Forschungsbericht Kurzfassung

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 4 – 80 14 36/74 – Projekt 74/15

Iris an der Heiden

Frank Meyrahn

„Die Preise und Preisspannen müssen den berechtigten Interessen der Arzneimittelverbraucher, der Tierärzte, der Apotheken und des Großhandels Rechnung tragen; zu den berechtigten Interessen der Arzneimittelverbraucher gehört auch die Sicherstellung der Versorgung."

§ 78 (2) Arzneimittelgesetz

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

§ 12 (1) Wirtschaftlichkeitsgebot Fünftes Sozialgesetzbuch

Impressum

Auftraggeber

Bundesministerium für Wirtschaft und Energie

Autoren

Iris an der Heiden

Frank Meyrahn

2HM & Associates GmbH, Bereich IF! Institut für sozioökonomische Forschung

Weiteres Forschungsteam der 2HM

Dr. Frederik Meyer

Melanie John

Dr. Julia Hamprecht

Stand

Kurzfassung auf der Basis der Langfassung Version 1.21 vom 16.03.2018

Inhalt

1. Einleitung 1
2. Zusammenfassung 2
3. Zentrale Fragestellung des Forschungsauftrags 5
3.1 Gesetzliche Grundlagen 6
3.2 Datengrundlage 11
3.3 Berechnungswege 15
4. Ergebnisse 25
4.1 Kostendeckende Vergütung 25
4.2 Flächendeckende Versorgung mit rezeptpflichtigen Arzneimitteln 30
4.3 Rx-Versandhandel und wirtschaftliche Situation der Apotheken 32
5. Abschließende Empfehlung 36
6. Literatur 37

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Theoretische Festlegungen zur Berechnungslogik der Vergütungsbestandteile der AMPreisV: Überblick 7

Tabelle 2: Überblick Datengrundlage Berechnung AMPreisV. Eigene Darstellung. 11

Tabelle 3: Gesamtsystematik Vergütung: Auswirkung einer kostendeckenden Vergütung auf die Ausgaben der Kostenträger. Eigene Berechnung. 27

Tabelle 4: Gesamtsystematik Vergütung: Auswirkung einer kostendeckenden Vergütung auf die Einnahmen der Apotheken. Ausgleichsberechnung für Non-Rx zur Wiederherstellung des aktuellen Rohertrags. Eigene Berechnung. 28

Tabelle 5: Wirtschaftliche Situation der Apotheken-Unternehmen nach Unternehmensgrößenklassen (keine Unterscheidung in Einzelapotheken und Unternehmen mit mehreren Apotheken) anhand zentraler Kenngrößen 2015. Quellen: Anzahl der Unternehmen Apothekerkammern (ABDA); Wirtschaftliche Kenngrößen Jahresstatistik im Handel, Destatis. 34

Tabelle 6: Verteilung der gefährdeten Apotheken auf die Siedlungsstrukturellen Kreistypen. Quellen: Anzahl der Unternehmen Apothekerkammern (ABDA); Wirtschaftliche Kenngrößen Jahresstatistik im Handel, Destatis. 35

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Struktur und Preise der AMPreisV bei kostendeckender Vergütung 3

Abbildung 2: Anlässe für Rückfragen bei der Abgabe von Rx: Durchschnittliche Aufteilung von 100 % der Anlässe. Ergebnis der Primärerhebung. Eigene Darstellung. 14

Abbildung 3: Grundlegendes Analysekonzept: Verknüpfung von Kosten- und Leistungsdaten für öffentliche Apotheken und vollversorgenden pharmazeutischen Großhandel 15

Abbildung 4: Neues und bisheriges Berechnungsmodell AMPreisV im Vergleich: Vergütungsmodule und ihre Anteile an der Kostendeckung. Eigene Darstellung und Berechnung. 17

Abbildung 5: Kostenstruktur Apotheken. Kostenarten und Umrechnung in Kosten pro Minute. Eigene Darstellung. 20

Abbildung 6: Kostenstruktur Apotheken. Kosten für die der AMPreisV zugrundeliegenden Leistungen. Eigene Darstellung. 21

Abbildung 7: Kostenstruktur Großhandel: Zuordnung preisunabhängiger und preisabhängiger Kosten. Eigene Darstellung. 22

Abbildung 7: Entwicklung der Anzahl örtlicher Einheiten von Apotheken 2007 bis 2015. Quelle: Statistischen Unternehmensregister. Eigene Darstellung. 31

Abbildung 8: Bruttobetriebsüberschuss der Apotheken nach siedlungsstrukturellen Kreistypen vor Steuern nach Bruttoinvestitionen. Quelle: Jahresstatistik im Handel. Eigene Darstellung. 31

Abbildung 9: Effekte jährlicher Wachstumsraten anhand theoretischer Marktanteilsentwicklungsverläufe. Ausgangspunkt KV45 2016 und 2017 (GKV). Jeweils jährliche Steigerung um den genannten Prozentwert. Eigene Darstellung und Berechnung. 33

Abkürzungsverzeichnis

ABDA	Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V.
AMG	Arzneimittelgesetz
AMPreisV	Arzneimittelpreisverordnung
ApU	Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers
BBSR	Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung
BGH	Bundesgerichtshof
BMF	Bundesministerium der Finanzen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMWi	Bundesministerium für Wirtschaft und Energie
BtM	Betäubungsmittel
Destatis	Statistisches Bundesamt

EuGH	Europäischer Gerichtshof
ff.	folgende
GAmSi	Gesetzliche Krankenversicherung-Arzneimittelschnellinformation
ggf.	gegebenenfalls
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
IFH	Institut für Handelsforschung GmbH
iVm	in Verbindung mit
LG	Landgericht
min	Minute
Mio.	Million
Mrd.	Milliarde
MwSt.	Mehrwertsteuer
NNF	Nacht und Notdienstfonds
Non-Rx	Nicht-rezeptpflichtige Arzneimittel und Freiwahl-Artikel
OLG	Oberlandesgericht
OTC	Over-the-Counter (Arzneimittel, die nicht der Verschreibungspflicht unterliegen)
OTX	Nicht rezeptpflichtige Arzneimittel, die bei Verordnung erstattet werden
Pck.	Packung
PHAGRO	Bundesverband des pharmazeutischen Großhandels e. V.
PKA	Pharmazeutisch-kaufmännische Angestellte und pharmazeutische Assistenten
PKV	Private Krankenversicherung
PTA	Pharmazeutisch-technische Assistenten
Rx	Rezeptpflichtige Arzneimittel
Rx-FAM	Rezeptpflichtige Fertigarzneimittel
S.	Seite
SGB	Sozialgesetzbuch
Stk.	Stück
TVöD	Tarifvertrag für den Öffentlichen Dienst
u. a.	unter anderem
URS	Statistisches Unternehmensregister
u. U.	unter Umständen
VZÄ	Vollzeitäquivalente
z. B.	zum Beispiel
z. T.	zum Teil

1. Einleitung

Das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi) hat den Auftrag, die Preisspannen der öffentlichen Apotheken und des pharmazeutischen Großhandels für die Arzneimittelpreisverordnung (§ 78 (1) AMG iVm AMPreisV) festzulegen. In der Vergangenheit sind diese mehrfach angepasst worden. Insbesondere ist seit 2004 für öffentliche Apotheken und seit 2012 für den Großhandel ein kostenorientierter und teilweise preisunabhängiger Vergütungsansatz in der AMPreisV verankert. Daraus folgt, dass bei sich ändernden Kosten eine Anpassung der in der AMPreisV geregelten Preise notwendig wird. Dieser Notwendigkeit ist von 2004 bis 2011 über die Anpassung des Rabatts, den die Apotheken der GKV bei der Abgabe von Fertigarzneimitteln nach § 130 SGB V gewähren, Rechnung getragen worden, bis sich im Jahr 2011 Lücken in der Datengrundlage zeigten. In der darauffolgenden Anpassungsberechnung des absoluten Festzuschlages für Fertigarzneimittel in der AMPreisV im Jahr 2012 wurde ebenfalls eine fehlende belastbare Datenbasis zur Kostenlage der Apotheken durch das BMWi und das Statistische Bundesamt festgestellt (BMWi 2016). Die vorliegenden Ergebnisse der Prüfungen und Ergänzungen der Daten sowie der Berechnungsgrundlagen ergeben Anpassungs- und Reformbedarf.

Die 2HM & Associates GmbH (2HM) wurde im Frühjahr 2016 mit der Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) geregelten Preise beauftragt. Im Zeitraum von April 2016 bis November 2017 untersuchte die 2HM die der AMPreisV zugrundeliegenden Daten und Berechnungswege. Identifizierte Datenlücken wurden mithilfe von Primärerhebungen bei Apotheken und beim vollversorgenden pharmazeutischen Großhandel geschlossen und die Berechnung der Preise auf Basis der gesetzlichen Grundlagen durchgeführt. Das Forschungsprojekt wurde von einem Arbeitskreis des BMWi begleitet, der Vertreter der relevanten Ministerien, der Leistungserbringer und der Kostenträger umfasste: des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), des Bundesfinanzministeriums (BMF), des Statistischen Bundesamtes (Destatis), der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V. (ABDA), des Bundesverbandes des pharmazeutischen Großhandels e. V. (PHAGRO) sowie des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Spitzenverband) und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV-Verband). Die gesetzlichen Grundlagen bilden dabei die Basis der Prüfung.

2. Zusammenfassung

Für die „Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) geregelten Preise“ wurden im Rahmen des Projektes die Datengrundlagen, die Berechnungswege sowie deren gesetzliche Verankerung analysiert und in eine datengestützte, den gesetzlichen Grundlagen entsprechende Neuberechnung der Preise überführt.

Die Datengrundlage wurde bereits in der Anpassungsberechnung der AMPreisV vom BMWi im Jahr 2012 teilweise auf Daten der amtlichen Statistik umgestellt und im Rahmen des vorliegenden Gutachtens auf alle Preise und Leistungen der AMPreisV belastbar ausgebaut:

- Mit der Jahresstatistik im Handel der amtlichen Statistik liegen für Apotheken und vollversorgenden Großhandel belastbare Daten im Zeitverlauf vor, um die Kosten der Leistungserbringer vollständig abzubilden.
- Die Angaben zu den in der AMPreisV vergüteten Einheiten sowie der außerhalb der AMPreisV erbrachten Leistungen im Bereich OTC und Freiwahl werden konsistent von GKV, PKV, ABDA, PHAGRO und externen Datenlieferanten wie INSIGHT Health und Iqvia (IMS) berichtet. Die Daten weisen jedoch zum Teil nicht den Detailgrad der AMPreisV auf, z. B. für die Anzahl der Stoffe in Abgrenzung zu den Rezepturen oder die Trennung in rezeptpflichtige Arzneimittel allgemein und rezeptpflichtige Fertigarzneimittel. Angaben zum Umfang von Dienstleistungen und Großhandelsaktivitäten der Apotheken liegen nicht vor.
- Für den Aufwand einzelner Leistungen der Apotheken und des Großhandels konnten Lücken in der Datengrundlage festgestellt werden. Diese Lücken wurden durch Datenerhebungen geschlossen: Kosten zur Leistungserbringung für die Herstellung von Rezepturen, die Abgabe von Arzneimitteln mit erhöhtem Dokumentationsaufwand wie z. B. Betäubungsmittel und Kühlartikel und Kosten der Warenwirtschaft in Apotheken.

Für die durch den Gesetzgeber, die Krankenkassen sowie die ABDA und den PHAGRO vertretene kostendeckende Vergütung in der AMPreisV konnten von den Autoren Abweichungen der bisherigen Berechnungswege im Vergleich zu den Beschreibungen und Funktionen der Preisbestandteile in der AMPreisV festgestellt werden. Diese Abweichungen wurden durch definitorische Festlegungen aufgelöst, die mit dem begleitenden Arbeitskreis diskutiert wurden.

Die Ziele des Gesetzgebers liegen in der Sicherstellung einer sicheren und flächendeckenden Versorgung mit Arzneimitteln. Die Preise in der AMPreisV sollen diese Sicherstellung für rezeptpflichtige Arzneimittel unterstützen sowie den berechtigten Interessen der Arzneimittelverbraucher, der Apotheken und des Großhandels Rechnung tragen. Nach Recherche der gesetzlichen Grundlagen sieht der Gesetzgeber als Mittel zur Erreichung dieses Zieles unter anderem eine kostendeckende Vergütung aller Preisbestandteile der AMPreisV an, die in den Berechnungen umgesetzt wurden.

Die Abbildung 1 zeigt die Ergebnisse der trennscharf auf Kostendeckung berechneten Preise der AMPreisV, fortgeschrieben für das Jahr 2018 (orange hinterlegte Felder).

- Wesentliche Änderungen ergeben sich, da die Preise für BtM, Rezepturen, Nacht- und Notdienst bisher nicht kostendeckend bestimmt waren und diesbezüglich deutlich nach oben angepasst werden sollten.

- Die Preise für die Abgabe von Fertigarzneimitteln durch Apotheken waren bei den inden Jahren 2004 und 2012 angewendeten Berechnungsweg pauschal höher für Rx berechnet worden, indem der Umsatz in das preisunabhängige Beratungshonorar einberechnet wurde. Die Aufhebung dieser Überschätzung des Rx-Aufwandes führt zu deutlichen Reduktionen im absoluten Festzuschlag für die Abgabe rezeptpflichtiger Fertigarzneimittel in Apotheken.
- Die Zuschläge für den Großhandel sind kostenbezogen im preisunabhängigen absoluten Festzuschlag zu erhöhen, die preisabhängigen Kosten – im Wesentlichen die Finanzierung des Warenbestandes – rechtfertigen jedoch nur einen prozentualen Zuschlag von 0,53 %.

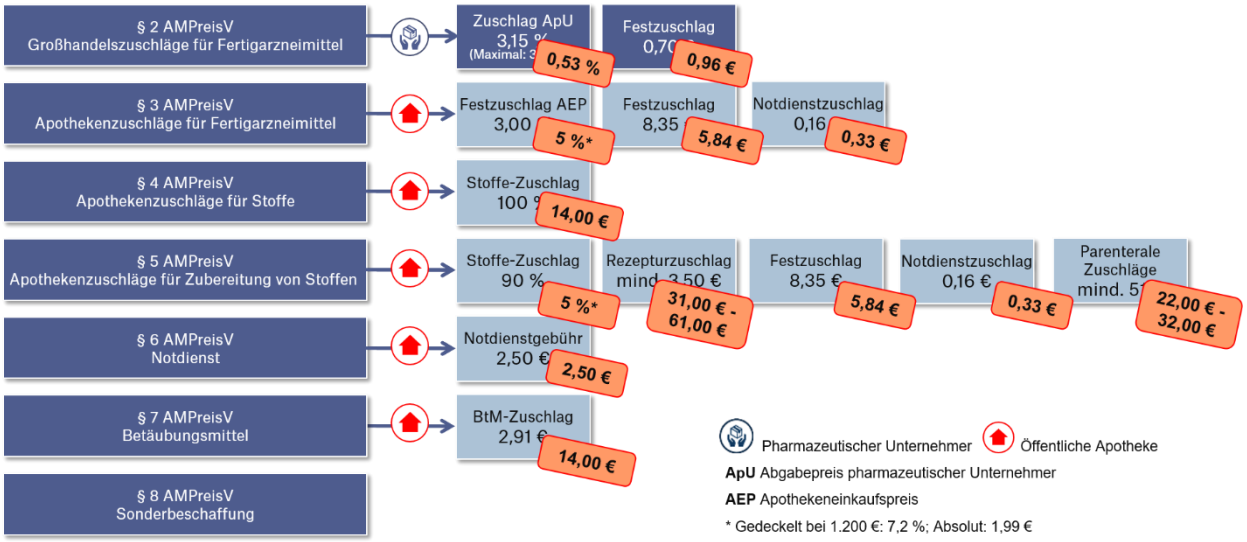

Abbildung 1: Struktur und Preise der AMPreisV bei kostendeckender Vergütung

Die flächendeckende Versorgung ist aktuell in Deutschland nach Einschätzung der Apothekenverbände und Apothekerkammern nicht gefährdet. Um mögliche Auswirkungen von Vergütungsveränderungen sowie die Rolle der AMPreisV in der Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung besser bewerten zu können, wurde auftragsgemäß die Datenlage um Informationen zur Flächendeckung, zur wirtschaftlichen Situation der Apotheken in der Fläche sowie möglichen wirtschaftlichen Auswirkungen des Wettbewerbs mit europäischen Versandhändlern analysiert.

- Der Gesetzgeber gibt keine Legaldefinition der Flächendeckung, jedoch vielfältige Maßnahmen zu ihrer Sicherung vor: Die flächendeckende Organisation des Nacht- und Notdienstes durch die Apothekerkammern sowie die Nutzung von Rezeptsammelstellen und die Einrichtung von Zweig- und Notapotheken. Letztere sind bisher kaum zum Einsatz gekommen. Erreichbarkeitsanalysen sowie die vielfach steigende Anzahl an Beschäftigten je Apotheke bestätigen eine gute Versorgungslage.
- Analysen der wirtschaftlichen Situation der Apotheken (Bruttobetriebsüberschüsse im Jahr 2015) zeigen jedoch, dass ca. die Hälfte der Apotheken wirtschaftlich erfolgreich sind, während die andere Hälfte mittelfristig nicht oder nur in Filialverbünden wirtschaftlich tragbar sind.

