzw. 2,14 %; DK: 3,5 Mrd. Euro bzw. 5,90 % und EU: 128,5 Mrd. Euro bzw. 3,70 %. Der deutsche Anteil am Zuwachs der

<sup>652</sup> Vgl. Eurostat, Data Browser (03.01.2024): *Gesundheitsdaten nach Funktionen. Laufende Gesundheitsausgaben - Euro pro Einwohner.*

<sup>653</sup> Hinweis: Die Daten der EU-27 für die Jahre 2020 und 2021 sind vorläufig. Dasselbe gilt für das Jahr 2022 sowohl für Dänemark als auch für Deutschland.

Gesundheitsausgaben der EU betrug dabei 26,8 % und der dänische Anteil 2,20 % (siehe Anhang, Tab. 46).

Auf Grund des bereits hohen Gesundheitsausgabenniveaus in Deutschland, stiegen diese in der Pandemie moderater an als in Dänemark bzw. in der EU. Etwas was dafürsprechen könnte, dass das Vorhalten von Optionsgütern wie z. B. Krankenhausbetten für eine Krisensituation gut sein kann. Wenn noch genauer hingeschaut wird, dann werden nicht nur die Prozente der Ausgabensteigerung zum Vorjahr betrachtet, sondern, auch wie hoch die Veränderungen im prozentualen Vergleich waren. Die prozentuale Ausgabensteigerung betrug 2019 in DE: 5,62 % und in 2020 insgesamt 5,91 %, jeweils zum Vorjahr. Das bedeutet, dass die Steigerung zum Vorjahr nochmals um 0,29 % zulegte. Dies entspricht für DE 111,12 % für 2019 auf 2020; 144,19 % für 2020 auf 2021 und 63,17 % für 2021 auf 2022. Die Werte für DK waren 2020: 217,36 %; 2021: 178,93 %; 2022: -22,73 % und für die EU, 2020: 127,49 % und 2021: 182,27 %. Dies könnte bedeuten, dass eine hohe Vorlast nicht unbedingt ausschlaggebend ist, wenn in einer Krisensituation auch anders reagiert werden kann. Insbesondere das letzte Covid-19-Jahr 2022 ergab in DK eine Ausgabenminderung von 22,73 % (0,8 Mrd. Euro). In DE hingegen konnten wohl die Zusatzausgaben gemindert werden, dennoch wurden 22,0 Mrd. Euro bzw. 4,71 % mehr ausgegeben als in 2021 (siehe Anhang, Tab. 46).

### 5.2.2.1 Gesundheitsausgaben zum BIP

Werden die Gesundheitsausgaben prozentual im Verhältnis zum BIP betrachtet, dann kann die Abb. 67 darlegen, dass **DE** 2010 ca. 11,10 % vom BIP und 2022 ca. 12,62 % und somit die Gesundheitsausgaben deutlich steigerte. Der Zuwachs betrug 1,52 % und im Mittel waren es 11,53 % pro Jahr. **DK** gab im Vergleich mit Deutschland bereits 2010 etwas weniger für Gesundheit aus, d. h. 10,61 % vom BIP für Gesundheit und bis 2022 waren es mit - 1,23% auf 9,38 % nochmals deutlich weniger geworden. Nur bedingt durch die Corona Pandemie gab die **EU-27** in 2022 etwa 0,87 % vom BIP mehr für Gesundheit aus als in 2014, wobei das Mittel bei 10,17 % vom BIP lag. D. h., dass die Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Prozent zum BIP in Deutschland, nicht nur eine gegenläufige im Vergleich zu Dänemark war, sondern auch die der durchschnittlichen Ausgabenentwicklung der EU-27. Lediglich durch den höheren Bedarf an Gesundheitsausgaben in der Pandemie erhöhten sich überall die Gesundheitsausgaben und somit deren prozentualer Anteil am BIP.

Im Vergleich der prozentualen Gesundheitsausgaben zum BIP ist die Differenz zwischen Deutschland und Dänemark im Betrachtungszeitraum erheblich angewachsen. Wurden 2010 in Deutschland ca. 0,49 % mehr vom BIP für Gesundheit ausgegeben als in Dänemark, wuchs die

Differenz bis 2022 mit weiteren 2,26 % auf 2,75 % bzw. um 461 % seit 2010, wobei das Differenzmittel bei 1,25 % lag (siehe Anhang, Tab. 47).

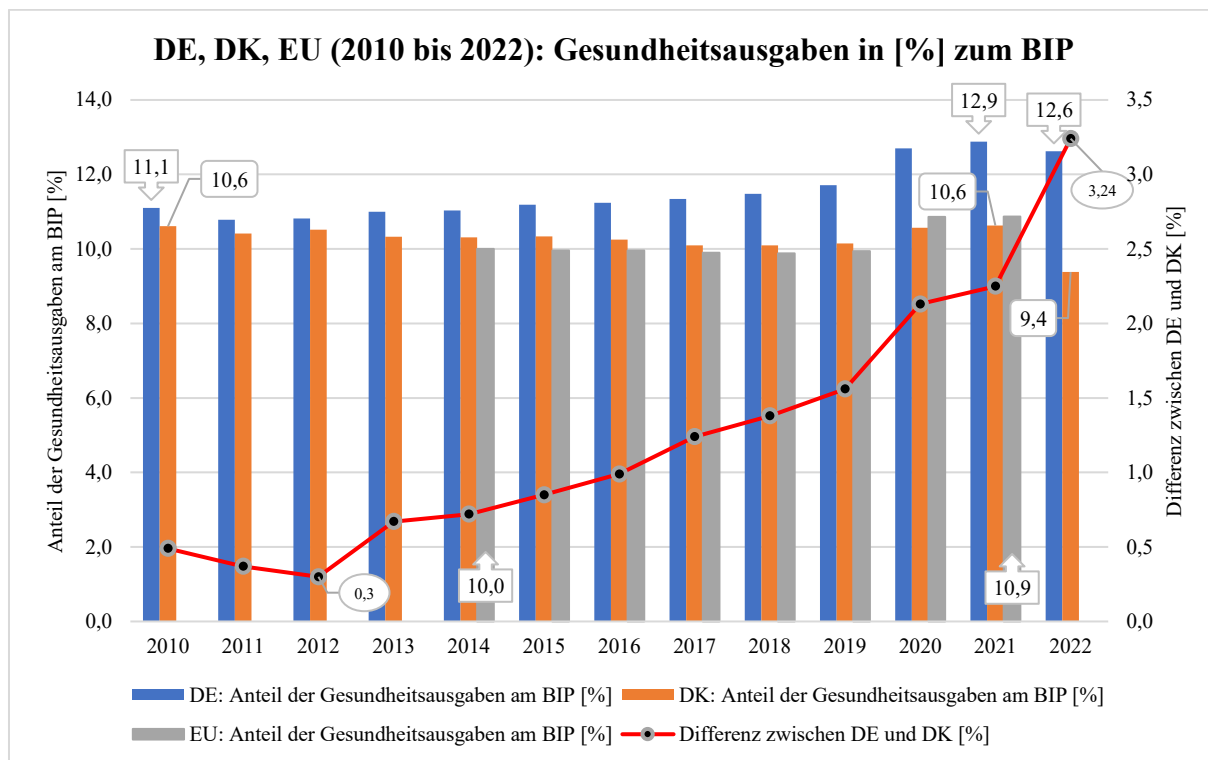


Abb. 67: DE, DK, EU (2010 bis 2022): Gesundheitsausgaben in Prozent zum BIP. Eigene Berechnungen und Darstellung. Quelle: Eurostat.<sup>654</sup>

### 5.2.2.2 Gesundheitsausgaben pro Einwohner

**DE:** In 2010 lagen die Gesundheitsausgaben in Deutschland pro Einwohner bei 3.480 Euro und in 2022 bei 5.840 Euro, entsprechend einer Zunahme pro Einwohner von 2.360 Euro bzw. 67,8 %. Im Durchschnitt wurden 4.440 Euro pro Kopf im Betrachtungszeitraum aufgewendet.

**DK:** Dänemark gab 2010 mit 4.650 Euro pro Einwohner mehr Mittel für Gesundheit aus und in 2022 waren es bereits 6.050 Euro, dies entspricht einer Steigerung von 1.400 Euro bzw. 30,1 %. In Mittel betragen die Ausgaben pro Kopf 5.191 Euro und Jahr und die durchschnittliche jährliche Steigerung lag bei 2,27 %. Beide Vergleichsländer gaben damit erheblich mehr pro Einwohner für Gesundheit aus als die weiteren EU-27-Länder.

**EU:** Denn obwohl auch in der EU von 2014 bis 2021 die Gesundheitsausgaben pro Einwohner um 903 Euro bzw. um 34,0 % auf 3.562 Euro stiegen, wurden die Werte Deutschlands und Dänemarks von 2010 noch nicht erreicht (siehe Anhang, Tab. 48).

<sup>654</sup> Vgl. Eurostat, Daten Browser (03.01.2024): *Gesundheitsausgaben nach Funktionen. Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP)*.

Wird die Differenz der Gesundheitsausgaben zwischen Deutschland und Dänemark betrachtet, so wurden 2010 in Deutschland 1.170 Euro bzw. 25,2 % pro Einwohner weniger aufgewendet als in Dänemark. Bis 2022 nahm der Unterschied mit 960 Euro auf 210 Euro bzw. 3,5 % pro Kopf erheblich ab. Für die Betrachtungsperiode bedeutete das im Mittel, dass in Dänemark dennoch ca. 751 Euro bzw. 15 % mehr pro Einwohner und Jahr für Gesundheit ausgegeben wurden als in Deutschland. Dabei lag das Ausgabenmittel pro Jahr in Deutschland bei 4,40 % und in Dänemark lediglich bei 2,27%; bei der EU bei 4,30 %. In diesem Zusammenhang darf nicht vergessen werden, dass die Covid-19-Jahre 2020 bis 2022 einen erheblichen Mehraufwand für alle Gesundheitssysteme weltweit bedeuteten. So nahm die jährliche Veränderung der Gesundheitsausgaben pro Einwohner in Deutschland von 2019 auf 2021 von 5,1 % auf 7,7 % zu und reduzierte sich in 2022 wieder auf eine Zunahme von 4,3 %. Dänemark legte von 2019 mit 2,6 % auf 4,5 % in 2020 zu, von 2020 auf 2021 um 10,2 %, um sich danach wieder um 2,8 % zu reduzieren. Dennoch, die Prokopfausgaben für Gesundheit waren in Dänemark im Betrachtungszeitraum durchgehend höher als in Deutschland. Mit 4,1 % in 2019, 5,0 % in 2020 und 8,9 % in 2021 stiegen die Prokopfausgaben für Gesundheit in der EU an und damit etwas moderater als in Dänemark, aber stärker als in Deutschland.

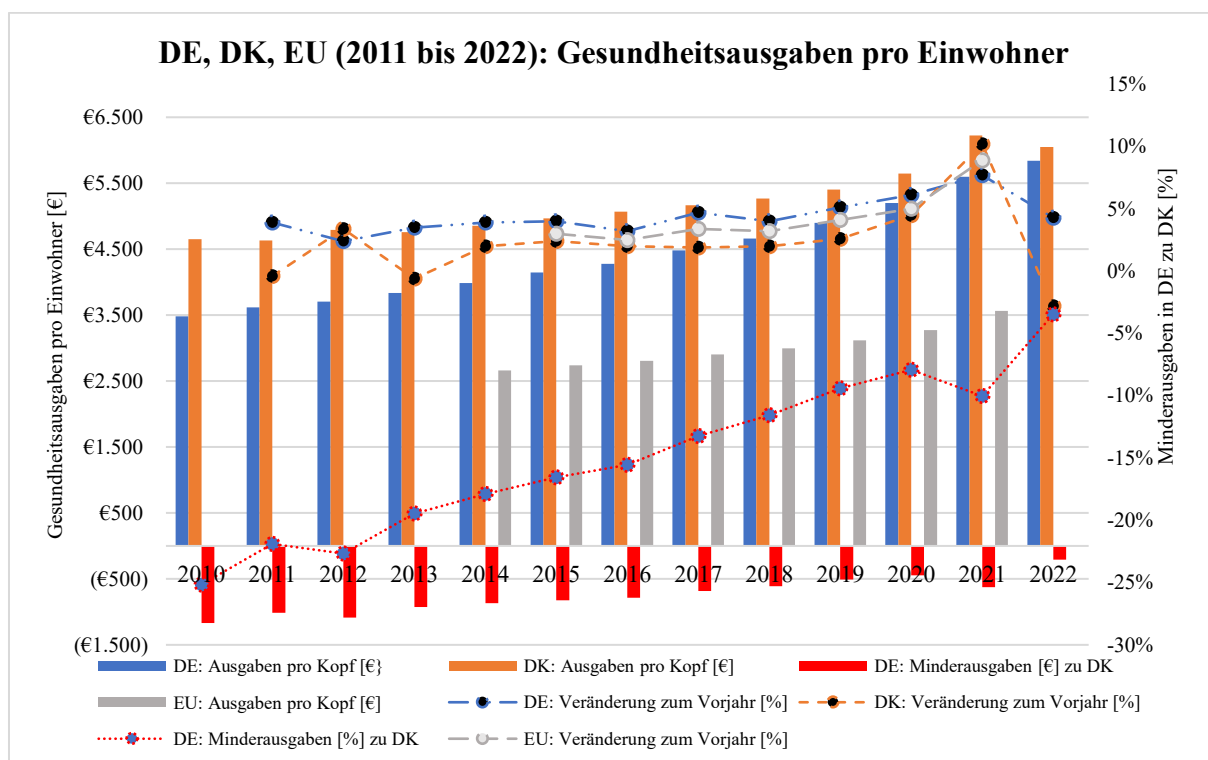


Abb. 68: DE, DK, EU (2010 bis 2022): Gesundheitsausgaben pro Einwohner. Eigene Berechnungen und Darstellung. Quelle: Eurostat.<sup>655</sup>

<sup>655</sup> Vgl. Eurostat, Data Browser (03.01.2024): *Gesundheitsausgaben nach Funktionen. Laufende Gesundheitsausgaben - Euro pro Einwohner.*

### 5.2.2.3 Gesundheitsausgaben nach Leistungsbereichen

**DE:** In der Abb. 69 werden nur die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) nach Leistungsbereich für den Zeitraum 2011 bis 2022 betrachtet, wohl wissend, dass die PKV-Ausgaben und somit die Ausgaben für 10,5 % der Bevölkerung unberücksichtigt bleiben. Von 2011 bis 2022 stiegen die Gesamt-GKV-Ausgaben um 101,4 Mrd. Euro auf 289,2 Mrd. Euro bzw. um 54,0 %.

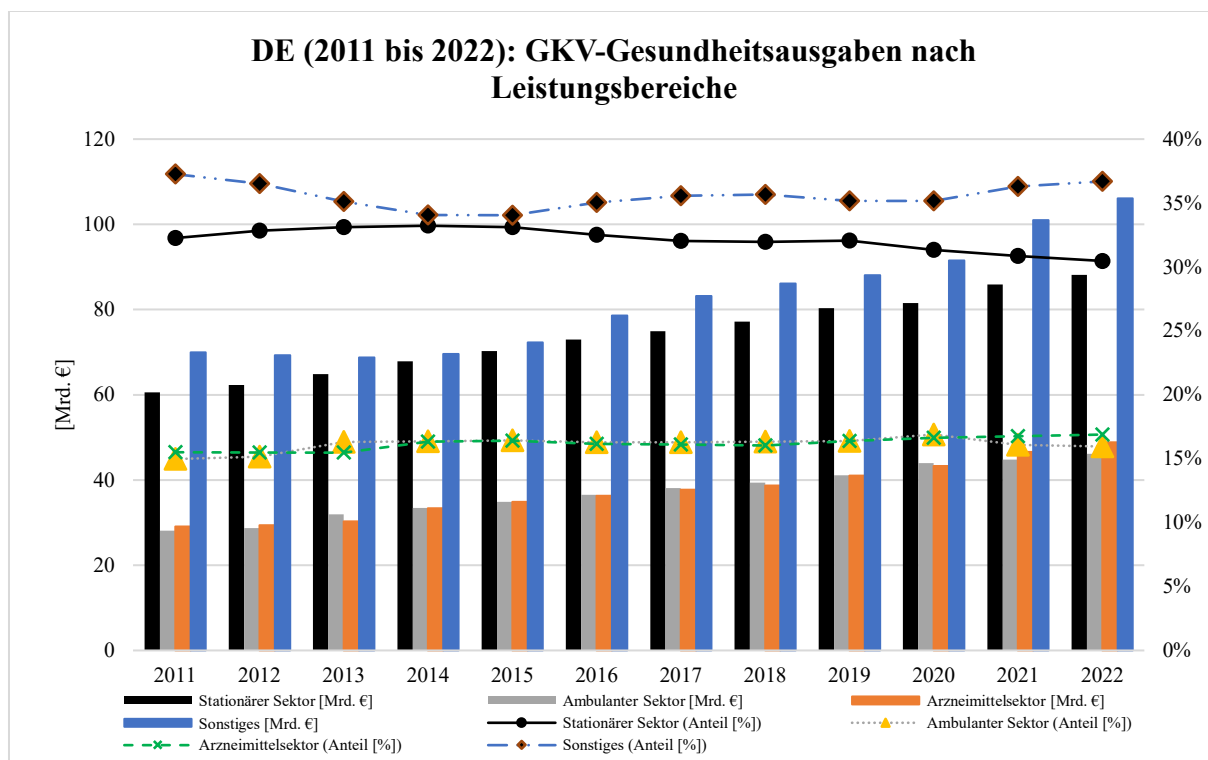


Abb. 69: DE (2011 bis 2022): GKV-Ausgaben nach Leistungsbereichen. Eigene Berechnungen und Darstellung. Quelle: BMG.<sup>656</sup>

„**Sonstigen Ausgaben**“: Monetär gesehen wurden durch die „Sonstigen Ausgaben“ (Zähne, Zahnärzte, Hilfsmittel, Heilmittel, Reha etc.) mit 36,1 Mrd. Euro auf 106,1 Mrd. Euro bzw. einer Steigerung von 51,6 % bis 2022, der größte Anteil an den GKV-Ausgaben verbraucht. Wobei das prozentuale jährliche Mittel bei 35,4 % und das monetäre Mittel bei 82,0 Mrd. Euro lag. **Stationäre Sektor:** Der nächststärkste Ausgabenbereich ist der stationäre Sektor mit 88,11 Mrd. Euro in 2022, d. h. ein Zuwachs von 27,5 Mrd. Euro bzw. 45,5 % seit 2011. Im Mittel verbrauchte der stationäre Sektor insgesamt 73,9 Mrd. Euro pro Jahr bzw. 32,1 % der Gesamtausgaben. **Arzneimittelsektor:** Von 2013 bis 2021 lagen die Ausgaben des Arzneimittelsektors unter denen des ambulanten Sektors, dennoch nicht unerwartet, stiegen die Arzneimittelausgaben in den Covid-19-Jahren 2021 und 2022 erheblich als die Ausgaben im ambulanten Sektor, so dass der dritte Ausgabenblock vom Arzneimittelsektor eingenommen

<sup>656</sup> Vgl. BMG (Aug 2023): *Gesetzliche Krankenversicherungen. KF23BUND. Kennzahlen und Faustformel.*

wird. Der Zuwachs belief sich von 2011 bis 2022 auf 19,7 Mrd. Euro bzw. auf 67,7 %. Im Mittel wurden 37,4 Mrd. Euro pro Jahr verwendet und der Anteil an den GKV-Ausgaben lag im jährlichen Mittel bei 16,2 %. **Ambulanter Sektor:** Der ambulante Sektor verbrauchte in 2011 ca. 28,12 Mrd. Euro und nahm um 18,0 Mrd Euro bis 2022 auf insgesamt 46,14 Mrd. Euro zu, entsprechend um 64,1 %. Dessen GKV-Ausgabenanteil lag im jährlichen Mittel bei 16,2 % bzw. 37,3 Mrd. Euro. Im Covid-19-Jahr 2021 gab es im ambulanten Sektor die höchste Steigerung zum Vorjahr mit 7,1 % (siehe Anhang, Tab. 49).

**DK:** Der umsatzstärkste Leistungsbereich in Dänemark ist der **stationäre Sektor**, der 2010 insgesamt 11,737 Mrd. Euro veranschlagte. Mit 4,347 Mrd. Euro auf 16,083 Mrd. Euro bzw. um 37,0 %, stieg der Verbrauch bis 2022 weiter an. Im Mittel verwendet dieser Sektor 45,5 % der Gesamtressourcen, wobei der Schwankungsbereich in den Covid-19-Jahren zwischen 43,1 % (2021) und 46,3 % (2020) lag. Die jährlichen Veränderungen zum jeweiligen Vorjahr lagen im Mittel bei 2,7 %. Der zweitumsatzstärkste Leistungsbereich war der **ambulante Sektor**, der durchschnittlich ca. 26,3 % bzw. 7.819 Mrd. Euro im Betrachtungszeitraum von den Gesamtausgaben verbrauchte und von 6,802 Mrd. in 2010 mit 2,671 Mrd. Euro auf 9,473 Mrd. Euro bzw. um 39,3 % wuchs. Die jährlichen Veränderungen zum jeweiligen Vorjahr lagen im Mittel bei 3,0 %, obwohl diese in 2021 bei 25,1 % und in 2022 bei - 7,1 % lagen. Die „**sonstigen Ausgaben**“ betragen in 2010 ca. 5,50 Mrd. Euro und wuchsen mit 2,848 Mrd. auf 8,348 Mrd. Euro in 2022 bzw. um 51,8 % und hatten damit die höchste Ausgabensteigerung im Betrachtungszeitraum, wobei das Mittel bei 22,6 % lag. Dies gilt auch für die Veränderung zum jeweiligen Vorjahr, die im Mittel bei 3,6 % lag. Der Ressourcenverbrauch des **Apothekensektors** war der geringste der vier Leistungsbereiche in Dänemark. 2010 waren es 1,747 Mrd. Euro und in 2022, mit einem geringfügigen Mehrverbrauch von 14,1 Mio. Euro, lag dieser bei 1,761 Mrd. Euro bzw. einem prozentualen Anstieg von 0,8 %. Im Mittel lag der Verbrauch bei 1,630 Mrd. Euro bzw. 5,5 % von den Gesamtausgaben. Auch die Veränderungen zum jeweiligen Vorjahr betragen im Mittel nur 0,1 % (siehe Anhang, Tab. 50).

**Vergleich:** Werden die Leistungsbereiche der Gesundheitsausgaben in Deutschland und Dänemark miteinander verglichen, dann fallen insbesondere die unterschiedlichen ökonomischen Wichtungen der Leistungsbereiche auf. **DK:** In Dänemark hat der stationäre Sektor mit fast der Hälfte (45,53 %) der Gesundheitsmittel offensichtlich die höchste Priorität, der ambulante Sektor (26,28 %) und der „sonstige Ausgabenbereich“ (22,62 %) teilen sich größtenteils die zweite Hälfte der Mittel und der Apothekensektor hat mit 5,54 % praktisch

„keine“ Bedeutung. Dies wird insbesondere auch deutlich bei den Veränderungen in Prozent bzgl. der Zunahmen der verfügbaren Mittel im Betrachtungszeitraum von 2010 bis 2022:

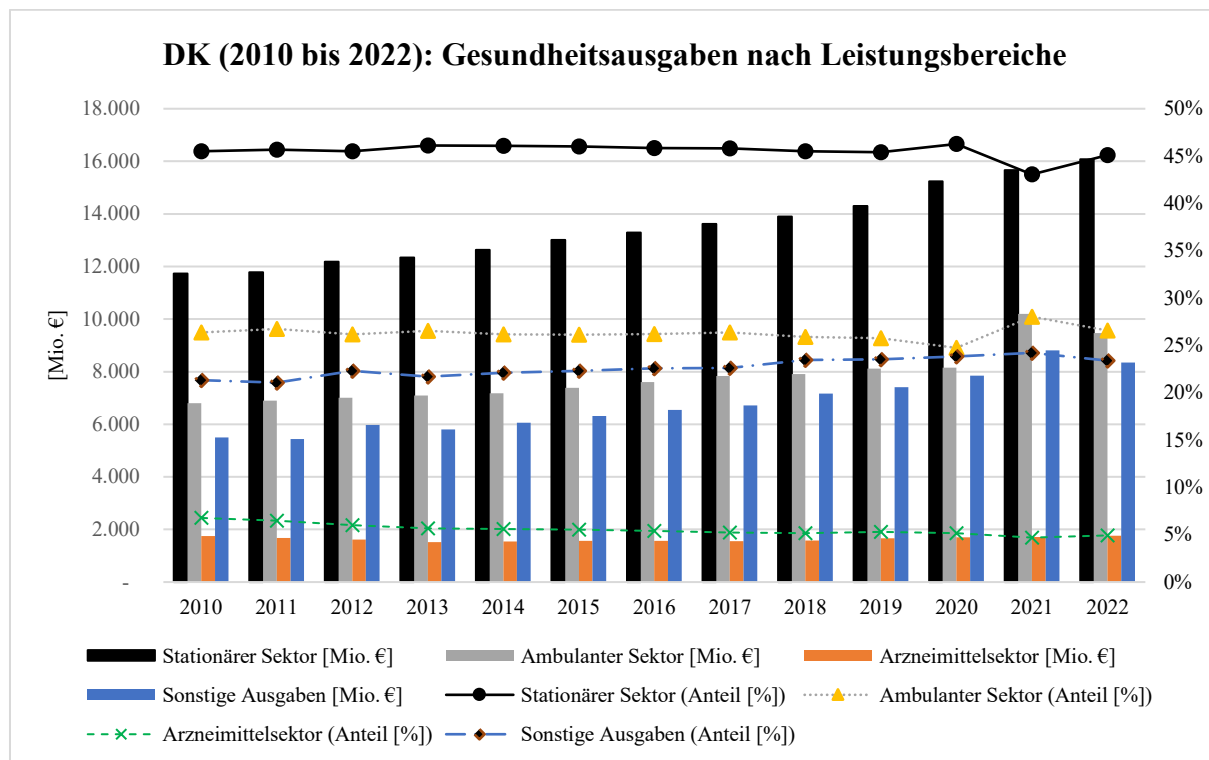


Abb. 70: DK (2010 bis 2022): Gesundheitsausgaben nach Leistungsbereiche. Eigene Berechnungen und Darstellung. Quelle: DS.<sup>657</sup>

Stationärer Sektor: 37,03 %; Ambulanter Sektor: 39,27 %; „Sonstige Ausgaben“: 51,78 %; und der Apothekensektor wuchs mit nur 0,80 %, wobei das Gesamtausgabenvolumen insgesamt um 38,3 % stieg. Die Abb. 70 zeigt hinzu den rückläufigen Anteil des Apothekensektors an den Gesundheitsausgaben von 6,78 % auf 4,94 %, entsprechend einem Rückgang von 1,84 % bzw. 27,1 %. **DE:** In Deutschland hat der stationäre Sektor mit 32,14 % auch eine hohe monetäre Priorität bei der Verwendung der Gesundheitsressourcen, wenngleich die „sonstigen Ausgaben“ mit 35,39 % am Verbrauch den ersten Platz eingenommen haben. Der ambulante Sektor und der Apothekensektor erhalten jeweils ca. einen Sechstel, d. h. 16,2 % der Mittel.

Wenn die beiden Länder bzgl. des prozentualen Verbrauchs verglichen werden, so zeigt sich, dass in Deutschland der stationäre Sektor im Mittel 41,58 % und der ambulante Sektor 61,94 % weniger verwenden als in Dänemark. Dafür wird im deutschen Apothekensektor 193,15 % und im „sonstige Ausgabenbereich“ 56,47 % mehr verbraucht als in Dänemark (siehe Anhang, Tab. 49 „Zusammenfassung“). Dabei lagen in Deutschland die Veränderungen zum jeweiligen Vorjahr im Mittel pro Ausgabenbereich zwischen 3,47 bis 4,84 % (siehe Anhang, Tab. 49) und

<sup>657</sup> Vgl. Danmarks Statistik (30.03.2024): Statistikbanken - Økonomi. SHA1: Udgifter til sundhed efter funktion, aktør, finansieringskilde og prisenhed.

somit höher als in Dänemark, wo diese lediglich zwischen 0,12 % bis 3,65 % betragen (siehe Anhang, Tab. 50).

### 5.2.3 Verwaltungsausgaben

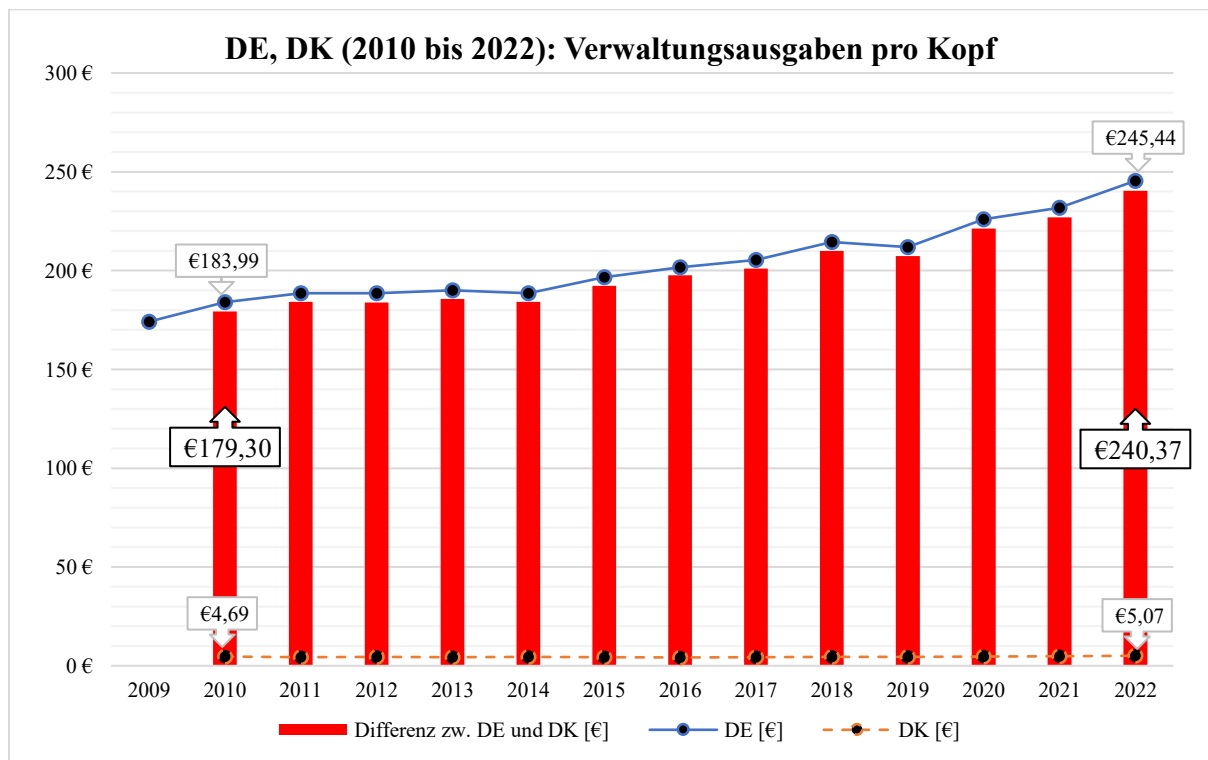


Abb. 71: DE, DK (2010 bis 2022): Verwaltungsausgaben pro Kopf. Eigene Berechnungen und Darstellung. Quelle: Eurostat.<sup>658</sup>

**DE:** Neben den privaten Krankenversicherungen gibt es in Deutschland gegenwärtig 95<sup>659</sup> gesetzliche Krankenversicherungen (Kap. 3.1.3). In Dänemark gibt es die staatliche und einige wenige private Krankenkassen (Kap. 4.1.2). Die Rahmenbedingungen legt der Gesetzgeber in Dänemark sowie in Deutschland fest, wobei in Deutschland oft das „operative Geschäft“ durch involvierte Akteure in Form der Selbstverwaltung übernommen wird. Im Gegensatz dazu, ist der dänische Staat ein wesentlicher Akteur. Dies könnte ein Grund für den erheblichen Unterschied bei den Verwaltungsausgaben im Gesundheitssystem sein, denn diese lagen 2009 in Deutschland bei 174,18 Euro pro Einwohner und steigerten sich bis 2022 mit 71,26 Euro auf 245,44 Euro, entsprechend einer Zunahme von 40,9 %. Im jährlichen Mittel betragen die Ausgaben 202,28 Euro bzw. die Zunahme lag im Mittel bei 2,70 % (siehe Anhang, Tab. 51; Abb. 71).

<sup>658</sup> Vgl. Eurostat, Data Browser (14.12.2023): *Gesundheitsausgaben nach Funktionen. Verwaltung der Finanzierung des Gesundheitssystems - Euro pro Einwohner.*

<sup>659</sup> Vgl. GKV-Spitzenverband (01.01.2024): *Die gesetzlichen Krankenkassen.*

**DK:** Von 2010 bis 2022 nahmen die Verwaltungsausgaben in Dänemark pro Einwohner von 4,69 Euro mit 0,38 Euro auf 5,07 Euro bzw. 8,1 % zu, wobei das jährliche Mittel pro Einwohner bei aufgewendeten 4,53 Euro bzw. die Zunahme im Mittel bei 0,73 % lag.

**Vergleich:** Die Differenz der Verwaltungsausgaben pro Einwohner in Deutschland zu Dänemark entsprach 2010 insgesamt 179,30 Euro und steigerte sich bis 2022 mit 61,07 Euro auf 240,37 Euro bzw. um 34,1 %, wobei das jährliche Mittel bei 201,07 Euro lag (siehe Anhang, Tab. 51). Der Mehrausgabenfaktor beträgt 47,41 bzw. sind die Verwaltungsausgaben in Deutschland 4.741 % (2022) höher als in Dänemark. Wenn die mittlere Differenz mit der Anzahl der Einwohner in Deutschland (83 Mio.) multipliziert wird, dann wäre für 2022 eine fiktive Einsparsumme 19,95 Mrd. Euro möglich gewesen.

### 5.3 Die Struktur der Apothekensektoren

#### 5.3.1 Voraussetzungen für den Apothekenbetrieb

	DE	DK
Besteht Niederlassungsfreiheit?	ja	nein
Ist die Niederlassung genehmigungsfrei?	nein	nein
Besteht ein Mehrbesitzverbot?	beschränktes	beschränktes
Besteht ein Fremdbesitzverbot?	ja	ja

Tab.52: DE, DK: Voraussetzungen für den Apothekenbetrieb.

**DE:** Seit 1958 besteht in Deutschland für das Betreiben einer Apotheke eine Niederlassungsfreiheit, d. h., dass befähigte Personen bei Erfüllung bestimmter Voraussetzungen ihren Apothekerberuf frei ausüben dürfen. Zudem gibt es ein Fremdbesitzverbot, d. h. nicht befähigte Personen dürfen sich weder an der Leitung noch irgendwie anders geartet, z. B. wirtschaftlich, an einer Apotheke beteiligen (Kap. 3.2.3). Seit 2004 wurde das vormals strikte Mehrbesitzverbot gelockert (Kap. 3.3.4). **DK:** In Dänemark gibt es keine Niederlassungsfreiheit für den Betrieb einer Apotheke und es können wieder auch nur befähigte Personen eine Konzession (*bevilling*) für den Betrieb einer Apotheke beantragen. Dafür kann der Gesetzgeber die Weiterführung des Betriebes, den Verkauf u. w. einer Apothekeneinheit anordnen (Kap. 4.3.4: § 7). Des Weiteren besteht ein Fremdbesitzverbot. Seit 2001 wurde das strikte Mehrbesitzverbot durch einen sehr eingeschränkten Mehrbesitz gelockert (Kap. 4.3.1.2), das in 2015 nochmals weitere Lockerungen erfuhr (Kap. 4.4.1).<sup>660</sup>

<sup>660</sup> Hinweis: Apotheker könnten bis zu vier Konzessionen beantragen und somit inkl. den sieben Filialen insgesamt 32 Einheiten plus eine Reihe Apothekenverkaufsstellen betreiben (Kap. 4.3.1.2; Kap. 4.3.4). Dies ist eine realpraktische, dennoch in Wirklichkeit nur eine rein theoretische Möglichkeit.

### 5.3.2 Apotheken und weitere Einheiten

In der Tab. 53 werden die Unterschiede der Apothekeneinheiten betrachtet:

	DE	DK
i.) Apotheken bzw. Hauptapotheken	ja	ja
ii.) Filialen	ja	ja
iii.) Arzneimittelverkaufsstellen	nein	ja
iv.) Handverkaufsstellen (liberalisierte AM)	nein	ja
v.) Arzneimittelabgabestellen (AM abholen)	Nein. Dennoch vergleichbar: Rezeptsammelstelle	ja
Anzahl möglicher Rx-Einheiten	1 + 3 = 4 Einheiten	1 + 7 = 8
Muss der Standort einer Filiale genehmigt werden?	nein	nein

Tab. 53: DE, DK (2024): Unterschiedliche Apothekeneinheiten.

**DE:** In Deutschland gibt es

- i.) Apotheken und seit 2004
- ii.) Apothekenfilialen, wobei sowohl die personelle wie auch technische Ausstattung in beiden Einheiten dieselbe ist.
- iii.) Des Weiteren gibt es Not- (2024: 0) und Zweigapotheken (2024: 10).

Zu einer Hauptapotheke dürfen bis zu drei weitere, wirtschaftlich abhängige Filialen betrieben werden, die sich im selben bzw. im Nachbarkreis befinden müssen (Kap. 3.3.4).

**DK:** Dänemark kennt fünf verschiedene Einheiten, in denen die unterschiedlichen Apothekenwaren erworben werden können. Wie in Deutschland gibt es

- i.) Apotheken und
- ii.) Apothekenfilialen. Des Weiteren gibt es in DK
- iii.) Apothekenverkaufsstellen (*apoteksudsalg*), in denen liberalisierte, d. h. nicht-apothekenpflichtige Non-Rx-FAM und vorbestellte apothekenpflichtige Non-Rx-FAM, verordnete Rx-FAM inkl. BTM erworben bzw. abgeholt werden können. Liberalisierte Non-Rx-FAM werden auch im nicht-pharmazeutischen Einzelhandel ohne Beratung und teilweise in Selbstbedienung feilgeboten (Kap. 4.2.4). Diese Einheiten werden als
- iv.) Handverkaufsstellen (*håndkøbsudsalg*) bezeichnet (seit 2002). Zusätzlich können von einer vertraglich festgelegten Apotheke vorausbestellte Arzneimittel geliefert und vom Kunden abgeholt werden. In einer
- v.) Arzneimittelabgabestelle (*medicinudleveringssted*), die sich räumlich z. B. bei einem Einzelhändler befindet, kann vorausbestellte Apothekenware

abgeholt werden, die wiederum von den unterschiedlichsten Apotheken geliefert werden dürfen (Kap. 4.2.3).

Seit 2015 dürfen zur Hauptapotheke zusätzlich weitere sieben wirtschaftlich abhängige Filialen genehmigungsfrei gegründet und betrieben werden, wobei die Standortwahl frei ist, aber sich in einer Entfernung bis maximal 75 km von der Hauptapotheke befinden muss.

### 5.3.3 Anzahl der Einheiten

**BRD:** Die Anzahl an Apotheken belief sich 1955 bei 6.385 Einheiten, entsprechend ca. 12 Apotheken auf 100.000 Einwohner bzw. 8.382 Einwohner pro Apotheke. Die Apothekenanzahl stieg bis 1989 um ca. 190 % bzw. auf 18.432 Apotheken bzw. ca. 29 Apotheken auf 100.000 Einwohner oder 3.401 Einwohner pro Apotheke.

		Staat	Einwohner [Mio.]	Anzahl Apotheken	Apotheken pro 100.000 Einwohner	Einwohner pro Apotheke	Quelle:
1	1955	BRD	53,52	6.385	11,93	8.382	Abb. 10 / Kap. 3.3.2.1
2	1989	BRD	62,68	18.432	29,41	3.401	Abb. 10 / Kap. 3.3.2.1
3	1950	DDR	18,79	1.694	9,02	11.092	Abb. 11 / Kap. 3.3.2.2
4	1989	DDR	16,43	2.025	12,33	8.114	Abb. 11 / Kap. 3.3.2.2
5	1989	BRD + DDR	79,11	20.457	25,86	3.867	siehe 2 und 4
6	2008	DE	82,00	21.602	26,34	3.796	Abb. 14 / Kap. 3.3.3.4
7	2015	DK	5,68	312	5,49	18.205	Abb. 55 / Kap. 4.4.1.1

Tab. 54: BRD, DDR, DE, DK (1950 bis 2015): Anzahl Apothekeneinheiten pro Einwohner.

**DDR:** 1950 gab es in der DDR 1.694 Apotheken bei 11.092 Einwohnern pro Apotheke bzw. ca. neun Apotheken pro 100.000 Einwohner. Bis 1989 nahm die Apothekenanzahl um ca. 19,5 % zu bzw. gab es auf 100.000 Einwohner ca. 12 Apotheken bzw. 8.114 Einwohner pro Apotheken.

**BRD / DDR:** Die addierten Daten für Gesamtdeutschland im Wendejahr 1989 sind folgende: 20.457 Apotheken bei ca. 26 Einheiten pro 100.000 bzw. 3.867 Einwohner pro Apotheke.

**DE:** Die 2022er Einheitenzusammensetzung von 18.068 Apothekenbetrieben ergab folgende Aufschlüsselung (Kap. 3.3.4): 10.003 Einzelapotheken (55,36 %) und 3.352 Hauptapotheken (18,55 %) mit 4.713 Filialen (26,08 %). 2.306 Hauptapotheken mit einer Filiale (4.612 Betriebe bzw. 25,53 % an der Gesamtzahl), 731 Hauptapotheken mit zwei Filialen (2.193 Betriebe bzw. 12,14 %) und 315 Hauptapotheken mit drei Filialen (1.260 Betriebe bzw. 6,97 %). Nach dem Höchststand Ende 2008 mit 21.602 Apotheken und Filialen, gab es Ende 2023 nur noch 17.571

Apothekenbetriebe, entsprechend bei einer Einwohneranzahl von 84,67 Mio. Einwohnern,<sup>661</sup> ca. 4.819 Einwohner pro Apotheke bzw. ca. 20,8 Apotheken pro 100.000 Einwohner (Kap. 3.3.3.4).

**DK:** Zum Zeitpunkt der 2015-Apothekenreform gab es 236 Apotheken, 76 Filialen und 117 Arzneimittelverkaufsstellen. 16 der Apotheken waren „Ergänzende Einheiten“, d. h., dass diese von Apothekern betrieben wurden, die mehr als eine Konzession genehmigt bekommen hatten. Insgesamt waren es 429 Einheiten, wobei nur in 312 Rx-Einheiten (Apotheken und Filialen) eine Verordnung sofort eingelöst werden konnte. 2023 waren es 521 Apotheken inkl. Filialen, d.h. der Zuwachs belief sich auf 67 % bzw. 209 Betriebe, die eine sofortige Rezeptbelieferung ermöglichten. Bei einer Einwohneranzahl von ca. 5,96 Mio. Einwohnern,<sup>662</sup> entspricht dies ca. 11.420 Einwohnern pro Apotheke.

Die Anzahl der Apothekenverkaufsstellen hätte sich nach der 2015-Apothekenreform praktisch auf null reduziert. Doch auf Grund von behördlichen Anordnungen (*påbud*) mussten 2023, neben den restlichen 20 Einheiten auch noch 54 Filialen, insgesamt ca. 14 % von 541 Einheiten betrieben werden. Diese 74 Einheiten werden auf Kosten der weiteren Kollegen auf Grundlage der Ausgleichsregelung finanziell unterstützt (Kap. 4.4.1.1).

### 5.3.4 Gleichstand der Apothekeneinheiten

		Staat	Einwohner [Mio.]	Anzahl Apotheken	Apotheken pro 100.000 Einwohner	Einwohner pro Apotheke	Quelle
1	2023	DK	5,95	525	8,82	11.333	Abb. 55 / Kap. 4.4.1.1
2	2023	DE	84,67	17.041	20,13	4.969	Abb. 14 / Kap. 3.3.3.4
3	Ausblick	DE = DK	84,67	7.471	8,82	11.333	siehe 1

Tab. 55: DE, DK: Der Apotheken-Gleichstand.

In Deutschland gab es Ende 2024 noch 17.041 Apothekenbetriebe (inkl. Filialen) und in Dänemark 525 Einheiten (die eine Verordnung sofort beliefern konnten). Wenn davon ausgegangen wird, dass die Arzneimittelversorgung der Bevölkerung in Dänemark bei ca. 9 Apotheken pro 100.000 Einwohner vollumfänglich gegeben ist, dann kann auf Grundlage der Einwohneranzahl, die Apothekenbetriebsanzahl ermittelt werden, die dann noch in Deutschland vorhanden sein müsste, um der in Dänemark zu entsprechen. Das rein hypothetische Ergebnis wären 7.471 Apothekenbetriebe in Deutschland, d. h. weitere 9.570 Betriebe wären zu schließen, um einen angenommenen Gleichstand zu erreichen. Dabei darf gleichzeitig nicht

<sup>661</sup> Vgl. Statista (26.08.2024): *Bevölkerung - Einwohnerzahl von Deutschland von 1990 bis 2023*.

<sup>662</sup> Vgl. Danmarks Statistik (Februar 2024): *Befolkningstal*.

vergessen werden, dass von den 7.471 Apotheken ca. 14 % bzw. ca. 1.046 Einheiten subventioniert werden müssten (Kapitel: 4.4.1.1). In 2024 wurden 578 Apotheken geschlossen (2023: 559) und 48 gegründet (2023: 62), d. h., dass insgesamt 530 Apotheken und Filialen den Betrieb aufgaben (2023: 497). Auch wenn davon ausgegangen werden muss, dass die Anzahl der Apothekenschließungen voraussichtlich ansteigen wird, so könnte das Ergebnis bei gleichbleibender Geschwindigkeit in knapp 19 Jahren bereits erreicht werden. Bei 600 Schließungen pro Jahr könnte der Endstand von 7.471 Apotheken bereits nach ca. 16 Jahren erreicht werden.

