

Forschungsbericht Langfassung

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

Version 1.21, 16.03.2018

Stand vom 27. November 2017 redaktionell überarbeitet (Version 1.20) sowie mit weiteren Korrekturen (s. Korrekturprotokoll im Anhang).

Inhalt

1.	Einleitung.....	1
2.	Zusammenfassung.....	2
2.1	Kostendeckende Vergütung.....	2
2.2	Flächendeckende Versorgung mit rezeptpflichtigen Arzneimitteln	10
2.3	Rx-Versandhandel und wirtschaftliche Situation der Apotheken.....	11
2.4	Überblick über die Langfassung des Forschungsberichts	14
A	Hintergrund und Vorgehensweise	16
3.	Hintergrund und Ausgangslage des Forschungsvorhabens	16
4.	Zentrale Fragestellung des Forschungsauftrags.....	19
4.1	Struktur der aktuellen AMPreisV	20
4.2	Marktentwicklung bei aufgehobener Preisbindung für europäische Versandapotheken	23
5.	Konzept und Methodik des Forschungsvorhabens.....	25
5.1	Konzept Phase 1: Status-Quo-Berechnung	29
5.1.1	Analyse der gesetzlichen Grundlagen und der Berechnungswege.....	30
5.1.2	Berechnungsweg absoluter Festzuschlag Apotheke.....	30
5.1.3	Analyse vorliegender Daten	31
5.1.4	Entwicklungsindikatoren/Fortschreibung.....	32
5.1.5	Primärerhebung	36
5.2	Konzept Phase 2: Alternative Berechnungsansätze.....	40
5.2.1	Skaleneffekte der Kostendeckung	41
5.2.2	Räumliche Effekte auf die Kostendeckung	42
5.2.3	Szenarien für Reformansätze	45
5.3	Zusammenfassende Beschreibung des modularen Datenkonzepts	45
5.4	Projektbegleitender Arbeitskreis	48
5.5	Berechnungskonzept zugunsten der Leistungserbringer	49
B	Theorie: Allgemein anerkanntes Konzept	52
6.	Berechnungskonzept öffentliche Apotheken.....	52
6.1	Gesetzliche Grundlagen für öffentliche Apotheken	52
6.1.1	Gesetzliche Grundlagen des Versorgungsauftrags der Apotheken	52

6.1.2	Gesetzlicher Auftrag des BMWi	57
6.1.3	Gesetzliche Grundlagen der flächendeckenden Versorgung.....	58
6.1.4	Gesetzliche Grundlagen der AMPPreisV	62
6.1.5	Gesetzliche Grundlage der Höhe der Preise in der AMPPreisV	70
6.2	Aktuelle Berechnungslogik AMPPreisV	72
6.2.1	Festzuschläge Fertigarzneimittel	72
6.2.2	Bewertung der bisherigen Berechnungslogik	74
6.3	Definitionen	76
6.3.1	Flächendeckende Versorgung.....	76
6.3.2	Wirtschaftliche Betriebsführung.....	77
6.3.3	Zuordnung von Kosten zu Rx und Non-Rx.....	79
6.3.4	Kalkulatorischer Unternehmerlohn	81
6.3.5	Berücksichtigung von Rabatten	83
6.4	Schlussfolgerungen: Konzept der Berechnung der Preise für Apotheken in der AMPPreisV.....	85
7.	Berechnungskonzept vollversorgender pharmazeutischer Großhandel	89
7.1	Gesetzliche Grundlagen Großhandel	89
7.1.1	Gesetzliche Grundlagen des Versorgungsauftrags des Großhandels	89
7.1.2	Gesetzliche Grundlagen der AMPPreisV	92
7.2	BGH Urteil: Festzuschlag Höchstzuschlag	93
7.3	Aktuelle Berechnungslogik AMPPreisV § 2	94
7.3.1	Mischkalkulation auf Packungsbasis	94
7.3.2	Bewertung der bisherigen Berechnungslogik	95
7.4	Schlussfolgerungen: Konzept der Berechnung der Preise für den Großhandel in der AMPPreisV ...	95
C	Phase 1 Empirie: Status-Quo-Berechnung	99
8.	Datenbasis & Berechnung Apotheken	99
8.1	Vorliegende Daten: Kosten- & Leistungsdaten.....	99
8.1.1	Kostendaten Apotheke: Jahresstatistik im Handel	99
8.1.2	Kostendaten Apotheke: Kalkulatorischer Unternehmerlohn und Tarifröhne	107
8.1.3	Kostendaten Apotheke: Gemeinkosten.....	109
8.1.4	Leistungsdaten Apotheke: Rx, OTC, Freiwahl	113

8.1.5	Leistungsdaten Apotheke: Exkurs Großhandelsaktivitäten der Apotheken	115
8.1.6	Leistungsdaten Apotheke: Rx im Detail	116
8.2	Primärerhebung weiterer Leistungsdaten	119
8.2.1	Stichprobe der Primärerhebung	119
8.2.2	Befragungsmethode zum zeitlichen Aufwand	122
8.2.3	Belastbarkeit der Ergebnisse	123
8.2.4	Ergebnisse zu Zeitaufwänden für Standardrezepturen	124
8.2.5	Ergebnisse zu Zeitaufwänden Rx und OTC.....	127
8.2.6	Ergebnisse zu Zeitaufwänden für BtM.....	128
8.3	Zusammenfassung Datengrundlage Apotheken.....	129
8.4	Berechnung Preise Apotheke.....	132
8.4.1	Vergütung Nacht- und Notdienst.....	132
8.4.2	Vergütung Rezepturherstellung.....	138
8.4.3	Vergütung Stoffe.....	144
8.4.4	Vergütung parenterale Zubereitungen	145
8.4.5	Vergütung Abgabe Betäubungsmittel.....	152
8.4.6	Vergütung rezeptpflichtiger Fertigarzneimittel	155
8.4.7	Zusammenfassende Vergütungsänderung bei Kostendeckung.....	170
8.5	Diskussion der Berechnungsergebnisse Apotheke	172
9.	Datenbasis & Berechnung Großhandel.....	174
9.1	Vorliegende Daten: Kosten- & Leistungsdaten.....	174
9.2	Primärerhebung Großhandel.....	177
9.3	Fortschreibung und Aktualisierung der Datenbasis.....	181
9.4	Zusammenfassung Datengrundlage Großhandel	182
9.5	Berechnung des absoluten Festzuschlags.....	184
9.6	Berechnung des prozentualen Höchstzuschlags.....	187
9.7	Diskussion der Berechnungsergebnisse Großhandel.....	190
D	Phase 2: Alternative Berechnungsansätze	192
10.	Skalierungseffekte der Vergütung	192
11.	Flächendeckende Versorgung Apotheken	194

11.1	Stand der flächendeckenden Versorgung.....	194
11.2	Entwicklung der Beschäftigtenzahlen: Konsolidierung statt „Apothekensterben“	195
11.3	Entwicklung der Betriebsstätten: Städtische Apotheken gehen verstärkt zurück	196
11.4	Wirtschaftliche Situation der Apotheken und Effekte des europäischen Versandhandels.....	198
11.4.1	Wirtschaftliche Situation der Apotheken	198
11.4.2	Steigende Marktanteile des Versandhandels	200
12.	Alternative Berechnungswege und Reformansätze AMPPreisV.....	203
12.1	Gedeckelter prozentualer Zuschlag für Apotheken.....	203
12.2	Aufgliederung und Erweiterung Stoffe-Zuschlag.....	204
12.3	Strukturfonds für flächendeckende Versorgung	205
12.4	Vergütung von Botendiensten	206
12.5	Notdienst	207
12.5.1	Flexibilisierung Notdienstfonds	207
12.5.2	OTC Notdienstfonds.....	208
12.6	Reduzierung Belieferungsfrequenz.....	209
13.	Abschließende Diskussion und Empfehlung	211
E	Literatur und Anhang	215
14.	Zitierte Literatur.....	215
14.1	Quellen Tarifverträge und Arbeitszeiten	220
15.	Anhang	222
15.1	Tabellen zu Tariflöhnen und Arbeitszeiten	222
15.2	Fragebogen Primärerhebung Apotheken	225
15.3	Verteilung Ergebnisse Primärerhebung Apotheken	249
15.4	Fragebogen Primärerhebung vollsortierter pharmazeutischer Großhandel.....	352
15.5	Ergebnisverteilung Primärerhebung vollsortierter Großhandel.....	356
15.6	Korrekturprotokoll Version 1.21.....	357

Infoboxverzeichnis

Infobox 1: Arzneimittelpreisverordnung (AMPPreisV)	21
Infobox 2: § 78 AMG: Preise [kenntlich gekürzt]	56

Infobox 3: § 52b AMG Bereitstellung von Arzneimitteln	57
Infobox 4: Ausschnitte EuGH, Urteil v. 19. Oktober 2016	59
Infobox 5: Ausschnitte OLG zur Schlüssigkeit der Gefährdung der flächendeckenden Versorgung, Beschluss v. 25.04.2017.....	61
Infobox 6: Drucksache 18/10208, 2016 Anpassung Standardrezepturen AMPPreisV § 3	62
Infobox 7: Drucksache 15/1525, 2003 Anpassung der Rezepturzuschläge	63
Infobox 8: Drucksache 17/13081, 2013 Einführung einer Notdienstpauschale für rezeptpflichtige Fertigarzneimittel AMPPreisV § 3	64
Infobox 9: BT Drucksache 17/2413, 2010 Vergütungsgrundlage parenterale Zubereitungen AMPPreisV § 5 ..	65
Infobox 10: BR Drucksache 513/05; 05.07.2005. Zweckbestimmung der Festzuschläge für Rx-FAM in Apotheken (§ 3 AMPPreisV).....	68
Infobox 11: Historische Entwicklung § 130 SGB V	68
Infobox 12: Erläuterungen zum „ABDA-Modell“: Verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel (Diener 2003)	72
Infobox 13: § 52b AMG Bereitstellung von Arzneimitteln.....	89
Infobox 14: BT Drucksache 17/2413, 2010 Gesetzesbegründung zur Vergütung des vollversorgenden Großhandels AMPPreisV § 2	90
Infobox 15: § 2 AMPPreisV gilt für die Großhandelsfunktion, nicht nur für den Großhandel	91
Infobox 16: PHAGRO: Vergütung im Großhandel (www.phagro.de; PHAGRO 2015)	93
Infobox 17: Beschreibung der Jahresstatistik im Handel im Qualitätsbericht (Destatis 2017)	100

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Überblick Datengrundlage Berechnung AMPPreisV. Eigene Darstellung.	2
Tabelle 2: Theoretische Festlegungen zur Berechnungslogik der Vergütungsbestandteile der AMPPreisV: Überblick.....	84
Tabelle 3: Kosten der öffentlichen Apotheken 2009 bis 2015. Helle Felder: Fortschreibung anhand des gleitenden Durchschnitts der Veränderungsraten der vorangehenden 3 Jahre bis 2018. Quelle: Sonderauswertung Jahresstatistik im Handel; Apothekenanzahl (Unternehmen) ABDA & Umsatz URS; TvÖD 15. Eigene Berechnung.	104
Tabelle 4: Tariflöhne ADEXA und kalkulatorischer Unternehmerlohn TVöD inkl. aller Lohnnebenkosten. Durchschnittliches Jahresgehalt und effektiver Minutenlohn. Quelle: ADEXA, TVöD. Quellen zu Lohnnebenkosten und Arbeitszeiten (Kapitel 14.1, S. 222). Eigene Berechnung.	107

Tabelle 5: Gemeinkosten und damit verbundene zeitlicher Aufwand in der Apotheke. Quellen: Jahresstatistik im Handel, ABDA, Quellen zu Lohnnebenkosten und Arbeitszeiten (Kapitel 14.1, S. 217). Eigene Berechnung. *Helle Felder 2017 bis 2018: Fortschreibung nach gleitendem Durchschnitt der Veränderungsdaten der vorangehenden 3 Jahre.....	111
Tabelle 6: Leistungsdaten Apotheke nach Packungseinheiten Rx, OTC, Freiwahl. Zeitreihe 2013 bis 2018. Helle Felder 2017 bis 2018: Fortschreibung: Da sich im ersten Halbjahr 2017 die Verordnungen der GKV mit -0,3% bei den Fertigarzneimitteln leicht rückläufig zeigen und auch der OTC-Markt im ersten Halbjahr in Bezug auf die Packungseinheiten vergleichsweise konstant bleibt, werden die Packungsanzahlen aus dem Jahr 2016 für 2017 und 2018 konstant gehalten (konservatives Vorgehen zugunsten der Apotheken).....	114
Tabelle 7: Leistungsdaten Apotheke nach Packungseinheiten der Vergütungsbestandteile der AMPreisV. Zeitreihe 2013 bis 2018. Quellen: NNF, GKV, PHAGRO. Helle Felder 2017 bis 2018: Fortschreibung entsprechend des zum Halbjahr abzusehenden Trends: Fertigarzneimittel konstant, parenterale Lösungen steigend, Standardrezepturen rückläufig, Dokumentationspflichtige steigend.....	118
Tabelle 8: Überblick Datengrundlage Apotheken. Eigene Darstellung.....	129
Tabelle 9: VZÄ Nacht- und Notdienst. Ausübung der Nacht- und Notdienste proportional zum Anteil der VZÄ an den relevanten Berufsgruppen (Berechnung für 2018). Quellen: GBE, ABDA. Helle Felder: Fortschreibung anhand des gleitenden Durchschnitts der Veränderungsdaten der vorangehenden 3 Jahre. Eigene Berechnung.....	133
Tabelle 10: Tariflöhne Nacht- und Notdienst nach relevanten Berufsgruppen (Berechnung für 2018). Quellen: ADEXA, TVöD. Helle Felder: Fortschreibung anhand des gleitenden Durchschnitts der Veränderungsdaten der vorangehenden 3 Jahre. Eigene Berechnung.....	133
Tabelle 11: Personalkosten nach Nacht- und Notdiensttariflohn. Es wird die gesamte Zeit der Nacht- und Notdienste betrachtet, nicht die Zeit der definierten Volldienste. Quellen: NNF, ADEXA, TVöD. Helle Felder: Fortschreibung anhand des gleitenden Durchschnitts der Veränderungsdaten der vorangehenden 3 Jahre. Eigene Berechnung.....	134
Tabelle 12: Gemeinkosten Nacht- und Notdienst; Gesamtkosten Nacht- und Notdienst (inkl. Personal). Eigene Berechnung. Helle Felder: Fortschreibung anhand des gleitenden Durchschnitts der Veränderungsdaten der vorangehenden 3 Jahre.....	135
Tabelle 13: Nacht- und Notdienst: Anzahl abgegebene Packungen und Zusatzerlöse über die Notdienstgebühr der AMPreisV. Quelle: ABDA. Helle Felder: Fortschreibung anhand des gleitenden Durchschnitts der Veränderungsdaten der vorangehenden 3 Jahre.....	136
Tabelle 14: Berechnung des Notdienstzuschlags aus der Menge an zu erwartenden Packungen, auf die der Zuschlag erhoben werden kann und den zu deckenden Kosten. Eigene Berechnung. Helle Felder: Fortschreibung anhand des gleitenden Durchschnitts der Veränderungsdaten der vorangehenden 3 Jahre.....	137
Tabelle 15: Parameter der Vergütung der Standardrezepturen und Stoffe: Aktuelle Arbeitspreise in der AMPreisV und Ergebnisse der Primärerhebung zur Arbeitszeit der Herstellung inkl. Rücksprachen mit Ärzten. Eigene Berechnung.....	139