- Die wirtschaftliche Situation ist in ländlichen Regionen – entgegen bisheriger Beschreibungen – deutlich besser als in städtischen Regionen. Ein Großteil der gefährdeten Apotheken befindet sich in den Städten, was u.a. durch einen starken Wettbewerb der Apotheken untereinander bedingt ist. Apothekenschließungen, selbst in größerem Umfang bedeuten daher nicht zwangsläufig eine Bedrohung der flächendeckenden Versorgung.
- Da die Preise der AMPreisV insgesamt für alle zu einem Stichtag bestehenden Apotheken kostendeckend angesetzt sind und zudem für Apotheken Niederlassungsfreiheit besteht, können Engpässe in der Versorgung durch Apotheken nicht durch die kostendeckende AMPreisV verursacht sein und durch eine solche AMPreisV auch nicht behoben werden.
- Die kostenbedingte Erhöhung der leistungsbezogenen Preise und insbesondere eine kostendeckende Notdienstvergütung stärken die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung.
- Sollten sich zukünftig Engpässe in der flächendeckenden Versorgung zeigen, kann die AMPreisV mithilfe eines Strukturfonds finanziell unterstützend wirken.
- Die Bedeutung des europäischen Versandhandels mit rezeptpflichtigen Arzneimitteln ist bisher gering; selbst bei starken Wachstumsraten kann sich dieser nur langsam entwickeln. Insbesondere im Vergleich mit den Problemen der bereits im Jahr 2015 wirtschaftlich nicht tragende Apotheken sowie mit dem starken Wettbewerbsdruck in den Städten und der Schwierigkeit, Personal zu gewinnen, ist die Bedrohung durch ausländische Versandapotheken im Bereich von rezeptpflichtigen Arzneimitteln auch bei zulässiger Gewährung von Boni als mittelfristig gering zu bewerten.

Schlussfolgernd wird mit einer kostendeckenden Vergütung den berechtigten Interessen der Apotheken und der Großhändler Rechnung getragen. Im berechtigten Interessen der Arzneimittelverbraucher sind die Preise der AMPreisV im berechneten Umfang anzupassen.

Die vorliegende Kurzfassung stellt in den folgenden Abschnitten die zentralen Vorgehensweisen und Ergebnisse des Forschungsberichtes zusammen. In der Langfassung werden die gesetzlichen Hintergründe und Berechnungen in einzelnen Schritten beschrieben sowie in einem umfangreichen Anhang Detailinformationen zur Verfügung gestellt.

3. Zentrale Fragestellung des Forschungsauftrags

Laut Ausschreibung des BMWi (kursiv)

- waren die *Erforderlichkeit und das Ausmaß von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) geregelten Preise* zu ermitteln.

Das bedeutete, dass zu prüfen war, ob die Preisregelungen anzupassen sind und wenn ja, in welcher Höhe.

Die Anpassungsrechnung im Jahr 2012 resultierte zwar in einer Erhöhung des Apothekenfestzuschlags von 8,10 € auf 8,35 € (Flach 2012), hatte jedoch hinsichtlich der Berechnungsgrundlage auch Fragen bei BMWi und Statistischem Bundesamt aufgeworfen (Hollstein 2012). Das Berechnungsergebnis wurde von den Vertretern der Apotheken als für die Leistung der Apotheken-Inhaber/-innen nicht angemessen kritisiert (DAZ 2015b). Hiernach hatte die Ausschreibung zur Überprüfung und ggf. zur Anpassung der in der *AMPreisV geregelten* Vergütung zum Ziel, die Honorardebatte mithilfe eines

- ***allgemein anerkannten theoretischen Konzepts*** *bestehend aus Datengrundlage, Berechnungs-, Simulations- und Analysemethoden*

auf ein stärkeres Faktenfundament, d.h. eine einheitliche Datengrundlage und Gewährleistung einer statistischen Grundlage für das Nachvollziehen der Berechnungen, zu stellen.

Da das BMWi den berechtigten Interessen der Apotheken, der Arzneimittelverbraucher und der Arzneimittelgroßhändler im Rahmen der Preissetzung gesetzlich verpflichtet ist (§ 78 AMG), sollte eine

- ***nachvollziehbare Dokumentation der Berechnungs-, Simulations- und Analysemethoden*** *sowie der Gewinnung und Verarbeitung* ***der zugrundeliegenden Daten;***
- ***Begründung getroffener Annahmen*** *entweder durch empirische Analysen oder durch Plausibilitätsüberlegungen*

die Akzeptanz des im AMPreisV hinterlegten Preismodells sicherstellen.

Darüber hinaus sollte in dem Forschungsauftrag *im Rahmen der verfügbaren Daten* eine

- *Abschätzung der* ***wirtschaftlichen Auswirkungen****, die gleichzeitig die praktische Anwendung des Konzepts* belegt und
- *das Aufzeigen möglicher alternativer Berechnungswege und entsprechender Datenbedarfe*

erfolgen.

Konzept, Daten und Berechnung der AMPreisV sollten gemäß Auftrag auf Basis der geltenden AMPreisV entwickelt bzw. durchgeführt werden. **Alle Preisregelungen mit Ausnahme Tierarzneimittel bzw. Preisregelungen für Tierärzte waren zu prüfen.** Eine weitere Ausnahme bildeten die OTX, die verordneten OTC-Arzneimittel, die über die AMPreisV mit Geltung bis Ende 2003 vergütet werden. Die alte AMPreisV wurde im Rahmen des vorliegenden Gutachtens nicht untersucht.

Marktentwicklung bei aufgehobener Preisbindung für europäische Versandapotheken

Im Verlauf des vorliegenden Forschungsprojektes wurde durch den EuGH entschieden, dass den europäischen Versandhändlern die Gewährung von Boni in der Abgabe von rezeptpflichtigen Arzneimitteln trotz in Deutschland geltender Preisbindung zu gestatten ist (EuGH 2016).

Das BMWi beauftragte die 2HM vor diesem Hintergrund am 13. Februar 2017, in Erweiterung und konsistent mit den räumlichen und sachlichen Bezugsrahmen des Forschungsprojektes, die Konsequenzen von Marktanteilssteigerungen des europäischen Versandhandels auf die wirtschaftliche Situation der Vor-Ort-Apotheken in Deutschland zu berechnen und im Rahmen des Forschungsberichts darzustellen.

In Zusammenhang mit dem EuGH-Urteil hat die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung eine erhöhte Bedeutung auch für die AMPreisV gewonnen. Die wirtschaftliche Situation der Apotheken in der Fläche wurde daher noch fokussierter im vorliegenden Gutachten analysiert als ursprünglich geplant.

3.1 Gesetzliche Grundlagen

Die gesetzlichen Grundlagen der Preise in der AMPreisV sind umfangreich und werden in dieser Kurzfassung des Forschungsberichtes nur in Auszügen wiedergegeben.

Arzneimittelpreisverordnung

Die wirtschaftliche Vergütung der Versorgungsleistung durch pharmazeutischen Großhandel und Apotheken ist seit 1980 im Wesentlichen in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) festgeschrieben. Im Jahr 2004 wurde die Berechnungsbasis für die Vergütung der Apotheken und der pharmazeutischen Großhändler in weiten Teilen grundlegend umgestellt. Die Preisbindung für nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel wurde aufgehoben. Die Abgabe verschreibungspflichtiger Arzneimittel wird seitdem nicht mehr nur über prozentuale Zuschläge, sondern größtenteils über Festzuschläge vergütet: Pro Packung eines rezeptpflichtigen Fertigarzneimittels, unabhängig von der Packungsgröße, erhält der Großhandel für seine Leistung 0,70 € und die Apotheke 8,35 € (bis Ende 2012: 8,10 €).

Ergänzt werden diese Festzuschläge des Großhandels und der Apotheken zudem um prozentuale Anteile. Diese liegen für den Großhandel als Höchstzuschlag bei maximal 3,15 % (absolut gedeckelt bei 37,80 €) und als Festzuschlag bei den Apotheken von 3 %.

Weitere feste Bestandteile der Vergütung sind 0,16 € pro Packung für den Notdienst-Fond sowie aktuell 1,77 € Rabatt/Abzug auf Rezepte der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV). Dieser GKV-Rabatt wurde seit 2004 mehrfach verhandelt und im Juli 2015 erstmals im fünften Sozialgesetzbuch zur Gesetzlichen Krankenversicherung (§ 130 SGB V) festgeschrieben.

Die AMPreisV regelt die Preise für verschreibungspflichtige Arzneimittel (Rx) und betrifft damit nur einen Teil der Aufgaben und Erlöse der Apotheken.

Anpassung hinsichtlich der Kostenentwicklung

Die im Rahmen des vorliegenden Gutachtens recherchierte Berechnungslogik der AMPreisV folgt dem Prinzip der Kostendeckung und bedingt eine regelmäßige Anpassung der Vergütung in Bezug auf die Kostenentwicklung der Apotheken. Für den vollversorgenden Großhandel dagegen fehlt trotz Kostenbezug der Vergütung im Gesetzestext ein Hinweis zur Frage der regelmäßigen Anpassung.

Für Apotheken erfolgte diese Anpassung bisher über den gesetzlichen Apothekenrabatt sowie den absoluten Festzuschlag für Fertigarzneimittel. Im § 130 SGB V wurde bei der Festschreibung des GKV-Abschlages auf 1,77 € im Juli 2015 der bisherige Hinweis auf die Wirtschaftlichkeit der Apotheke gestrichen. Dort war bis dahin der Anspruch formuliert, den Abschlag leistungsgerecht auf der Basis von tatsächlichen

repräsentativen Betriebsergebnissen anzupassen (§ 130 SGB V a. F., in der bis zum 23.07.2015 geltenden Fassung). Der Gesetzesentwurf zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) begründet die Festschreibung und das Wegfallen der damit verbundenen Prüfung der Wirtschaftlichkeit mit sich teilweise überschneidenden Anpassungsparametern zum Apothekenabschlag nach § 130 SGB V und denen zum Festzuschlag nach § 78 des Arzneimittelgesetzes. Es wird zudem darauf hingewiesen, dass zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit kein gemeinsames Verständnis der Vertragspartner entwickelt werden konnte (BT-Drs. 18/4095, 2015, S. 57). Damit liegt der Fokus der wirtschaftlichen Betrachtung der Apotheke aktuell alleinig auf dem § 78 AMG, der das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi) unter anderem ermächtigt „den Anteil des Festzuschlags, der nicht der Förderung der Sicherstellung des Notdienstes dient, entsprechend der Kostenentwicklung der Apotheken bei wirtschaftlicher Betriebsführung anzupassen“.

Theoretische Festlegungen

In der bisherigen Berechnung der Preise in der AMPreisV sind implizit und explizit Annahmen enthalten. Einige entsprechen dem in der gesetzlichen Grundlage beschriebenen Willen des Gesetzgebers, andere dagegen nicht. In weiteren Bereichen fehlen für die Übersetzung der gesetzlichen Grundlagen in eine konkrete Berechnungslogik oder zur Anwendung einer Datenbasis spezifische Annahmen und Definitionen. Die Tabelle 1 stellt die für die im Rahmen des Forschungsprojektes entwickelte Berechnung getroffenen Festlegungen zusammenfassend dar.

Tabelle 1: Theoretische Festlegungen zur Berechnungslogik der Vergütungsbestandteile der AMPreisV: Überblick

Theoretische Festlegungen
Festlegung 1: Der Anspruch auf flächendeckende Versorgung wird als eines von mehreren der gesetzlich zu berücksichtigenden berechtigten Interessen der Arzneimittelverbraucher als Rahmenbedingung der AMPreisV abgeleitet. Dieser Anspruch wurde inzwischen auch gesetzlich explizit im § 78 AMG formuliert (in der ab Mai 2017 gültigen Fassung).
Festlegung 2: Aufgrund des hohen aktuellen Versorgungsgrades durch Apotheken wird im Rahmen der aktuellen Anpassung der AMPreisV keine Definition der flächendeckenden Versorgung erarbeitet, jedoch Auswirkungen von Anpassungen der Vergütung nach AMPreisV in der Fläche grob abgeschätzt.
Festlegung 3: Die Ausrichtung an den Kosten aller zu einem Stichtag bestehenden Apotheken wird als aktuelle Auslegung der gesetzlichen Berücksichtigung der wirtschaftlichen Betriebsführung umgesetzt.
Festlegung 4: Mögliche methodische Ansätze für die Integration von Kriterien der wirtschaftlichen Betriebsführung werden diskutiert.
Festlegung 5: Eine Einzelapotheke oder ein Verbund aus Haupt- und Filialapotheken gilt als wirtschaftlich, wenn durch den Betrieb ein angemessener kalkulatorischer Unternehmerlohn erwirtschaftet werden kann.
Festlegung 6: Die Kosten für Rx werden anhand des Anteils der Rx-Packungen an allen Packungen (Rx, Non-Rx, Ergänzungssortiment) berechnet.

Theoretische Festlegungen
Festlegung 7: Kosten, die ausschließlich für Rx oder Non-Rx anfallen und nicht separat als Leistung in der AMPreisV thematisiert sind, konnten im Projektzeitraum durch Messungen oder annahmenbasiert belastbar spezifiziert werden und somit in der AMPreisV Berücksichtigung finden.
Festlegung 8: Für jede Inhaberin bzw. jedem Inhaber einer Apotheke wird, ermittelt über die Anzahl der Hauptapotheken zum Ende des Jahres, zu den zu deckenden Kosten aller öffentlichen Apotheken in Deutschland als Kostenblock ein kalkulatorischer Unternehmerlohn hinzugefügt. Dieser Kostenblock wird wie alle übrigen Kosten anteilig Rx zugeordnet und über die packungsbasierte Vergütung ausgezahlt.
Festlegung 9: Der kalkulatorische Unternehmerlohn wird dabei auf der Basis eines Opportunitätskostenansatzes berechnet: Der kalkulatorische Lohn der Apothekeninhaber/innen wird auf der Basis entgangener Einkünfte in alternativen Tätigkeitsfeldern definiert, in diesem Fall einer Krankenhausapothekenleiter/in nach Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD) E15 in der höchsten Stufe (ab 6 Berufsjahren). Die Berechnung orientiert sich am Bruttogehalt nach TVöD E15 zuzüglich der arbeitgeberseitigen Sozialleistungen auf der Basis einer regelmäßigen Wochen- bzw. Jahresarbeitszeit (Greß 2015).
Festlegung 10: Rabatte des pharmazeutischen Unternehmers an den Großhandel und Rabatte des Großhandels an die Apotheke werden in der Berechnung der Preise der AMPreisV nicht berücksichtigt.
Festlegung 11: Der Rabatt der Apotheken an die GKV wird hinsichtlich ihres Packungsvolumens vor Berechnung der Kostendeckung abgezogen, d. h. in der grundlegenden Berechnung des absoluten Festzuschlags mit dem realen Deckungsbeitrag berücksichtigt und einberechnet.

Gesetzliche Zielsetzung der Preise für Apotheken in der AMPreisV

Die gesetzlichen Grundlagen definieren die Zuschläge für Fertigarzneimittel in der AMPreisV als kostendeckende Zuschläge, die anhand der tatsächlichen Kosten und Leistungen der Apothekerinnen und Apotheker zu bestimmen und regelmäßig zu aktualisieren sind.

Für die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung wird vom Gesetzgeber eine aufwandsbezogene Vergütung auch der weiteren Vergütungsbestandteile der AMPreisV als notwendig angesehen: Herstellung und Abgabe von Stoffen und Rezepturen, Zubereitung von parenteralen Lösungen, Abgabe von Arzneimitteln mit erhöhtem Dokumentationsaufwand sowie die Leistung von Nacht- und Notdiensten.

Versorgungsauftrags des vollversorgenden pharmazeutischen Großhandels

In Bezug auf den Großhandel mit Arzneimitteln regelt zunächst das Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln (Arzneimittelgesetz - AMG) die grundsätzlichen Bedingungen für den pharmazeutischen Großhandel in Deutschland: § 4 definiert in Absatz 22 die Großhandelstätigkeit, § 52a die Erteilung der Erlaubnis zum Großhandel mit Arzneimitteln, § 52b stellt die Kontinuität der gesamten Belieferungskette sicher und beschreibt die besondere Aufgabe der vollversorgenden Arzneimittelgroßhandlungen.

§ 54 bildet die Grundlage für die Betriebsverordnungen des Großhandels, § 78 für die Preise und die AMPreisV. Diese Gesetze bilden somit die Grundlage für die in § 2 AMPreisV vergüteten Leistungen.

Gesetzliche Zielsetzung der Preise für den Großhandel in der AMPreisV

Der Gesetzgeber hatte im Jahr 2012 die Vergütung des Großhandels im § 2 AMPreisV mit direktem Bezug zu der Leistung des vollsortierten pharmazeutischen Großhandels festgeschrieben. Die beiden Preisbestandteile sind gegeneinander abgegrenzt. Insbesondere der absolute Festzuschlag, der die preisunabhängigen Kosten deckt, wird als nicht rabattfähig definiert. Der relative Festzuschlag ist laut Gesetzesbegründung rabattfähig und erfüllt vielfältige Funktionen in der Wettbewerbsgestaltung.

Durch das Urteil des BGH vom 5.10.2017 zum absoluten Festzuschlag wird diese Festlegung des Gesetzgebers in Frage gestellt, und damit ob über einen nicht rabattierbaren Festzuschlag sichergestellt werden muss, dass durch den Großhandel eine angemessene und flächendeckende Belieferung der Apotheken erfolgt. Die Vergütung in § 2 AMPreisV wird durch die Interpretation des Festzuschlags als Höchstzuschlag durch den BGH praktisch als preisungebunden definiert und damit von einer besonderen Leistung des vollversorgenden Großhandels nach § 52b AMG entkoppelt.

