

Claus Pöhlmann

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

**Die 2015-Apothekenreform in Dänemark**

Thesenblatt zur Dissertation

2025

## **1 Einleitung**

Die Verbesserung von Hygiene, Bildung, Wohn- und Arbeitsbedingungen in Kombination mit dem (medizinischen, pharmazeutischen und) technischen Fortschritt hatte nicht nur eine höhere Lebenserwartung bei Geburt zur Folge (siehe Dissertation, Abb. 1)<sup>1</sup>, sondern auch einen bedeutenden Anstieg durchschnittlich gelebter Jahre (Savigny und Adam 2009; siehe Dissertation, Kap. 1). 1871 betrug die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt in Deutschland für beide Geschlechter noch weniger als 40 Jahre. In den letzten 150 Jahren hat sich die Anzahl durchschnittlich gelebter Jahre verdoppelt. So erreichen 2022 Frauen durchschnittlich 83,4 Jahre und Männer 78,6 Jahre (Kap. 1).

Wird die Bevölkerung in Deutschland nach Altersgruppen differenziert dargestellt (Abb. 2), fällt auf, dass der Anteil der unter 20jährigen sich seit 1871 verringerte und der Anteil der über 65jährigen um das Zehnfache stieg. Wenn die Individuenzahl der nachfolgenden Generationen immer weiter fällt, kann die Erfüllung des Generationsvertrages gefährdet und gleichzeitig das Gesundheitssystem überlastet werden. Die ansteigende Anzahl der Konsumenten erhöht den Ressourcenverbrauch an Gesundheitsgütern und -dienstleistungen was sich u. a. in den gestiegenen Gesundheitsausgaben manifestiert. Die Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit in Deutschland lagen 1992 bei 1.969 Euro und 2022 bei 5.964 Euro, entsprechend einem Anstieg von ca. 203 % (Kap. 1). Dass der technische Fortschritt an sich teuer ist, konnte bei der Betrachtung der US-amerikanischen Gesundheitsausgaben für den Zeitraum 1960 bis 1993 nachgewiesen werden (Peden und Freeland 1995; Kap. 1). Sparzwänge bzw. politische Eingriffe können die Innovationsgeschwindigkeit bremsen, dennoch die Innovationen an sich nicht verhindern (Wendt 2005; Kap. 1).

## **2 Ziel und Methodik**

Jeder Vorschlag zur Kostenersparnis in einem Gesundheitssystem hat eine hohe gesellschaftliche Relevanz, unabhängig davon, welcher Gesundheitssektor betroffen ist oder ob der strukturellen bzw. wirtschaftlichen Natur des Vorschlages. Dies gilt somit auch für das Promotionsvorhaben, dessen Ziel es ist, gewonnene Erfahrungen in einem Gesundheitssystem durch einen Ländervergleich aufzudecken und diese ins eigene System zu implementieren.

Konzeptionell handelt es sich bei dem Dissertationsvorhaben um eine qualitativ-induktive literaturtheoretische Arbeit, die die Fallstudie als Forschungsmethode anwendet, um die Forschungsfragen analytisch-argumentativ zu überprüfen und zu beantworten. Zur Aufdeckung

---

<sup>1</sup> Hinweis: Alle Hinweise bzgl. Abbildungen und Kapiteln beziehen sich auf die Dissertation.

möglichst vieler Erfahrungen bzw. Ergebnisse zum Nutzen des deutschen Gesundheitssystems sollen involvierte Länder jeweils als Einzelfallstudien analysiert und danach einem gesundheitsökonomischen Gesundheitssystemvergleich unterzogen werden.

Die Betrachtung der Herkunftsart der verwendeten finanziellen Mittel ist ein Untersuchungsansatz der Gesundheitssystemforschung, um Unterschiede zwischen den Systemen einfacher aufzudecken. (Kap. 2.2.2.1). In Deutschland wird das selbst entwickelte Bismarck-Modell weiterhin verwendet. Und es war bekannt, dass das Gesundheitssystem in Dänemark sich nach dem Beveridge-Modell finanziert. Damit waren neben Dänemark andere Länder wie das Vereinigte Königreich, Spanien, Norwegen und Schweden, mögliche Kandidaten für einen Vergleich. Ausschlaggebend für die Länderwahl war

- i.) die Forderung, dass für einen Ländervergleich sowohl der kulturell-historische als auch der politische Kontext zu berücksichtigen wären (Okma: Kap. 2.3.3) und
- ii.) das voraussetzende und notwendige Verständnis für den nationalen Kontext, um Erfahrungen bzw. gewonnene Lektionen transferieren zu können (Klein: Kap. 2.3.3).

Da diese Forderungen erfüllt werden können, zudem die Sprachen beider Länder beherrscht werden, wurde Dänemark für den bilateralen Gesundheitssystemvergleich mit Deutschland ausgewählt.