Tabelle 16: Anteile der Berufsgruppen an der Herstellung von Standardrezepturen und entsprechende Tariflöhne pro Minute (Tarife 2017/2018). Quellen: Primärerhebung; ADEXA. Eigene Berechnung.	140
Tabelle 17: Kosten der Rezepturherstellung. Rückwirkende Berechnung der Arbeitskosten in € pro Rezeptur in Einzelherstellung. Ergebnisse der Primärerhebung (Personalkosten & Gemeinkosten). Eigene Berechnung.	141
Tabelle 18: Kosten der Rezepturherstellung: Anrechenbare Kosten pro weiterer Grundmenge = Zuschlag weitere Grundmenge. Ergebnis der Primärerhebung. Eigene Berechnung.	142
Tabelle 19: Berechnung der Gesamtkosten für den Rezepturzuschlag Rezepturen und Stoffe in der Herstellung. Rückwirkende Berechnung auf Basis der aktuellen Preise zur Verdeutlichung der Lohn-/und Mengenentwicklung in der Vergütungsberechnung. Quellen: ABDA, GKV GAmSi. Eigene Berechnung. *Helle Felder: Fortschreibung anhand des gleitenden Durchschnitts der Veränderungsraten der vorangehenden 3 Jahre.	143
Tabelle 20: Stichprobe von Apotheken mit Zubereitung von parenteralen Lösungen: Anzahl der Teilnehmer der Primärerhebung zu einzelnen parenteralen Lösungen im Vergleich zu deren Anteil an allen Lösungen. Eigene Berechnung.	146
Tabelle 21: Zeitaufwand für parenterale Zubereitungen in Minuten. Expertenangaben für: die Herstellung einer Lösung insgesamt in Minuten; Einzelschritte der Herstellung in Minuten; Reinigung pro Tag; Rücksprachen mit Ärzten: Anteil Lösungen und Dauer in Minuten. Eigene Berechnung.	147
Tabelle 22: Anzahl der parenteralen Zubereitungen nach Inhaltsstoffen der Lösungen im Zeitverlauf. Quelle: GKV. Schätzung der Gesamtzahl an parenteralen Zubereitungen anhand eines pauschalen Faktors (Anteil parenterale Zubereitungen am Gesamtumsatz der GKV angewendet auf die PKV). Helle Felder: anhand des gleitenden Durchschnitts der Veränderungsraten der vorangehenden 3 Jahre, bestätigt durch die Steigerung der Anzahl an Lösungen im ersten Halbjahr 2017 (GKV).	148
Tabelle 23: Anteil der Berufsgruppen an der Zubereitung parenteraler Lösungen. Ergebnis der Primärerhebung. Eigene Berechnung.	148
Tabelle 24: Zwischenschritt der Berechnung der Vergütung für parenterale Lösungen: Kosten für Zeitaufwand nach Tariflöhnen. Quellen: Primärerhebung, ADEXA. Eigene Berechnung.	149
Tabelle 25: Erhöhte Kostenstruktur Zytostatika-Apotheken. Gemeinkosten pro beschäftigter Person in Zytostatika-Apotheken im Vergleich zu übrigen Apotheken. Sonderauswertung der Jahresstatistik im Handel der amtlichen Statistik (n = 270 hochgerechnete Zytostatika-Apotheken).	150
Tabelle 26: Berechnung der Vergütung für parenterale Lösungen: Kosten der Zytostatika-Apotheken für Zeitaufwand nach Tariflöhnen und erhöhten Gemeinkosten. Eigene Berechnung.	150
Tabelle 27: Berechnung einer kostendeckenden Vergütung der BtM-Abgabe: Anzahlen, Zeitaufwand, Kosten pro BtM und hochgerechnet auf die Gesamtanzahl der BtM. Aufwand 50 % Inhaber/-in; 50 % Approbierte. Berechnung rückwirkend und fortschreibend für den Zeitraum 2013 bis 2018. Quellen: PHAGRO, ABDA, GKV. Eigene Berechnung.	153

Tabelle 28: Zusätzlicher Abrechnungsaufwand GKV Rezepte im Anschluss an die Beratung: Berechnungsparameter und Aufwand insgesamt für die Apotheken in Deutschland. Berechnet für die Jahre 2013 bis 2018. Quellen: Abrechnungszentrum VSA GmbH, GAmSi; Zeitlicher Aufwand der Abrechnung: Pauschale Expertenschätzung Apotheker. Hell markierter Bereich 2017 und 2018: Fortschreibung anhand des gleitenden Durchschnitts der Veränderungsdaten der vorangehenden 3 Jahre. Eigene Berechnung. ..	156
Tabelle 29: Modell der Kostendeckung: Die Gesamtkosten der öffentlichen Apotheken werden über die Bestandteile der AMPreisV gedeckt. Berechnung anhand aktueller Vergütungslogik des Gutachtens für den Zeitraum 2013 bis 2018. Helle Felder fortgeschrieben anhand des gleitenden Durchschnitts der vorangehenden 3 Jahre. Eigene Berechnung.	158
Tabelle 30: Absolute Anzahl der Packungen Rx (Gesamt, Rx-FAM, Rezepturen, parenterale Lösungen, OTC, Freiwahl) und prozentuale Anteile. Quellen: ADDBA; PHAGRO, INSIGHT Health, NNF, GKV. Helle Felder: Fortschreibung anhand des gleitenden Durchschnitts der Veränderungsdaten der vorangehenden 3 Jahre. Eigene Berechnung.	159
Tabelle 31: Arbeitszeiten für Warenwirtschaft: Zeit für Warenwirtschaft je Berufsgruppe; Anteil der Berufsgruppen an der Warenwirtschaft. Ergebnis der Primärerhebung. VZÄ und Jahreslöhne (Stand Fortschreibung 2018) zur Vergütungsberechnung Warenwirtschaft. Quellen GBE/ADDBA/TVöD/ADEXA sowie Quellen zu Lohnnebenkosten und Arbeitszeiten (Kapitel 14.1, S. 222 f.). Eigene Berechnung.	160
Tabelle 32: Gemeinkosten für Warenwirtschaft: Zeit für Warenwirtschaft je Berufsgruppe; VZÄ und Jahresarbeitsminuten (Stand Fortschreibung 2018). Berechnung der Gesamtzeit Warenwirtschaft. Quellen GBE/ADDBA sowie Quellen zur Jahresarbeitszeit (Kapitel 14.1, S. 222). Eigene Berechnung.	161
Tabelle 33: Aufwand für die Warenwirtschaft in der Apotheke: Personalkosten, Gemeinkosten, Finanzierung Warenbestand. Eigene Berechnung. Hell markierte Bereiche 2017 und 2018: Fortschreibung anhand des gleitenden Durchschnitts der Veränderungsdaten der vorangehenden 3 Jahre.	162
Tabelle 34: Finanzierungskosten des Warenbestandes. Berechnungsweg der Kosten für Rx. Quellen: Jahresstatistik im Handel/ ADDBA/ PHAGRO. Eigene Berechnung. * Helle Zellen: Fortschreibung anhand des gleitenden Durchschnitts der Veränderungsdaten der vorangehenden 3 Jahre	163
Tabelle 35: Kosten kaufmännischer Aufwand Apotheke für Rx-FAM/ Rezepturen/ Parenterale. Eigene Berechnung.....	164
Tabelle 36: Berechnung des prozentualen Festzuschlags auf Basis des Einkaufspreises Apotheke Rx-FAM. Eigene Berechnung.	165
Tabelle 37: GKV-Rabatt nach § 130a SGB V. Rückwirkend berechnet bis 2013 anhand der aktuellen Parameter: 1,77 € inkl. MwSt. pro Packungseinheit Rx-FAM und Standardrezepturen. Quellen: GAmSi, KV45. Eigene Berechnung. *Hell markierte Bereiche 2017 und 2018: Fortschreibung anhand des gleitenden Durchschnitts der Veränderungsdaten der vorangehenden 3 Jahre. Konstanthaltung der Packungsanzahlen in den Jahren 2017 und 2018.....	167
Tabelle 38: Berechnung absoluter Festzuschlag Rx-FAM. Eigene Berechnung.	168
Tabelle 39: Gesamtsystematik Vergütung: Auswirkung einer kostendeckenden Vergütung auf die Ausgaben der Kostenträger. Eigene Berechnung.	170

Tabelle 40: Gesamtsystematik Vergütung: Auswirkung einer kostendeckenden Vergütung auf die Einnahmen der Apotheken. Ausgleichsberechnung für Non-Rx zur Wiederherstellung des aktuellen Rotertrags. Eigene Berechnung.....	171
Tabelle 41: Sonderauswertung Statistisches Bundesamt: Jahresstatistik im Handel. Aggregierte Kostendaten zu den Mitgliedern des PHAGRO. *Helle Felder 2017 und 2018: Fortschreibung anhand des gleitenden Durchschnitts der Veränderungsdaten der vorangehenden 3 Jahre. **Gesamtkosten: konstant.....	174
Tabelle 42: Anzahl Packungseinheiten Kühlprodukte, BtM und Hochpreiser (Quelle: PHAGRO); Durchschnittspreise Hochpreiser (Quelle: GAmSi (Durchschnittspreis je Packung Hochpreiser). *Helle Felder 2017,2018 Fortschreibung anhand des gleitenden Durchschnitts der Veränderungsdaten der vorangehenden 3 Jahre. ** 2017, 2018 konstant auf Wert 2016 nach GAmSi 1. Halbjahr 2017.	175
Tabelle 43: Kostenstruktur vollversorgender Großhandel anhand der Mitgliedsunternehmen des PHAGRO 2016. Die Destatis-Daten von 2015 validieren die IFH-Daten zu den Kosten des Großhandels.Quellen: PHAGRO/ Institut für Handelsforschung (IFH), Destatis: Jahresstatistik im Handel. Eigene Berechnung.....	178
Tabelle 44: Gewichtungsfaktoren für Rx-Arzneimittel mit besonderem Prozessaufwand im Großhandel. Schätzung der vollsortierten Großhändler des 2010 (PHAGRO) und 2017 (PHAGRO und AEP).	179
Tabelle 45: Berechnung der Gewichtungsfaktoren für Kühlartikel und BtM anhand der relevanten Kostenanteile. Hochpreiser-Gewichtung pauschal geschätzt. Quellen: Prozentuale Kostenverteilung: PHAGRO 2016 (s. Tabelle 43, S. 180); Gesamtkosten: Destatis Sonderauswertung Jahresstatistik im Handel: Mitglieder PHAGRO aggregiert 2015 (a.a.O.).	180
Tabelle 46: Überblick Datengrundlage vollversorgender Großhandel. Eigene Darstellung.....	182
Tabelle 47: Berechnung absoluter Festzuschlag Großhandel anhand gewichteter Packungseinheiten und Kostenanteilen. Schritt 1: Kosten bei Gewichtung der Packungen mit besonderem Prozessaufwand. Schritt 2: Anrechnung von 5/6 der Transportkosten auf Rx. Eigene Berechnung.	185
Tabelle 48: Berechnung des prozentualen Höchstzuschlags auf Basis der Jahresstatistik im Handel, PHAGRO/Institut für Handelsforschung, GAmSi 2009 – 2018. Eigene Berechnung. *Helle Felder: 2017 und 2018 fortgeschrieben anhand des gleitenden Durchschnitts der Veränderungsdaten der vorangehenden 3 Jahre.....	188
Tabelle 49: 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.	198
Tabelle 50: Verteilung der gefährdeten Apotheken auf die Siedlungsstrukturellen Kreistypen. Quellen: Anzahl der Unternehmen Apothekerkammern (ABDA); Wirtschaftliche Kenngrößen Jahresstatistik im Handel, Destatis.....	199
Tabelle 51: Berechnung eines gedeckelten prozentualen Festzuschlags auf Basis des Einkaufspreises Apotheke Rx-FAM. Eigene Berechnung.	204

Tabelle 52: Berechnung des Ausgleichsvolumens eines Strukturfonds. Quellen: Anzahl der Unternehmen Apothekerkammern (ABDA); Wirtschaftliche Kenngrößen Jahresstatistik im Handel, Destatis. Eigene Berechnung	205
Tabelle 53: Personalkosten Teildienste anhand der Tariflöhne der relevanten Berufsgruppen für die Nachtdienstzeit von 18:30 bis 22:00 (Berechnung für 2018). Quellen: ADEXA, TVöD. Eigene Berechnung.	208
Tabelle 54: Bestimmung der Kosten für eine kostendeckende Vergütung der Teildienste (Berechnung für 2018). Quellen: ABDA, NNF, GAmSi. Eigene Berechnung.....	208
Tabelle 55: Simulationsberechnung Lieferfrequenz Großhandel mit Fokus auf Mehrfachbelieferung der Nacht- und Notdienstapotheken. Eigene Berechnung.....	209
Tabelle 56: Arbeitszeiten Apothekenpersonal anhand der Kalendertage, tariflichen Arbeits- und Urlaubszeiten, durchschnittlichen Krankheitstagen. Eigene Berechnung. Quellen s. Kapitel 14.1 Quellen Tarifverträge und Arbeitszeiten (S. 222).....	222
Tabelle 57: Lohnnebenkosten. Eigene Berechnung. Quellen s. Kapitel 10.1 (10.1 Quellen Tarifverträge und Arbeitszeiten).....	223
Tabelle 58: Lohnkosten am Beispiel der Berufsgruppe Approbierte Apotheker (Vollzeit). Eigene Berechnung. Quellen s. Kapitel 10.1 (10.1 Quellen Tarifverträge und Arbeitszeiten).....	224