Für die Berechnung der Preise in § 2 ergeben sich folgende Möglichkeiten:

1. Der Gesetzgeber präzisiert den Wortlaut in § 2 hinsichtlich eines nicht rabattfähigen Festzuschlags zur Wiederherstellung der Reglementierung zugunsten der flächendeckenden Versorgung.
    a. Zusätzlich werden explizit Skonti im Umfang der Herstellerskonti erlaubt (die pharmazeutischen Unternehmer, die nach § 78 (3) zu einem einheitlichen Abgabepreis verpflichtet sind, gewähren aktuell ebenfalls Skonti, so dass durch die Weitergabe dieser Skonti durch den Großhandel an die Apotheker der absolute Festzuschlag nicht berührt werden muss) oder
    b. Skonti werden unabhängig von den Herstellerskonti erlaubt, oder
    c. Skonti werden im § 2 als Rabatt gewertet und in Kombination mit weiteren Rabatten bei 3,15 % begrenzt (mit der Folge, dass auch die Herstellerskonti, die dem Großhandel gewährt werden, fraglich sind).
2. Der Gesetzgeber präzisiert den Wortlaut in § 2 nicht, die Zuschläge werden als Höchstzuschläge behandelt.

Eine kostendeckende Berechnung des absoluten Festzuschlages kann in Variante 1 und Variante 2 sinnvoll sein, um entweder die aktuelle Leistung des vollversorgenden Großhandels abzusichern und damit auch flächendeckend vergleichbare Einkaufsbedingungen für die Apotheken zu schaffen (Variante 1). In der Variante 2, wonach der Gesetzgeber die Preise zukünftig als Höchstzuschläge interpretiert, ist durch eine kostendeckende Berechnung der Preise im § 2 AMPreisV weiterhin die Apotheke geschützt, nicht mehr als den kostendeckenden Höchstpreis für die Belieferung zu bezahlen.

In Bezug auf die Interpretation der Skonti, die bei einer Präzisierung des Wortlauts ggf. weiterhin strittig wäre, ist eine kostendeckende Berechnung des absoluten Festzuschlages in der Variante denkbar, dass der Skonto aus dem Hersteller-Skonto finanziert wird (1a) sowie in der Variante, dass der Skonto gar nicht zugelassen wird (1c). Eine kostendeckende Berechnung ist für den Festzuschlag nicht möglich, wenn Skonti, die per definitionem preisabhängig sind, die Herstellerskonti und den Rabatt des prozentualen Zuschlags

(aktuell 3,15 %) übersteigen. In diesem Fall ist die Kostendeckung nicht mehr gegeben und das Prinzip der Kostendeckung verliert damit seine Berechtigung.

Die aktuelle Berechnungslogik zur Bestimmung der Preise in § 2 AMPreisV beruht auf der Deckung der Kosten der PHAGRO-Mitglieder. Ob die Kostenstruktur für die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung notwendig ist, kann von den Gutachtern nicht beurteilt werden. Dafür müssten insbesondere folgende Fragen vor dem Hintergrund des Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V geklärt werden:

- Ist eine mehr als einmal tägliche Belieferung der Apotheken notwendig vor dem Hintergrund der gesetzlichen Auflage in § 15 ApBtrO, dass Apotheken die Arzneimittel und apothekenpflichtigen Medizinprodukte, die zur Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung der Bevölkerung notwendig sind, in einer Menge vorrätig zu halten haben, die mindestens dem durchschnittlichen Bedarf für eine Woche und darüber hinaus 12 spezifische in § 15 AMPreisV genannte Arzneimittel umfassen?
    - Ist vor diesem Hintergrund und der Entwicklung der Logistik in den letzten Jahren die aktuelle dezentrale Lagerstruktur notwendig?
- Sind wettbewerbliche Prozesse zwischen Großhandel und Apotheken durch den Gesetzgeber in dem prozentualen Zuschlag vorzufinanzieren oder nicht vielmehr durch die Apotheken zu finanzieren, die sich einen Wettbewerbsvorteil verschaffen, bzw. durch den Großhändler zu erwirtschaften, wenn er große Mengen vereinfacht abverkaufen kann?
    - Ist in diesem Zusammenhang eine relativ hohe Weitergabe an Skonti und Rabatten an die Apotheker vor dem Hintergrund der flächendeckenden Versorgung sinnvoll? Es kann davon ausgegangen werden, dass kleine und abgelegene Apotheken weniger von den Preisnachlässen und weiteren Vorzugsbehandlungen wie längere Zahlungsziele oder häufigere Belieferungen profitieren als große und zentrale Apotheken, die dadurch – gesetzlich im prozentualen Anteil finanziert – einen zusätzlichen Wettbewerbsvorteil gegenüber der kleinen Apotheke gewinnt.

Diese Fragen sind aus Sicht der Autoren juristisch und medizinisch-fachlich für den Großhandel mit Arzneimitteln zu klären.

Das vorliegende Gutachten kann die Konsequenzen für den Gesetzgeber aus dem BGH-Urteil nicht berücksichtigen, da die Urteilsbegründung zum Zeitpunkt der Erstellung des Gutachtens nicht vorlag. Es werden daher für den Fall der Präzisierung des § 2 AMPreisV im Sinne der bisherigen Gesetzesbegründung die Preise berechnet.

3.2 Datengrundlage

Zur Berechnung der kostendeckenden Zuschläge in der AMPreisV wurden vielfältige Datenquellen verwendet. Die Tabelle 2 gibt einen Überblick über diese Datengrundlage.

Tabelle 2: Überblick Datengrundlage Berechnung AMPreisV. Eigene Darstellung.

Nr.	Datenquelle	Datenbezug	Inhalt	Qualität & Berichtszyklus
1	Destatis: Jahresstatistik im Handel der amtlichen Statistik	Apotheken im Wirtschaftszweig Apotheke: Gesamt, nach Unternehmensgrößenklassen, nach siedlungsstrukturellen Kreistypen; 2009 bis 2015; Vollversorgende pharmazeutische Großhändler, die Mitglied des PHAGRO sind; 2009 bis 2015	Entgelte (Summe in Mio. €); Sozialabgaben (Summe in Mio. €); Mieten, Pachten, Operate Leasing (Summe in Mio. €); Betriebliche Steuern und Abgaben (Summe in Mio. €);Bezogene Leistungen u.a. betriebliche Aufwendungen (Summe in Mio. €); Wareneinsatz Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe (Summe in Mio. €); Bruttoinvestitionen (Summe in Mio. €)	Repräsentative Stichprobenerhebung der amtlichen Statistik; jährlich mit ca. 1,5 Jahren Verzug
2	Apotheken-registrierung der Apotheken-kammern; zitiert nach ABDA (Zahlen Daten Fakten)	Apothekenanzahl nach Haupt-/Einzel- und Filialapotheken	Anzahl an Apotheken-Betriebsstätten; Anzahl an Apotheken-Unternehmen	Vollerfassung; quartalsweise Berichterstattung
3	WZ Apotheken im statistischen Unternehmens-register-System (URS)	Rechtliche Unternehmenseinheiten und örtlichen Einheiten des Wirtschaftszweigs Apotheke; Angaben auf Kreisebene 2007 bis 2015	Steuerbarer Umsatz der rechtlichen Unternehmenseinheiten im WZ Apotheke; Anzahl an örtlichen Einheiten, die dem WZ Apotheke zuzuordnen sind; Anzahl an Apotheken-Unternehmen im WZ Apotheke	Verwaltungsdaten; jährliche Berichterstattung mit ca. 1,5 Jahren Verzug
4	Gesundheits-personalrechnung (Destatis/ Gesundheitsbericht-erstattung des Bundes (GBE))	Beschäftigte im Gesundheitswesen in Deutschland nach: Einrichtungen, Berufen, Art der Beschäftigung, Geschlecht, Alter 2000 bis 2015; Vollzeitäquivalente seit 2013	Vollzeitäquivalente in Apotheken	Verwaltungsdaten; jährliche Berichterstattung mit ca. 1 Jahr Verzug
5	Personalstatistik der ABDA (Zahlen Daten Fakten)	Beschäftigte in Apotheken nach Berufsgruppen	Beschäftigte in Apotheken; Teilzeit-Beschäftigte in Apotheken	Vollerfassung; jährliche Veröffentlichung
6	ABDA Statistik	Öffentliche Apotheken; Absatz und Umsatz mit GKV, PKV und Selbstzahlern	Rx: Verschreibungspflichtige Arzneimittel (Umsatz und Absatz in Packungen) OTC/OTX: Apothekenpflichtige Arzneimittel (Umsatz und Absatz in Packungen) Ergänzungssortiment (Umsatz) Freiwahl (PHAGRO hochgerechnet mit OTC/Freiwahl-Quote Direktbelieferung INSIGHT Health, in Mio. Pck.) Anzahl Rezepturen inkl. parenteraler Lösungen	Daten von INSIGHT Health; Nahezu Vollerfassung der Rezeptdaten der Apothekenrechenzentren; Apothekenpanel sowie Großhandelsdaten für GKV, PKV, Selbstzahler; jährliche Veröffentlichung mit ca. 0,5 Jahren Verzug
7	ABDA	Öffentliche Apotheken	Anzahl BtM; Anzahl Teildienste Nacht- und Notdienst; Anzahl T-Rezepte	Projektinterne Daten
8	GKV KV45/KJ1	GKV Finanzergebnisse Deutschland gesamt	Umsatz GKV Apotheken; Umsatz GKV Versandhandel; GKV Rabatt Apotheken	Vollerfassung der Aufwände der gesetzlichen Krankenkassen; Quartalsweiser Bericht mit ca. 3 Monaten Verzug

Nr.	Datenquelle	Datenbezug	Inhalt	Qualität & Berichtszyklus
9	GKV GAmSi	GKV-Arzneimittelschnellinformation (GAmSi) Deutschland gesamt: Arzneimittelausgaben und Kennzahlen der vertragsärztlichen Versorgung über Apotheken	GKV Gesamtmarkt (Umsatz und Absatz in Verordnungen); Rx GKV: Verschreibungspflichtige Arzneimittel (Umsatz und Absatz in Verordnungen, Verordnungsblattzeilen und Verordnungsblätter); OTX GKV: Apothekenpflichtige Arzneimittel (Umsatz und Absatz in Verordnungen); Rezepturen und Stoffe; parenterale Lösungen (Umsatz und Absatz in Verordnungen); Rx-FAM GKV; Durchschnittlicher Umsatz Hochpreiser (> 1.200 € ApU)	Vollerfassung der Daten durch die Rezeptabrechnung, die monatlich dezentral von den Apothekenrechenzentren angenommenen werden; Quartalsweiser Bericht; Projektinterne Daten der GKV
10	Wissenschaftliches Institut der PKV	Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2017: Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich	Arzneimittel-Ausgaben PKV gesamt und OTC Umsatz	Datenmeldende 17 PKV-Unternehmen repräsentieren 86,7 % der PKV-Versicherten; Bericht mit unterschiedlichen Veröffentlichungszyklen
11	PHAGRO: IFH Statistik	Aggregierte Umsätze, Absätze mit öffentlichen Apotheken; Kosten der Mitgliedsunternehmen (Grundgesamtheit vollversorgender pharmazeutischer Großhändler; ohne AEP GmbH)	Rx: Verschreibungspflichtige Arzneimittel (Umsatz und Absatz in Packungen); OTC/OTX: Apothekenpflichtige Arzneimittel (Umsatz und Absatz in Packungen); Freiwahl (Umsatz und Absatz in Packungen); Kühlartikel (Umsatz und Absatz in Packungen); BtM (Umsatz und Absatz in Packungen); Hochpreiser (ApU > 1.200 €; Absatz in Packungen) Kosten insgesamt und nach Kostenkategorien	Vollerfassung der Meldungen der PHAGRO Mitglieder an das Institut für Handelsforschung mit ca. 0,5 Jahren Verzug; Projektinterne Daten des PHAGRO
12	BAH Zahlenbroschüre	Apothekenmarkt GKV/PKV/Selbstzahler; Vor-Ort-Apotheken und Versandhandel 2006 bis 2016	Rx: Verschreibungspflichtige Arzneimittel (Umsatz und Absatz in Packungen); OTC/OTX: Apothekenpflichtige Arzneimittel (Umsatz und Absatz in Packungen); Gesundheitsmittel (Umsatz und Absatz in Packungen)	Daten von IQVIA/IMS Health (Rx: IMS PharmaScope®, Preisbasis AVP; Non-Rx: IMS OTC® Report, Preisbasis EVP): Basis u. A. Apothekenrechenzentren
13	INSIGHT Health: OTC-Apotheken-marktentwicklung	Vor-Ort-Apotheken und Versandhandel; OTC-Absatz: Komplettes Apothekenhandelssortiment exkl. Diagnostika in der Offizin und in Versandapotheken	Großhandels- und Direktgeschäftsumsätze Arzneimittel und Nicht-Arzneimittel, nach Abgabepreisen pharmazeutischer Unternehmer (ApU) in Mio. Euro und in Mio. Einheiten; Prozentuale Abweichung von rAVP zu AVP in Offizin- und Versandapotheken	APO Channel-Monitor (INSIGHT Health)
14	Nacht- und Notdienstfonds des DAV (NNF)	Für den NNF relevante Rx-FAM (inkl. PKV und europäischem Versand); ab Mai 2017 auch Standardrezepturen	Anzahl Rx-FAM (inkl. europäischer Versand)	Vollerfassung GKV über Rechenzentren sowie Sonderbeleg Selbsterklärung für alle nicht GKV Rx-FAM; Jährliche Veröffentlichung mit ca. 0,5 Jahren Verzug
15	ADEXA Tariflöhne in Apotheken	Tarife für den Großteil der Apothekenangestellten in Deutschland: Approbierte; Apotheker-Assistenten; Pharmazeutisch-technische Assistenten; Pharmazeutisch-kaufmännische Angestellte und Pharmazeutische Assistenten: Pharmazeuten im Praktikum; PTA-Praktikanten (in Ausbildung); Pharmazeutisch-kaufmännische Angestellte in Ausbildung	Tarife nach Berufsjahr; Durchschnittlicher Tarif und jährliche Sonderzahlung: 100% eines tariflichen Monatsverdienstes (Bundesrahmentarifvertrag für Apothekenmitarbeiter, §18, gütig ab 2015); Betriebliche Altersvorsorge monatlich (ab 30 Stunden Arbeitszeit wöchentlich, andere Tarife für weniger Arbeitszeit, Tarifvertrag zur betrieblichen Altersvorsorge, gültig ab 2012); Tarife für Nacht- und Notdienst; Urlaubstage	Geltender bundesweiter Tarif; kontinuierlich

Nr.	Datenquelle	Datenbezug	Inhalt	Qualität & Berichtszyklus
16	TVöD Tarife des öffentlichen Dienstes	Tarife für leitende Angestellte von Krankenhausapotheken	Gestufte Tarife; Durchschnittlicher Tarif und jährliche Sonderzahlung: 100% eines tariflichen Monatsverdienstes (Bundesrahmentarifvertrag für Apothekenmitarbeiter, §18, gütig ab 2015); Betriebliche Altersvorsorge monatlich (ab 30 Stunden Arbeitszeit wöchentlich, andere Tarife für weniger Arbeitszeit, Tarifvertrag zur betrieblichen Altersvorsorge, gültig ab 2012)	Geltender allgemeiner Tarif; kontinuierlich
17	Diverse Quellen (vgl. Kapitel 10.1 Quellen Tarifverträge und Arbeitszeiten, Langfassung des Gutachtens)	Lohnnebenkosten	Krankenversicherung; Rentenversicherung; Arbeitslosenversicherung; Pflegeversicherung; Insolvenzgeldumlage; U1, U2	Geltende offizielle Regelungen; kontinuierlich
18	Kalender; Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit (IAB)	Arbeitszeiten	Werktage; Samstage und Sonntage; Feiertage; Krankenstand	Aktuell; IAB berichtet Vorjahres-Krankenstände
19	Primärerhebung 2HM 2017 Apotheken	Leistungen öffentlicher Apotheken	Zeitaufwand Rezepturherstellung (Rezepturarten nach AMPreisV); Zeitaufwand Warenwirtschaft; Zeitaufwand Zubereitung parenteraler Lösungen; Zeitaufwand Rx Rückfragen; Zeitaufwand OTC Beratung zur Auswahl der Arzneimittel	Stichprobenerhebung; Selbstauskunft/Schätzung von Zeitaufwand
20	Primärerhebung 2HM 2017 vollversorgende Großhändler	Leistungen vollversorgender Großhändler	Erhöhter Kostenaufwand für Hochpreiser; Erhöhter Kostenaufwand für Kühlartikel; Erhöhter Kostenaufwand für BtM	Stichprobenerhebung: Selbstauskunft/Schätzung von erhöhtem Kostenaufwand

Primärerhebung Apotheken

Die zeitbezogenen Leistungen der Apotheken wurde mit einer Befragung der Apotheken erhoben. Die Vergabe des Gutachtens war von Apotheken-Seite sehr kritisch gesehen worden. Daher war für die geplante Primärerhebung nicht mit einem starken Rücklauf an Antworten zu rechnen. Es wurden daher möglichst viele Apotheken angeschrieben, für die E-Mailadressen zur Verfügung standen oder recherchiert werden konnten. Insgesamt wurden 16.621 Einladungen für die Onlinebefragung versendet, ca. 1.900 waren unzustellbar, so dass 14.719 Apotheken eine Einladung zu der Befragung erhalten haben. Es nahmen 2.304 Apothekerinnen und Apotheker an der Befragung teil, das entspricht einer Rücklaufquote von 16 Prozent.

Die teilnehmenden Apotheken repräsentieren in statistisch hinreichendem Umfang alle Umsatzgrößenklassen der Grundgesamtheit und sind auch vergleichbar verteilt wie die Grundgesamtheit. Abweichungen in der Verteilung wurden durch entsprechende Gewichtung in der Analyse zusätzlich ausgeglichen. Überwiegend haben Inhaber/innen an der Befragung teilgenommen, zu 9 % auch Leiter/innen von Filialapotheken. Die räumliche Verteilung der Stichprobe entspricht annähernd der Grundgesamtheit im Statistischen Unternehmensregister (URS). Damit können die Angaben der Apotheken

in Bezug auf die Stichprobeneigenschaften als hinreichend belastbar angesehen werden. Dies gilt insbesondere deshalb, da die in den Befragungen thematisierten Leistungen für alle Apotheken gelten.