#### 5.4 Die Vergütung der Apothekensektoren

	DE	DK
AM-Packungsaufschlag (DE: Fixum; DK: APA)	8,35 €	2,01 €
+ 3 % auf den AM-Preis (gedeckelt ab 1.238,53 €)	ja	nein
Apothekenabschlag pro AM-Packung	2,00 €	nein
Zuwendung vom Staat (Prozent vom Rohertrag)?	nein	ca. 31 %
AM-Mehrumsatz wird sanktioniert?	nein	ja
AM-Minderumsatz wird subventioniert?	nein	ja
Abschlag auf den intersektoralen Freihandelsumsatz (ab 85,6 Mio. €)	nein	ja, 4,47%
Intersektorale Ausgleichzahlungen (ab 5,17 Mio. € Nettoumsatz)?	nein	ja

Tab. 56: DE, DK (2024): Die Vergütung der Apothekensektoren.

**DE:** Nach dem Bismarck-Modell agierend, bilden die Beiträge der (Krankenkassen-) Mitglieder die Finanzierungsgrundlage für das deutsche Gesundheitssystem und somit auch für die Leistungsvergütung der Apothekenbetriebe (Kap. 3.4.2.1.1; Kap. 5.2.1). Pro abgegebene Rx-FAM-Packung wird ein Fixum von 8,35 Euro und ein variabler Anteil von 3 % auf den AVP von den Kassen gezahlt (gedeckelt ab einen AVP von 1.238,53 Euro brutto). Außer einer einmaligen Erhöhung in 2013 von 8,10 Euro mit 0,25 Euro bzw. 3,09 % auf 8,35 Euro pro Packung, hat sich die Rx-FAM-Vergütung damit seit 2004 praktisch nicht verändert. Von der Vergütung wird der sog. Apothekenabschlag abgezogen, der ab seiner Einführung in 2004 bis 2023 achtmal geändert wurde. Gleichbedeutend, dass der verpflichtende, gesetzliche Apothekenabschlag seither als verbindlicher Großkundenrabatt zum Vorteil der Krankenkassen zwischen 21,2 % und 28,4 % ausmachte (Kap. 3.4.2.2.4).

**DK:** 1970 wurde in Dänemark die Finanzierungsgrundlage des Gesundheitssystems vom versicherungsfinanzierten Bismarck-Modell auf das steuerfinanzierte Beverigde-Modell umgestellt. Der Apothekenrohertrag setzt sich zu i.) ca. 31 % (2023) aus einem steuerfinanzierten Staatszuschuss, ii.) ca. 44 % aus den Selbstbeteiligungen der Kunden und

dem nichtrezeptpflichtigen Arzneimittelverkauf und iii.) ca. 25 % aus dem Verkauf von Freihandelswaren, zusammen (Kap. 4.2.6.1).

i.) Die Rahmenbedingungen (*bruttoavancerammen*) des staatlich inflationsangepassten Steuerbeitrages werden zwischen Gesundheitsministerium und dänischem Apothekerverein (DA) verhandelt. Dabei dient die im Vorjahr abgegebene Arzneimittelpackungsmenge als Berechnungsgrundlage, d. h., dass nur die verordneten liberalisierten Non-Rx-, apothekenpflichtigen Non-Rx- und Rx-FAM Berücksichtigung finden. Im Ergebnis wird eine Vergütungsvereinbarung (*bruttoavanceaftale*) abgeschlossen, die i. d. R. für zwei Jahre gilt. Die Vergütungssumme für den Apothekensektor lag in 2023 bei 349,5 Mio. Euro und in 2024 mit einer Zunahme von 2,55 % bei 358,4 Mio. Euro (Kap. 4.2.6.1).

ii.) Auf jede Arzneimittelpackung dürfen die Apotheken zu dem Herstellerpreis einen festgelegten Arzneimittelpackungsaufschlag (APA; *lægemiddel- eller fastkroneavance*) von 5,46 DKK (0,73 Euro) aufschlagen. Dazu kommt noch ein Arbeitspreis von 8,00 DKK (1,07 Euro) und 1,50 DKK (ca. 0,20 Euro) für sektorale Aufgaben, d. h. zu dem Herstellerpreis zahlt der Kunde pro Arzneimittelpackung insgesamt einen Aufschlag von 14,95 DKK (ca. 2,01 Euro). Sollte die Vergütungsvereinbarung mit mehr als 2 % über- oder unterschritten werden, werden 17 DKK pro Arzneimittelpackung abgezogen bzw. vom Staat nachgezahlt. Dabei wird nicht die einzelne Apotheke für ihren individuellen Mehr- bzw. Minderumsatz zur Verantwortung herangezogen, sondern der gesamte Apothekensektor haftet hierfür (Kap. 4.2.6.2).

iii.) Damit sich Apotheken vorrangig um die Arzneimittelberatung bemühen und weniger um ihren wirtschaftlichen Erfolg, muss seit 2020 ein Anteil von 4,47 % am Freihandelsumsatz abgeführt werden. Wird zudem die festgelegte sektorale Freihandelswarenumsatzobergrenze durch die Apotheken überschritten (2021: 680,5 Mio. DDK / 85,6 Mio. Euro), so wird dies vom Staat sanktioniert, indem der Arzneimittelpackungsaufschlag (APA; *lægemiddel- eller fastkroneavance*) reduziert wird. Der Freihandelsabschlag verbleibt im Apothekensektor, indem diese Gelder für die Vergütung der pharmazeutischen Dienstleistungen (pDL) verwendet werden (Kap. 4.2.6.4).

In bevölkerungsschwachen Gebieten kann die Wirtschaftlichkeit einer Apotheke so gering sein, dass der Betrieb sich nicht rentiert und die Schließung eine logische kaufmännische Konsequenz wäre. Dabei hat in Dänemark der selbstständige Apothekenleiter keine

Entscheidungsgewalt über eine Einheitenschließung, denn diese hat letztendlich nur die Gesundheitsbehörde. Um dennoch landesweit der Bevölkerung den annähernd gleichen Zugang zu festgelegten Arzneimitteln zu gewährleisten und Apotheker zur Selbstständigkeit auch in unattraktiven Gegenden zu bewegen, müssen umsatzstarke Apotheken ab einer festgelegten Umsatzbemessungsgrenze (2021: 5.173 Mio. Euro) vom übersteigenden Umsatz 3,6 % an die Ausgleichsregelung (*udligningsordningen*) abführen. Diese Mittel werden für einen innersektoralen Ausgleich verwendet. Gleichbedeutend, dass umsatzschwache Apotheken, deren Umsatz unter der Bemessungsgrenze liegt, einen Zuschuss von 3,9 % auf die Differenz zwischen ihrem Minderumsatz und der Umsatzbemessungsgrenze erhalten. Der Zuschuss ist bei 1 Mio. DKK (134.228 Euro) gedeckelt (Kap. 4.2.6.3). Allein um die Arzneimittelversorgung aufrecht zu erhalten, wurden 2023 verbleibende 20 Apothekenverkaufsstellen und 54 Filialen nur auf Grund behördlicher Anordnungen (*påbud*) betrieben (Kap. 4.3.4: § 7).

## 5.5 Die Arzneimittelmärkte

### 5.5.1 Einteilung

	DE	DK
Freie Handelsware	ja	ja
liberalisierte AM (Non-Rx-FAM, OTC, HV)	nein	ja
liberalisierte AM, außerhalb von Apotheken erhältlich	nein	ja
apothekenpflichtige AM (Non-Rx-FAM)	ja	ja
rezeptpflichtige AM (Rx-FAM)	ja	ja

Tab. 57: DE, DK (2024): Arzneimittelkategorien.

**DE:** In Deutschland wird das Warensortiment der Apotheken nach Freihandelswaren (inkl. apothekenübliche Ware), Non-Rx-FAM (apothekenpflichtige, aber rezeptfreie) und Rx-FAM (rezeptpflichtige Fertigarzneimittel) unterschieden. Jede Form von Arzneimitteln kann ausschließlich nur in Apotheken erworben werden und bei allen (F)AM wird eine kostenfreie Beratung angeboten (Kap. 3.2.3). Die Preise für verordnungsfähige AM werden vom G-BA festgelegt.

**DK:** Das Warensortiment des Apothekensektors sowie die Preise für Rx-FAM wird staatlich festgelegt. Zur selben Arzneimittelleinteilung in Deutschland gibt es in Dänemark, die in 2001 eingeführte Gruppe der liberalisierten Arzneimittel (Kap. 4.2.2). Die politisch gewollte Entscheidung, liberalisierte Non-Rx-FAM (nichtverschreibungspflichtige Arzneimittel) einzuführen, zudem beratungsfrei und teilweise in Selbstbedienung frei zu erwerben, hat dem nicht-pharmazeutische Einzelhandel ermöglicht, auch mit dieser Arzneimittelgruppe Handel treiben zu dürfen (Kap. 4.2.2; Kap. 4.3.1.1).

Möglicherweise als Kompensation für den erwarteten Umsatzverlust der Apotheken durch die nicht-pharmazeutische Konkurrenz, durften Apotheken sog. Apothekenverkaufsstellen (*apoteksudsalg*; (Kap. 4.2.3)) errichten. Diese werden regelmäßig während der täglichen Öffnungszeit bzw. im Notdienst von Farmakonomien geführt. Eine naheliegende Begründung für die Einführung der Apothekenverkaufsstellen könnte sein, dass die Versorgung der Bevölkerung in kaufkraftschwachen Regionen ohne kostenreduzierte Einheiten nicht möglich erschien. Dennoch, 2023 gab es nur noch 20 Einheiten von über 100 in 2015, die nur auf behördliche Anordnung betrieben werden müssen (Kap. 4.4.1.1). Dass Laien Arzneimittel vertreiben dürfen, hat zudem zwei negative Ergebnisse:

- i.) Eine Arzneimittelsicherheit kann nur durch Beratung, Überwachung etc. erhöht werden, nicht wenn diese nicht gegeben ist bzw. (staatlich) nicht gefordert wird. D. h., dass die Arzneimittelsicherheit der Kommerzialisierung des Arzneimittelhandels immer unterlegen sein wird und damit steigt zwangsläufig auch die Anzahl an Medikationsfehlern (Kap. 4.4.3).
- ii.) Da für den nicht-pharmazeutische Einzelhandel die Wirtschaftlichkeit immer an erster Stelle stehen wird, stiegen die Preise für liberalisierte Non-Rx-FAM von 2000 bis 2024 (vorläufig) um 29 %. In Gegensatz dazu fiel der Preis apothekenpflichtiger Non-Rx-FAM um 55 % (Kap. 4.4.2).

### 5.5.2 Die Arzneimittelpreisgestaltung

**DE:** Die Apotheken entscheiden selbst über ihr Warensortiment. Apothekenübliche Waren wie auch Non-Rx-FAM werden frei kalkuliert und machen durchschnittlich zwischen ca. 10 % bis 20 % des Nettoumsatzes aus. Die Preise für Rx-FAM, die durchschnittlich über 80 % am Nettoumsatz der Apotheken ausmachen, werden im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zwischen den Krankenversicherungen und den pharmazeutischen Herstellern ausgehandelt (Kap. 3.2.4). Seit 2006/2007 erlaubt der Gesetzgeber ausschließlich nur Krankenkassen, Arzneimittellieferverträge mit pharmazeutischen Herstellern abzuschließen. Somit sind Apotheken von der Preisgestaltung für Rx-FAM gänzlich ausgeschlossen, und ihnen obliegt lediglich die Aufgabe, die intransparenten Rabattverträge auf eigene Kosten zu erfüllen.

**DK:** Der Gesetzgeber gibt das Warensortiment der Apotheken vor und legt die Preise für verschreibungspflichtige und für nicht-patentiertere Rx-FAM (Generika) fest, die wiederum durch ein Ausschreibungsverfahren ermittelt werden (Kap. 4.2.2). Dabei geben die pharmazeutischen Hersteller für eine 14tägige Belieferungsdauer ein Angebot ab und der Los-Gewinner darf dann für zwei Wochen landesweit alle Apotheken mit seinen Produkten

beliefern. Der Preis des jeweiligen Los gewinnenden Rx-FAM ist für alle Apotheken bindend, denn das preisgünstigste FAM in der jeweiligen Arzneimittelgruppe ist anzubieten bzw. gegebenenfalls zu substituieren. Die Preise für patentierte Rx-FAM werden zwischen der Arzneimittelbehörde und den pharmazeutischen Herstellern separat ausgehandelt. Apothekenübliche Waren und liberalisierte FAM dürfen frei kalkuliert werden (Kap. 4.2.5).

Der Erfolg gibt diesem Arzneimittelpreisfindungssystem für Generika (nicht mehr patentierte Arzneimittel, gleich *kopilægemedler* / kopierte Arzneimittel) Recht, denn diese waren 2023 in Dänemark die preisgünstigsten in Europa.<sup>663</sup> Auch langfristig konnten die Preise für apothekenpflichtige Non-Rx-FAM (*apoteksforbeholdt*) reduziert werden. So fielen die Preise von 2000 bis 2023 (vorläufig) um 55 %. Im Gegensatz dazu stiegen die Preise der liberalisierten Non-Rx-FAM seit 2000 bis 2023 (vorläufig) um 29 % (Kap. 4.4.2).<sup>664</sup> Da neben der Finanzbehörde auch der Gesundheitsbehörde alle Wirtschaftsunterlagen zur Verfügung gestellt werden müssen, werden alle erhaltenen Rabatte bei staatlich gezahlten Vergütungen berücksichtigt, d. h. gegengerechnet (Kap. 4.4.2). Die Arzneimittelsubstitution ist in Dänemark einfacher zu handhaben als in Deutschland, denn die Apotheken müssen sich nur an den Wirkstoff, -stärke, Darreichungsform und die Packungsgröße der Präparate halten, die in der jeweiligen 14tägigen Belieferungsdauer vom Los-Gewinner geliefert werden (Kap. 4.4.2).

### 5.5.3 Der Arzneimittelumsatz

#### 5.5.3.1 Rx-FAM-Umsatz

**Rx-FAM:** In der Abb. 72 werden die Rx-FAM-Ausgaben in Euro pro Einwohner in Deutschland und Dänemark für die Betrachtungsperiode 2010 bis 2022 abgeglichen.

**DE:** Wurden in Deutschland 2010 pro Kopf noch 461,72 Euro für Rx-FAM aufgewendet, so waren es in 2022 bereits 687,95 Euro, entsprechend einer Steigerung von 226,23 Euro bzw. 49,0 %. Das Mittel im Betrachtungszeitraum lag bei 549,21 Euro und die Veränderung zum jeweiligen Vorjahr bei durchschnittlich 3,4 %. Außer in 2011, wo es zum Vorjahresverbrauch einmalig einen Rückgang von 4,88 Euro bzw. 1,06 % gab, nahm der monetäre Rx-FAM-Umsatz pro Einwohner nur zu.

**DK:** In Dänemark blieb der Aufwand pro Einwohner in der Betrachtungsperiode praktisch gleich bzw. ging leicht zurück. Wurden in 2010 noch 262,59 Euro pro Einwohner aufgewendet, so waren es 2022 mit 250,14 Euro und damit 12,45 Euro pro Kopf bzw. 4,7 % weniger. Im

---

<sup>663</sup> Vgl. DA (Analyse 16.06.2022): *Kraftig inflation går uden om apotekerne - medicin priser falder igen.*

<sup>664</sup> Vgl. DA: *Lægemedler i Danmark 2022-23*, S. 10.

Mittel nahmen die Veränderungen zum Vorjahr um 0,3 % ab. Ausgehend von 2010 wurde in Dänemark siebenmal ein Preisrückgang verzeichnet (siehe Anhang, Tab. 58).

**Vergleich:** Die Differenz zwischen dem Rx-FAM-Umsatz in Deutschland und in Dänemark nahm von 199,13 Euro in 2010 mit 238,68 Euro auf 437,81 Euro bzw. 119,9 % zu, wobei das jährliche Mittel bei 316,92 Euro lag. Insgesamt ist der Rx-FAM-Umsatz pro Einwohner in Deutschland mit 687,95 Euro bzw. 275,0 % erheblich höher als in Dänemark. Zu den Daten von Eurostat werden keine Angaben bzgl. der Gründe für die höheren Rx-FAM-Ausgaben pro Einwohner in Deutschland gemacht. Dabei sind diverse Ursachen für höhere Arzneimittelausgaben identifizierbar, wie z. B. i.) Preis (Preiskomponente), ii.) Verordnungsmenge (Mengenkomponente) oder eine iii.) veränderte Art und oder relative Wichtung der verordneten Arzneimittel (Strukturkomponente).<sup>665</sup> Es wurde bereits dargelegt, dass weder die Preise der auf dem Markt befindlichen Rx-FAM mit einem Preis unter 500,01 Euro pro Packung, noch die verordnete Packungsmenge der Rx-FAM im Zeitraum von 2013 bis 2023 wesentlich gestiegen waren (Kap. 3.4.2.2.2).

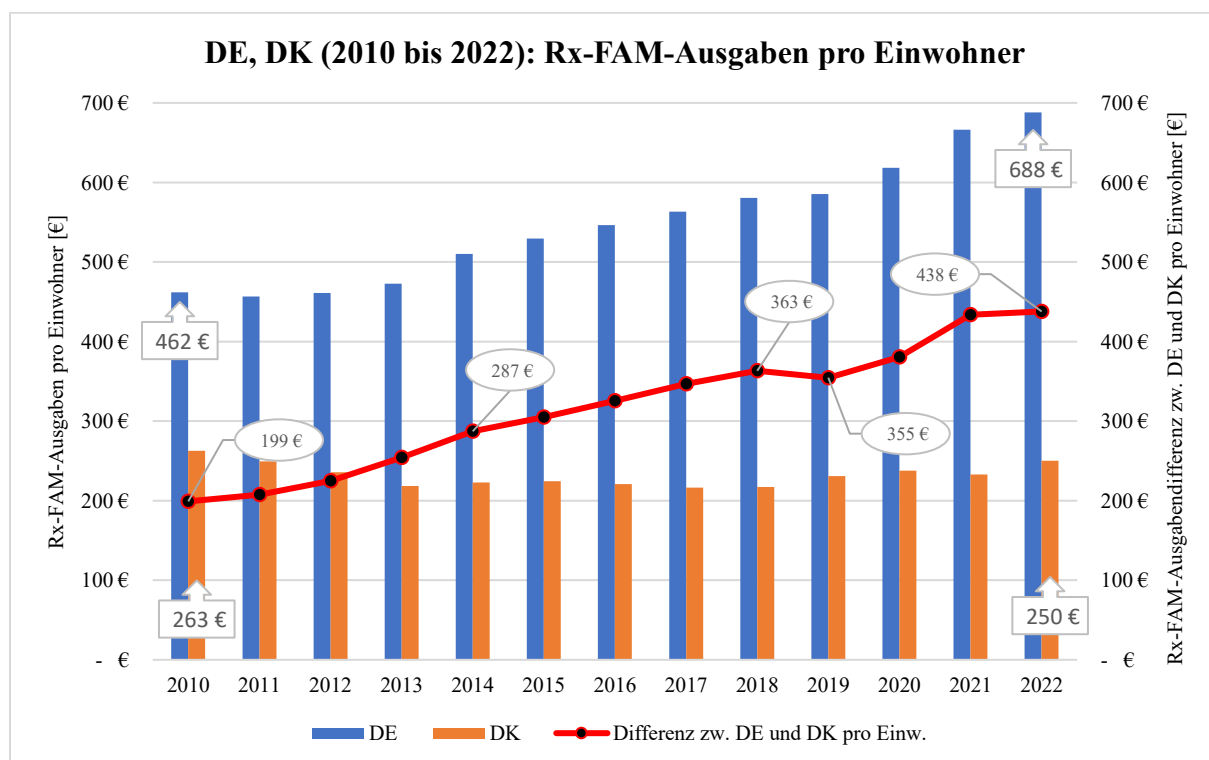


Abb. 72: DE, DK (2010 bis 2022): Rx-FAM-Ausgaben pro Einwohner. Eigene Berechnungen und Darstellung. Quelle: Eurostat.<sup>666</sup>

Dagegen konnte belegt werden, dass in der deutschen Durchschnittsapotheke der Umsatzanteil an verordneten teuren Rx-FAM, d. h. mit einem Preis über 500,01 Euro und insbesondere

<sup>665</sup> Vgl. BPB (22.09.2017): *Gesundheitspolitik - Ausgabenentwicklung im Arzneimittelsektor und Preisbildung bei Arzneimitteln*.

<sup>666</sup> Vgl. Eurostat, Data Browser (14.12.2023): *Gesundheitsausgaben nach Funktionen. Rezeptpflichtige Arzneimittel - Euro pro Einwohner*.

hochpreisige Arzneimittel ab 1,500,01 Euro von 31,6 % in 2013 auf ca. 48,9 % in 2023 zunahm. Es sollte damit unstrittig sein, dass die erheblich höheren Ausgaben in Deutschland für Rx-FAM durch eine Strukturkomponente bedingt sind und somit auch die erhebliche Ausgabendifferenz für Rx-FAM pro Einwohner zwischen Deutschland und Dänemark erklärt. Werden nur die DE/DK-Differenz der Rx-FAM-Ausgaben pro Einwohner von 437,81 Euro in 2022 mit der Einwohneranzahl in Deutschland multipliziert, läge die potentielle Rx-FAM-Einsparmöglichkeit bei ca. 37,069 Mrd. Euro (bei 84,67 Mio. Einwohner in Deutschland).

### 5.5.3.2 Non-Rx-FAM-Umsatz

**Non-Rx-FAM:** Der Umsatz mit Non-Rx-FAM ist, sowohl in Deutschland als auch in Dänemark, wesentlich geringer als deren jeweilige Rx-FAM-Umsätze. Eine mögliche Ursache hierfür könnte sein, dass in beiden Ländern die Kosten, sofern keine Befreiung vorliegt, vom einzelnen Versicherungsmitglied selbst zu übernehmen sind. Die Abb. 73 zeigt für den Betrachtungszeitraum von 2010 bis 2022 den Non-Rx-Umsatz in Euro pro Einwohner.

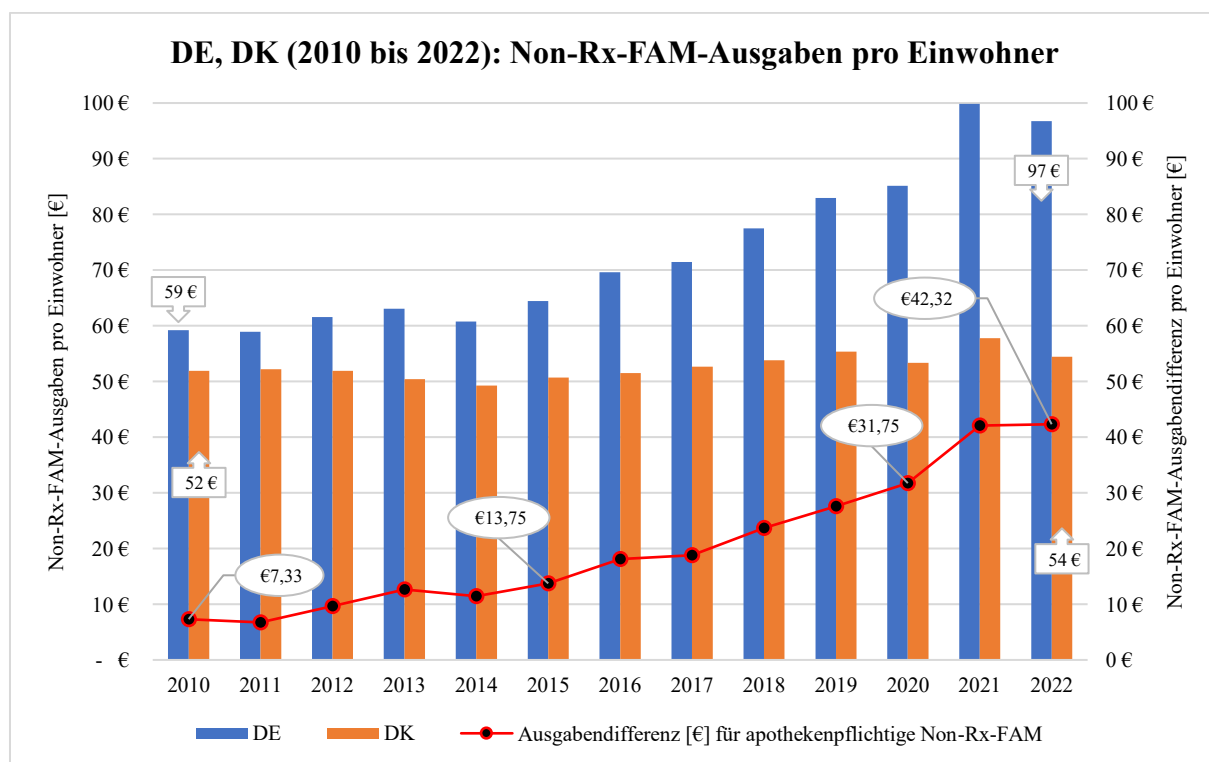


Abb. 73: DE, DK (2010 bis 2022): Non-Rx-FAM-Ausgaben pro Einwohner. Eigene Berechnungen und Darstellung. Quelle: Eurostat.<sup>667</sup>

**DE:** Der Umsatz stieg in Deutschland von 59,22 Euro mit 57,52 Euro auf 96,74 Euro bzw. um 63,4 %. Das Mittel lag bei 73,17 Euro und die durchschnittliche jährliche Veränderung bei 4,33 %.

<sup>667</sup> Vgl. Eurostat, Data Browser (14.12.2023): *Gesundheitsausgaben nach Funktionen. Rezeptfreie Arzneimittel - Euro pro Einwohner.*

**DK:** In Dänemark ist der Non-Rx-Umsatz in der Zeit von 2010 bis 2022 fast auf demselben preislichen Niveau geblieben. Waren es in 2010 mit Deutschland noch fast vergleichbare 51,89 Euro pro Einwohner, stieg der Umsatz bis 2022 lediglich um 2,53 Euro auf 54,42 Euro bzw. 2,53 %. Allein die Steigerung im Corona-Jahr 2021 machte davon 4,39 Euro aus und sank gleich im Folgejahr um 3,34 Euro bzw. 5,8 %.

**Vergleich:** Die Differenz zwischen dem Non-Rx-Verbrauch in Deutschland im Vergleich zu Dänemark stieg von 7,33 Euro in 2010 auf 42,32 Euro in 2022 bzw. um 34,99 Euro entsprechend um 477,4 % (siehe Anhang, Tab. 59). Wird die Differenz im Verbrauch von apothekenpflichtigen Non-Rx-FAM, wie bei den Rx-FAM, unter Berücksichtigung der Einwohnerzahl (84,67 Mio.) für 2022 hochgerechnet, ergibt sich ein fiktiver Mehrverbrauch in Deutschland von ca. 2,963 Mrd. Euro.

Es ist allgemein bekannt, dass Arzneimittelpreise für Europa vornehmlich in Deutschland gebildet werden und die Festlegung der Arzneimittelpreise der Nachbarstaaten mit Preisreduzierungen folgen. Dies ist mit der wirtschaftlichen Potenz Deutschlands zu erklären, denn hier sind die höchsten Umsätze möglich. Dennoch sind es ca. 40,03 Mrd Euro (gleich 37,69 Mrd. Euro plus 2,963 Mrd. Euro), die rein theoretisch eingespart werden könnten.

### 5.6 Das Apothekenpersonal

#### 5.6.1 Apotheker

**DE:** Wenn die Erlaubnis zum Pharmaziestudium erteilt wurde, durchlaufen Studenten der Pharmazie jeweils ein viersemestriges Grund- sowie Hauptstudium in einem der 22 Studienorte<sup>668</sup> und schließen die Ausbildung nach dem einjährigen Praktikum und anschließendem Staatsexamen ab. Im Grundstudium ist während der vorlesungsfreien Zeit eine achtwöchige Famulatur<sup>669</sup> abzuleisten (Kap. 3.2.6.1).

**DK:** Auch in Dänemark dauert die Regelstudienzeit wie in Deutschland 5 Jahre, wobei das Grundstudium 3 Jahre in Anspruch nimmt. Das Hauptstudium inkl. nachfolgendem Praktikum dauert mindestens 2 Jahre bzw. kann auf Grund des Masterprojektes flexibel bis auf 3 Jahre ausgedehnt werden.

**Vergleich:** Im Unterschied zur industriebetonten, aber geringer apothekenalltagstauglichen deutschen Pharmazeutenausbildung sind in Dänemark die persönlichen Präferenzen des Pharmaziestudenten maßgeblich für die Spezialisierung im Hauptstudium. D. h., dass die

---

<sup>668</sup> Vgl. ABDA: *Die Apotheke, Zahlen - Daten - Fakten*, 2024, S. 31.

<sup>669</sup> Vgl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel: *Pharmazie (Staatsexamen)*.

Ausbildungsschwerpunkte außer Industrie (Produktion), auch Richtung Apotheke oder Forschung gelehrt werden. Dies könnte eine Erklärung dafür sein, dass in Dänemark nur ca. 15 % (DE 2023: 76 %; Kap. 3.5.2.1.1) der Pharmazieabsolventen der letzten Dekade in einer Apotheke arbeiten (Kap. 4.2.1.1). Die Pharmazeutenausbildung in Dänemark ist vielfältiger und damit auch die Arbeitsplatzangebote, dennoch sind in beiden Vergleichsländern die Verdienstmöglichkeiten außerhalb der öffentlichen Apotheken höher.

### 5.6.2 PTA und Farmakonome

**DE:** Die theoretische Ausbildung zum PTA beträgt 2 Jahre und wird in einer privaten oder öffentlichen PTA-Schule<sup>670</sup> durchlaufen, wobei bei den Privatschulen regelmäßig Schulgeld zu entrichten ist. Nach der bestandenen Prüfung ist ein halbjähriges Praktikum in einer Apotheke abzuleisten. Während der gesamten Ausbildung erhalten die PTA-Auszubildenden erstmalig nach zwei Jahren Ausbildung im Apothekenpraktikum eine Entlohnung (Kap. 3.2.6.4).

**DK:** Die Farmakonom-Ausbildung ist eine dreijährige duale Ausbildung, wobei ein vergütetes Ausbildungsverhältnis mit einer Ausbildungsapotheke abgeschlossen wird. Die 23wöchige theoretische Ausbildung, findet landesweit in einem vom Apothekerverein finanzierten Schulungszentrum statt (Kap. 4.2.1.2).

**Vergleich:** Im Gegensatz zu den Hauptapotheken muss in Dänemark in Filialen während der gesamten Öffnungszeit kein Apotheker zugegen sein. Für den Fall, dass ein Pharmazeut dennoch benötigt wird, sind entsprechende schriftliche Anweisungen zu hinterlegen, die darüber Auskunft geben, in welchen Fällen und wie ein Pharmazeut zu benachrichtigen ist (Kap. 4.2.3). Eine weitere Entlastung der Pharmazeuten ist dadurch gegeben, dass Farmakonome Dienstbereitschaften übernehmen dürfen (Kap. 4.4.1.5).

### 5.6.3 Weiteres Personal

Es soll nicht unerwähnt bleiben, dass Dänemark nur die beiden apothekenspezifischen Ausbildungen zum Pharmazeuten und Farmakonomen kennt. Daher sind in diesem Vergleich zu den weiteren (ehemaligen) Apothekenberufen in Deutschland keine Aussagen möglich.

---

<sup>670</sup> Vgl. ABDA (Juli 2024): *PTA-Schulen*.

## **6. Diskussion**

### **6.1 Einleitung**

Verknüpft mit der Beantwortung der Forschungsfragen, war es die Aufgabenstellung der vorliegenden Arbeit, die Erfahrungen in Dänemark mit der 2015-Apothekenreform zu identifizieren. Inwieweit die vorgefundenen Erfahrungen bzw. Ergebnisse in das deutsche Apothekenwesen implementiert werden könnten, sollte im nächsten Arbeitsschritt eruiert werden. In der letzten Arbeitsphase war die Erarbeitung eines Handlungsleitfadens zur Verbesserung (der Arbeitssituation und Vergütung) des Apothekenwesens in Deutschland vorgesehen.

Zum Beginn wurde nicht explizit festgelegt, welche Erfahrungen gesucht werden sollten. Zudem musste die 2001-Apothekenreform analysiert werden, um die Maßnahmen der 2015-Apothekenreform nachzuvollziehen. Daher wurde die Suche nach Erfahrungen bzw. Ergebnissen nicht nur auf positive, sondern auch auf negative Ergebnisse ausgeweitet, und zudem der Betrachtungszeitraum bis 2000 nach hinten verlegt. Je weiter die Arbeit voranschritt, desto schneller verflog der anfänglich positive Eindruck für den dänischen Apothekensektor und wich der Erkenntnis, dass dieser noch stärker durch die Gesellschaft ausgebeutet wird als in Deutschland. Zudem hat der Gesetzgeber in Dänemark im Betrachtungszeitraum den Apothekensektor strukturell immer weiter, als es bisher in Deutschland möglich gewesen wäre, geschwächt.

Auf Grundlage der gefundenen positiven Ergebnisse werden im Kap. 6.2 entwickelte Lösungsansätze diskutiert. Der zahlenmäßig weit größere Anteil der gefundenen Ergebnisse bzw. Entscheidungen, war negativer Natur und kann selbstsagend keine Empfehlungen für weitere Apothekensektoren zur Implementation entfalten. Diese negativen Ergebnisse müssen nicht nur der Vollständigkeit halber erwähnt werden, sondern es ist notwendig, auf diese explizit einzugehen. Denn das Bundesgesundheitsministerium (BMG) mühte sich 2024, eine Gesetzesinitiative in ein Gesetz (ApoRG), das in seiner Endkonsequenz darauf hinausläuft, Gegebenheiten einzuführen, die bereits in Dänemark gescheitert bzw. bereits ersetzt wurden, umzuwandeln. (Kap. 6.3). Nachdem die wesentlichsten Fehlentwicklungen im Apothekensektor in Deutschland aufgezählt, sollen Empfehlungen ausgesprochen werden, die zu ergreifen sind, um den Sektor vor dem Implodieren zu bewahren (Kap. 6.4). Das vorliegende Kapitel schließt mit der Beantwortung der Forschungsfragen ab (Kap. 6.5).

## 6.2 Lösungsvorschläge

Nachdem die Apothekensektoren in Deutschland (Kap. 3) und Dänemark (Kap. 4) beschrieben und miteinander verglichen wurden (Kap. 5), werden folgend mögliche Lösungsvorschläge für den Apothekensektor in Deutschland, eingeteilt nach personellen (Kap. 6.2.1) und strukturellen (Kap. 6.2.2) Themen, diskutiert.

### 6.2.1 Lösungsvorschläge bzgl. des Apothekenpersonals

#### 6.2.1.1 Apotheker

Das Arbeitsfeld eines Apothekers wird gleichgesetzt mit seiner Arbeit in einer Apotheke. Dennoch gibt es viel mehr Arbeitsgebiete, die das Fachwissen eines Arzneimittelfachmannes verwenden können, als gerade nur die öffentliche (Krankenhaus-) Apotheke. Wohl nahm nach 2005 der prozentuale Anteil der Apotheker, die in Apotheken arbeiten um ca. 9 % ab, dennoch sind immer noch über 76,2 % (2023) aller Approbierten in Deutschland in einer Apotheke beschäftigt (Kap. 3.5.2.1.1). In Dänemark suchten in der letzten Dekade nur noch 15 % der Pharmazieabsolventen (Kap. 4.2.1.1) einen Arbeitsplatz in einer (Krankenhaus-)Apotheke, d. h. auch, dass die restlichen 85 % eine Arbeitsstelle in Behörden, Forschung und Produktion fanden. **DK:** Die Ursache hierfür kann an einem anderen Ausbildungsaufbau der Pharmazeutischen Ausbildung in Dänemark liegen. Nach der dreijährigen Basisausbildung zum Bachelor, trifft der spätere Absolvent, mit der Wahl der Studienkurse im Masterstudium, frühzeitig eine Entscheidung für seinen späteren Arbeitsplatz. Somit wird nicht nur Rücksicht auf individuelle Präferenzen genommen, sondern der Absolvent ist spezialisierter und besser auf sein späteres Arbeitsgebiet vorbereitet. **DE:** Das Pharmazeutische Studium in Deutschland ist in fast allen Studienorten gleich starr; eine Ausbildung, die vornehmlich auf die Tätigkeit in der Industrie ausgerichtet ist und keine Rücksicht auf persönliche Präferenzen nimmt. Ob der Arzneimittelfachmann sein Studium mit einem Masterabschluss oder ein Staatsexamen abgeschlossen hat, kann den Apothekenkunden nicht wichtig sein. Bedeutender wäre, die Hochschulabsolventen besser auf ihre spätere berufliche Tätigkeit vorzubereiten. Es sollte einleuchten, dass es ein erheblicher Unterschied ist, ob ein Pharmazeut in der Forschung oder Produktion tätig ist oder tagtäglich eine Vielzahl von gesundheitlich eingeschränkten oder kranken Kunden zu beraten hat. Die positiven Effekte bzgl. einer besseren Vorbereitung auf die Arbeitswelt sind daher nicht zu unterschätzen. In Deutschland wird seit mindestens drei Dekaden die Veränderung der pharmazeutischen Ausbildung erfolglos diskutiert. So wurde 2022 von der Bundesapothekenkammer (BAK) in einem Positionspapier die nicht verbindliche Erweiterung des Pharmaziestudiums von acht auf zehn Studiensemester beschlossen (Kap.

3.2.6.1). Einschließlich der bestehenden zwei Praktikumssemester und der von der BAK vorgeschlagenen zwei Zusatzsemester soll das Pharmaziestudium auf sechs Jahre erweitert werden. Bezogen auf eine zukünftige Tätigkeit in einer öffentlichen Apotheke ist das ein wenig sinnvoller Lösungsvorschlag der BAK. Denn der Rohertrag von Apotheken nimmt durch den fehlenden Inflationsausgleich, die stagnierende Vergütung und die erheblichen Kostensteigerungen, immer weiter ab, d. h., dass ein Arbeitsplatz in einer Apotheke nicht mehr eine gesicherte Zukunft beinhaltet. Jeder Interessent, der sich für eine pharmazeutische Ausbildung oder für eine Arbeitsstelle in einer Apotheke interessiert, wird dies schnell feststellen. Und welcher junge Mensch kann für eine Tätigkeit in einer Apotheke motiviert werden, wenn die Mühen eines Studiums nicht honoriert werden und die Selbstständigkeit zur Selbstaufopferung führt? Welchen Sinn macht denn dann eine Studienzeitverlängerung, ganz gleich, ob der neue Vorlesungsstoff aktuell und / oder wichtig ist?

Auf Lehrinhalte des Pharmazeutischen Studiums soll hier nicht näher eingegangen werden. Dennoch, es wäre für einen Neu-Approbierenden vorteilhaft, bereits zu Beginn der Tätigkeit in einer (öffentlichen) Apotheke, insbesondere für die mögliche Selbstständigkeit als Apothekenleiter, grundlegende betriebswirtschaftliche Kenntnisse zu besitzen. Dies gilt auch für Themen wie Marketing, Gesprächsführung (mit dem pharm. Großhandel, Pharmavertreter, Kunden), Mitarbeiterführung u. v. m. Wohl sind Apotheker Arzneimittelfachleute und das gelernte akademische Wissen ist interessant und wissenswert, im täglichen Geschehen dennoch nur bedingt anwendbar, denn hier kommt es auf Beratung und den Umgang mit Menschen an, etwas, was nicht einmal im Ansatz während des Studiums gelehrt wird.

### **Lösungsvorschlag I:**

- i.) Erweiterung des deutschen pharmazeutischen Grundstudiums von vier auf sechs Semester (drei Jahre) inkl. eines vergüteten Praktikumssemesters in einer öffentlichen Apotheke und ein weiteres Praktikumssemester in der Forschung, Produktion oder (Krankenhaus-)Apotheke. Das abgeschlossene Grundstudium soll den Absolventen auch berechtigen, die Tätigkeiten eines PTA (bzw. Pharmakonom) auszuüben zu können.
- ii.) Das deutsche pharmazeutische Hauptstudium soll den Kandidaten durch eine individuelle Spezialisierung auf den zukünftigen Arbeitsplatz in einer (Krankenhaus-)Apotheke, in der industriellen Produktion oder Forschung vorbereiten. Die Studiendauer beträgt mindestens vier Semester und kann nach Bedarf auf sechs Semester erweitert werden.

### 6.2.1.2 Pharmakonom und PTA

**DK:** In Dänemark setzt die dreijährige Ausbildung zum Farmakonom die Hochschulreife voraus. Der überwiegende praktische Teil wird in einer Apotheke erlernt und die theoretische Ausbildung wird zentral vermittelt. Die Auszubildenden erhalten von ihrer Lehrapotheke eine Vergütung und der Gesetzgeber finanziert die zentrale Ausbildungsstätte gemeinsam mit dem Apothekerverein (DA). Die Ausbildung hat in Dänemark eine hohe Anerkennung, daher werden Farmakonome aus verschiedenen Gründen (Fachkräftemangel, Entlohnung, Arbeitszeiten etc.) regelmäßig von Apotheken abgeworben. Dem versucht der Apothekerverein (DA) mit einer stetigen Erhöhung der Anzahl der Ausbildungsplätze und einem weiteren Ausbildungsstandort zu begegnen (Kap. 4.2.1.2). **DE:** Der 10-Klassenabschluss ist die Voraussetzung für die Ausbildung zum PTA in Deutschland. Die ersten beiden Jahre werden mit Theorie und praktischen Übungen auf einer PTA-Schule verbracht. Nach bestandenen Prüfungen wird die Ausbildung mit einem entlohnten, halbjährigen Praktikum in einer Apotheke abgeschlossen. Es ist regelmäßig Schulgeld zu zahlen und die Lebenshaltungskosten (inkl. Fahrten und Schulaufenthalt) trägt der Auszubildende bzw. die Familie selbst. Dass es bei dem bestehenden Fachkräftemangel in Deutschland immer noch Ausbildungsberufe gibt (PTA, Physiotherapeuten u. w.), wo der Auszubildende Schulgeld zu zahlen hat und weiter abhängig von dem elterlichen Einkommen ist, kann für diese Berufe nicht förderlich sein. Da eine alternde Gesellschaft sehr wohl und auf immer mehr Beschäftigte der verschiedensten Gesundheitsberufe angewiesen ist, wäre es das Gebot der Stunde, dass der Gesetzgeber sich nicht mehr bei der Ausbildungsfinanzierung heraushält. Zumal es nur eines Federstrichs benötigen würde, um z. B. den Physiotherapeuten- bzw. PTA-Beruf zu Heilberufen zu erklären (Kap. 3.5.3.3). Es ist mehr als kurzsichtig gedacht und gehört eher zu einer regredierten Denkweise, nicht in Ausbildung zu investieren.

Wenn es zu einer Veränderung in der PTA-Ausbildung kommen soll, dann ist das Ausbildungsziel zu definieren (Kap. 6.2.2), zudem sind zehntausende PTA zu integrieren.

#### Lösungsvorschlag II:

- i.) **Pharmakonom:** Das Ziel ist eine neue pharmazeutische Ausbildung in Deutschland für öffentliche Apotheken zu schaffen, die es Absolventen ermöglicht, den Apothekenleiter zeitlich zu vertreten inkl. einer Übernahme von Dienstbereitschaften. Die Bezeichnung für die Absolventen soll Pharmakonom lauten (Alternativ: Apothekenassistenten; die Bezeichnung Pharmazieingenieur ist keine Alternative, denn ein Ingenieur setzt das bestandene Vollstudium voraus). Da

die neue Ausbildung mit der Erhöhung des Ausbildungsniveaus einhergehen soll, wird die Hochschulreife vorausgesetzt. Der Wissensstand eines Bachelors der Pharmazie sollte angestrebt werden, wenngleich die Ausbildung eher praktisch ausgerichtet sein sollte. Die dreijährige Pharmakonom-Ausbildung, die in Form einer dualen Lehre durchlaufen wird, findet zur Hälfte in einer Apotheke statt. Die vertragliche Ausbildung wird von der Lehrapotheke entlohnt. Die weitere Ausbildungszeit kann an einer Institution absolviert (z. B. an einer universitären Einrichtung), wo die theoretischen Inhalte in Modulform vermittelt werden (z. B. ein halbes Jahr in der Apotheke und dann 3 Monate Theorie u. s. w.). Die Kosten für die theoretische Ausbildung sollte der Gesetzgeber übernehmen (Land und / oder Bund), wobei auch eine Beteiligung der jeweiligen Apothekenkammern zu diskutieren wäre.

- ii.) **PTA:** Die PTA-Ausbildung sollte auf drei Jahre ausgeweitet und in Form einer dualen Ausbildung erfolgen. Der Auszubildende schließt einen Ausbildungsvertrag mit einer Lehrapotheke ab und wird für den theoretischen Teil freigestellt (z. B. drei bis vier Wochen in der Apotheke und dann eine bis zwei Wochen in einer PTA-Schule). Der Lehrplan ist besonders auf die praktische Ausbildung in der Lehrapotheke auszulegen, wobei die Ausbildungsschwerpunkte auf die Arzneimittel- bzw. Kundenberatung und die Herstellung von Rezepturen ausgerichtet sind. Zusätzlich, und das begründet die Ausbildungsverlängerung um ein halbes Jahr, sollen PTA in kaufmännischen Inhalten ausgebildet werden, damit diese, die Arbeitsbereiche der PKA übernehmen bzw. abdecken können. Die Schulen werden vom jeweiligen Bundesland betrieben und anteilig durch Kammerbeiträge mitfinanziert.
- iii.) PTA, die länger als fünf Jahre durchgehend als PTA tätig gewesen sind, erhalten durch Fort- bzw. Weiterbildungen, die Möglichkeit das Bildungsniveau des zukünftigen Pharmakonom zu erwerben. Somit können sie auch das Vertretungsrecht für Apotheker ausüben.