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Neues und bisheriges Berechnungsmodell AMPPreisV im Vergleich: Vergütungsmodule und ihre Anteile an der Kostendeckung. Eigene Darstellung und Berechnung.	5
Abbildung 2: Struktur und Preise der AMPPreisV bei kostendeckender Vergütung.....	9
Abbildung 3: Struktur der AMPPreisV in der aktuell geltenden Fassung ab 4. Mai 2017	20
Abbildung 4: Zweistufiges Projektdesign zur AMPPreisV	25
Abbildung 5: Datenmodell zur Prüfung für die Festlegung bzw. Anpassung der Preise/Preiszuschläge der AMPPreisV.....	26
Abbildung 6: Grundlegendes Analysekonzept: Verknüpfung von Kosten- und Leistungsdaten für öffentliche Apotheken und vollversorgenden pharmazeutischen Großhandel	29
Abbildung 7: Deckungsbeiträge der Berechnungslogiken zum Rx-Festzuschlag 2004, 2012 und im vorliegenden Gutachten für 2018. Schematische Darstellung ohne Relation zu realen Kosten- und Gewinnanteilen. Eigene Darstellung.....	73
Abbildung 8: Leistungsbereiche in der Apotheke, die mit Umsatz und Kosten verbunden sind. Gliederung nach Art der Artikel und Dienstleistungen sowie nach Kostenträgern. Eigene Darstellung.	79
Abbildung 9: Kostenstruktur Apotheken. Kostenarten und Umrechnung in Kosten pro Minute. Eigene Darstellung.....	87
Abbildung 10: Kostenstruktur Apotheken. Kosten für die der AMPPreisV zugrundeliegenden Leistungen. Eigene Darstellung.	88
Abbildung 11: Anzahl Apotheken und Apothekenbetriebsstätten unterschiedlicher Quellen (URS Destatis, ABDA, Umsatzsteuerstatistik Destatis). Eigene Darstellung.	103
Abbildung 12: Absatzzahlen Rx, OTC/OTX und Freiwahl nach unterschiedlichen Datenquellen in Mio. Packungen/ Verordnungen Deutschland 2015. Fragezeichen markieren Datenlücken, Pfeile Datenquellen, die die Leistungen der Apotheken am vollständigsten abbilden und gleichzeitig durch die weiteren Datenquellen validiert werden. Eigene Darstellung: Quellen: ABDA 2016, BAH 2016, GKV 2016, Jacke & Wild 2017 (PKV). Eigene Berechnung des Freiwahl-Absatzes von INSIGHT Health anhand prozentualer Angaben zu Direkt- und Großhandelslieferungen (INSIGHT Health 2017).	113
Abbildung 13: Anzahl Apotheken mit Großhandels-Umsätzen; Höhe der Jahresumsätze in Mio. €. Quelle: Jahresstatistik im Handel, Statistisches Bundesamt 2017. Eigene Darstellung.....	116
Abbildung 14: Rücklaufquoten der Primärerhebung zur Prüfung der AMPPreisV 2017.Eigene Darstellung..	120
Abbildung 15: Umsatzgrößenklassenverteilung von Apothekenbetriebsstätten: Vergleich der Stichprobe der Primärerhebung mit der Verteilung nach statistischem Unternehmensregister. Eigene Berechnung.....	121
Abbildung 16: Weitergehende Stichprobenbeschreibung der Primärerhebung: Filialstruktur, Lage (Mehrfachantwort, daher über 100% Angaben), Position der Teilnehmenden, Zubereitung parenteraler Lösungen, Siedlungsstrukturelle Kreistypen. Zusätzliche Quellen: URS, ABDA. Eigene Berechnung und Darstellung.....	122

Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPPreisV) geregelten Preise

Abbildung 17: Durchschnittlich benannter Zeitaufwand für eine durchschnittliche Standardrezeptur in Minuten pro Prozessschritt (Rohdaten Primärerhebung). Eigene Darstellung und Berechnung. Blau: Prozesszeiten für alle Arten von Standardrezepturen; Bunt: Separate Prozesszeiten der einzelnen Arten von Standardrezepturen.....	125
Abbildung 18: Durchschnittlich benannter Zeitaufwand für eine durchschnittliche Standardrezeptur in Minuten pro Rezepturart als Gesamtschätzung (Median der offenen Angaben in Minuten). Eigene Darstellung und Berechnung.	126
Abbildung 19: Anlässe für Rückfragen bei der Abgabe von Rx: Durchschnittliche Aufteilung von 100 % der Anlässe. Ergebnis der Primärerhebung. Eigene Darstellung.	127
Abbildung 20: Aufwand für die Abgabe von BtM in Minuten (Median). Ergebnis der Primärerhebung. Eigene Darstellung.....	128
Abbildung 21: Kostenstruktur Apotheken: Nacht- und Notdienst. Zuordnung Kosten und Zuschlag AMPPreisV über Kosten pro Minute. Eigene Darstellung.	132
Abbildung 22: Kostenstruktur Apotheken: Notdienstgebühr. Der Notdienstgebühr werden keine Kosten zugeordnet.....	136
Abbildung 23: Kostenstruktur Apotheken: Rezepturzuschlag. Zuordnung Kosten und Zuschlag AMPPreisV über Kosten pro Minute für die Rezepturerstellung. Eigene Darstellung.	138
Abbildung 24: Kostenstruktur Apotheken: Zuschlag für Stoffe. Zuordnung Kosten und Zuschlag AMPPreisV über Kosten pro Minute für die Rezepturerstellung sowie pauschale Vergütungsbestandteile. Eigene Darstellung.....	144
Abbildung 25: Kostenstruktur Apotheken: Parenterale Zuschläge. Zuordnung Kosten und Zuschlag AMPPreisV über Kosten pro Minute für die Zubereitung sowie angepasste pauschale kaufmännische Vergütungsbestandteile. Eigene Darstellung.....	145
Abbildung 26: Kostenstruktur Apotheken: BtM-Zuschlag. Zuordnung Kosten und Zuschlag AMPPreisV über Kosten pro Minute. Eigene Darstellung.....	152
Abbildung 27: Kostenstruktur Apotheken: relativer Festzuschlag Rx-FAM und Rezepturen sowie Warenwirtschaft parenterale Lösungen. Zuordnung kaufmännische Kosten und Zuschlag AMPPreisV über Kosten pro Minute Abrechnung, Finanzierungskosten sowie pauschal packungsbezogene Kosten für Aufwände in der Warenwirtschaft. Eigene Darstellung.	155
Abbildung 28: Kostenstruktur Apotheken: absoluter Festzuschlag Rx-FAM und Rezepturen. Zuordnung heilberuflicher Kosten und Zuschlag AMPPreisV über pauschal packungsbezogene Kosten für Beratung und sonstigen verbleibenden eher heilberuflichen Aufwand Rx-FAM & Rezepturen. Eigene Darstellung.....	166
Abbildung 29: Struktur der AMPPreisV bei kostendeckender Vergütung (Wiederholung der Abbildung 2)..	170
Abbildung 30: Kostenstruktur Großhandel: Zuordnung preisunabhängiger und preisabhängiger Kosten. Eigene Darstellung.	183
Abbildung 31: Kostenstruktur Großhandel: Absoluter Festzuschlag: Packungsbezogene Zuordnung preisunabhängiger Kosten. Eigene Darstellung.....	184

Abbildung 32: Kostenstruktur Großhandel: Prozentualer Höchstzuschlag: Umsatzbezogene Zuordnung preisabhängiger Kosten. Eigene Darstellung.	187
Abbildung 33: Kosten-Umsatz-Quote nach Unternehmensgrößenklassen. Quelle: Jahresstatistik im Handel. Eigene Darstellung.	192
Abbildung 34: Warenbestand-Umsatz-Quote 2015 nach Unternehmensgrößenklassen (Warenbestand zum Anfang des Jahres). Quelle: Jahresstatistik im Handel. Eigene Darstellung.	193
Abbildung 35: Gesundheitspersonal in Apotheken 2000 bis 2015: Beschäftigte; ab 2012 Vollzeitäquivalente (VZÄ) (in Tausend; Destatis 2017c). Eigene Darstellung.	195
Abbildung 36: Entwicklung der Anzahl örtlicher Einheiten von Apotheken 2007 bis 2015. Quelle: Statistischen Unternehmensregister. Eigene Darstellung.	196
Abbildung 37: Bruttobetriebsüberschuss der Apotheken nach siedlungsstrukturellen Kreistypen vor Steuern nach Bruttoinvestitionen. Quelle: Jahresstatistik im Handel. Eigene Darstellung.	197
Abbildung 38: OTC-Abverkauf 2011 bis 2017 (Stand 07/2017) Vor-Ort vs. Versandapotheke (INSIGHT Health 2017). Eigene Darstellung.	200
Abbildung 39: Effekte jährlicher Wachstumsraten anhand theoretischer Marktanteilsentwicklungsverläufe. Ausgangspunkt KV45 2016 und 2017 (GKV). Jeweils jährliche Steigerung um den genannten Prozentwert. Eigene Darstellung und Berechnung.	201
Abbildung 40: Effekte des Marktanteils europäischer Versandhändler auf den Bruttobetriebsüberschuss einer wirtschaftlich gesunden Apotheke. Eigene Darstellung und Berechnung.	202

Abkürzungsverzeichnis

a.a.O.	an angegebenem Ort
ABDA	Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V.
a. F.	alte Fassung
AMG	Arzneimittelgesetz
AMNOG	Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz
AMPreisV	Arzneimittelpreisverordnung
ApBetrO	Apothekenbetriebsordnung oder Verordnung über den Betrieb von Apotheken
ApoG	Apothekengesetz oder Gesetz über das Apothekenwesen
ApU	Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers
BBSR	Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung
BDSG	Bundesdatenschutzgesetz
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte

Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) geregelten Preise

BGH	Bundesgerichtshof
BMF	Bundesministerium der Finanzen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMWi	Bundesministerium für Wirtschaft und Energie
BtM	Betäubungsmittel
CMR	Carcinogenic, Mutagenic and toxic to Reproduction (karzinogene, mutagene, und reproduktionstoxisch)
DAV	Deutscher Apothekerverband e. V.
Destatis	Statistisches Bundesamt
EuGH	Europäischer Gerichtshof
ff.	folgende
GAmSi	Gesetzliche Krankenversicherung-Arzneimittelschnellinformation
ggf.	gegebenenfalls
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GMG	Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung
HGV	Handel, Gastgewerbe und Verkehr
i. A.	im Allgemeinen
i. H. v.	in Höhe von
IFH	Institut für Handelsforschung GmbH
iVm	in Verbindung mit
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LG	Landgericht
min	Minute
Mio.	Million
Mrd.	Milliarde
MwSt.	Mehrwertsteuer
NNF	Nacht und Notdienstfonds
Non-Rx	Nicht-rezeptpflichtige Arzneimittel und Freiwahl-Artikel
OHG	Offene Handelsgesellschaft
OLG	Oberlandesgericht
OTC	Over-the-Counter (Arzneimittel, die nicht der Verschreibungspflicht unterliegen)

Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) geregelten Preise

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
RSF	Relativer Standardfehler
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
VSA	VSA GmbH
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 AMPPreisV) 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 AMPPreisV verankert. Daraus folgt, dass bei sich ändernden Kosten eine Anpassung der in der AMPPreisV 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 gewährt, Rechnung getragen worden, bis sich im Jahr 2011 Lücken in der Datengrundlage zeigten. In der darauffolgenden Anpassungsberechnung des absoluten Festzuschlages für Fertigarzneimittel in der AMPPreisV im Jahr 2012 wurde ebenfalls eine fehlende belastbare Datenbasis zur Kostenlage der Apotheken durch das BMWi und das Statistische Bundesamt festgestellt (BMWi 2016; Hollstein 2012). Die vorliegenden Ergebnisse der Prüfungen und Ergänzungen der Daten und 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 (AMPPreisV) geregelten Preise beauftragt. Im Zeitraum von April 2016 bis November 2017 untersuchte die 2HM die der AMPPreisV 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.

Das vorliegende Gutachten beschreibt die gesetzlichen Grundlagen, die Vorgehensweise sowie die Ergebnisse der Prüfung und Berechnung der Preise der AMPPreisV.

2. Zusammenfassung

Der vorliegende Forschungsbericht untersucht die mit der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) verbundenen gesetzlichen Ziele und prüft die sich daraus abzuleitenden Berechnungen der in der AMPreisV geregelten Preise.

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.

Nach Recherche der gesetzlichen Grundlagen sieht der Gesetzgeber als Mittel zur Erreichung dieses Zieles unter anderem eine kostendeckende Vergütung aller Preisbestandteile der AMPreisV an.

Das Gutachten kommt in der Analyse des Status-Quo zu folgenden Schlüssen zur flächendeckenden Versorgung, zur wirtschaftlichen Situation der Apotheken und dem Wettbewerbsumfeld auch auf europäischer Ebene sowie zur kostendeckenden Vergütung von Apotheke und Großhandel.

2.1 Kostendeckende Vergütung

Die Preisbestandteile der AMPreisV wurden im vorliegenden Gutachten dahingehend überprüft, ob sie öffentliche Apotheken und vollversorgende pharmazeutische Großhändler in den ihnen gesetzlich zugesprochenen Funktionen kostendeckend vergüten. Eine kostendeckende Vergütung wird vom Gesetzgeber als notwendige Voraussetzung für die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen und flächendeckenden Versorgung angesehen.

Die AMPreisV bezieht sich auf rezeptpflichtige Arzneimittel. Die AMPreisV soll demnach die Aufwände für die Belieferung und Abgabe rezeptpflichtiger Arzneimittel kostendeckend vergüten. Unter Kosten werden die Kosten verstanden, die in Summe bei allen aktuell in Deutschland bestehenden öffentlichen Apotheken anfallen zzgl. eines kalkulatorischen Unternehmerlohns, der im vorliegenden Gutachten in Höhe der Vergütung von Krankenhausapothekenleiter/-innen für alle Apothekeninhaber/-innen definiert wird. Da das Leistungsspektrum der Vor-Ort-Apotheke historisch für die AMPreisV maßgeblich ist, wird die Kostenstruktur der Vor-Ort-Apotheke auf den gesamten Umsatz der Apotheken-Unternehmen im Wirtschaftszweig Apotheken angewendet.