Abbildung 2 zeigt beispielhaft die Ergebnisse der Primärerhebung zur Frage des besonderen Aufwandes für Rückfragen bei rezeptpflichtigen Arzneimitteln.

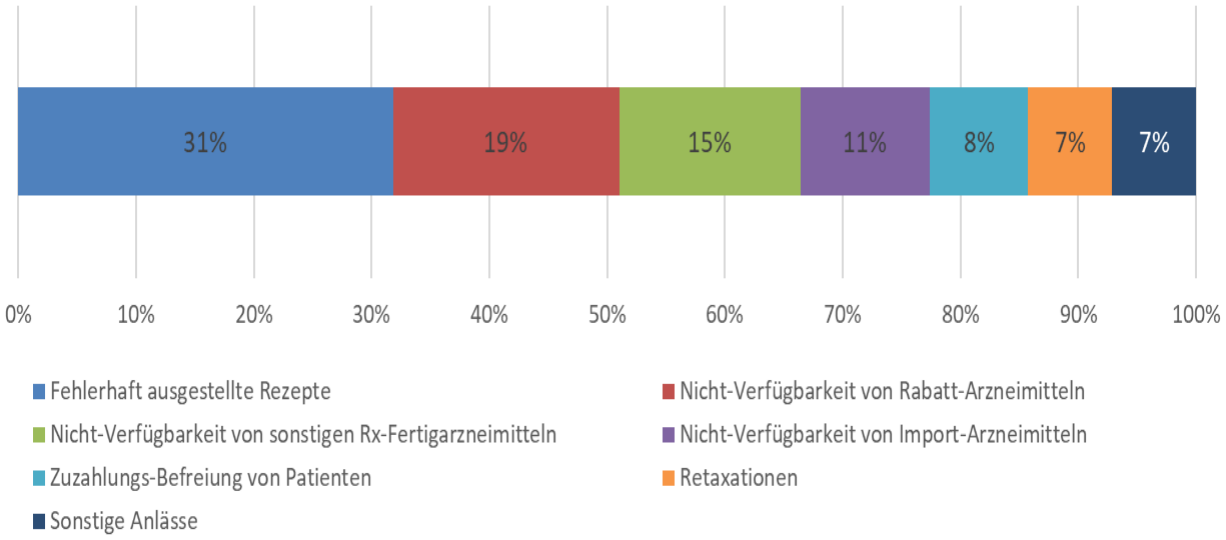

Abbildung 2: Anlässe für Rückfragen bei der Abgabe von Rx: Durchschnittliche Aufteilung von 100 % der Anlässe. Ergebnis der Primärerhebung. Eigene Darstellung.

Bei durchschnittlich 10 % aller Rezepte sind Rückfragen notwendig (Median, n = 1.090). Die Rückfragen beziehen sich auf die in Abbildung 2 dargestellten Inhalte. Für die Klärung des Problems sind durchschnittlich 8 Minuten notwendig (Median, n = 1.087).

Anlässe für Rückfragen sind überwiegend fehlerhaft ausgestellte Rezepte und die Nicht-Verfügbarkeit von Rabatt-Arzneimitteln. Ebenfalls häufig ist die Nicht-Verfügbarkeit von sonstigen Rx-Fertigarzneimitteln und von Import-Arzneimitteln.

Für die Abgabe von OTC wird nach Aussage der Apotheker/-innen durchschnittlich bei 75 % der Packungen ein Gespräch zur Auswahl des OTCs (Median, n = 1.087) geführt. Das Hinterfragen der Eigendiagnose bzw. des Arzneimittelwunsches der Patient/-innen sowie die Auswahl und Beurteilung des Arzneistoffs und des Fertigarzneimittels dauert pro Packung durchschnittlich 4,5 Minuten (ohne Besprechung von Wechselwirkungen, Nebenwirkungen und weitere Beratung; Median, n = 1.086). Insgesamt entsteht damit durch die spezifische OTC-Beratung ein höherer zeitlicher Aufwand als durch die spezifischen Nachfragen bei Rezepten.

Primärerhebung Großhandel

Für die Großhandelsbefragung wurde eine Grundgesamtheit von 12 vollversorgenden Großhandelsunternehmen bestimmt (Stand Anfang 2017). Neun Großhändler nahmen an der Befragung teil. Dies entspricht einer Teilnahmequote von 75 %. Befragt wurden Vorsitzende der jeweiligen Vorstände,

Vorsitzende der Geschäftsführungen oder Geschäftsführer der relevanten Unternehmen. Nicht nur die Teilnahmequote, auch die Auskunftsbereitschaft und Datenqualität sind als hoch anzusehen, da zum einen zu allen Fragestellungen vollständige Angaben gemacht wurden, die Streuung der Angaben gering, und wenn höher, dann plausibel sind.

3.3 Berechnungswege

Verknüpfung von Leistungs- und Kostendaten

Alle dargestellten Daten- und Berechnungsbestandteile gehen von den bestehenden Preisregelungen in der AMPreisV aus. Das Prinzip der Kostendeckung bei wirtschaftlicher Betriebsführung bildet dabei den Kern aller theoretischen Betrachtungen. Alle Analysen in den empirischen Daten-Bausteinen basieren entsprechend auf der Zuordnung von Leistungs- und Kostendaten (Abbildung 3). Die Leistungsdaten beziehen sich auf die erbrachten Packungseinheiten sowie zusätzliche spezifische Zeiteinheiten (z. B. bei der Rezepturherstellung oder BtM-Abgabe).

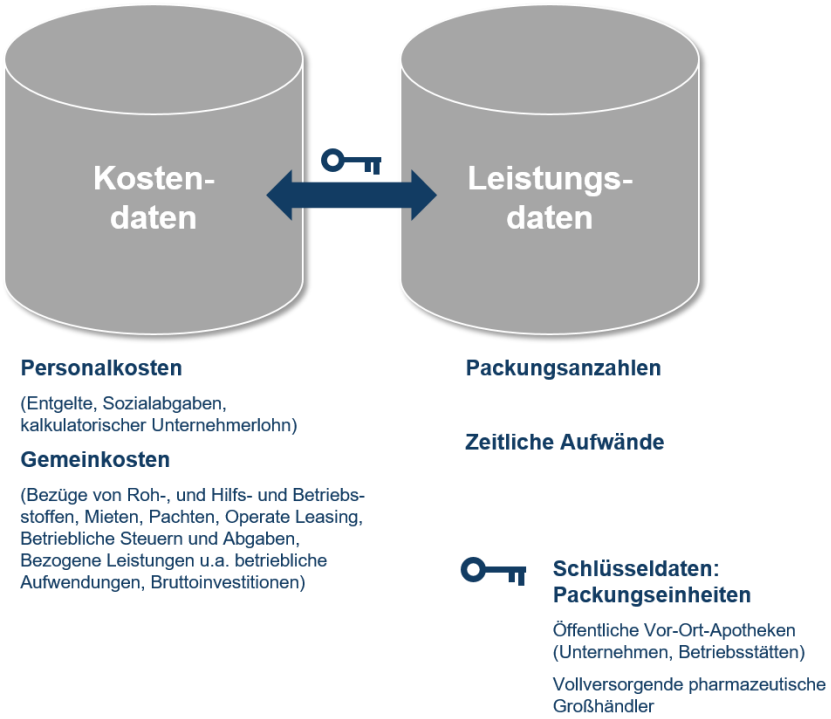

Abbildung 3: Grundlegendes Analysekonzept: Verknüpfung von Kosten- und Leistungsdaten für öffentliche Apotheken und vollversorgenden pharmazeutischen Großhandel

Die Kostendaten lassen sich in verschiedene Kostenarten aufteilen, die für die Erbringung der Leistungen aufgewendet wurden – z. B. Personalkosten, Gemeinkosten. Verknüpft werden die Leistungs- und Kostendaten über die Leistungserbringer: Die öffentlichen Apotheken sowie die vollversorgenden pharmazeutischen Großhändler nach § 52b AMG in Deutschland. Die Leistungen der Leistungserbringer

sind dann kostendeckend vergütet, wenn die den Leistungen zuzuordnenden Kosten durch die Vergütung der Leistungserbringer gedeckt werden.

Analyseebenen der Berechnung

Das ausgearbeitete Datenkonzept ist dabei geprägt von der Gesamtbetrachtung aller Apotheken sowie der Durchschnittsbetrachtung, die durch die Logik der AMPreisV vorgegeben wird: Jede Apotheke erhält für jede Packung und jede Rezeptur die gleiche Vergütung, unabhängig von der Größe der Apotheke, ihrer Absatzmenge Rx im Vergleich zu Non-Rx, ihres Standorts oder Wettbewerbsumfelds. Dieser durchschnittsorientierten Vergütungslogik werden gesamthafte Kostenbestimmungen gegenübergestellt.

Zweite Untersuchungsebene bilden räumliche Differenzierungen auf Einzelapothekenebene oder Gemeinde- bzw. Kreisebene. Die kleinste hier betrachtete Ebene ist die der siedlungsstrukturellen Kreistypen. Eine tiefere Ebene lässt die Stichprobe der Jahresstatistik im Handel nicht zu. Die räumliche Einteilung in siedlungsstrukturelle Kreistypen hat sich auch in der Studie des Thünen-Instituts als sinnvolle Einteilung von Unterschieden in der Erreichbarkeit der Apotheken bewährt (Neumeier 2013). Diese Beschränkung in der Granularität begründet sich einerseits in einer notwendigen Beschränkung des Aufwandes des vorliegenden Projekts auf den vertretbaren Rahmen, sowie andererseits auch in der aktuell guten räumlichen Abdeckung mit Apotheken. Zusätzlich werden Unternehmensgrößenklassen differenzierter betrachtet.

Trennscharfes Kostenmodell

Die im vorliegenden Gutachten entwickelte kostendeckende, trennscharfe Berechnungsmethodik wurde im Vergleich zu bisherigen Berechnungen als Gesamtsystematik erarbeitet. Es werden die Kosten inkl. eines kalkulatorischen Unternehmerlohns definiert und die Leistungsbereiche systematisch in eher kaufmännische und eher heilberufliche Aktivitäten (darin im Wesentlichen die Beratung) getrennt. Abbildung 4 auf der folgenden Seite zeigt die Unterschiede der neuen, im Forschungsprojekt verfolgten und der bisherigen Berechnungslogik.

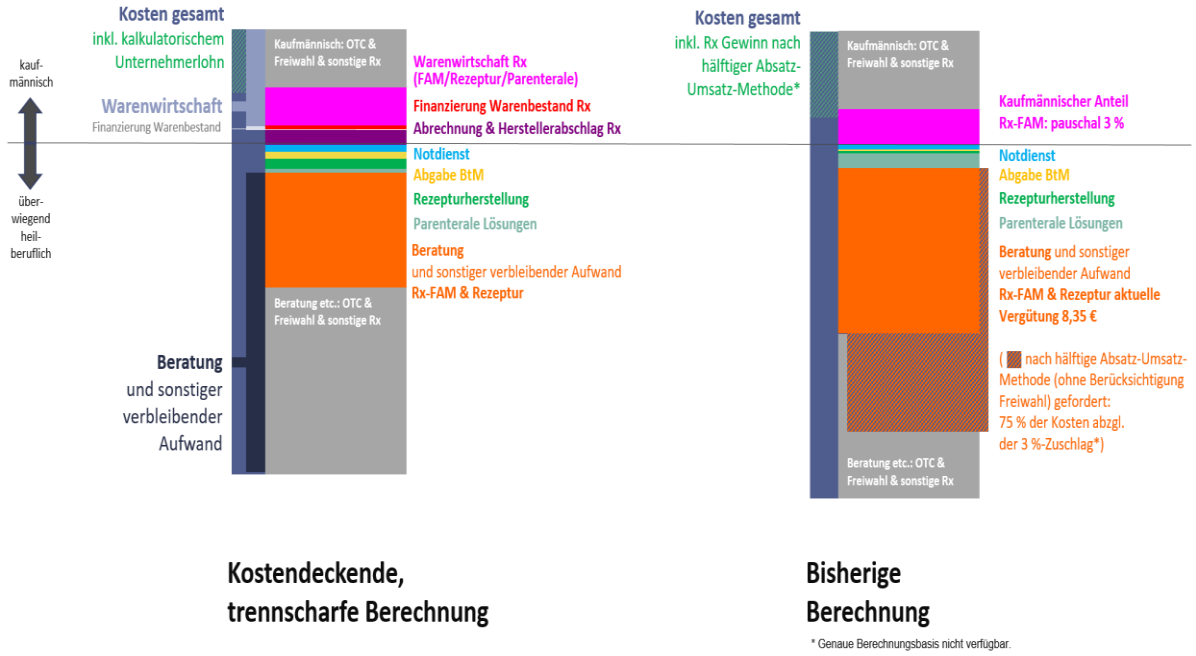

Abbildung 4: Neues und bisheriges Berechnungsmodell AMPreisV im Vergleich: Vergütungsmodule und ihre Anteile an der Kostendeckung. Eigene Darstellung und Berechnung.

Die Evaluation der bisherigen Berechnungslogiken zeigen für Fertigarzneimittel Widersprüche in der Berechnungsweise zu den in den Gesetzen verankerten Prinzipien auf. Dies gilt für die Verrechnung von Preisen in preisunabhängigen Zuschlägen, sowie die innerhalb einer Logik der Kostendeckung unzulässige Verrechnung von Gewinnen (2003) oder die gegenteilige, ebenfalls innerhalb einer Logik der Kostendeckung unzulässige Vernachlässigung eines kalkulatorischen Unternehmerlohns für die Inhaber/-innen der Apotheken (2012).

Die in den Jahren 2003 und 2012 angewendete Berechnungslogik entspricht nicht den theoretischen und gesetzlichen Vorgaben und werden in der Berechnung für 2018 korrigiert:

- Die Zuordnung der Kosten auf rezeptpflichtige Arzneimittel erfolgte auch für den als preisunabhängig definierten absoluten Festzuschlag durch die hälftige Absatz-Umsatz-Methode mithilfe von Umsatzanteilen, die per Definition preisabhängig sind. Damit wurde pauschal der Aufwand für Rx als deutlich höher festgelegt als für Non-Rx. Dies wurde auch vom Statistischen Bundesamt kritisiert.
- Die Zuordnung der Kosten erfolgte nach der im Jahr 2012 verwendeten Datenbasis ohne Berücksichtigung des Aufwands für den Verkauf des apothekenüblichen Ergänzungssortiments (Kosten werden nur auf Rx und OTC aufgeteilt).
- Die Unterteilung in variable und fixe Kosten entspricht nicht der gesetzlich verankerten Logik der kaufmännischen und heilberuflichen, beratenden Kostenanteile.

Der bisherige Berechnungsansatz, 75 % aller Kosten in der Apotheke durch die Vergütung der rezeptpflichtigen Fertigarzneimittel zu decken, ist damit nicht haltbar. Die Berechnungslogik zur Zuordnung

der Kosten wurde in dem projektbegleitenden Arbeitskreis (ABDA, PHAGRO, GKV, PKV, Destatis, BMG) diskutiert und als Ergebnis der Diskussion eine Kostenzuordnung pro Packung festgelegt.

Insgesamt ist der Beratungsaufwand pro Packungseinheit für Rx und OTC als durchschnittlich vergleichbar anzusehen. Ebenfalls gibt es keinen Anhaltspunkt, den Verkauf von weiteren Produkten mit Gesundheitsbezug, also das Ergänzungssortiment und die Freiwahlprodukte, als durchschnittlich mit geringerem Aufwand verbunden anzusehen.

Die Komplexität der Beratung ergibt sich vielmehr aus den vielfältigen Bedürfnissen und Ausgangslagen der Patient/-innen und Kund/-innen sowie den mit der Abgabe verbundenen direkten und vorbereitenden Aufwendungen der Apotheke. Diese werden in der aktuellen Struktur der AMPreisV nicht zerfasert, sondern bis auf wenige weitere Preisbestandteile pauschal vergütet. Insgesamt bildet der absolute Festzuschlag für Rx-FAM und Rezepturen in der Berechnung eine „Sammelkategorie“ in dem Sinne, dass hier alle Kosten in Mischkalkulation vergütet werden, die durch die anderen Preisbestandteile nicht abgedeckt werden.

Für die Berechnung der weiteren Preisbestandteile der AMPreisV gibt es keine definierten Berechnungswege. Für diese Berechnung geben die gesetzlichen Grundlagen jedoch eine Zielrichtung vor: Auch wenn nicht direkt Kostendeckung gefordert ist, gehen die jüngsten Anpassungen der AMPreisV z.B. zur Vergütung von Rezepturen zunehmend in die Richtung einer kostendeckenden Vergütung aller Preisbestandteile.

Entwicklungsindikatoren/Fortschreibung

Die relevanten Datenquellen liegen mit unterschiedlicher Veröffentlichungsfrequenz und damit mit Verzögerung zum aktuellen Zeitpunkt vor. Die Vergütung wird jedoch für die Zukunft, z. B. bei jährlicher Aktualisierung jeweils für das kommende Jahr bestimmt. Dafür sind die Werte bis zum aktuellen Zeitpunkt bzw. ggf. bis zum Ende des Zeitraums bis zur nächsten Aktualisierung fortzuschreiben.

Bereits bei den Berechnungen in den Jahren 2012 und 2003 wurde für die ab 2013 bzw. ab 2004 geltenden Preise auf der Basis der Daten von 2010 und 2002 gerechnet (Diener 2003). Insbesondere bei jährlich steigenden Kosten führt dieses Vorgehen jedoch zu einer unterschätzenden Vergütung. Im Rahmen des Forschungsprojektes wurde daher die Fortschreibung bis zum Umsetzungszeitpunkt der Vergütungsanpassung konzipiert (im vorliegenden Gutachten das Jahr 2018). Die Fortschreibung berücksichtigt die Entwicklung der Kosten- und Leistungsdaten bis zum vorgesehenen Umsetzungszeitpunkt.