### 6.2.1.3 PKA

Die kaufmännische Arbeit der PKA ist nicht zu unterschätzen, denn die Basis einer Apotheke wird immer ein straff überwacht Lager sein. Sofern dies nicht beherzigt wird, können sich Lagerrisiken erheblich aufschaukeln und auch zu weiteren Fehlentwicklungen führen. In Deutschland stellen Apothekenleiter dennoch vorzugsweise PTA als PKA ein, denn PTA dürfen

Kunden beraten, Arzneimittel abgeben und Rezepturen herstellen, was die einseitig spezialisierten PKA nicht dürfen. In Kap. 3.5.2 wurde gezeigt, dass sich die PKA-Anzahl in den letzten beiden Dekaden um 18,2 % reduziert hat. Zudem erfahren die PKA auch keine hohe Wertschätzung, denn die Entlohnung in den ersten Berufsjahren ist nur wenig höher als der gesetzliche Mindestlohn (Kap. 3.5.2, Abb. 41). Unabhängig von den Zukunftsaussichten im Apothekenwesen, das Arbeitsfeld des PKA ist zu eingeschränkt, um den Ausbildungsberuf auf Dauer aufrechterhalten zu können.

### **Lösungsvorschlag III:**

Die Einstellung der Berufsausbildung zum Pharmazeutisch-kaufmännischen Assistenten in Deutschland.

### **6.2.2 Lösungsvorschläge zur Apothekenstruktur**

In ländlichen Regionen ist die Kaufkraft, auf Grund der geringeren Bevölkerungsdichte, oftmals zu niedrig, um einen Apothekenbetrieb rentabel betreiben zu können. Um die zunehmende angespannte Arzneimittelversorgung im ländlichen Raum zu entschärfen, diskutiert die Gesundheitspolitik bzw. das BMG die Einführung von sog. Apotheken „light“ in Deutschland durch das ApoRG (Kap. 3.6). Diese sollen ohne Apotheker, Labor und BTM-Tresor betrieben werden. Damit werden zwei Paradigmen bzgl. der i.) Einrichtung und ii.) des Verzichts auf durchgehende Anwesenheit eines Apothekers während der Betriebszeit zur Diskussion gestellt.

- i.) Im Apothekenlabor sind die Grund- und Wirkstoffe für Rezeptur, Defektur etc. verpflichtend zu prüfen. Die Forderung der Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO, §4 Abs. 2) nach einem Apothekenlabor ist nicht mehr zeitgemäß, denn es gibt zwischenzeitlich digitale Lösungen, um Identitäten zu überprüfen. Auch die Herstellung von ein bis zwei Rezepturen pro Tag rechtfertigt nicht die hohen Anschaffungskosten für eine Laborausstattung (Kap. 3.4.2.2.3). D. h., dass die Investitionskosten sich auch nach vielen Betriebsjahren nicht amortisieren. Wenn eine Apotheke „light“ ohne Labor gegründet werden darf, warum ist dieses bei Apotheken- bzw. Filialneugründungen zu erfüllen? Warum überprüft der Amtsapotheker bei alteingesessenen Apotheken z. B. Thermometer, deren Eichung (für 20 Jahre geltend) hohe Kosten aufwerfen, obwohl sie nie benutzt werden? Mit dem Verzicht zur Errichtung eines Labors bei „Apothekenkiosken“ würden voraussetzende betriebswirtschaftliche Ungleichbehandlungen für das Betreiben

von unterschiedlichen Apothekeneinheiten entstehen. D. h., dass die Betreiber bestehender Apothekeneinheiten benachteiligt wären. Wie mit bestehenden Laboren zu verfahren ist, wird vom ApoRG nicht thematisiert (Kap. 3.6.1.2).

Die Grundsicherung der Bevölkerung ist die alleinige Aufgabe des Gesetzgebers, d. h., dass dies auch für die Arzneimittelversorgung gilt. Will der Gesetzgeber die Arzneimittelversorgung auch in Regionen gewährleisten, wo privatwirtschaftliche Voraussetzungen nicht mehr für einen Apothekenbetrieb gegeben sind, unabhängig davon, dass diese fehlenden Voraussetzungen durch Markteingriffe des Gesetzgebers selbst verursacht wurden, dann steht es ihm offen, den Betrieb von z. B. einer Notapotheke zu übernehmen (Kap. 3.2.7). Ob dann ein wirtschaftlicher Betrieb entstehen wird, ist stark zu bezweifeln.

- ii.) Eine andere Thematik ist der Verzicht auf die verpflichtende Anwesenheit eines Apothekers während der Öffnungszeiten. Diese Voraussetzung zum Betrieb wird vehement von den Standesorganisationen verteidigt, denn die Aufgabe dieser Kernkompetenz wird als Dammbbruch empfunden und ist zu Recht als Türöffner zur Abschaffung des Fremdbesitzverbotes zu bewerten. Das Konzept der „Apothekenkioske“ bzw. Apotheke „light“ ist nicht zu Ende gedacht (Kap. 3.6). Denn das ApoRG macht auch keine Ausführungen über haftungsrechtliche Konsequenzen, z. B. bei einer Arzneimittelfehlabbgabe oder die durchgehende Möglichkeit BTM-Verordnungen einzulösen. D. h., dass, wenn kein Apotheker während der Öffnungszeiten eines „Arzneimittelkiosks“ zugegen sein muss, sind die Auswirkungen für die Arzneimittelversorgung der Bevölkerung gravierend. Hinzu regelt das ApoRG nicht, dass „Arzneimittelkioske“ nur in kaufkraftschwachen Regionen gegründet werden dürfen. Entstehen diese in direkter Konkurrenz zu bestehenden Apotheken, ohne hohe Anschaffungskosten für Labor und BTM-Tresor tätigen zu müssen, zudem zu wesentlich geringeren laufenden Personalkosten, werden ungleiche Voraussetzungen für den Betrieb unterschiedlicher Apothekeneinheiten geschaffen.

### **Lösungsvorschlag IV:**

- Um die Arzneimittelversorgung in gering bevölkerten Regionen zu gewährleisten, ist vom Kunden pro verordnete Arzneimittelpackung eine Abgabe von z. B. 0,25 Euro zu entrichten, die dem jeweiligen Landesgesundheitsamt zur Verfügung gestellt wird. Dabei kommt es nicht darauf an, ob die zur Arzneimittelversorgung verwendete Einheit

eine Zweig- oder Notapotheke ist. Entfernungen zur nächsten Konkurrenz, Kundenfrequenz bzw. Netto-Umsatz o. ä. können als Berechnungsgrundlage einer Subvention dienen. Bei einer Mrd. abgegebener Packungen kämen bereits 250 Mio. Euro für die Aufgabe zusammen (2023: 1,3 Mrd. Packungen).

Für diesen letzten Lösungsansatz wird kein handwerklich schlecht konzipiertes ApoRG benötigt. Durch geringfügige Änderungen des ApoG etc., könnten bereits bestehende Strukturen genutzt werden. „Arzneimittelkioske“ / Apotheken „light“ sind daher grundsätzlich abzulehnen.

### **6.3 Der Apothekensektor in Dänemark**

In diesem Unterkapitel werden die gefundenen negativen Entscheidungen bzw. Ergebnisse im Apothekensektor Dänemarks diskutiert.

Die gesellschaftliche Anerkennung der Apotheken in Dänemark ist eng verknüpft mit der Erfüllung einer Erwartungshaltung, dass Apotheken die Bevölkerung niederschwellig mit preiswerten Arzneimitteln versorgen und somit integrierter Teil des nahen Gesundheitswesens (*nære sundhedsvæsen*) sein dürfen. Auf Grundlage dieser gesellschaftlichen Prämisse wird es von der Gesellschaft akzeptiert, dass ca. ein Drittel des Rohertrages des Apothekensektors direkt durch den Staat durch Steuermittel subventioniert wird. Die finanzielle Unterstützung ist nicht altruistisch, sondern mit Bedingungen verknüpft. Denn es wird vom Apothekensektor nicht nur erwartet, dass immer die preiswertesten Arzneimittel angeboten werden, sondern auch, dass Apotheken zu jeder Zeit für eine Arzneimittelberatung und -versorgung zur Verfügung stehen. Die Bereitschaftsdienste und die pharmazeutischen Dienstleitungen werden wohl zusätzlich vergütet, wenn auch grundsätzlich nicht kostendeckend. Zudem sollen personalgeschwächte Apotheken, die weiteren Sektoren des Gesundheitssystems, mit der Übernahme von immer weiteren Dienstleistungen entlasten.

Ein handwerklicher Fehler in der Gesundheitspolitik Dänemarks wurde offenbar durch die Forderung „mehr Gesundheit für dieselben Mittel“ (Kap. 4.4). Diese Aussage beinhaltet die Unterstellung, dass der Gesetzgeber annimmt, dass zu viel für Gesundheitsleistungen gezahlt wurde bzw. wird. Jeder Kaufmann muss die Mittel für den Wareneinsatz, laufende Kosten und Gewinne erwirtschaften, um betriebliche Investitionen zu tätigen und seine Lebenshaltungskosten zu bestreiten. Wenn die Gesellschaft sich nicht am Rohertrag der Apotheken beteiligen würde, dann müsste der Verbraucher selbst seinen Bedarf an Gesundheitsgütern und -dienstleistungen übernehmen. Indem der dänische Gesetzgeber das

Gesundheitswesen durch Steuern finanziert, hat dieser, neben der Erbringung ordnungspolitischer Rahmenbedingungen, einen erheblichen ökonomischen Hebel, um auf den Apothekensektor Einfluss zu nehmen, etwas, was auch zu Machtmissbrauch führen kann (u. a. Kap. 4.5.2).

### **Einheiten**

2015 gab es 312 Einheiten (Apotheken und Apothekenfilialen) in denen Verordnungen direkt eingelöst und zusätzlich 117 Arzneimittelverkaufsstellen (*apoteksudsalg*), in denen Rx-FAM vorbestellt werden konnten. D. h., dass es insgesamt 429 Einheiten mit pharmazeutischem Personal gab. Bis 10/2024 stieg die Anzahl der Einheiten, in denen Verordnungen direkt eingelöst werden konnten, um 213 Einheiten auf 525 Einheiten bzw. um ca. 68,3 %. Zudem gab es nur noch 20 Arzneimittelverkaufsstellen. Zusammen waren es somit 545 rezeptbeliefernde Einheiten. Von dieser Gesamtzahl waren 20 übriggebliebene Arzneimittelverkaufsstellen und 54 Apothekenfilialen, zusammen 74 Einheiten, die auf Grund behördlicher Anordnung (*påbud*) betrieben werden mussten. Werden diese 74 Einheiten von den 545 Einheiten abgezogen, dann sind es nur noch 471 Einheiten bzw. 42 Einheiten oder 9,79 % mehr als in 2015. Die 74 subventionierten Einheiten machten 13,6 % an der Gesamtzahl aus (Kap. 4.4.1.1). Es ist somit eine Frage des Blickwinkels, inwiefern die 2015-Apothekenreform als Erfolg zu bewerten ist.

### **Vergütungsrahmen (*bruttoavancerammen*)**

Der Staat entlohnt den Apothekensektor für seine Dienstleistungen pauschal mit ca. 31 % des sektoralen Rohertrages (Kap. 4.2.6.1). Der Warenumsatz, den der Apothekensektor mit dem Verkauf von Arzneimitteln (bis 2020 inkl. Freiwahl) erwirtschaften darf, wird vom Gesetzgeber festgelegt. Bei Arzneimittelbudgetüberschreitungen wird der gesamte Apothekensektor in kollektive Haftung genommen, d. h., dies obwohl der Apothekensektor weder Einfluss auf das Ordnungsverhalten der ambulanten bzw. stationären Sektoren, noch auf die Preispolitik der Arzneimittelbehörde hat (Kap. 4.2.6.1; 4.2.6.2).

### **Ausgleichsregelung (*udligningsordningen*)**

Erwirtschaftet eine Apotheke einen höheren Nettoumsatz mit Non-Rx- und Rx-FAM von mehr als 5,173 Mio. Euro (Bemessungsgrenze: 2021), dann sind 3,6 % vom übersteigenden Umsatz abzuführen. Diese Gelder werden innerhalb des Apothekensektors umverteilt, indem umsatzschwache Apotheken, die geringeren Nettoumsatz als die Bemessungsgrenze erwirtschaften, einen Zuschuss von 3,9 % auf den Minderumsatz erhalten. Die Subvention ist begrenzt auf maximal 1 Mio. DKK bzw. 134.228 Euro (Kap. 4.2.6.3). Die umsatzschwachen

Apotheken befinden sich regelmäßig in Regionen mit geringer Bevölkerungsdichte und somit geringer Kaufkraft. Der Gesetzgeber verlangt, dass auch in diesen Regionen der Zugang zu preiswerten Arzneimitteln gegeben sein muss. Dieser legte daher fest, dass dafür die umsatzstarken Apotheken durch Anwendung der Ausgleichsregelung aufzukommen haben und nicht die Allgemeinheit mit Steuermitteln. D. h., dass der Apothekensektor für Regionen mit geringer Kaufkraft erhalten muss, obwohl dieser darauf keinen Einfluss haben kann.

### **Freihandelswaren**

Damit die Apotheken sich vornehmlich um die Arzneimittelberatung und pharmazeutischen Dienstleistungen bemühen, wurde bei den Vergütungsrahmenverhandlungen vor 2020, der Freiwarenumsatz gedeckelt und bei einer Überschreitung sanktioniert. Auf Grund des fehlenden Investitionskapitals wurde nach der 2015-Apothekenreform die Obergrenze immer wieder überschritten. Daher wurde ab 2020 eine Sanktionsmaßnahme in Form einer Freihandelswarensteuer von 4,47 % eingeführt, die innerhalb des Apothekensektors für die Vergütung erbrachter pharmazeutischer Dienstleistungen verwendet und somit umverteilt wird.

### **Sektorspezifische Gebühr**

Die Verbraucher haben sich an der Finanzierung der diversen pharmazeutischen Dienstleistungen (Bereitschaftsdienste, Arzneimittelberatung etc.) zu beteiligen. Die zu entrichtende Gebühr beträgt pauschal 0,20 Euro (DKK 1,50) pro verordneter Arzneimittelpackung (Kap. 4.2.6). Die durch die Apotheken eingenommene Sektoreng Gebühr ist abzuführen. Nur indem Apotheken pDL erbringen, können sie von der gesellschaftlich finanzierten Gebühr partizipieren. Werden vom Apothekensektor dennoch mehr pharmazeutische Dienstleistungen (z. B. Arzneimittelberatungen) erbracht als das festgelegte Budget es hergibt, wird gedeckelt. D. h., dass erbrachte Dienstleistungen nicht vergütet werden.

### **Arzneimittelsicherheit**

Arzneimittelsicherheit und -beratung sind untrennbar miteinander verbunden. Daher war es ein Kottau des Gesetzgebers gegenüber den wirtschaftlichen Interessen des nicht-pharmazeutischen Einzelhandels als nach 2001 immer weitere apothekenpflichtige Non-Rx-FAM (Generika) liberalisiert wurden (Kap. 4.3.1.1). Es hat sich mittlerweile gezeigt, dass der nicht-pharmazeutische Einzelhandel seinen Arzneimittelhandel auf nur wenige Indikationsgruppen (Raucherentwöhnung, Schmerzmittel und Erkältung) beschränkt hat, um nach dem Wirtschaftlichkeitsprinzip den größten Umsatz bzw. Gewinn zu generieren. Im Ergebnis sind dafür die Generika-Preise im nicht-pharmazeutischen Einzelhandel gestiegen, ganz im

Gegensatz zu den Generika-Preisen in den öffentlichen Apotheken (Kap. 4.4.2). Die fehlende Beratung im nicht-pharmazeutischen Einzelhandel, aber auch der sonstige gesellschaftliche Wissensmangel bzgl. der korrekten Arzneimittelanwendung, wird auf Arztpraxen und Apotheken unentgeltlich abgewälzt. Wenn dennoch vom Gesetzgeber ein hoher Arzneimittelmissbrauch (gleichzusetzen mit Medikationsfehler, d.h. keine Einnahme, zu viel, zu wenig), der jährlich zu ca. 100.000 unnötigen Krankenhauseinlieferungen, inkl. ca. 5.000 Todesfällen, führt, beklagt wird, können die Entscheidungen des Gesetzgebers nicht alle richtig gewesen sein (Kap. 4.4.3).

### **Gewinn**

In einem Einkommensvergleich zwischen Unternehmern im Gesundheitssektor wurden die Daten von Allg. Ärzten, Fachärzten, unselbständigen Apothekern, Veterinärmedizinern etc. betrachtet [S. 7]. Somit konstatierte der Wettbewerbsrat 2022 (Kap. 4.5.1), dass der Gewinn im Apothekensektor (bzw. der Apothekenleiter) immer noch zu hoch und eine weitere Gewinnabschöpfung möglich wäre. Allein dadurch, dass sich in den weiteren Berufsgruppen keine Gewerbetreibende befanden, verzerrt die Vergleichsgrundlage. Auch haben die weiteren Gruppen keinen Anteil ihres Einkommens als Sektorenabgaben abzuführen (Kap. 4.6.1.3). Selbstständige Apothekenleiter würden in den letzten beiden Dekaden im Mittel ein Einkommen von 2,3 Mio. DKK (308.725 Euro)<sup>671</sup> bzw. im Median 1,93 Mio. DKK (259.000 Euro) erzielt haben, gleichbedeutend einer Steigerung von ca. 1 Mio. DKK (134.228 Euro). Dies entspricht einem linearen Wachstum von ca. 5 % vor Inflation und Steuern. Werden diese Angaben differenzierter betrachtet [S. 7], so lag das 2019-Einkommen von ca. 20 % der Apothekenleiter unter 1 Mio. DKK (134.228 Euro), ca. 35 % hatten ein Einkommen zwischen 1 Mio. DKK bis 2 Mio. DKK (134.228 Euro bis 268.460 Euro) und bei den oberen 45 % lag das Einkommen gleich bzw. über 2 Mio. DKK (268.460 Euro). Der Wettbewerbsrat stellte auch fest, dass das höchste Einkommen bei drei Einheiten erwirtschaftet wurde. Gleichbedeutend, dass die Skaleneffekte nach drei Einheiten deutlich abnahm [S. 6, *Figur 4*]. Im Kap. 4.4.1.1 konnte belegt werden, dass von 2015 bis 2024 die Anzahl selbstständiger Apothekenleiter um 20,0 % abnahm. Gleichbedeutend, dass die Anzahl unattraktiver Standorte um das Dreifache zunahm. Dass diese unattraktiven Apothekenstandorte nicht geschlossen wurden, verhinderte die Arzneimittelbehörde durch ihre Anordnungs- bzw. Vetopolitik (*påbud*). Immerhin betrifft dies 20 Arzneimittelverkaufsstellen und 54 Filialen, also 74 Einheiten bzw. 13,6 % der

---

<sup>671</sup> Hinweis: Inwiefern die Einkommensdaten brutto oder netto sind, wird nicht angegeben. Die Bewertung liegt der Annahme zugrunde, dass die Daten auf Netto-Basis zu betrachten sind.

Einheiten aus 2024 (2024: 545 Einheiten). Dies bedeutet aber auch, dass 74 Einheiten von selbstständigen Apothekenleitern betrieben werden mussten, die auf Grund einer behördlichen Anordnung zum Betrieb gezwungen wurden. Denn, die Anordnung wäre nicht ergangen, wenn die vorgeschriebene Ausschreibung erfolgreich gewesen wäre. Folglich nahm von 2015 die Anzahl der Betriebseinheiten pro Apothekenleiter von ca. 1,95 Betrieben auf ca. drei Betriebe bis 2024 zu. Mit mehr Einheiten steigt auch der persönliche Arbeitsaufwand, die Verantwortung und das finanzielle Risiko für jeden Apothekenleiter. Wäre der Gesamtumsatz in den Jahren 2015 bis 2024 z. B. gleichgeblieben, wäre allein auf Grund dieses Umstandes der Umsatz und somit auch der Gewinn pro Apothekenleiter gestiegen. Dies dem Apothekensektor bzw. den Apothekenleitern nachzuhalten, kann nicht richtig sein. Was wäre aus der Arzneimittelversorgung geworden, wenn in den entsprechenden Regionen die unrentablen Betriebe geschlossen worden wären? Eine Unterversorgung der Arzneimittelberatung und damit Mehrkosten, die die Allgemeinheit hätte übernehmen müssen. Durch die Anordnungsmöglichkeit, hat der Gesetzgeber sich von seiner Verantwortung selbst entbunden.

Die Folge dieser Fehlentscheidungen in der Gesundheitspolitik in Dänemark ist, dass

- das Berufsbild der Apotheker auf Kosten einer Aufwertung der Farmakonomie geschwächt wurde,
- sog. „Light-Apotheken“ (*apoteksudsalg*) 2001 eingeführt wurden. Diese strukturell abgewerteten „Apotheken“ wurden in Folge der 2015-Apothekenreform praktisch wieder abgeschafft bzw. die übriggebliebenen 20 Apothekenverkaufsstellen (*apoteksudsalg*) existieren nur noch auf Grund behördlicher Anordnung und
- nur noch 15 % der Berufsabsolventen wollen in einer öffentlichen Apotheke arbeiten.

Die Anzahl der Beschäftigten im Apothekensektor liegt 2023 immer noch 5,5 % unter dem 2011-Niveau (Kap. 4.5.5), gleichbedeutend, dass die Arbeitsbelastung pro Mitarbeiter zwangsläufig gestiegen ist. Dennoch sollen immer mehr Dienstleistungen von Apotheken übernommen werden, um die übrigen, überlasteten Sektoren zu entlasten.

### **Ein handwerklicher Fehler der 2015-Apothekenreform**

Mit der 2015-Apothekenreform schuf der Gesetzgeber in Dänemark die rechtlichen Voraussetzungen, um die Anzahl der Apothekeneinheiten zu erhöhen. Dennoch, der Gesetzgeber hat den Apotheken dafür keinen direkten Auftrag erteilt, wenngleich damit die Hoffnung verbunden war, der Bevölkerung mit einer Einheitensteigerung einen leichteren Zugang zu Arzneimitteln zu ermöglichen. Der hohe Kapitalbedarf für die mittlerweile ca.

„68,3“-prozentige Einheitenerweiterung, wurde bei den Verhandlungen finanziell nicht eingepreist. Damit wurde der Apothekensektor bei der Bewältigung dieser gesamtgesellschaftlichen Aufgabe ökonomisch betrachtet, allein gelassen. Folglich wurden in den Jahren nach der 2015-Apothekenreform immer mehr Freihandelswaren verkauft, um fehlendes Kapital für die Erweiterungsinvestitionen zu erwirtschaften. Da der Gesetzgeber eine Obergrenze für den Freiwarenumsatz angeordnet hatte (bis Ende 2024), wurden die Überschreitungen sanktioniert, indem u. a. der Arzneimittelpackungsaufschlag (APA) sukzessive immer weiter gekürzt wurde (Kap. 4.2.6.2). Dies brachte insbesondere unwirtschaftliche Apotheken in kaufkraftschwachen Gebieten in eine noch angespanntere wirtschaftliche Schieflage, auch wenn gerade dies so nicht vom Gesetzgeber gewollt war. Die Überschreitungen der Freihandelswarenbemessungsgrenze werden den Apotheken dennoch als sektorale Gesamtschuld gegenüber der Gesellschaft angerechnet, die in 20 bis 30 Jahren von den jeweils aktiven Apotheken abzutragen ist. Wohl gemerkt, die „Gesamtschuld“ wurde durch Warenverkauf und Dienstleistungen erbracht. In dem die „Überschreitungen“ monetär zu begleichen sind, zahlen die Apotheken in Dänemark doppelt für ihre Investitionen (Kap. 4.5.2).

### Weitere Verpflichtungen

- Ein Apothekenleiter darf seine Apotheke ohne entsprechende behördliche Zustimmung nicht veräußern und das Erzielen eines Geschäftswertes ist untersagt (Kap. 4.3.4, § 6).
- Die Arzneimittelbehörde kann die (entlohnte) Betriebsfortführung einer Einheit anordnen (*påbud*), wogegen sich der betroffene Apothekenleiter nicht wehren kann. D. h., dass die Schließung einer unrentablen Einheit nicht in der Entscheidungsmacht des Eigentümers liegt, sondern die Arzneimittelbehörde entscheidet (Kap. 4.3.4, § 7).
- Beim Kauf einer Apotheke entscheidet nicht der Erwerber oder Veräußerer, sondern eine Vielzahl von Stakeholdern und letztendlich die Arzneimittelbehörde (Kap. 4.3.4, § 67).

## 6.4 Der Apothekensektor in Deutschland

### Die Arzneimittelversorgung der Bevölkerung

Wenn die Zukunft der Arzneimittelversorgung der Bevölkerung analysiert wird, dann sind Arzneimittel und das Apothekenwesen getrennt zu betrachten, da davon ausgegangen werden muss, dass die jeweilige Entwicklung nicht gleich verlaufen wird.

- i. **Arzneimittel:** Die Versorgungssituation der Rx-FAM und Non-Rx-FAM haben nicht dieselben ökonomischen Ausgangsbedingungen. Daher sind auch diese getrennt zu betrachten:

- a. Patentierte FAM: Durch das AMNOG (2011) wurde die wirtschaftliche Grundlage für eine Kostenexplosion gelegt, so dass der Anteil der Präparate über 500,01 Euro seit 2011 von ca. 31 % vom Gesamt-Pharmaumsatz der Apotheken auf mittlerweile ca. 49 % stieg (Kap. 3.4.2.2.2). Ursache hierfür ist, dass anfänglich den Pharmaunternehmen für die ersten 12 Monate (sechs Monate seit 2022) nach Markteinführung die freie Entscheidung über den Arzneimittelpreis überlassen wurde. Dies bedeutet dennoch, dass, sofern es keine gesetzlichen Änderungen geben wird, weiterhin Arzneimittelinnovation angeboten werden.
- b. Nicht-patentierter AM: Ganz anders sieht es auf dem Generika-Markt aus, denn hier herrscht eine starke Preiskonkurrenz. Die Patentverluste führten dazu, dass viele Generika-Produktionsstätten von Europa z. B. nach Asien ausgelagert wurden (Globalisierung). Die Produzenten veräußern ihre Produkte meistbietend, gleichbedeutend, dass auf dem deutschen Arzneimittelmarkt Lieferengpässe entstanden und weiter entstehen werden. Da kann ein Gesetz wie das Lieferengpassbekämpfungs- und Versorgungsverbesserungsgesetz (ALBVVG; Kap. 3.4.2.1.5) auch keine substanzielle Abhilfe leisten. Letztendlich ist davon auszugehen, dass der Gesetzgeber seiner Aufgabe, die Arzneimittelgrundversorgung der Bevölkerung zu gewährleisten, nur unzulänglich nachkommt.

Apotheker entscheiden weder über die Preise verordneter Non- und Rx-FAM (G-BA; Kap 3.2.4) noch haben sie Einfluss auf das Ordnungsverhalten der Ärzte, d. h., für Arzneimittelengpässe hat sich das Apothekerwesen nicht zu verantworten.

- ii. **Apotheken:** Wenn davon ausgegangen wird, dass sowohl 1989 in der DDR und 2015 in Dänemark, die Arzneimittelversorgung der Bevölkerung grundlegend gewährleistet war, dann könnte die jeweilige Apothekenanzahl pro 100.000 Einwohner als realistische Grundlage einer Bedarfsberechnung für DE herangezogen werden. In der DDR betrug 1989 die Apothekenanzahl ca. 12,3 Einheiten und 2015 in Dänemark ca. 5,49 Einheiten pro 100.000 Einwohner (siehe Tab. 54). Durch die 2015-Apothekenreform wurde in Dänemark die Anzahl der sofort belieferten Einheiten von 72,7 % um 23,6 % auf 96,3 bis 10/2024 erhöht, gleichzeitig stieg die Apothekenanzahl auf ca. 8,82 Einheiten pro 100.000 Einwohner. Dabei darf in diesem Zusammenhang nicht vergessen werden, dass 54

Filialen von den 525 Einheiten durch staatliche Anordnung betrieben werden müssen (siehe Tab. 55).

		Staat	Einwohner [Mio.]	Anzahl Apotheken	Apotheken pro 100.000 Einwohner	Einwohner pro Apotheke	siehe:
1	1955	BRD	53,52	6.385	11,93	8.382	Abb. 10 / Kap. 3.3.2.1
2	1989	BRD	62,68	18.432	29,41	3.401	Abb. 10 / Kap. 3.3.2.1
3	1950	DDR	18,79	1.694	9,02	11.092	Abb. 11 / Kap. 3.3.2.2
4	1989	DDR	16,43	2.025	12,33	8.114	Abb. 11 / Kap. 3.3.2.2
5	1989	BRD + DDR	79,11	20.457	25,86	3.867	2 + 4
6	2008	DE	82,00	21.602	26,34	3.796	Abb. 14 / Kap. 3.3.3.4
7	2015	DK	5,68	312	5,49	18.205	Abb. 55 / Kap. 4.4.1.1

Tab. 54: BRD, DDR, DE, DK (1950 bis 2015): Anzahl Apothekeneinheiten pro Einwohner.

Selbstsagend liegen zwischen den Datenerhebungen fast 30 Jahre und zudem sind die unterschiedlichen politischen Systeme, sowie der jeweilige technische Stand zu berücksichtigen. So führte z. B. Dänemark bereits 1994 das e-Rezept ein, das dann auch ab 2007 verpflichtend anzuwenden war. In Deutschland wurde das e-Rezept erst 2024 eingeführt, wobei hier eher der Widerstand einzelner Interessengruppen als technische Gründe für die späte Einführung ausschlaggebend war.

		Staat	Einwohner [Mio.]	Anzahl Apotheken	Apotheken pro 100.000 Einwohner	Einwohner pro Apotheke	Quelle
1	2023	DK	5,95	525	8,82	11.333	Abb. 55 / Kap. 4.4.1.1
2	2023	DE	84,67	17.041	20,13	4.969	Abb. 14 / Kap. 3.3.3.4
3	Ausblick	DE = DK	84,67	7.471	8,82	11.333	siehe 1

Tab. 55: DE, DK: Der Apotheken-Gleichstand.

Unter dieser Voraussetzung (8,82 Apotheken pro 100.000 Einwohner) sollte die Arzneimittelversorgung der Bevölkerung in Deutschland dann nicht gefährdet sein. Wenn davon ausgegangen wird, dass sich die Einwohnerzahl und der Arzneimittelumsatz nicht ändern, dennoch die jährliche Apothekenzahl um 500 Einheiten abnimmt, dann wird sich Deutschland der Apothekenzahl Dänemarks in 19 Jahren anpassen. Im Ergebnis nimmt die Anzahl der Kunden pro Apotheke von derzeit ca. 4.969 Kunden auf ca. 11.333 Kunden pro Apotheke bzw. um 128 % zu. Dies wiederum führt zu diversen Herausforderungen, die letztlich nur abgeschätzt werden können.

- i.) Investitionsmittel, zur Bewältigung zunehmender Fixkosten (Einrichtung, Umbau etc.)
- ii.) Personalmangel
- iii.) Unterschiede zwischen urbanen und ländlichen Regionen
- iv.) Wartezeiten
- v.) Längere Anfahrtswege (Belieferung, Dienstbereitschaften)

In Umkehr der 2015-Apothekenreform in Dänemark, werden sich die Apothekeneinheiten in Deutschland sukzessive baulich und personell vergrößern müssen, um die erwartete Zunahme der Kundenanzahl bewältigen zu können. D. h., es werden Mittel für Investitionen benötigt und es ist abzuwarten, wie die Geldinstitute sich verhalten werden. Ob der steigende Personalbedarf von den geschlossenen Apotheken rekrutiert werden kann oder die Arbeitskräfte dann verstärkt zu lukrativen Arbeitsplätzen abwandern (Arbeitszeit bzw. Entlohnung), ist auch abzuwarten. Es ist davon auszugehen, dass die Anzahl nachrückender Apothekenmitarbeiter abnehmen wird, da das Interesse für einen Arbeitsplatz in einer Apotheke weiter sinken wird. Weiterhin wird es Unterschiede jeweiliger Art zwischen urbanen und ländlichen Regionen geben. Die Bewältigung dieser Herausforderungen setzt Planungssicherheit bzw. staatliche „Garantien“ voraus. Inwieweit diese gegeben werden können, ist fraglich bzw. ob diese dann auch eingehalten werden, wurde bereits in Kap. 3.6 für die Zeit nach 2004 dargestellt. D. h., dass die Wahrscheinlichkeit, dass „lokales“ Kapital ohne Planungssicherheit investiert wird, als eher gering einzuschätzen ist. „Überregionales“ Kapital wird vorhanden sein, dies gilt insbesondere dann, wenn das Fremdbesitzverbot fällt. Indem das deutsche Apothekenwesen durch den Gesetzgeber keine adäquate Vergütung erhält und im Verhältnis zu den vom Ausland agierenden Versendern im Wettbewerb übervorteilt wird, ist davon auszugehen, dass genau dies die gewollte Agenda ist.

Im Ergebnis ist davon auszugehen, dass, wie auch immer die Arzneimittelversorgung der Bevölkerung ausgestattet wird (Rahmenbedingungen), diese grundsätzlich gesichert sein wird. Sicher ist auch, dass die Rahmenbedingungen des Apothekenwesens sich soweit ändern werden, dass der freie Beruf bzw. die unabhängige Selbstständigkeit des Apothekenwesens möglicherweise vor dem Aus steht. Wenngleich die Betriebsführung einer (Ketten-)Apotheke auch zukünftig den Arzneimittelfachleuten überlassen wird.

### **Freiberufler und / oder Gewerbetreibende**

Über das Einkommensgesetz (Kap. 3.2.3, iv.) werden die freien Berufe definiert und obwohl in diesem Gesetz insgesamt 24 Berufe aufgeführt werden, findet die Berufsbezeichnung der Apotheker dennoch keine namentliche Erwähnung. Freiberufler erbringen Dienstleistungen auf Grundlage ihrer beruflichen Qualifikation, und sie sind keine Gewerbetreibende. Freie Berufe kennzeichnen sich durch eine eigenverantwortliche Selbstständigkeit aus, für die auch entsprechende rechtliche wie steuerliche Bestimmungen gelten. Neben diesen Voraussetzungen steht die alleinige Haftung, die unbeschränkt ins Privatvermögen greifen kann, im Vordergrund. Gewerbetreibende treiben selbstständig Handel mit Waren. Das macht den Freiberufler Apotheker zum selbstständigen Kaufmann, inkl. Gewerbeanmeldung und im Sinne des Handelsrechts (HGB) etc. D. h. auch, dass der Gewerbetreibende, neben der zu zahlende Gewerbesteuer, unmittelbar und uneingeschränkt, einschließlich seines privaten Vermögens haftet. Dabei gilt im Gegensatz zum Freiberufler, dass der Gewerbetreibende Kapitalgesellschaften gründen darf, um Haftungsforderungen auszuschließen (Kap. 3.2.2). Zusammenfassend wird postuliert, dass die Vorteile der Freiberufler wie auch für Gewerbetreibende nicht für Apothekenleiter gelten, wohl aber alle Nachteile. Die vorhergehenden Ausführungen münden in die Frage: „Inwieweit ist der Apotheker mit seiner freiberuflichen Qualifikation und in seiner Tätigkeit als Gewerbetreibender überhaupt selbstständig?“

- Während den Betriebszeiten einer Apotheke ist die durchgehende Anwesenheit eines Apothekers verpflichtend.
- Unterbezahlte Bereitschaftsdienste sind zu übernehmen (Kap. 3.4.2.1.2) und es herrscht
- Kontrahierungszwang.

Gleichbedeutend, dass weder der angeblich freiberufliche noch der gewerbetreibende Apothekenleiter Herr über seine Arbeitszeit ist. Wenn er krank wird oder in Urlaub fahren möchte, hat er für adäquaten Ersatz zu sorgen, ansonsten ist der Betrieb zu schließen. Zudem kann auch auf Grund des Kontrahierungszwangs kein Kunde abgelehnt werden, d. h., dass sonstige unterbezahlte pharmazeutische Dienstleistungen einschließlich der Rezepturerstellung ohne Verzögerung erbracht werden müssen (Kap. 3.4.2.1.3; Kap. 3.4.2.2.3).

- Mit der Rx-FAM-Abgabe geht der Apotheker in Vorkasse und das bis zu 45 Tage. Dafür wird kein finanzieller Ausgleich von den Krankenkassen gezahlt. Es drohen immer Retaxation bis hin zur Nulltaxation (Kap 3.4.2.2.7) und Liquiditätsengpässe. Wenn die

Krankenkasse die Zahlung für erbrachte Ware verweigert, ist immer der Rechtsweg zu beschreiten.

- Auch die Zuzahlungen der (zuzahlungspflichtigen) Kassenmitglieder sind, ohne eine finanzielle Kompensation durch die Krankenkassen, von den Apotheken einzubehalten.
- Die Vergütung ist seit der Einführung in 2004 praktisch eingefroren: Pro Rx-FAM wurde ein Fixum von 8,10 Euro und eine 3 %-variable Vergütung auf den AEP gewährt. In 2013 wurde das Fixum einmalig um 0,25 Euro auf 8,35 Euro erhöht. Trotz gestiegener Kosten gibt es keinen Inflationsausgleich (Kap. 3.2.5; Kap. 3.4.2.1.1).
- Die seit 2004 fortlaufend gestiegenen Kosten können nicht auf die Kunden umgelegt werden, da die Apotheken keinen Einfluss auf die vom G-BA festgelegten Rx-FAM-Preise haben. Ein Gewerbetreibender würde Kostensteigerungen immer auf die Kunden umlegen.
- Im Einkauf liegt der Gewinn, d. h., je günstiger eingekauft wird, desto höher der Gewinn. Seit 2006/2007 darf der Apothekenleiter keine Rabatte von seinen Lieferanten erhalten (Rx-FAM-beliefernde Unternehmen bzw. Pharmagroßhandel). Im Gegenzug sind dennoch die Rabattverträge der Kassen mit den Pharmaunternehmen auf eigene Kosten zwingend einzuhalten (Kap. 3.4.2.2.5).
- Spätestens seit der Einführung des AMNOG (2011) hat sich die Zusammensetzung des Apothekenumsatzes bezogen auf Rx-FAM-Umsatzklassen erheblich verändert (Kap. 3.4.2.2.2; Exkurs: AMNOG). So macht der Rx-FAM-Anteil mit einem AVP von über 500,01 Euro weiter weniger als 2 % der abgegebenen Packungen aus, dennoch beträgt dieser Anteil mittlerweile ca. 49 % (2011: ca. 30 %) vom Apothekenumsatz, d. h., dass ein Bruchteil am Warenumsatz mittlerweile fast die Hälfte des Umsatzes ausmacht. Das bedeutet, dass für diese ca. 18 % (ca. 49 % - ca. 31 % gleich ca. 18 %) des Umsatzanteiles nicht mehr 20 % - 25 % Rohgewinn erwirtschaftet wird, sondern nur noch 3 % plus 8,35 Euro Fixum pro abgegebene FAM-Packung. Zugleich hat das Risiko für Lagerverluste, Retaxation und Liquiditätsengpässe erheblich zugenommen.
- Dafür, dass Apotheken zehn Tage nach Rechnungseingang ihre Auslagen von den Krankenkassen erstattet bekommen, haben diese den Krankenkassen einen Abschlag zu gewähren.<sup>672</sup> Der Abschlag wurde vom Gesetzgeber mal erhöht und dann auch wieder gesenkt, obwohl dies nach dem SGV V § 130 auf Basis von tatsächlichen

---

<sup>672</sup> Hinweis: Die Rechnungsstellung erfolgt über ein Abrechnungszentrum und jeweils im Folgemonat. Wenn dann z. B. am zehnten ca. 70 % der Auslagen vergolten werden, sind schon 40 Tage vergangen. Die restlichen ca. 30 % werden z. B. am 15ten des Folgemonats von der Krankenkasse ausgekehrt. Somit beläuft sich der Valutazeitraum auf ca. 45 Tage bis 100 % der Auslagen vergütet wurden. Die Retaxation kann noch im 12ten Monat erfolgen.

repräsentativen Betriebsergebnissen anzupassen war. D. h., dass die Apotheken seit 2004 den Krankenkassen Nachlässe in Form von Skonti in Höhe von 21,2 % bis 28,4 % zu gewähren hatten (Kap. 3.4.2.2.4). Dennoch ließ der Gesetzgeber das BGH-Urteil von 02/2024, das besagt, dass die Skontovergabe an Apotheken auf Grund der AMPPreisV unzulässig wäre, bisher unbeantwortet (Kap. 3.4.2.1.6).

Wer in Vorleistung geht oder auch vorfristig zahlt, bekommt regelmäßig Vergünstigungen z. B. in Form von Skonti. Diese liegen i. d. R. im unteren einstelligen Bereich und nicht zwischen 21 bis 28 %.

- Da gesetzlich festgelegt ist, dass Apotheker Freiberufler und Gewerbetreibende sind, müssen in zwei Kammern Beiträge entrichtet werden. Selbstverständlich haben Apotheker als Mitglieder eines freien Berufes neben der Einkommenssteuer auch Gewerbesteuer zu zahlen.

Durch das Gutachten von Di Fabio (Kap. 3.6.2.1) konnte gezeigt werden, dass es einmal einen zumindest „mündlichen Vertrag“ zwischen dem Gesetzgeber und den Apotheken gegeben hat: Der Apotheker übernimmt die Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln und der Staat sorgt dafür, dass die Apotheken ein auskömmliches Einkommen erwirtschaften können. D. h., damit die beratenden Leistungen vergolten werden konnten, wurde den Apotheken ein Arzneimittelbelieferungsmonopol eingeräumt. Von diesem „Vertrag“ hat sich der Gesetzgeber nach 2004 immer weiter verabschiedet.

- Zum einen wurde die Vergütung in den letzten beiden Dekaden nicht angepasst, nicht einmal wurde ein Inflationsausgleich gewährt. D. h., dass trotz steigender Umsätze und Roherträge, die Kosten weit höher ausfielen und somit der Rohertrag immer weiter abnahm.
- Zum anderen hat der Gesetzgeber sein „Versprechen“ bzgl. des Arzneimittelmonopoles gebrochen, indem er weitere Akteure auf dem Arzneimittelmarkt zuließ. Dem nicht genug, so bevorteilt der Gesetzgeber auch noch vom Ausland agierende Apothekenkonkurrenz, indem diese Akteure Regelungen, an die sich inländische Präsenz-Apotheken zu halten haben, nicht einhalten müssen (für die Kunden: Preis, Boni, Rabatte; strukturell: durch die frühere Benutzung des Card-Link-Verfahren und die Nichteinhaltung der Überprüfung der Länderliste; von ihren Lieferanten: Rabatt und Skonti). Dass diese vom Ausland agierende Konkurrenz in Deutschland praktisch keine Steuern entrichtet (Einkommen- und Gewerbesteuer), keine pharmazeutischen Dienstleistungen (Rezepturherstellung, Bereitschaftsdienste) erbringt und im Verhältnis

zu der Vor-Ort-Apotheke fast keine Arbeitsplätze schafft, scheint den Gesetzgeber nicht zu interessieren. Die inländischen Arbeitnehmer leben im Inland und geben hier Geldmittel aus. Die vom Ausland agierenden Versender schöpfen ihre Gewinne ab und transferieren diese wohin sie wollen (Kap. 3.3.5, Kap. 3.4.2.2.8). Im Gegensatz zu DE dürfen Apotheken in DK keine im Ausland erworbene Arzneimittel vertreiben (Kap. 4.3.2.1.7).

Wie könnten kurzfristig Zahlungsmittel im Apothekensektor bzw. im Gesundheitssystem durch Einsparungen generiert werden?

### **Lösungsvorschlag V:**

**Arzneimittelzuzahlungen:** Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (2004) wurden die Verordnungszuzahlungen (Rezeptgebühr) pro Arzneimittelpackung auf 10 % (minimal 5,00 Euro bis maximal 10,00 Euro begrenzt. Laut der ABDA (2024) werden pro Arzneimittelpackung im Mittel dennoch nur 3,20 Euro von den Kassenmitgliedern entrichtet, denn einige Mitglieder sind zuzahlungsbefreit bzw. gibt es zuzahlungsfreie Arzneimittel. Für 905 Mio. verordnete Packungen nahmen die Krankenkassen in 2023 durch Arzneimittelzuzahlungen ca. 2,44 Mrd. Euro ein.<sup>673,674</sup>

- **Vorschlag V-1:** Durch die Erhöhung der Selbstbeteiligung um 10% auf 20 % könnten weitere ca. 2,4 Mrd. Euro generiert werden.
- **Vorschlag V-2:** Alternativ könnte zur allgemeingültigen Zuzahlung pro abgegebene Rx-FAM-Packung eine Packungsabgabe von 1,10 Euro erhoben werden. Pro 1,10 Euro würde dies eine Einnahme von ca. 1 Mrd. Euro bzw. eine Packungsabgabe von 2,20 Euro würden 2 Mrd. Euro für die Krankenkassen bedeuten.

Zukünftig sollten Zuzahlungen alle zwei Jahre nach wirtschaftlichen Gegebenheiten überprüft und ggf. angepasst werden.

**Rezepturzuschlag:** Die Rezepturherstellung ist immer eine individuelle Anfertigung. Auch hier hat sich seit 2004 preislich nichts geändert, obwohl die Löhne der Mitarbeiter, die Preise für Strom, Wasser, die Grund- und Wirkstoffe und die entsprechenden Rezepturbehältnisse etc. gestiegen sind. 2023 wurden für die GKV ca. 11 Mio. Rezepturen, d. h. inkl. der PKV ca. 12,2 Mio. Rezepturen hergestellt.