### **3 Literaturrecherche, Forschungslücke und -fragen**

#### **3.1 Literaturrecherche**

Das eigentliche Forschungsthema war anfänglich nicht eindeutig, obwohl in Deutschland die Anzahl der Apothekenbetriebsstellen nach 2008 immer weiter abnahm (Kap. 3.3.3.4) und auch Überlegungen über die Sicherstellung der Arzneimittelversorgung gemacht wurden. Somit sollte das finale Thema mit einer Literaturrecherche, die nach dem Schneeballsystem durchgeführt wurde, gefunden werden. Dabei sollte gezielt nach Veränderungen bzw. Einführungen von Innovationen im Gesundheitssystem Dänemarks der letzten fünf Dekaden gesucht werden. So konnte u. a. aufgedeckt werden, dass Dänemark

- 1970 vom Bismarck-Modell zum Beveridge-Modell wechselte und
- 2015 eine Apothekenreform durchgeführt wurde (Kap. 4.3.4).

Die erste Betrachtung der Reform ergab, dass inhaltlich sowohl wirtschaftliche (z. B. die Apothekenvergütung u. m.) wie auch strukturelle Änderungen (z. B. die Erhöhung auf acht

Apothekeneinheiten u. m.) durchgeführt worden waren. Zudem konnte festgestellt werden, dass der Zuwachs an Apothekeneinheiten in einem mittleren zweistelligen Prozentbereich lag (Kap. 4.4.4.1). Damit war das Dissertationsthema gefunden. Denn es bestand die Erwartung, dass im Spannungsfeld zwischen Zunahme in Dänemark und Abnahme der Apothekeneinheiten in Deutschland, die in Dänemark gemachten Erfahrungen herauszufiltern und zu analysieren wären, um einen Handlungsleitfaden für den hiesigen Apothekensektor unter Betrachtung einer sicherstellenden Arzneimittelversorgung der Bevölkerung erarbeiten zu können.

### **3.2 Forschungslücke**

Die Forschungslücke wurde festgestellt, nachdem eine gezielte Suche nach Literatur oder Dissertationen bzgl. eines Vergleichs der Apothekensektoren Deutschlands und Dänemarks bezogen auf die 2015-Apothekenreform in Dänemark, nicht erfolgreich war.

### **3.3 Forschungsfragen**

Vorläufige Forschungsfragen wurden formuliert und eine grobe Gliederung festgelegt. Die endgültigen Forschungsfragen lauten:

- i. Was waren die Gründe zur Durchführung der 2015-Apothekenreform in Dänemark?*
- ii. Welche positiven bzw. negativen Erfahrungen konnten im Apothekensektor Dänemarks gemacht werden?*
- iii. (Hauptfrage): Können die in Dänemark gemachten gesundheitsökonomischen und -politischen Erfahrungen auf das deutsche Gesundheitssystem übertragen werden?*

## **4 Ausgangssituation**

### **4.1 Deutschland**

**4.1.1 Grundlagen:** Selbstständige Apotheker sind in Deutschland Freiberufler und gleichzeitig Gewerbetreibende. Die Apothekerschaft hat sich verpflichtet, die Bevölkerung ordnungsgemäß mit Arzneimitteln zu versorgen. Für diese Verpflichtung mussten diverse kaufmännische Abstriche (z. B. keine freie Preisgestaltung für Rx-FAM, Kontrahierungszwang u. m) und strukturelle Rahmenbedingungen (Berufsordnung, Dienstbereitschaft, Räumlichkeiten, Einrichtung etc.) akzeptiert werden. Im Gegenzug übernahm der Gesetzgeber eine Garantenstellung, indem dieser sich verpflichtete, die Erwirtschaftung eines auskömmlichen Einkommens zu ermöglichen ((Di Fabio (2024); Kap. 3.6.2.1). Mit dem „*Apothekenurteil*“ von 1958 wurde die freie Apothekerniederlassung eingeführt (Kap. 3.2.3), wobei der Gesetzgeber

1960 konkretisierte, dass eine erteilte Betriebserlaubnis strikt beschränkt (Mehrbesitzverbot) und nur für eine persönlich zu leitende Betriebsstätte gelten würde (Kap. 3.2.3).

**4.1.2 Entwicklung:** In der BRD nahm von 1955 bis 1989 (Kap. 3.3.2.1) die Anzahl an Apothekenbetrieben um ca. 188,7 % zu (1955: 6.385; 1989: 18.432 bzw. ein Plus von 12.047 Betrieben). Um die Wendezeit stagnierte bereits die Apothekenanzahl in einigen westdeutschen Bundesländern, teilweise ließ sich sogar ein Rückgang feststellen. Der Apothekennachholbedarf der neugegründeten Bundesländer bewirkte (Kap. 3.3.3.2), dass der westdeutsche Rückgang nicht nur aufgewogen werden konnte, sondern 2000 zu einem gesamtdeutschen Apothekenanstieg von 21.592 Betrieben führte. Der nachfolgende Rückgang wurde ab 2004 durch Umwandlung des strikten Mehrbesitzverbotes (von einem auf vier Betriebe) gestoppt und brachte bis Ende 2008 den bisherigen Apothekenhöchststand von 21.602 Betrieben. Danach nahm die Apothekenanzahl erst langsam, dann immer stärker ab. Allein 2024 schlossen 530 Apothekenbetriebe (48 Gründungen zu 578 Schließungen). Ende 2024 gab es in Deutschland 17.041 Apotheken und Apothekenfilialen. Der Rückgang belief sich danach seit Ende 2008 auf 4.571 Betriebe bzw. 21,1 % (Kap. 3.3.3.4).