Zur Berechnung der kostendeckenden Zuschläge in der AMPreisV wurden vielfältige Datenquellen verwendet. Die Tabelle 1 gibt einen Überblick über diese Datengrundlage.

Tabelle 1: 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. €)	Repräsentative Stichprobenerhebung der amtlichen Statistik; jährlich mit ca. 1,5 Jahren Verzug

Nr.	Datenquelle	Datenbezug	Inhalt	Qualität & Berichtszyklus
			Wareneinsatz Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe (Summe in Mio. €) Bruttoinvestitionen (Summe in Mio. €)	
2	Apothekenregistrierung der Apothekenkammern; 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 Unternehmensregister-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	Gesundheitspersonalrechnung (Destatis/ Gesundheitsberichterstattung 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
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 angenommen werden; Quartalsweiser Bericht; Projektinterne Daten der GKV

Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) geregelten Preise

Nr.	Datenquelle	Datenbezug	Inhalt	Qualität & Berichtszyklus
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-Apothekenmarktentwicklung	Vor-Ort-Apotheken und Versandhandel; OTC-Absatz: Komplettes Apothekenhandelsortiment 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, gültig 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
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, gültig 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

Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) geregelten Preise

Nr.	Datenquelle	Datenbezug	Inhalt	Qualität & Berichtszyklus
17	Diverse Quellen (vgl. Kapitel 10.1 Quellen Tarifverträge und Arbeitszeiten)	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; Samstags und Sonntags; Feiertage; Krankenstand	Aktuell; IAB berichtet Vorjahres-Krankenstände
19	Primärerhebung 2HM 2017 Apotheken	Leistungen öffentlicher Apotheken	Zeitaufwand Rezepturherstellung (Rezepturarten nach AMPPreisV); 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

Zusätzlich zur Evaluation, Zusammenstellung und Gewinnung der Datengrundlage wurde anhand der gesetzlichen Grundlagen eine gesamthafte Berechnungslogik entwickelt. Abbildung 1 zeigt die Unterschiede der neuen, im Gutachten verfolgten und der bisherigen Berechnungslogik.

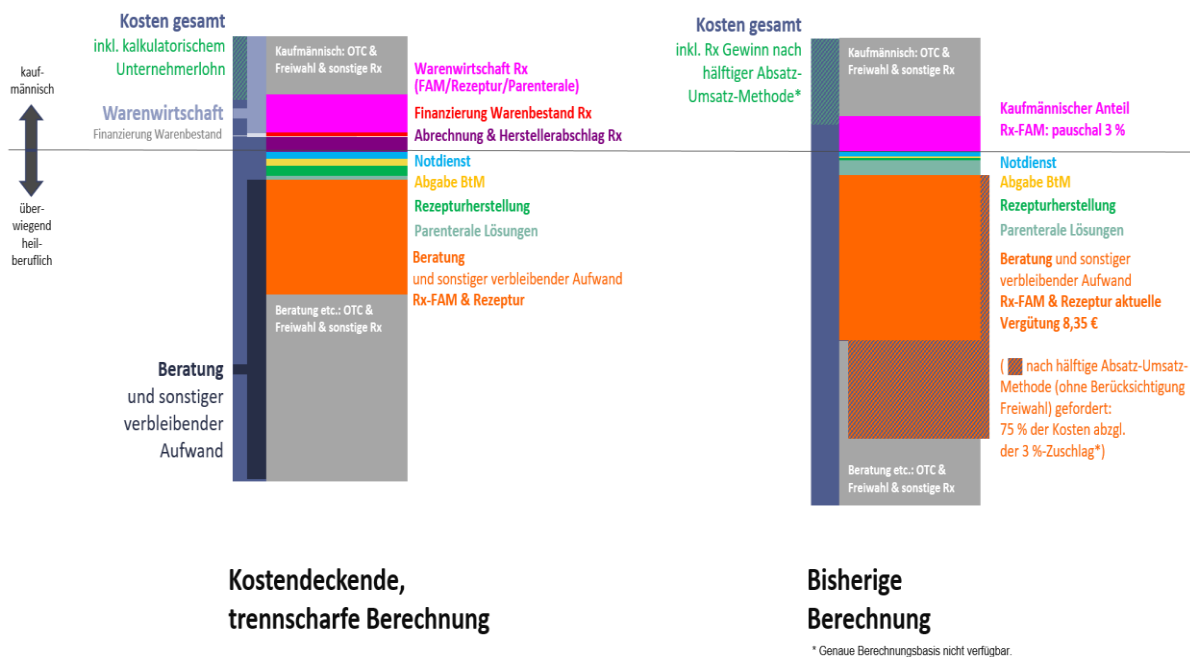


Abbildung 1: Neues und bisheriges Berechnungsmodell AMPPreisV im Vergleich: Vergütungsmodule und ihre Anteile an der Kostendeckung. Eigene Darstellung und Berechnung.

Die im vorliegenden Gutachten entwickelte kostendeckende, trennscharfe Berechnungsmethodik sowie die grundlegenden Ergebnisse der Überprüfung werden im Folgenden erläutert. Im Vergleich zu bisherigen Berechnungen wurde eine Gesamtsystematik erarbeitet, die Kosten inkl. eines kalkulatorischen Unternehmerlohns definiert und die Leistungsbereiche systematisch in eher kaufmännische und eher heilberufliche Aktivitäten, darin im Wesentlichen die Beratung, trennt. Im Folgenden wird kurz auf die Unterschiede zur bisherigen Berechnungslogik generell sowie auf die einzelnen Preisbestandteile eingegangen:

- 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 AMPPreisV und in der Folge ggf. in der Hilfstaxe nahe.
- Beratungszuschläge und Notdienstzuschläge fallen aktuell für Fertigarzneimittel und Standardrezepturen an. Für eine einheitliche Struktur der AMPPreisV 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 dem Beratungszuschlag sowie eine kostendeckende 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 bisherige Berechnung, dass durch rezeptpflichtige Fertigarzneimittel 75 % aller Kosten in der Apotheke durch die Vergütung der rezeptpflichtigen Fertigarzneimittel zu decken sind, ist 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. Mit den Antworten von ca. 1.000 der insgesamt im Rahmen des vorliegenden Gutachtens befragten 2.300 Apotheken konnte Rx-spezifischer zusätzlicher Aufwand für Rückfragen bei Ärzten, Patienten und Krankenkassen zu fehlerhaft ausgestellten Rezepten, Nicht-Verfügbarkeit von Rabatt-Arzneimitteln, Import-Arzneimitteln und sonstigen Rx-Fertigarzneimitteln sowie Klärungsbedarf bei Zuzahlungs-Befreiung oder Retaxationen von Rezepten erhoben werden.

Ebenso erhoben wurde der Beratungsaufwand zu OTC-Arzneimitteln, der zusätzlich zur Neben- und Wechselwirkungsberatung bei der Abgabe von OTC anfällt. 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 Restkategorie im dem Sinne, dass hier alle Kosten in Mischkalkulation vergütet werden, die durch die anderen Preisbestandteile nicht abgedeckt werden.

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

Zwischenfazit: 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.

Die Abbildung 2 stellt die berechneten Änderungen der AMPreisV auf Basis der Prüfungen des vorliegenden Gutachtens als kostendeckendes Gesamtvergütungssystem im Zusammenhang dar.

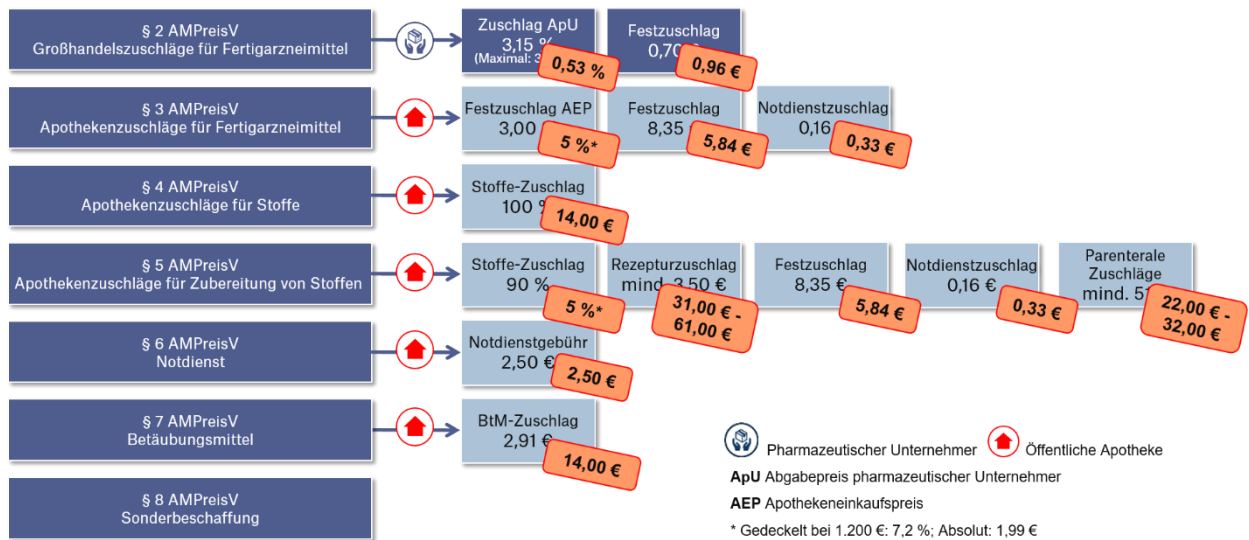


Abbildung 2: Struktur und Preise der AMPreisV bei kostendeckender Vergütung

Trotz teilweise erheblicher Steigerungen der Vergütungsbestandteile für Nacht- und Notdienst, BtM-Abgabe und Rezepturerstellung 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 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.

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

Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) geregelten Preise

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 AMPPreisV 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 AMPPreisV. 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.

2.2 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

Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPPreisV) geregelten Preise

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 feststellen, die sich in der seit Jahren entgegen der Schließungen von Apotheken steigenden Anzahl an Beschäftigten in Apotheken zeigt (GBE 2017; ABDA 2017).

Zu der 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.

2.3 Rx-Versandhandel und wirtschaftliche Situation der Apotheken

Das Verbot des Versandhandels mit rezeptpflichtigen Arzneimitteln (Rx) wird wesentlich diskutiert vor dem Hintergrund der im europäischen Ausland erlaubten Boni, den damit befürchteten ruinösen Wettbewerbsbedingungen für Vor-Ort-Apotheken und sich anschließenden Gefährdungen der Wirtschaftlichkeit der Vor-Ort-Apotheken sowie dann auch der flächendeckenden Versorgung.

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.

Wie in Bezug auf die Digitalisierung im Allgemeinen ist zudem die Bewertung erschwert, ob es negativ oder positiv ist, wenn sich die Bevölkerung verstärkt für einen gesetzmäßig ausgestalteten Versand von Arzneimitteln entscheidet. Der Versandhandel von Rx liegt aktuell bei 1 % Marktanteil und selbst bei einer jährlichen Steigerung des Marktanteils von z. B. 40 % würde sich der Marktanteil sehr langsam entwickeln und erst bei über exponentiellem Wachstum mittelfristig die Vor-Ort-Apotheken existentiell bedrohen. In der Frage des Verbotes des Versandhandels geht es auch in dem Szenario eines sehr versandorientierten Verhaltens der Bevölkerung jedoch weniger um die Erhaltung des Status-Quo an 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 des Erhalts darstellt. Der Erhalt des Notdienstes wäre über das Verbot des Versandhandels in Bezug auf die außerhalb des Notdienstes stattfindende flächendeckende Versorgung ggf. teuer erkaufte und auch damit nicht sichergestellt, wie die weitere 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.

Bisher wurde in der Diskussion aus Sicht der Autoren mangels Daten die **Ausgangslage** der Apotheken vernachlässigt, in der die Apotheken das EuGH-Urteil trifft. Die Betrachtung der Ausgangslage ist jedoch wichtig, um Effekte des Urteils ursächlich richtig zuzuordnen, z. B. auf die wirtschaftliche Situation der Apotheken, und 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 wirtschaftlich als mittelfristig gefährdet anzusehen, ebenfalls verstärkt in den Städten.

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 besteht.

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.

Die weitere räumliche Analyse des vorliegenden Gutachtens zeigt, dass Apotheken in ländlichen Räumen grundsätzlich wirtschaftlich nicht schlechter dastehen als Apotheken in städtischen Räumen. Die Brutto-Betriebsergebnisse in ländlichen Kreisen liegen durchschnittlich sogar ca. 20.000 € über den Brutto-Betriebsergebnissen der großstädtischen Apotheken-Unternehmen sowie ca. 40.000 € über den durchschnittlichen Brutto-Betriebsergebnissen in städtischen Kreisen. Es ist daher nicht so, dass die Vergütung der AMPreisV den ländlichen Raum benachteiligt oder dass Apotheken in ländlichen Kreisen stärker als Apotheken in städtischen Kreisen von Schließung bedroht sind. Im Jahr 2015 waren im Vergleich zum Jahr 2007 noch 92 % aller Apotheken-Betriebsstätten in ländlichen Kreisen erhalten, in den städtischen Kreisen bestanden dagegen noch 85 % der Anzahl aus dem Jahr 2007.

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 dann auf dem Niveau der Niederlande oder Österreich einpendeln.

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 jedoch 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.

2.4 Überblick über die Langfassung des Forschungsberichts

Der vorliegende Forschungsbericht beschreibt im Detail die Herleitung und die Berechnungswege der in der Zusammenfassung dargestellten Anpassungen der Preise in der AMPreisV. Die Hintergründe zur flächendeckenden Versorgung sowie mögliche Reformansätze der AMPreisV werden ebenfalls besprochen.

Der Bericht ist folgendermaßen aufgebaut:

Teil A Hintergrund und Vorgehensweise

- Kapitel 3 und 4 beschreiben den Hintergrund des Forschungsvorhabens mit den in der Ausschreibung formulierten Ausgangslagen, Zielen und zentralen Fragestellungen.
- Kapitel 5 beschreibt das Vorgehen und die Methoden des Forschungsprojektes.

Teil B Theorie: Allgemein anerkanntes Konzept

- In Kapitel 6 und Kapitel 7 werden die Konzepte der Berechnung der AMPreisV für Apotheken und Großhandel dargestellt. Für beide Leistungserbringer sind die gesetzlichen Grundlagen, bisherige Berechnungswege und für die Berechnung notwendige Definitionen erarbeitet worden. Aus dieser theoretischen Basis ergibt sich die Berechnung.