---

<sup>673</sup> Vgl. ABDA: *Die Apotheke, Zahlen - Daten - Fakten, 2024*, S. 42.

<sup>674</sup> Vgl. ABDA: *Die Apotheke, Zahlen - Daten - Fakten, 2024*, S. 29.

- **Vorschlag V-3:** Für diese individuelle Dienstleistung könnten 5,00 Euro von jedermann zuzüglich der Zuzahlung (unabhängig einer evtl. Zuzahlungsbefreiung) geleistet werden. Dies würde ca. 61,1 Mio. Euro in den Kassen der Apotheken generieren bzw. ca. 3.600 Euro pro Apotheke (bei 17.000 Apotheken).

**Notdienstgebühren:** Obwohl es 2012 entsprechende Diskussionen in der DAZ<sup>675,676</sup> gab, hat sich die Notdienstpauschale nach 2003 nicht mehr verändert. Unabhängig von der Anzahl der im Notdienst vom Kunden eingelösten Verordnungen und abgegebenen Packungen sind weiterhin pro Vorgang nur 2,50 Euro vom Kunden bzw. von der Kasse zu entrichten. 2023 wurden ca. 420.000 Notdienste von den Apotheken in Deutschland erbracht, wobei täglich ca. 1.200 Apotheken Bereitschaftsdienst hatten und pro Nachtdienst ca. 20.000 Kunden versorgt werden.

- **Vorschlag V-4:** Gestaffelt nach Tageszeiten sollten die Nachtdienstgebühren wie folgt erhöht werden:

Wochentags: Von der regelmäßigen Schließzeit bis 20:00:	5,00 Euro
Von 20:00 bis 24:00:	10,00 Euro
Von 00:00 bis zur regelmäßigen Betriebszeit:	20,00 Euro
Sonnabend: Ab der regelmäßigen Schließzeit bis 20:00:	5,00 Euro
Von 20:00 bis 24:00:	10,00 Euro
Sonn- und Feiertage: 08:00 bis zum Folgetag 08:00:	20,00 Euro

Bei allen Vorschlägen sind Härtefallregelungen zu berücksichtigen, d. h., die Gebühr für Minderjährige bzw. chronisch Kranke sind von den Kassen zu übernehmen. Da keine Daten vorliegen, wann dienstleistende Apotheken frequentiert wurden, kann nur eine theoretische Abgabenerhöhung ermittelt werden.: Pro Kunde x Abgabe von 1,00 Euro x Tage gleich 20.000 x 1,00 x 365 Tage gleich 7,3 Mio. Euro pro 1,00 Euro Abgabenerhöhung. Eine Notdienstgebühr von 5,00 Euro entspräche dann ca. 18,25 Mio. Euro mehr als dato, bzw. ca. durchschnittlich 1.073 Euro pro Apotheke pro Jahr (bei 17.000 Apotheken).

<sup>675</sup> Vgl. DAZ (40/2012): *Die neue Notdienstpauschale.*

<sup>676</sup> Vgl. DAZ (43/2012): *Neuregelung der Notdienstgebühr.*

## Langfristig zu generierende Einsparung im Apothekensektor bzw. Gesundheitssystem

Im Vergleichskapitel 5 konnte gezeigt werden, dass der Aufwand sowohl für die Verwaltungskosten, wie Non- und Rx-FAM pro Kopf in Deutschland wesentlich höher ist als in Dänemark. Inwieweit hier Einsparungen möglich sind, soll weder vorgeschlagen noch im Detail erörtert, dennoch darauf hingewiesen werden.

- **Verwaltungskosten:** Die Verwaltungsausgaben lagen 2022 in Deutschland pro Einwohner bei 245,44 Euro und somit 240,37 Euro oder 4.741 % höher als in Dänemark (5,07 Euro). Es soll hier nicht für die Bürgerversicherung plädiert werden, dennoch könnten Verwaltungskosten von ca. 20,36 Mrd. Euro pro Jahr eingespart werden (Kap. 5.2.3).
- **Rx-FAM-Preise:** In Deutschland werden 688 Euro pro Einwohner und Jahr für Rx-FAM ausgegeben, d. h. 438 Euro bzw. 275 % mehr als in Dänemark. Insgesamt bedeutet dies Mehrausgaben von 37,07 Mrd. Euro (Kap. 5.5.3.1).
- **Non-RX-FAM-Preise:** Diese lagen 2022 in Deutschland bei 96,74 Euro pro Einwohner und damit um 42,32 Euro pro Kopf bzw. 77,8 % höher als in Dänemark. Die Mehrausgaben in Deutschland belaufen sich somit auf 2,963 Mrd. Euro (Kap. 5.5.3.2).

Zusammengelegt ergibt der höhere pro Kopfaufwand pro Jahr hypothetische 61,4 Mrd. Euro.

## Umsatzsteuerreduzierung

Die Gesundheitsausgaben liegen in Deutschland gegenwärtig bei ca. 500 Mrd. Euro. Wenn diese Summe als Nettobetrag betrachtet wird, dann betragen die Umsatzsteuern nach gegenwärtigen 19 % ca. 95 Mrd. Euro. Wird der Umsatzsteuersatz z B. auf 7 % gesenkt, dann sind nur noch 35 Mrd. Euro abzuführen, d. h., die Bevölkerung bzw. die Krankenkassen könnten in diesem Beispiel ca. 60 Mrd. Euro einsparen. Gleichzeitig müsste der Gesetzgeber auch nicht mehr Mittel umverteilen, um z. B. den Gesundheitsfonds zu unterstützen (Kap. 3.1.3.1).

## Einsparungen durch das Apothekenwesen

	Einsparungen [Mrd. €]				
	2004 bis 2023	pro anno	2015 bis 2023	pro anno	2023
Apothekenabschlag (Kap. 3.4.2.2.1, Tab. 18)	24,97	1,249	12,31	1,37	1,596
Fehlender Inflationsausgleich (Kap. 3.4.2.2.1, Tab. 18)	15,54	0,818	11,12	1,24	2,029
Rabattverträge (Kap. 3.4.2.2.5; Abb. 34)			42,40	4,71	5,80
Gesamt	(40,51)	(2,07)	65,83	7,31	9,43

Tab. 24: DE (2004 bis 2022): Einsparungen im Apothekensektor. Eigene Berechnungen.

Es soll nochmal auf die Tab. 24 (Kap. 3.4.2.3) verwiesen werden, dass im Apothekensektor auf Grund gesetzlicher Änderungen in Deutschland allein in 2023 die Allgemeinheit mit insgesamt 9,43 Mrd. Euro entlastet hat.

### **Maßnahmen**

Für Deutschland gilt, dass

- ohne eine erhebliche Anpassung des Fixums auf über 12 Euro, der Niedergang des Apothekenwesens nicht mehr aufzuhalten ist.
- Zudem muss der Arzneimittelmarkt für vom Ausland agierende Versender durch nationales Recht verboten werden, es sei denn, dass für alle Marktakteure dieselben wettbewerblichen Bedingungen gelten, deren Einhaltung vom Gesetzgeber überwacht und ggf. sanktioniert werden. Dies darf auch nicht durch Lobbyismus und oder EU-Recht wieder unterwandert werden (Kap. 3.3.5).

Wenn sich die wirtschaftlichen Bedingungen für deutsche Vor-Ort-Apotheken nicht kurzfristig verbessern, dann sind alle hier gemachten Lösungsvorschläge reine Makulatur und diese Arbeit nicht zielführend.

### **6.5 Die Beantwortung der Forschungsfragen**

- i.) Was waren die Gründe zur Durchführung der 2015-Apothekenreform in Dänemark?*
- ii.) Welche positiven bzw. negativen Erfahrungen konnten im Apothekensektor Dänemarks gefunden werden?*
- iii.) (Hauptfrage) Können die in Dänemark gemachten gesundheitsökonomischen und -politischen Erfahrungen auf das deutsche Gesundheitssystem übertragen werden?*

Der wissenschaftliche Beitrag dieser Arbeit liegt,

- in einer Post-Covid-19-Zustandsbeschreibung der Apothekensektoren der beiden Vergleichsländer,
- in der Erarbeitung von Lösungsvorschlägen, wobei als Arbeitsmethode der Vergleich der beiden unterschiedlich finanzierten Apothekensektoren von Deutschland und Dänemark diente und
- im Aufzeigen, dass es im Ergebnis der Eingriffe des Gesetzgebers, für ein stetig ausgabenansteigendes Gesundheitssystem, zu einem weitreichenden ökonomischen Niedergang in beiden Apothekensektoren geführt hat. Mittlerweile ergeben sich immer mehr Anzeichen, dass der wohl funktionierende Apothekensektor in Deutschland in der derzeitigen Form vor dem wirtschaftlichen Zusammenbruch steht. Dies könnte

verhindert werden, sofern die Entscheidungsträger zur Einsicht kommen würden, dass jedes Wirtschaftssubjekt dem Wirtschaftlichkeitsprinzip unterliegt und dass ein Beruf längst nicht mehr mit einer altruistischen Berufung gleichzusetzen ist.

In diesem letzten Kap. 6 wurden mehrere Lösungsvorschläge vorgestellt, die auf Grundlage der 2001- und 2015-Apothekenreform in Dänemark gemachten Erfahrungen sowie aus den deutschen Apothekensektor ergebend, erarbeitet wurden.

In Dänemark wurden auf Grund von Fachkräftemangel bzw. fehlender Betriebsnachfolger neue Wege in der Ausbildung eingeschlagen. Im Hauptstudium werden die Apothekerkandidaten speziell für den späteren Arbeitsplatz ausgebildet. Somit sind sie besser auf das spätere Berufsleben vorbereitet und zudem fördert eine Spezialisierung, die Attraktivität der Ausbildung. Die Spezialisierung gilt auch für die Ausbildung der Farmakonome. Auf Grund der zu erfüllenden schulischen Voraussetzungen und der Ausbildungsdauer, ist diese Ausbildung umfangreicher und damit höherwertiger als die deutsche PTA-Ausbildung. Im Gegensatz zur PTA-Ausbildung werden Farmakonome während ihrer Ausbildung entlohnt. Durch eine Abgabe pro Arzneimittelpackung werden Apothekeneinheiten in kaufkraftschwachen Regionen finanziell unterstützt.

Zudem wurden auch Vorschläge, die sich aus dem deutschen Apothekensektor bzw. aus dem Gesundheitssystem ergeben, gemacht: Eine Erhöhung der seit 20 Jahren bestehenden Patientenzahlung und Notdienstzuschläge, die überhöhten Verwaltungsgebühren, aber auch die Senkung der Umsatzsteuer könnten eine Kostenersparnis bringen.

Die Forschungsfragen konnten alle beantwortet werden und damit soll es als gesichert gelten, dass die wenigen durch die Apothekenreform in Dänemark gemachten positiven Erfahrungen, sehr wohl in den Apothekensektor in Deutschland implementiert werden könnten. Dies sollte mittelfristig auch für die Arzneimittelversorgung der Bevölkerung in Deutschland gelten.

## 7. Fazit

Da dem Gesetzgeber selbst die Kompetenz fehlt, wurde die Arzneimittelversorgung der Bevölkerung an selbstständige Leistungserbringer übertragen. Als Ausgleich für diverse wirtschaftliche und strukturelle Einschränkungen wurde ein auskömmliches Einkommen ausgelobt. Von dieser Zusage hat sich der Gesetzgeber durch mehrere tiefgreifende Markteingriffe in den letzten beiden Dekaden verabschiedet. Die Folge ist eine angespannte wirtschaftliche Lage der Vor-Ort-Apotheken, die verbunden mit Arzneimittellieferengpässen, die Arzneimittelversorgung gefährdet. Wenngleich, der Apothekensektor in Deutschland ist durch staatliche Eingriffe stärker wirtschaftlich und der Apothekensektor in Dänemark stärker strukturell betroffen. Sowohl aus der 2001- wie auch in der 2015-Apothekenreform in Dänemark konnten, wenn auch nur wenige Erfahrungen bzw. Ergebnisse herausgefiltert werden, die dennoch sehr wohl in den deutschen Apothekensektor implementiert werden könnten. Die da wären:

- Eine Umstrukturierung der Pharmazeutenausbildung mit einer höheren Spezialisierung (Apotheke, Forschung und Produktion), um somit auch den persönlichen Präferenzen der Pharmaziestudenten entgegenzukommen.
- Die Einführung einer „neuen“ Heilberufsausbildung zum Pharmakonom, die eine Vertretungsberechtigung für Apothekenleiter gewährt.
- Die Anerkennung der Berufsausbildung des Pharmazeutisch-technischen Assistenten (PTA) als Heilberuf und die Ausbildungsumgestaltung nach dualem Modell auf drei Jahre. Zudem soll den bereits ausgebildeten PTA durch Weiterbildungsmaßnahmen, die Anerkennung zum Pharmakonom ermöglicht werden.
- Einstellung der PKA-Ausbildung.
- Die Einführung einer Abgabe von z. B. 0,25 Euro pro Rx-FAM-Packung, die erhoben wird, um Apotheken, die in bevölkerungsschwachen Regionen die Arzneimittelversorgung der Bevölkerung gewährleisten, finanziell zu unterstützen.
- Eine Vergütungsanpassung verbunden mit einem Inflationsausgleich.

Mit dem vom BMG initiierten Apotheken-Reformgesetz (ApoRG) soll die sog. Apotheke „light“ eingeführt werden, wovon dringend gewarnt wird. Diese Einheiten sollen keine Bereitschaftsdienste anbieten, von PTA geführt werden, und durch die Abwesenheit eines Apothekers, nur verzögert Kunden mit BTM beliefern können. Die vergleichbare Einheit in Dänemark ist die Arzneimittelverkaufsstelle. 2015 gab es davon 117 Einheiten und 2024 nur

noch 20 Einheiten. Diese 20 Einheiten und weitere 54 Filialen, werden subventioniert und nur auf Grund von behördlichen Anordnungen (*påbud*) betrieben.

Die Gesetzgeber in Dänemark wie in Deutschland kommen ihren „Verträgen“ mit dem jeweiligen Apothekensektor nicht nach bzw. haben letztendlich in ihren Ländern Vertragsbruch begangen. Denn für die Übernahme der Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln, hatten sich die Gesetzgeber verpflichtet, ein auskömmliches Einkommen zu ermöglichen. Dafür wurde den Apothekensektoren ein nationales Arzneimittelbelieferungsmonopol gewährt. Obwohl ein Monopol volkswirtschaftlich gesehen schädlich ist, hat dieses bzgl. Arzneimittelversorgung und -sicherheit dennoch eine Berechtigung, denn für die beratende, d. h. pharmazeutische Leistung der Apotheken will weder der Nachfrager noch der Gesetzgeber zahlen. Daher muss der „kaufmännische Bereich“ die wirtschaftliche Lücke im „pharmazeutischen Bereich“ kompensieren, gleichbedeutend, dass keine weitere bzw. überregionale Konkurrenz zuzulassen sein dürfte. Dennoch hat Dänemark 2001 und Deutschland 2004 sogar nicht-pharmazeutische Konkurrenz ermöglicht. In Dänemark muss der Apothekensektor die wirtschaftlichen Defizite selbst ausgleichen (Ausgleichregelung). In Deutschland hat dies zusammen mit anderen wirtschaftlichen Einschränkungen dazu geführt, dass sich nach 2008 die Anzahl der Apotheken um über ca. 21 % reduzierte. Besonders gravierend für die Vor-Ort-Apotheke in Deutschland ist zudem, dass der Gesetzgeber vom Ausland agierende Versender zudem massiv bevorteilt. Durch die 2015-Apothekenreform in Dänemark wurde die Anzahl Rezept beliefernder Apothekeneinheiten um ca. 68 % erhöht, wengleich nicht nur durch Neugründungen, sondern auch durch Umwandlung vorhandener Einheiten. Die Investitionskosten für die Reform konnten nur durch eine Überschreitung der Freihandelswarenobergrenze erwirtschaftet werden, wofür der Apothekensektor in Gänze abgestraft wurde bzw. wird. Damit zahlt der Apothekensektor die getätigten Reforminvestitionen doppelt. Durch die Übernahme von ca. 31 % des Rohertrages, kann der Gesetzgeber in Dänemark eine Macht auf das Apothekenwesen ausüben, was seines Gleichen im deutschen Apothekensektor noch sucht. Für beide Länder gilt, dass sich die zu erbringenden Arbeitsleistungen in den letzten zwei Dekaden wesentlich erhöht haben. Die Mehrleistungen werden nicht kostendeckend vergütet. Und obwohl ein Facharbeitermangel herrscht, sollen in beiden Vergleichsländer die jeweiligen Apothekensektoren, die unterfinanzierten weiteren Sektoren im Gesundheitssystem zusätzlich noch entlasten.

Was nicht erforscht werden konnte, war, weshalb der Gesetzgeber in Deutschland vom Ausland agierende Akteure immer wieder zum Nachteil der hiesigen Apotheken bevorteilt.

## **8 Ausblick**

Insbesondere für das deutsche Apothekenwesen ist festzuhalten: Kommt es kurzfristig nicht zu einer wesentlichen Vergütungsanpassung inkl. fortlaufendem Inflationsausgleich, wird das derzeitige Apothekensystem wirtschaftlich weiter in Mitleidenschaft gezogen. Es gibt Anzeichen dafür, wenngleich es nicht offen kommuniziert wird, dass die Apothekenanzahl bewusst erheblich reduziert werden soll. Zudem ist zu erwarten, dass mittelfristig das Fremdbesitzverbot aufgehoben und das Arzneimittel-Dispensierverbot für Ärzte durch die Einführung der doppelten Struktur der sog. „Notfallapotheke“ (Kap. 3.7), wegfallen sollen.

# Literaturverzeichnis

## Aufsätze

- Beske, F. (2007): *Gesundheitsversorgung 2050: Prognose für Deutschland und Schleswig-Holstein*, in: Schriftenreihe / Fritz-Beske-Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel. ISBN: 978-3-88312-335-6. Kiel: Schmidt & Klaunig, ZDB-ID 2084338-0. - Bd. 108; bzw. *Gesundheitsversorgung 2050, Herausforderungen einer alternden Gesellschaft - eine Prognose*, in: *Arzt und Krankenhaus* 11/2007, S. 326-330. [online]: [https://tu-dresden.de/med/mf/ame/ressourcen/dateien/Doktorarbeiten/doktorandenmaterialien/doktoranden\\_sesam\\_4/folder-2009-01-12-3341379078/folder-2009-01-13-2363600224/Gesundheitsversorgung\\_2050\\_Beske.pdf?lang=de](https://tu-dresden.de/med/mf/ame/ressourcen/dateien/Doktorarbeiten/doktorandenmaterialien/doktoranden_sesam_4/folder-2009-01-12-3341379078/folder-2009-01-13-2363600224/Gesundheitsversorgung_2050_Beske.pdf?lang=de); [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Breyer, F. (2013): *Ageing, medical progress and the growth of healthcare expenditure*, in: *Der Urologe*, Ausg. A, 01.06.2013, 52 (6): S. 777-784. [online]: [https://www.researchgate.net/publication/236328596\\_Ageing\\_medical\\_progress\\_and\\_the\\_growth\\_of\\_healthcare\\_expenditure](https://www.researchgate.net/publication/236328596_Ageing_medical_progress_and_the_growth_of_healthcare_expenditure); [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Cuadrado, C.; Crispi, F.; Libuy, M.; Marchildon, G.; Camilo Cid, C. (2019): *National Health Insurance: A conceptual framework from conflicting typologies*, in: *Health Policy*, 2019 Jul, Vol. 123 (7), S. 621-629. [online]: [https://www.researchgate.net/publication/333195370\\_National\\_Health\\_Insurance\\_A\\_conceptual\\_framework\\_from\\_conflicting\\_typologies](https://www.researchgate.net/publication/333195370_National_Health_Insurance_A_conceptual_framework_from_conflicting_typologies); [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Di Fabio (2024): *Apothekerliche Präsenzpflicht in der Apotheke - Zur verfassungsrechtlichen Einordnung des Berufsbildes des Präsenzapothekers. Rechtsgutachten im Auftrag der ABDA*, in: *ABDA* (15.05.2024). [online]: [https://www.abda.de/fileadmin/user\\_upload/assets/Bilder/Newsroom/Gutachten\\_Di\\_Fabio\\_240424\\_final.pdf](https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/Bilder/Newsroom/Gutachten_Di_Fabio_240424_final.pdf); [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Erixon, F.; van der Marel, E. (2011): *What is driving the rise in health care expenditures? An inquiry into the nature and causes of the cost disease*. ECIPE Working Paper, No. 05/2011, S. 1-27. [online]: <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/174848/1/ecipe-wp-2011-05.pdf>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Giaimo, S.; Manow, P. (1999): *Adapting the Welfare State: The Case of Health Care Reform in Britain, Germany, and the United States*, in: *Comparative Political Studies*, 1999 Dec., Volume 32, Issue 8, S. 967-1000. [online]: [https://www.researchgate.net/publication/249699504\\_Adapting\\_the\\_Welfare\\_StateThe\\_Case\\_of\\_Health\\_Care\\_Reform\\_in\\_Britain\\_Germany\\_and\\_the\\_United\\_States](https://www.researchgate.net/publication/249699504_Adapting_the_Welfare_StateThe_Case_of_Health_Care_Reform_in_Britain_Germany_and_the_United_States); bzw. <https://doi.org/10.1177/0010414099032008003>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Grossmann, V. (2021): *Medical Innovations and Ageing: A Health Economics Perspective*, CESifo Working paper No. 9387. [online]: <https://www.cesifo.org/en/publications/2021/working-paper/medical-innovations-and-ageing-health-economics-perspective>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Heilemann, U. (2019). *Rezessionen in der Bundesrepublik Deutschland von 1966 bis 2013*, in: *Wirtschaftsdienst*, 99(8), S. 546-552, doi:10.1007/s10273-019-2489-6; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Huber, J.; Mielck, A. (2010): *Morbidität und Gesundheitsversorgung bei GKV- und PKV-Versicherte - Forschungsstand empirischer Studien*, in: *Bundesgesundheitsblatt* 2010, Vol. 53, Issue 9, S. 925-938, doi: 10.1007/s00103-010-1119-7. [online]: [https://www.researchgate.net/publication/263252496\\_Morbiditat\\_und\\_Gesundheitsversorgung\\_bei\\_GKV-\\_und\\_PKV-Versicherten](https://www.researchgate.net/publication/263252496_Morbiditat_und_Gesundheitsversorgung_bei_GKV-_und_PKV-Versicherten); [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Joachimsthaler, S. (2020): *Apothekenberufe in der DDR*, in: *DAZ* 40/2020. [online]: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2020/daz-40-2020/apothekenberufe-in-der-ddr>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Jonasen, V. (2004): *Den Kommunale Danske Velfærdstat - Gemmem Fire Socialreformer Og Fire Mellemtider*, in: *Den danske Velfærdsstats Historie – Antologie*, Ploug, N.; Henriksen, I.; Kærgård, N. (Hrsg. 2004), København, Socialforskningsinstitut. [online]: <https://pure.vive.dk/ws/files/257607/0418velfaerdsstaten.pdf>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Kaapke, A.; Kleber-Herbel, N. (2024): *Ökonomisches Gutachten zur Überprüfung des Anpassungsbedarfs des Apothekenhonorars gemäß § 3 Abs. 1 Satz 1 AMPreisV*, in: *FA (Aktionen 12.04.2024)*: Unterlagen: Klage und Gutachten. [online]: <https://www.freieapothekerschaft.de/klage/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Kalscheuer, F.; Harding, N. (2024): *Zur Vereinbarkeit des Referentenentwurfs zum Apotheken-Reformgesetz mit dem Apotheken- und Verfassungsrecht. Gutachterliche Stellungnahme im Auftrag der FA*, in: *FA (Aktionen 02.07.2024)*: Referentenentwurf: FA nimmt Stellung. [online]: <https://www.freieapothekerschaft.de/stellungnahme-zum-referentenentwurf/#more-16629>; [letzter Zugriff 05.01.2025].

- Klein, R. (1997): *Learning from Others: shall the Last be the first?*, in: Journal of Health Politics, Policy and Law (1997), 22 (5), S. 1267-1278, doi: 10.1215/03616878-22-5-1267. [online]: <https://read.dukeupress.edu/jhpl/article-abstract/22/5/1267/39455/Learning-from-Others-Shall-the-Last-Be-the-First>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Korf, C. (Pressekonferenz 04.06.2020), ABDA: *Vorstellung: „Die Apotheke: Zahlen, Daten, Fakten 2020*. [online]: [https://www.abda.de/fileadmin/user\\_upload/assets/Pressetermine/2020/TdA\\_2020/Praesentation\\_TdA\\_04.06.2020.pdf](https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/Pressetermine/2020/TdA_2020/Praesentation_TdA_04.06.2020.pdf); [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Lange-Janson, V.: *Das schwedische Gesundheitssystem ist staatlich und entwickelt sich zu einer Katastrophe (2012-2023)*. [online]: <https://schweden.pl7.de/das-schwedische-gesundheitssystem/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Leitner, A. M.; Theurl, E. (2012): *The Convergence of Health Sare Financing Structures: Empirical Evidence from OECD-Countries*, Working Papers, in: Economics and Statistics, No. 2009-20, University of Innsbruck, Department of Public Finance, Innsbruck. [online]: <https://www.econstor.eu/dspace/bitstream/10419/73496/1/74388616X.pdf>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Moore, M.; Anthony, C. R.; Lim, Y.-W.; Jones, S. S.; Overton, A.; Yoong, J. K. (2014): *Health Care Financing: Overview and Lessons*, in: The Future of Health Care in the Kurdistan Region-Iraq, Toward an Effective, High-Quality System with an Emphasis on Primary Care, RAND Corporation. [online]: <https://www.rand.org/pubs/periodicals/health-quarterly/issues/v4/n2/01.html>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Newbould, V.; Le Meur, S.; Goedecke, T.; Kurz, X. (2017): *Medication Errors: A Characterisation of Spontaneously Reported Cases in EudraVigilance*, in: Drug Saf. 2017; 40(12): S. 1241-1248, doi:10.1007/s40264-017-0569-3. [online]: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28698988>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Okma, K. G. H. (2008): *Learning and Mislearning across Borders: What Can We (Not) Learn from the 2006 Health Care Reform in the Netherlands? Commentary on Rosenau and Lako*, in: J Health Politics Policy Law (2008) 33 (6), S. 1057-1071. [online]: [https://www.researchgate.net/publication/23502640\\_Learning\\_and\\_Mislearning\\_across\\_Borders\\_What\\_Can\\_We\\_Not\\_Learn\\_from\\_the\\_2006\\_Health\\_Care\\_Reform\\_in\\_the\\_Netherlands\\_Commentary\\_on\\_Rosenau\\_and\\_Lako](https://www.researchgate.net/publication/23502640_Learning_and_Mislearning_across_Borders_What_Can_We_Not_Learn_from_the_2006_Health_Care_Reform_in_the_Netherlands_Commentary_on_Rosenau_and_Lako); [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Peden, E. A.; Freeland, M. S. (1995): *A Historical Analysis of Medical Spending Growth, 1960-1993*, in: Health Affairs, Vol. 14, No. 2, S. 235-247, doi:10.1377/hlthaff.14.2.235. [online]: [https://www.academia.edu/973686/A\\_historical\\_analysis\\_of\\_medical\\_spending\\_growth\\_1960\\_1993/](https://www.academia.edu/973686/A_historical_analysis_of_medical_spending_growth_1960_1993/); [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Rixen, S. (2024): *Zur Verfassungswidrigkeit des § 2 AMPreisV i. d. F. des Referentenentwurfs eines Apotheken-Reformgesetzes (ApoRG) - Rechtliches Kurzgutachten im Auftrag des PHAGRO Bundesverband des pharmazeutischen Großhandels e.V.*, in: PHAGRO (03.07.2024). [online]: <https://www.phagro.de/app/uploads/2024/07/ApoRG-RefE-%C2%A7-2-AMPreisV-Verfassungsrechtliches-Gutachten-PHAGRO.pdf>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Rothgang, H. (2009): *Bismarck, Beveridge oder was sonst? Linzer Gesundheitspolitisches Gespräch - Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich*. [online]: [http://www.initiative-elga.at/ELGA/Gesundheitssystem\\_Daten\\_Fakten\\_Infos/Bismarck\\_Beveridge\\_oder\\_was\\_sonst\\_Rothgang\\_090122.pdf](http://www.initiative-elga.at/ELGA/Gesundheitssystem_Daten_Fakten_Infos/Bismarck_Beveridge_oder_was_sonst_Rothgang_090122.pdf); [letzter Zugriff 05.01.2025].
- de Savigny, D.; Adam, T. (Hrsg. 2009): *Systems Thinking for Health Systems Strengthening*, in: Alliance for Health Policy and System Research, WHO, Genf 2009, ISBN: 9789241563895. [online]: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44204/9789241563895\\_eng.pdf?sequence=1%26isAllowed=y](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44204/9789241563895_eng.pdf?sequence=1%26isAllowed=y); [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Schmid, A.; Cacace, M.; Götze, R.; Rothgang, H. (2010): *Explaining Health Care System Change: Problem Pressure and Emergence of "Hybrid" Health Care Systems*, in: J Health Polit and Policy Law (2010), 35 (4), S. 455-486. [online]: [https://www.researchgate.net/publication/47701008\\_Explaining\\_Health\\_Care\\_System\\_Change\\_Problem\\_Pressure\\_and\\_the\\_Emergence\\_of\\_Hybrid\\_Health\\_Care\\_Systems](https://www.researchgate.net/publication/47701008_Explaining_Health_Care_System_Change_Problem_Pressure_and_the_Emergence_of_Hybrid_Health_Care_Systems); [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Tenbensel, T.; Eagle, S.; Ashton, T. (2012): *Comparing health policy agendas across eleven high income countries: Islands of difference in a sea of similarity*, in: Health Policy, 2012 June, Vol. 106 (1), 29-36. [online]: [https://www.researchgate.net/publication/224932228\\_Comparing\\_health\\_policy\\_agendas\\_across\\_eleven\\_high\\_income\\_countries\\_Islands\\_of\\_difference\\_in\\_a\\_sea\\_of\\_similarity](https://www.researchgate.net/publication/224932228_Comparing_health_policy_agendas_across_eleven_high_income_countries_Islands_of_difference_in_a_sea_of_similarity); [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Wendt, C. (2006): *Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich*, in: Das Gesundheitswesen 2006; 68(10): 593-599, doi:10.1055/s-2006-927046. [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Wendt, C. (2005): *Der Gesundheitssystemvergleich: Konzepte und Perspektiven*. Arbeitspapiere, Mannheimer Zentrum für Europäische Sozialforschung, 88, ISSN 1437-8574. [online]: <https://www.mzes.uni-mannheim.de/publications/wp/wp-88.pdf>; [letzter Zugriff 05.01.2025].

Wild, F. (2016): *Mehrumsatz und Leistungsabgaben in der PKV - Eine Analyse auf Basis der Daten von 2006 - 2014*, Diskussionspapier 1/16, Wissenschaftliches Institut der PKV. [online]: [https://www.wip-pkv.de/fileadmin/DATEN/Dokumente/Veroeffentlichungen/Wild\\_Mehrumsatz\\_und\\_Leistungsausgaben\\_2006\\_2014.pdf](https://www.wip-pkv.de/fileadmin/DATEN/Dokumente/Veroeffentlichungen/Wild_Mehrumsatz_und_Leistungsausgaben_2006_2014.pdf); [letzter Zugriff 05.01.2025].

Wong, G.; Greenhalgh, T.; Westhorp, G.; Buckingham, J.; Pawson, R. (2013): *RAMESES publication standards: meta-narrative reviews*, in: BMC Medicine, (2013), 11 (5): 20. [online]: <https://bmcmedicine.biomedcentral.com/counter/pdf/10.1186/1741-7015-11-20.pdf>; [letzter Zugriff 05.01.2025].

### Monographien

Bauer, E. (2008): *Apotheken*, in: Pharmabetriebslehre, Schöffski, O.; Fricke, F.-U.; Guminski, W. (Hrsg.): Springer-Verlag, Berlin, 2. Auflage, S. 340-363

Beske, F. (1999): *Zur Entwicklung der Gesundheitsforschung in Deutschland*, in: König, H.-H.; v. Stillfried, D. (Hrsg.): Gesundheitssystemforschung in Wissenschaft und Praxis. 1. Aufl., Schattauer Verlag, 1. Auflage, S. 11-16.

Busse, R. (2016): *Gesundheitssystem- und Versorgungsforschung*, in: Hurrelmann, K.; Razum, O. (Hrsg.): *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Beltz Juventa, 6. Auflage, S. 441-460.

Daumann, F.; Esipovich, L. (2020): *Kostenrechnung für öffentliche Apotheken - Grundlagen, Methoden und Fallbeispiele*, UVK Verlag, 1. Aufl.

Knieps, F.; Reiners, H. (2015): *Gesundheitsreformen in Deutschland*. Verlag Hans Huber, 1. Auflage.

Schölkopf, M.; Pressel, H. (2017): *Das Gesundheitssystem im internationalen Vergleich*. MWV, 3. Auflage.

Schwartz, F. W. (1998): *Public Health: Zugang zu Gesundheit und Krankheit der Bevölkerung, Analysen für effektive und effiziente Lösungsansätze*, in: Das Public Health Buch, Schwartz, F.W.; Badura, B.; Leidl, R.; Raspe, H.; Siegrist, J. (Hrsg.), 1. Aufl., Urban & Schwarzenberg Verlag, S. 2-5.

Schwartz, F. W.; Busse, R. (1998): *Denken in Zusammenhängen: Gesundheitssystemforschung*, in: Das Public Health Buch, Schwartz, F.W.; Badura, B.; Leidl, R.; Raspe, H.; Siegrist, J. (Hrsg.), 1. Aufl., Urban & Schwarzenberg Verlag, S. 385-411.

### Online verfügbare Quellen

2HM Research + Consulting: *Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) geregelten Preise - Ein Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie. IC - 80 14 36/74 - Projekt 74/15*. [online]: [https://www.bmwk.de/Redaktion/DE/Publikationen/Studien/ermittlung-der-erforderlichkeit-und-des-ausmasses-von-aenderungen-der-in-der-arzneimittelpreisverordnung.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=1](https://www.bmwk.de/Redaktion/DE/Publikationen/Studien/ermittlung-der-erforderlichkeit-und-des-ausmasses-von-aenderungen-der-in-der-arzneimittelpreisverordnung.pdf?__blob=publicationFile&v=1); [letzter Zugriff 05.01.2025].

ABDA: *Beispielrechnung: Fertigarzneimittel und Rezepturen*. [online]: <https://www.abda.de/apotheke-in-deutschland/preise-und-honorare/beispielrechnung/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].

ABDA: *Bundesapothekenkammer (BAK)*. [online]: <https://www.abda.de/ueber-uns/bak/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].

ABDA: *Institutionen der Apothekerschaft*. [online]: <https://www.abda.de/ueber-uns/institutionen/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].

ABDA: *Pharmazeutische Dienstleistungen*. [online]: [https://www.abda.de/fileadmin/user\\_upload/assets/ZDF/ZDF-2023/ZDF\\_23\\_7\\_Pharmazeutische\\_Dienstleistungen.pdf](https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/ZDF/ZDF-2023/ZDF_23_7_Pharmazeutische_Dienstleistungen.pdf); [letzter Zugriff 05.01.2025].

ABDA (2024): *Versandhandel*. [online]: <https://www.abda.de/themen/versorgungsfragen/versandhandel/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].

ABDA (Pressemitteilung 10.01.2025): *Nur noch 17.041! Immer mehr Apotheken schließen, immer weniger werden neu eröffnet*. [online]: <https://www.abda.de/aktuelles-und-presse/pressemitteilungen/detail/nur-noch-17041-immer-mehr-apotheken-schliessen-immer-weniger-werden-neu-eroeffnet/>; [letzter Zugriff 11.01.2025].

ABDA (Faktenblatt Sept. 2024): *Versandhandel mit Arzneimitteln*. [online]: [https://www.abda.de/fileadmin/user\\_upload/assets/Faktenblaetter/Faktenblatt\\_Versandhandel.pdf](https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/Faktenblaetter/Faktenblatt_Versandhandel.pdf); [letzter Zugriff 05.01.2025].

ABDA (Faktenblatt Aug. 2024): *Nacht- und Notdienst*. [online]: [https://www.abda.de/fileadmin/user\\_upload/assets/Faktenblaetter/Faktenblatt\\_Notdienst.pdf](https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/Faktenblaetter/Faktenblatt_Notdienst.pdf); [letzter Zugriff 05.01.2025].

## Literaturverzeichnis

- ABDA (Juli 2024): *PTA-Schulen.* [online]: [https://www.abda.de/fileadmin/user\\_upload/assets/Ausbildung\\_Studium\\_Beruf/PTA\\_Schulen.pdf](https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/Ausbildung_Studium_Beruf/PTA_Schulen.pdf); [letzter Zugriff 05.01.2025].
- ABDA (Mai 2024): *Die Apotheke, Zahlen - Daten - Fakten, 2024.* [online]: [https://www.abda.de/fileadmin/user\\_upload/assets/ZDF/Zahlen-Daten-Fakten-24/ABDA\\_ZDF\\_2024\\_Broschuere.pdf](https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/ZDF/Zahlen-Daten-Fakten-24/ABDA_ZDF_2024_Broschuere.pdf); [letzter Zugriff 05.01.2025].
- ABDA (Pressemitteilung 14.05.2024): *Oberlandesgericht München stärkt Arzneimittelpreisbindung.* [online]: <https://www.abda.de/aktuelles-und-presse/pressemitteilungen/detail/oberlandesgericht-muenchen-staerkt-arzneimittelpreisbindung/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- ABDA (Faktenblatt Apr. 2024): *Apothekenhonorierung.* [online]: [https://www.abda.de/fileadmin/user\\_upload/assets/Faktenblaetter/Faktenblatt\\_Apothekenhonorierung.pdf](https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/Faktenblaetter/Faktenblatt_Apothekenhonorierung.pdf); [letzter Zugriff 05.01.2025].
- ABDA: *Die Apotheke, Zahlen - Daten - Fakten, ZDF 2023.* [online]: [https://www.abda.de/fileadmin/user\\_upload/assets/ZDF/ZDF-2023/ABDA\\_ZDF\\_2023\\_Broschuere.pdf](https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/ZDF/ZDF-2023/ABDA_ZDF_2023_Broschuere.pdf); [letzter Zugriff 05.01.2025].
- ABDA (Pressemitteilung 04.08.2023): *Übergangslösung bei Lieferengpass-Pauschale vereinbart.* [online]: <https://www.abda.de/aktuelles-und-presse/newsroom/detail/uebergangsloesung-bei-lieferengpass-pauschale-vereinbart/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- ABDA (Beschluss vom 21.12.2022): *Satzung des Deutschen Apothekerverbandes e. V.* [online]: [https://www.abda.de/fileadmin/user\\_upload/assets/ABDA/Satzung\\_der\\_ABDA\\_20220629.pdf](https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/ABDA/Satzung_der_ABDA_20220629.pdf); [letzter Zugriff 05.01.2025].
- ABDA (Overwiening, R.): *GKV-Spargesetz gefährdet Versorgung;* in „apothekenmarkt“ (Kohlpharma) als PZ-Beilage; 22.09.2022. [online]: <https://www.abda.de/aktuelles-und-presse/newsroom/detail/gkv-spargesetz-gefahrdet-versorgung/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- ABDA (Beschluss vom 10.5.2022): *Satzung der Bundesapothekenkammer (Arbeitsgemeinschaft Deutscher Apothekenkammern.* [online]: [https://www.abda.de/fileadmin/user\\_upload/assets/ABDA/BAK-Satzung\\_Stand\\_2022-05-10.pdf](https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/ABDA/BAK-Satzung_Stand_2022-05-10.pdf); [letzter Zugriff 05.01.2025].
- ABDA (27.04.2022): DAV - Wirtschaftskonferenz 2022 (Korf, C. 27.04.2022): *2021 - Eine Schwalbe macht noch keinen Sommer;* [Folie 25]. [online]: [https://www.abda.de/fileadmin/user\\_upload/assets/Pressetermine/2022/WiKo-2022/Apothekenwirtschaftsbericht\\_2022.pdf](https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/Pressetermine/2022/WiKo-2022/Apothekenwirtschaftsbericht_2022.pdf); [letzter Zugriff 05.01.2025].
- ABDA: *Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung nach § 129 Absatz 2 SGB V. Stand: 01.10.2021.* [online]: [https://www.abda.de/fileadmin/user\\_upload/assets/Vertraege/2021-10-01\\_RV\\_129\\_redaktionelle\\_Gesamtfassung\\_Stand\\_01102021\\_barrierefrei.pdf](https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/Vertraege/2021-10-01_RV_129_redaktionelle_Gesamtfassung_Stand_01102021_barrierefrei.pdf); [letzter Zugriff 05.01.2025].
- ABDA (Pressemitteilung 30.10.2020): *Apothekenstärkungsgesetz: Fachlich und ordnungspolitisch richtige Weichenstellung.* [online]: <https://www.abda.de/aktuelles-und-presse/newsroom/detail/apothekenstaerkungsgesetz-fachlich-und-ordnungspolitisch-richtige-weichenstellung/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- academics: *Verdienstmöglichkeiten als Apotheker, PTA und als Pharmazeut in der Industrie.* [online]: [https://www.academics.de/ratgeber/pharmazie-gehalt-pharmaindustrie#subnav\\_gehalt\\_in\\_der\\_pharmaindustrie](https://www.academics.de/ratgeber/pharmazie-gehalt-pharmaindustrie#subnav_gehalt_in_der_pharmaindustrie); [letzter Zugriff 05.01.2025].
- ADEXA (2024): *Bundesrahmentarifvertrag für Apothekenmitarbeiter, gültig ab 01.08.2024.* [online]: [https://www.adexa-online.de/fileadmin/media/pdf/Tarifvertraege/ADEXA\\_BRTV\\_ab\\_1.8.2024\\_web.pdf](https://www.adexa-online.de/fileadmin/media/pdf/Tarifvertraege/ADEXA_BRTV_ab_1.8.2024_web.pdf); [letzter Zugriff 05.01.2025].
- ADEXA (2023): *Tarifliche Stundenlöhne in öffentlichen Apotheken (Vollzeit = 40 Stunden).* [online]: [https://www.adexa-online.de/fileadmin/media/pdf/Tarifvertraege/231120\\_Entwicklung\\_Tarifgehaelter\\_Apothekenangestellte\\_oeApotheke.pdf](https://www.adexa-online.de/fileadmin/media/pdf/Tarifvertraege/231120_Entwicklung_Tarifgehaelter_Apothekenangestellte_oeApotheke.pdf); [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Alliance Healthcare: *Karriere bei Alliance Healthcare.* [online]: <https://www.alliance-healthcare-gehe.de/karriere/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Alltinget (07.04.2022): *Onlineapoteker: Den stigende fejlmedicinering i Danmark skriger på nye løsninger.* [online]: <https://www.alinget.dk/sundhed/artikel/onlineapoteker-den-stigende-fejlmedicineringen-i-danmark-skriger-paa-nye-loesninger>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- AOK (Lexikon): *Arzneimittel-Versandhandel.* [online]: <https://www.aok.de/pp/lexikon/arzneimittel-versandhandel/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- AOK: *Gesundheitswesen.* [online]: <https://www.aok.de/pp/lexikon/gesundheitswesen/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].