**4.1.3 Gesetze:** Der Gesetzgeber hat in den letzten beiden Dekaden durch seine gezielte Gesetzgebung, den Rohertrag der Apotheken immer weiter schrumpfen lassen (Kap. 3.4.1.1):

- GKV-Modernisierungsgesetz (2004): Das Gesetz veranlasste eine neue Vergütungsberechnung, indem u. a. das Fixum und der Apothekenabschlag eingeführt wurden. Das Fixum erlebte nur einmal (2013) eine Änderung bzw. Erhöhung um 3,09 %, da bei den vorausgehenden Verhandlungen zwischen Gesetzgeber, Krankenkassen und DAV die Berücksichtigung eines Inflationskorrektivs nicht berücksichtigt wurde (Kap. 3.4.2.1.1). Der Apothekenabschlag (zwischen 21,2 % bis 28,4 %) wird vom Fixum abgezogen, der zudem vom Gesetzgeber immer wieder geändert wurde und somit den Apotheken keine Planungssicherheit brachte (Kap. 3.4.2.2.4).

- Das AVWG (2006) und GKV-WSG (2007) erlauben direkte Vertragsabschlüsse zwischen Krankenkassen und Arzneimittelherstellern unter Umgehung der Apotheken. Gleichzeitig wurde den Apotheken die Entgegennahme von Natural- oder Barrabatten verboten. Der Apothekensektor hat mittlerweile mehr als 40.000 Verträge einzuhalten und das auf eigene, nichtkompensierte Kosten (Kap. 3.4.2.2.5).

- Das AMNOG (2011) veränderte die Preisgruppenanteile von Rx-FAM-Präparaten, indem immer mehr hochpreisige Arzneimittel (Hochpreiser) abgegeben werden müssen. Vom

Packungsvolumen machen die Hochpreiser mit einem Apothekenverkaufspreis (AVP) von über 500,01 Euro weniger als 2 %, vom Nettoumsatz aber über 49 %, aus. Der Arbeitsaufwand mit Hochpreisern ist hoch und die im Voraus zu leistenden Zahlungen belasten die Liquidität der beliefernden Apotheke empfindlich. Der Rohertrag steht bei Hochpreisern zudem unter erheblichem Druck, denn der liegt z. B. bei einem reinen Hochpreiser-Nettoumsatz von 100.000 Euro bei unter 4 % (3 % vom Umsatz plus 8,35 Euro pro Packung x Packungsanzahl). Im Gegensatz dazu, wird bei niedrigpreisigen Arzneimitteln ein Rohertrag von ca. 20 bis 25 % erzielt (Kap. 3.4.2.2.2).

- Das Skonto-Urteil (02/2024) verbietet den Apotheken die Entgegennahme von Skonti durch Hersteller und Großhandel. Der zu erwartende, zukünftige Rohgewinnverlust wurde je nach Nettoumsatz auf bis zu 25.000 Euro pro Apotheke geschätzt (Kap. 3.4.2.1.6).

- Sofern das Apothekenreformgesetz (ApoRG) in Kraft treten sollte, wird dem Apothekensektor noch weniger Mittel zur Verfügung gestellt und das Berufsbild des Präsenz-Apothekers zudem abgewertet werden. Des Weiteren soll eine Apothekeneinheit entstehen, die bedeutend geringes Anfangskapital benötigt und langfristig weniger Lohnkosten aufwirft. Damit ergeben sich erheblichen Wettbewerbsverzerrungen (Kap. 3.6).

#### **4.1.4 Versandhandel**

Der mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (2004) ermöglichte Arzneimittel-Versandhandel wird vom Gesetzgeber immer offensichtlicher bevorzugt (Kap. 3.3.5). So werden Praktiken erlaubt (z. B. Verzicht auf Zuzahlungen, die Vergabe von Rabatten bzw. Gutscheinen), die der inländischen Vor-Ort-Apotheke strikt verboten wurden. Dabei ist dem Gesetzgeber vollends bewusst, dass z. B. nicht alle der auf der sog. Länderliste angeführten Länder, die von inländischen Apotheken geforderten Belieferungsstandards erfüllen. Etwas, was insbesondere für die Niederlande gilt und dennoch hat der Gesetzgeber auf Nachprüfungen seit 2011 verzichtet (Kap. 3.2.8.6; Kap. 3.3.5). Das Bundesverfassungsgericht oder die deutschen Steuerbehörden haben keine Handhabe außerhalb des Hoheitsgebiets, daher ist davon auszugehen, dass die vom Ausland agierenden Versandhändler weiterhin Rabatte und Skonti von ihren Lieferanten erhalten (Kap. 3.4.2.1.6). Die nicht vom Inland agierenden Versender beteiligen sich nicht an der Rezepturherstellung, übernehmen keine Dienstbereitschaft und zahlen keine Einkommens- oder Gewerbesteuer in Deutschland (Kap. 3.3.5). Durch die vorfristig ermöglichte Card-Link-Verfahren-Anwendung (das Verfahren stand der deutschen Vor-Ort-Apotheke erst ab 09/2024 zur Verfügung) konnte der Mutterkonzern Redcare

Pharmacy des größten europäischen Arzneimittelversenders „Shop-Apotheke“, seinen Rx-Umsatz seit Mai 2024 im Vergleich zum Vorjahr um 37 % steigern (Kap. 3.3.5).