Die Kostenentwicklung hängt auch von externen Faktoren wie Energiekosten, Mieten, Zinsentwicklungen und Entwicklungen der Gesamtwirtschaft ab. Eine dahingehende Trendextrapolation könnte die Kostenentwicklung anhand von Indikatoren wie z. B. Inflation oder Preisindizes schätzen. Da jedoch die Datengrundlage komplex ist und für die Leistungs- und Kostendaten anteilig auch konkrete aktuelle Daten vorliegen, erfolgte die Fortschreibung nicht anhand von externen Entwicklungsindikatoren, sondern spezifisch für die Apotheken und Großhändler für die einzelnen Datenzeitreihen. Wenn z. B. die Anzahl an Verordnungen weniger stark steigt als die Anzahl teurer Medikamente, gilt der Zusammenhang von Umsatz, Aufwand und Kosten nur begrenzt. Daher wurde jeder Datenpunkt konkret fortgeschrieben. Diese Fortschreibung wurde mithilfe der Entwicklung der letzten Jahre umgesetzt. Konkret erfolgte die

Fortschreibungsberechnung anhand des gleitenden Durchschnitts der Veränderungsraten der vorangehenden 3 Jahre. D. h. es wurde z. B. für das zu schätzende Jahr 2017 der Durchschnitt der Veränderungsraten von 2013 auf 2014, von 2014 auf 2015 und von 2015 auf 2016 berechnet und mit dem 2016er Wert multipliziert. Diese Vorgehensweise wurde anhand aktueller Entwicklungen validiert. Sollte sich z. B. in aktuellen Zahlen eine Änderung des Trends der letzten Jahre zeigen, wird konservativer fortgeschrieben, in dem die Daten konstant gehalten werden.

Erweiterung der Datenbasis

Die erarbeitete Datenbasis ist erweiterbar. Sollten zukünftig Preisbestandteile z. B. für Dienstleistungen oder Botendienste weiterentwickelt werden, können die Leistungen vergleichbar zu den Rezepturen abgeschätzt werden und mit den weiteren Leistungen für die Kostendeckung in Bezug gesetzt werden.

Prozess der Aktualisierung

Im Falle einer (regelmäßigen) Aktualisierung sind die Veröffentlichungszyklen der Handelsstatistik zu berücksichtigen. Diese erfolgt jeweils Mitte des Jahres. Unter frühzeitiger Einbeziehung des Statistischen Bundesamtes für die Erstellung der Sonderauswertungen können die Aktualisierungen dann innerhalb eines Halbjahres erfolgen, so dass Anpassungen zum folgenden Jahresbeginn durch das BMWi möglich sind.

Die Primärerhebung ist nicht als kontinuierlich zu wiederholende Befragung geplant. Vielmehr können zukünftig veränderte Anforderungen oder technische Vereinfachungen in ihrem Einfluss auf den zeitlichen Aufwand geschätzt werden oder damit verbundene Zeiterhöhungen oder Zeiteinsparungen erhoben werden. Eine erneute Primärerhebung, ggf. auch von Teilprozessen, kann ebenfalls sinnvoll sein, wenn sich die Mengen der Leistungen überproportional entwickeln.

Schlussfolgernd wurde folgendes Konzept der Berechnung der Preise für die Apotheken in der AMPreisV umgesetzt:

- **Kostendeckende Vergütung aller Preisbestandteile der AMPreisV,**
- **Integration eines kalkulatorischen Unternehmerlohns als Kostenanteil,**
- **Vergütung für alle Preisbestandteile außer der rezeptpflichtigen Fertigarzneimittel über die Deckung der Kosten für zeitliche Aufwände und damit verbundene Tariflöhne und Gemeinkosten,**
- **Zuordnung aller übrigen Kosten zu den Festzuschlägen für Fertigarzneimittel als dem größten Leistungsbereich der Apotheken. Deckung der Kosten anteilig der Packungsanzahlen der Fertigarzneimittel im Vergleich zu OTC und Freiwahl.**
- **Unterscheidung in kaufmännische und heilberufliche Leistungen der Apotheke sowie entsprechende Zuordnung zu prozentualem und absolutem Festzuschlag.**

Dadurch, dass alle Aufwände die nicht für Nacht- und Notdienst, BtM und Rezepturen anfallen, in der Vergütung der Fertigarzneimittel berücksichtigt werden, können etwaige Unschärfen in der Bestimmung der Kosten für diese Spezialgebiete vollständig ausgeglichen werden (Unschärfen in der Kostenzuordnung können sich z. B. durch in den Teilberechnungen nicht spezifizierte übertarifliche Löhne, längere Öffnungszeiten, zusätzliche Tätigkeiten im Nacht- und Notdienst ergeben). In der bisherigen Berechnung

sind die Spezialgebiete als nicht kostendeckend vergütete Gemeinwohlpflichten berücksichtigt, die wesentliche Vergütung wird über die Fertigarzneimittel geregelt, unabhängig davon, welche Apotheken die Gemeinwohlpflichten ausüben (z. B. kein Notdienst durch reine Versandapotheken).

Abbildung 5 und Abbildung 6 auf der folgenden Seite beschreiben schematisch die Berechnung der Kosten sowie ihre Zuordnung zu den Leistungen der Apotheke. Abbildung 5 zeigt zunächst, dass sich die Kosten aus Gemeinkosten und Personalkosten inkl. kalkulatorischem Unternehmerlohn zusammensetzen. Diese Kosten werden über die Tarife vollbeschäftigter Mitarbeiter/-innen (Vollzeitäquivalente VZÄ) auf die Zeitebene der Minute umgerechnet. Die Gemeinkosten können über durchschnittliche Öffnungsstunden sowie durchschnittliche Anzahl Beschäftigter zu einem Zeitpunkt in den Apotheken (3,6 VZÄ) anteilig den VZÄ zugeordnet werden (ca. 1/3 der Kosten pro VZÄ) und ebenfalls auf Minuten umgerechnet werden. Die Kosten pro Minute ergeben sich abschließend aus der Summe der anteiligen Gemeinkosten und der Tariflöhne pro Minute. Dabei entstehen je nach Berufsgruppe unterschiedliche Gesamtkosten pro Minute.

Abbildung 6 auf der folgenden Seite zeigt, wie die Kosten für einzelne der AMPreisV zugrundeliegenden Leistungen zugeordnet werden. Kosten entstehen zunächst für eher kaufmännische und eher heilberufliche Leistungen. Innerhalb dieser beiden Kategorien liegen dann wiederum mit einzelnen Zuschlägen in der AMPreisV hinterlegte Leistungen vor, mit dafür anfallenden Kosten. Ein Teil der Aufwände entstehen mit zeitlichem Bezug, also mit gemessenem durchschnittlichen Aufwand in Minuten, andere werden pauschal über die Anzahl der Packungen zugeordnet. Die größte Kostenkategorie umfasst „Beratung und sonstiger verbleibender Aufwand“. Diese Kategorie wird packungsanteilig auf Rx und Non-Rx aufgeteilt und deckt alle Kosten, die nicht durch die anderen leistungsbezogenen Kosten beschrieben werden können.

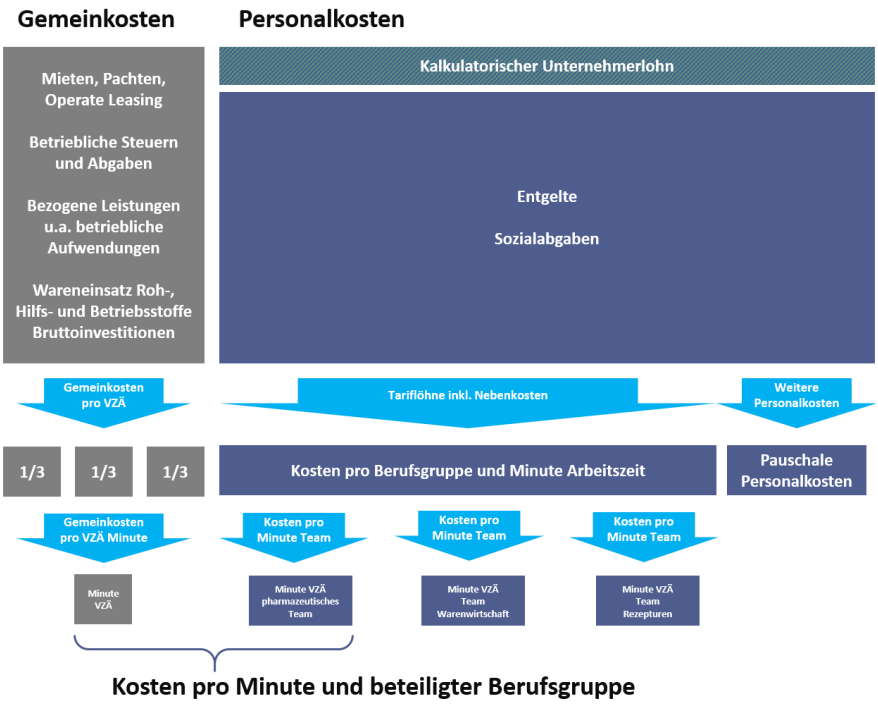

Abbildung 5: Kostenstruktur Apotheken. Kostenarten und Umrechnung in Kosten pro Minute. Eigene Darstellung.

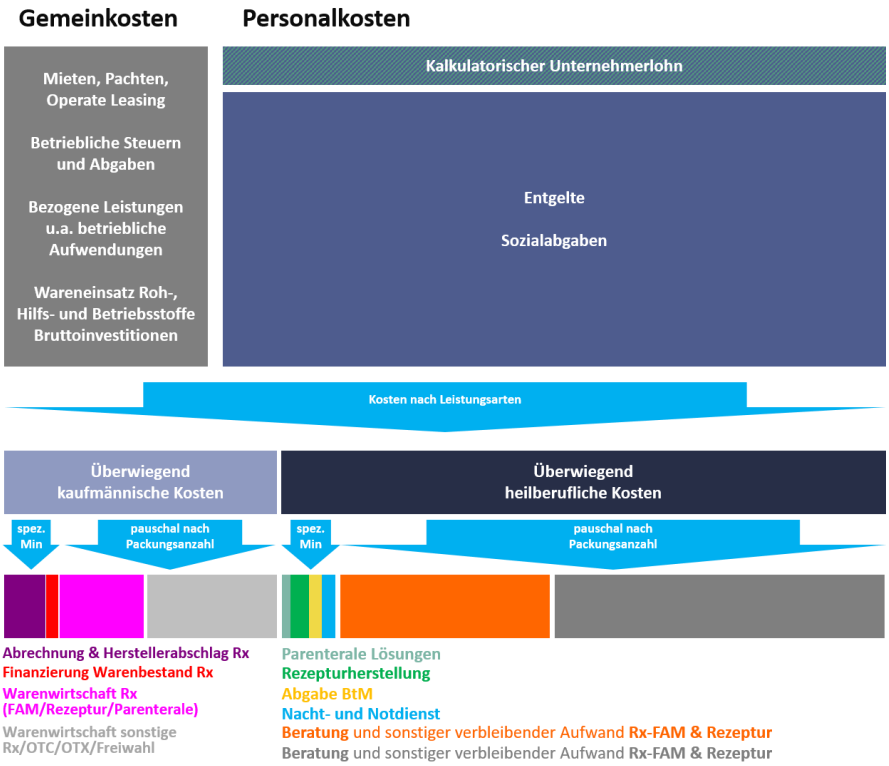

Abbildung 6: Kostenstruktur Apotheken. Kosten für die der AMPreisV zugrundeliegenden Leistungen. Eigene Darstellung.

Die bisherige Berechnungslogik für die Preise des Großhandels ist insgesamt konsistent mit der gesetzlichen Grundlage, leitet sich jedoch nicht stringent aus tatsächlichen Kosten ab. Der Anteil für den prozentualen Höchstzuschlag wird daher mithilfe der Hinterlegung preisabhängiger Kosten faktenbasiert neu berechnet. Die Berechnungslogik des absoluten Festzuschlags wird beibehalten und aktualisiert.

Abbildung 7 zeigt schematisch die Kostenstrukturierung des Großhandels, die der Berechnung der Zuschläge der AMPreisV zugrunde liegt. Die preisunabhängigen Kosten liegen der Berechnung des absoluten Festzuschlags des Großhandels zugrunde. Als preisunabhängige Kosten werden ausschließlich die Finanzierungskosten angesehen. Diese bilden die Vergütungsbasis für den prozentualen Festzuschlag.

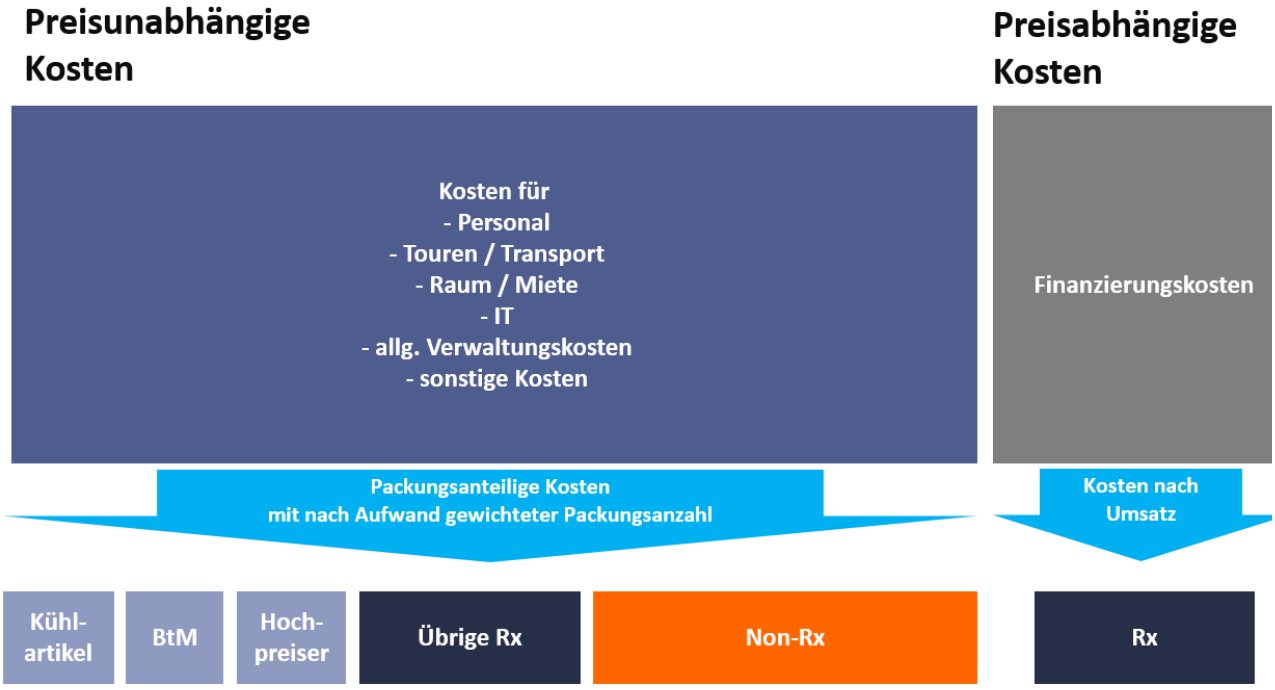

Abbildung 7: Kostenstruktur Großhandel: Zuordnung preisunabhängiger und preisabhängiger Kosten. Eigene Darstellung.

Berechnungskonzept zugunsten der Leistungserbringer

Aus den gesetzeskonform abgeleiteten Berechnungswegen ergeben sich wesentliche Reduktionen der Vergütung der über die AMPreisV vergüteten Leistungen der Apotheken und Großhändler. Für die Apotheken liegt das im Wesentlichen in der Verwerfung der bisher angewendeten hälftigen Absatz-Umsatz-Methode zur Zuordnung der Kosten zu Rx und Non-Rx. Stattdessen werden die Kosten trennscharf und pro Packungseinheit zugeordnet. Die Reduktion beim Großhandel ergibt sich im Wesentlichen durch die konsequente Anwendung einer kostendeckenden Vergütung auch in Bezug auf den prozentualen Zuschlag, der bisher einen über die vollständige Kostendeckung hinausgehenden finanziellen Spielraum für Wettbewerbsverhandlungen mit den Apotheken umfasste.

Vor dem Hintergrund dieser erheblichen Reduktionen wurden die weiteren Berechnungen in der Gesamtsystematik des Gutachtens grundsätzlich sehr konservativ und zugunsten der Leistungserbringer berechnet. Dieses Vorgehen wurde gewählt, obwohl die wirtschaftliche Situation aller bestehenden Apotheken und Großhändler bei Niederlassungsfreiheit nicht pauschal Maßgabe für die Vergütung ist. Vielmehr sind die berechtigten Interessen der Apotheken und Großhändler bei einer kostendeckenden Vergütung, die keine strukturelle Benachteiligung kleinerer oder regional unterschiedlich positionierter Apotheken enthält, hinreichend berücksichtigt.

Zugunsten der Leistungserbringer wurde in folgenden Aspekten gerechnet:

- Verzicht auf die Bereinigung der Kosten der Apotheken-Unternehmen um apothekenferne wirtschaftliche Aktivitäten (z. B. im Besitz der Apotheken-Inhaber/-innen befindliche Reform- oder Teehäuser).
- Hochrechnung der Kostenstruktur aller bestehenden Apotheken auf den Umsatz.

➔ 9,2 Mrd. € Kosten der Apotheken werden als zu decken angesetzt im Vergleich zu von der ABDA benannten Kosten von 7,8 Mrd. €. Davon sind ca. 40 % durch die Rx-Vergütung zu decken und damit ca. 560 Mio. € mehr als in der Kostenberechnung der ABDA.

