

## Schloss Apotheke / Positionspapier zum Apothekenstreik am 14.06.2023

### **„Wir streiken, damit das Apothekensterben aufhört.“**

Aktuell ist mit einem Rückgang von bis zu 500 öffentlichen Apotheken im Jahr 2023 zu rechnen (Rückgang in 2022 = -399 öffentliche Apotheken, Q1 2023 = -129, Bestand zu Ende Q1 = 17.939).

### **Fakten zur öffentlichen Apotheke**

- Öffentliche Apotheken haben einen gesetzlichen Versorgungsauftrag.
- Öffentliche Apotheken haben nach dem Apothekengesetz (§1 Absatz 1 Apothekengesetz) den gesetzlichen Auftrag zur ordnungsgemäßen Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln (Apothekenmonopol = Abgabemonopol für Arzneimittel).
- Die Aufgaben der öffentlichen Apotheke sind: die Abgabe von Arzneimitteln, die Prüfung von Arzneimitteln, die Herstellung individueller Arzneimittel (Rezeptur) und die Versorgung der Bevölkerung an 365 Tagen im Jahr (Nacht und Notdienst).
- Öffentliche Apotheken unterliegen dem Kontrahierungszwang, d.h. sie müssen die Bevölkerung mit Arzneimitteln versorgen, auch wenn sich das im Einzelfall wirtschaftlich nicht rechnet (individuelle Herstellungen = Rezeptur)
- Der Apotheker benötigt eine Approbation (staatliche Erlaubnis als Apotheker zu arbeiten) und eine Betriebserlaubnis (staatliche Erlaubnis in definierten Räumen eine öffentliche Apotheke zu betreiben). Alle Erlaubnisse sind personengebunden und können durch die zuständigen Behörden jederzeit zurückgenommen werden.
- Kapitalgesellschaften dürfen keine öffentlichen Apotheken betreiben.
- Der Betriebserlaubnisinhaber (Apotheker) haftet mit seinem gesamten Vermögen uneingeschränkt.
- Aktuell gibt es ca. 13.000 Apotheker, die eine Betriebserlaubnis haben. Sie betreiben ca. 18.000 öffentliche Apotheken.

### **Rohrertrag der öffentlichen Apotheke**

Aus dem Rohrertrag der Apotheke (Rohrertrag=Verkaufspreis abzüglich Einkaufspreis) sind alle Kosten zu bezahlen. Der Rohrertrag nach Abzug aller Kosten ist der Gewinn vor Steuern. Der Rohrertrag setzt sich zusammen aus einem Aufschlag auf den Einkaufspreis (= Apothekenhonorar) und Rabatten, die Lieferanten gewähren.

- Das Apothekenhonorar ist als Stückvergütung (Honorar pro abgegebener Packung) ausgestaltet. Für verschreibungspflichtige Arzneimittel erhält die öffentliche Apotheke einen Aufschlag von 3% auf den Apothekeneinkaufspreis plus eines Fixbetrages von

8,35 Euro abzüglich eines gesetzlichen Apothekenabschlages (Rabatt an die gesetzliche Krankenversicherung) von 2 Euro. Dieser Rabatt wurde gerade nochmals erhöht (von 1,77 Euro auf 2,00 Euro).

- Rabatte durch Lieferanten sind seit Jahren rückläufig.

Eine Anpassung des Apothekenhonorars erfolgte letztmalig im Jahre 2013 (Erhöhung von 8,15 Euro auf 8,35 Euro). Inflationsentwicklung, steigende Personalkosten und Sachkosten werden seitdem nicht berücksichtigt, sorgen aber für kontinuierlich höhere Ausgaben. Aktuell finanziert die öffentliche Apotheke die gesetzliche Krankenversicherung mit 0,27 Euro pro abgegebener Arzneimittelpackung (Frank Diener, Treuhand Hannover).

Aus dem Rohertrag sind alle Kosten zu begleichen. Die öffentliche Apotheke ist, wie viele andere Unternehmen auch, einem massiven Fachkräftemangel ausgesetzt. Sie konkurriert mit anderen Arbeitgebern (Verwaltung, Industrie) um Fachkräfte. Aufgrund des öffentlichen Versorgungsauftrages, verbunden mit langen Öffnungszeiten, Samstagsarbeit, Nacht- und Notdienst und Feiertagsdiensten bei gleichzeitig unzureichender finanzieller Ausstattung ist sie mehr oder weniger chancenlos und bietet gerade auch jungen Fachkräften keine attraktive Perspektive.