- Apobank: *Gehalt und Arbeitszeit - Karriere als Apotheker*. [online]: <https://www.apobank.de/wissen-news/karrierekompass-heilberufler/apotheker/gehalt-arbeitszeit>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Apo-Ident: *Ausgangsstoffprüfung*. [online]: <https://www.apo-ident.de/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- apotheke adhoc (23.09.2024): *Gedisa: CardLink-Start für 1000 Apotheken*. [online]: <https://www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/detail/e-rezept/gedisa-cardlink-start-fuer-1000-apotheken/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- apotheke adhoc (Pressemitteilung 20.08.2024): *E-Rezept: DocMorris legt Kennzahlen offen*. [online]: <https://www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/detail/e-rezept/docmorris-e-rezept-in-zahlen/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- apotheke-adhoc (29.07.2024): *Pharmaziestudierende wollen nicht in die Apotheke*. [online]: <https://www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/detail/politik/pharmaziestudierende-wollen-nicht-in-die-apotheke/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- apotheke adhoc (25.07.2024): *Einkommen: PTA 700 Euro unter Durchschnitt*. [online]: <https://www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/detail/pta-live/einkommen-pta-700-euro-unter-durchschnitt/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- apotheke adhoc (Pressemitteilung 23.07.2024): *Galenica erhöht Anteil an Redcare*. [online]: <https://www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/detail/markt/galenica-erhoeht-anteil-an-redcare/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- apotheke adhoc (Pressemitteilung 04.07.2024): *Shop Apotheke: 37 Prozent mehr Rx-Umsatz*. [online]: <https://www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/detail/e-rezept/redcare-holt-mehr-e-rezepte/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- apotheke adhoc (23.04.2024): *ABDA-Gutachter empfiehlt gestaffeltes Apothekenhonorar*. [online]: <https://www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/detail/politik/abda-gutachter-empfehlt-gestaffeltes-apothekenhonorar/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- apotheke adhoc (22.02.2024): *PTA-Lehrer appelliert an Gesundheitsausschuss*. [online]: <https://www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/detail/politik/pta-lehrer-appelliert-an-gesundheitsausschuss/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- apotheke adhoc (20.12.2023): *Phoenix steigert Umsatz, kauft Apothekenkette*. [online]: <https://www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/detail/markt/phoenix-steigert-umsatz-kauft-apothekenkette/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- apotheke adhoc (09.11.2023): *BMG: Apothekenlöhne interessieren nicht*. <https://www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/detail/politik/bmg-apothekenloehne-interessieren-nicht/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- apotheke adhoc (10.05.2022): *Pharmaziestudium: Neue Inhalte und ein Jahr mehr*. [online]: <https://www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/detail/apothekenpraxis/bak-pharmaziestudium-soll-um-ein-jahr-verlaengert-werden/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- apotheke adhoc (25.10.2017): *So viel verdienen Apotheker in Europa*. [online]: <https://www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/detail/apothekenpraxis/so-viel-verdienen-apotheker-in-europa-gehaltsstatistik/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- apotheke adhoc (24.10.2017): *Dies Löhne zahlt die Pharmaindustrie*. [online]: <https://www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/detail/apothekenpraxis/diese-loehne-zahlt-die-pharmaindustrie-apotheke-einkommen-pta-arzneimittel-medikament/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Apotheker Verband Brandenburg (Beschluss 29.09.2018): *Satzung*. [online]: <https://www.avb-brb.de/satzung>; [letzter Zugriff 22.10.2025].
- Augsburger Allgemeine (31.01.2024): *Lieferengpässe bei Medikamenten erreichten 2023 einen neuen Höchstwert*. [online]: <https://www.augsburger-allgemeine.de/politik/gesundheit-lieferengpaesse-bei-medikamenten-erreichten-2023-einen-neuen-hoehchstwert-id69272476.html>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- AUV - Arbeitsgemeinschaft Unabhängiger Versicherungsmakler e. V.: *Versicherungspflichtgrenze - Jahresarbeitsentgeltgrenze 2023*. [online]: <https://www.versicherungspflichtgrenzen.de/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- BA: *Entgeltatlas*. [online]: <https://web.arbeitsagentur.de/entgeltatlas/beruf/8909>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- BAK (10.05.2022): *Positionspapier - Runder Tisch „Novellierung der Approbationsordnung für Apotheker“*. [online]: [https://www.abda.de/fileadmin/user\\_upload/assets/Ausbildung\\_Studium\\_Beruf/AAppO\\_Runder\\_Tisch\\_22\\_06\\_29.pdf](https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/Ausbildung_Studium_Beruf/AAppO_Runder_Tisch_22_06_29.pdf); [letzter Zugriff 05.01.2025].
- BAS: *Ein- und Auszahlungen des Gesundheitsfonds nach Auszahlungsmonaten (in Mio. €)*. [online]: [https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Gesundheitsfonds/2024/20240125UEbersicht\\_Ein-und\\_Auszahlungen\\_des\\_GF\\_2023\\_12.pdf](https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Gesundheitsfonds/2024/20240125UEbersicht_Ein-und_Auszahlungen_des_GF_2023_12.pdf); [letzter Zugriff 05.01.2025].
- BAS: *Begleitbericht des Bundesamtes für Soziale Sicherung zur Jahresrechnung des Gesundheitsfonds für das Geschäftsjahr 2022*. [online]:

[https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Gesundheitsfonds/2023/20230613Begleitbericht\\_zurKJ1\\_2022\\_1.pdf](https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Gesundheitsfonds/2023/20230613Begleitbericht_zurKJ1_2022_1.pdf); [letzter Zugriff 05.01.2025].

BAS: *Begleitbericht des Bundesamtes für Soziale Sicherung zur Jahresabrechnung des Gesundheitsfonds für das Geschäftsjahr 2020.* [online]:

[https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Gesundheitsfonds/20210614BAS\\_BegleitberichtzurKJ1\\_2020.pdf#:~:text=Der%20Gesundheitsfonds%20leistet%20vor%20allem%20Zuweisungen.Mittel%20werden%20durch%20seine%20Einnahmen%20gedeckt.&text=Der%20Gesundheitsfonds%20leistet%20vor.durch%20seine%20Einnahmen%20gedeckt.&text=leistet%20vor%20allem%20Zuweisungen.Mittel%20werden%20durch%20seine](https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Gesundheitsfonds/20210614BAS_BegleitberichtzurKJ1_2020.pdf#:~:text=Der%20Gesundheitsfonds%20leistet%20vor%20allem%20Zuweisungen.Mittel%20werden%20durch%20seine%20Einnahmen%20gedeckt.&text=Der%20Gesundheitsfonds%20leistet%20vor.durch%20seine%20Einnahmen%20gedeckt.&text=leistet%20vor%20allem%20Zuweisungen.Mittel%20werden%20durch%20seine); [letzter Zugriff 05.01.2025].

BGBI. (26.07.2023): *Gesetz zur Bekämpfung von Lieferengpässen bei patentfreien Arzneimitteln und zur Verbesserung der Versorgung mit Kinderarzneimitteln (Arzneimittel-Lieferengpassbekämpfungs- und Versorgungsverbesserungsgesetz - ALBIVG).* [online]: <https://www.recht.bund.de/bgbl/1/2023/197/VO.html>; [letzter Zugriff 05.01.2025].

BGBI. (07.11.2022): *GKV-Finanzstabilisierungsgesetz, Artikel 1, Abs. 12f: Änderung des SGB V, § 130b.* [online]: [https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav#\\_bgbl\\_%2F%2F%5B%40attr\\_id%3D%27bgbl122s1990.pdf%27%5D\\_1706973132409](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav#_bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl122s1990.pdf%27%5D_1706973132409); [letzter Zugriff 05.01.2025].

BGBI. (09.12.2020): *Gesetz zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheke,* [online]: [https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav#\\_bgbl\\_%2F%2F%5B%40attr\\_id%3D%27bgbl120s2870.pdf%27%5D\\_3111119](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav#_bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl120s2870.pdf%27%5D_3111119); [letzter Zugriff 05.01.2025].

BGBI. (15.07.2013): *Gesetz zur Förderung der Sicherstellung des Notdienstes von Apotheken (Apothekennotdienstsicherstellungsgesetz - ANSG).* [online]: [https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F%5B%40attr\\_id%3D%27bgbl113s2420.pdf%27%5D#\\_bgbl\\_%2F%2F%5B%40attr\\_id%3D%27bgbl113s2420.pdf%27%5D\\_1696525248415](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl113s2420.pdf%27%5D#_bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl113s2420.pdf%27%5D_1696525248415); [letzter Zugriff 05.01.2025].

BGBI. (27.12.2010): *Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung (Arzneimittelmarkneuordnungsgesetz - AMNOG).* [online]: [https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F%5B%40attr\\_id%3D%27bgbl110s2262.pdf%27%5D#\\_bgbl\\_%2F%2F%5B%40attr\\_id%3D%27bgbl110s2262.pdf%27%5D\\_1706971352203](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl110s2262.pdf%27%5D#_bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl110s2262.pdf%27%5D_1706971352203); [letzter Zugriff 05.01.2025].

BGBI. (30.03.2007): *Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG).* [online]: [https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=//%255B@attr\\_id=%2527bgbl1107s0378.pdf%2527%255D#\\_bgbl\\_%2F%2F%5B%40attr\\_id%3D%27bgbl1107s0378.pdf%27%5D\\_1701034932588](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=//%255B@attr_id=%2527bgbl1107s0378.pdf%2527%255D#_bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl1107s0378.pdf%27%5D_1701034932588); [letzter Zugriff 05.01.2025].

BGBI. (29.04.2006): *Gesetz zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung.* [online]: [https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav#\\_bgbl\\_%2F%2F%5B%40attr\\_id%3D%27bgbl106s0984.pdf%27%5D\\_1702302737550](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav#_bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl106s0984.pdf%27%5D_1702302737550); [letzter Zugriff 05.01.2025].

BGBI. (19.11.2003): *Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz- GMG).* [online]: [https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=//%255B@attr\\_id=%2527bgbl103s2190.pdf%2527%255D#\\_bgbl\\_%2F%2F%5B%40attr\\_id%3D%27bgbl103s2190.pdf%27%5D\\_1729881226530](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=//%255B@attr_id=%2527bgbl103s2190.pdf%2527%255D#_bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl103s2190.pdf%27%5D_1729881226530); [letzter Zugriff 05.01.2025].

BGBI. (30.12.2002): *Gesetz zur Sicherung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung und in der gesetzlichen Rentenversicherung (Beitragsversicherungsgesetz - BSSichG).* [online]: [https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav#\\_bgbl\\_%2F%2F%5B%40attr\\_id%3D%27bgbl1102s4637.pdf%27%5D\\_1702301459818](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav#_bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl1102s4637.pdf%27%5D_1702301459818); [letzter Zugriff 05.01.2025].

BGBI. (21.12.1992): *Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz - GSG).* [online]: [https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=//%5B@attr\\_id=bgbl192s2266.pdf%5D#\\_bgbl\\_%2F%2F%5B%40attr\\_id%3D%27bgbl192s2266.pdf%27%5D\\_1571324699915](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=//%5B@attr_id=bgbl192s2266.pdf%5D#_bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl192s2266.pdf%27%5D_1571324699915); [letzter Zugriff 05.01.2025].

BGBI. (27.06.1977): *Gesetz zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenversicherung-Kostendämpfungsgesetz - KVKG).* [online]: [https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=//%5B@attr\\_id=%27bgbl177s1069.pdf%27%5D#\\_bgbl\\_%2F%2F%5B%40attr\\_id%3D%27bgbl177s1069.pdf%27%5D\\_1723286994875](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=//%5B@attr_id=%27bgbl177s1069.pdf%27%5D#_bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl177s1069.pdf%27%5D_1723286994875); [letzter Zugriff 05.01.2025].

BGBI. (25.08.1960): *Gesetz über das Apothekenwesen vom 20.08.1960.* [online]: [https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav#\\_bgbl\\_%2F%2F%5B%40attr\\_id%3D%27bgbl160s0697.pdf%27%5D\\_1692703195619](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav#_bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl160s0697.pdf%27%5D_1692703195619); [letzter Zugriff 05.01.2025].

BGH, Gemeinsamer Senat der obersten Gerichtshöfe des Bundes (22.08.2012): *Beschluss, GMS-OGBl/10.* [online]: <https://www.bundesgerichtshof.de/SharedDocs/EntscheidungenGemSenat/DE/PDF/gmsOgbl10.pdf?blob=publicationFile>; [letzter Zugriff 05.01.2025].

## Literaturverzeichnis

---

- BiB: *Bevölkerung nach Altersgruppen (1871-2070)*. [online]: <https://www.bib.bund.de/DE/Fakten/Fakt/B23-Altersgruppen-1871-Vorausberechnung.html>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- BKartA (01.09.2006): *Bundeskartellamt verhängt Bußgelder gegen Pharmagroßhändler*. [online]: [https://www.bundeskartellamt.de/SharedDocs/Meldung/DE/Pressemitteilungen/2006/01\\_09\\_2006\\_Pharmagro%C3%9Fhandel.html](https://www.bundeskartellamt.de/SharedDocs/Meldung/DE/Pressemitteilungen/2006/01_09_2006_Pharmagro%C3%9Fhandel.html); [letzter Zugriff 05.01.2025].
- BMAS (20.09.2012): *In die Zukunft gedacht: Bilder und Dokumente zur Deutschen Sozialgeschichte*. [online]: [https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/k704-auszug-begleitband-sozialgeschichte.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=2](https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/k704-auszug-begleitband-sozialgeschichte.pdf?__blob=publicationFile&v=2); [letzter Zugriff 05.01.2025].
- BMG: *Wie Arzneimittelpreise entstehen und wie man sie senken kann*. [online]: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/arzneimittelpreise.html>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- BMG: *Zuzahlung*. [online]: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/zuzahlung-krankenversicherung.html>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- BMG (16.10.2024): *Geschichte der Krankenversicherung in Deutschland*. [online]: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/grundprinzipien/geschichte>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- BMG (29.08.2024): *Beiträge*. [online]: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/beitraege>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- BMG (Pressemitteilung 17.07.2024): *Bundeskabinett beschließt Notfallreform*. [online]: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/reform-der-notfallversorgung-kabinett-17-07-24>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- BMG (17.07.2024): *Gesetzesentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung*. [online]: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/GuV/N/GE\\_Notfallreform\\_Kabinett.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/N/GE_Notfallreform_Kabinett.pdf); [letzter Zugriff 05.01.2025].
- BMG (14.06.2024): *Referentenentwurf - Gesetz für eine Apothekenhonorar- und Apothekenstrukturreform (Apotheken-Reformgesetz - ApoRG)*. [online]: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/GuV/A/ApoRG-Apotheken-Reformgesetz\\_RefE.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/A/ApoRG-Apotheken-Reformgesetz_RefE.pdf); [letzter Zugriff 05.01.2025].
- BMG (22.05.2024): *Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz - GVSG)*. [online]: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/GuV/G/GVSG\\_GE\\_Kabinett.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/G/GVSG_GE_Kabinett.pdf); [letzter Zugriff 05.01.2025].
- BMG (15.05.2024): *Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz - KHVVG)*. [online]: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/krankenhausreform-kabinett-pm-15-05-24>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- BMG (29.04.2024): *Wie Arzneimittelpreise entstehen und wie man sie senken kann*. [online]: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/arzneimittelpreise.html>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- BMG (09.02.2024): *GKV-Finanzstabilisierungsgesetz*. [online]: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/gesetze-und-verordnungen/guv-20-1p/gkv-finanzstabilisierungsgesetz>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- BMG (01.01.2024): *Zuzahlungsregelung der gesetzlichen Krankenversicherung. Informationsblatt Nr. 233-06*. [online]: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/A/Arzneimittelversorgung/Zuzahlungsregelungen\\_GKV.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/A/Arzneimittelversorgung/Zuzahlungsregelungen_GKV.pdf); [letzter Zugriff 05.01.2025].
- BMG (Aug. 2023): *Gesetzliche Krankenversicherungen. KF23BUND. Kennzahlen und Faustformel*. [online]: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Statistiken/GKV/Kennzahlen\\_Daten/KF2023Bund\\_August\\_2023.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Kennzahlen_Daten/KF2023Bund_August_2023.pdf); [letzter Zugriff 05.01.2025].
- BMG (Juli 2022): *Unser Gesundheitssystem*. [online]: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/user\\_upload/221213\\_BMG\\_Infografik\\_Gesundheitssystem\\_382x520\\_barrierefrei.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/user_upload/221213_BMG_Infografik_Gesundheitssystem_382x520_barrierefrei.pdf); [letzter Zugriff 05.01.2025].
- BMG (April 2022): *Das deutsche Gesundheitssystem*. [online]: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/user\\_upload/Das-deutsche-Gesundheitssystem\\_bf.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/user_upload/Das-deutsche-Gesundheitssystem_bf.pdf); [letzter Zugriff 05.01.2025].

## Literaturverzeichnis

- BMG (29.10.2020): *Gesetz zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken.* [online]: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/apotheken>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- BMG (18.10.2018): *GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG).* [online]: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/versichertenentlastungsgesetz.html>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- BMI: *Unsere Verfassung.* [online]: <https://www.bmi.bund.de/DE/themen/verfassung/staatliche-ordnung/unsere-verfassung/unsere-verfassung-artikel.html>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- BMJ: *Approbationsordnung für Apotheker (AAppO).* [online]: <https://www.gesetze-im-internet.de/aappo/BJNR014890989.html>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- BMJ: *Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV).* [online]: <https://www.gesetze-im-internet.de/ampreisv/BJNR021470980.html>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- BMJ: *Bundes-Apothekerordnung (BApO).* [online]: <https://www.gesetze-im-internet.de/bapo/BJNR006010968.html>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- BMJ: *Einkommensteuergesetz (EStG).* [online]: [https://www.gesetze-im-internet.de/estg/\\_18.html](https://www.gesetze-im-internet.de/estg/_18.html); [letzter Zugriff 05.01.2025].
- BMJ: *Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).* [online]: [https://www.gesetze-im-internet.de/go\\_1982/BJNR015220982.html](https://www.gesetze-im-internet.de/go_1982/BJNR015220982.html); [letzter Zugriff 05.01.2025].
- BMJ: *Gesetz über das Apothekenwesen (Apothekengesetz - ApoG).* [online]: <https://www.gesetze-im-internet.de/apog/BJNR006970960.html#BJNR006970960BJNG000100319>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- BMJ: *Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln (Arzneimittelgesetz - AMG).* [online]: [https://www.gesetze-im-internet.de/amg\\_1976/](https://www.gesetze-im-internet.de/amg_1976/); [letzter Zugriff 05.01.2025].
- BMJ: *Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln (Betäubungsmittelgesetz - BtMG).* [online]: [https://www.gesetze-im-internet.de/btmg\\_1981/BJNR106810981.html](https://www.gesetze-im-internet.de/btmg_1981/BJNR106810981.html); [letzter Zugriff 05.01.2025].
- BMJ: *Gesetz über die Rechtsstellung vorgeprüfter Apothekenanwärter (ApoAnwRstG).* [online]: <https://www.gesetze-im-internet.de/apoanwrstg/index.html>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- BMJ: *Gesetz zum Schutz vor gefährlichen Stoffen (Chemikaliengesetz-ChemG).* [online]: <https://www.gesetze-im-internet.de/chemg/BJNR017180980.html>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- BMJ: *Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung* [online]: [https://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/inhalts\\_bersicht.html](https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/inhalts_bersicht.html); [letzter Zugriff 05.01.2025].
- BMJ: *Verordnung über das Verschreiben, die Abgabe und den Nachweis des Verbleibs von Betäubungsmitteln (Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung - BtMVV).* [online]: [https://www.gesetze-im-internet.de/btmvv\\_1998/BJNR008000998.html](https://www.gesetze-im-internet.de/btmvv_1998/BJNR008000998.html); [letzter Zugriff 05.01.2025].
- BMJ: *Verordnung über den Betrieb von Apotheken (Apothekenbetriebsordnung - ApBetrO).* [online]: [https://www.gesetze-im-internet.de/apobetro\\_1987/BJNR005470987.html](https://www.gesetze-im-internet.de/apobetro_1987/BJNR005470987.html); [letzter Zugriff 05.01.2025].
- BMJ (08.02.2024): *Wettbewerbswidrige Preisgestaltung durch Gewährung von Skonti bei Vertrieb von Arzneimitteln - Großhandelszuschläge II.* [online]: [http://www.rechtsprechung-im-internet.de/jportal/portal/t/19ke/page/bsjrsprod.psml?pid=Dokumentanzeige&showdoccase=1&js\\_peid=Trefferliste&documentnumber=1&numberofresults=10908&fromdoctodoc=yes&doc.id=jb-KORE307042024&doc.part=L&doc.price=0.0&doc.hl=1#focuspoint](http://www.rechtsprechung-im-internet.de/jportal/portal/t/19ke/page/bsjrsprod.psml?pid=Dokumentanzeige&showdoccase=1&js_peid=Trefferliste&documentnumber=1&numberofresults=10908&fromdoctodoc=yes&doc.id=jb-KORE307042024&doc.part=L&doc.price=0.0&doc.hl=1#focuspoint); [letzter Zugriff 05.01.2025].
- BMJ (19.07.2023): *Heilmittelwerbegesetz - HWG.* [online]: <https://www.gesetze-im-internet.de/heilmwrbg/BJNR006049965.html>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- BMJ (21.12.2005): *Verordnung über die Verschreibungspflicht von Arzneimitteln (Arzneimittelverschreibungsverordnung - AMVV).* [online]: <https://www.gesetze-im-internet.de/amvv/BJNR363210005.html>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- BMVZ: *Medizinische Versorgungszentren. Die Kommune als Träger.* [online]: <https://www.bmvz.de/pressespiegel/medizinische-versorgungszentren-die-kommune-als-traeger/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Borger.dk: [online]: *Nyt sundhedskort.* [online]: <https://www.borger.dk/sundhed-og-sygdom/sundhedskort--laegevalg-og-tandlaege/nyt-sundhedskort>; [letzter Zugriff 05.01.2025].

- BPB: *Bevölkerung nach Bundesländern. Bevölkerung in absoluten Zahlen und Anteile in Prozent, Stichtag 31.12.2018.* [online]: <https://www.bpb.de/kurz-knapp/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61535/bevoelkerung-nach-bundeslaendern/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- BPB: *Kapitaldeckungsverfahren (Kapitalstockverfahren).* [online]: <https://www.bpb.de/kurz-knapp/lexika/lexikon-der-wirtschaft/19933/kapitaldeckungsverfahren/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- BPB: *Umlageverfahren - Umlagefinanzierung.* [online]: <https://www.bpb.de/kurz-knapp/lexika/lexikon-der-wirtschaft/20886/umlageverfahren/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- BPB (22.09.2017): *Gesundheitspolitik - Ausgabenentwicklung im Arzneimittelsektor und Preisbildung bei Arzneimitteln.* [online]: <https://www.bpb.de/themen/gesundheit/gesundheitspolitik/253223/ausgabenentwicklung-im-arzneimittelsektor-und-preisbildung-bei-arzneimitteln/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- BReg (12.03.2018): *Ein neuer Aufbruch für Europa - Eine neue Dynamik für Deutschland - Ein neuer Zusammenhalt für unser Land. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD.* [online]: <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/847984/0bad5cb7d094fa10ed58a431d2f907ce/2018-03-14-koalitionsvertrag-data.pdf?download=1>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- BT (20/8993 24.10.2023): *Kleine Anfrage der Fraktion der CDU/CSU - Maßnahmen zum Erhalt der Arzneimittelversorgung durch Apotheken in der Fläche.* [online]: <https://dserver.bundestag.de/btd/20/089/2008993.pdf>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- BT, Wissenschaftliche Dienste (Kurzinformation 22.01.2019): *Zum Versandhandel mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln.* [online]: <https://www.bundestag.de/resource/blob/648832/b81902a2bc7d9f7509a51083966d6072/WD-9-003-19-pdf.pdf>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- BT (Gesetzesentwurf 08.09.2003): *Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenkasse (GKV - Modernisierungsgesetz -GMG). Drucksache 15/152.* [online]: <https://archive.org/details/ger-bt-drucksache-15-1525/page/n165/mode/2up?view=theater>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- BVerfG, Entscheidungen der amtlichen Sammlung: *BVerfGEbVerfGE7, 377 - Apotheken-Urteil.* [online]: <https://www.servat.unibe.ch/dfr/bv007377.html>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Christian-Albrechts-Universität zu Kiel: *Pharmazie (Staatsexamen).* [online]: <https://www.studium.uni-kiel.de/de/studienangebot/studienfaecher/pharmazie>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- The Commonwealth Fund (05.06.2020): *Denmark - International Health Care System Profiles*, S. 47-57. [online]: [https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2020-12/International\\_Profiles\\_of\\_Health\\_Care\\_Systems\\_Dec2020.pdf](https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2020-12/International_Profiles_of_Health_Care_Systems_Dec2020.pdf); [letzter Zugriff 05.01.2025].
- DA: *Farmaceutuddannelsen - Jobmuligheder.* [online]: <https://www.apotekskarriere.dk/uddannelse/farmaceutuddannelsen>; [letzter Zugriff 05.01.2024]. [letzter Zugriff 05.01.2025].
- DA: *Foreningen.* [online]: <https://www.apotekerforeningen.dk/foreningen>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- DA: *Gebyr for udlevering af medicin - Love og regler.* [online]: <https://www.apoteket.dk/raadgivning/love-og-regler/gebyr>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- DA: *Historie.* [online]: <https://www.apotekerforeningen.dk/apotekerne/historie>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- DA: *Lægemidler i Danmark 2023-24. Lægemiddelforbrug og apoteksdrift i Danmark.* [online]: <https://www.apotekerforeningen.dk/presse/pressemeddelelser/2024/ny-aarbog-2023-24>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- DA: *Lægemidler i Danmark 2022-23. Lægemiddelforbrug og apoteksdrift i Danmark.* [online]: <https://www.apotekerforeningen.dk/-/media/apotekerforeningen/lægemidler-i-danmark-2022-23.pdf?la=da&hash=8A09360F190DF264577B70E808CA591BE19792B4>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- DA: *Lægemidler i Danmark 2021-22. Lægemiddelforbrug og apoteksdrift i Danmark.* [online]: [https://www.apotekerforeningen.dk/-/media/apotekerforeningen/stoerre\\_publicationer/aarvog-laegemidler-i-danmark-2021-22.pdf?la=da&hash=A3BE8EB6A36CFB408BC4041478F8859AA0112344](https://www.apotekerforeningen.dk/-/media/apotekerforeningen/stoerre_publicationer/aarvog-laegemidler-i-danmark-2021-22.pdf?la=da&hash=A3BE8EB6A36CFB408BC4041478F8859AA0112344); [letzter Zugriff 05.01.2025].
- DA: *Lægemidler i Danmark 2018-19. Lægemiddelforbrug og apoteksdrift i Danmark.* [online]: [https://www.apotekerforeningen.dk/-/media/apotekerforeningen/stoerre\\_publicationer/laegemidler-i-danmark-2018-2019.pdf](https://www.apotekerforeningen.dk/-/media/apotekerforeningen/stoerre_publicationer/laegemidler-i-danmark-2018-2019.pdf); [letzter Zugriff 05.01.2025].
- DA: *Vagtapoteker i Danmark.* [online]: <https://www.apoteket.dk/raadgivning/love-og-regler/vagtapoteker>; [letzter Zugriff 05.01.2025].

DA (Analyse 30.10.2024): *Prisfald efter restordre giver igen danske apoteker Europas laveste priser på koåimedicin i 2024.* [online]: <https://www.apotekerforeningen.dk/-/media/apotekerforeningen/analyseroekonomi/30-10-2024-nyhedsbrevsanalyse-europas-laveste-priser-paa-kopimedicin-2024.pdf>; [letzte Zugriff 05.01.2025].

DA (16.01.2024): *Apoteket er blevet borgernes foretrukne vaccinationssted.* [online]: <https://www.apotekerforeningen.dk/presse/pressemeddelelser/2024/apotek-foretrukket-vaccinationssted>; [letzte Zugriff 05.01.2025].

DA (08.01.2024): *Svar på høring over udkast om justeringer af den økonomiske styringsmodel for apotekersektoren, flere muligheder for apotekerne og sygehusapotekernes aflastning af den øvrige sundhedsvæsen og nedlæggelse af voldgiftsnævn for apoteksovertagelse m. v.* [online]: <https://www.apotekerforeningen.dk/-/media/apotekerforeningen/hoeringssvar/08-01-2024-svar-p-hring-over-udkast-til-lovforslag-om-justeringer-af-den-ekonomiske-styringsmodel.pdf?la=da&hash=EBBA3483436BB92799965E4B5AFBC185372EAC8B>; [letzte Zugriff 05.01.2025].

DA (2023): *Medicintilskud - Sygesikringen og regler for medicintilskud.* [online]: <https://www.apoteket.dk/medicin/medicintilskud/sygesikringen-og-regler-for-medicintilskud>; [letzte Zugriff 05.01.2025].

DA (Politikpapier 11.09.2023): *Apotekerloven fra 2015 gav flere apoteker og bedre hjælp til medicinbrugere. Nu skal apotekerne varetage endnu flere opgaver og aflaste andre i sundhedsvæsenet - men det kræver en mere moderne økonomisk regulering.* [online]: <https://www.apotekerforeningen.dk/politik/det-mener-apotekerforeningen/apotekerloven-fra-2015-sikker-bedrehaelp-til-landets-medicinbrugere-og-flere-apoteker-gammel>; [letzte Zugriff 05.01.2025].

DA (29.06.2023): *Apotekerne glæder sig over anbefalinger om at bruge apotekernes kompetencer til at styrke det nære sundhedsvæsen.* [online]: <https://www.apotekerforeningen.dk/presse/pressemeddelelser/2023/apotekernes-sundhedsydelse>; [letzte Zugriff 05.01.2025].

DA (Debatindlæg 15.09.2023): *Medicinmangel truer patientsikkerheden.* [online]: <https://www.apotekerforeningen.dk/politik/debatindlaeg/2023/restordre-paa-medicin-gaar-ud-over-patientsikkerhed>; [letzte Zugriff 05.01.2025].

DA (25.08.2023): *Arbejdsgruppe anbefaler flere opgaver til apotekere.* [online]: <https://www.farmaci.dk/artikler/2023/arbejdsgruppe-anbefaler-flere-opgaver-til-apotekere>; [letzte Zugriff 05.01.2025].

DA (17.08.2023): *Svar på høring over udkast til lovforslag om tilpasninger af den økonomiske styringsmodel for apotekssektoren, flere muligheder for apotekerne og sygehusapotekernes aflastning af det øvrige sundhedsvæsen og nedlæggelse af voldgiftsnævn for apoteksovertagelse m.v.* [online]: <https://www.apotekerforeningen.dk/-/media/apotekerforeningen/hoeringssvar/svar-p-hring-over-udkast-til-lovforslag-om-tilpasninger-af-den-ekonomiske-styringsmodel-for-apoteksse.pdf?la=da&hash=F5CBD2CBE153008398EF94AF72B85F52740F67C6>; [letzte Zugriff 05.01.2025].

DA (Ledelse 04.05.2023): *Personalemangel får apotekere til at lukke filaler.* [online]: <https://www.apotekerforeningen.dk/-/media/apotekerforeningen/fagbladetfarmaci/2023/0423/personalemangel-faar-apotekere-til-at-lukke-farmaci-nr-04-2023.pdf>; [letzte Zugriff 05.01.2025].

DA (31.03.2023): *Farmakonomuddannelsen skal være en professionsbachelor.* [online]: <https://www.farmaci.dk/artikler/2023/farmakonomuddannelsen-skal-vaere-en-professionsbachelor>; [letzte Zugriff 05.01.2025].

DA (Pressemeddelelser 31.08.2022): *Rekordstort antal studerende starter på farmakonomuddannelsen.* [online]: <https://www.apotekerforeningen.dk/presse/pressemeddelelser/2022/farmakonomuddannelsen>; [letzte Zugriff 05.01.2025].

DA (Analyse 16.06.2022): *Kraftig inflation går uden om apotekerne - medicin priser falder igen.* [online]: <https://www.apotekerforeningen.dk/-/media/apotekerforeningen/analyseroekonomi/15-06-22-nyhedsbrevsanalyse-faldende-medicinpriser-trods-inflation.pdf>; [letzte Zugriff 05.01.2025].

DA (Analyse 09.11.2021): *Reform har sikret lettere adgang til lægemidler, lavere priser og bedre service.* [online]: [https://www.apotekerforeningen.dk/-/media/apotekerforeningen/analysertilgaengelighed/9-11-21-reformen-virkede.pdf?utm\\_source=emailmarketing&utm\\_medium=email&utm\\_campaign=nyhedsbrev\\_om\\_analyse\\_af\\_modernisering\\_en\\_i\\_2015&utm\\_content=2021-11-09](https://www.apotekerforeningen.dk/-/media/apotekerforeningen/analysertilgaengelighed/9-11-21-reformen-virkede.pdf?utm_source=emailmarketing&utm_medium=email&utm_campaign=nyhedsbrev_om_analyse_af_modernisering_en_i_2015&utm_content=2021-11-09); [letzte Zugriff 05.01.2025].

DA (Pressemeddelelse 02.06.2020): *Analyse - Danskere har fået lettere adgang til et apotek med 500 apoteker landet over.* [online]: <https://www.apotekerforeningen.dk/-/media/apotekerforeningen/analysertilgaengelighed/nyhedsbrevsanalyse---oget-tilgaengelighed-med-apotek-nummer-500.pdf?%20la=da&hash=B80806C6354688E1F58A0351313ED63E27B68968>; [letzte Zugriff 05.01.2025].

- DA (Analyse 14.02.2020): *Der kan snart blive længere til apoteket - Analyse*. [online]: <https://www.apotekerforeningen.dk/-/media/apotekerforeningen/analyseroekonomi/14012020analyse--konomimodellen-er-uholdbar.pdf>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- DA (Analyse 04.09.2019): *Danskere har fået lettere adgang til et apotek, men økonomien i sektoren er under pres*. [online]: <https://www.apotekerforeningen.dk/-/media/apotekerforeningen/analyserertilgaengelighed/04092019-oeget-tilgaengelighed-men-pres-paa-oekonomien.pdf>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- DA (Pressemeddelelse 31.08.2018): *50 % flere apoteker øger konkurrencen og giver længere åbningstider og korte ventetider*. [online]: <https://www.apotekerforeningen.dk/-/media/apotekerforeningen/analyserertilgaengelighed/nyhedsbrev-tilgaengelighed-31-08-2018.pdf>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Danmarks Riges Grundlov: Nr. 169 af 05. juni 1953. [online]: <http://www.grundloven.dk/>; [letzter Zugriff 05.01.2024].
- Danmarkshistorien.dk: *Fattigvæsen i Sønderjylland, ca. 1700 - 1933*. [online]: <https://danmarkshistorien.dk/vis/materiale/fattigvaesen-i-soenderjylland-ca-1700-1933>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Danmarks Statistik (30.03.2024): *Statistikbanken - Økonomi. SHA1: Udgifter til sundhed efter funktion, aktør, finansieringskilde og prisenhed*. [online]: <https://www.statistikbanken.dk/statbank5a/selectvarval/define.asp?PLanguage=0&subword=tabsel&MainTable=SHA1&PXSId=239475&tablestyle=&ST=SD&buttons=0>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Danmarks Statistik (Februar 2024): *Befolkningstal*. [online]: <https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/borgere/befolkning/befolkningstal>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Danmarks Statistik: *Statistikdokumentation for Udgifter til sundhed (SHA) 2022; Finansieringsordninger*. [online]: <https://www.dst.dk/Site/Dst/SingleFiles/GetArchiveFile.aspx?fi=559865110704&fo=0&ext=kvaldel>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Danmarks Statistik (25.03.1998): *Befolkning og valg - Folketingsvalget den 11. marts 1998*. [online]: <https://www.dst.dk/Site/Dst/Udgivelser/GetPubFile.aspx?id=20329&sid=valg1998>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Dansk Selskab for ledelse i sundhedsvæsenet (30.05.2018): *CPR-nummeret: En ægte dansk succes*. [online]: <https://dssnet.dk/cpr-nummeret-en-aegte-dansk-succes/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Danske Regioner: *Økonomisk Vejledning 2023*. [online]: <https://www.regioner.dk/aftaler-og-oekonomi/oekonomisk-vejledning/oekonomisk-vejledning-2023/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- DAP (Stand 08/2023): *Übersicht über aktuelle Retaxverbote*. [online]: [https://www.deutschesapothekenportal.de/download/public/arbeitshilfen/dap\\_arbeitshilfe\\_fa\\_q\\_retaxregelung.pdf](https://www.deutschesapothekenportal.de/download/public/arbeitshilfen/dap_arbeitshilfe_fa_q_retaxregelung.pdf); [letzter Zugriff 05.01.2025].
- DAV-Notdienstfonds: *Geschäftsbericht 2015 bis 2023; z. B. Geschäftsbericht 2023*. [online]: [https://www.dav-notdienstfonds.de/fileadmin/userfiles/NNF\\_Portal/NNF-Geschaeftsbericht\\_2023.pdf](https://www.dav-notdienstfonds.de/fileadmin/userfiles/NNF_Portal/NNF-Geschaeftsbericht_2023.pdf); [letzter Zugriff 05.01.2025].
- DAV-Notdienstfonds (Mai 2019): *Geschäftsbericht; z. B. Geschäftsbericht 2018 des NNF*. [online]: <https://www.dav-notdienstfonds.de/fileadmin/userfiles/NNFD/NNF-Geschaeftsbericht-2018.pdf>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- DAV-Notdienstfonds: *Geschäftsbericht 2015 bis 2022; z. B. Geschäftsbericht 2016*. [online]: <https://www.dav-notdienstfonds.de/fileadmin/userfiles/NNFD/NNF-Geschaeftsbericht-2016.pdf>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- DAZ (22.05.2024): *Vier Schwerpunkte der Apothekenreform - BMG gibt Einblick*. [online]: <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/vier-schwerpunkte-der-apothekenreform-147524/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- DAZ (31.03.2023): *Selbstmedikationsmarkt wieder auf Vor-Corona-Niveau*. [online]: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2023/03/31/selbstmedikationsmarkt-wieder-auf-vor-corona-niveau>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- DAZ (09.04.2015): *„Hochpreiser“ - Versorgung gefährdet*; in DAZ 2015, Nr. 15, S. 3. [online]: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2015/daz-15-2015/hochpreiser-versorgung-gefaehrdet>; [letzter Zugriff 26.10.2025].
- DAZ (43/2012): *Neuregelung der Notdienstgebühr*. [online]: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2012/daz-43-2012/neuregelung-der-notdienstgebuehr>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- DAZ (40/2012): *Die neue Notdienstpauschale*. [online]: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2012/daz-40-2012/die-neue-notdienstpauschale>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- DAZ (1/2011): *Der Filialleiter- Rechtliche Fragen zu seiner Position*. [online]: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2011/daz-1-2011/der-filialleiter-rechtliche-fragen-zu-seiner-position>; [letzter Zugriff 05.01.2025].

- DAZ.online (17.07.2024): *Was Apothekerinnen jetzt verdienen - Neuer Gehaltstarifvertrag*. [online]: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2024/07/17/was-apothekerinnen-jetzt-verdienen>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- DAZ.online (22.05.2024): *Fehlanreize und allenfalls kurzfristige Vorteile für einzelne Apotheken - Problematische Idee zur Honorarumverteilung: Teil 2 der Analyse*. [online]: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2024/05/22/fehlreize-und-allenfalls-kurzfristige-vorteile-fuer-einzelne-apotheken>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- DAZ.online (17.05.2024): *Bleibt das Götz-Gutachten um Apothekenhonorar unter Verschluss?* [online]: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2024/05/17/bleibt-das-goetz-gutachten-unter-verschluss>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- DAZ.online (09.06.2023): *Welche Skonti sind zulässig?* [online]: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2023/06/09/welche-skonti-sind-unzulaessig>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- DAZ.online (07.03.2023): *Was muss beachtet werden, wie viel darf pro Rezept abgerechnet werden?* <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2023/03/07/was-muss-beachtet-werden-wie-viel-darf-pro-rezept-abgerechnet-werden>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- DAZ.online (12.12.2019): *Alliance Healthcare und Gehe vereinbaren Zusammenarbeit*. [online]: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2019/12/12/mckesson-und-alliance-healthcare-vereinbaren-zusammenarbeit>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- DAZ.online (09.08.2019): *DDR-Pharmazie-Ingenieure hinterlassen Lücken*. [online]: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2019/08/09/ddr-pharmazie-ingenieure-hinterlassen-luecken/chapter:2>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- DAZ.online (10/2013): *AMPreisV im Wandel*. [online]: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2013/daz-10-2013/ampreisv-im-wandel>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Destatis (Stand: 11.10.2024): *Gesamtindex und 12 Abteilungen - Verbraucherpreisindex: Tabellen mit Jahresdurchschnitt und Monatswerten, Indizes und Veränderungsraten*. [online]: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Wirtschaft/Preise/Verbraucherpreisindex/Tabellen/Verbraucherpreise-12Kategorien.html#236132>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Destatis (21.09.2023): *Bundesländer mit Hauptstätten nach Fläche, Bevölkerung und Bevölkerungsdichte am 31.12.2022*. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Laender-Regionen/Regionales/Gemeindeverzeichnis/Administrativ/02-bundeslaender.html>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Destatis (Pressemitteilung Nr. 331 vom 9. Juli 2021): *Lebenserwartung in Deutschland nahezu unverändert*. [online]: [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/07/PD21\\_331\\_12621.html](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/07/PD21_331_12621.html); [letzter Zugriff 05.01.2025].
- DigiZeitschriften.de: *Statistisches Jahrbuch der Deutschen Demokratischen Republik*; z. B. Band 1990: XXI. Gesundheit- und Sozialwesen, Apotheken. [online]: [https://www.digizeitschriften.de/id/514402644\\_1990|log1?tify=%7B%22pages%22%3A%5B402%5D%2C%22pan%22%3A%7B%22x%22%3A0.197%2C%22y%22%3A0.63%7D%2C%22view%22%3A%22info%22%2C%22zoom%22%3A0.435%7D&origin=%2Fsearch%3Ffilter%255BZeitschriften%255D%255B1%255D%3D514402644%257Clog1%26filter%255BObjekttyp%255D%255B1%255D%3Dvolume%26page%3D2](https://www.digizeitschriften.de/id/514402644_1990|log1?tify=%7B%22pages%22%3A%5B402%5D%2C%22pan%22%3A%7B%22x%22%3A0.197%2C%22y%22%3A0.63%7D%2C%22view%22%3A%22info%22%2C%22zoom%22%3A0.435%7D&origin=%2Fsearch%3Ffilter%255BZeitschriften%255D%255B1%255D%3D514402644%257Clog1%26filter%255BObjekttyp%255D%255B1%255D%3Dvolume%26page%3D2); [letzter Zugriff 05.01.2025].
- DigiZeitschriften: *Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland*; z. B. Band 1962 aus 1963. [online]: [https://www.digizeitschriften.de/id/514402342\\_1962|log1?tify=%7B%22pages%22%3A%5B106%5D%2C%22pan%22%3A%7B%22x%22%3A0.469%2C%22y%22%3A0.491%7D%2C%22view%22%3A%22info%22%2C%22zoom%22%3A0.515%7D&origin=%2Fsearch%3Ffilter%255BZeitschriften%255D%255B1%255D%3D514402342%257Clog1%26filter%255BObjekttyp%255D%255B1%255D%3Dvolume](https://www.digizeitschriften.de/id/514402342_1962|log1?tify=%7B%22pages%22%3A%5B106%5D%2C%22pan%22%3A%7B%22x%22%3A0.469%2C%22y%22%3A0.491%7D%2C%22view%22%3A%22info%22%2C%22zoom%22%3A0.515%7D&origin=%2Fsearch%3Ffilter%255BZeitschriften%255D%255B1%255D%3D514402342%257Clog1%26filter%255BObjekttyp%255D%255B1%255D%3Dvolume); [letzter Zugriff 05.01.2025].
- DocCheck: *Rx-Präparat*. [online]: <https://flexikon.doccheck.com/de/Rx-Pr%C3%A4parat>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Duden: *Gesundheitswesen*. [online]: <https://www.duden.de/rechtschreibung/Gesundheitswesen>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Erhvervsministeriet (04/2021): *Agreement on a strategy for life science*. [online]: <https://www.em.dk/Media/638380759704342521/Agreement%20on%20a%20strategy%20for%20life%20science.pdf>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- EUR-Lex (1999): *Verordnung (EG) Nr. 141/2000 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. Dezember 1999 über Arzneimittel für seltene Leiden*. [online]: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/HTML/?uri=CELEX:32000R0141>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- European Commission: *State of Health in the EU - DANMARK - National sundhedsprofil 2021*. [online]: [https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-01/2021\\_chp\\_da\\_danish.pdf](https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-01/2021_chp_da_danish.pdf); [letzter Zugriff 05.01.2025].

## Literaturverzeichnis

---

- Europäische Kommission: *Der europäische Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen*. [online]: <https://europa.eu/europass/system/files/2020-05/EQF-Archives-DE.pdf>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Eurostat, Data Browser (Stand: 30.05.2024): *ECU/EUR Wechselkurse gegen Landeswährungen*. [online]: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tec00033/default/table?lang=de&category=tert>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Eurostat, Data Browser (03.01.2024): *Gesundheitsausgaben nach Funktionen. Laufende Gesundheitsausgaben - Euro pro Einwohner*. [online]: [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH\\_SHA11\\_HC\\_custom\\_10526199/default/table?lang=de](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_SHA11_HC_custom_10526199/default/table?lang=de); [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Eurostat, Daten-Browser (03.01.2024): *Gesundheitsausgaben nach Funktionen. Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP)*. [online]: [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH\\_SHA11\\_HC\\_custom\\_553425/bookmark/table?lang=de&bookmarkId=68845cbd-7305-4e85-94fc-3998e2fcc9fb](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_SHA11_HC_custom_553425/bookmark/table?lang=de&bookmarkId=68845cbd-7305-4e85-94fc-3998e2fcc9fb); [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Eurostat, Data Browser (03.01.2024): *Gesundheitsausgaben nach Funktionen. Rezeptfreie Arzneimittel - Euro pro Einwohner*. [online]: [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH\\_SHA11\\_HC\\_custom\\_10531074/default/table?lang=de](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_SHA11_HC_custom_10531074/default/table?lang=de); [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Eurostat, Data Browser (03.01.2024): *Gesundheitsausgaben nach Funktionen. Rezeptpflichtige Arzneimittel - Euro pro Einwohner*. [online]: [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH\\_SHA11\\_HC\\_custom\\_10529808/default/table?lang=de](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_SHA11_HC_custom_10529808/default/table?lang=de); [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Eurostat, Data Browser (14.12.2023): *Gesundheitsausgaben nach Funktionen. Verwaltung der Finanzierung des Gesundheitssystems - Euro pro Einwohner*. [online]: [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH\\_SHA11\\_HC\\_custom\\_10526677/default/table?lang=de](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_SHA11_HC_custom_10526677/default/table?lang=de); [letzter Zugriff 05.01.2025].
- FA: *Satzung*. [online]: <https://www.freieapothekerschaft.de/satzung/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- FA (Pressemitteilung 25.10.2024): *Klage gegen DocMorris und Shop Apotheke: FA legt konsequent nach*. [online]: <https://www.freieapothekerschaft.de/klage-gegen-docmorris-und-shop-apotheke-fa-legt-konsequent-nach/#more-17047>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- FA (Pressemitteilung 25.09.2024): *Länderliste: FA erhebt weitere Klage beim Verwaltungsgericht Köln*. [online]: <https://www.freieapothekerschaft.de/laenderliste-fa-erhebt-klage-beim-verwaltungsgericht-koeln/#more-16951>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- FA (Pressemitteilung 12.09.2024): *Länderliste: FA legt beim OVG Münster Beschwerde ein*. [online]: <https://www.freieapothekerschaft.de/laenderliste-fa-legt-beim-oberverwaltungsgericht-muenster-beschwerde-ein/#more-16878>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- FA (24.07.2024): *IFG-Antrag; Antwortschreiben des BMG*. [online]: <https://www.freieapothekerschaft.de/wp-content/uploads/2024/08/2024-07-24-Antwort-des-BMG-zum-IFG-Antrag.pdf>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- FA (11.07.2024): *CardLink: IFG-Antrag beim BMG*. [online]: <https://www.freieapothekerschaft.de/cardlink-fa-stellt-ifg-antrag-beim-bmg/#more-16652>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- FA (Pressemitteilung 24.06.2024): *Länderliste: FA legt mit Antrag auf Eilrechtsschutz nach*. [online]: <https://www.freieapothekerschaft.de/laenderliste-fa-legt-mit-antrag-auf-eilrechtsschutz-nach/#more-16623>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- FA (21.06.2024): *Antrag auf IFG; BMG: Gebührenscheiben*. [online]: <https://www.freieapothekerschaft.de/wp-content/uploads/2024/08/2024-06-21-Gebuehren-fuer-Bearbeitung-des-IFG-Antrags.pdf>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- FA (Pressemitteilung 18.06.2024): *Länderliste: FA unterstützt Antrag auf Streichung der Niederlande*. [online]: <https://www.freieapothekerschaft.de/laenderliste-fa-unterstuetzt-antrag-auf-streichung-der-niederlande/#more-16608>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- FA (Pressemitteilung 07.06.2024): *IFG-Antrag zur Lieferengpass-Pauschale*. [online]: <https://www.freieapothekerschaft.de/ifg-antrag-zur-lieferengpass-pauschale/#more-16553>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- FA (Pressemitteilung 01.06.2024): *Shop-Apotheke abgemahnt*. [online]: <https://www.freieapothekerschaft.de/shop-apotheke-abgemahnt/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].