Teil C Empirie: Status-Quo-Berechnung

- Kapitel 8 enthält alle Informationen zu den Berechnungen und den zugrundeliegenden bestehenden und erhobenen Daten für Apotheken. Kapitel 9 stellt die Berechnungen für die Preise des Großhandels dar.
- Die Abschnitte für Apotheken und für den Großhandel schließen jeweils mit der Anwendung der theoretischen Berechnungswege auf die Daten und damit die Berechnung der für 2018 empfohlenen Preise der AMPreisV.

Teil D Phase 2: Alternative Berechnungsansätze

- Kapitel 10 behandelt Skalierungseffekte der Vergütung.
- In Kapitel 11 wird die Datenlage zur flächendeckenden Versorgung sowie zu den Auswirkungen der aufgehobenen Preisbindung des europäischen Versandhandels beschrieben und interpretiert.
- Kapitel 12 zeigt Reformansätze der AMPPreisV auf.
- In Kapitel 13 sind die Empfehlungen, die sich aus den Berechnungen ergeben, zusammengefasst.

Der Bericht ist so aufgebaut, dass alle Schritte nachvollziehbar erläutert werden. Daher sind viele Aspekte in ihrer vollen Komplexität dargestellt und mit entsprechenden Datentabellen hinterlegt.

A Hintergrund und Vorgehensweise

3. Hintergrund und Ausgangslage des Forschungsvorhabens

Kaufleute und Heilberufler

Apothekerinnen und Apotheker befinden sich in einem besonderen Spannungsfeld, denn sie sind Heilberufler und zugleich Kaufleute: Einerseits müssen sie sich den Herausforderungen eines freiberuflich Tätigen im Gesundheitswesen stellen und andererseits sind sie verpflichtet den Anforderungen an einen Einzelhändler gerecht zu werden. Aus diesem Spannungsverhältnis ergibt sich eine Verbindung aus der Verpflichtung dem Gemeinwohl gegenüber und der Notwendigkeit wirtschaftlichen Handelns.

Aus der Gemeinwohlverpflichtung der freien Berufe ergeben sich staatliche Regulierungen der damit assoziierten Märkte. Im Sinne eines frei heilberuflich Tätigen erfüllt die Apotheke dafür vielfältige Auflagen, um die Sicherheit im Verkehr mit Arzneimitteln zu gewährleisten, insbesondere für die Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit der Arzneimittel (§ 1 Arzneimittelgesetz (AMG)).

Wirtschaftlich hat eine Apotheke dafür nach dem Arzneimittelgesetz in Deutschland das Monopol für den Handel mit Arzneimitteln, auch in der Erscheinungsform des nach dem Apothekengesetz ordnungsgemäßen Versandhandels.

Vertriebsstufen der Arzneimittelversorgung

Die Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln erfolgt über drei Stufen:

Pharmazeutische Unternehmer bzw. Hersteller müssen im Rahmen ihrer Verantwortlichkeit eine bedarfsgerechte und kontinuierliche Belieferung vollversorgender pharmazeutischer Großhändler sicherstellen.

Vollversorgende pharmazeutische Großhändler sind Großhändler, die nach § 52b AMG über das volle Arzneimittelsortiment für durchschnittlich zwei Wochen verfügen und im Rahmen ihrer Verantwortlichkeit eine bedarfsgerechte und kontinuierliche Belieferung der mit ihnen in Geschäftsbeziehung stehenden öffentlichen Apotheken gewährleisten.

Öffentliche Apotheken werden abgegrenzt gegen Krankenhäuser und andere Apotheken, die nicht der allgemeinen Öffentlichkeit zur Verfügung stehen. Über die Belieferung durch den vollversorgenden Arzneimittelgroßhandel hinaus, können auch Großhändler mit Teilsortimenten oder auch pharmazeutische Unternehmer Apotheken direkt beliefern. Arzneimittel an Patientinnen und Patienten abgeben, darf nur eine Apotheke, da dort die erforderliche Sachkenntnis vorhanden ist. Sachkenntnisse sind hierbei gekennzeichnet durch Kenntnisse und Fertigkeiten bezogen auf das ordnungsgemäße Abfüllen, Abpacken, Kennzeichnen, Lagern und Inverkehrbringen von Arzneimitteln, die zum Verkehr außerhalb der Apotheken freigegeben sind, sowie durch Kenntnisse über die für diese Arzneimittel geltenden Vorschriften (§ 50 AMG, weitere gesetzlichen Grundlagen werden im Kapitel 6.1 beschrieben).

Arzneimittelpreisverordnung

Wirtschaftlich ist die Vergütung der Versorgungsleistung seit 1980 größtenteils in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) festgeschrieben. Im Jahr 2004 wurde die Berechnungsbasis für die Vergütung der Apotheken und der pharmazeutischen Großhändler darin in weiten Teilen grundlegend umgestellt. Die Preisbindung für nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel wurde aufgehoben. Verschreibungspflichtige Arzneimittel werden nicht mehr nur über prozentuale Zuschläge, sondern größtenteils mit Festzuschlägen vergütet: Pro Packung eines rezeptpflichtigen Fertigarzneimittels, unabhängig von der Packungsgröße, erhält der Großhandel für seine Leistung 0,70 € und die Apotheke 8,10 €, seit 2013 sind es 8,35 €. 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.

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 %.

Für Tierarzneimittel, und nicht-rezeptpflichtige Arzneimittel, die durch die GKV verordnet und erstattet werden, gelten noch vollständig abgestufte prozentuale Vergütungsansätze. Tierarzneimittel sind gemäß Ausschreibung des BMWi im Rahmen dieses Forschungsprojektes nicht weiter zu betrachten.

Im Vergleich zu frei verhandelten Preisen in nicht-regulierten Märkten sind Gebührenordnungen, also festgelegte Vergütungssätze, für alle freien Berufe gesetzlich vorgegeben. Sie regulieren damit diese Märkte im Sinne des Gemeinwohls (BFB 2015, 2017). 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 fehlt dagegen trotz Kostenbezug der Vergütung im Gesetzestext ein Hinweis zur Frage der regelmäßigen Anpassung.

Für Apotheken erfolgte diese Anpassung 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 damit 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“.

Zusammenfassend besteht die Herausforderung der Vergütung der AMPPreisV in der angemessenen Vergütung der rezeptpflichtigen Teilleistung von Apotheken, die den kaufmännischen und heilberuflichen Ansprüchen der Apotheken gerecht werden muss. Diese Vergütung muss kostenbedingt angepasst werden. Aus dieser Ausgangslage ergibt sich die Notwendigkeit des vorliegenden Forschungsprojektes, das BMWi in einer datenbasierten Entscheidungsfindung zu unterstützen. Im Folgenden wird zunächst die zentrale Fragestellung des vorliegenden Gutachtens dargelegt.

4. Zentrale Fragestellung des Forschungsauftrags

Der Forschungsauftrag des Projektes wird durch den gesetzlichen Auftrag des BMWi sowie die aktuelle Struktur der AMPPreisV bestimmt. Auch Apotheken und Großhändler sowie ihrer Verbände fordern in den letzten Jahren verstärkt wegen der Kostensteigerungen der letzten Jahre sowie der allgemeinen positiven wirtschaftlichen Entwicklung die Vergütung nach oben hin anzupassen. Laut Ausschreibung des BMWi (kursiv)

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

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

Die Anpassungsrechnung im Jahr 2012 resultierte zwar in einer Erhöhung von 8,10 € auf 8,35 € (Flach 2012), hatte jedoch auch Fragen hinsichtlich der Berechnungsgrundlage 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 hat die Ausschreibung zur Überprüfung und ggf. zur Anpassung der in der AMPPreisV 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. Dieses theoretische Konzept wird im Abschnitt B (S. 52 ff.) beschrieben.

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 AMPPreisV hinterlegten Preismodells sicherstellen. Die Berechnungen werden daher vollumfänglich im Abschnitt C (S. 99 ff.) beschrieben.

Zusammenfassend ergeben sich die beiden Hauptfragestellungen des vorliegenden Gutachtens: Die Erstellung eines allgemein anerkannten theoretischen Konzepts (Abschnitt B) sowie die Erstellung einer aktualisierbaren Datengrundlage zur Anwendung dieses Konzepts (Abschnitt C).

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.

Die Abschätzung der wirtschaftlichen Auswirkungen sowie die alternativen Berechnungswege werden in Kapitel 8.5 (Diskussion der Berechnungsergebnisse Apotheke, S. 172 ff.), Kapitel 9.7 (Diskussion der Berechnungsergebnisse Großhandel, S. 190 ff.) und Abschnitt D (Phase 2: Alternative Berechnungsansätze, S. 192 ff.) dargestellt.

4.1 Struktur der aktuellen AMPPreisV

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

Abbildung 3 zeigt die aktuelle Preisstruktur der AMPPreisV (Stand Mai 2017). Die Verordnung ist seit 1981 in Kraft und löste die vorherige Verordnung über Preisspannen für Fertigarzneimittel ab. Die Zuschläge sind für Großhandel und Apotheken unterschiedlich ausdifferenziert. Während für den Großhandel pauschale Preise für alle rezeptpflichtigen Arzneimittel (Rx) bestehen, unterscheiden sich die Zuschläge bei Apotheken für Fertigarzneimittel, Rezepturen, parenterale Zubereitungen und Betäubungsmittel (BtM). Die Infobox 1 auf den folgenden Seiten gibt die Verordnung im Wortlaut wieder. Die Verordnung lässt dabei nur teilweise Rückschlüsse auf die mit den Preisen verbundenen Leistungen zu, so dass Gesetzesbegründungen und weitere Sekundärliteratur zur Prüfung der Preise der AMPPreisV notwendig sind (vgl. Kapitel 6.1 Gesetzliche Grundlagen für öffentliche Apotheken, S. 52 ff., sowie Kapitel 7.1 Gesetzliche Grundlagen Großhandel, S. 99 ff.).

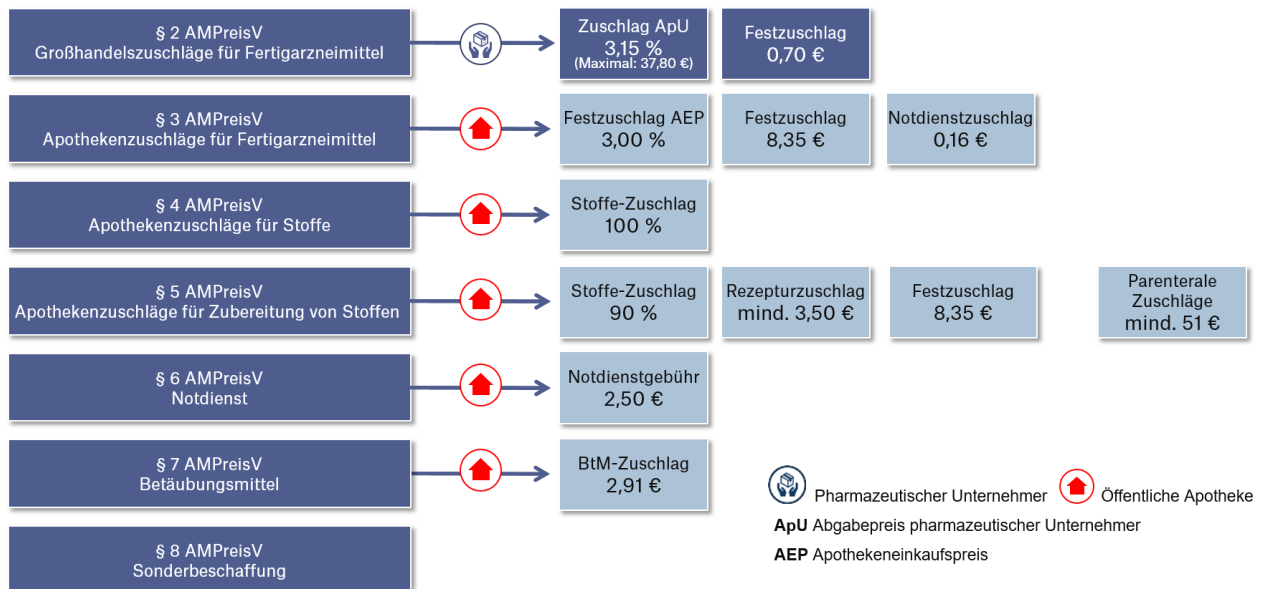


Abbildung 3: Struktur der AMPPreisV in der aktuell geltenden Fassung ab 4. Mai 2017

Da mit Ausnahme der Tierarzneimittel alle Preisbestandteile der AMPPreisV im Rahmen des Projekts geprüft werden sollen, sind mehrere gesetzliche Aufträge des BMWi angesprochen:

- Neben der Anpassung der Festzuschläge „entsprechend der Kostenentwicklung der Apotheken bei wirtschaftlicher Betriebsführung“,

werden durch das BMWi auch in Abstimmung mit dem BMG

- Preisspannen für Arzneimittel, die im Wiederverkauf abgegeben werden sowie
- Preise für besondere Leistungen der Apotheken bei der Abgabe von Arzneimitteln,

festgelegt. Jeder Preisbestandteil der AMPPreisV wird im Kapitel 8.4 Berechnung Preise Apotheke, S. 132 ff., berechnet. Für das Gesamtsystem gilt: Ein einheitlicher Apothekenabgabepreis für Arzneimittel ist zu gewährleisten (§ 78 AMG).

Das Konzept zur Methodik des vorliegenden Gutachtens wird im Kapitel 5 beschrieben.

Infobox 1: Arzneimittelpreisverordnung (AMPPreisV)

[von den Autoren kenntlich gekürzt: Tierarzneimittel]

Arzneimittelpreisverordnung vom 14. November 1980 (BGBl. I S. 2147), die zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 4. Mai 2017 (BGBl. I S. 1050) geändert worden ist.

Eingangsformel. Auf Grund des § 78 des Arzneimittelgesetzes vom 24. August 1976 (BGBl. I S. 2445, 2448) wird im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit, dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung und dem Bundesminister für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten mit Zustimmung des Bundesrates verordnet:

§ 1 Anwendungsbereich der Verordnung [...]

(4) Ausgenommen sind die Preisspannen und Preise von nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln.