**Fazit: Der Rohertrag ist die wirtschaftliche Basis der öffentlichen Apotheke. Der Rohertrag wird seit 10 Jahren konsequent und systematisch verdünnt, ablesbar am Rückgang der Anzahl öffentlicher Apotheken. Das muss aufhören, denn der gesetzliche und somit staatlich gewollte Versorgungsauftrag der öffentlichen Apotheke setzt voraus, dass das Unternehmen öffentliche Apotheke auch wirtschaftlich arbeiten kann. Wenn die öffentliche Apotheke aber bereits die gesetzlichen Krankenkassen quersubventioniert, wird klar, dass hier etwas gehörig schief läuft. Der Staat ist in der Pflicht, die notwendigen wirtschaftlichen Voraussetzungen für den Betrieb der öffentlichen Apotheke sicherzustellen.**

### **Abgabepreis für verschreibungspflichtige Arzneimittel.**

Die Abgabepreise für verschreibungspflichtige Arzneimittel sind Festpreise und gesetzlich festgelegt (kein System aus Angebot und Nachfrage). Die öffentliche Apotheke kann und darf durch Preiserhöhung ihre Verkaufspreise nicht erhöhen und somit den Rohertrag verbessern (im Gegensatz zu anderen Unternehmen z.B. Lebensmittel: Preiserhöhung um ca. 25% = Inflation).

- Die Preisbindung für verschreibungspflichtige Arzneimittel verhindert jegliche Spekulation. Somit sind Preiserhöhungen, wie wir sie beispielsweise auf dem Energiemarkt sehen, nicht möglich. Das ist auch gut so.

**Fazit: Die öffentliche Apotheke kann und darf ihre wirtschaftliche Situation nicht wie andere Unternehmen durch Preiserhöhungen verbessern.**

**Pharmazeutische Hersteller**

Pharmazeutische Hersteller sind einteilbar in „Erfinder“, „Nachahmer“ und „Importeure“.

„**Erfinder**“ sind Hersteller, die neue Wirkstoffe entwickeln (Bayer, Novo Nordisk, Pfizer...). Neue Arzneimittel sind in der Regel hochpreisig und haben einen geringen Rohertrag. Mittlerweile beträgt der Umsatzanteil an „hochpreisigen Arzneimittel“ (ApU über 1.200 Euro) gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung ca. 40%, Tendenz stark steigend. Ursache ist die hohe Innovationskraft der Erfinder. Hochpreisige Arzneimittel haben einen deutlich geringeren Rohertrag bei einem gleichzeitig hohen Retaxationsrisiko.

Die Tabelle verdeutlicht die Verhältnisse. Je „hochpreisiger“ das Arzneimittel, je geringer der Rohertrag der öffentlichen Apotheke.

ApU (Abgabepreis pharmazeutischer Unternehmen)	Apothekenverkaufspreis inklusive 19% Mehrwertsteuer	Rohertrag der öffentlichen Apotheke	Rohertrag der öffentlichen Apotheke in % des Apothekenverkaufspreises
10 Euro	20,11 Euro	9,09 Euro	45,2%
100 Euro	115,73 Euro	11,88 Euro	10,27%
1.000 Euro	1.071,93 Euro	39,73 Euro	3,7%
2.000 Euro	2.108,42 Euro	69,92 Euro	3,32%
10.000 Euro	10.348,42 Euro	309,92 Euro	2,99%

*Tabelle 1 Arzneimittelpreisspannenverordnung*

„**Nachahmer**“ sind Hersteller (ratiopharm, Hexal Stada ...), die Arzneimittel nach Ablauf des Patentschutzes der „Erfinder“ vornehmlich in China und Indien produzieren lassen und als sogenannte Generika in Verkehr bringen. Diese Hersteller sind verantwortlich für die weitaus größte Anzahl der im Handel befindlichen Arzneimittel.

„**Importeure**“ sind Hersteller, die die Preisunterschiede für Arzneimittel in unterschiedlichen europäischen Ländern nutzen (kohlpharma, Eurimpharm, ...).

Sie importieren Arzneimittel aus „billigeren“ EU-Ländern (Rumänien) und verringern dort das Angebot und die Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln. Zusätzlich ist der damit verbundene „Importweg“ das Einfallstor für gefälschte Arzneimittel in die legale Lieferkette in Deutschland (Beispiel Lunapharm Skandal 2018).

Öffentliche Apotheken sind gesetzlich verpflichtet pro Krankenkasse und Quartal eine Importquote von 5% zu erfüllen (§ 129 Absatz 2 SGB V). Die praktische Umsetzung im Apothekenalltag ist mit einem erheblichen Aufwand verbunden.