## **4.2 Dänemark**

Siehe 5.1, 6.1 und 6.2.

## **5 Aufbau**

### **5.1 Der Apothekensektor in Dänemark**

Die Fallstudie zum Apothekensektor beginnt mit einem einleitenden Kapitel zum Gesundheitssystem in Dänemark (Kap. 4.1). Dann wurde der bis dahin wenig bekannte Apothekensektor zu den Themen wie Vergütung, Struktur, Personal, Dienstbereitschaft, Einrichtung, ordnungspolitischer Rahmen, Gesetze u. v. m., untersucht (Kap. 4.2). Gleichzeitig wurde die 2015-Apothekenreform in Dänemark grundlegend analysiert (Kap. 4.3.4). Danach wurden die Ursachen für die 2015-Apothekenreform, aber auch die gesundheitspolitischen und -ökonomischen Entscheidungen der vorangegangenen zwei Dekaden betrachtet (Kap. 4.3.1 bis Kap. 4.3.3). In der geplanten letzten Untersuchungsphase wurden die wirtschaftlichen und strukturellen Auswirkungen, Ergebnisse und Erfahrungen der 2015-Apothekenreform bis einschließlich 2023 offengelegt (Kap. 4.4) und ein Fazit gezogen (Kap. 4.5). Dann trat doch noch im Juni 2024 das Gesetz Nr. 646 in Kraft. Auf dieses Gesetz musste eingegangen werden, denn mit diesem sollen die vom Gesetzgeber verursachten wirtschaftlichen (Fehl-)Eingriffe entflochten werden, z. B. die Kopplung der verschreibungspflichtigen Fertigarzneimittel (Rx-FAM) mit den Freihandelswaren (Kap. 4.6).

### **5.2 Der Apothekensektor in Deutschland**

Das einleitende Kapitel gibt einen Überblick des Gesundheitssystems in Deutschland (Kap. 3.1), gefolgt von der Darlegung der rechtlichen und strukturellen Grundlagen des Apothekenwesens (Kap. 3.2). Die Entwicklung des „Geschäftsmodells Apotheke“ wurde ab den 1950ern, getrennt nach Ost-, West-Deutschland und Berlin und ab 1990 durch eine gesamtdeutsche Betrachtung, erarbeitet (Kap. 3.3). Die Ursachen des nach 2008 einsetzenden Apothekenrückgangs waren aufzudecken (Kap. 3.3.3.4), wobei der Rohertrag, schnell im Brennpunkt der Analyse stand, die zur besseren Differenzierung nach erhöhenden (Kap. 3.4.1) und reduzierenden (Kap. 3.4.2) Faktoren betrachtet wurde. Wie im dänischen Apothekensektor, wurden die Arbeitsbedingungen (Personal, Ausbildung, Dienstbereitschaft, Vergütung etc.) untersucht (Kap. 3.5). Im Juni 2024 wurde der Referentenentwurf für eine Apothekenreform

(ApoRG) vorab in der FAZ veröffentlicht. Diese Reform stellt einen Paradigmenwechsel für das Berufsbild des Präsenzapothekers dar. Deshalb wurden dieser sowie auch alle zwischenzeitlich veröffentlichten Gutachten analysiert (Kap. 3.6).

Nachdem die beiden erklärenden Kapitel erstellt worden waren, wurde ein Systemvergleich der Apothekensektoren von Deutschland und Dänemark durchgeführt (Kap. 5). Die Ergebnisse werden in der Zusammenfassung diskutiert (Kap. 6) und im Fazit werden die wichtigsten Punkte der Arbeit nochmals herausgestellt. Abschließend war noch ein Forschungsstand durchzuführen (Kap. 2), die Einleitung (Kap. 1) und das Thesenblatt zu verfassen.

## **6 Ergebnisse und Beantwortung der Forschungsfragen**

### ***6.1 Was waren die Gründe zur Durchführung der 2015-Apothekenreform in Dänemark?***

**2001:** In Erwartung geringer Einkünfte, ließ sich bereits vor 2001 keine ausreichende Anzahl niederlassungswilliger Apotheker(-leiter) finden, um versorgungsrelevante Standorte, mit geringer Bevölkerung und damit geringer Kaufkraft, womöglich zusätzlich mit zu gering empfundener Lebensqualität, zu besetzen.