§ 2 Großhandelszuschläge für Fertigarzneimittel

(1) Bei der Abgabe von Fertigarzneimitteln, die zur Anwendung bei Menschen bestimmt sind, durch den Großhandel an Apotheken oder Tierärzte darf auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers ohne die Umsatzsteuer höchstens ein Zuschlag von 3,15 Prozent, höchstens jedoch 37,80 Euro, zuzüglich eines Festzuschlags von 70 Cent sowie die Umsatzsteuer erhoben werden. [...] Der Berechnung der Zuschläge nach Satz 1 ist jeweils der Betrag zugrunde zu legen, zu dem der pharmazeutische Unternehmer das Arzneimittel nach § 78 Absatz 3 oder Absatz 3a des Arzneimittelgesetzes abgibt.

(2, 3) [...]

§ 3 Apothekenzuschläge für Fertigarzneimittel

(1) Bei der Abgabe von Fertigarzneimitteln, die zur Anwendung bei Menschen bestimmt sind, durch die Apotheken sind zur Berechnung des Apothekenabgabepreises ein Festzuschlag von 3 Prozent zuzüglich 8,35 Euro zuzüglich 16 Cent zur Förderung der Sicherstellung des Notdienstes sowie die Umsatzsteuer zu erheben. [...]

(2) Der Festzuschlag ist zu erheben

1. auf den Betrag, der sich aus der Zusammenrechnung des bei Belieferung des Großhandels geltenden Abgabepreises des pharmazeutischen Unternehmers ohne die Umsatzsteuer und des darauf entfallenden Großhandelshöchstzuschlags nach § 2 ergibt,

2. bei Fertigarzneimitteln, die nach § 52b Absatz 2 Satz 3 des Arzneimittelgesetzes nur vom pharmazeutischen Unternehmer direkt zu beziehen sind, auf den bei Belieferung der Apotheke geltenden Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers ohne die Umsatzsteuer; § 2 Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend.

(3, 4) [...]

(5) Sofern die abzugebende Menge nicht in der Verschreibung vorgeschrieben oder gesetzlich bestimmt ist, haben die Apotheken, soweit mit den Kostenträgern nichts anderes vereinbart ist, die kleinste im Verkehr befindliche Packung zu berechnen.

(6) Für die erneute Abgabe der an eine Apotheke zurückgegebenen verschreibungspflichtigen Fertigarzneimittel durch die Apotheke beträgt der Festzuschlag 5,80 Euro.

§ 4 Apothekenzuschläge für Stoffe

(1) Bei der Abgabe eines Stoffes, der in Apotheken in unverändertem Zustand umgefüllt, abgefüllt, abgepackt oder gekennzeichnet wird, sind ein Festzuschlag von 100 Prozent (Spanne 50 Prozent) auf die Apothekeneinkaufspreise ohne Umsatzsteuer für Stoff und erforderliche Verpackung sowie die Umsatzsteuer zu erheben.

(2) Auszugehen ist von dem Apothekeneinkaufspreis der abzugebenden Menge des Stoffes, wobei der Einkaufspreis der üblichen Abpackung maßgebend ist.

(3) Trifft die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen Vereinbarungen über Apothekeneinkaufspreise, die der Berechnung zugrunde gelegt werden sollen, so ist der Festzuschlag für die durch diese Vereinbarungen erfassten Abgaben abweichend von den Absätzen 1 und 2 auf diese Preise zu erheben. Das Gleiche gilt, wenn Sozialleistungsträger, private Krankenversicherungen oder deren Verbände mit Apotheken oder deren Verbänden entsprechende Vereinbarungen treffen; liegt eine solche Vereinbarung nicht vor, kann auf die nach Satz 1 vereinbarten Preise abgestellt werden.

§ 5 Apothekenzuschläge für Zubereitungen aus Stoffen

(1) Bei der Abgabe einer Zubereitung aus einem Stoff oder mehreren Stoffen, die in Apotheken angefertigt wird, sind

1. ein Festzuschlag von 90 Prozent auf die Apothekeneinkaufspreise ohne Umsatzsteuer für Stoffe und erforderliche Verpackung,

2. ein Rezepturzuschlag nach Absatz 3,

3. ein Festzuschlag von 8,35 Euro für Zubereitungen nach Absatz 3, die nicht Absatz 6 unterfallen sowie die Umsatzsteuer zu erheben.

(2) Auszugehen ist von den Apothekeneinkaufspreisen der für die Zubereitung erforderlichen Mengen an Stoffen und Fertigarzneimitteln. Maßgebend ist

1. bei Stoffen der Einkaufspreis der üblichen Abpackung,

2. bei Fertigarzneimitteln der Einkaufspreis nach § 3 Abs. 2 der erforderlichen Packungsgröße, höchstens jedoch der Apothekeneinkaufspreis, der für Fertigarzneimittel bei Abgabe in öffentlichen Apotheken gilt.

(3) Der Rezepturzuschlag beträgt für

1. die Herstellung eines Arzneimittels durch Zubereitung aus einem Stoff oder mehreren Stoffen bis zur Grundmenge von 500 g, die Anfertigung eines gemischten Tees, Herstellung einer Lösung ohne Anwendung von Wärme, Mischen von Flüssigkeiten bis zur Grundmenge von 300 g 3,50 Euro,

2. die Anfertigung von Pudern, ungeteilten Pulvern, Salben, Pasten, Suspensionen und Emulsionen bis zur Grundmenge von 200 g, die Anfertigung von Lösungen unter Anwendung von Wärme, Mazerationen, Aufgüssen und Abkochungen bis zur Grundmenge von 300 g 6,00 Euro,

3. die Anfertigung von Pillen, Tabletten und Pastillen bis zur Grundmenge von 50 Stück, die Anfertigung von abgeteilten Pulvern, Zäpfchen, Vaginal-Kugeln und für das Füllen von Kapseln bis zur Grundmenge von 12 Stück, die Anfertigung von Arzneimitteln mit Durchführung einer Sterilisation, Sterilfiltration oder aseptischen Zubereitung bis zur Grundmenge von 300 g, das Zuschmelzen von Ampullen bis zur Grundmenge von 6 Stück 8,00 Euro.

Für jede über die Grundmenge hinausgehende kleinere bis gleich große Menge erhöht sich der Rezepturzuschlag um jeweils 50 Prozent.

(4) Trifft die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen Vereinbarungen über Apothekeneinkaufspreise, die der Berechnung zugrunde gelegt werden sollen, so ist der Festzuschlag nach Absatz 1 Nr. 1 für die durch diese Vereinbarungen erfassten Abgaben abweichend von den Absätzen 1 und 2 auf diese Preise zu erheben. Das Gleiche

gilt, wenn Sozialleistungsträger, private Krankenversicherungen oder deren Verbände mit Apotheken oder deren Verbänden entsprechende Vereinbarungen treffen; liegt eine solche Vereinbarung nicht vor, kann auf die nach Satz 1 vereinbarten Preise abgestellt werden. Besteht keine Vereinbarung über abrechnungsfähige Einkaufspreise für Fertigarzneimittel in Zubereitungen nach Satz 1 oder Satz 2, ist höchstens der Apothekeneinkaufspreis zu berechnen, der bei Abgabe an Verbraucher auf Grund dieser Verordnung gilt. Bei einer umsatzsteuerfreien Abgabe von parenteralen Zubereitungen aus Fertigarzneimitteln in der Onkologie zur ambulanten Versorgung durch Krankenhausapotheken ist höchstens der Apothekeneinkaufspreis nach Satz 3 einschließlich der in diesem enthaltenen Umsatzsteuer zu berechnen.

(5) Trifft die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen Vereinbarungen über die Höhe des Fest- oder Rezepturzuschlages nach Absatz 1, so sind die vereinbarten Zuschläge abweichend von Absatz 1 oder Absatz 3 bei der Preisberechnung zu berücksichtigen. Das Gleiche gilt, wenn Sozialleistungsträger, private Krankenversicherungen oder deren Verbände mit Apotheken oder deren Verbänden entsprechende Vereinbarungen treffen; liegt eine solche Vereinbarung nicht vor, kann auf die nach Satz 1 vereinbarten Preise abgestellt werden.

(6) Besteht keine Vereinbarung über Apothekenzuschläge für die Zubereitung von Stoffen nach Absatz 5 Satz 1 oder Satz 2, beträgt der Zuschlag für parenterale Lösungen abweichend von Absatz 1 oder Absatz 3 für

1. zytostatikahaltige Lösungen 90 Euro,
2. Lösungen mit monoklonalen Antikörpern 87 Euro,
3. antibiotika- und virustatikahaltige Lösungen 51 Euro,
4. Lösungen mit Schmerzmitteln 51 Euro,
5. Ernährungslösungen 83 Euro,
6. Calciumfolinatlösungen 51 Euro,
7. sonstige Lösungen 70 Euro.

§ 6 Notdienst

Bei der Inanspruchnahme in der Zeit von 20 bis 6 Uhr, an Sonn- und Feiertagen sowie am 24. Dezember, wenn dieser Tag auf einen Werktag fällt, bis 6 Uhr und ab 14 Uhr können die Apotheken einen zusätzlichen Betrag von 2,50 Euro einschließlich Umsatzsteuer berechnen.

§ 7 Betäubungsmittel und Arzneimittel nach § 3a der Arzneimittelverschreibungsverordnung

Bei der Abgabe eines Betäubungsmittels, dessen Verbleib nach § 1 Absatz 3 der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung nachzuweisen ist, sowie bei der Abgabe von Arzneimitteln nach § 3a der Arzneimittelverschreibungsverordnung können die Apotheken einen zusätzlichen Betrag von 2,91 Euro einschließlich Umsatzsteuer berechnen.

§ 8/9/10/11 Sonderbeschaffung, Angaben auf der Verschreibung, [...]

Schlussformel Der Bundesminister für Wirtschaft.

4.2 Marktentwicklung bei aufgehobener Preisbindung für europäische Versandapotheken

Im Verlauf des vorliegenden Forschungsprojektes wurde durch das 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 des Forschungsprojektes und konsistent mit den räumlichen und sachlichen Bezugsrahmen des übrigen 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. Diese Fragestellung wird in Kapitel 11.4.2 (Steigende Marktanteile des Versandhandels, S. 200 ff.) beantwortet.

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 wird daher noch fokussierter im vorliegenden Gutachten analysiert als ursprünglich geplant (Kapitel 11, S. 194 ff.). Wettbewerb unter den Apotheken führt u. A. dazu, dass nicht alle Apotheken den gleichen Umsatz und Betriebsüberschuss realisieren. Derzeit besteht Wettbewerb zwischen Vor-Ort-Apotheken sowie zwischen Vor-Ort- und in- und ausländischen Versandapotheken. Der zweite Faktor, der Einfluss hat auf Umsatz und Betriebsüberschuss und damit auf die wirtschaftliche Situation der Apotheken, ist der Standort inkl. der Personalsituation, der einen Grundumsatz überhaupt ermöglichen können muss. Für den Einfluss von verstärktem Wettbewerb auch von Versandhändlern des europäischen Auslands werden diese beiden Faktoren untersucht (vgl. Kapitel 11.4 Wirtschaftliche Situation der Apotheken und Effekte des europäischen Versandhandels, S. 198 ff.).

5. Konzept und Methodik des Forschungsvorhabens

Zweistufiges Design

Das Forschungsprojekt hat gemäß der Fragestellung ein zweistufiges Design. In der ersten Stufe werden die theoretischen Berechnungskonzepte und die aktualisierbare Datengrundlage erarbeitet und angewendet. In der zweiten Stufe werden auf der Basis der ersten Stufe alternative Berechnungswege aufgezeigt (Abbildung 4).

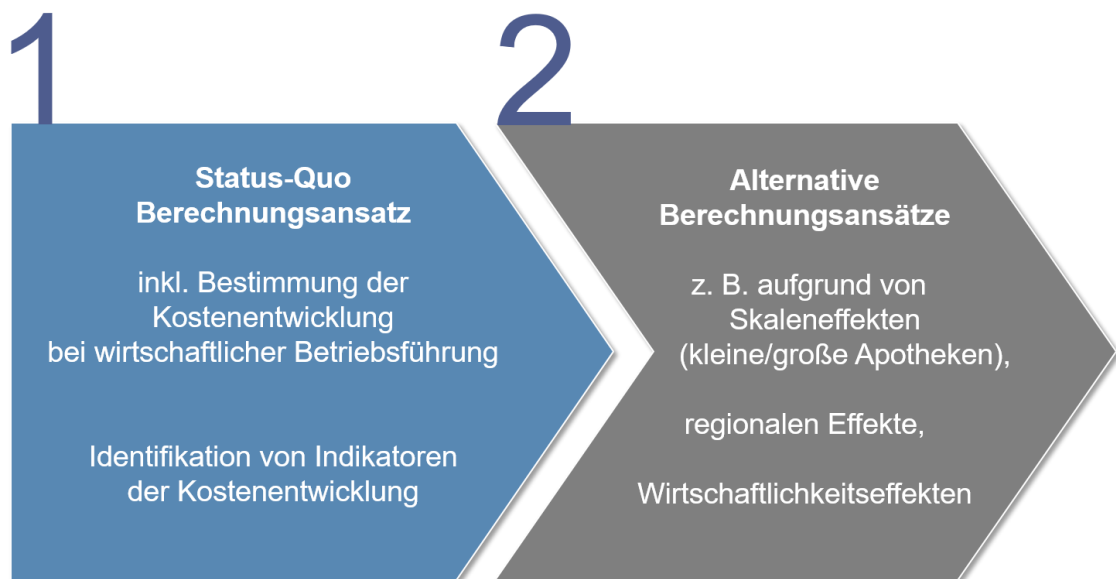


Abbildung 4: Zweistufiges Projektdesign zur AMPreisV

Die beiden Bereiche „Status-Quo-Berechnungsansatz“ und „Alternative Berechnungsansätze“ bilden ausschreibungsgemäß zwei Projektphasen. Um die Fragestellungen in den beiden Projektphasen zu beantworten sowie die benannten Anforderungen zu erfüllen, ist für die beiden Projektphasen ein Datenkonzept entwickelt worden.