- Berücksichtigung der Bruttoinvestitionen als durch die Vergütung zu deckende Kosten. Bruttoinvestitionen sind betriebswirtschaftlich keine Kosten, da sie den Wert des Unternehmens erhöhen. Darlehenszinsen, z. B. zum Erwerb einer Apotheke, sind grundsätzlich in den Kosten enthalten.

➔ Ca. 480 Mio. € auf 2018 fortgeschriebene Bruttoinvestitionen der Apotheken und ca. 40 Mio. € der vollversorgenden Großhändler sind als Kosten in die kostendeckende Vergütung einberechnet worden.

- Anwendung eines kalkulatorischen Unternehmerlohns auf alle zum Stichtag bestehenden Apotheken-Inhaber/-innen trotz bestehender Niederlassungsfreiheit.
- Einbezug der Zeitangaben der Apotheken zur Rezepturherstellung, BtM-Abgabe und Abrechnungsaufwand für Rezepte sowie der Großhändler zum Handling von Kühlartikeln, BtM und Hochpreisern als Selbstauskunft, ohne Vorgabe eines als effizient definierten Prozesses.
- Berücksichtigung aller Kosten ohne Filterung nach dem Kriterium der wirtschaftlichen Betriebsführung sowie von für die Abgabe von Rx nachgelagerten Kosten wie z. B. größere Freiwahlbereiche, Marketingausgaben oder Premiumlagen.

➔ Diese Berechnungen zugunsten der Leistungserbringer können nicht quantifiziert werden, umfassen jedoch erhebliche Effizienzpotenziale im Arzneimittelvertrieb.

- Für die Vergütung des Großhandels wurde die durchschnittliche Belieferungsfrequenz pro Apotheke von 3,1 pro Tag und Großhandelsunternehmen als notwendig und im Wesentlichen durch Rx verursacht angenommen. Dies ist letztlich eine These, die genauer zu untersuchen wäre und somit vorläufig zugunsten des Großhandels angenommen wurde.

➔ Die Berechnung einer reduzierten Belieferungsfrequenz des Großhandels im Rahmen der Reformvorschläge zeigt, dass ca. 57 % aller Fahrten und damit mindestens 20 % der Kosten (mind. ca. 60 Mio. €) eingespart werden könnten.

- Die Erträge von Leistungen der Apotheken ohne Packungsbezug wie z. B. Großhandelsaktivitäten oder diverse andere vergütete Dienstleistungen der Apotheken wurden in der Kostendeckung nicht berücksichtigt, da keine Angaben zu dem damit verbundenen Aufwand vorlagen.
- Der Nacht- und Notdienst wurde ohne Erträge aus der (optionalen) Notdienstgebühr sowie den in dieser Zeit erwirtschafteten Erträge aus Rx und OTC berechnet. Zudem wurde der personelle Aufwand in der Nacht- und Notdienstzeit zu 100% dem Nacht- und Notdienst zugeordnet, obwohl in dieser Zeit Aufgaben der Warenwirtschaft, Rezepturherstellung oder Abrechnung wahrgenommen werden könnten.
- Prozesse mit besonderem Aufwand wie z. B. die Hilfsmittelversorgung, die ggf. nicht kostendeckend vergütet werden, wurden nicht aus der Mischkalkulation herausgerechnet.

➔ Diese Berechnungen zugunsten der Leistungserbringer können nicht quantifiziert werden, zeigen jedoch, dass in dem Vergütungsansatz eines alle übrigen Aufwände der Apotheken umfassenden absoluten Festzuschlags für Rx-FAM das Prinzip der Mischkalkulation noch wesentlich enthalten ist und Kosten gedeckt werden, die nicht der AMPreisV zuzuordnen sind.

- Die Fortschreibung der Daten erfolgte jeweils konservativ, d. h. Kosteneinsparungen der Vergangenheit wurden nicht fortgeschrieben, Kostensteigerung dagegen vollständig. Die Packungsanzahlen wurden konstant gehalten, obwohl sie in den letzten Jahren gestiegen sind. In Kombination dieser Fortschreibungseffekte werden tendenziell zu hohe Kosten auf tendenziell zu wenige Packungen verteilt, so dass das Packungshonorar tendenziell höher ausfällt.

➔ Diese Effekte der Fortschreibung relativieren sich in den späteren Berechnungen anhand aktualisierter Daten. Da auch diese jedoch wieder fortgeschrieben werden, werden jeweils in der Anpassung der Vergütung höhere Vergütungssätze implementiert.

➔ Hätte man wie in den Jahren 2012 und 2004 auf die Daten von vor zwei Jahren zurückgegriffen, also auf die Fortschreibung verzichtet, läge die Vergütung der Apotheken in den Zuschlägen für Rx-FAM ca. 500 Mio. € unter der auf Fortschreibung beruhenden Vergütung.

Die Darstellung der Berechnungen zugunsten der Leistungserbringer sind z. T. nicht quantifizierbar, umfassen jedoch bereits im quantifizierbaren Bereich ein Volumen von ca. 1,6 Mrd. €. Ansätze, die im vorliegenden Gutachten berechnete Systematik zu ergänzen oder abzuändern, sind im Zusammenhang mit diesen Eingrenzungen der Berechnungen zugunsten der Leistungserbringer zu diskutieren.

4. Ergebnisse

4.1 Kostendeckende Vergütung

Auf Basis der Datengrundlage, der Definitionen und der Berechnungswege ergibt sich Anpassungsbedarf für die einzelnen Preisbestandteile:

- 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.
- Parenterale Zubereitungen werden aktuell deutlich höher vergütet als es der Arbeitsaufwand rechtfertigt. Hier wurde ggf. der technische Fortschritt in der bisherigen Bestimmung der Zuschläge vernachlässigt. Die aktuelle Primärerhebung der Aufwände und damit verbundenen Kosten legen eine deutliche Reduktion der Zuschläge in der AMPreisV und in der Folge ggf. in der Hilfstaxe nahe.
- Beratungszuschläge und Notdienstzuschläge fallen aktuell für Fertigarzneimittel und Standardrezepturen an. Für eine einheitliche Struktur der AMPreisV sind diese Zuschläge auch für die Abgabe von rezeptpflichtigen Stoffen zu gewähren. Auch hier findet eine Beratung der Patient/-innen zur Einnahme oder Anwendung statt. Dies gilt im Gegensatz dazu bei parenteralen Lösungen nicht, die im Rahmen besonderer Therapien verabreicht und nicht durch die Patienten selbst umgesetzt werden.
- Durch die im Mai 2017 erfolgte Ergänzung der Rezepturvergütung mit Beratungszuschlag sowie kostendeckender Vergütung der Herstellung im Rezepturzuschlag ist die Höhe des Stoffezuschlags bei Rezepturen und Stoffen zu hinterfragen. Dieser wird, äquivalent zur Systematik des Beratungszuschlags, dem Warenwirtschaftszuschlag der Fertigarzneimittel gleichgesetzt.
- Die Abgabe rezeptpflichtiger Fertigarzneimittel macht nur 39,6 % aller in den Apotheken abgegebenen und verkauften Packungen aus. Der absolute Festzuschlag für rezeptpflichtige Fertigarzneimittel muss demnach 39,6 % der nach Notdienst, BtM, Rezepturen und Warenwirtschaft verbleibenden Kosten zzgl. des GKV-Rabattes von 1,77 € decken. Trotz einer solchen kostendeckenden Vergütung inkl. GKV-Rabatt ist damit eine deutliche Reduktion des absoluten Festzuschlags verbunden. Es ist gesetzlich nicht vertretbar, über die Finanzierung der rezeptpflichtigen Arzneimittel die von der Preisbindung enthobenen OTC und Ergänzungssortimente über die Krankenversicherungsbeiträge zu finanzieren. Die Abgabe von OTC wird vom Gesetzgeber durch das Monopol der Abgabe für Apotheken geschützt.

  Das Berechnungsmodell lässt die Berechnung in Kosten sowie in Minuten in Bezug auf das aktuelle Apothekenpersonal und deren Tarife zu. Mit dem kostendeckenden absoluten Festzuschlag für Rx-FAM sind 5 bis 7 Minuten pro Packung zusätzlich zu 3 Minuten für Warenwirtschaft und Abrechnung vergütet.

- Die Warenwirtschaft und die Abrechnung von Rx-Fertigarzneimitteln (Rx-FAM) werden nach dem Willen des Gesetzgebers mit dem prozentualen Festzuschlag für Rx-FAM vergütet. Die Höhe dieses Zuschlages ergibt sich aus drei Komponenten: Aufwand für Warenwirtschaft für Rx, Finanzierung des Warenbestandes und Abrechnung von Rezepten.

Da der Aufwand für die Warenwirtschaft mit der Ausnahme von BtM für alle Packungen vergleichbar ist, ist dieser Aufwand für Rx Fertigarzneimittel, Rezepturen und parenterale Lösungen zu decken, die zusammen 40,4 % aller Packungen ausmachen. Damit sind ebenfalls packungsanteilig 40,4 % des kaufmännischen Aufwandes durch die Rx-Vergütung für Fertigarzneimittel, Rezepturen und parenterale Lösungen zu decken.

In Bezug auf die Finanzierung des Warenbestands machen die im Vergleich teureren Rx-Arzneimittel 77 % des Umsatzes und damit 77 % des zu finanzierenden Volumens aus.

Ein zusätzlicher Aufwand, der ausschließlich für Rx entsteht, ist die durch die Abrechnung der Rezepte anfallende Arbeitszeit sowie die Vergütung der Abrechnungszentren.

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.

Nur ein kleiner Teil der Kostenbestandteile des prozentualen Festzuschlags ist preisabhängig: die Finanzierung des Warenbestandes. Der überwiegende Teil des Aufwands für Warenwirtschaft und Abrechnung ist packungsbezogen. Es wird im Rahmen möglicher Reformen der AMPreisV daher empfohlen, den prozentualen Zuschlag zu deckeln. Der durch den prozentualen Zuschlag insgesamt zu leistende kostendeckende Vergütungsbetrag verändert sich durch die Deckelung nicht, die Vergütung verteilt sich durch die Deckelung jedoch gleichmäßiger auf die Apotheken und es wird weniger Anreiz gegeben, teure Arzneimittel zu bevorzugen. Ebenfalls der packungsbezogenen Leistung angemessener wäre ein auch für den kaufmännischen Anteil absoluter Zuschlag in Höhe von 1,99 €.

- Der absolute Festzuschlag des Großhandels ist aus Sicht der Autoren zunächst im Gesetzeswortlaut der AMPreisV zu präzisieren, bevor er wieder die Funktion eines nicht-rabattfähigen kostendeckenden Zuschlags zur Vergütung der Leistung des vollversorgenden pharmazeutischen Großhandels gewinnt. Alternativ müsste empfohlen werden, den § 2 AMPreisV ersatzlos zu streichen und damit den freien Wettbewerb im Großhandel zuzulassen. Da es jedoch der Wille des Gesetzgebers ist, die vollversorgende Leistung des Großhandels im Sinne der Flächendeckung zu vergüten, wurde im vorliegenden Gutachten ein kostendeckender Festzuschlag errechnet.

  Der bisherige Festzuschlag ist zu aktualisieren, da sich die Verhältnisse von aufwendigen zu weniger aufwendigen rezeptpflichtigen Arzneimitteln seit 2010 deutlich verändert haben. In der Berechnung, die dem Zuschlag ab 2012 zugrunde liegt, wurde der zusätzliche Aufwand für Hochpreiser und die durch Rx erhöhte Belieferungsfrequenz nicht berücksichtigt. Diese beiden Aspekte wurden in der aktuellen Berechnung ergänzt. Im Ergebnis ist der absolute Festzuschlag des Großhandels deutlich zu erhöhen.

  In Hinblick auf die bisher nicht geklärte Abgrenzung von Skonto und Rabatten ist aus Sicht der Berechnung als kostendeckendem Festzuschlag ein Skonto dann möglich, wenn er sich aus dem Skonto des pharmazeutischen Unternehmers speist und somit die Kostendeckung nicht betrifft.

- Der prozentuale Zuschlag für den Großhandel ist in der aktuellen Höhe kostenbasiert nicht zu begründen. Es entstehen zur Finanzierung des Warenbestandes nur vergleichsweise geringe

Kosten. Der in dem bisherigen Zuschlag verankerte Wettbewerbsspielraum ist nicht durch Kosten zu hinterlegen. Durch den absoluten Zuschlag werden alle Kosten des Großhandels gedeckt.

Maßnahmen des Wettbewerbs oder der Vorteile für Apotheken sind durch die Apotheken und den Großhandel als unternehmerische Entscheidung zu treffen und nach Ansicht der Autoren nicht vom Kostenträger gegen zu finanzieren. Der prozentuale Zuschlag ist daher deutlich zu reduzieren.

Fazit: Die dargestellte Preissystematik für die AMPreisV reduziert die nicht leistungsorientierten Zuordnungen, die in der aktuellen AMPreisV bestehen: Der Versandhandel wird nicht länger für Leistungen bezahlt, die er nicht erbringt, wie den Nacht- und Notdienst oder die BtM-Abgabe. Diese Leistungen werden leistungsbezogen kostendeckend vergütet. Der Aufwand für Standardrezepturen im Vergleich zu parenteralen Lösungen relativiert sich. Die bestehende Quersubventionierung der OTC- und Freiwahl-Bereiche durch Rx wird aufgehoben. Im Kern wird damit die Leistung der klassischen Apotheke durch eine leistungsorientierte Vergütung gestärkt.

Trotz teilweise erheblicher Steigerungen der Vergütungsbestandteile für Nacht- und Notdienst, BtM-Abgabe und Rezepturherstellung kommt es nach der aktuellen, auf Kostendeckung basierenden Preisberechnung zu Reduktionen der Kosten für GKV, PKV, Beihilfe und Selbstzahler bei Rx Arzneimitteln von insgesamt ca. 1,24 Mrd. €. Diese Summe setzt sich zusammen aus ca. 250 Mio. € Reduktion der Vergütung der Herstellung parenteraler Zubereitungen sowie zugehöriger Warenwirtschaft, ca. 780 Mio. € Reduktion der Vergütung der übrigen Apotheken (Tabelle 3) und einer Reduktion der Zuschläge des pharmazeutischen Großhandels um ca. 210 Mio. €.

Im Rahmen möglicher Reformen der AMPreisV wird die Untersuchung der Belieferungsfrequenz des Großhandels sowie ein Beitrag der OTC an der Finanzierung des Nacht- und Notdienstes vorgeschlagen.

Die Auswirkungen auf die Apotheken sind in der Tabelle 4 dargestellt. Es wird unterschieden zwischen Apotheken mit und ohne Zubereitung von parenteralen Lösungen. Durch die Vergütungsänderung zeigt sich durchschnittlich eine Einnahmenreduktion von ca. 40.000 €. Welche Ergebniswirkung sich jedoch für welche einzelne Apotheke tatsächlich ergibt, hängt insbesondere davon ab, ob die Apotheke die Preise für OTC und Freiwahl dahingehend erhöht, dass hierdurch die Einnahmereduktion bei Rx ausgeglichen wird (durchschnittlich ca. 0,71 € pro Packung OTC/Freiwahl). Durch die Erhöhungen bei der Notdienstvergütung profitieren überdurchschnittlich ländliche Apotheken von einer Vergütungsumstellung.

Tabelle 3: Gesamtsystematik Vergütung: Auswirkung einer kostendeckenden Vergütung auf die Ausgaben der Kostenträger. Eigene Berechnung.

KOSTENWIRKUNG GKV/PKV/Beihilfe/Selbstzahler 2018	Kosten-deckende AMPreisV	aktuelle AMPreisV	**Änderung für Kostenträger bei Kostendeckung**	Änderung pro Leistung (Packung/ Notdienst)
Relativer Festzuschlag Rx-FAM/Standardrezeptur (in Mio. €)	1.461,2	870,0	**591,1**	
Absoluter Festzuschlag Rx-FAM/Standardrezeptur (in Mio. €)	3.374,7	5.240,4	**- 1.865,7**	- 1,74 €

KOSTENWIRKUNG GKV/PKV/Beihilfe/Selbstzahler 2018	Kosten-deckende AMPreisV	aktuelle AMPreisV	**Änderung für Kostenträger bei Kostendeckung**	Änderung pro Leistung (Packung/ Notdienst)
Kostendeckung Notdienst (in Mio. €)	239,4	117,7	**121,7**	297,58 €
Kostendeckung BtM (in Mio. €)	186,8	38,8	**148,0**	11,09 €
Kostendeckung Rezepturen (vereinfacht, nur Arbeitspreise) (in Mio. €)	272,8	41,6	**231,1**	27,15 €
Kostendeckende Zubereitung Parenterale Lösungen (in Mio. €)	157,8	410,3	**- 252,5**	- 52,50 €
Insgesamt Vergütung AMPreisV (in Mio. €)	5.692,6	6.718,9	**- 1.026,2**	
Insgesamt Vergütung AMPreisV ohne Parenterale (in Mio. €)	5.534,9	6.308,6	**- 773,7**	

Tabelle 4: Gesamtsystematik Vergütung: Auswirkung einer kostendeckenden Vergütung auf die Einnahmen der Apotheken. Ausgleichsberechnung für Non-Rx zur Wiederherstellung des aktuellen Rohertrags. Eigene Berechnung.