- FA (30.05.2024): *Über 1.000 Mitglieder*. [online]: <https://www.freiepothekerschaft.de/ueber-1-000-mitglieder/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- FA (29.05.2024): *Antrag nach § 1 Abs. Satz 1 IFG*. [online]: <https://www.freiepothekerschaft.de/wp-content/uploads/2024/06/IFG-Antrag.pdf>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- FA (Aktionen 12.04.2024): *Unterlagen: Klage und Gutachten: Schriftsatz der Feststellungsklage*. [online]: <https://www.freiepothekerschaft.de/klage/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- FA (Aktionen 09.04.2024): *Schriftsatz der Feststellungsklage*. [online]: <https://www.freiepothekerschaft.de/category/aktionen/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Farmakonomforeningen: *Medlemstal*. [online]: <https://www.farmakonom.dk/om-foreningen/medlemstal/>;
- Finanzen.net: *Währungsrechner: Euro in Dänische Krone (EUR in DKK)*. [online]: [https://www.finanzen.net/waehrungsrechner/euro\\_daenische-krone/](https://www.finanzen.net/waehrungsrechner/euro_daenische-krone/); [letzter Zugriff 05.01.2025].
- finanz-tools.de: *Inflationsraten in Deutschland*. [online]: [https://www.finance-tools.de/inflation/inflationsraten-deutschland#annahmen\\_hochrechnung](https://www.finance-tools.de/inflation/inflationsraten-deutschland#annahmen_hochrechnung); [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Folketinget (Lovforslag Nr. L 127; 29.02.2024): *Forslag til Lov om ændring af lov om apoteksvirksomhed, lov om lægemidler*. [online]: [https://www.folketingstidende.dk/samling/20231/lovforslag/L127/20231\\_L127\\_som\\_fremsat.pdf](https://www.folketingstidende.dk/samling/20231/lovforslag/L127/20231_L127_som_fremsat.pdf); [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Folketinget: *Regeringer siden 1953 - Regeringen Helle Thorning-Schmidt I*. [online]: <https://www.ft.dk/da/folkestyret/regeringen/regeringer-siden-1953#68C3D115CCC8414F9067AD779BE0B9E4>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- G-BA: *Arzneimittel-Richtlinie und Anlagen*. [online]: <https://www.g-ba.de/themen/arzneimittel/arzneimittel-richtlinie-anlagen/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- G-BA: *Mitglieder*. [online]: <https://www.g-ba.de/ueber-den-gba/wer-wir-sind/mitglieder/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Gesundheit.de: *Gesundheitssystemforschung*. [online]: <https://www.gesundheit.de/lexika/medizin-lexikon/gesundheitssystemforschung>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- GBE-Bund: *Anzahl und Dichte sowie Neugründungen und Schließungen von öffentlichen Apotheken. Gliederungsmerkmale: Jahre, Region*. [online]: <https://www.gbe-bund.de/gbe/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- GBE-Bund: *Beschäftigte in Apotheken (Anzahl). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Geschlecht, Berufsbezeichnung, Art der Apotheke*. [online]: <https://www.gbe-bund.de/gbe/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- GBE-Bund: *Öffentliche Apotheken und Krankenhausapotheken (Anzahl). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Art der Apotheke*. [online]: <https://www.gbe-bund.de/gbe/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Gerichtshof der EU (Pressemitteilung Nr. 113/16, 19.10.2016): *Die Deutsche Preisbindung bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln verstößt gegen das Unionsrecht*. [online]: <https://curia.europa.eu/jcms/upload/docs/application/pdf/2016-10/cp160113de.pdf>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Gerichtshof der EU (Pressemitteilung Nr. 113/03): *Urteil des Gerichtshofes im Vorabentscheidungsverfahren C-322/01*. [online]: <https://curia.europa.eu/jcms/upload/docs/application/pdf/2009-03/cp03113de.pdf>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Gesundheit.de (18.01.2024): *Gesundheitssystemforschung*. <https://www.gesundheit.de/lexika/medizin-lexikon/gesundheitssystemforschung>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Gesundheitsinformationen.de (24.01.2018): *Gesundheitsversorgung in Deutschland*. [online]: <https://www.gesundheitsinformation.de/das-deutsche-gesundheitssystem.2698.de.html?part=einleitung-co#wwjq>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- GKV-Spitzenverband (01.01.2024): *Die gesetzlichen Krankenkassen*. [online]: [https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/kv\\_grundprinzipien/alle\\_gesetzlichen\\_krankenkassen/alle\\_gesetzlichen\\_krankenkassen\\_en.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/kv_grundprinzipien/alle_gesetzlichen_krankenkassen/alle_gesetzlichen_krankenkassen_en.jsp); [letzter Zugriff 05.01.2025].
- GKV-Spitzenverband (01.11.2024): *Krankenkassenliste*. [online]: <https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenkassenliste.pdf>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Handelsblatt (15.09.2016): *Verdacht auf illegale Absprachen - Kartellamt durchsucht Pharmagroßhändler*. [online]: <https://www.handelsblatt.com/unternehmen/industrie/verdacht-auf-illegale-absprachen-kartellamt-durchsucht-pharmagrosshaendler/14550444.html>; [letzter Zugriff 05.01.2025].

## Literaturverzeichnis

---

- HDI (09/2023): *Fast jeder dritte Berufstätige beklagt erhöhten Arbeitsdruck durch Personalmangel.* [online]: [https://www.berufe-studie.de/2023\\_01-kernergebnisse.html#post-content](https://www.berufe-studie.de/2023_01-kernergebnisse.html#post-content); [letzter Zugriff 05.01.2025].
- IGES Institut (24.09.2020): *Ökonomisches Gutachten zum Apothekenmarkt. Gutachten für das Bundesministerium für Gesundheit.* Version 1.0. [online]: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Ministerium/OEkonomisches\\_Gutachten\\_zum\\_Apothekenmarkt\\_barrierefrei.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Ministerium/OEkonomisches_Gutachten_zum_Apothekenmarkt_barrierefrei.pdf); [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Indenrigs- og sundhedsministeriet: *8 nationale mål for sundhedsvæsenet.* [online]: <https://www.ism.dk/temaer/8-nationale-maal-for-sundhedsvaesenet>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Indenrigs- og sundhedsministeriet: *Dette er kommunernes ansvar efter 1. januar 2007.* [online]: <https://www.ism.dk/Media/638170732548946183/det-kommunale-ansvar-efter-1-januar-2007.pdf>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet: *Dette har staten ansvar for efter 1. januar 2007.* [online]: <https://www.ism.dk/Media/638170734120349447/samlet-oversigt-over-statens-ansvar.pdf>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet: *Kommunalreformen - Kort fortalt.* [online]: <https://www.im.gobasic.dk/publikationer/2005/dec/kommunalreformen-kort-fortalt>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet: *Kommunalreformen i 2007.* [online]: <https://www.ism.dk/indenrigs/kommunal-og-regionaloekonomi/kommunale-opgaver-og-struktur/kommunalreformen-i-2007>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (06.07.2023): *Orientering om justering af model for apotekssektorens økonomiske styring.* [online]: <https://www.ft.dk/samling/2022/almdel/SUU/bilag/311/2733698/index.htm>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (Juni 2023): *Afrapportering fra arbejdsgruppen for apotekernes sundhedsydelse.* [online]: <https://sum.dk/Media/638236367331149695/Afrapportering%20fra%20arbejdsgruppen%20for%20apotekernes%20sundhedsydelse.pdf>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (29.06.2023): *Apotekerne skal varetage flere sundhedsydelser af aflaste øvrigt sundhedspersonale.* [online]: <https://sum.dk/nyheder/2023/juni/apotekerne-skal-varetage-flere-sundhedsydelser-og-aflaste-ovrigt-sundhedspersonale>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (15.06.2023): *Nationale mål for sundhedsvæsenet 2022.* [online]: <https://sum.dk/publikationer-sundhed/2023/juni/nationale-maal-2022>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (16.12.2022): *Bruttoavanceaftale 2023-24.* [online]: <https://sum.dk/Media/638074014454734528/Bruttoavanceaftale%202023-24.pdf>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2021): *Nationale Mål for Sundhedsvæsenet.* [online]: <https://sum.dk/Media/637697073524473744/Nationale%20M%C3%A5l%20for%20Sundhedsv%C3%A6senet%202021.pdf>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2018): *Nationale Mål For Sundhedsvæsenet.* [online]: [https://www.regioner.dk/media/9769/nationalemaal\\_2018.pdf](https://www.regioner.dk/media/9769/nationalemaal_2018.pdf); [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet: *Regionernes opgaver pr. 1. januar 2007.* [online]: <https://www.ism.dk/Media/638170732996444099/regionernes-opgaver-pr-1-januar-2007.pdf>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet: *Statens opgaver pr. 1. januar 2007 på områder med opgaveændringer.* [online]: <https://www.ism.dk/Media/638170733601807052/statens-opgaver-pr-1-januar-2007-paa-omraader-med-opgaveaendringer.pdf>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- InfoCuria Rechtsprechung: *URTEIL DES GERICHTSHOFS (Große Kammer) 19. Mai 2009; „Niederlassungsfreiheit - Art.43 EG - Gesundheit der Bevölkerung - Apotheken - Vorschriften, die allein Apothekern das Recht vorbehalten, eine Apotheke zu betreiben - Rechtfertigung - Sichere und qualitativ hochwertige Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln – Berufliche Unabhängigkeit der Apotheker.“* [online]: <https://www.bundestag.de/resource/blob/494294/9fa23aaad69aaff4ebc375677522798d/fremdbesitzverbot-bei-apotheken-data.pdf>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Justus-Liebig-Universität Gießen: *VWL I: Neue Erkenntnisse zur Zukunft der Vor-Ort-Apotheken in Deutschland.* [online]: <https://www.uni-giessen.de/de/fbz/fb02/fb/professuren/vwl/goetz/aktuelles/gutachten-honorarreform-abda>; [letzter Zugriff 05.01.2025].

- Konkurrencerådet (# 63 | September 2022): *Anbefalinger til at styrke konkurrencen i apotekersektoren - Velfungerende Markeder*. [online]: <https://www.kfst.dk/media/wositxzi/20220928-anbefalinger-til-at-styrke-konkurrencen-i-apotekersektoren.pdf>; [letzte Zugriff 05.01.2025].
- Konkurrencerådet (#54 | 2022): *Konkurrencen i Apotekersektoren - Velfungerende Markeder*. [online]: <https://www.kfst.dk/media/qe5dykea/20220329-konkurrencen-i-apotekersektoren.pdf>; [letzte Zugriff 05.01.2025].
- Konkurrencestyrelsen: *Regulering af apotekssektoren. Konkurrenceanalyse 02/2010*. [online]: <https://www.ft.dk/samling/20091/aldel/eru/bilag/144/803481.pdf>; [letzte Zugriff 05.01.2025].
- Konkurrencestyrelsen (Faktaark 22.02.2010): *Fakta - regulering af apotekssektoren begrænser konkurrence*. [online]: <https://www.kfst.dk/media/1923/faktareguleringafapotekssektorenbgraenserkonkurrencen-10.pdf>; [letzte Zugriff 05.01.2025].
- Konkurrencestyrelsen (Rådsmødet 30.11.2005): *Henvendelse til inderriks- og sundhedsministeren om apotekssektoren*; Journal Nr. 3/1120-0203-0027/SEK/CP). [online]: <https://www.forbrug.dk/media/13665/20051130-afgoerelse-henvendelse-til-inderriks-og-sundhedsministeren-om-apotekssektoren.pdf>; [letzte Zugriff 05.01.2025].
- Konkurrencestyrelsen (08.06.2005): *Konkurrenceredegørelse 2005*. [online]: <https://www.kfst.dk/media/rt3hoz5/konkurrenceredegørelse-2005-analyse-20050806.pdf>; [letzte Zugriff 05.01.2025].
- Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen (2024): *Om os. Organisation*. [online]: <https://kfst.dk/om-os/organisation/raad-og-naevn/konkurrenceraadet/>; [letzte Zugriff 05.01.2025].
- Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen (27.06.2012): *Henvendelse fra Konkurrencerådet til Ministeren for Sundhed og Forebyggelse og Erhvervs- og Vækstministeren efter Konkurrencelovens §2, Stk. 5*. [online]: <https://www.kfst.dk/media/13407/20120627-afgoerelse-henvendelse-fra-konkurrenceraadet-til-ministeren-for-sundhed-og-forebyggelse.pdf>; [letzte Zugriff 05.01.2025].
- Krankenkassen.net (2023): *Entwicklung der Krankenkassenbeiträge*. [online]: <https://krankenkassen.net/gesetzliche-krankenversicherung/beitragsentwicklung.html>; [letzte Zugriff 05.01.2025].
- Københavns Universitet: *Kandidat i farmaceutisk videnskab*. [online]: <https://www.ku.dk/studier/kandidat/farmaceutisk-videnskab/>; [letzte Zugriff 05.01.2025].
- Københavns Universitet (KU 2023): *Kandidat i lægemiddelvidenskab*. [online]: <https://studier.ku.dk/kandidat/laegemiddelvidenskab/>; [letzte Zugriff 05.01.2025].
- Københavns Universitet: *2018 -studieordning for kandidatuddannelsen i farmaceutisk videnskab ved Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet på Københavns Universitet*. [online]: <https://sund.ku.dk/uddannelse/for-studerende/studieordninger/farmaceutisk-videnskab/Farmaceutisk-videnskab-KA-2018-2023-2024.pdf>; [letzte Zugriff 05.01.2025].
- Laenderdaten.info: *Ländervergleich*. [online]: [https://www.laenderdaten.info/laendervergleich.php?country1=DNK&country2=DEU#google\\_vignette](https://www.laenderdaten.info/laendervergleich.php?country1=DNK&country2=DEU#google_vignette); [letzte Zugriff 05.01.2025].
- Landesapothekenkammer Brandenburg (2023): *Satzung der Landesapothekenkammer Brandenburg*. [online]: <https://www.lakbb.de/wir-ueber-uns/satzungen-ordnungen/hauptsatzung/>; [letzte Zugriff 05.01.2025].
- Lex.dk: *Danmarkshistorien - 1970'ernes socialreformer*. [online]: <https://danmarkshistorien.lex.dk/1970%27ernes-socialreformer/>; [letzte Zugriff 05.01.2025].
- Listflix (2024): *Pharmagroßhändler*. [online]: <https://listflix.de/grosshaendler/pharma/>; [letzte Zugriff 05.01.2025].
- Lægemiddelstyrelsen (16.09.2024): *Apoteker*. [online]: <https://laegemiddelstyrelsen.dk/da/apoteker/apoteker/>; [letzte Zugriff 05.01.2025].
- Lægemiddelstyrelsen (08.01.2024): *Omregning fra apotekernes indkøbspris (AIP) til forbrugerpris*. [online]: <https://laegemiddelstyrelsen.dk/da/tilskud/priser/omregning-til-forbrugerpris/>; [letzte Zugriff 05.01.2025].
- Lægemiddelstyrelsen (04.01.2024): *Medicintilskudsgrænser*. [online]: <https://laegemiddelstyrelsen.dk/da/tilskud/beregn-dit-tilskud/tilskudsgraenser/>; [letzte Zugriff 05.01.2025].
- Lægemiddelstyrelsen (01.01.2024): *Gebyrer for apoteker. Bekendtgørelse om administrationsafgift m. v. for apoteker, sygehusapoteker og private sygehusapoteker*. [online]: <https://laegemiddelstyrelsen.dk/da/apoteker/apoteker/gebyrer/#/>; [letzte Zugriff 05.01.2025].

- Lægemedelstyrelsen (01.01.2023): *Vagtapoteker og åbningstid pr. 1. januar 2023*. [online]: <https://laegemiddelstyrelsen.dk/da/apoteker/apoteker/vagttjeneste>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Lægemedelstyrelsen (2022): *Undersøgelse over apotekernes driftsforhold i 2022 - Regnskabsresultater for apoteker, 87 årgang*. [online]: <https://laegemiddelstyrelsen.dk/da/udgivelser/2024/undersoegelse-af-apotekernes-driftsforhold-2022/~media/9F0E90BAB0A346F2A78DE9BC63FD04ED.ashx>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Lægemedelstyrelsen (2022): *Undersøgelse over apotekernes driftsforhold i 2020 - Regnskabsresultater for apoteker, 85 årgang*. [online]: <https://laegemiddelstyrelsen.dk/da/udgivelser/2022/undersoegelse-over-apotekernes-driftsforhold-for-2020/~media/3E0B8EB411354E7D9A5358264B14C33F.ashx>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Lægemedelstyrelsen (09.06.2020): *Apotekerbevillinger*. [online]: <https://laegemiddelstyrelsen.dk/da/apoteker/apoteker/apotekerbevillinger/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Lægemedelstyrelsen: *Undersøgelse over apotekernes driftsforhold, 75. årgang. Regnskabsresultater for apoteker i året 2010*. [online]: <https://laegemiddelstyrelsen.dk/da/udgivelser/2011/undersoegelse-over-apotekernes-driftsforhold-for-2010/~media/D8415F481495488EAF96282F77AAAED5.ashx>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Lægemedelstyrelsen (2008): *Undersøgelse over apotekers driftsforhold - 72. årgang - Regnskabsresultater for apoteker i året 2007*; [S. 3, Tab. 15]. [online]: <https://laegemiddelstyrelsen.dk/da/udgivelser/2008/undersoegelse-over-apotekernes-driftsforhold-for-2007/~media/01948FA1FD4A44249B29ABD386449E7A.ashx>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Medicin.dk (01.07.2022 und 01.10.2024): *Medicinfejl og patientsikkerhed*. [online]: <https://pro.medicin.dk/Spezielleemner/Emner/550>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Ministeriet for Sundhed og Forbyggelse (2014): *Rapport om modernisering af apotekersektoren*. [online]: <https://sum.dk/Media/637643656833137313/Rapport%20om%20modernisering%20af%20apotekersektoren.pdf>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- myStipendium: *Pharmazeut Gehalt: Einstiegsgehalt, Entwicklung & Einflussfaktoren. Pharmazie-Gehalt – wie viel verdient Du?* [online]: <https://www.mystipendium.de/berufe/pharmazeut/gehalt#:~:text=In%20der%20Branche%20Pharmazie%20variiert%20das%20Gehalt%20je,einem%20Jahresgehalt%20von%20100.000%20bis%20250.000%20Euro%20rechnen>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- NNF: *Meldepflichten*. [online]: <https://www.dav-notdienstfonds.de/notdienste/meldepflichten>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- NNF: *Zahlungsabwicklung der NDP*. [online]: <https://www.dav-notdienstfonds.de/notdienste/zahlungsabwicklung-der-ndp>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- North Data: *Pharmatechnik GmbH & Co. KG, Starnberg*. [online]: <https://www.northdata.de/Pharmatechnik+GmbH+%26+Co.+KG,+Starnberg/Amtsgericht+M%C3%BCnchen+HRA+64434>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Oeffentlichen-Dienst.de (07.02.2024): *TVöD Bund 2024 Entgelttabelle*. [online]: <https://www.oeffentlichen-dienst.de/entgelttabelle/tvoed-bund.html>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- ÖffentlicherDienst.info: *Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst 2022 (VBL 2023) - Bereich Bund. Gültigkeit der Tabelle: 01.01.2023 - 29.02.2024*. [online]: <https://oeffentlicher-dienst.info/c/t/rechner/tvoed/bund?id=tvoed-bund-2022&matrix=1>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- ÖffentlicherDienst.info: *TVöD Bund - Entgeltordnung, Teil III - Tätigkeitsmerkmale für besondere Beschäftigungsgruppen -I. Apothekerinnen und Apotheker*. [online]: <https://oeffentlicher-dienst.info/tvoed/bund/ego/3/3.1.html>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- PGEU: *Annual Report 2011*. [online]: [https://www.federfarma.it/Documenti/farmacia\\_mondo/pgeu2011.aspx](https://www.federfarma.it/Documenti/farmacia_mondo/pgeu2011.aspx); [letzter Zugriff 05.01.2025].
- PHAGRO: *Absatz des Großhandels mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln - Vom Großhandel an Apotheken gelieferte Packungen*. [online]: [https://www.phagro.de/zahlen\\_daten\\_fakten/absatz-des-grosshandels-mit-verschreibungspflichtigen-arzneimitteln/](https://www.phagro.de/zahlen_daten_fakten/absatz-des-grosshandels-mit-verschreibungspflichtigen-arzneimitteln/); [letzter Zugriff 05.01.2025].
- PHAGRO: *Der vollversorgende Pharmazeutische Grosshandel*. [online]: <https://www.phagro.de/mitglieder/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- PHAGRO (22.11.2010): *Großhandel vor tiefen Einschnitten - AMNOG - Konsequenzen für alle Beteiligten einschließlich der Apotheken noch nicht abzusehen*. [online]: <https://www.phagro.de/aktuelles/grosshandel-vor-tiefen-einschnitten/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].

- Pharmadanmark: *Om Pharmadanmark*. [online]: <https://pharmadanmark.dk/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Pharmakon: *Om Pharmakon*. [online]: <https://www.pharmakon.dk/om-pharmakon/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Pharmakon A/S, Farmakonom Uddannelsen: *Fakta om uddannelsen*. [online]: <https://farmakonomuddannelsen.dk/uddannelsen/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Pharmakon A/S, Farmakonom Uddannelsen: *Studieordning - 2023*. [online]: [https://farmakonomuddannelsen.dk/media/q0les2qr/studieordning\\_2023.pdf](https://farmakonomuddannelsen.dk/media/q0les2qr/studieordning_2023.pdf); [letzter Zugriff 05.01.2025].
- PharmNet.Bund: *Veröffentlichte Lieferengpassmeldungen*. [online]: <https://anwendungen.pharmnet-bund.de/lieferengpassmeldungen/faces/public/meldungen.xhtml>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Phoenix Group: *Unsere Marken und Dienstleistungen*. [online]: <https://www.phoenixgroup.eu/de/phoenix-in-europa/unsere-marke-dienstleistungen>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- PZ (22.05.2024): *Vier Schwerpunkte der Apothekenreform - BMG gibt Einblick*. [online]: <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/vier-schwerpunkte-der-apothekenreform-147524/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- PZ (26.09.2023): *Alles fängt am Fixum*. [online]: <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/alles-haengt-am-fixum-142561/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- PZ (29.09.2023): *Korf präsentiert den „Dynamisierungsfaktor.“* [online]: <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/korf-praesentiert-den-dynamisierungsfaktor-142672/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- PZ (28.06.2023): *ABDA-Beiträge steigen um 18 Prozent - Haushalt 2024*. [online]: <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/abda-beitraege-steigen-um-18-prozent-140924/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- PZ (21.06.2022): *Alles Wichtige zu den pharmazeutischen Dienstleistungen*. [online]: <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/alles-wichtige-zu-den-pharmazeutischen-dienstleistungen-133851/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- PZ (27.04.2022): *Pandemie-Umsätze in Apotheken - „Die Apotheken haben sich das verdient!“* [online.de]: <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/die-apotheken-haben-sich-das-verdient-132790/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- PZ (29.10.2020): *Das Apotheken Stärkungsgesetz im Überblick*. [online]: <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/das-apotheken-staerkungsgesetz-im-ueberblick-121487/seite/2/?cHash=36472cf648fc6fc9a83c44bd3965119b>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- PZ (06.12.2011): *Fakten zur aktuellen Situation - Apothekenhonorierung I; Ausgabe 29/2011*. [online]: <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/ausgabe-492011/fakten-zur-aktuellen-situation/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Rechnungswesen-verstehen.de (2023): *Sachleistungsprinzip*. [online]: <https://www.rechnungswesen-verstehen.de/lexikon/sachleistungsprinzip.php>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Regeringen (20.05.2022): *Sundhedsreform. Et sammenhængende, nært og stærkt sundhedsvæsen*. [online]: <https://www.regeringen.dk/aktuelt/tidligere-publikationer/et-sammenhaengende-naert-og-staerkt-sundhedsvaesen/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Regeringen (Oktober 2011): *Et Danmark, der står sammen - Regeringsgrundlag*. [online]: [https://www.stm.dk/media/7821/regeringsgrundlag\\_okt\\_2011.pdf](https://www.stm.dk/media/7821/regeringsgrundlag_okt_2011.pdf); [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Restordre.dk (2024): *Restordrestatus*. [online]: <https://www.restordre.dk/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Retsinformation (Lov nr 646 af 11.06.2024): *LOV om ændring af lov om apoteksvirksomhed, lov om lægemidler og sundhedsloven*. [online]: <https://www.retsinformation.dk/eli/ta/2024/646>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Retsinformation (BEK nr 1874 af 28.12.2023): *Bekendtgørelse om beregning af forbrugerpriser m.v. på lægemidler*. [online]: <https://www.retsinformation.dk/eli/ta/2023/1874>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Retsinformation (BEK nr 1816 af 28.12.2023): *Bekendtgørelse om beregning af afgift og ydelse af tilskud til apotekere m.v.* [online]: <https://www.retsinformation.dk/eli/ta/2023/1816>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Retsinformation (BEK nr 662 af 30.05.2023): *Bekendtgørelse om apoteker og sygehusapotekers driftsforhold*. [online]: <https://www.retsinformation.dk/eli/ta/2023/662>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Retsinformation (LBK nr 703 af 26.05.2023): *Bekendtgørelse om apoteksvirksomhed*. [online]: <https://www.retsinformation.dk/eli/ta/2023/703>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Retsinformation (BEK nr 777 af 01.06.2022): *Bekendtgørelse om apoteker og sygehusapotekers driftsforhold*. [online]: <https://www.retsinformation.dk/eli/ta/2022/777>; [letzter Zugriff 05.01.2025].

- Retsinformation (BEK nr 2284 af 29.12.2020): *Bekendtgørelse om beregning af afgift og ydelse af tilskud til apotekere m.v.* [online]: <https://www.retsinformation.dk/eli/Ita/2020/2284>; [letzte Zugriff 05.01.2025].
- Retsinformation (BEK nr 1297 af 28.11.2019): *Bekendtgørelse om recepter og dodisdispensering af lægemidler.* [online]: <https://www.retsinformation.dk/eli/Ita/2019/1297>; [letzte Zugriff 05.01.2025].
- Retsinformation (BEK nr 1691 af 18.12.2018): *Bekendtgørelse om apotekernes åbningstid og vagttjeneste.* [online]: <https://www.retsinformation.dk/eli/Ita/2018/1691>; [letzte Zugriff 05.01.2025].
- Retsinformation (BEK nr 823 af 19.06.2018): *Bekendtgørelse om lægemidlers fritagelse for apoteksforbehold.* [online]: <https://www.retsinformation.dk/eli/Ita/2018/823>; [letzte Zugriff 05.01.2025].
- Retsinformation (LBK nr 801 af 12.06.2018): *Bekendtgørelse af lov om apoteksvirksomhed.* [online]: <https://www.retsinformation.dk/eli/Ita/2018/801>; [letzte Zugriff 05.01.2025].
- Retsinformation (BEK nr 758 af 13.06.2017): *Bekendtgørelse om beretning af afgift og ydelse af tilskud til apotekere m.v.* [online]: <https://www.retsinformation.dk/eli/Ita/2017/758>; [letzte Zugriff 05.01.2025].
- Retsinformation (LOV nr 580 af 04.05.2015): *Lov om ændring af lov om apoteksvirksomhed og lov om tinglysning.* [online]: <https://www.retsinformation.dk/eli/Ita/2015/580>; [letzte Zugriff 05.01.2025].
- Retsinformation (LBK nr 855 af 04.08.2008): *Bekendtgørelse af lov om apoteksvirksomhed (Apotekerloven).* [online]: <https://www.retsinformation.dk/eli/Ita/2008/855>; [letzte Zugriff 05.01.2025].
- Retsinformation (2006/1 LSF 51; 25.10.2006): *Forslag til Lov om ændring af lov om lægemidler, lov om apoteksvirksomhed og om dyrlæger.* [online]: <https://www.retsinformation.dk/eli/ft/200612L00051>; [letzte Zugriff 05.01.2025].
- Retsinformation (LOV nr 606 af 24.06.2005): *Lov om detailsalg fra butikker m. v.* [online]: <https://www.retsinformation.dk/eli/Ita/2005/606>; [letzte Zugriff 05.01.2025].
- Retsinformation (BEK nr 50 af 23.01.2003): *Bekendtgørelse om apotekernes åbningstid og vagttjeneste. Bekendtgørelse om apotekernes åbningstid og vagttjeneste; [§1, Stk. 2].* [online]: <https://www.retsinformation.dk/eli/Ita/2003/50>; [letzte Zugriff 05.01.2025].
- Retsinformation (LBK nr 539 af 28.06.2002): *Bekendtgørelse af konkurrenceloven.* [online]: <https://www.retsinformation.dk/eli/Ita/2002/539>; [letzte Zugriff 05.01.2025].
- Retsinformation (2000/1 LSF 185; 15.03.2001): *Forslag til Lov om ændring af lov om lægemidler, lov om apoteksvirksomhed og lov om offentlig sygesikring.* [online]: <https://www.retsinformation.dk/eli/ft/200012L00185>; [letzte Zugriff 05.01.2025].
- Retsinformation (15.03.2001): *Skriftlig fremsættelse af Lov 2000/1 SF L 185.* [online]: <https://www.retsinformation.dk/eli/ft/20001XX00325>; [letzte Zugriff 05.01.2025].
- Retsinformation (LBK nr 657 af 28.07.1995): *Bekendtgørelse af lov om apoteksvirksomhed (Apotekerloven).* [online]: <https://www.retsinformation.dk/eli/Ita/1995/657>; [letzte Zugriff 05.01.2025].
- Retsinformation (BEK nr 642 af 02.08.1993): *Bekendtgørelse om Recepter.* [online]: <https://www.retsinformation.dk/eli/Ita/1993/642>; [letzte Zugriff 05.01.2025].
- Retsinformation (LBK nr 490 af 21.07.1986): *Bekendtgørelse af Lov om offentlig sygesikring (Sygesikringsloven).* [online]: <https://www.retsinformation.dk/eli/Ita/1986/490>; [letzte Zugriff 05.01.2025].
- Schlemann, B. (2023): *GKV-Beitragsentwicklung von 1970 bis 2021.* [online]: <https://schlemann.com/wp-content/uploads/2021/01/Beitragsentwicklung-GKV-1970-2021.pdf>; [letzte Zugriff 05.01.2025].
- Schmid, K.-P. (10.12.1993): *Zwischen Bismarck und Beveridge,* in: Zeit-Online Nr. 50/1993. [online]: <http://www.zeit.de/1993/50/zwischen-bismarck-und-beveridge/komplettansicht>; [letzte Zugriff 05.01.2025].
- Sozialgesetzbuch: *Sozialgesetzbuch (SGB V), Fünftes Buch.* [online]: <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/2.html>; [letzte Zugriff 05.01.2025].
- Spiegel Wirtschaft (01.09.2006): *Marktabreden - Kartellamt brummt Pharmahändlern Millionenstrafe auf.* [online]: <https://www.spiegel.de/wirtschaft/marktabreden-kartellamt-brummt-pharmahaendlern-millionenstrafe-auf-a-434701.html>; [letzte Zugriff 05.01.2025].
- Statens Serum Institut (2014): *Salg af liberaliserede lægemidler. 2006 - 2013.* [online]: <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/-/media/sds/filer/find-tal-og-analyser/laegemidler/haandkoebslaegemidler/salg-liberaliserede-laegemidler-2006-2013.pdf>; [letzte Zugriff 05.01.2025].

- Statista (18.10.2024): *Anzahl der Mitglieder und Versicherten der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung in den Jahren 2017 bis 2023 (in Millionen)*. [online]: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/155823/umfrage/gkv-pkv-mitglieder-und-versichertenanzahl-im-vergleich/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Statista (27.09.2024): *Bruttoinlandsprodukt (BIP) in Deutschland von 1991 bis 2022*. [online]: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1251/umfrage/entwicklung-des-bruttoinlandsprodukts-seit-dem-jahr-1991/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Statista (16.09.2024): *Anzahl der Verordnungen zu Lasten der GKV in den Jahren 2006 bis 2023 (in Millionen)*. [online]: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/76796/umfrage/anzahl-der-verordnungen-zu-lasten-der-gkv-seit-2006/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Statista (16.09.2024): *Höhe des Bundeszuschusses zum Gesundheitsfonds in den Jahren 2004 bis 2024*. [online]: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/244326/umfrage/zuschuss-des-bundes-zum-gesundheitsfonds/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Statista (16.09.2024): *Umsatz auf dem deutschen Pharma-Gesamtmarkt von 2006 bis 2023*. [online]: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/158096/umfrage/pharma-gesamtmarkt-umsatzentwicklung-seit-2006/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Statista (06.09.2024): *Index der Arbeitsproduktivität je Erwerbstätigen in Deutschland von 1991 bis 2023*. [online]: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/974210/umfrage/produktivitaet-je-erwerbstaetigen-in-deutschland/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Statista (26.08.2024): *Bevölkerung - Einwohnerzahl von Deutschland von 1990 bis 2023 (in Millionen)*. [online]: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/2861/umfrage/entwicklung-der-gesamtbevoelkerung-deutschlands/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Statista (23.07.2024): *Anzahl von Krankenhausbetten in OECD-Ländern in den Jahren 2020 bis 2022 (je 1.000 Einwohner)*. [online]: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/77168/umfrage/anzahl-von-krankenhausbetten-in-oecd-laendern/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Statista (14.06.2024): *Anzahl der Apotheker in deutschen Krankenhausapotheken in den Jahren 2007 bis 2023*. [online]: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/76223/umfrage/anzahl-der-apotheker-in-krankenhausapotheken-in-deutschland-seit-2007/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Statista (12.06.2024): *Anzahl Apotheker in Deutschland in den Jahren 2000 bis 2023*. [online]: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/76217/umfrage/anzahl-der-apotheker-in-deutschland-seit-2000/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Statista (13.06.2024): *Anzahl der Arbeitsplätze in öffentlichen Apotheken in Deutschland in den Jahren 1997 bis 2023*. [online]: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/5065/umfrage/anzahl-der-arbeitsplaetze-in-oeffentlichen-apotheken/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Statista (13.06.2024): *Mehrwertsteuersatz auf Arzneimittel in den EU-27 Mitgliedsstaaten im Jahr 2023*. [online]: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/29950/umfrage/eu-mehrwertsteuer-auf-arzneimittel-im-vergleich-2010/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Statista (26.04.2024): *Die 20 größten Exportländer weltweit im Jahr 2023*. [online]: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/37013/umfrage/ranking-der-top-20-exportlaender-weltweit/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Statista (Apr. 2024): *Entwicklung der Beitragssätze der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) in den Jahren 1998 bis 2024*. [online]: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/162965/umfrage/entwicklung-der-beitragssaetze-in-der-gesetzlichen-krankenkasse/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Statista (Apr. 2024): *Jährliche Gesundheitsausgaben in Deutschland in den Jahren von 1992 bis 2022*. [online]: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/5463/umfrage/gesundheitsystem-in-deutschland-ausgaben-seit-1992/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Statista (2023): *Prognose der Einwohnerzahl von Deutschland von 2022 bis 2070*. [online]: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1446/umfrage/bevoelkerungsvorausberechnung-deutschland/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Statista (16.10.2023): *Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) und Einnahmen des Gesundheitsfonds in den Jahren 2009 bis 2024*. [online]: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/73331/umfrage/einschaetzung-der-einnahmen-und-ausgaben-der-gkv/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].

- Statista (05/2023): *Anzahl der Geburten und der Sterbefälle in Deutschland von 1950 bis 2022*. [online]: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/161831/umfrage/gegenueberstellung-von-geburten-und-todesfaellen-in-deutschland/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Statista (Jan 2023): *Entwicklung der Anzahl gesetzlicher Krankenkassen in Deutschland von 1970 bis 2023*. [online]: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/74834/umfrage/anzahl-gesetzliche-krankenkassen-seit-1970/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Statista (Aug 2016): *Bevölkerung - Zahl der Einwohner in Deutschland im früheren Bundesgebiet von 1950 bis 1989 (in Millionen)*. [online]: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/696696/umfrage/zahl-der-einwohner-in-deutschland-im-frueheren-bundesgebiet/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Statista (01.06.1990): *Wohnbevölkerung in der Deutschen Demokratischen Republik (DDR) von 1949 bis 1989 (in Millionen Einwohner)*. [online]: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/249217/umfrage/bevoelkerung-der-ddr/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder; Statistische Bibliothek: *Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland*. [online]: <https://www.statistischebibliothek.de/mir/servlets/solr/find?condQuery=Statistisches+JAHRBUCH+F%C3%9CR+DIE+bUNDESREPUBLIK+dEUTSCHLAND>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Statsministeriet: *Statsministre siden 1848*. [online]: <https://www.stm.dk/statsministeren/statsministre-siden-1848/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Sundhedsdatastyrelsen (11.04.2023): *De nationale sundhedsregistre / Landspatientregisteret (LPR)*. [online]: <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/registre-og-services/om-de-nationale-sundhedsregistre/sygdomme-laegemidler-og-behandlinger/landspatientregisteret>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Sundhedsdatastyrelsen (29.08.2023): *De nationale sundhedsregistre / Lægemiddelstatistikregisteret*. [online]: <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/registre-og-services/om-de-nationale-sundhedsregistre/sygdomme-laegemidler-og-behandlinger/laegemiddelstatistikregisteret>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Sundhedsministeriet (2021): *Den økonomiske styring af apotekssektoren 2021*. [online]: <https://www.ism.dk/Media/637752606713245997/Analyse%20af%20den%20%C3%B8konomiske%20styring%20af%20apotekssektoren.pdf>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Sundheds- og Ældreministeriet (26.10.2020): *Spørgsmål nr. 1905 fra den 28.09.2020*. [online]: <https://www.ft.dk/samling/20201/spoergsmaal/s298/svar/1716389/2285516/index.htm>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Sundheds- og Ældreministeriet (07.09.2018): *Spørgsmål 1257 fra den 10.08.2018*. [online]: <https://www.ft.dk/samling/20171/almde/suu/spm/1260/svar/1509183/1936028/index.htm>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Sundheds- og Ældreministeriet (December 2015): *Bruttoavanceaftale 2016-17*. [online]: <https://sum.dk/Media/5/2/Aftale%20om%20bruttoavance%20-%20dec%202015.pdf>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Sundhedsstyrelsen: *Fælles bedre om Sundhed. Sundhedsaftale 2015-18. Region Sjælland. KKR Sjælland*. [online]: [https://www.sst.dk/-/media/Nyheder/2015/Sundhedsaftaler-2015-2018/Sundhedsaftale-2015-2018\\_Region-Sjaelland.ashx?la=da&hash=C1AFB375FFFB888E1ECEDEE224DE19C28D154A44](https://www.sst.dk/-/media/Nyheder/2015/Sundhedsaftaler-2015-2018/Sundhedsaftale-2015-2018_Region-Sjaelland.ashx?la=da&hash=C1AFB375FFFB888E1ECEDEE224DE19C28D154A44); [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Sundhedsstyrelsen (26.02.2024): *Sundhedsstyrelsens historie*. [online]: <https://www.sst.dk/da/om-os/strategi-og-grundlag/historie>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Sundhedsstyrelsen (11.09.2023): *Sundhedsstyrelsens historie*. [online]: <https://www.sst.dk/da/om-os/strategi-og-grundlag/historie>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Sundhedsstyrelsen (10.08.2015): *Ny organisation i Sundheds- og Ældreministeriet*. [online]: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/nyheder/2015/ny-organisation-i-sundheds-og-aeldreministeriet>; [letzter Zugriff 25.10.2025].
- Sundhedsstyrelsen (20.12.2004): *Den danske kvalitetsmodel for sundhedsvæsenet - modelbeskrivelse*. [online]: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2004/Publ2004/Metodekatalog/Dendanskemodel,-d-.pdf.ashx>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Syddansk Universitet (SDU): *Farmaci Bachelor*. [online]: <https://www.sdu.dk/da/uddannelse/bachelor/farmaci/opbygning>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Syddansk Universitet (SDU): *Farmaci Kandidat*. [online]: [https://www.sdu.dk/da/uddannelse/kandidat/farmaceut/uddannelsens\\_opbygning](https://www.sdu.dk/da/uddannelse/kandidat/farmaceut/uddannelsens_opbygning); [letzter Zugriff 05.01.2025].

## Literaturverzeichnis

---

- Syddansk Universitet (SDU 01.09.2023): *Studieordning for Bachelor i farmaci.* [online]: <https://odin.sdu.dk/sitecore/index.php?a=sto&id=48763&listid=2625&lang=da>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Sygeforsikringen Danmark: *Fordele som medlem.* [online]: <https://www.sygeforsikring.dk/fordele>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Sygeforsikringen Danmark: *Mere end 350 forskellige tilskud.* [online]: <https://www.sygeforsikring.dk/tilskud>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Sygeforsikringen Danmark (2024): *Om Foreningen.* [online]: <https://www.sygeforsikring.dk/om-foreningen>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- TK, Die Techniker (2023): *Wie hoch ist die Versicherungspflichtgrenze?* [online]: <https://www.tk.de/techniker/leistungen-und-mitgliedschaft/informationen-versicherte/veraenderung-berufliche-situation/freiwillige-krankenversicherung-tk/haeufige-fragen-fuer-freiwillig-versicherte/hoehere-versicherungspflichtgrenze-2006988?tkcm=aas>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Treuhand Hannover (13.02.2024): *Skonto-Urteil erschüttert Branche.* [online]: <https://www.treuhand-hannover.de/unser-unternehmen/pressebereich/detailseite/skonto-urteil-erschuettert-branche>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- UddannelsesGuiden: *Farmaci.* [online]: <https://www.ug.dk/uddannelser/bachelorogkandidatuddannelser/bacheloruddannelser/sundhedsvidenskabeligebacheloruddannelser/farmaci>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- UddannelsesGuiden: *Farmaceutisk videnskab - Kandidatuddannelsen i farmaceutisk videnskab er et alternativ til farmaceutuddannelsen.* [online]: <https://www.ug.dk/uddannelser/bachelorogkandidatuddannelser/kandidatuddannelser/sundhedsvidenskabeligebacheloruddannelser/farmaceutisk-videnskab>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- UddannelsesGuiden: *Kvalifikationsniveau for videregående uddannelser.* [online]: <https://www.ug.dk/uddannelser/artikleromuddannelser/kvalifikationsniveauer/kvalifikationsniveau-videregaaende-uddannelser>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- UddannelsesGuiden: *Master of Industrial Drug Development - MIND.* [online]: <https://www.ug.dk/uddannelser/masteruddannelser/sundhedsvidenskabeligeuddannelser/master-industrial-drug-development-mind>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- UddannelsesGuiden: *Pharmaceutical Sciences.* [online]: <https://www.ug.dk/uddannelser/bachelorogkandidatuddannelser/kandidatuddannelser/sundhedsvidenskabeligebacheloruddannelser/pharmaceutical-sciences>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Uddannelses- og Forskningsministeriet (23.08.2024): *Kvalifikationsrammer - Europæisk kvalifikationsramme - EQF.* [online]: <https://ufm.dk/uddannelse/anerkendelse-og-dokumentation/dokumentation/kvalifikationsrammer/europaeisk-kvalifikationsramme-eqf>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Ugeskriftet for Læger (15.03.2010): *Sygehusreform er sat i gang.* [online]: <https://ugeskriftet.dk/nyhed/sygehusreform-er-sat-i-gang>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- University of Copenhagen: *Master of Industrial Drug Development.* [online]: <https://mind.ku.dk/about/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- VdEK (26.08.2024): *Gesetzliche Arzneimittelrabatte in Millionen EUR 2010-2023.* [online]: [https://www.vdek.com/presse/daten/d\\_ausgaben\\_arzneimittel/](https://www.vdek.com/presse/daten/d_ausgaben_arzneimittel/); [letzter Zugriff 05.01.2025].
- VdEK (26.08.2024): *Mehrwertsteuersätze für Arzneimittel in Prozent, 2024, EU.* [online]: [https://www.vdek.com/presse/daten/d\\_ausgaben\\_arzneimittel.html](https://www.vdek.com/presse/daten/d_ausgaben_arzneimittel.html); [letzter Zugriff 05.01.2025].
- VdEK: *Arzneiversorgungsvertrag (Stand: 01.05.2024) zwischen den nachfolgenden Ersatzkassen „...“ und dem Deutschen Apothekerverband e.V., Berlin.* [online]: <https://www.vdek.com/vertragspartner/apotheken/arzneiversorgungsvertrag.html>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- VdEK (22.12.2023): *Beitragsbemessungsgrenzen und Beitragsätzen 2024.* [online]: <https://www.vdek.com/vertragspartner/arbeitgeber/beitragsaetze.html>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Verbraucherzentrale NRW e.V. (2023): *Familienversicherung in der Krankenkasse: Wer kostenlos mit reinkommt.* [online]: <https://www.verbraucherzentrale.de/wissen/gesundheitspflege/krankenversicherung/familienversicherung-in-der-krankenkasse-wer-kostenlos-mit-rein-kommt-28982>; [letzter Zugriff 05.01.2025].