Datenmodell der Projektphasen: Bausteine der Berechnungsansätze

Die Status-Quo-Berechnung bezieht sich auf die Prüfung der aktuellen AMPreisV, während die alternativen Berechnungsansätze Reformen der AMPreisV betrachten. Status-Quo- und alternative Berechnungen sind in der Analyse zunächst unabhängig. Die drei Bausteine der Status-Quo-Berechnung werden ebenfalls getrennt dargestellt und behandelt: Sie enthalten Datenquellen, die bereits in bisherige Berechnungen eingeflossen sind („Vorliegende Daten“, Baustein 1) und neue Daten (Bausteine 2 und 3). Diese werden jedoch im Ergebnis kombiniert, so dass sich die Berechnungswege gegenseitig ergänzen und validieren können. Dabei sind alle Module derart konzipiert, dass sie jeweils unabhängig voneinander belastbar sind.

Alle Bausteine der Status-Quo-Berechnung betrachten jeweils die relevanten Preise in der AMPreisV für Apotheken und vollversorgenden pharmazeutischen Großhandel. Für die gesonderte Betrachtung der

Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) geregelten Preise

vollversorgenden pharmazeutischen Großhändler, erfolgte eine Sonderauswertung der Jahresstatistik im Handel durch das Statistische Bundesamt, die ausschließlich die Mitglieder des PHAGRO als vollversorgende Großhändler umfasst. Die Abbildung 5 zeigt das Datenkonzept im Überblick.

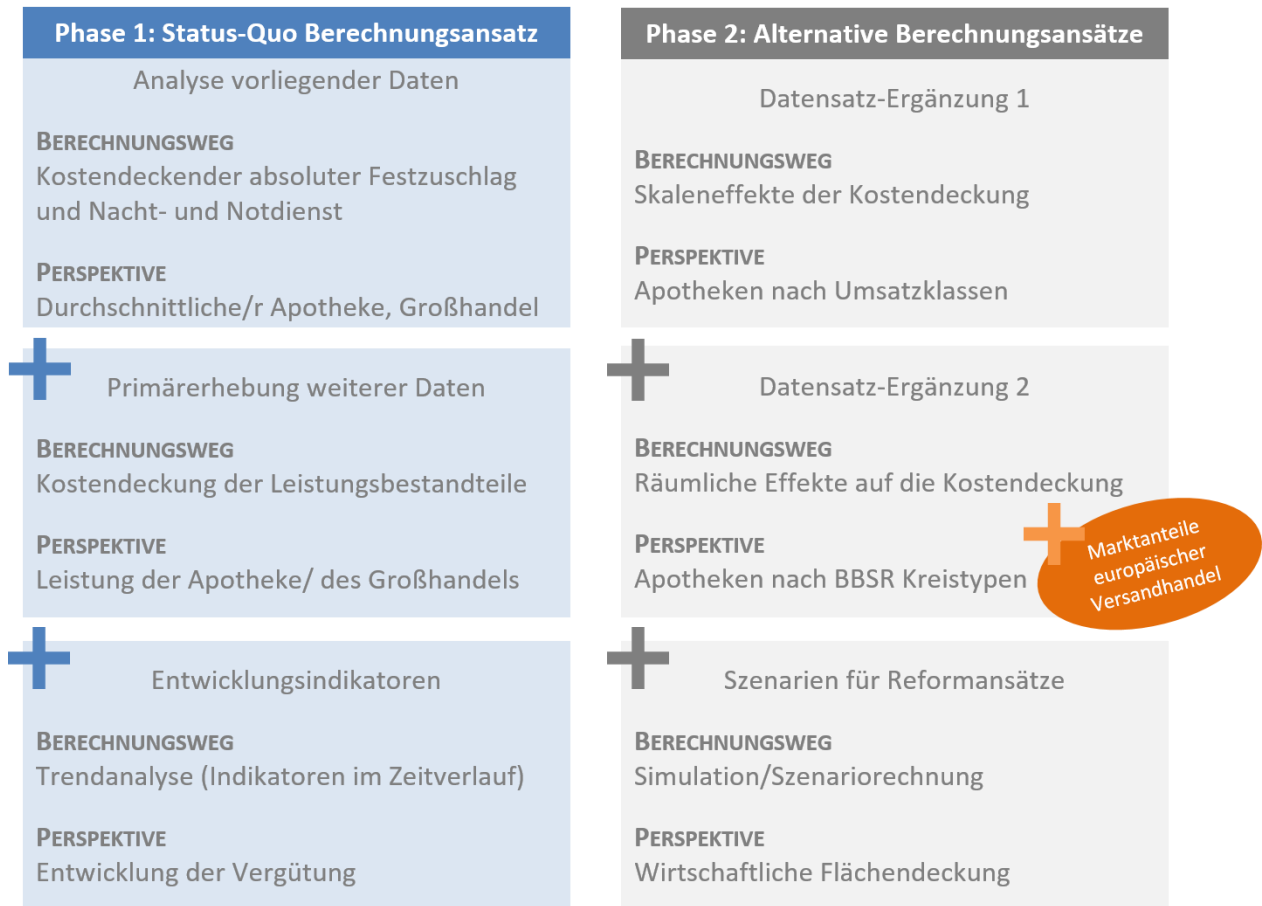


Abbildung 5: Datenmodell zur Prüfung für die Festlegung bzw. Anpassung der Preise/Preiszuschläge der AMPreisV

Die Bausteine der Phase 2 des Projektes zu alternativen Berechnungswegen unterscheiden ebenfalls unterschiedliche Perspektiven. In den ersten beiden Bausteinen werden die vorliegenden Daten für die Perspektive der Unternehmensgrößenklassen und des regionalen Umfelds ausdifferenziert, um zu prüfen, ob durch die AMPreisV strukturelle Unterschiede zwischen den Apotheken zu Benachteiligungen in der Vergütung führen und daher Änderungsbedarf besteht.

Der dritte Baustein stellt Berechnungswege aktuell diskutierter Reformvorschläge dar sowie Berechnungsansätze für Reformansätze, die sich aus der prüfenden Status-Quo-Berechnung ergeben haben.

Verworfenne Projektkonzepte: Benchmark

Im ursprünglichen Konzept war in diesem Baustein eine externe Benchmark-Analyse angedacht, die zugunsten konkreterer Ansätze verworfen wurde, z. B. mit dem Vergleich der Kostenstrukturen von

homogenen Gruppen von Apotheken wie z. B. den Zytostatika-herstellenden Apotheken (vgl. Kapitel 8.4.4 Vergütung parenterale Zubereitungen, S. 145 ff.). Ein Vergleich mit anderen Einzelhandels- und Großhandelswirtschaftszweigen erwies sich zudem nur als bedingt hilfreich: Im Vergleich zu anderen freien Berufen wie Ärzten, Rechtsanwälten oder Architekten ist nur die Apotheke gleichzeitig auch Handelsunternehmen, was die Vergleichbarkeit einschränkt. Auch der Vergleich mit dem durch Niederlassungsbeschränkung geprägten ärztlichen Bereich ist nur unter starken Einschränkungen sinnvoll.

Bei einem Benchmark des vollversorgenden pharmazeutischen Großhandels mit anderen Großhandelsformen ist vor allem der hohe Wert der Arzneimittel im Vergleich zu anderen Warengruppen der limitierende Faktor. Während auch andere Branchen gesetzliche Auflagen z. B. zur Kühlung erfüllen müssen, ist der Markt des vollversorgenden pharmazeutischen Großhandels von mehreren weiteren Besonderheiten geprägt, die eine Vergleichbarkeit nur eingeschränkt zulassen: z. B. ein vergleichsweise hoher Umsatz pro Einheit bei gleichzeitigem Kontrahierungszwang (d. h. alle zugelassenen Arzneimittel müssen geführt werden). Wenige Unternehmen agieren in einem vergleichbar geschützten Umfeld, das sich durch einen hohen Prozentsatz an gesicherter Abnahme aufgrund der vergleichsweise stabilen Krankheitsquote der Bevölkerung auszeichnet und die Produkte zudem zu einem hohen Anteil gesetzlich über die Krankenkassen finanziert werden. **Statt eines Benchmark-Ansatzes werden daher konkrete Reformansätze mit Daten und Berechnungswegen hinterlegt.**

Analyseebenen der Berechnung

Alle Module beziehen sich in der Berechnung auf zunächst auf alle öffentlichen Apotheken und den vollversorgenden Großhandel in Deutschland.

Zweite Untersuchungsebene bilden räumliche Differenzierungen auf Einzelapothekenebene oder Gemeinde-, oder 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 (vgl. Kapitel 6.3.1, S. 76 f.). Zusätzlich werden Unternehmensgrößenklassen differenzierter betrachtet (vgl. Kapitel 5.2, S. 40 ff.).

Gemäß Zusatzbeauftragung des BMWi vom 13. Februar 2017 wird konsistent zu den Berechnungen zur AMPPreisV explizit auf mögliche wirtschaftliche Effekte einer möglichen steigenden Marktmacht des Versandhandels aus dem EU-Ausland auf die Vor-Ort-Apotheken in Deutschland eingegangen.

Datengrundlage

Die im Überblick dargestellten Daten-Module beruhen überwiegend auf Daten und Berechnungen der amtlichen Statistik und Ergebnissen der dem Gutachten zugrundeliegenden Primärerhebung. Weiterhin bilden Daten zu Packungsanzahlen den Kern der Datengrundlage, die übereinstimmend von den Leistungs- und Kostenträgern sowie neutraler Datenquellen berichtet und somit als Konsens angenommen werden, z. B. Verordnungen der GKV oder die Anzahl abgegebener Betäubungsmittel (BtM). Dies bezieht sich im Wesentlichen auf die Anzahlen der Packungseinheiten der unterschiedlichen Leistungsbereiche der

Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPPreisV) geregelten Preise

Apotheken und Großhändler, die nach AMPreisV unterschiedlich bepreist werden (z. B. Umsatz- und Absatzzahlen zu rezeptpflichtigen Fertigarzneimitteln, Standardrezepturen und parenteralen Lösungen, BtM-Abgaben, Nacht- und Notdienste). Im weiteren Bericht wird jeweils transparent begründet, weshalb welche Datenquellen einbezogen werden und wie sie sich verknüpfen. Den räumlich-sachlichen Rahmen bilden öffentliche Apotheken und vollversorgende Großhändler in Deutschland in einer jährlichen Betrachtung.

Zeitreihe der Berechnungen

Um die Entwicklung der Vergütungsbestandteile beurteilen zu können und letztlich eine Fortschreibung der z. T. nicht jahresaktuell verfügbaren Daten auf einen aktuellen Preis zu ermöglichen, wird eine Zeitreihe ab 2013 betrachtet, die die Berechnungen der Preise auch auf die Vorjahre anwendet. Dadurch kann die Entwicklung der Preise im Zeitverlauf und unter Einfluss von Mengenentwicklungen betrachtet werden. Die Daten der Jahresstatistik im Handel liegen ab 2009 in vergleichbarem Format vor. Im Vergleich zum Jahr 2008 hat es methodische Änderungen in der Jahresstatistik im Handel gegeben, so dass die Werte ab 2009 nur noch bedingt mit den Werten vor 2009 vergleichbar sind. Differenzierte Angaben zu Packungseinheiten liegen überwiegend erst ab 2013 vor.

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 (vgl. Kapitel 6.1 Gesetzliche Grundlagen für öffentliche Apotheken, S. 52 ff.). Alle Analysen in den empirischen Daten-Bausteinen basieren entsprechend auf der Zuordnung von Leistungs- und Kostendaten (Abbildung 6 auf der folgenden Seite; vgl. Kapitel 8.1 Vorliegende Daten: Kosten- & Leistungsdaten, S. 99 ff.). Die Leistungsdaten beziehen sich auf die erbrachten Packungseinheiten sowie zusätzlichen spezifischen Zeiteinheiten (z. B. bei der Rezepturherstellung oder BtM-Abgabe).

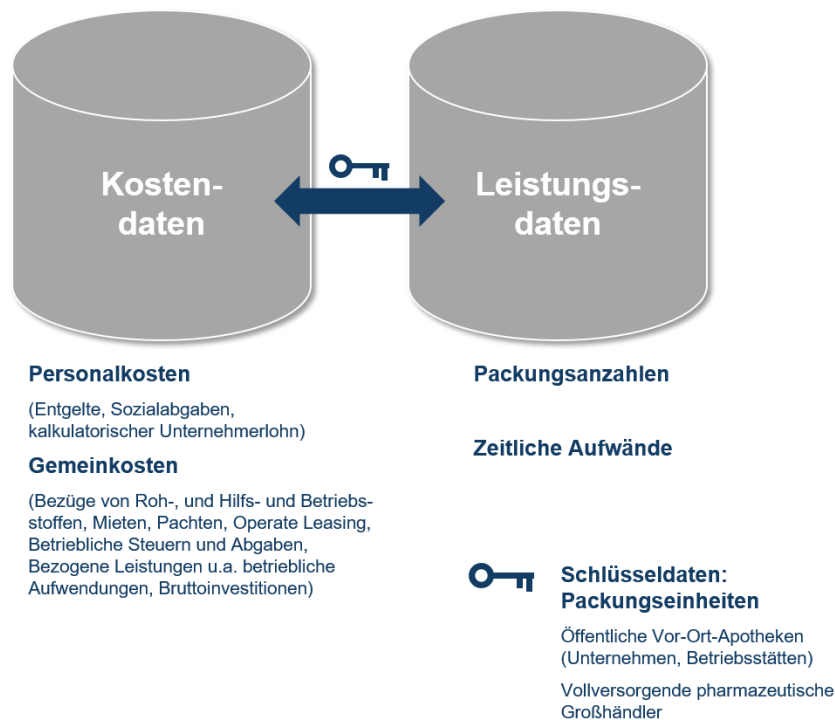


Abbildung 6: Grundlegendes Analysekonzept: Verknüpfung von Kosten- und Leistungsdaten für öffentliche Apotheken und vollversorgenden pharmazeutischen Großhandel

Die Kostendaten sind verschiedene Kostenarten, die für die Erbringung der Leistungen aufgewendet wurden – z. B. Personalkosten, Gemeinkosten (Abbildung 6). Verknüpft werden die Leistungs- und Kostendaten über die Leistungserbringer: Die öffentlichen Apotheken sowie die vollversorgenden pharmazeutischen Großhändler nach § 52b AMG in Deutschland (vgl. Kapitel 7.1.1, S. 89). Die Leistungen der Leistungserbringer sind dann kostendeckend vergütet, wenn die den Leistungen zuzuordnenden Kosten durch die Vergütung der Leistungserbringer gedeckt werden.

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. Im Folgenden wird das Vorgehen in den einzelnen Bausteinen im Detail beschrieben.