EINNAHMEWIRKUNG APOTHEKEN 2018	kostendeckende AMPreisV	Aktuelle AMPreisV	Auswirkung auf Einnahmen
Ergebniswirkung pro Apotheke ohne Zubereitung parenteraler Lösungen			
Apothekenanzahl 2018 (Fortschreibung)	19.610	19.610	
Rohertrag Rx pro Apotheke	282.248 €	321.705 €	- 39.864 €
Ausgleichsrechnung OTC/Freiwahl pro Apotheke			
Kosten pro Apotheke Gesamtsortiment	569.451 €	569.451 €	
Für Kostendeckung notwendiger Rohertrag OTC/Freiwahl/OTX/Rx außerhalb AMPreisV pro Apotheke	287.203 €	247.746 €	
Notwendiger Rohertrag pro PackungOTC/Freiwahl/OTX/Rx außerhalb AMPreisV pro Apotheke	5,15 €	4,44 €	
Für Ausgleich notwendiger Rohertrag pro Packung OTC/Freiwahl/OTX/Rx außerhalb AMPreisV Aktueller durchschnittlicher Rabatt auf OTC/Freiwahl (Quelle: Insight Health 2017); Durchschnittlicher Rabatt bei Ausgleich der Reduktion der Rx-Vergütung bei kostendeckender AMPreisV	0,14 €	0,85 €	+ 0,71 €

Fazit: Die gesetzlichen Anforderungen an die AMPreisV werden mit der Umsetzung einer leistungsbezogenen und kostendeckenden Berechnungsweise realisiert. Bereiche, die bisher nicht kostendeckend vergütet wurden, werden erhöht: Standardrezepturen, Warenwirtschaft, BtM-Abgabe und Nacht- und Notdienst sowie Kosten der Belieferung mit Rx durch den vollversorgenden pharmazeutischen Großhandel. Bereiche, die bisher über Kostendeckung hinaus finanziert wurden, wie die Zubereitung parenteraler Lösungen oder die Querfinanzierung von OTC und Freiwahl sowie die Wettbewerbsspielräume des Großhandels führen zu einer Reduktion der Vergütung. Diese Reduktion kann und sollte von Apotheken, Großhandel und pharmazeutischer Industrie innerhalb ihrer aktuellen Rabattspielräume ausgeglichen werden, damit auch in den Bereichen ohne Preisbindung, d. h. OTC und Freiwahl, kostendeckend gearbeitet wird.

Dass es in Summe zu einer deutlichen Reduzierung in der Vergütung kommt, liegt an dem bisherigen Übergewicht der rezeptpflichtigen Fertigarzneimittel in den Preisen der AMPreisV gegenüber OTC und Freiwahl aufgrund der den Umsatz stärker gewichtenden hälftigen Absatz-Umsatz-Methode der ABDA zur Bestimmung des absoluten Festzuschlags. Der geringe Anteil der rezeptpflichtigen Fertigarzneimittel an allen Packungen zeigt gleichzeitig den Spielraum der Apotheken und der herstellenden Pharmaindustrie auf: Die Reduzierung des absoluten Festzuschlags für rezeptpflichtige Arzneimittel könnte z. B. durch eine 10-prozentige Preissteigerung bei OTC- und Freiwahl ausgeglichen werden, was ungefähr dem aktuell auf diese Artikel durchschnittlich gewährten Rabatt entspricht.

Die Auswirkungen einer im vorliegenden Gutachten empfohlenen AMPreisV auf die einzelne Apotheke ist schwer zu kalkulieren. Die größte Reduktion betrifft zunächst die ca. 300 Apotheken in Deutschland, die parenterale Zubereitungen herstellen. Die im Bereich der parenteralen Lösungen erarbeiteten Rabattverträge hatten bereits eine solche wirtschaftliche Realität der Zubereitungskosten angedeutet, die durch die Primärerhebung des vorliegenden Gutachtens bestätigt wurden.

Die Erhöhung der Nacht- und Notdienstvergütung um 106 Prozent kommt verstärkt den Apotheken in ländlichen Regionen zugute, die häufiger Notdienste leisten. Apotheken, die verstärkt Rezepturen herstellen oder BtM abgeben, werden in diesen Bereichen angemessener honoriert. In Kombination mit einer jährlichen Aktualisierung, die nach im vorliegenden Gutachten durchgeführten rückwirkenden Berechnungen der Preisbestandteile angemessene und planbare Entwicklungen erwarten lassen, ergibt die vorgeschlagene Berechnungslogik eine hohe leistungsorientierte Planungssicherheit.

OTC und Freiwahl werden aktuell trotz vermutlich prozentual hohen Margen nicht immer kostendeckend abgegeben und verkauft. Die Pharma- und Gesundheitsindustrie profitiert jedoch genauso wie die Krankenkassen von der hohen Qualifikation und der Bevölkerungsnähe des Apothekenpersonals. Der Gesetzgeber unterstützt diesen Bereich bereits durch das Monopol der Apotheken auf apothekenpflichtige Arzneimittel. Letztlich bleibt es jedoch eine unternehmerische Entscheidung der Apotheken, was sie im Non-Rx-Bereich verhandeln, rabattieren oder an Gewinn realisieren.

Die vorgeschlagene Reduktion des prozentualen Zuschlags für den Großhandel betrifft nicht nur die Großhändler, sondern auch die Apotheken, an die bisher zumindest ein Teil weitergegeben worden ist. Es ist unklar, um welche Summen es sich handelt. Es ist jedoch zu vermuten, dass von den Rabatten verstärkt starke Apotheken (oder Apothekenkooperationen) profitiert haben und weniger die kleinen Apotheken.

Vor dem Hintergrund der als kostendeckend berechneten Apothekenvergütung gibt es im Bereich der rezeptpflichtigen Arzneimittel keinen grundsätzlichen Bedarf der Apotheken an Rabatten. Die Verhandlungen müssen sich zukünftig im Wesentlichen auf den Non-Rx-Bereich beschränken.

Die Berechnungen wurden gemäß Beauftragung ohne die Maßgabe durchgeführt, Einsparungspotenziale zu ermitteln oder zu erzielen. Vielmehr verfolgt das vorliegende Gutachten das Ziel einer neutralen, auf der Basis der gesetzlichen Grundlagen erfolgenden Erstellung einer Berechnungsgrundlage für die AMPreisV. An vielen Stellen in der Berechnung wurden die Berechnungen zugunsten der Leistungserbringer durchgeführt, diese Berechnungen umfassen mindestens ein Volumen von 1,6 Mrd. € überwiegend zugunsten der Apotheken.

4.2 Flächendeckende Versorgung mit rezeptpflichtigen Arzneimitteln

Für eine flächendeckende Versorgung fehlt es an einer Legaldefinition, so dass das Ausmaß einer flächendeckenden Versorgung aktuell nicht messbar ist. Eine solche Definition besteht weder in der Anzahl der Apotheken im Notdienst (ca. 1.120 Apotheken; NNF 2017) noch mit der Definition von Abständen, die eine Rezeptsammelstelle rechtfertigen (6 km; aktuell ca. 1.256 Rezeptsammelstellen; Niedersächsischer Landtag 2017).

Die flächendeckende Versorgung ist nach aktueller Implementierung der gesetzlichen Sicherungsmaßnahmen der Apothekerkammern nicht gefährdet: Es gibt aktuell nur 11 Zweigapotheken, die nach § 4 Apothekenbetriebsordnung (ApoBtrO) eine geringere Größe aufweisen können und kein Laboratorium betreiben müssen, und bisher keine Notapotheke in Deutschland, also Apotheken, die von Gemeinden betrieben werden können. Der Nacht- und Notdienst ist jederzeit sichergestellt.

Statt eines vielfach genannten Apothekensterbens lassen die Daten zunächst eine Konsolidierung erkennen: Trotz der seit Jahren zu registrierenden Schließungen von Apotheken steigt die Anzahl der Beschäftigten in Apotheken (GBE 2017; ABDA 2017).

Die Abbildung 7 zeigt zudem, dass der Rückgang der Apothekenanzahlen stärker in städtischen Kreisen als in ländlichen von Statten geht.

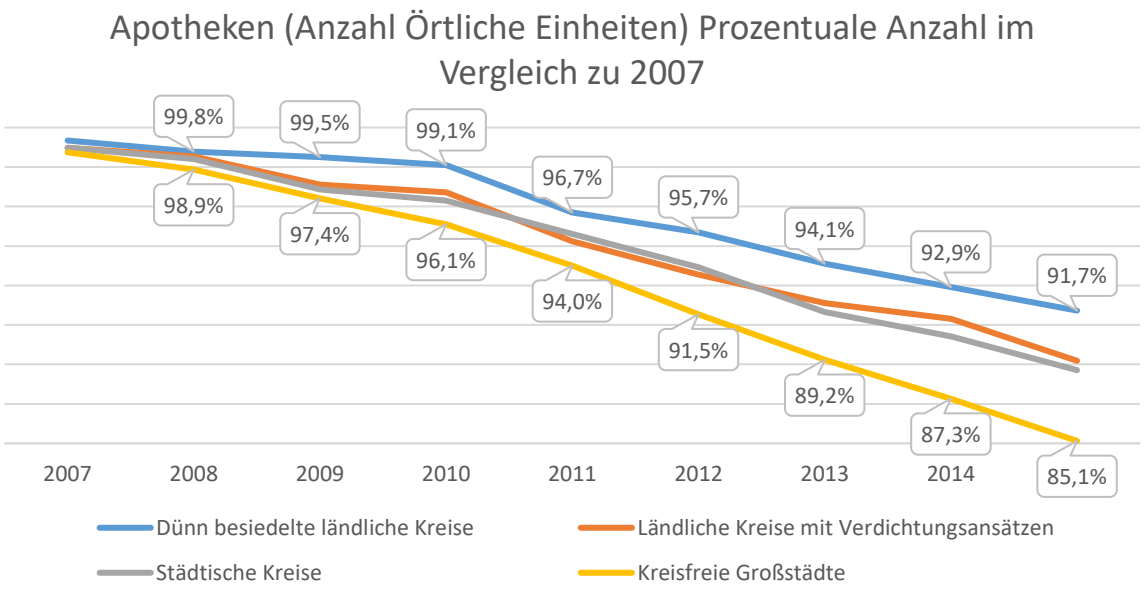

Abbildung 8: Entwicklung der Anzahl örtlicher Einheiten von Apotheken 2007 bis 2015. Quelle: Statistischen Unternehmensregister. Eigene Darstellung.

Von einem Rückgang der Apothekenanzahl ist demnach die Landapotheke nicht in besonderem Maß betroffen, wie häufig geschildert wird, im Gegenteil. Die Betrachtung der wirtschaftlichen Lage der Apotheken lässt eine solche Entwicklung ebenfalls nicht vermuten. Wie Abbildung 9 zeigt, realisieren Apotheken in dünn besiedelten Kreisen durchschnittlich einen höheren Bruttobetriebsüberschuss als Apotheken in städtischen Kreisen.

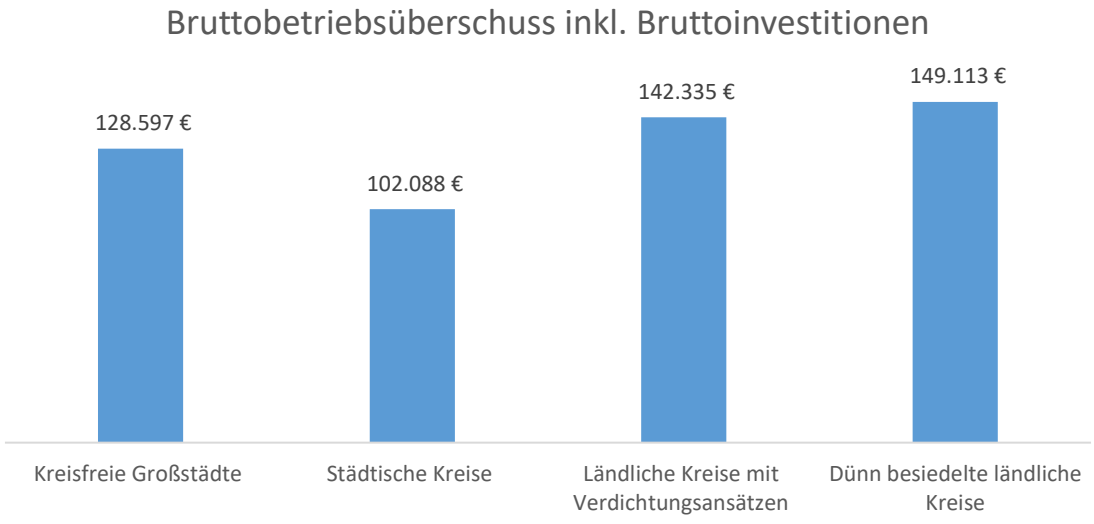

Abbildung 9: Bruttobetriebsüberschuss der Apotheken nach siedlungsstrukturellen Kreistypen vor Steuern nach Bruttoinvestitionen. Quelle: Jahresstatistik im Handel. Eigene Darstellung.

Der durchschnittlichen Apotheke in dünn besiedelten ländlichen Kreisen geht es wirtschaftlich besser als den Apotheken in städtischen Kreisen oder auch den Großstädten.

Zur Erreichbarkeit von Apotheken in der Alltagswirklichkeit der Bevölkerung gibt es keine aktuellen Studien. Auf dem letzten Stand der offiziellen Analyse von 2009 (Thünen Institut; Neumeier 2013) konnte eine öffentliche Apotheke durchschnittlich innerhalb von vier Minuten PKW-Fahrzeit erreicht werden. Entfernungen größer als 15 km betrafen nur einen sehr kleinen Anteil von ca. 0,16 Prozent der Bürgerinnen und Bürger (ca. 130.000 Personen). Eine wohnortnahe, fußläufige Erreichbarkeit (≤ 15 Minuten) war für einen Teil der Bevölkerung gegeben: ca. 10 % in ländlichen Räumen; ca. 49 % in städtischen Räumen.

Über Versandapotheken ist es möglich, Arzneimittel auch bei stark eingeschränkter Mobilität zuhause zu erhalten. Im Rahmen einer möglichen Reform der AMPreisV wird im zweiten Teil des vorliegenden Gutachtens u. A. die Vergütung von verordneten Botendiensten vorgeschlagen.

Fazit: Die flächendeckende Versorgung ist in Deutschland aktuell nicht gefährdet. Um die Flächendeckung mit Vor-Ort-Apotheken zukünftig sicherzustellen, ist eine aktuelle Analyse der Erreichbarkeit vor dem Hintergrund der Lebenswirklichkeit der Bevölkerung zu empfehlen. Es kann aus Sicht der Autoren nicht das Ziel einer angemessenen Versorgung der Bevölkerung sein, vollausgestattete Apotheken mit täglicher Öffnungszeit an Orten zur Verfügung zu stellen, in der weder Ärzte verfügbar sind noch Lebensmittel eingekauft werden können. Ein Verbot des Versandhandels ist nicht vor dem Hintergrund der flächendeckenden Versorgung zu rechtfertigen, da der Versandhandel Arzneimittel direkt nach Hause liefert. Aus der Sicht einer flächendeckenden Versorgung sind Botendienste von Vor-Ort-Apotheken und Lieferungen von Versandapotheken effiziente ergänzende Versorgungsformen der Bevölkerung in der Fläche.

4.3 Rx-Versandhandel und wirtschaftliche Situation der Apotheken

Das Verbot des Versandhandels mit rezeptpflichtigen Arzneimitteln (Rx) wird wesentlich diskutiert vor dem Hintergrund der für europäische Versandapotheken erlaubten Boni, den damit befürchteten ruinösen Wettbewerbsbedingungen für Vor-Ort-Apotheken und sich anschließenden Gefährdungen der flächendeckenden Versorgung durch Vor-Ort-Apotheken.

Die wirtschaftliche Situation der Apotheken in Deutschland ist bei gegebener Niederlassungsfreiheit jedoch zunächst unabhängig von der Flächendeckung zu betrachten. Zur Wettbewerbsposition der Vor-Ort-Apotheken in Konkurrenz zu ausländischen Versandapotheken gibt es bisher in Hinblick auf die unterschiedlichen Preisspielräume seit dem EuGH-Urteil keine Daten. Das Nutzungsverhalten der Bevölkerung sowie die technologische Entwicklung sind nur schwer vorherzusagen.

Der Versandhandel von Rx liegt aktuell bei 1 % Marktanteil. Das Urteil des EuGH liegt inzwischen 1 Jahr zurück. Im Verlauf dieses Jahres sind die Ausgaben der GKV für Arzneimittel des Versandhandels von ca. 176 Mio. € auf 199 Mio. € gestiegen (mit unklarem Anteil des ausländischen Versandhandels), von 0,9 % der vertragsärztlichen Arzneimittelversorgung auf 1,0 %. Das entspricht einer Steigerung von 10 % im Marktanteil des Versandhandels insgesamt. Die Abbildung 10 zeigt mit dem Ausgangspunkt einer jährlichen Steigerung von 10% mehrere theoretische Verläufe, wie sich der Marktanteil des europäischen

Versandhandels bei verschiedenen Wachstumsraten verändern würde (unter der Annahme, dass die Steigerung in 2017 auf die europäischen Versender zurückzuführen ist).

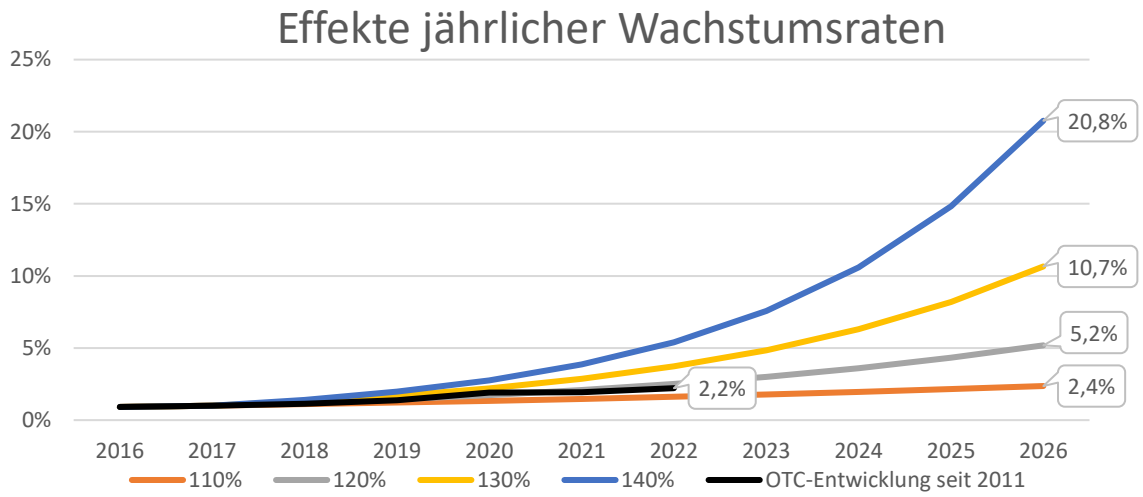

Abbildung 10: Effekte jährlicher Wachstumsraten anhand theoretischer Marktanteilsentwicklungsverläufe. Ausgangspunkt KV45 2016 und 2017 (GKV). Jeweils jährliche Steigerung um den genannten Prozentwert. Eigene Darstellung und Berechnung.