- Anstatt gezielt die Rentabilität dieser prekären Betriebsstandorte zu verbessern, wurde ab 2001 das strikte Mehrbesitzverbot erstmalig gelockert, d. h. es konnten danach bis zu vier Konzessionen pro Apothekenleiter beantragt werden. Durch diese Maßnahme wurde die innersektorale Konkurrenz, verstärkt (Kap. 4.3.2.1.1).
- Es ist davon auszugehen, dass die nicht-pharmazeutische Konkurrenz bereits vor 2001 Druck auf die Politik bzgl. einer Lockerung des Belieferungsmonopols mit Arzneimitteln ausübte. Das mag ein Grund dafür gewesen sein, dass ab 2001 dem Apothekensektor das Arzneimittelmonopol durch Wegnahme diverser Warensparten entzogen (z. B. durch liberalisierte Rx-FAM (Kap. 4.3.1.1), Tiermedizin (2006; Kap. 4.3.1.4)) und gleichzeitig wurde der Arzneimittelmarkt für eine nicht-pharmazeutische Konkurrenz geöffnet. Die nicht-pharmazeutische Konkurrenz steigerte seither ihre Umsätze durch ein Warenspektrum, das sich aus einem begrenzten, dennoch lukrativen Warensortiment zusammensetzt. (Kap. 4.2.4).
- Was der Gesetzgeber in seinen Überlegungen nicht berücksichtigt hatte, dass bereits umsatzschwache Apothekenbetriebe durch die nach 2001 zunehmende Konkurrenzsituation immer unrentabler und somit immer unattraktiver wurden. Somit war der Gesetzgeber abermals gezwungen zu handeln.

**2015:** Die Auswirkungen der 2001-Reform wurden vom Gesetzgeber nicht richtig interpretiert, denn die 2015-Apothekenreform stand unter dem Motto „Mehr Gesundheit für dasselbe Geld“ (Kap. 4.4). D. h., dass die (innersektorale) Konkurrenz sich erhöhen sollte und gleichzeitig immer mehr pharmazeutische Dienstleistungen vom Apothekensektor gefordert wurden. Daher wurde die Erweiterung der Anzahl der Apothekenfilialen pro Konzession auf bis zu acht Einheiten ermöglicht. Dass für die erforderlichen Investitionen Kapital benötigt werden würde, wurde bei den Vergütungsverhandlungen nicht eingepreist (Kap. 4.5.2). Die einst mitarbeiterreichen und großräumigen Apotheken mussten verkleinert werden, um letztlich ca. 68 % Rx-FAM adhoc-beliefernde Einheiten hinzuzugewinnen (10/2024). Der ausgelöste Gründungsboom hat sich mittlerweile nicht nur eingependelt, es werden zwischenzeitlich ab 2015 gegründete Einheiten auch wieder geschlossen (Kap. 4.4.1.1.). Zudem hat sich gezeigt, dass die optimale Verbund- bzw. Konzerngröße aus drei Betrieben besteht, denn danach sind die Skaleneffekte wieder rückläufig. (Kap. 4.5.1).

## ***6.2 Welche positiven bzw. negativen Erfahrungen konnten im Apothekensektor Dänemarks gemacht werden?***

### **6.2.1 Positive Ergebnisse im DK-Apothekensektor**

Anfänglich wurden die vielen Unterschiede im Apothekensektor Dänemarks in einem wesentlich positiveren Licht gesehen. Doch je länger und tiefgründiger die Analyse voranschritt, desto weniger vorteilhafte Resultate blieben übrig.

#### **6.2.1.1 Pharmaziestudium**

Das Bachelor- bzw. Grundstudium der Pharmazieausbildung dauert drei Jahre, dem ein zwei- bis dreijähriges Masterstudium folgt. Die Studienzeit des Masters hängt von der Spezialisierung ab, denn diese richtet sich nach dem späteren Arbeitsplatz: Produktion, Forschung oder Apotheke. Zudem gibt es weitere nachfolgende, vertiefende Studiengänge (Kap. 4.2.1.1).

#### **6.2.1.2 Farmakonom-, PTA-Ausbildung**

Die dreijährige Farmakonomausbildung findet hauptsächlich in der Lehrapotheke, mit der ein Vertragsverhältnis eingegangen wird, dass eine Entlohnung für die gesamte Ausbildungszeit gewährt, statt. Die für den Auszubildenden kostenfreie, theoretische Wissensvermittlung erfolgt zentral an einer Fachschule, an deren Finanzierung sich die Apothekerschaft wie auch der Staat beteiligen. An den Fachschulen werden zudem Weiter- und Fortbildungskurse angeboten (Kap. 4.2.1.2).

### **6.2.1.3 Regelmäßige Vergütungsanpassung**

Die Vergütungsverhandlungen für den Apothekensektor finden alle zwei Jahre statt und die Vergütung wird der aktuellen Marktlage angepasst (Kap. 4.2.6.1).

### **6.2.1.4 Sonderabgabe zur Arzneimittelversorgung kaufkraftschwacher Regionen**

Um die Arzneimittelversorgung in bevölkerungs- und kaufkraftschwachen Regionen zu gewährleisten, ist eine Abgabe von umsatzstarken Apotheken zu leisten, die umsatzschwache Apotheken unterstützen soll (Kap. 4.2.6.3). Dabei ist nicht die Art und Weise, wie diese Unterstützung organisiert wird positiv zu bewerten, sondern, dass mit einer Abgabe die Arzneimittelversorgung der Bevölkerung gewährleistet werden soll.