**Fazit: Die Importquote ist ersatzlos zu streichen.**

### **Herstellerrabatt und fremdes Insolvenzrisiko**

Pharmazeutische Hersteller gewähren der gesetzlichen Krankenversicherung einen sog. Herstellerrabatt. Dieser beträgt zwischen 6% und 7% des ApU (Abgabepreis pharmazeutischer Unternehmen). Der Herstellerabschlag ist nach §130a Sozialgesetzbuch (SGB V) ein Rabatt, den die Hersteller der gesetzlichen Krankenversicherung bei Arzneimitteln gewähren müssen. Dieser wird über die Rezeptabrechnung durch das beteiligte Rechenzentrum der öffentlichen Apotheke zunächst vom Honorar abgezogen und an die gesetzliche Krankenversicherung ausgezahlt. In einem zweiten Schritt erstattet der Hersteller dem beteiligten Rechenzentrum den Betrag zur Auszahlung an die öffentlichen Apotheken. Diese muss hier aus Praktikabilitätsgründen als Mittler auftreten und ist verpflichtet in Vorleistung zu gehen. Das damit verbunden Haftungsrisiko im Falle der Insolvenz des Herstellers trägt ausschließlich die öffentliche Apotheke (Beispiel: Beragena Insolvenz in 2022).

### **Rechenzentrum und fremdes Insolvenzrisiko**

Die Abrechnung der Rezepte zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung wird durch Rechenzentren durchgeführt. Dies ist notwendig, da die formalen Anforderungen an die Rezeptabrechnung für die öffentliche Apotheke nicht umsetzbar sind. Die öffentliche Apotheke muss ihre Forderungen gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse an das Rechenzentrum abtreten. Die gesetzlichen Krankenkassen zahlen an das Rechenzentrum, das Rechenzentrum zahlt an die öffentliche Apotheke. Im Fall der Insolvenz des Rechenzentrums bleibt die öffentliche Apotheke auf Ihren Forderungen sitzen, da die gesetzliche Krankenversicherung an das Rechenzentrum ausgezahlt hat und natürlich nicht zweimal zahlt. Im Insolvenzfall kann die öffentliche Apotheke ihre Forderungen nur gegenüber dem Rechenzentrum geltend machen. (Beispiel: AvP Insolvenz im Herbst 2020, betroffen ca. 2.900 öffentliche Apotheken).

**Fazit: Öffentliche Apotheken werden durch gesetzliche Regelungen, beispielsweise §130a Sozialgesetzbuch (SGB V), bzw. die Vorgaben zur Abrechnung von Rezepten gegenüber gesetzlichen Krankenkassen einem fremden Haftungsrisiko ausgesetzt und schuldlos existenziell gefährdet. Das muss geändert werden.**

### **Rabattverträge**

Gesetzliche Krankenversicherungen und pharmazeutische Hersteller können Rabattverträge abschließen. Dabei kommt es zu einem Tausch von Marktanteilen gegen Rabatte. Sinn und Zweck ist es, die Kosten der gesetzlichen Krankenversicherungen zu senken.

Rabattverträge sind geheim und die Inhalte werden nicht veröffentlicht. Durch eine Indiskretion der AOK Baden-Württemberg, veröffentlicht im Oktober 2021, konnte für das Analgetikum Buprenorphin (Schmerzmittel) gezeigt werden, dass der Hersteller der

Krankenkasse einen Rabatt von 99% (bezogen auf den ApU) gewährt hat. Für Buprenorphin bedeutet das beispielsweise, dass der Hersteller eine Tablette zum Preis von gerade einmal einen halben Cent verkauft.

Für andere Wirkstoffe lagen die gewährten Rabatte bezogen auf den ApU zwischen 80% und 99,96%.

Rabattverträge sind ausschließlich darauf angelegt, die Kosten für Arzneimittel zu senken. Hersteller, die keine Verträge abschließen können, ziehen sich zurück. In der Folge sinkt die Zahl der Anbieter und damit einhergehend die Versorgungsbreite. Am Ende gibt es für ein Arzneimittel nur noch wenige oder keine Hersteller mehr und die Versorgung bricht zusammen. Das ist gerade am Beispiel der Kinderarzneimittel zu beobachten. Die Hersteller können nicht mehr kostendeckend produzieren und stellen die Versorgung ein.