Würde sich der Marktanteil des europäischen Versandhandels für Rx weiterhin so entwickeln wie im letzten Jahr, läge der Marktanteil nach 10 Jahren bei 2,4 %. Entwickelte er sich so wie der Versandhandel bei OTC seit 2011 hätte er diesen Stand (2,2 %) im Jahr 2022 erreicht. Der OTC-Versandhandel hatte seit 2011 Wachstumsraten zwischen 2 % und 38 %, die jedoch im Mittel bei 16 % liegen und keine steigende Entwicklung zeigen. Mit Blick auf die aktuelle Situation im Jahr 2026 einen Marktanteil des europäischen Versandhandels von z. B. 10 % anzunehmen, ist auch aus Sicht des Versandhandels als äußerst optimistisch zu bewerten, solange sich keine Wachstumsraten von 50% und höher beobachten lassen.

In der Frage des Verbotes des Versandhandels geht es auch bei Annahme eines sehr versandorientierten Verhaltens der Bevölkerung jedoch weniger um die Erhaltung des Status-Quo hinsichtlich der Vor-Ort-Apotheken, sondern letztlich um den Erhalt eines flächendeckenden Vor-Ort-Apotheken-Notdienstes. Dieser wird aktuell nicht kostendeckend vergütet, was aus Sicht der Gutachter eine wesentliche Voraussetzung der dauerhaften Sicherstellung ist. Der Erhalt des Notdienstes mittels Verbot des Versandhandels wäre in Bezug auf die flächendeckende Versorgung außerhalb der Notdienstzeiten ggf. (zu) teuer erkauft. Auch wäre die flächendeckende Versorgung damit nicht sichergestellt, wie die Analyse der wirtschaftlichen Situation der Apotheken zeigt.

Das vorliegende Gutachten enthält keine Empfehlung zu der Frage, ob der Versandhandel verboten werden sollte oder nicht. Gemäß ergänzender Beauftragung des BMWi vom 13. Februar 2017 werden jedoch mit diesem Gutachten verfügbare Daten und Informationen dazu geliefert, die die Entscheidungsfindung unterstützen können.

Aus Sicht der Autoren wurde in der Diskussion bisher mangels Daten die **Ausgangslage** der Apotheken vernachlässigt, in der die Apotheken das EuGH-Urteil traf. Die Betrachtung der Ausgangslage ist jedoch

wichtig, um Effekte des Urteils ursächlich richtig zuzuordnen, z. B. Wirkungen auf die wirtschaftliche Situation der Apotheken, und dieses von weiteren Einflussfaktoren zu trennen. Die Daten der Jahresstatistik im Handel zeigen, dass bereits im Jahr 2015 etwa 7.600 Apotheken-Unternehmen wirtschaftlich gefährdet sind, das sind ca. 47 % aller Apotheken-Unternehmen. Davon sind etwa 5.300 Apotheken in städtischen und großstädtischen Räumen und 2.300 Apotheken in ländlichen Kreisen zu finden. Als wirtschaftlich gefährdet wurden Apotheken eingestuft, die in ihrem Brutto-Betriebsergebnis keinen angemessenen Unternehmerlohn im Vergleich zu einem Krankenhausapothekenleiter realisieren konnten (inkl. aller Nebenkosten aktuell 99.000 €) und damit für eine Übernahme durch Nachfolger/-innen wirtschaftlich eingeschränkt attraktiv sind.

Von diesen 7.600 Apotheken ging es ca. 2.600 Apotheken-Unternehmen dabei im Jahr 2015 bereits sehr schlecht, davon ca. 1.900 in städtischen, ca. 700 in ländlichen Kreisen. Sie realisierten ein durchschnittliches Brutto-Betriebsergebnis von ca. 30.000 €. Das entspricht der Hälfte des Lohns eines angestellten approbierten Apothekers. Die Analyse erfolgte auf Basis der Haupt- und Einzelunternehmen, nicht auf der Ebene der Betriebsstätten. Da einige der gefährdeten Apotheken Filialen besitzen, sind tatsächlich wohl mehr als 7.600 Betriebsstätten mittelfristig als wirtschaftlich gefährdet anzusehen, ebenfalls verstärkt in den Städten. Betroffen von vergleichsweise geringen Bruttobetriebsüberschüssen sind Apotheken der Unternehmensgrößenklassen bis unter 2 Mio. € Umsatz (Tabelle 5).

Tabelle 5: Wirtschaftliche Situation der Apotheken-Unternehmen nach Unternehmensgrößenklassen (keine Unterscheidung in Einzelapotheken und Unternehmen mit mehreren Apotheken) anhand zentraler Kenngrößen 2015. Quellen: Anzahl der Unternehmen Apothekerkammern (ABDA); Wirtschaftliche Kenngrößen Jahresstatistik im Handel, Destatis.

Unternehmens-größenklassen	Anzahl Unter-nehmen	Umsatz	Kosten gesamt inkl. Brutto-investitionen in Mio. €	Personal-kosten in Mio. €	Gemein-kosten in Mio. €	Anzahl Arbeit-nehmer	Bruttobetriebs-überschuss inkl. Brutto-investitionen in Mio. €
unter 1 Mio. €	2644	0,500	0,111	0,056	0,054	3,2	0,031
1 Mio. € bis unter 2 Mio. €	4953	1,348	0,282	0,162	0,120	7,5	0,066
2 Mio. € bis unter 3 Mio. €	3511	2,116	0,439	0,262	0,177	11,5	0,104
3 Mio. € bis unter 5 Mio. €	3285	3,302	0,671	0,398	0,273	17,0	0,163
5 Mio. € bis unter 10 Mio. €	1201	5,912	1,124	0,664	0,460	26,1	0,386
10 Mio. € und mehr	374	17,026	2,420	1,284	1,136	46,1	0,724
	15968						

Die Tabelle 6 auf der folgenden Seite zeigt, dass sich die meisten gefährdeten Apotheken im städtischen Raum befinden. 268 der sehr gefährdeten Apotheken in der kleinsten Unternehmensgrößenklasse liegen in dünn besiedelten ländlichen Kreisen, 451 in ländlichen Kreise mit Verdichtungsansätzen.

Tabelle 6: Verteilung der gefährdeten Apotheken auf die Siedlungsstrukturellen Kreistypen. Quellen: Anzahl der Unternehmen Apothekerkammern (ABDA); Wirtschaftliche Kenngrößen Jahresstatistik im Handel, Destatis.

	unter 1 Mio. €		1 Mio. € bis unter 2 Mio. €	
	Anzahl Apotheken	Apotheken in %	Anzahl Apotheken	Apotheken in %
Kreisfreie Großstädte	924	35%	1620	33%
Städtische Kreise	1001	38%	1743	35%
Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen	451	17%	1032	21%
Dünn besiedelte ländliche Kreise	268	10%	557	11%
Insgesamt	**2644**	**100%**	**4953**	**100%**

Für diese Apotheken gibt es, abgesehen von der im vorliegenden Gutachten vorgenommenen Verortung in siedlungsstrukturelle Kreise, keine Information zu deren Standortbedeutung im Sinne der flächendeckenden Versorgung. Diese Bewertung wäre durch aufwendige Analysen der Daten des statistischen Bundesamtes im statistischen Unternehmensregister möglich. Ebenso unklar ist, welche konkreten Gründe für die wirtschaftlich schlechte Situation dieser Apotheken bestehen: Die wirtschaftliche Kompetenz der Inhaber/-innen, der Standort inkl. Personalverfügbarkeit oder das Wettbewerbsumfeld.

Angesichts der wirtschaftlichen Situation der Haupt- bzw. Einzelapotheken ist es nachvollziehbar, dass einerseits Befürchtungen hinsichtlich des Verlustes der Versorgungssicherheit in der Fläche und andererseits die Forderung nach Erhöhung der Vergütung für Apotheken bestehen.

Vor dem Hintergrund der Niederlassungsfreiheit ist jedoch eine pauschale Finanzierung wirtschaftlich gefährdeter Apotheken, die sich nicht über die Notwendigkeit der flächendeckenden Versorgung wie z. B. durch den Bedarf an Zweig- oder Notapotheken rechtfertigen, nicht zulässig. Dies gilt insbesondere für den hohen Anteil gefährdeter Apotheken in den Städten, die sich ggf. gegenseitig einen ruinösen Wettbewerb liefern. Hier ist eine differenzierte Betrachtung erforderlich.

Wollte man trotz Niederlassungsfreiheit alle derzeit bestehenden Apotheken erhalten, würde das über eine undifferenzierte Vergütung aller Apotheken zusätzliche jährliche Kosten von ca. 2 Mrd. € für die Kostenträger bedeuten, die über die Deckung aller Kosten hinausgingen. Würde man dagegen gezielt die 2.300 mittelfristig gefährdeten Apotheken in ländlichen Regionen unterstützen, wären damit zusätzliche Kosten von ca. 100 Mio. € jährlich verbunden.

Die packungsbezogene Vergütung führt nach Analyse der Umsatz-Kosten-Relationen der unterschiedlichen Unternehmensgrößenklassen nicht zu überproportionalen Skaleneffekten. Kosten für einen Strukturfonds sind daher nicht durch Umverteilung größerer Apotheken auf kleinere Apotheken zu realisieren, sondern fallen zusätzlich an.

Schließungen unter den wirtschaftlich gefährdeten 7.600 Apotheken-Unternehmen sind allein aufgrund ihrer wirtschaftlichen Situation im Jahr 2015 mittelfristig wahrscheinlich, auch ohne jede Vergütungsveränderung, ohne europäischen Rx-Versand und ohne weitere Reformen. Rechnerisch verbessert sich durch die Schließung der sich wirtschaftlich nicht tragenden Apotheken die wirtschaftliche

Situation der verbleibenden Apotheken. Die Apothekendichte würde sich bei einer Schließung aller 7.600 Apotheken auf dem Niveau der Niederlande oder Österreich einpendeln. Von einer derart umfangreichen Schließung ist jedoch nicht auszugehen, da es auch zu Filialisierungen und Stabilisierungen aufgrund geringeren verbleibenden Wettbewerbs kommen kann.

Fazit: Die wirtschaftliche Lage der Vor-Ort-Apotheken ist bereits mit Stand 2015 als für 47 % aller Apotheken-Unternehmen als schlecht anzusehen. Der europäische Versandhandel kann daher rein zeitlich nicht für die wirtschaftlich schwierige Lage vieler Apotheken verantwortlich gemacht werden. Die wirtschaftlichen Schwierigkeiten betreffen insbesondere städtische Kreise (5.200 von 7.600 Apotheken) und stehen damit nicht in direktem Zusammenhang mit einer flächendeckenden Versorgung. Die wirtschaftlichen Schwierigkeiten sind vor diesem Hintergrund weder durch das Verbot des Versandhandels noch durch die allgemeine Vergütung über die AMPreisV zu beheben.

Die AMPreisV sollte dem Standard einer kostendeckenden Vergütung entsprechen. Ergänzend wird empfohlen, im Rahmen möglicher Reformen der AMPreisV, für die flächendeckende Versorgung relevante Apotheken zu identifizieren und diese gezielt zu unterstützen, z. B. über einen Strukturfonds in Höhe von ca. 100 Mio. €. Anhand der vorliegenden Daten mit Stand 2015 gibt es in ländlichen Kreisen ca. 700 stark gefährdete und weitere 1.600 gefährdete Apotheken, die zusätzlich hinsichtlich ihrer Bedeutung für die flächendeckende Versorgung und auf eine mögliche Führung als Zweigapotheke zu überprüfen wären. Dafür sollten neben der Einrichtung eines Strukturfonds Maßnahmen zur Implementierung bzw. finanziellen Unterstützung im Rahmen von Zweig- und Notapotheken bereits vor Schließung von Apothekenstandorten untersucht werden.

5. Abschließende Empfehlung

Die Berechnung der Preise der AMPreisV hängt von vielen Faktoren ab: Der Entwicklung der Kosten inkl. der Tariflöhne, der Entwicklung der Packungsanzahlen von Rx, OTC, Freiwahl, der Entwicklung der Anzahl der Apotheken, der Entwicklung von BtM, Kühlartikeln, Hochpreisern und Rezepturen. Es wird daher, und gemäß den gesetzlichen Grundlagen, empfohlen, die Preise jährlich zu aktualisieren, um Apotheken und Großhandel Planungssicherheit zu ermöglichen sowie die Aktualität der in die Berechnung einfließenden Daten sicherzustellen. Dabei ist eine frühzeitige Planung der dafür notwendigen Sonderauswertungen des Statistischen Bundesamtes zu berücksichtigen.

Es wird empfohlen, die Reduktion der Vergütung umzusetzen. Mit den Zweig- und Notapotheken stehen Instrumente zur Sicherung der flächendeckenden Versorgung zur Verfügung. Angesichts der schlechten wirtschaftlichen Situation vieler Apotheken sollten jedoch bei den für die Flächendeckung relevanten Apotheken diese Maßnahmen bereits greifen, bevor diese Apotheken schließen müssen. Die Finanzierung dieser Maßnahmen wäre zu sichern.

Eine darüberhinausgehende finanzielle Absicherung des Status-Quo der Apotheken wäre letztlich nur über eine Einschränkung der Niederlassungsfreiheit in Einklang mit den berechtigten Interessen der Arzneimittelverbraucher zu bringen. Als Gegengewicht zu der aktuell sehr präsenten Berichterstattung zur Schließung von Apotheken sollten aus Sicht der Autoren nicht nur die Beschäftigtenzahlen der Apotheken als Beleg für die gesicherte Versorgung der Bevölkerung, sondern auch eine regelmäßige Analyse der

Erreichbarkeit der Apotheken in Bezug zu der Lebenswirklichkeit der Menschen durchgeführt und veröffentlicht werden.

Die im vorliegenden Gutachten durchgeführten Berechnungen und die Primärerhebung stellen die erste Berechnung einer kostendeckenden Vergütung als Gesamtsystem dar. Dabei wurden belastbare vorliegende Datenquellen verwendet sowie möglichst viele Aspekte der Leistungserbringung unter Einbeziehung des begleitenden Arbeitskreises sowie der Befragung von Apotheken und Großhandel einbezogen. Dennoch ist nicht auszuschließen, dass einzelne Aspekte zu gering oder zu hoch in die Berechnung eingeflossen sind. Da in vielen Punkten zugunsten der Leistungserbringer gerechnet wurde, ist zukünftig sicherzustellen, dass weitere Präzisierungen nicht einseitig erfolgen. Es wird in diesem Sinne empfohlen, die Diskussion der Ergebnisse der Berechnung durch die Leistungserbringer und Kostenträger sowie zukünftig verfügbare Datenquellen in den weiteren Berechnungen aufzugreifen und das Berechnungsmodell weiter zu schärfen.

6. Literatur

BMWi (2016). Ausschreibung Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) geregelten Preise. Online verfügbar: https://ausschreibungen-deutschland.de/269243_Ermittlung_der_Erforderlichkeit_und_des_Ausmasses_von_AEnderungen_der_2016_Bonn. Letzter Abruf: 07.10.2016

DAZ (2015b). Becker: Uns drohte Honorarkürzung. DAZonline, Düsseldorf - 02.10.2015, 15:25 Uhr. Online verfügbar: https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2015/10/02/becker-uns-drohte-honorarkurzung. Letzter Abruf: 12.04.2017.

Deutscher Bundestag (2015). Drucksache 18/4095. 18. Wahlperiode 25.02.2015. Gesetzentwurf der Bundesregierung Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG), Berlin. Online verfügbar: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/G/Drucksache_BT_1804095.pdf. Letzter Abruf: 04.12.2015.

EuGH (2016). Urteil v. 19. Oktober 2016. Rs. C - 148/15 (Deutsche Parkinson), ECLI:EU:C:2016:776. Online verfügbar unter: https://datenbank.nwb.de/Dokument/Anzeigen/634359/. Letzter Abruf: 10.09.2017

Flach, U. (2012). Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Diana Golze, Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. Betreffend ‚Wirtschaftliche Situation der Apotheken", BT-Drs. 17/10531, Berlin. Letzter Abruf: 07.12.2015: Online verfügbar: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/presse_themen/apotheken_1/BMG_12-09-06_Antwort_PStin_Flach.pdf. Letzter Abruf: 04.11.2016.

Hollstein (2012). Zahlenkrieg um Apotheken. Online verfügbar: https://www.apotheke-adhoc.de//nachrichten/detail/politik/zahlenkrieg-um-apotheken/. Letzter Abruf: 13.10.2017

Neumeier, S. (2013). Modellierung der Erreichbarkeit öffentlicher Apotheken. Untersuchung zum regionalen Versorgungsgrad mit Dienstleistungen der Grundversorgung. Thünen Working Paper 14, Johann

Heinrich von Thünen-Institut, Bundesforschungsinstitut für Ländliche Räume, Wald und Fischerei, Braunschweig. Online verfügbar: https://www.ti.bund.de/media/ti-themenfelder/Laendliche_Lebensverhaeltnisse/Daseins vorsorge/Erreichbarkeitsanalyse_Neumeier.pdf. Letzter Abruf: 07.12.2015.