## **6.2.2 Negative Ergebnisse im DK-Apothekensektor**

### **6.2.2.1 Vergütungsrahmen**

Es wurde eine sektorale Umsatzvolumenobergrenze vereinbart und als Gegenleistung dem Apothekensektor ca. 31 % des Rohertrages zugesagt. Bis Ende 2024 gilt, dass das Umsatzvolumen aus den festgelegten und miteinander gekoppelten Rx-FAM- und Freihandelswarenumsätzen besteht (Kap. 4.2.6.1). Wird die Umsatzvolumenobergrenze über- oder unterschritten, egal von welchem Umsatzteil, wird der APA (Arzneimittelpackungsaufschlag / *fastkroneavance*) durch Reduzierung oder Erhöhung angepasst (Kap. 4.2.6.2). Da Apotheken keinen Einfluss auf das Ordnungsverhalten der Ärzte oder die staatlich festgelegten Arzneimittelpreise haben (Kap. 4.2.5), können Apotheken nur ihr Freihandelswarenvolumen verändern.

### **6.2.2.2 Sektorenverbindlichkeit**

Mit der 2015-Apothekenreform wurde die Umsatzvolumenobergrenze jährlich überschritten und folglich der APA immer weiter gesenkt. Die Ursache für den Anstieg des Freihandelswarenumsatzes und damit die fortlaufenden einseitigen Überschreitungen der festgelegten Obergrenze durch den Freihandelswarenanteil liegt in der 2015-Apothekenreform selbst begründet. Denn durch die Möglichkeit, mit weiteren Apothekeneinheiten mehr Marktanteile gewinnen zu können, wurde Kapital für entsprechende Investitionen benötigt (Kap. 4.4.1.1). Unverständlicherweise wurde diese Tatsache bei den Vergütungsverhandlungen ignoriert (Kap. 4.2.6.1). Mit dem im Juni 2024 in Kraft getretenen Gesetz Nr. 646 wurde vom Gesetzgeber festgelegt, dass sich die Überschreitungen der Umsatzvolumenobergrenze bis Ende 2022 auf vorläufige ca. 490 Mio. DKK belaufen (ca. 65,8 Mio. Euro). Diesen als

Sektorenverbindlichkeit deklarierten Betrag muss die Apothekerschaft in den kommenden 20 bis 30 Jahren der Gesellschaft rückerstatten (Kap. 4.6.1.3: § 50 d). Dabei wurden die 490 Mio. DKK durch den Verkauf von zuvor erworbenen Waren und Dienstleitungen erwirtschaftet. Damit werden die Kosten für den durch die 2015-Apothekenreform geforderten erweiterten Zutritt zu Arzneimitteln allein dem Apothekensektor gleich zweimal aufgebürdet.

### **6.2.2.3 Abgaben**

Teilweise werden die Kosten des Apothekensektors durch die Verbraucher erbracht, zum größeren Anteil aber vom Apothekensektor selbst, indem Sektorenabgaben durch Gewinnabschöpfung gestellt werden (Kap. 4.2.6.5) Mit dem im Juni 2024 in Kraft getretenen Gesetz Nr. 646 werden sich die Abgaben (inkl. Altersversorgung) von 6,34 % sukzessiv um 43,1 % auf 9,074 % ab 2029 erhöhen (Kap. 4.6.1.3: § 50 a-d). D. h., dass das neue Gesetz nicht nur bestehende Abgaben erhöht, sondern zudem zwei neue Abgaben einführt (*zusätzliche Sektorenabgabe* und *zusätzliche Freihandelswarenabgabe*).

### **6.2.2.4 Regulierung**

In Dänemark kann ein Apotheker mehrere Konzessionen beantragen. So können pro Konzession (Betriebserlaubnis) bis zu acht Apotheken und -filialen (ab Juli 2015) betrieben werden, dazu noch mehrere Apothekenverkaufsstellen (*apoteksudsalg*). Der Apothekenleiter kann aber nicht ohne weiteres einen Betrieb (Apothekenfiliale, Apothekenverkaufsstelle, geschweige denn eine Apotheke) auf Grund eigener Erwägungen schließen. Denn, wenn die Gesundheitsbehörde (*lægemiddelstyrelsen*) nach einer Prüfung feststellt, dass die Arzneimittelversorgung der Bevölkerung durch eine Schließung gefährdet sein könnte, hat die versorgungsrechtliche Entscheidung Vorrang vor den privatwirtschaftlichen Erwägungen. Die Behörde kann somit per Anordnung (*påbud*) eine Einheitenschließung verhindern, den weiteren Betrieb erzwingen oder in eigener Regie weiterführen lassen (Kap. 4.3.4; § 7, Abs. 1 bis 5).

### **6.2.2.5 Liberalisierte AM**

2001 wurde der Status von zuvor apothekenpflichtigen Arzneimitteln (Non-Rx-FAM) in liberalisierte (nicht-apothekenpflichtige Non-Rx-FAM) umgewandelt (Kap. 4.2.2). Der Verkauf dieser liberalisierten Non-Rx-FAM wurde auch dem nicht-pharmazeutischen Einzelhandel erlaubt und zudem wurde in mehreren Schüben die Anzahl liberalisierter Arzneimittel immer weiter erhöht (Kap. 4.3.1.1). Der nicht-pharmazeutische Einzelhandel beschränkt seinen Umsatz auf den Verkauf bestimmter, lukrativer Präparate, die im Laufe der Zeit immer teurer wurden (Kap. 4.4.2). Die Auswirkungen einer fehlenden Beratung und die mögliche

missbräuchliche bzw. fehlerhafte Arzneimittelanwendung sind von der Gesellschaft zu kompensieren (Kap. 4.4.3).