- Verband der Privaten Krankenversicherungen e.V. (PKV): *So kalkuliert eine Versicherung die Beiträge*. [online]: <https://www.pkv.de/wissen/beitraege/beitragskalkulation/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Voigt, E. (ABDA; E-Mail vom 12.05.2023): *Daten von Landesapothekenkammern*. Nachweis durch den Autor.
- WEPA: *Apotec ® NIR-System*. [online]: <https://www.wepa.shop/9-p-8-apotec-9-sup-8-9-3-sup-8-nir-system-9-3-p-8-025490>;
- WHO (07.04.1948): *Constitution of the World Health Organization*. [online]: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- WIdO (Aug 2024): *Neuer Warenkorb. Preisentwicklung auf dem Arzneimittelmarkt bis August 2024. GKV-Arzneimittelindex*. [online]: [https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen/Produkte/Arzneimittel-Preisinfo/wido\\_arz\\_preisinfo\\_Aug2024.pdf](https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen/Produkte/Arzneimittel-Preisinfo/wido_arz_preisinfo_Aug2024.pdf); [letzter Zugriff 05.01.2025].
- WIdO (2022): *Arzneimittel-Preisinformation*. [online]: <https://www.wido.de/publikationen-produkte/analytik/arzneimittel-preisinformation/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- WIdO (2021): *Die Preise für neue Arzneimittel haben sich vom Gesamtmarkt entkoppelt*: [online]: [https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Bilder/Publikationen/Produkte/Arzneimittel-Preisinformation/wido\\_arz\\_preise\\_neuer\\_arzneimittel\\_2021.png](https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Bilder/Publikationen/Produkte/Arzneimittel-Preisinformation/wido_arz_preise_neuer_arzneimittel_2021.png); [letzter Zugriff 05.01.2025].
- WirtschaftsWoche (03.01.2014): *Die größten Pharmahändler*. [online]: <https://www.wiwo.de/unternehmen/industrie/deutschland-die-groessten-pharmahaendler/9308512.html>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Wissen-PKV.de (2023): *Private Krankenversicherung für Beamte und Beamtenanwärter*. [online]: <https://www.wissen-pkv.de/beamte-beamtenanwaerter/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].
- Wissen-PKV.de (2023): *Was ist die Beihilfe?* [online]: <https://www.wissen-pkv.de/beihilfe-beamte/>; [letzter Zugriff 05.01.2025].

## Anhang

Altersgruppen	Bevölkerung			[%]		
	1871	2021	Differenz	1871	2021	Differenz 2021 zu 1871
AG A (0-19 Jahre)	17.835.000	15.433.000	-2.402.000	43,47%	18,54%	-13,47%
AG B (20-64 Jahre)	21.303.000	49.366.000	28.063.000	51,92%	59,31%	131,73%
AG C (= / > 65)	1.891.000	18.436.000	16.545.000	4,61%	22,15%	874,93%
Gesamt	41.029.000	83.235.000	42.206.000	100,0%	100,0%	102,87%

Tab. 1: DE (1871 bis 2021): Veränderung der Bevölkerung nach Altersgruppen. Eigene Berechnungen. Quelle: BiB.<sup>677</sup>

	[Mrd. €]	Bevölkerung [Mio.]	Gesundheitsausgaben pro Kopf [€]	Steigerung zum Vorjahr [%]		[Mrd. €]	Bevölkerung [Mio.]	Gesundheitsausgaben pro Kopf [€]	Steigerung zum Vorjahr [%]
1992	159,468	80.975	1.969		2009	281,608	81.802	3.443	5,70%
1993	163,864	81.338	2.015	2,30%	2010	291,075	81.752	3.560	3,40%
1994	175,595	81.539	2.154	6,90%	2011	296,634	80.328	3.693	3,70%
1995	187,697	81.818	2.294	6,50%	2012	304,418	80.524	3.780	2,40%
1996	196,064	82.012	2.391	4,20%	2013	315,379	80.768	3.905	3,30%
1997	197,083	82.057	2.402	0,50%	2014	329,048	81.198	4.052	3,80%
1998	202,15	82.037	2.464	2,60%	2015	344,978	82.176	4.198	3,60%
1999	208,207	82.164	2.534	2,80%	2016	359,389	82.522	4.355	3,70%
2000	214,656	82.260	2.609	3,00%	2017	377,013	82.792	4.554	4,60%
2001	222,037	82.440	2.693	3,20%	2018	393,624	83.019	4.741	4,10%
2002	230,463	82.537	2.792	3,70%	2019	414,489	83.167	4.984	5,10%
2003	236,277	82.532	2.863	2,50%	2020	441,03	83.155	5.304	6,40%
2004	235,576	82.501	2.855	-0,30%	2021	474,134	83.237	5.696	7,40%
2005	242,016	82.438	2.936	2,80%	2022	497,661	83.450	5.964	4,70%
2006	248,542	82.315	3.019	2,80%	Veränderung	338,193	2.475	3.994	
2007	256,898	82.218	3.125	3,50%	Veränderung [%]	212,10%	3,10%	202,80%	
2008	267,121	82.002	3.257	4,30%					

Tab. 2: DE (1992 bis 2022): Gesundheitsausgaben pro Kopf. Eigene Berechnungen. Quelle: BiB,<sup>678</sup> Statista.<sup>679</sup>

<sup>677</sup> Vgl. BiB: *Bevölkerung nach Altersgruppen (1871-2070)*.

<sup>678</sup> Vgl. BiB: *Bevölkerung nach Altersgruppen (1871-2070)*.

<sup>679</sup> Vgl. Statista (Apr 2024): *Jährliche Gesundheitsausgaben in Deutschland in den Jahren von 1992 bis 2022*.

## Anhang

Zeitraum	Ø Höchstsatz	ermäßigt	Verteilung		Zeitraum	Ø Höchstsatz	ermäßigt	Verteilung	
			AN	AG				AN	AG
1970	8,2		4,1	4,1	2015	14,6	14	7,3	7,3
1980	11,4		5,7	5,7	2016	14,6	14	7,3	7,3
1990	12,5		6,25	6,25	2017	14,6	14	7,3	7,3
2000	13,6				2018	14,6	14	7,3	7,3
2009, 1. Halbj.	15,5	14,9	8,2	7,3	2019	14,6	14	7,3	7,3
2009, 2. Halbj.	14,9	14,3	7,9	7	2020	14,6	14	7,3	7,3
2010	14,9	14,3	7,9	7	2021	14,6	14	7,3	7,3
2011	15,5	14,9	8,2	7,3	2022	14,6	14	7,3	7,3
2012	15,5	14,9	8,2	7,3	2023	14,6	14	7,3	7,3
2013	15,5	14,9	8,2	7,3	2024	14,6	14	7,3	7,3
2014	15,5	14,9	8,2	7,3	2025	15,4	15,4	7,7	7,7

Tab. 4: DE (1970 bis 2025): Durchschnittliche GKV-Beitragsätze. (Quelle): Krankenkassen.net,<sup>680</sup> Schlemann,<sup>681</sup> Statista.<sup>682</sup>

	BRD ohne West- Berlin	Veränderung zum jeweiligen Vorjahr [%]	Veränderung zum Vorjahr		BRD ohne West- Berlin	Veränderung zum jeweiligen Vorjahr [%]	Veränderung zum Vorjahr
1955	6.385			1972	12.308	3,34%	398
1956	6.962	9,00%	577	1973	12.313	0,04%	5
1957	7.442	6,89%	480	1974	13.390	8,75%	1.077
1958	8.173	9,82%	731	1975	13.879	3,65%	489
1959	8.779	7,41%	606	1976	14.364	3,49%	485
1960	9.171	4,47%	392	1977	14.843	3,33%	479
1961	9.510	3,70%	339	1978	15.340	3,35%	497
1962	9.792	2,97%	282	1979	15.792	2,95%	452
1963	9.995	2,07%	203	1980	16.244	2,86%	452
1964	10.228	2,33%	233	1981	16.525	1,73%	281
1965	10.336	1,06%	108	1982	16.865	2,06%	340
1966	10.530	1,88%	194	1983	16.876	0,07%	11
1967	10.744	2,03%	214	1984	17.135	1,53%	259
1968	10.999	2,37%	255	1985	17.705	3,33%	570
1969	11.259	2,36%	260	1986	17.960	1,44%	255
1970	12.046	6,99%	787	1987	18.161	1,12%	201
1971	11.910	-1,13%	-136	1988	18.301	0,77%	140
				1989	18.432	0,72%	131
				Veränderung	12.047		
						188,7%	

Tab. 5: DE (1956 bis 1989): Die Apothekenentwicklung. Eigene Berechnungen: Quelle: Statistische Jahrbücher der BRD.

<sup>680</sup> Vgl. Krankenkassen.net (2024): *Entwicklung der Krankenkassenbeiträge*.

<sup>681</sup> Vgl. Schlemann, B. (2021): *GKV-Beitragsentwicklung von 1970 bis 2021*.

<sup>682</sup> Statista (Apr 2024): *Entwicklung der Beitragsätze der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) in den Jahren 1998 bis 2024*.

## Anhang

jeweils zum 31.12.	1956										
	BW	BY	HB	HH	HE	NI	NRW	RP	SL	SH	Gesamt
Apotheken	995	1.297	93	230	796	725	1.698	389	115	263	6.601
Einwohner [Mio.]	7,022	9,086	0,624	1,732	4,487	6,485	14,59	3,227	0,996	2,258	50,5
Einwohner pro Apotheken	7.057	7.005	6.704	7.528	5.637	8.945	8.592	8.295	8.663	8.584	7.651
Apotheken pro 100.000 Einwohner	14,2	14,3	14,9	13,3	17,7	11,2	11,6	12,1	11,5	11,7	13,1
Apotheken <sup>683</sup>	1990 / 1991										
	2.850	3.384	196	496	1.668	2.073	5.057	1.170	379	744	18.017
Einwohner [Mio.]	9,822	11,45	0,682	1,652	5,763	7,387	17,35	3,764	1,073	0,626	61,57
Einwohner pro Apotheken	3.446	3.383	3.478	3.331	3.455	3.564	3.431	3.217	2.831	3.530	3.417
Apotheken pro 100.000 Einwohner	29	29,6	28,8	30	28,9	28,1	29,1	31,1	35,3	28,3	29,3
Veränderung [Apotheken]	1956 zu 1990 / 1991										
	1.855	2.087	103	266	872	1.348	3.359	781	264	481	11.416
Veränderung [%]	186%	161%	111%	116%	110%	186%	198%	201%	230%	183%	173%
Veränderung Apotheken pro 100.000 Einwohner	14,8	15,3	13,8	16,7	11,2	16,9	17,5	19	23,8	16,7	16,2
Veränderung Apotheken pro 100.000 Einwohner [%]	105%	107%	93%	126%	63%	151%	150%	158%	206%	143%	124%

Tab. 6: BRD (1956 und 1990/91): Einwohner pro Apotheke. Eigene Berechnungen. Quelle: Statistische Jahrbücher der BRD.<sup>684</sup>

BRD ohne Berlin											
BW	BY	HB	HH	HE	NI	NRW	RP	SL	SH		
Allzeithochs											
1997	1999	1991	1991	1994	2001	1992	2001	1993	2008		
2.907	3.506	196	496	1.679	2.163	5.067	1.220	381	748	18.363	Gesamt
2.225	2.785	130	369	1.350	1.710	3.719	852	263	582	13.985	Gesamt 12/2023
-682	-721	-66	-127	-329	-453	-1.348	-368	-118	-166	-4.378	Veränderung zum jeweiligen Allzeithoch
-23,5%	-20,6%	-33,7%	-25,6%	-19,6%	-20,9%	-26,6%	-30,2%	-31,0%	-22,2%	-23,8%	Veränderung im Durchschnitt [%] (12/2023)

Tab. 7: DE (1991 und 2023): Apothekenanzahl in den Altbundesländern. Eigene Berechnungen. Quelle: GBE-Bund und BPB.<sup>685</sup>

<sup>683</sup> Hinweis: Daten bzgl. der Apothekenanzahl für 1990 ließen sich nicht auffinden.

<sup>684</sup> Vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder; Statistische Bibliothek: *Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland*, z. B. 1958, S. 30.

<sup>685</sup> Vgl. GBE-Bund: *Öffentliche Apotheken und Krankhausapotheken (Anzahl). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Art der Apotheke*; in Verbindung mit BPB: *Bevölkerung nach Bundesländern. Bevölkerung in absoluten Zahlen und Anteile in Prozent, Stichtag 31.12.2018*.

## Anhang

Jahr	Neue Länder ohne Berlin-Ost	BB	MV	SN	ST	TH
1991	1.998	337	246	616	417	373
2000	3.089	540	403		618	
2001	3.088			972		560
2003	3.073	538	401	965	608	561
2009				1022	635	
2010	3.271	594	421			602
Allzeithoch	3.271	2010	2010	2009	2009	2010
12/2023	2.871	543	366	907	560	495
Veränderung [Anzahl]	-400	-51	-55	-115	-75	-107
Veränderung [%]	-12,23%	-8,59%	-13,06%	-11,25%	-11,81%	-17,77%

Tab. 8: DE (1991 bis 2023): Apothekenanzahl in den neuen Bundesländern (ohne Berlin). Eigene Berechnungen. Quelle: GBE-Bund.<sup>686</sup>

	Neue Länder ohne Berlin-Ost					
	BB	MV	SN	ST	TH	
Einwohner 1990	14.751.000	2.578.000	1.924.000	4.764.000	2.874.000	2.611.000
Einwohner 31.12.2018	12.551.000	2.512.000	1.610.000	4.078.000	2.208.000	2.143.000
Veränderung [Anzahl]	2.200.000	66.000	314.000	686.000	666.000	468.000
Veränderung [%]	14,90%	-2,60%	-16,30%	-14,40%	-23,20%	-17,90%

Tab. 9: DE (1990 bis 2018): Einwohnerzahl in den neuen Bundesländern (ohne Berlin). Eigene Berechnungen. Quelle: BPB<sup>687</sup>

	Gesamtberlin	Ostberlin	Westberlin
1991	767	154	613
2023	715		
Allzeithoch	2007 u. 2008: 905	1999: 309	1999: 587
	2023	bis 1999	
Veränderung nach 1991	-52	155	-26
Veränderung nach 1991 [%]	-6,8%	100,6%	-4,2%
Veränderung nach Allzeithoch	-190		
Veränderung nach Allzeithoch [%]	-21,0%		

Tab. 10: DE (1991 und 2023): Apothekenbetriebe im Bundesland Berlin. Eigene Berechnungen. Quelle: ABDA-ZDF 2024; GBE-Bund.<sup>688</sup>

<sup>686</sup> Vgl. GBE-Bund: *Öffentliche Apotheken und Krankenhausapotheken (Anzahl). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Art der Apotheken.*

<sup>687</sup> Vgl. BPB: *Bevölkerung nach Bundesländern. Bevölkerung in absoluten Zahlen und Anteile in Prozent, Stichtag 31.12.2018.*

<sup>688</sup> Vgl. GBE-Bund: *Öffentliche Apotheken und Krankenhausapotheken (Anzahl). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Art der Apotheken.*

## Anhang

Einwohner je km <sup>2</sup>	Altbundesländer (ohne Berlin)									
	BW	Bay	HB	HH	HE	NI	NRW	RP	SL	SH
1995	289	170	1.682	2.262	285	163	525	200	422	173
2021	311	187	1.613	2.455	298	168	525	207	382	185
Veränderungen	22	17	-69	193	13	5	0	7	-40	12
Veränderungen [%]	7,6%	10,0%	-4,1%	8,5%	4,6%	3,1%	0,0%	3,5%	-9,5%	6,9%

Tab. 11: DE (1995 und 2021): Bevölkerungsdichte in den Altbundesländern (ohne Berlin). Eigene Berechnungen. Quelle: Destatis.<sup>689</sup>

	Apotheken und Filialen	Einzelapotheken	Hauptapotheken	Apotheken mit 1 Filiale	Apotheken mit 2 Filialen	Apotheken mit 3 Filialen	Filialen (gesamt)	Filialen: Veränderung zum Vorjahr	Filialen: Veränderung zum Vorjahr [%]
2005	21.476	19.148	1.100	989	94	17	1.228		
2010	21.441	15.277	2.686	2.057	466	163	3.478	450	
2015	20.249	12.851	3.117	2.229	612	276	4.281	161	
2018	19.423	11.655	3.227	2.231	678	318	4.541	87	
2019	19.075	11.205	3.268	2.257	688	323	4.602	61	1,34%
2020	18.753	10.811	3.299	2.278	698	323	4.643	41	0,89%
2021	18.461	10.353	3.365	2.314	724	327	4.743	100	2,15%
2022	18.068	10.003	3.352	2.306	731	315	4.713	-30	-0,63%
2023	17.571	9.645	3.305	2.287	720	298	4.621	-92	-1,95%

Tab. 12: DE (2005 bis 2023): Apothekenstruktur nach 2004. Eigene Berechnungen. Quelle: ABDA.<sup>690</sup>

Jahr	Apotheken					
	Gesamtanzahl	Umsatz: < oder = Ø-Netto-Umsatz			Umsatz: > als Ø-Netto-Umsatz	
		Anzahl	[%]	Anzahl	[%]	
2009	21.548	12.024	55,80%	9.524	44,20%	
2012	20.921	14.331	68,50%	6.590	31,50%	
2015	20.249	11.420	56,40%	8.829	43,60%	
2016	20.023	10.432	52,10%	9.591	47,90%	
2017	19.768	11.770	59,50%	7.998	40,50%	
2018	19.423	11.576	59,60%	7.847	40,40%	
2019	18.716	10.952	58,50%	7.764	41,50%	
2020	18.753	11.308	60,30%	7.445	39,70%	
2021	18.461	10.966	59,40%	7.495	40,60%	
2022	18.068	10.046	55,60%	8.022	44,40%	
2023	17.571	10.367	59,00%	7.204	41,00%	
Durchschnitt		11.381		8.028		
			58,61%		41,39%	

Tab. 13: DE (2009 bis 2023): Apotheken nach Anzahl und Prozent zum Durchschnittsumsatz. Eigene Berechnungen. Quelle: ABDA.<sup>691</sup>

<sup>689</sup> Vgl. Destatis (21.09.2023): *Bundesländer mit Hauptstätten nach Fläche, Bevölkerung und Bevölkerungsdichte am 31.12.2022*.

<sup>690</sup> Vgl. ABDA: *Die Apotheke, Zahlen - Daten - Fakten*, z. B. 2024, S. 13.

<sup>691</sup> Vgl. ABDA: *Die Apotheke, Zahlen - Daten - Fakten*, 2024, S. 20.

## Anhang

	2015			2019			2020			2021			2022		
	t€	%	%	t€	%	%	t€	%	%	t€	%	%	t€	%	%
Netto-Umsatz	2.110	100		2.587	100		2.776	100		3.079	100		3.225	100	
Wareneinsatz	1.593	75,5		1.991	77		2.152	77,5		2.366	76,8		2.530	78,4	
Rohertrag	517	24,5	100	596	23	100	624	22,5	100	713	23,2	100	695	21,6	100
Personalkosten	225	10,7	43,5	272	10,5	45,6	280	10,1	44,9	298	9,7	41,8	331	10,3	47,6
Sonstige steuerlich abzugsfähige Kosten	161	7,6	31,1	181	7	30,4	188	6,8	30,1	216	7	30,3	215	6,7	30,9
(Nachtdienste und ab 2020 Botendienste)				5			10			12			14		
steuerliches Betriebsergebnis (vor Steuern)	131	6,2		148	5,7		166	6		211	6,9		163	5,1	

Tab. 14: DE (2015 bis 2023): Betriebswirtschaftliche Auswertung der Durchschnittsapotheke. Eigene Berechnungen. Quelle: ABDA.<sup>692</sup>

	addiert	plus	minus
Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers (APU)	100,00 €		
Großhandelshöchstzuschlag (ApU + 3,15% zzgl. 0,73 €)		3,88 €	
= Apothekeneinkaufspreis (AEP)	103,88 €		
Apothekenzuschlag (8,35 €)		8,35 €	
Apothekenzuschlag (3 %)		3,12 €	
Notdienstzuschlag (0,21 €)		0,21 €	
Förderzuschlag für pharm. Dienstleistungen (0,20 €)		0,20 €	
= Netto-Apothekenverkaufspreis (Netto-AVP)	115,76 €		
Umsatzsteuer (19,0 %)		21,99 €	
= Apothekenverkaufspreis (AVP)	137,75 €		
Zuzahlung (10 % vom AVP; mindestens 5 Euro max. 10 Euro)			10,00 €
	127,75 €		
Apothekenabschlag (ab 01.02.2023)			2,00 €
	125,75 €		
Herstellerabschlag (12% vom APU)			12,00 €
GKV Ausgabe (inkl. Umsatzsteuer 19,0 %)	113,71 €		

Tab. 15: Vergütungsbeispiel: Abrechnungsbares Arzneimittel.<sup>693</sup> Eigene Berechnungen. Quelle: ABDA<sup>694</sup>

<sup>692</sup> Vgl. ABDA: *Die Apotheke, Zahlen - Daten - Fakten*, z. B. 2024, S. 21.

<sup>693</sup> Hinweis: Es handelt sich hier um ein Musterbeispiel, da die Höhe der Zuzahlung bzw. die Höhe des Herstellerabschlages unterschiedlich ausfallen können.

<sup>694</sup> Vgl. ABDA: *Beispielrechnung: Fertigarzneimittel und Rezepturen*.

## Anhang

	addiert	plus	minus
Apothekeneinkaufspreis (AEP) für Wirkstoff(e), Grundlagen und Verpackung	5,00 €		
Festzuschlag (90% auf den AEP)		4,50 €	
Rezeptur-Herstellungszuschlag (z. B. 3,50 Euro für Lösungen bis 300 g; 6,00 Euro für Salben bis 200 g; 8,00 Euro für Kapseln)		3,50 €	
Fester Zuschlag für Beratung und Abgabe		8,35 €	
= Netto-Apothekenverkaufspreis (Netto-AVP)	21,35 €		
Umsatzsteuer (19,0 %)		4,06 €	
= Apothekenverkaufspreis (AVP)	25,41 €		
Zuzahlung (10 % vom AVP; mindestens 5 Euro max. 10 Euro)			5,00 €
Apothekenabschlag (ab 01.02.2023)			2,00 €
GKV Ausgabe (inkl. Umsatzsteuer 19,0 %)	18,41 €		

Tab. 16: Vergütungsbeispiel: Rezeptur.<sup>695</sup> Eigene Berechnungen. Quelle: ABDA.<sup>696</sup>

	2019	2020	2021	2022	2023
Nacht- und Notdienstes	x	x	x	x	x
Telematikinfrastruktur		x	x	x	x
Pharmazeutische Dienstleistungen			x	x	x
Grippeimpfstoffrückerstattungs VO			x		
Botendienste		x			
Schutzmasken-Ausgabe		x			
Treuhandeinnahmen [Mio. €]	177,5	172	233.1	340.9	340.4

Tab. 17: DE (2019 bis 2023): Aufgaben des NNF. Quelle: NNF.<sup>697</sup>

<sup>695</sup> Hinweis: Es handelt sich hier um ein Musterbeispiel. Denn, der Rezeptur-Herstellungszuschlag wird nach Darreichungsform (Lösung, Salbe, Kapseln etc.), Herstellungsart und Menge festgelegt und damit fällt die Zuzahlungshöhe unterschiedlich aus.

<sup>696</sup> Vgl. ABDA: *Beispielrechnung: Fertigarzneimittel und Rezepturen*.

<sup>697</sup> Vgl. DAV-Notdienstfonds: *Geschäftsbericht, 2023*, S. 6.

## Anhang

Jahr	3 = 1 x 2		4	6 = 4 x 5		7 = 5 + 6 vom Vorjahr	8 = 6 aufaddiert	9 = 8 * 2	
	1	2		3	5	6	7	8	9
	Apothekenabschlag [€]	Rx-FAM [Mio. Packungen]	GKV-Einsparungen durch den Apothekenabschlag [Mio. €]	Inflationsrate [%] (rechnerisch; gerundet)	SGB V - Fixum [€]	Unberücksichtigter Inflationsausgleich	Inflationsbereinigtes Fixhonorar [€]	GKV-Einsparungen ab 2005 pro Rx-FAM [€]	GKV-Ersparungen mangels Inflationanpassung des Apothekenabschlages [Mio. €]
2004	2	519 <sup>(PZ)</sup>	1.038	1,65	8,1	0,1337			
2005	2	540 <sup>(PZ)</sup>	1.080	1,62	8,1	0,1312	8,23	0,13	72
2006	1,85	536 <sup>(PZ)</sup>	992	1,6	8,1	0,1296	8,36	0,26	141
2007	2	553 <sup>(PZ)</sup>	1.106	2,29	8,1	0,1855	8,55	0,45	248
2008	2,3	571 <sup>(PZ)</sup>	1.313	2,6	8,1	0,2106	8,76	0,66	376
2009	1,75	581 <sup>(PZ)</sup>	1.017	0,35	8,1	0,0284	8,79	0,69	400
2010	1,75	584 <sup>(PZ)</sup>	1.022	1,03	8,1	0,0834	8,87	0,77	450
2011	2,05	585 <sup>(PZ)</sup>	1.199	2,16	8,1	0,175	9,05	0,95	553
2012	2,05	600 <sup>698</sup>	1.230	1,89	8,1	0,1531	9,2	1,1	660
2013	1,8	737 <sup>(IGES)</sup>	1.327	1,53	8,35	0,1278	9,58	1,23	904
2014	1,8	743 <sup>(IGES)</sup>	1.337	0,97	8,35	0,081	9,66	1,31	972
2015	1,77	749 <sup>(IGES)</sup>	1.326	0,53	8,35	0,0443	9,7	1,35	1.013
2016	1,77	754 <sup>(IGES)</sup>	1.335	0,53	8,35	0,0443	9,75	1,4	1.053
2017	1,77	754 <sup>(IGES)</sup>	1.335	1,47	8,35	0,1227	9,87	1,52	1.145
2018	1,77	739 <sup>(ABDA)</sup>	1.308	1,76	8,35	0,147	10,02	1,67	1.231
2019	1,77	760 <sup>(ABDA)</sup>	1.345	1,43	8,35	0,1194	10,14	1,79	1.357
2020	1,77	749 <sup>(ABDA)</sup>	1.326	0,5	8,35	0,0418	10,18	1,83	1.369
2021	1,77	756 <sup>(ABDA)</sup>	1.338	3,1	8,35	0,2589	10,44	2,09	1.583
2022	1,77	791 <sup>(ABDA)</sup>	1.400	6,89	8,35	0,5753	11,01	2,66	2.105
2023	2	798 <sup>(ABDA)</sup>	1.596	5,9	8,35	0,4927	11,5	3,15	2.517
Einsparung [Mrd. €]			24.970						18.150
Einsparungen pro Jahr [Mrd. €]			1.248						908
Einsparungen gesamt					Mrd. Euro	43.120			
Einsparungen gesamt pro Jahr					Mrd. Euro	2.156			

Tab. 18: DE (2004 bis 2023): Ersparnisse der GKV durch den Apothekenabschlag. Eigene Berechnungen. Quellen: PZ (ABDA),<sup>699</sup> Finanztool,<sup>700</sup> Destatis,<sup>701</sup> Statista,<sup>702</sup> IGES,<sup>703</sup> 2HM.<sup>704</sup>

<sup>698</sup> Hinweis: Der Wert wurde geschätzt.

<sup>699</sup> Vgl. PZ (06.12.2011): *Fakten zur aktuellen Situation - Apothekenhonorierung I; in Ausgabe 29/2011.*

<sup>700</sup> Vgl. finanz-tools.de (30.10.2024): *Inflationsraten in Deutschland.*

<sup>701</sup> Vgl. Destatis (Stand: 11.10.2024): *Gesamtindex und 12 Abteilungen - Verbraucherpreisindex: Tabellen mit Jahresdurchschnitt und Monatswerten, Indizes und Veränderungsraten.*

<sup>702</sup> Vgl. Statista (16.09.2024): *Anzahl der Verordnungen zu Lasten der GKV in den Jahren 2006 bis 2023 (in Millionen).*

<sup>703</sup> Vgl. IGES Institut (24.09.2020): *Ökonomisches Gutachten zum Apothekenmarkt. Gutachten für das Bundesministerium für Gesundheit. Version 1.0, S. 36.*

<sup>704</sup> Vgl. 2HM Research + Consulting (2017).

## Anhang

		AVP-Umsatzklassen											
		Umsatz [Mrd. €]		Packun- gen [Mio.]		< 100,00 €		100,01 € bis 500,00 €		500,01 € bis 1.500,00 €		> 1.500,01 €	
						Umsatz [Mrd. €]	Packun- gen [Mio.]	Umsatz [Mrd. €]	Packun- gen [Mio.]	Umsatz [Mrd. €]	Packun- gen [Mio.]	Umsatz [Mrd. €]	Packun- gen [Mio.]
2013		35,8	737,0	15,1	674,4	9,4	55,3	3,7	5,2	7,6	2,2		
	Marktanteil [%]	100,0%		42,2%	91,5%	26,2%	7,5%	10,3%	0,7%	21,3%	0,3%		
2014		38,0	742,0	15,1	676,0	9,8	57,9	3,5	4,5	9,5	3,0		
	Marktanteil [%]	100,0%		39,7%	91,1%	25,9%	7,8%	9,3%	0,6%	25,1%	0,4%		
2015		39,8	749,0	15,0	682,3	10,0	58,4	3,6	4,5	11,3	3,0		
	Marktanteil [%]	100,0%		37,7%	91,1%	25,0%	7,8%	9,1%	0,6%	28,3%	0,4%		
2016		38,5	742,0	14,1	674,5	9,7	59,4	3,5	4,5	11,2	3,0		
	Marktanteil [%]	100,0%		36,6%	90,9%	25,3%	8,0%	9,0%	0,6%	29,1%	0,4%		
2017		39,4	741,0	13,8	670,6	10,1	62,2	3,6	4,4	11,9	3,7		
	Marktanteil [%]	100,0%		35,1%	90,5%	25,6%	8,4%	9,1%	0,6%	30,3%	0,5%		
2018		41,0	742,0	13,9	670,0	10,4	59,9	3,7	5,2	13,1	3,7		
	Marktanteil [%]	100,0%		33,8%	90,3%	25,4%	8,1%	9,1%	0,7%	31,8%	0,5%		
2019		44,3	780,0	14,4	702,0	11,2	67,9	4,1	5,5	14,6	3,9		
	Marktanteil [%]	100,0%		32,5%	90,0%	25,2%	8,7%	9,3%	0,7%	33,1%	0,5%		
2020		47,2	749,0	14,4	671,9	11,5	65,9	4,8	6,0	16,5	4,5		
	Marktanteil [%]	100,0%		30,5%	89,7%	24,3%	8,8%	10,2%	0,8%	34,9%	0,6%		
2021		50,2	756	14,2	675,9	11,9	68	5,3	6,8	17,5	5,3		
	Marktanteil [%]	100,0%		28,2%	89,4%	23,7%	9,0%	10,6%	0,9%	34,9%	0,7%		
2022		53,8	791,0	15,0	708,7	13,0	70,4	5,0	6,3	20,8	6,3		
	Marktanteil [%]	100,0%		27,8%	89,6%	24,2%	8,9%	9,3%	0,8%	38,7%	0,8%		
2023		55,69	798	15,1	712,6	13,4	69,4	5,1	6,4	22,1	6,4		
	Marktanteil [%]	100,0%		27,1%	89,3%	24,0%	8,7%	9,2%	0,8%	39,7%	0,8%		
	Veränderung [Mrd. €]	19,89		0,0		4,0		1,4		14,5			
	Veränderung [%]	55,6%		0,0%		42,6%		37,8%		190,8%			
	Veränderung Packungen [Mio.]		61,0		38,2		14,1		1,2		4,2		
	Veränderung [%]		8,3%		5,7%		25,5%		23,1%		190,9%		

Tab. 19: DE (2013 bis 2023): Rx-FAM-Umsatz und -Packungen zum GKV-Umsatz. Eigene Berechnungen. Quelle: ABDA.<sup>705</sup>

<sup>705</sup> Vgl. ABDA: *Die Apotheke, Zahlen - Daten - Fakten*, z. B. 2024, S. 28, 29.

## Anhang

Pharmazeutischen Großhandel (pGH)					Apotheke					
1	2	3	4 = 2 + 3	5 = 4 / 1	6 = 1 + 4	7	8	9 = 7 + 8	10 = 9 / 6	11 = 6 + 9
APU [€]	Var. Vergütung [3,15 %]	Fixe Vergütung [0,73 €]	Rohgewinn [€]	Marge	AEP [€]	Var. Vergütung [3,0 %]	Fixe Vergütung [8,35 €]	Rohgewinn	Marge	Netto-AVP [€]
10,00	0,32 €	0,73 €	1,05 €	10,50%	11,05	0,33 €	8,35 €	8,68 €	78,57%	19,73
100,00	3,15 €	0,73 €	3,88 €	3,88%	103,88	3,12 €	8,35 €	11,47 €	11,04%	115,35
1000,00	31,50 €	0,73 €	32,23 €	3,22%	1.032,23	30,97 €	8,35 €	39,32 €	3,81%	1.071,55
1200,00	37,80 €	0,73 €	38,53 €	3,21%	1.238,53	37,16 €	8,35 €	45,51 €	3,67%	1.284,04
10000,00	37,80 €	0,73 €	38,53 €	0,39%	10.038,53	301,16 €	8,35 €	309,51 €	3,08%	10.348,04
50000,00	37,80 €	0,73 €	38,53 €	0,08%	50.038,53	1.501,16 €	8,35 €	1.509,51 €	3,02%	51.548,04
100000,00	37,80 €	0,73 €	38,53 €	0,04%	100.038,53	3.001,16 €	8,35 €	3.009,51 €	3,01%	103.048,04

Tab. 20: Verhältnis des AEP zum dazugehörigen Rohgewinn. Eigene Berechnungen.

	ab 01.01.2023	Monatsbruttolohn [Euro] <sup>706</sup>	Euro inkl. AG-Anteile (x1,3)	Euro pro Woche (/4,3)	Euro pro Stunde (/40)
PTA	1.-2. Berufsjahr	2.346	3.050	709	18
	ab 10. Berufsjahr	2.957	3.844	894	22
Apotheker	1.-2. Berufsjahr	3.785	4.921	1.144	29
	ab 10. Berufsjahr	4.490	5.837	1.357	34

Tab. 21: DE (2023): Bruttotariflöhne für Apotheker und PTA. Eigene Berechnung. Quelle: ADEXA.<sup>707</sup>

	Apotheken	Versandhandel: Umsatz mit Non-Rx-FAM	Non-Rx-Umsatzverlust pro Apotheke	Veränderung des Non-Rx-Umsatzverlustes pro Apotheke zum Vorjahr	
	[Anzahl]	[Euro]	[Euro]	[Euro]	[%]
2019	19.075	1.691.000.000	88.650		
2020	18.753	1.982.000.000	105.690	17.040	19,22%
2021	18.461	2.170.000.000	117.545	11.855	11,22%
2022	18.068	2.437.000.000	134.879	17.334	14,75%

Tab. 22: DE (2019 bis 2022): Umsätze auf den Non-Rx-FAM-Pharmamarkt. Eigene Berechnungen. Quelle: DAZ.<sup>708</sup>

<sup>706</sup> Hinweis: Bruttolohn x 1,3 ergibt Bruttolohn inkl. Arbeitgeberanteil, geteilt durch 4,3 (Wochen) ergibt den Bruttoarbeitslohn pro Woche. Dieser geteilt durch 40 Arbeitsstunden / Woche ergibt wiederum den Bruttolohn inkl. Arbeitgeberanteil pro Arbeitsstunde.

<sup>707</sup> Vgl. ADEXA: *Gehaltstarifvertrag (01.01.2022)*.

<sup>708</sup> Vgl. DAZ (31.03.2023): *Selbstmedikationsmarkt wieder auf Vor-Corona-Niveau*.

## Anhang

	Pharmazeutische Industrie		pGH		Staat (USt.)		Apotheken		Gesamt- ausgaben [Mrd. €]
	[Mrd. €]	Marktanteil [%]	[Mrd. €]	Marktanteil [%]	[Mrd. €]	Marktanteil [%]	[Mrd. €]	Marktanteil [%]	
2014	19,85	65,1	1,01	3,3	4,87	16,0	4,76	15,6	30,49
2015	20,8	65,4	1,05	3,3	5,07	16,0	4,86	15,3	31,78
2016	21,59	65,5	1,06	3,2	5,27	16,0	5,04	15,3	32,96
2017	21,92	65,2	1,11	3,3	5,37	16,0	5,21	15,5	33,61
2018	22,46	65,3	1,1	3,2	5,49	16,0	5,33	15,5	34,38
2019	23,29	65,7	1,13	3,2	5,66	16,0	5,35	15,1	35,43
2020	25,32	67,5	1,13	3,1	5,59	14,9	5,48	14,6	37,52
2021	27,87	67,8	1,15	2,8	6,56	16,0	5,5	13,4	41,08
2022	29,08	67,8	1,2	2,8	6,85	16,0	5,75	13,4	41,88
2023	29,82	68	1,27	2,9	7	16,0	5,74	13,1	43,83
Veränderung [Mrd. €]	9,97		0,26		2,13		0,98		13,34
Veränderung [%]	50,2%		25,7%		43,7%		20,6%		43,8%
Veränderung Marktanteil [%]		2,9		-0,4		0,0		-2,5	
Veränderung [%]		4,5%		-12,1%		0,0%		-16,0%	

Tab. 23: DE (2014 bis 2023): GKV- Arzneimittelausgaben. Eigene Berechnungen. Quelle: ABDA.<sup>709</sup>

<sup>709</sup> Vgl. ABDA: *Die Apotheke, Zahlen - Daten - Fakten*, z. B. 2024, S. 39.

## Anhang

Anzahl Apotheker in DE (2005 bis 2023)													
	2005	2010	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Öffentliche Apotheken	46.276	48.695	49.288	49.821	50.356	50.123	51.098	52.048	52.876	52.996	53.285	53.461	53.178
Apothekenleiter	20.591	18.525	16.661	16.269	15.968	15.607	15.236	15.476	15.067	14.649	14.285	13.980	13.575
KH-Apotheken	1.782	1.909	2.143	2.183	2.212	2.307	2.382	2.445	2.539	2.677	2.774	2.921	3.041
Industrie, Verwaltung etc.	6.450	8.328	9.692	9.969	10.189	10.518	10.899	11.287	11.767	12.183	12.732	13.243	13.579
Pharmazeutische Industrie		4.405	5.436	5.679	5.867	6.136	6.530	6.851	7.221	7.436	7.856	8.026	8.199
Universitäten		1.225	1.280	1.238	1.187	1.169	1.219	1.216	1.240	1.307	1.314	1.485	1.659
Behörden und Körperschaften		801	874	919	937	907	954	1.009	1.062	1.140	1.177	1.231	1.146
Lehranstalten und Berufsschulen		511	473	462	465	465	482	494	546	551	566	569	626
Bundeswehr		199	221	227	229	243	241	228	231	242	231	252	267
Sonstige Bereiche		1.187	1.408	1.444	1.504	1.598	1.473	1.489	1.467	1.507	1.588	1.680	1.682
Gesamt	54.508	58.932	61.123	61.973	62.757	62.948	64.379	65.780	67.182	67.856	68.791	69.625	69.798
Veränderungen													
	von 2005 bis 2023				von 2010 bis 2023				von 2020 bis 2023				
	Anzahl	[%]	pro Anno	[%]	Anzahl	[%]	pro Anno	[%]	Anzahl	[%]	pro Anno	[%]	
Öffentliche Apotheken	6.902	14,9%	383	0,83%	4.483	9,2%	345	0,71%	302	0,57%	76	0,14%	
Apothekenleiter	-7.016	-34,1%	-390	-1,89%	-4.950	-26,7%	-381	-2,06%	-1.492	-9,90%	-373	-2,48%	
KH-Apotheken	1.259	70,7%	70	3,93%	1.132	59,3%	87	4,56%	502	19,77%	126	4,94%	
Industrie, Verwaltung etc.	7.129	110,5%	396	6,14%	5.251	63,1%	404	4,85%	1.812	15,40%	453	3,85%	
Pharmazeutische Industrie					3.794	86,1%	292	6,63%	978	13,54%	245	3,39%	
Universitäten					434	35,4%	33	2,73%	419	33,79%	105	8,45%	
Behörden und Körperschaften					345	43,1%	27	3,31%	84	7,91%	21	1,98%	
Lehranstalten und Berufsschulen					115	22,5%	9	1,73%	80	14,65%	20	3,66%	
Bundeswehr					68	34,2%	5	2,63%	36	15,58%	9	3,90%	
Sonstige Bereiche					495	41,7%	38	3,21%	215	14,66%	54	3,66%	
Gesamt	15.290	28,1%	849	1,56%	10.866	18,4%	836	1,42%	2.616	3,89%	654	0,97%	
Veränderung zum vorgehenden Jahr in Anzahl und Prozent													
		2010	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Öffentliche Apotheken	Anzahl	484	198	533	535	-233	975	950	828	120	289	176	-283
	[%]	1,05%	0,41%	1,08%	1,07%	-0,46%	1,95%	1,86%	1,59%	0,23%	0,55%	0,33%	-0,53%
Apothekenleiter	Anzahl	-413	-621	-392	-301	-361	-371	240	-409	-418	-364	-305	-405
	[%]	-2,0%	-3,4%	-2,4%	-1,9%	-2,3%	-2,4%	1,6%	-2,6%	-2,8%	-2,5%	-2,1%	-2,9%
KH-Apotheken	Anzahl	25	78	40	29	95	75	63	94	138	97	147	120
	[%]	1,4%	4,1%	1,9%	1,3%	4,3%	3,3%	2,6%	3,8%	5,4%	3,6%	5,3%	4,1%
Industrie, Verwaltung etc./ exkl. Pharmazeutische Industrie	Anzahl	376	455	277	220	329	381	388	480	416	549	511	336
	[%]	5,8%	5,5%	2,9%	2,2%	3,2%	3,6%	3,6%	4,3%	3,5%	4,5%	4,0%	2,0%
Pharmazeutische Industrie	Anzahl		455	243	188	269	394	321	370	215	420	170	173
	[%]		10,3%	4,5%	3,3%	4,6%	6,4%	4,9%	5,4%	3,0%	5,6%	2,2%	2,2%

Tab. 25: DE (2010 bis 2022): Apotheker nach Beschäftigung. Eigene Berechnungen. Quelle: ABDA.<sup>710</sup>

<sup>710</sup> Vgl. ABDA: *Die Apotheke, Zahlen - Daten - Fakten*, z. B. 2024, S. 46.

## Anhang

	Zuwachs in Anzahl und Prozent					
	2005 bis 2023		2010 bis 2023		2020 bis 2023	
	Öffentliche Apotheke	6.902	45,10%	4.483	41,30%	302
KH-Apotheken	1.259	8,20%	1.132	10,40%	502	19,20%
Industrie etc.	7.129	46,60%	5.251	48,30%	1.812	69,30%
Gesamt	15.290	100%	10.866	100%	2.616	100%

Tab. 26: DE (2005 bis 2023): Apotheker nach Beschäftigung. Eigene Berechnungen. Quelle: ABDA.<sup>711</sup>

	Ausbildungsplatz Apotheke											
	PKA			PTA			PhiP			Gesamt		
	Gesamt-anzahl	Veränderung zum Vorjahr [%]	Veränderung zum Vorjahr [Anzahl]	Gesamt-anzahl	Veränderung zum Vorjahr [%]	Veränderung zum Vorjahr [Anzahl]	Gesamt-anzahl	Veränderung zum Vorjahr [%]	Veränderung zum Vorjahr [Anzahl]	Gesamt-anzahl	Veränderung zum Vorjahr [%]	Veränderung zum Vorjahr [Anzahl]
2013	3.903			2.391			1.435			7.729		
2014	3.724	-4,6%	-179	2.365	-1,1%	-26	1.467	2,2%	32	7.556	-2,2%	-173
2015	3.724	0,0%	0	2.117	-10,5%	-248	1.608	9,6%	141	7.449	-1,4%	-107
2016	3.805	2,2%	81	2.085	-1,5%	-32	1.651	2,7%	43	7.541	1,2%	92
2017	3.626	-4,7%	-179	2.076	-0,4%	-9	1.693	2,5%	42	7.395	-1,9%	-146
2018	3.680	1,5%	54	2.072	-0,2%	-4	1.612	-4,8%	-81	7.364	-0,4%	-31
2019	3.603	-2,1%	-77	2.131	2,8%	59	1.641	1,8%	29	7.375	0,1%	11
2020	3.504	-2,7%	-99	2.119	-0,6%	-12	1.656	0,9%	15	7.279	-1,3%	-96
2021	3.652	4,2%	148	2.068	-2,4%	-51	1.692	2,2%	36	7.412	1,8%	133
2022	3.893	6,6%	241	2.129	2,9%	61	1.663	-1,7%	-29	7.685	3,7%	273
2023	3.625	-6,9%	-268	1.955	-8,2%	-174	1.476	-11,2%	-187	7.056	-8,2%	-629
Ø Anzahl	3.704		-28	2.137		-44	1.599		4	7.440		-67
Verteilung [%]	49,8%			28,7%			21,5%			100,0%		
Ø Veränderung zum Vorjahr [%]		-0,65%			-1,91%			0,42%			-0,86%	
Veränderung in Anzahl	-278			-436			41			-673		
Veränderung [%]	-7,12%			-18,24%			2,86%			-8,71%		

Tab. 28: DE (2013 bis 2023): Ausbildungsplatz Apotheke. Eigene Berechnungen. Quelle: ABDA.<sup>712</sup>

<sup>711</sup> Vgl. ABDA: *Die Apotheke, Zahlen - Daten - Fakten*, z. B. 2024, S. 46.