Auch unter ethischen Gesichtspunkten ist das System der Rabattverträge fraglich. Für eine Flasche Antibiotika Kindersaft erhält der Hersteller ca. 3 Euro. Für dieses Geld wird der Wirkstoff in China produziert, das Arzneimittel in Indien konfektioniert und nach Deutschland gebracht. Es liegt auf der Hand, dass eine Produktion zu diesen Kosten in Deutschland nicht möglich ist und es ist zu vermuten, dass diese Produktion auch nicht dem Sinn und Zweck des gerade verabschiedeten Lieferkettengesetzes entspricht.

**Fazit 1: Die Herstellung unter den Bedingungen der Rabattverträge ist in Deutschland wirtschaftlich nicht möglich. Wir sind an der Grenze zur Schenkung angekommen. Es ist offensichtlich, dass eine ausschließlich auf Kostensenkung ausgerichtete Gesundheitspolitik endlich ist und am Ende die gesamte Versorgung gefährdet.**

**Diese Erkenntnis ist bereits bei Gesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach angekommen, wenn er sagt: „Auch in der Arzneimittelversorgung haben wir es mit der Ökonomisierung übertrieben“. Was fehlt, ist die Umsetzung dieser Erkenntnis in die reale Welt der öffentlichen Apotheke.**

**Fazit 2: Die Umsetzung der Rabattverträge durch die öffentlichen Apotheken ist mit einem enormen und nicht mehr vertretbaren administrativen Aufwand verbunden, der nicht nur weitestgehend sinnentleert ist, sondern auch wertvolle Arbeitskräfte unnötig belastet. Das muss aufhören.**

Öffentliche Apotheken sind gesetzlich verpflichtet, die Rabattverträge in der Praxis umzusetzen. Hält sich die öffentliche Apotheke nicht an die gesetzlichen Vorgaben können/ werden ihr rückwirkend bis zu 13 Monate nach der Versorgung des Versicherten mit Arzneimitteln von der gesetzlichen Krankenkasse Teile des Abrechnungsbetrages (= Teilretaxation) oder der gesamte Abrechnungsbetrag (= Nullretaxation) abgezogen. Gründe für diese Retaxationen sind in der Regel Formfehler, die mit dem eigentlichen Versorgungsauftrag der öffentlichen Apotheke nichts gemein haben.

Die Nullretaxation widerspricht der allgemeinen Vorstellung, dass eine in Anspruch genommene Leistung auch bezahlt werden muss. Wer eine empfangene Leistung nicht

bezahlt, verhält sich unmoralisch und unfair. Gesetzliche Krankenkassen setzen zur Kontrolle der Abrechnung Dienstleister ein, die im Erfolgsfall provisioniert werden. Ein Geschäftsmodell, dass auf den „Fehlern“ der Partner aufbaut, hat wenig mit Solidarität und Zusammenarbeit zu tun. Die Nullretaxation wird somit zu einer ungerechtfertigten Bereicherung der gesetzlichen Krankenversicherung.

**Fazit: Die öffentliche Apotheke muss vor Nullretaxation wirksam geschützt werden. Die gesetzlichen Krankenkassen müssen durch entsprechende Regelungen auf den Pfad der Partnerschaftlichkeit und Fairness zurückgeführt werden.**

**Vorurteil: „Apothekenpreise“**

Allgemein werden hohe Arzneimittelpreise mit hohen Gewinnen gleichgesetzt und der öffentlichen Apotheke wird gerne unterschwellig der Vorwurf der Bereicherung gemacht (Stichwort „Apothekenpreise“). Bis 2004 stimmte das auch. Mit dem Wechsel des Vergütungsmodells von Umsatzvergütung zu Stückvergütung hat sich das fundamental geändert.

Gerade die Systematik der Rabattverträge zeigt, dass hohe Arzneimittelpreise nach Abzug der Rabatte (Rabattvertrag, Herstellerabschlag) und Abzug der Mehrwertsteuer (19%) keine hohen Preise mehr sind. Die Listenpreise werden zunehmend zu „Mondpreisen“, die den tatsächlichen Verhältnissen nicht entsprechen.

**Das System der öffentlichen Apotheke steht zur Disposition. Die Gesellschaft muss sich entscheiden, ob ihr diese Versorgung wichtig ist oder nicht. Je mehr öffentliche Apotheken schließen, desto weiter werden die Wege, desto länger dauert die Versorgung mit Arzneimitteln und desto weniger niederschweligen Zugang zu fachkundigem Rat gibt es.**

Markus Kerckhoff  
31.05.2023  
Rückfragen gerne unter 01702818517  
m.kerckhoff@schloss-apotheke-bergisch-gladbach.de