#### **6.2.2.6 Personal**

**Farmakonome** arbeiten u. a. in Arzneimittelverkaufsstellen (*apoteksudsalg*), ähnlich den in Deutschland angedachten „Light Apotheken“, ohne Aufsicht von Pharmazeuten. Farmakonome dürfen Dienstbereitschaften übernehmen, d. h., dass das Berufsbild des Präsenzapothekers in Dänemark bereits massiv eingeschränkt wurde (Kap. 4.2.3: iii.).

**PKA:** Da eine kaufmännische Ausbildung in der Apotheke fehlt, müssen branchenfremde Mitarbeiter angestellt werden.

**Facharbeitermangel:** Der Apothekensektor hat einen Facharbeitermangel, dennoch soll der Sektor die weiteren Gesundheitssystemsektoren entlasten und immer noch weitere unterbezahlte Dienstleistungen anbieten (Kap. 4.5.6). Fehlende Attraktivität infolge zunehmender Belastungen könnte ein Grund dafür sein, dass nur 15 % der approbierten Absolventen der letzten Dekade einen Arbeitsplatz in einer Apotheke suchten (Kap. 4.2.1.1). Farmakonome werden für Arbeitsplätze, die mit besserer Entlohnung und angenehmeren Arbeitszeiten (Work-Life-Balance) angeboten werden, abgeworben (Kap. 4.5.5).

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

Die Frage ist zu bejahen, denn es wurden durchaus positive Erfahrungen aufgedeckt, deren Umsetzung für den deutschen Apothekensektor empfohlen wird. Der weit größere Teil der gemachten Erfahrungen ist negativer Natur und somit nicht geeignet, Qualität und Sicherheit des deutschen Apothekensektors zu erhöhen.

Alle angesprochenen Punkte der Kap. 6.2.1 bis 6.2.4 (siehe oben) und weitere, werden als Vorschläge zur Einführung auf das deutsche Apothekenwesen in der Dissertation unter Kap. 6.2 und Kap. 6.4 ausführlich behandelt. Ein positiver Effekt ist dennoch nur zu erwarten, wenn in Deutschland die Vergütung des Apothekensektors erheblich angehoben werden würde (Kap. 3.4.2.2.1). Wenn z. B. PTA ihre zweijährige theoretische Ausbildung weiterhin selbst bezahlen müssen (Kap. 3.5.2.3), Apothekenleiter teilweise weniger verdienen als ihre angestellten Apotheker (Kap. 3.4.1.3) oder eine zweisemestrige Verlängerung des Pharmaziestudiums sich durchsetzen sollte (Kap. 3.2.6.1) u. w., dann verliert die Vor-Ort-Apotheke immer weiter an Attraktivität.

## 7 Zusammenfassung

Im Beveridge-Modell finanzierten Apothekensektor hat der Gesetzgeber starke und unmittelbare Möglichkeiten, ins Marktgeschehen einzugreifen. Dänemark ist ein gutes Beispiel für einen aktiv agierenden Gesetzgeber, anstatt eines Mediators wie in Deutschland. Der Gesetzgeber in Dänemark beteiligt sich direkt am Rohertrag der Apotheken, wodurch auch die weitreichenden Kontrollmaßnahmen im Apothekensektor gerechtfertigt werden. Apotheker in Dänemark sind weniger „selbstständig“ als ihre deutschen Kollegen, denn der Gesetzgeber hat weitreichende gesetzliche Möglichkeiten geschaffen, um die Apotheker zu „bevormunden“. Somit ist der dänische Apothekensektor staatlichen Eingriffen bis hin zu Übervorteilungen praktisch wehrlos ausgeliefert (Kap. 4.6.1.3).

Im Bismarck-Modell finanzierten deutschen Apothekensektor hat der Gesetzgeber eine ordnende (moderierende) Funktion. Das „Tagesgeschäft“ wird laissez faire der Selbstverwaltung überlassen, wobei auf einer strukturellen Gleichstellung der Akteure insbesondere bei Verhandlungen nicht geachtet wurde. Somit sind echte Lösungen zwischen Leistungserbringern und GKV nur schwer zu erreichen (z. B. bei Retaxationen, Kap. 3.4.2.2.7). Von der Standesvertretung der Apotheken haben weder der Gesetzgeber noch die Kassen wirkliche Gegenwehr zu befürchten.

**Auftrag:** Unabhängig von der Finanzierungsart der betrachteten Gesundheitssysteme, haben sich die Apothekensektoren in beiden Vergleichsländern dazu verpflichtet, die ordnungsgemäße Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln zu übernehmen. Dafür war die Apothekerschaft bereit, wirtschaftliche und strukturelle Einschränkungen zu akzeptieren, wohl wissend, dass der Staat eine Garantenstellung bzgl. eines auskömmlichen Einkommens einnehmen würde.