<sup>712</sup> Vgl. ABDA: *Die Apotheke, Zahlen - Daten - Fakten*, z. B. 2024, S. 50.

## Anhang

Apothekenvergütung nach ApoRG				
Fixum				
	Rx-Packungen	Fixum [€]	Vergütung [€]	Vergütung [€]: + / -
2024	798.000.000	8,35	6.663.300.000	
2025	798.000.000	8,66	6.910.680.000	247.380.000
2026	798.000.000	9,00	7.182.000.000	518.700.000
				766.080.000
Var. Vergütung				
	Nettoumsatz [€]	Var. Vergütung	Vergütung [€]	Vergütung [€]: + / -
2024	55.690.000.000	3,0 %	1.670.700.000	
2025	55.690.000.000	2,5 %	1.392.250.000	- 278.450.000
2026	55.690.000.000	2,0 %	1.113.800.000	- 556.900.000
				- 835.350.000
Gesamtvergütung				
	Fixum [€]	Var. Vergütung	Gesamt	Vergütung [€]: + / -
2024	6.663.300.000	1.670.700.000	8.334.000.000	
2025	6.910.680.000	1.392.250.000	8.302.930.000	- 31.070.000
2026	7.182.000.000	1.113.800.000	8.295.800.000	- 38.200.000
				- 69.270.000
Apotheken				
	Anzahl	Vergütung [€]: + / -		Vergütung [€]: + / - pro Apotheke
2024	17.500			
2025	16.500	- 31.070.000		- 1.883
2026	16.000	- 38.200.000		- 2.388

Tab. 30: DE (2024/25): Apothekenvergütung nach ApoRG. Eigene Berechnungen. Quelle: ABDA.<sup>713,714</sup>

Erwachsene				Minderjährige			
DKK	Euro (gerundet)	Zuschuss [%]	Selbstbe- teiligung [€]	DKK	Euro (gerundet)	Zuschuss [%]	Selbstbe- teiligung [€]
> 18.870	> 2.533	100	0	> 23.520	> 3.158	100	0
3.795 bis 18.870	509 bis 2.533	85	380	3.795 bis 23.530	509 bis 3.158	85	474
1.750 bis 3.795	235 bis 509	75	127	1.750 bis 3.795	235 bis 509	75	127
1.045 bis 1.750	140 bis 235	50	118	1.045 bis 1.750	140 bis 235	60	94
0 bis 1.045	bis 140	0	140	0 bis 1.045	bis 140	60	56

Tab. 31: DK (2023): Arzneimittel-Selbstbeteiligungen. Eigene Berechnungen. Quelle: DA.<sup>715,716</sup>

<sup>713</sup> Vgl. ABDA: *Die Apotheke, Zahlen - Daten - Fakten, 2024*, S. 28, 29.

<sup>714</sup> Hinweis: Grundlage der Berechnungen war die Anzahl der abgegebenen Rx-Packungen und der Rx-Umsatz aus 2023. Mögliche Änderungen der Packungsanzahl für die Jahre 2024 bis 2026 wurden nicht unterstellt, wenngleich diese mehr als wahrscheinlich sind.

<sup>715</sup> Vgl. DA: *Medicintilskud - Sygesikringen og regler for medicintilskud*.

<sup>716</sup> Hinweis: Laut Eurostat bewegte sich der Wechselkurs Euro zu DKK, ab 2012 bis 2023 im Mittel bei 7,4500 DKK für einen Euro (2021: 7,4370 (2021); 2013: 7,4579). Auf Grund der geringen Schwankungen, wird dieser Wechselkurs durchgehend in der vorliegenden Arbeit verwendet. Vgl. Eurostat, Data Browser (Stand 30.05.2024): *ECU/ EUR Wechselkurse gegen Landeswährungen*.

## Anhang

Jahr	Einzelhandel		Apotheken						Non-Rx-FAM-Markt	
	liberalisierte Non-Rx-FAM [Mio. DKK]	Anteil am Gesamtumsatz	liberalisierte Non-Rx-FAM [Mio. DKK]	[%]	verordnete liberalisierte Non-Rx-FAM [Mio. DKK]	[%]	Anteil am Gesamtumsatz [Mio. DKK]	[%]	[Mio. DKK]	Veränderung [%]
2006	280	22,22%	623	49,4%	357	28,3%	980	77,7%	1.260	100%
2013	412	29,10%	743	52,5%	261	18,4%	1.004	70,9%	1.416	100%
Zuwachs	132		121		-96		25		157	100%
		6,87%		3,0%		-9,9%		-6,87%		12,5%
Anteil am Zuwachs: 132 Mio. DKK bzw. 84,1%			Anteil am Zuwachs: 25 Mio. DKK bzw. 15,9%. Anteil verordneter Non-Rx-FAM um 96 Mio. DKK bzw. 26,9% gesunken.							

Tab. 32. DK (2006 und 2013): Umsatz liberalisierter FAM. Eigene Berechnungen. Quelle: Statens Serum Institut.<sup>717</sup>

	Bemessungsgrenze für den Nettoumsatz [DKK]	Bemessungsgrenze für den Nettoumsatz [Euro]	Zur Abgabe verpflichtete Apotheken	Subventionierte Apotheken	Gesamtzahl betrachteter Apotheken
2000	25.860.000	3.471.141			
2001	27.468.000	3.686.980	115	172	287
2002	28.692.000	3.851.275	115	169	284
2003	28.440.000	3.817.450	124	158	283
2004	30.576.000	4.104.161	114	163	279
2005	33.982.200	4.561.369	110	159	276
2006	35.508.000	4.766.174	110	146	269
2007	38.550.000	5.174.497	103	144	267
2008	39.600.000	5.315.436	105	134	265
2009	41.940.000	5.629.530	97	130	259
2010	44.970.000	6.036.242	92	72	253
Veränderung	19.110.000	2.565.101	-23	-100	
		73,90%	-20,00%	-58,14%	

Tab. 33: DK (2000 bis 2010): Die Ausgleichsregelung. Quelle: Lægemiddelstyrelsen.<sup>718</sup>

<sup>717</sup> Statens Serum Institut: *Salg af liberaliserede lægemidler. 2006 - 2013*, S. 10, 11.

<sup>718</sup> Vgl. Lægemiddelstyrelsen (Sept. 2011): *Undersøgelse over apotekernes driftsforhold, 75. årgang. Regnskabsresultater for apoteker i året 2010*, S. 16.

## Anhang

	1	2	3	4	5	6
	Alle Einheiten	Apotheken <sup>719</sup>	Filialen	Arzneimittel- verkaufsstellen	Handverkaufs- stellen	Arzneimittel- ausgabestellen
2000	1.536	287	43	145	737	324
2001	1.490	284	45	145	734	282
2002	1.455	283	45	141	714	272
2003	1.459	279	48	139	715	278
2004	1.416	276	47	138	707	248
2005	1.310	268	50	127	664	201
2006	1.364	267	55	132	675	235
2007	1.292	265	57	132	630	208
2008	1.337	261	59	132	663	222
2009	1.301	257	64	128	637	215
2010	1.241	247	69	124	596	205
Veränderungen [%]	-19%	-14%	60%	-14%	-19%	-37%
Veränderungen [Einheiten]	-295	-40	26	-21	-141	-119

Tab. 34: DK (2000 bis 2010): Apothekeneinheiten. Eigene Berechnungen. Quelle: KfSt.<sup>720</sup>

	1	2	3	4	5	6 = 4 / 2 <sup>721</sup>
	Apotheken	Umsatz [Mio. DKK]	Euro	Gewinn vor Unternehmerlohn und Investitionen [DKK]	Euro	[%]
2005	275	11.383.000	1.527.919	1.264.200	169.691	11,1%
2006	269	11.987.000	1.608.993	1.065.000	142.953	8,9%
2007	267	12.146.000	1.630.336	929.200	124.725	7,7%
2008	265	12.101.000	1.624.295	683.100	91.691	5,6%
2009	259	12.164.000	1.632.752	1.030.500	138.322	8,5%
2010	253	12.436.000	1.669.262	1.089.200	146.201	8,8%
Veränderung [€]			141.342		-23.490	
Veränderung [%]			9,3%		-13,8%	-2,3%

Tab. 35: DK (2005 bis 2010): Durchschnittlicher Umsatz und Gewinn pro Apotheke. Eigenen Berechnungen. Quelle: KfSt. (S. 21).<sup>722</sup>

<sup>719</sup> Hinweis: Es wurden alle Apotheken berücksichtigt, unabhängig davon ob nur eine oder mehrere Konzessionen pro Apotheker vorlagen.

<sup>720</sup> Vgl. Konkurrence- og Forbrugestyrelsen (27.06.2012): *Henvendelse fra Konkurrencerådet til Ministeren for Sundhed og Forebyggelse og Erhvervs- og Vækstministeren efter Konkurrencelovens*, S. 15: § 2, Stk. 5.

<sup>721</sup> Hinweis nach dem Ausgleich (*udligningsordning*) und vor Unternehmerlohn und Investitionen.

<sup>722</sup> Vgl. Konkurrence- og forbrugestyrelsen (27.06.2012): *Henvendelse fra Konkurrencerådet til Ministeren for Sundhed og Forebyggelse og Erhvervs- og Vækstministeren efter Konkurrencelovens*, S. 15: § 2, Stk. 5.

## Anhang

		2010: Gewinn			
		vor dem Ausgleich		nach dem Ausgleich	
[DKK]	[Euro]	Apotheke	[%]	Apotheken	[%]
< 300.000	< 40.268	67	26%	44	17%
300.000 bis 900.000	40.268 bis 120.805	62	25%	73	29%
900.000 bis 1.500.000	120.805 bis 201.342	52	21%	65	26%
> 1.500.000	> 210.342	72	28%	71	28%
		253	100%	253	100%

Tab. 36: DK (2010): Durchschnittlicher Gewinn vor und nach der Ausgleichregelung. Eigene Berechnungen. Quelle: KfSt.<sup>723</sup>

	30.06.2015	31.08.2018	01.10.2019	31.12.2020	01.09.2021	31.12.2022	01.10.2023	01.10.2024	Veränderung [Anzahl]	Veränderung [%]
i.) Hauptapotheke	220	204	201	191	191	184	181	176	-44	-20,0%
i.) (Zusatz-)Apotheken (tillægsbevillinger)	16	27	29	37	37	43	44	48	32	200,0%
Online Apotheken	0						(2)	(2)	(2)	100%
ii.) Filialen	76	253	262	284	293	297	296	301	225	296,1%
ii.) Filialen (angeordnede / påbudte)							davon 54 <sup>724</sup>			17,9%
Apotheken und Filialen	312	484	492	512	521	524	521	525	213	68,3%
iii.) Apotekudsalg	117	29	28	24	24	23	20	20	-97	-82,9%
iii.) Apoteksudsalg (angeordnede / påbudte)							davon 20 <sup>725</sup>			100,0%
Einheiten mit Fachpersonal	429	513	520 <sup>726</sup>	536 <sup>727</sup>	545	547	541 <sup>728</sup>	545 <sup>729</sup>	116	27,0%
iv.) Håndkøbsudsalg						ca. 300	> 600			
v.) Medicinudleverings- steder						ca. 350				
Einzelhandel						> 4.000		> 4.000		

Tab. 37: DK (2015 bis 2024): Apothekeneinheiten. Eigene Berechnungen. Quelle: DA.<sup>730</sup>

Region	Apotheken- einheiten vor der Reform [Anzahl]	Neu- gründungen bis 2021 [Anzahl]	Apotheken- einheiten gesamt, 2021	Steigerung [%]	Anteil an den Gründungen [%]	Verteilung der Bevölkerung / Region [%]	Einwohner / Apotheke	Kunden + / -zum Landes Ø [Anzahl]	Kunden + / -zum Landes Ø [%]
Hovedstaden	81	62	143	77%	30%	32%	12.901	1.672	15%
Sjælland	51	33	84	65%	16%	15%	10.141	-1.088	-10%
Syddanmark	74	46	120	62%	22%	21%	10.124	-1.105	-10%
Midtjylland	66	50	116	76%	24%	23%	11.511	282	3%
Nordjylland	39	18	57	46%	9%	10%	10.358	-871	-8%
Total bzw. Ø	311	209	520	65%	100%	100%	11.229	-222	-2%

Tab. 38: DK (2015 bis 2021): Apothekeneinheiten nach Region. Eigene Berechnungen. Quelle: DA.<sup>731</sup>

<sup>723</sup> Vgl. Konkurrence- og forbrugstyrelsen (27.06.2012): *Henvendelse fra Konkurrencerådet til Ministeren for Sundhed og Forebyggelse og Erhvervs- og Vækstministeren efter Konkurrencelovens § 2, Stk. 5, S. 21.*

<sup>724</sup> Vgl. Lægemiddelstyrelsen (15.04.2024): *Apoteker.*

<sup>725</sup> Vgl. Lægemiddelstyrelsen (15.04.2024): *Apoteker.*

<sup>726</sup> Vgl. DA: *Lægemidler i Danmark 2018-19. Lægemiddelforbrug og apoteksdrift i Danmark, S. 16.*

<sup>727</sup> Vgl. DA: *Lægemidler i Danmark 2020-21. Lægemiddelforbrug og apoteksdrift i Danmark, S. 16.*

<sup>728</sup> Vgl. DA: *Lægemidler i Danmark 2022-23. Lægemiddelforbrug og apoteksdrift i Danmark, S. 16.*

<sup>729</sup> Vgl. DA: *Lægemidler i Danmark 2023-24. Lægemiddelforbrug og apoteksdrift i Danmark, S. 16.*

<sup>730</sup> Vgl. DA: *Lægemidler i Danmark. Diverse Jahrgänge, S. 16.*

<sup>731</sup> Vgl. DA (Analyse 09.11.2021): *Reform har sikret lettere adgang til lægemidler, lavere priser og bedre service.*

Abstand zur nächsten konkurrierenden Apotheke [km]	31.08.2018		09.11.2021	
	Apotheken	Verteilung	Apotheken	Verteilung
0 bis 1	37	44%	86	41%
1 bis 3	26	31%	66	31%
3 bis 5	8	9%	23	11%
5 bis 10	9	11%	29	14%
10 bis 15	5	6%	7	3%
> 15	0	0%	0	0%
Gesamt	85	100%	211	100%

Tab. 39: (2018, 2021). Entfernungen zwischen Konkurrenzapotheken. Eigene Berechnungen. Quelle: DA.<sup>732,733</sup>

	Rx-Einheiten	Verteilung	Rx-Einheiten	Verteilung	Veränderung [%]
	30.06.2015	30.06.2015	02.06.2020	02.06.2020	
Rx-Einheiten inkl. Notdienstapotheken	312	100,0%	501	100,0%	60,6%
Öffnungszeiten mehr als gesetzl. angeordnet	175	56,1%	315	62,9%	80,0%
Samstags mehr als 4 h	53	17,0%	192	38,3%	262,3%
Sonntagsöffnungen	2	0,64%	50	10,0%	2.400,0%

Tab. 40: DE (2015 bis 2020): Die Apothekendienstbereitschaft. Eigene Berechnungen. Quelle: DA.<sup>734</sup>

	Pharmazeuten	Farmakonome	Farmakonom- auszubildende	Sonstiges Personal	Gesamt
2011	554	2.608	600	791	4.553
2020	575	2.047	586	719	3.927
2022	690	2.069	641	712	4.112
2023	712	2.062	720	807	4.301
Veränderung bis 2020	21	- 561	- 14	- 72	- 626
Veränderung bis 2020 [%]	3,8%	-21,5%	-2,3%	-9,1%	-13,7%
Veränderung bis 2022	136	- 539	41	- 79	- 441
Veränderung bis 2022 [%]	24,5%	-20,7%	6,8%	-10,0%	- 9,7%
Veränderung bis 2023	158	- 546	120	16	- 252
Veränderung bis 2023 [%]	28,5%	-20,9%	20,0%	2,0%	- 5,5%

Tab. 41: DK (2011 bis 2023): Beschäftigte in öffentlichen Apotheken. Eigene Berechnungen. Quelle: Lægemiddelstyrelsen,<sup>735</sup> DA.<sup>736</sup>

<sup>732</sup> Vgl. DA (Pressemitteilung 31.08.2018): *50 % flere apoteker øger konkurrencen og giver længere åbningstider og korte ventetider*, S. 4.

<sup>733</sup> Vgl. DA (Analyse 09.11.2021): *Reform har sikret lettere adgang til lægemidler, lavere priser og bedre service*, S. 4.

<sup>734</sup> Vgl. DA (Pressemitteilung 02.06.2020): *Analyse - Danskerne har fået lettere adgang til et apotek med 500 apoteker landet over*.

<sup>735</sup> Vgl. Lægemiddelstyrelsen (2022): *Undersøgelse over apotekernes driftsforhold i 2020 - Regnskabsresultater for apoteker, 85 årgang*, S. 25; Tab. 23.

<sup>736</sup> Vgl. DA: *Lægemidler i Danmark 2022-23*, S. 20 bzw. 2023-24, S. 20.

## Anhang

	Sektorenabgabe		Freihandelswarenabgabe		Pension	Abgaben (gesamt)	Veränderung zum Vorjahr	Veränderung zu 2024
		zusätzliche		zusätzliche				
[%]								
2024	0,210		4,890		1,24	6,340		
2025	1,215	0,062	5,010	1,0	1,19	8,477	2,137	33,71
2026	1,215	0,062	5,159	1,0	1,19	8,626	0,149	36,06
2027	1,215	0,062	5,308	1,0	1,19	8,775	0,149	38,41
2028	1,215	0,062	5,458	1,0	1,19	8,925	0,150	40,77
ab 2029	1,215	0,062	5,607	1,0	1,19	9,074	0,149	43,12

Tab. 42: DK (2024 bis 2029): Apothekenabgaben. Eigene Berechnungen. Quelle: Lov Nr. 646 und L127.<sup>737,738</sup>

	Beiträge		Zusatzbeiträge		Bundeszuschüsse		Erstattungen des Bundes (COVID- 19-Pandemie)		Vermögens- zuführung		Gesamt	
	[Mrd. €]	(Anteil [%])	[Mrd. €]	(Anteil [%])	[Mrd. €]	(Anteil [%])	[Mrd. €]	(Anteil [%])	[Mrd. €]	(Anteil [%])	[Mrd. €]	(Anteil [%])
2015	194,8	90,0%	10,2	4,7%	11,4	5,3%					216,4	100%
2016	205,8	88,1%	13,9	5,9%	13,9	5,9%					233,6	100%
2017	215,2	88,0%	15,0	6,1%	14,4	5,9%					244,5	100%
2018	223,9	88,3%	15,2	6,0%	14,4	5,7%					253,4	100%
2019	232,0	88,9%	14,7	5,6%	14,4	5,5%					261,1	100%
2020	236,5	84,7%	15,0	5,4%	17,9	6,4%	9,9	3,6%			279,3	100%
2021	248,7	79,4%	19,6	6,3%	19,7	6,3%	17,2	5,5%	8,0	2,5%	313,1	100%
2022	261,3	78,4%	21,8	6,5%	28,6	8,6%	21,4	6,4%			333,0	100%
Veränderung [€]	66,5		11,5		17,3		11,5				116,7	
Veränderung [%]	34,1%		113,0 %		151,6%		115,2%				53,9%	
Mittel [€]	227,3		15,7		16,8		16,2				266,8	
Anteil im Mittel [%]		85,7%		5,8%		6,2%		5,2%				100%

Tab. 43: DE (2013 bis 2022): Gesundheitsfondseinnahmen nach Bezugsquellen. Eigene Berechnungen. Quelle: BAS.<sup>739</sup>

<sup>737</sup> Vgl. Retsinformation (Lov nr 646 af 11/06/2024): *LOV om ændring af lov om apoteksvirksomhed, lov om lægemidler og sundhedsloven.*

<sup>738</sup> Vgl. Folketinget (Lovforslag Nr. L 127; 29.02.2024): *Forslag til Lov om ændring af lov om apoteksvirksomhed, lov om lægemidler.*

<sup>739</sup> Vgl. BAS: *Begleitbericht des Bundesamtes für Soziale Sicherung zur Jahresrechnung des Gesundheitsfonds für das Geschäftsjahr 2022.*

	Einnahmen des Gesundheitsfonds [Mrd. €]	Ausgaben der GKV [Mrd. €]	Differenz [Mrd. €]	Differenz [%]
2009	165,3	167,1	-1,8	-1,1%
2010	174,5	171,3	3,2	1,8%
2011	184,2	175,2	9	4,9%
2012	189,0	179,8	9,2	4,9%
2013	194,5	189,5	5	2,6%
2014	204,3	200,4	3,9	1,9%
2015	198,4	209,1	-10,7	-5,4%
2016	205,8	218,1	-12,3	-6,0%
2017	216,1	225,7	-9,6	-4,4%
2018	223,0	234,4	-11,4	-5,1%
2019	231,7	247,3	-15,6	-6,7%
2020	239,4	257,4	-18	-7,5%
2021	248,7	272	-23,3	-9,4%
2022	268,1	283,7	-15,6	-5,8%
2023	268,7	296,5	-27,8	-10,3%
2024	280,4	313,7	-33,3	-11,9%
Veränderung [Mrd.€]	115,1	146,6		
Veränderung [%]	69,6%	87,7%		

Tab. 44: DE (2009 bis 2024): Gesundheitsfondseinnahmen und GKV-Ausgaben. Eigene Berechnungen. Quelle: Statista.<sup>740</sup>

<sup>740</sup> Vgl. Statista (Okt 2023): *Ausgaben der GKV und Einnahmen des Gesundheitsfonds in den Jahren 2009 bis 2024 (in Milliarden Euro)*; 2024 vorläufig.

## Anhang

	Steuern		Private Versicherungen		NPISH		Private Haushalte		Gesamtausgaben	
	[Mio. €]	Anteil [%]	[Mio. €]	Anteil [%]	[Mio. €]	Anteil [%]	[Mio. €]	Anteil [%]	[Mio. €]	Anteil [%]
2010	21.728	84,1%	522	2,0%	37	0,14%	3.534	13,7%	25.823	100%
2011	21.655	83,8%	559	2,2%	41	0,16%	3.586	13,9%	25.841	100%
2012	22.580	84,2%	567	2,1%	40	0,15%	3.617	13,5%	26.805	100%
2013	22.597	84,3%	586	2,2%	40	0,15%	3.571	13,3%	26.795	100%
2014	23.150	84,3%	608	2,2%	38	0,14%	3.657	13,3%	27.454	100%
2015	23.823	84,1%	646	2,3%	40	0,14%	3.805	13,4%	28.315	100%
2016	24.417	84,1%	666	2,3%	38	0,13%	3.922	13,5%	29.043	100%
2017	24.956	83,8%	698	2,3%	44	0,15%	4.070	13,7%	29.770	100%
2018	25.578	83,6%	741	2,4%	52	0,17%	4.222	13,8%	30.594	100%
2019	26.362	83,6%	786	2,5%	42	0,13%	4.344	13,8%	31.535	100%
2020	27.920	84,6%	761	2,3%	41	0,12%	4.260	12,9%	32.983	100%
2021	31.001	85,1%	799	2,2%	34	0,09%	4.583	12,6%	36.418	100%
2022	30.237	84,7%	815	2,3%	34	0,10%	4.613	12,9%	35.701	100%
Veränderung [€]	8.509		293		-3		1.078		9.878	
Veränderung [%]	39,16%		56,13%		-7,91%		30,50%		38,25%	
Mittel [€]	25.077		674		40,2		3.983		29.775	
Mittel [%]		84,20%		2,26%		0,14%		13,41%		
	[Mio. €]	Veränderung [%]	[Mio. €]	Veränderung [%]	[Mio. €]	Veränderung [%]	[Mio. €]	Veränderung [%]	[Mio. €]	Veränderung [%]
2010	21.728		522		37		3.534		25.823	
2011	21.655	-0,3%	559	7,0%	41	10,4%	3.586	1,4%	25.841	0,1%
2012	22.580	4,3%	567	1,5%	40	-3,3%	3.617	0,9%	26.805	3,7%
2013	22.597	0,1%	586	3,3%	40	0,3%	3.571	-1,3%	26.795	0,0%
2014	23.150	2,4%	608	3,7%	38	-5,4%	3.657	2,4%	27.454	2,5%
2015	23.823	2,9%	646	6,3%	40	5,3%	3.805	4,1%	28.315	3,1%
2016	24.417	2,5%	666	3,1%	38	-5,4%	3.922	3,1%	29.043	2,6%
2017	24.956	2,2%	698	4,8%	52	38,8%	4.070	3,8%	29.770	2,5%
2018	25.578	2,5%	741	6,1%	52	0,0%	4.222	3,7%	30.594	2,8%
2019	26.362	3,1%	786	6,1%	42	-20,3%	4.344	2,9%	31.535	3,1%
2020	27.920	5,9%	761	-3,1%	41	-1,6%	4.260	-1,9%	32.983	4,6%
2021	31.001	11,0%	799	4,9%	34	-16,3%	4.583	7,6%	36.418	10,4%
2022	30.237	-2,5%	815	2,1%	34	0,0%	4.613	0,6%	35.701	-2,0%
Mittel		2,8%		3,8%		0,2%		2,3%		2,8%

Tab. 45: DK (2010 bis 2022): Gesundheitsausgaben nach Bezugsquellen. Eigene Berechnungen. Quelle: DS.<sup>741</sup>

<sup>741</sup> Vgl. Danmarks Statistik (30.03.2024): *Statistikbanken - Økonomi. SHAI: Udgifter til sundhed efter funktion, aktør, finansieringskilde og prisenhed.*

## Anhang

	DE, Gesundheits- ausgaben [Mrd. €]	Verände- rungen zum Vorjahr	DK, Gesundheits- ausgaben [Mrd. €]	Verände- rungen zum Vorjahr	EU, Gesundheits- ausgaben [Mrd. €]	Verände- rungen zum Vorjahr
2009	274,8					
2010	284,5	3,53%	25,8			
2011	290,3	2,04%	25,8	0,00%		
2012	298,0	2,65%	26,8	3,80%		
2013	309,2	3,76%	26,7	-0,20%		
2014	322,8	4,39%	27,4	2,50%	1.178,6	
2015	338,6	4,91%	28,2	3,10%	1.216,2	3,20%
2016	352,4	4,06%	29,0	2,80%	1.249,3	2,70%
2017	370,0	5,00%	29,8	2,60%	1.294,0	3,60%
2018	386,1	4,35%	30,5	2,50%	1.337,6	3,40%
2019	407,8	5,62%	31,4	2,90%	1.392,9	4,10%
2020	431,9	5,91%	33,4	4,80%	1.463,4	5,10%
2021	466,7	8,05%	36,9	10,70%	1.591,9	8,80%
2022	488,7	4,71%	36,1	-2,00%		
2023			35,3	-2,16%		
Zuwachs bis 2022	213,9		10,3		413,3	
Ø-Ausgaben	358,7		29,8		1340,5	
2011 bis 2019 Ø [%]		4,03%		2,22%		3,40%
2011 bis 2022 Ø [%]		4,54%		2,79%		4,40%
DE: Anteil an EU-Ausgaben					26,80%	
DK: Anteil an EU-Ausgaben					2,20%	
Zuwachs von 2019 auf 2020	24,1	0,29%	1,9	1,90%	70,5	1,00%
Entspricht [%]	-	111,12%	-	217,36%		127,49%
Zuwachs von 2020 auf 2021	34,8	2,14%	3,5	5,90%	128,5	3,70%
Entspricht [%]	-	144,19%	-	178,93%		182,27%
Zuwachs von 2021 auf 2022	22,0	-3,34%	-0,8	-12,70%		
Entspricht [%]		63,17%		-22,73%		

Tab. 46: DE, DK, EU (2011 bis 2022): Gesundheitsausgaben im Vergleich. Eigene Berechnungen. Quelle: Eurostat.<sup>742,743</sup>

<sup>742</sup> Vgl. Eurostat, Data Browser (03.01.2024): *Gesundheitsausgaben nach Funktionen. Laufende Gesundheitsausgaben - Euro pro Einwohner.*

<sup>743</sup> Hinweis: Die Daten der EU für die Jahre 2020 und 2021 sind vorläufig. Dasselbe gilt für das Jahr 2022 sowohl für Dänemark als auch für Deutschland.

## Anhang

	DE: Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP [%]	DK: Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP [%]	Differenz zwischen DE und DK [%]	EU: Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP [%]
2010	11,1	10,6	0,49	
2011	10,8	10,4	0,4	
2012	10,8	10,5	0,3	
2013	11	10,3	0,7	
2014	11	10,3	0,7	10
2015	11,2	10,3	0,9	10
2016	11,2	10,3	1	10
2017	11,3	10,1	1,2	9,9
2018	11,5	10,1	1,4	9,9
2019	11,7	10,2	1,6	9,9
2020	12,7	10,6	2,1	10,9
2021	12,9	10,6	2,3	10,9
2022	12,62	9,38	3,24	
Mittel [%]	11,53	10,3	1,25	10,17
Veränderung [%]	1,52	-1,23	2,8	0,87

Tab. 47: DE, DK, EU (2010 bis 2022): Gesundheitsausgaben in Prozent zum BIP. Eigene Berechnungen. Quelle: Eurostat.<sup>744</sup>

	DE		DK		Ausgabendifferenz zwischen DE und DK		EU	
	Ausgaben pro Kopf	Veränderung zum Vorjahr	Ausgaben pro Kopf	Veränderung zum Vorjahr	Minderausgaben in DE		Ausgaben pro Kopf	Veränderung zum Vorjahr
2010	3.480 €		4.650 €		-1.170 €	-25,16%		
2011	3.617 €	3,9%	4.631 €	-0,4%	-1.014 €	-21,90%		
2012	3.705 €	2,4%	4.791 €	3,4%	-1.086 €	-22,67%		
2013	3.834 €	3,5%	4.760 €	-0,6%	- 926 €	-19,45%		
2014	3.986 €	3,9%	4.855 €	2,0%	- 869 €	-17,90%	2.659 €	
2015	4.146 €	4,0%	4.969 €	2,4%	- 823 €	-16,56%	2.738 €	3,0%
2016	4.279 €	3,2%	5.067 €	2,0%	- 788 €	-15,55%	2.806 €	2,5%
2017	4.481 €	4,7%	5.164 €	1,9%	- 683 €	-13,23%	2.902 €	3,4%
2018	4.660 €	4,0%	5.269 €	2,0%	- 609 €	-11,56%	2.995 €	3,2%
2019	4.897 €	5,1%	5.405 €	2,6%	- 508 €	-9,40%	3.116 €	4,1%
2020	5.198 €	6,1%	5.646 €	4,5%	- 448 €	-7,93%	3.271 €	5,0%
2021	5.599 €	7,7%	6.223 €	10,2%	- 624 €	-10,03%	3.562 €	8,9%
2022	5.840 €	4,3%	6.050 €	-2,8%	- 210 €	-3,47%		
Veränderung	2.360 €		1.400 €		960 €		903 €	
	67,8%		30,1%		82,1%		33,96%	
Mittel	4.440 €		5.191 €		- 751 €		3.006 €	
		4,4%		2,27%		-14,99%		4,3%

Tab. 48: DE, DK, EU (2010 bis 2022): Gesundheitsausgaben pro Einwohner. Eigene Berechnung. Quelle: Eurostat.<sup>745</sup>

<sup>744</sup> Vgl. Eurostat, Data Browser (03.01.2024): *Gesundheitsausgaben nach Funktionen. Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP)*.

<sup>745</sup> Vgl. Eurostat, Data Browser (03.01.2024): *Gesundheitsausgaben nach Funktionen. Laufende Gesundheitsausgaben - Euro pro Einwohner*.

## Anhang

	Stationärer Sektor		Ambulanter Sektor		Arzneimittelsektor		Sonstiges		Gesamt	
	Mrd. €	Anteil	Mrd. €	Anteil	Mrd. €	Anteil	Mrd. €	Anteil	Mrd. €	Anteil
2011	60,57	32,3%	28,12	15,0%	29,12	15,5%	70,0	37,3%	187,8	100%
2012	62,31	32,8%	28,74	15,2%	29,36	15,5%	69,3	36,5%	189,7	100%
2013	64,84	33,1%	31,95	16,3%	30,3	15,5%	68,8	35,1%	195,9	100%
2014	67,86	33,2%	33,43	16,4%	33,36	16,3%	69,6	34,1%	204,2	100%
2015	70,25	33,1%	34,89	16,4%	34,84	16,4%	72,3	34,0%	212,2	100%
2016	72,95	32,5%	36,53	16,3%	36,27	16,2%	78,6	35,0%	224,4	100%
2017	74,9	32,0%	38,09	16,3%	37,7	16,1%	83,2	35,6%	233,9	100%
2018	77,16	32,0%	39,42	16,3%	38,67	16,0%	86,1	35,7%	241,4	100%
2019	80,34	32,1%	41,08	16,4%	41,04	16,4%	88,1	35,2%	250,6	100%
2020	81,55	31,3%	43,99	16,9%	43,29	16,6%	91,5	35,2%	260,4	100%
2021	85,87	30,9%	44,78	16,1%	46,6	16,7%	101,0	36,3%	278,3	100%
2022	88,11	30,5%	46,14	16,0%	48,84	16,9%	106,1	36,7%	289,2	100%
Veränderung	27,5		18,0		19,7		36,1		101,4	
		45,5%		64,1%		67,7%		51,6%		54,0%
Mittel	73,9		37,3		37,4		82,0		230,6	
		32,14%		16,23%		16,24%		35,39%		100,0%
	Stationärer Sektor		Ambulanter Sektor		Arzneimittel Sektor		Sonstiges		Gesamt	
	Mrd. €	Veränderung zum Vorjahr	Mrd. €	Veränderung zum Vorjahr	Mrd. €	Veränderung zum Vorjahr	Mrd. €	Veränderung zum Vorjahr	Mrd. €	Veränderung zum Vorjahr
2011	60,57		28,12		29,12		70,0		187,8	
2012	62,31	2,9%	28,74	2,2%	29,36	0,8%	69,3	-1,0%	189,7	1,0%
2013	64,84	4,1%	31,95	11,2%	30,3	3,2%	68,8	-0,8%	195,9	3,2%
2014	67,86	4,7%	33,43	4,6%	33,36	10,1%	69,6	1,2%	204,2	4,3%
2015	70,25	3,5%	34,89	4,4%	34,84	4,4%	72,3	3,8%	212,2	3,9%
2016	72,95	3,8%	36,53	4,7%	36,27	4,1%	78,6	8,8%	224,4	5,7%
2017	74,9	2,7%	38,09	4,3%	37,7	3,9%	83,2	5,9%	233,9	4,3%
2018	77,16	3,0%	39,42	3,5%	38,67	2,6%	86,1	3,5%	241,4	3,2%
2019	80,34	4,1%	41,08	4,2%	41,04	6,1%	88,1	2,3%	250,6	3,8%
2020	81,55	1,5%	43,99	7,1%	43,29	5,5%	91,5	3,9%	260,4	3,9%
2021	85,87	5,3%	44,78	1,8%	46,6	7,6%	101,0	10,4%	278,3	6,9%
2022	88,11	2,6%	46,14	3,0%	48,84	4,8%	106,1	5,0%	289,2	3,9%
Mittel [%]		3,47%		4,63%		4,84%		3,91%		4,01%
<b>Zusammenfassung: DE (Tab. 49) und DK (siehe Anhang, Tab. 50).</b>										
	Stationärer Sektor		Ambulanter Sektor		Arzneimittelsektor		Sonstiges			
DE: Mittel [%]	32,14%		16,23%		16,24%		35,39%		100%	
DK: Mittel [%]	45,53%		26,28%		5,54%		22,62%		100%	
Differenz	13,39%		10,05%		10,70%		12,77%			
Mehr- bzw. Minderverbrauch	41,68%		61,94%		193,15%		56,47%			

Tab. 49: DE (2011 bis 2022): GKV-Ausgaben nach Sektoren. Eigene Berechnungen. Quelle: BMG.<sup>746</sup>

<sup>746</sup> Vgl. BMG (Stand: Aug 2023): *Gesetzliche Krankenversicherungen. KF23BUND. Kennzahlen und Faustformel.*

## Anhang

	Stationärer Sektor		Ambulanter Sektor		Arzneimittelsektor		Sonstige Ausgaben		Gesamt	
	Mio. €	Anteil	Mio. €	Anteil	Mio. €	Anteil	Mio. €	Anteil	Mio. €	Anteil
2010	11.737	46%	6.802	26%	1.747	6,8%	5.500	21%	25.785	100%
2011	11.787	46%	6.901	27%	1.676	6,5%	5.435	21%	25.799	100%
2012	12.177	45%	7.007	26%	1.611	6,0%	5.969	22%	26.764	100%
2013	12.340	46%	7.098	27%	1.515	5,7%	5.801	22%	26.754	100%
2014	12.638	46%	7.175	26%	1.540	5,6%	6.062	22%	27.415	100%
2015	13.011	46%	7.385	26%	1.569	5,5%	6.310	22%	28.274	100%
2016	13.296	46%	7.601	26%	1.563	5,4%	6.545	23%	29.005	100%
2017	13.621	46%	7.833	26%	1.553	5,2%	6.717	23%	29.725	100%
2018	13.894	45%	7.906	26%	1.574	5,2%	7.167	23%	30.541	100%
2019	14.298	45%	8.114	26%	1.670	5,3%	7.411	24%	31.492	100%
2020	15.243	46%	8.149	25%	1.701	5,2%	7.848	24%	32.941	100%
2021	15.666	43%	10.199	28%	1.709	4,7%	8.809	24%	36.383	100%
2022	16.083	45%	9.473	27%	1.761	4,9%	8.348	23%	35.665	100%
Veränderung	4.347		2.671		14,1		2.848		9.880	
		37,0%		39,3%		0,81%	51,8%	51,8%		38,3%
Mittel	13.522		7.819		1.630		6.763		29.734	
		45,53%		26,28%		5,54%		22,65%		100,0%
	Stationärer Sektor		Ambulanter Sektor		Arzneimittel Sektor		Sonstiges		Gesamt	
	Mio. €	Veränderung zum Vorjahr	Mio. €	Veränderung zum Vorjahr	Mio. €	Veränderung zum Vorjahr	Mio. €	Veränderung zum Vorjahr	Mio. €	Veränderung zum Vorjahr
2010	11.737		6.802		1.747		5.500		25.785	
2011	11.787	0,4%	6.901	1,4%	1.676	-4,0%	5.435	-1,2%	25.799	0,1%
2012	12.177	3,3%	7.007	1,5%	1.611	-3,9%	5.969	9,8%	26.764	3,7%
2013	12.340	1,3%	7.098	1,3%	1.515	-6,0%	5.801	-2,8%	26.754	0,0%
2014	12.638	2,4%	7.175	1,1%	1.540	1,6%	6.062	4,5%	27.415	2,5%
2015	13.011	3,0%	7.385	2,9%	1.569	1,9%	6.310	4,1%	28.274	3,1%
2016	13.296	2,2%	7.601	2,9%	1.563	-0,3%	6.545	3,7%	29.005	2,6%
2017	13.621	2,4%	7.833	3,1%	1.553	-0,7%	6.717	2,6%	29.725	2,5%
2018	13.894	2,0%	7.906	0,9%	1.574	1,3%	7.167	6,7%	30.541	2,7%
2019	14.298	2,9%	8.114	2,6%	1.670	6,1%	7.411	3,4%	31.492	3,1%
2020	15.243	6,6%	8.149	0,4%	1.701	1,9%	7.848	5,9%	32.941	4,6%
2021	15.666	2,8%	10.199	25,1%	1.709	0,5%	8.809	12,2%	36.383	10,4%
2022	16.083	2,7%	9.473	-7,1%	1.761	3,0%	8.348	-5,2%	35.665	-2,0%
Mittel		2,67%		3,03%		0,12%		3,65%		2,78%

Tab. 50: DK (2010 bis 2022): Gesundheitsausgaben nach Sektoren. Eigene Berechnungen. Quelle: DS.<sup>747</sup>

<sup>747</sup> Vgl. Danmarks Statistik (30.03.2024): *Statistikbanken - Økonomi. SHAI: Udgifter til sundhed efter funktion, aktør, finansieringskilde og prisenhed.*

## Anhang

	DE	Veränderung zum Vorjahr	DK	Veränderung zum Vorjahr	Differenz zw. DE und DK	Veränderung zum Vorjahr
2009	174,18 €					
2010	183,99 €	5,63%	4,69 €		179,30 €	
2011	188,48 €	2,44%	4,38 €	-6,61%	184,10 €	2,7%
2012	188,50 €	0,01%	4,57 €	4,34%	183,93 €	-0,1%
2013	190,04 €	0,82%	4,39 €	-3,94%	185,65 €	0,9%
2014	188,55 €	-0,78%	4,43 €	0,91%	184,12 €	-0,8%
2015	196,59 €	4,26%	4,25 €	-4,06%	192,34 €	4,5%
2016	201,74 €	2,62%	4,19 €	-1,41%	197,55 €	2,7%
2017	205,42 €	1,82%	4,40 €	5,01%	201,02 €	1,8%
2018	214,41 €	4,38%	4,53 €	2,95%	209,88 €	4,4%
2019	211,88 €	-1,18%	4,55 €	0,44%	207,33 €	-1,2%
2020	225,91 €	6,62%	4,64 €	1,98%	221,27 €	6,7%
2021	231,79 €	2,60%	4,77 €	2,80%	227,02 €	2,6%
2022	245,44 €	5,89%	507 €	6,29%	240,37 €	5,9%
Veränderung	71,26 €		0,8 €		61,07 €	
	40,9%		8,1%		34,1%	
Mittel	202,28 €		4,53 €		201,07 €	
		2,70%		0,73%		2,50%

Tab. 51: DE und DK (2010 bis 2022): Verwaltungsausgaben pro Kopf. Eigene Berechnungen. Quelle: Eurostat.<sup>748</sup>

	DE	Veränderung zum Vorjahr	DK	Veränderung zum Vorjahr	Differenz zw. DE und DK	Veränderung zum Vorjahr
2010	461,72 €		262,59 €		199,13 €	
2011	456,84 €	-1,1%	249,33 €	-5,0%	207,51 €	4,2%
2012	460,90 €	0,9%	235,95 €	-5,4%	224,95 €	8,4%
2013	472,72 €	2,6%	218,64 €	-7,3%	254,08 €	12,9%
2014	510,02 €	7,9%	222,79 €	1,9%	287,23 €	13,0%
2015	529,38 €	3,8%	224,35 €	0,7%	305,03 €	6,2%
2016	546,27 €	3,2%	220,91 €	-1,5%	325,36 €	6,7%
2017	563,35 €	3,1%	216,56 €	-2,0%	346,79 €	6,6%
2018	580,45 €	3,0%	217,29 €	0,3%	363,16 €	4,7%
2019	585,43 €	0,9%	230,78 €	6,2%	354,65 €	-2,3%
2020	618,36 €	5,6%	237,75 €	3,0%	380,61 €	7,3%
2021	666,33 €	7,8%	232,74 €	-2,1%	433,59 €	13,9%
2022	687,95 €	3,2%	250,14 €	7,5%	437,81 €	1,0%
Veränderung	226,23 €		- 12,45 €		238,68 €	
	49,0%		-4,7%		119,9%	
Mittel	549,21 €		232,29 €		316,92 €	
		3,41%		-0,31%		6,88%

Tab. 58: DE, DK (2010 bis 2022): Rx-FAM-Umsatz pro Kopf. Eigene Berechnungen. Quelle: Eurostat.<sup>749</sup>

<sup>748</sup> Vgl. Eurostat, Data Browser (14.12.2023): *Gesundheitsausgaben nach Funktionen. Verwaltung der Finanzierung des Gesundheitssystems - Euro pro Einwohner.*

<sup>749</sup> Vgl. Eurostat, Data Browser (03.01.2024): *Gesundheitsausgaben nach Funktionen. Rezeptpflichtige Arzneimittel - Euro pro Einwohner.*

## Anhang

	DE	Veränderung zum Vorjahr [%]	DK	Veränderung zum Vorjahr [%]	Differenz zw. DE und DK	Veränderung zum Vorjahr [%]
2010	59,22 €		51,89 €		7,33 €	
2011	58,93 €	-0,5%	52,19 €	0,6%	6,74 €	-8,0%
2012	61,57 €	4,5%	51,92 €	-0,5%	9,65 €	43,2%
2013	63,04 €	2,4%	50,41 €	-2,9%	12,63 €	30,9%
2014	60,74 €	-3,6%	49,27 €	-2,3%	11,47 €	-9,2%
2015	64,44 €	6,1%	50,69 €	2,9%	13,75 €	19,9%
2016	69,64 €	8,1%	51,52 €	1,6%	18,12 €	31,8%
2017	71,46 €	2,6%	52,63 €	2,2%	18,83 €	3,9%
2018	77,51 €	8,5%	53,82 €	2,3%	23,69 €	25,8%
2019	82,96 €	7,0%	55,35 €	2,8%	27,61 €	16,5%
2020	85,12 €	2,6%	53,37 €	-3,6%	31,75 €	15,0%
2021	99,85 €	17,3%	57,76 €	8,2%	42,09 €	32,6%
2022	96,74 €	-3,1%	54,42 €	-5,8%	42,32 €	0,5%
Veränderung	37,52 €		2,53 €		34,99 €	
	63,4%		4,9%		477,4%	
Mittel	73,17 €		52,71 €		20,46 €	
		4,33%		0,46%		16,91%

Tab. 59: DE, DK (2010 bis 2022): Non-Rx-FAM-Umsatz pro Kopf. Eigene Berechnungen.<sup>750</sup>

<sup>750</sup> Vgl. Eurostat, Data Browser (03.01.2024): *Gesundheitsausgaben nach Funktionen. Rezeptfreie Arzneimittel - Euro pro Einwohner.*