**Garantenstellung:** In Dänemark „garantiert“ der Gesetzgeber ca. ein Drittel des Rohertrages des Apothekensektors und die Vergütung wird an die jeweiligen aktuellen Marktgegebenheiten alle zwei Jahre angepasst. In Deutschland ist der Gesetzgeber in den vergangenen zwei Dekaden immer weiter von seiner Garantenstellung abgerückt (Di Fabio, Kap 3.6.2.1), so dass dies inzwischen einem Vertragsbruch gleichkommt. Die ab 2004 geltende Vergütung führte das Fixum und zugleich den reduzierenden Apothekenabschlag ein. Das Fixum wurde einmal 2013 um 0,25 Euro bzw. ca. 3 % erhöht. Die Reduzierung des Apothekenabschlages belief sich je nach staatlichem Befinden zwischen 21,2 % bis 28,4 % (Kap. 3.4.2.2.4). Es gibt keinen Inflationsausgleich und keine Kompensation für Kostensteigerungen. Der Rohgewinn nahm zudem durch das Rabatt- (2007) und Skontoverbot (2024, Kap. 3.4.2.1.6) erheblich ab.

**Personal:** Für beide Länder gilt auch, dass die Apothekensektoren die weiteren unterbesetzten Gesundheitssektoren zu entlasten haben, indem ihnen immer weitere unter- oder unbezahlte Dienstleitungen oktroyiert wurden. Dabei fehlen beiden Apothekensektoren Facharbeiter und die Anzahl nachfolgender Mitarbeiter ist rückläufig, da der Arbeitsplatz in einer Apotheke immer unattraktiver wird (Arbeitsbelastung, Schicht-, Wochenend- und Nachtdienste). Da es seit 2004 praktisch keine Vergütungsanpassung in Deutschland gegeben hat, bedeutet dies u. a. auch, dass der Stundenlohn eines Apothekenleiters immer weiter abnahm.

**Einsparungen:** 2022 befand der Wettbewerbsrat in Dänemark, dass Apothekenleiter immer noch zu viel verdienen würden und somit noch weitere Einsparungen im Apothekensektor möglich wären (Kap. 4.5.1). Durch diverse rohertragsreduzierende Gesetze musste der Apothekensektor in Deutschland im Zeitraum 2004 bis 2023 durchschnittlich pro Jahr Einsparungen von ca. 7,31 Mrd. Euro hinnehmen. Allein in 2023 waren es ca. 9,43 Mrd. Euro, bei gleichzeitiger Weigerung des Gesetzgebers, die Vergütungssätze anzupassen (Kap. 3.4.2.3).

**Konkurrenz:** Finanzstarke überregionale Unternehmen können allein durch ihr Umsatzvolumen Waren günstiger einkaufen und somit unschlagbarere Preise anbieten, als es die Vor-Ort-Apotheke jemals könnte. Dies gilt insbesondere für den Arzneimittelmarkt in Deutschland, wo der Gesetzgeber vom Ausland agierende nicht-pharmazeutische Akteure unlauter bevorteilt, ohne der inländischen Apotheke dieselben Möglichkeiten zu gestatten (Kap. 3.3.5). Dagegen ist in Dänemark der Handel mit importierten Arzneimitteln untersagt (Kap. 4.2.2; Kap. 4.3.2.1.7).

**Beratung:** Der einzige verbleibende Vorteil der Vor-Ort-Apotheke ist die fachkompetente, persönliche und individuelle Arzneimittelberatung, die der Versandhandel nicht oder nur sehr eingeschränkt anbieten kann. Wenn diese Apothekenleistungen nicht adäquat vergütet werden, wird das Apothekenwesen in Deutschland in der aktuell bekannten Form bald nicht mehr existieren und eher dem in Dänemark immer weiter ähneln.

## **8 Ausblick**

Erixon und van der Marel (Kap. 2.3.3) gehen davon aus, dass die politischen Entscheidungsträger sich bzgl. der Erkenntnis nicht bemühen, weshalb die Ausgaben im Gesundheitswesen steigen und wie die Gesundheitsressourcen effizienter in der Zukunft genutzt werden sollten. Obwohl aus den Reihen der Apothekerschaft viele Änderungen vorgeschlagen wurden (Kap. 3.2.8.6), soll mit dem ApoRG das Berufsbild des Präsenzapothekers, und dies trotz erheblicher verfassungsrechtlicher Bedenken, demontiert

werden. Und als Begründung dient der bereits begangene Vertragsbruch durch den Gesetzgeber. Die daraus folgende Konsequenz bedeutet eine Verringerung der Arzneimittelsicherheit und eine abnehmende Beratungsqualität. Mit diesen Negativaussichten werden mögliche Berufsnachfolger verunsichert und durchlaufen somit auch keine Ausbildung mit dem Endziel öffentliche Apotheke. Dabei ist davon auszugehen, dass sich der Beratungsbedarf, durch eine zunehmend alternde Gesellschaft, erheblich steigern wird (Kap. 1).

Mögliche Weiterungen dieses negativen Prozesses werden durch die Aufhebung des Fremdbesitzverbotes im Apothekensektor und das Dispensierverbot für Ärzte erwartet.