5.1 Konzept Phase 1: Status-Quo-Berechnung

Die Phase 1 des vorliegenden Gutachtens macht den größten Teil des Projektes aus, da für die Status-Quo-Analyse der AMPreisV alle theoretischen und empirischen Aspekte evaluiert werden. Die alternativen Berechnungswege der Phase 2 bauen auf der erarbeiteten Datenbasis auf und werden auch theoretisch durch die Berechnungslogiken und gesetzlichen Grundlagen bestimmt, die in der Phase 1 beschrieben und erarbeitet sind.

Die Status-Quo-Berechnung umfasst folgende Schritte:

- Theorie
 - Analyse der gesetzlichen Grundlagen
 - Analyse der Berechnungswege
- Datengrundlage
 - Analyse der Datengrundlage und ihrer Fortschreibung
 - Schließung von Datenlücken (Primärerhebung)
- Status-Quo Berechnung
 - Berechnung der Preisbestandteile auf Basis der gesetzlichen Grundlagen

In diesem Vorgehen sind drei große Vergütungsbereiche der AMPreisV in der Analyse zu unterscheiden:

1. Die Berechnung des absoluten Festzuschlags für rezeptpflichtige Fertigarzneimittel (Rx-FAM).
2. Die Berechnung der weiteren Preisbestandteile für Apotheken.
3. Die Berechnung der Preise für den pharmazeutischen Großhandel.

Gemäß dem Datenmodell (Abbildung 5, S. 26) werden für die Status-Quo-Berechnung vorliegende Daten, Primärdaten und fortgeschriebene Daten (vgl. Tabelle 8, S.129 ff. und Tabelle 46, S. 182) verwendet.

5.1.1 Analyse der gesetzlichen Grundlagen und der Berechnungswege

Die theoretische Analyse recherchiert den für die AMPreisV relevanten gesetzlichen Rahmen sowie die gesetzlichen Vorgaben ihrer Zweckbestimmung und Berechnungslogiken. Berechnungswege, die nicht in der gesetzlichen Grundlage dokumentiert sind, werden ergänzend recherchiert und mit den Gesetztestexten und Gesetzesbegründungen abgeglichen.

Die den Preisbestandteilen zugrundeliegenden Berechnungswege und -logiken werden dargestellt und diskutiert. Lücken in der Herleitung werden darüber hinaus im Projektverlauf durch theoretische Annahmen geschlossen, in dem Ableitungen aus den gesetzlichen Grundlagen getroffen und mit dem projektbegleitenden Arbeitskreis diskutiert werden.

Die Vorgehensweise dieser theoretischen Analyse orientiert sich an den Preisbestandteilen der aktuell geltenden AMPreisV. Ergebnis dieses Projektschrittes ist ein allgemein anerkanntes Konzept der Berechnung der Preisbestandteile der AMPreisV. Die Ergebnisse dieser Analyse bilden den Abschnitt B, S. 52 ff.

5.1.2 Berechnungsweg absoluter Festzuschlag Apotheke

Die Anpassungen der Vergütung im Jahr 2012 bezogen sich ausschließlich auf den absoluten Festzuschlag der Apotheken (§ 3 AMPreisV). Bereits für die ab 2004 geltende AMPreisV wurden nur die Preise für die Festzuschläge für rezeptpflichtige Arzneimittel neu berechnet. Die Rezepturzuschläge im absoluten Zuschlag dagegen wurden nur pauschal erhöht, Notdienst- und Betäubungsmittelregelungen gar nicht angepasst. Der preisunabhängige Zuschlag des Großhandels wurde im Jahr 2012 unabhängig von der Berechnung der Apothekenpreise erstmalig berechnet.

Die kritische Evaluation der Berechnungen des absoluten Festzuschlags in den Jahren 2003 und 2012 sind notwendig, da sich z. B. folgende Unklarheiten zeigen:

1. Unscharf definiert war der Umgang mit dem Unternehmerlohn in der Berechnung, der in der ABDA-Berechnung nach aktuellem Verständnis als kalkulatorische Kosten eingeflossen ist (Diener 2003, vgl. Kapitel 6.2 Aktuelle Berechnungslogik AMPPreisV, S. 72 ff.). Dies ist kein eindeutiges Vorgehen, da der Unternehmerlohn steuerrechtlich und betriebswirtschaftlich bei der Rechtsform der Apotheken (Einzelunternehmen oder OHG) per definitionem nicht zu den Aufwendungen gehört. Hierzu gilt es erstens genau zu prüfen, wie und in welcher Höhe der Unternehmerlohn in bisherigen Rechnungen berücksichtigt wurde und zweitens zu diskutieren, wie er zukünftig eingerechnet werden sollte. Die Analysen der Daten des Statistischen Bundesamtes zeigen, dass es erhebliche Unterschiede zwischen den Betriebsergebnissen der Apotheken gibt, die von deutlich unter Tariflohn bis hin zu hohen sechsstelligen Beträgen reichen und damit die Betriebsergebnisse nicht zwangsläufig die kalkulatorische Basis eines Anteils der Fixkosten bilden kann.
2. Die Zuordnung von Kostenanteilen zu Umsatzanteilen für rezeptpflichtige Arzneimittel (Rx) in Abgrenzung zu den weiteren Produkten erfolgt bisher anhand nicht klar definierter Annahmen. Die Berechnung nach „Hälftiger Absatz-Umsatz-Methode“ wird in keiner Quelle erläutert. Die bisherigen Annahmen der ABDA 2003 und des BMWi 2012 sind daher nachzustellen und zu prüfen. Die Kostendeckung der Vergütung soll sich nach aktueller AMPPreisV ausschließlich auf die durch rezeptpflichtige Arzneimittel (Rx) bedingten Kosten beziehen, da für nicht-rezeptpflichtige Arzneimittel die Preisbindung in der AMPPreisV seit 2004 aufgehoben ist.

Demnach ist neben der Auswahl der validen Kosten- und Leistungsdaten die Frage des kalkulatorischen Unternehmerlohns zu klären sowie die Identifizierung der Kosten, die dem absoluten Festzuschlag zuzuordnen sind.

Differenzen zwischen gesetzlichen Grundlagen und Gesetzesbegründungen auf der einen Seite und konkrete Berechnungsschritte auf der anderen Seite werden analysiert. Schlussfolgernd werden alternative, dem Willen des Gesetzgebers entsprechende Annahmen und Berechnungslogiken entwickelt. Im Kapitel 6.2 Aktuelle Berechnungslogik AMPPreisV, S. 72 ff., wird die Analyse des Berechnungswegs zum absoluten Festzuschlag der Apotheken dargestellt.

5.1.3 Analyse vorliegender Daten

Vorliegende Daten

Für die bisherige Berechnung des absoluten Festzuschlags der Fertigarzneimittel gibt es belastbare vorliegende Daten. Sie bestehen im Wesentlichen aus

1. den Kosten aller öffentlichen Apotheken und der vollversorgenden Großhändler in Deutschland (Kostendaten) und
2. den von öffentlichen Apotheken und Großhandel abgegebenen Packungseinheiten der rezeptpflichtigen Fertigarzneimittel (Leistungsdaten).

Mit der Verknüpfung dieser Daten ist grundsätzlich die Berechnung einer kostendeckenden Vergütung möglich. Da öffentliche Apotheken auch direkt von Herstellern oder von anderen, nicht vollversorgenden, Großhändlern beliefert werden, beziehen sich die Daten für die Apotheken und für die Großhändler auf unterschiedliche Packungsanzahlen. Die Analysen für Apotheke und Großhandel erfolgen überwiegend unabhängig.

Die Leistungsdaten im Sinne von abgegebenen Packungseinheiten werden über mehrere, sich gegenseitig validierende Datenquellen erhoben, da dazu keine Daten des Statistischen Bundesamtes vorliegen (vgl. Kapitel 8.1.4 Leistungsdaten Apotheke: Rx, OTC, Freiwahl, S. 113 ff.). Diese Datenquellen beziehen sich zum größten Teil auf die nahezu vollständig vorliegenden Rezeptdaten der Apothekenabrechnungszentren.

Verknüpfung der Datenquellen zur Kostenstruktur der Apotheken

Die Daten der Jahresstatistik im Handel werden nicht 1 zu 1 in die Berechnung übernommen, sondern in Abstimmung mit dem Statistischen Bundesamt auf die Umsatzdaten des URS sowie die Apothekenzahlen der Apothekerkammern (z. B. ABDA 2016) angepasst. Diese Anpassung erfolgt, um die Kosten der aktuell bestehenden Vor-Ort-Apotheken möglichst vollständig korrespondierend zum Umsatz und damit den Packungsanzahlen abzubilden. Dafür werden drei Datenquellen harmonisiert: Die in der Jahresstatistik im Handel erhobenen Kosten der Apotheken, die im URS registrierten Umsätze der Apotheken-Unternehmen, und die Anzahl der Apotheken in Haupt-/Einzel- und Filialapotheken, gemeldet bei den Apothekerkammern und regelmäßig berichtet von der ABDA. Die Harmonisierung erfolgt anhand folgender Berechnung: Die Daten der Jahresstatistik werden zunächst auf ein Unternehmen heruntergerechnet, dann über die Anzahl der Haupt- und Einzelapotheken der Apothekerkammern wieder hochgerechnet und abschließend die Kosten anhand ihrer Kosten-Umsatz-Quote auf den Apothekenumsatz des URS angehoben.

Daten zu Leistungen mit besonderem Zeitaufwand

Die bisher verwendeten Daten werden erweitert um weitere vorliegende Daten, die Leistungen als Zeitaufwand zu bestimmen helfen und Zeitaufwand wiederum in Kosten abbilden können. Dies sind die Daten zu den Tariflöhnen des Apothekenpersonals, die in den Tarifverträgen der ADEXA abgebildet sind, sowie Arbeitszeitdaten, die sich aus der wöchentlichen Arbeitszeit sowie der normalen Öffnungszeiten und den Notdienstzeiten der Apotheken ergeben. Aus diesen Daten können u. A. auch die kostendeckenden Aufwände für den Nacht- und Notdienst bestimmt werden.

Für eine Aktualisierung der Datenbasis und der Vergütung sind sowohl regelmäßige Neuberechnungen als auch Fortschreibungen an den aktuellen Umsetzungszeitraum notwendig, da nicht alle Daten aktuell vorliegen. Die Fortschreibungsmethode wird im nächsten Abschnitt beschrieben.

5.1.4 Entwicklungsindikatoren/Fortschreibung

Die relevanten Datenquellen liegen mit unterschiedlicher Veröffentlichungsfrequenz und damit Verzögerung zum aktuellen Zeitpunkt vor. Die Vergütung wird jedoch jeweils für das kommende Jahr - bei jährlicher Aktualisierung - und für zwei Jahre bei zweijährlicher Aktualisierung bestimmt. Dafür werden die Werte bis zum aktuellen Zeitpunkt bzw. ggf. bis zum Ende des Zeitraums bis zur nächsten Aktualisierung fortgeschrieben.

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. Es wird 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, erfolgt 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 steigt als die Anzahl teurer Medikamente, gilt der Zusammenhang von Umsatz, Aufwand und Kosten nur begrenzt. **Daher wird jeder Datenpunkt konkret fortgeschrieben. Diese Fortschreibung wird mithilfe der Entwicklung der letzten Jahre umgesetzt. Konkret erfolgt die Fortschreibungsberechnung anhand des gleitenden Durchschnitts der Veränderungsdaten der vorangehenden 3 Jahre.** D. h. es wird z. B. für das zu schätzende Jahr 2017 der Durchschnitt der Veränderungsdaten von 2013 auf 2014, von 2014 auf 2015 und von 2015 auf 2016 berechnet und mit dem 2016er Wert multipliziert. **Diese Vorgehensweise wird 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.**

Konservative Fortschreibung Kostendaten

Kostendaten der Jahresstatistik im Handel liegen mit ca. 2,5 Jahren Verzögerung vor. In der Monatsstatistik des Handels liegen dagegen die Umsatz- und Beschäftigtenentwicklung des Wirtschaftszweigs „Apotheken und Einzelhandel mit medizinischen, orthopädischen und kosmetischen Artikeln“ mit nur zweimonatiger Verzögerung vor. Von dieser Monatsstatistik können teilweise Rückschlüsse auf die Kostenentwicklung in der Jahresstatistik des Handels gezogen werden.

Die Kostendaten der Jahresstatistik im Handel werden ab 2016 bis 2018 fortgeschrieben, um eine angemessene Empfehlung für eine AMPreisV ab Beginn des Jahres 2018 geben zu können. Die Entwicklungen werden anhand aktuell verfügbarer Daten der Monatsstatistik im Handel überprüft, die jedoch nur umsatz- und beschäftigten-, nicht kostenbasiert ist. Für die Jahre 2009 bis 2015 der Jahresstatistik im Handel zeigt sich dazu eine höhere Korrelation der Kosten mit dem Umsatz als der Kosten mit der Beschäftigtenanzahl. Beide Korrelationen sind mit $> .80$ (.84; .96) sehr hoch und statistisch signifikant (mit statistischer Irrtumswahrscheinlichkeit kleiner 5 %) und damit auf aggregierter Ebene so hoch, dass sie als Indikatoren für die Entwicklungen dienen können.

Die Fortschreibung erfolgt konservativ in dem Sinne, dass immer zugunsten einer im Zweifel etwas höheren Vergütung gerechnet wird. Hat es in der Vergangenheit Kosteneinsparungen gegeben, werden sie nicht in die Zukunft fortgeschrieben, Kostenerhöhungen jedoch schon. Dieses Vorgehen ist durch die in regelmäßigen Abständen von 1 bis 2 Jahren geplante Aktualisierung der Berechnungen auch vor den Kostenträgern zu rechtfertigen.

Die Daten zu den 12 pharmazeutischen Großhändlern liegen als Sonderauswertung der Jahresstatistik im Handel vor und sind nicht mit den Unternehmen des Wirtschaftszweiges Pharmazeutischer Großhandel vergleichbar. Es kann daher anhand der vorhandenen Konjunkturstatistiken für den allgemeinen pharmazeutischen Großhandel auf Umsatzbasis keine Kostenfortschreibung für den vollversorgenden Großhandel erfolgen (z. B. durch die Monatsstatistik im Handel). Die vergangenheitsbezogene Fortschreibung ist auch hier daher die angemessenere Methode.

Die Kosten der vollversorgenden pharmazeutischen Großhändler haben sich in den letzten Jahren gegenläufig zum Umsatz entwickeln. Bei der Fortschreibung werden stets nur Kostensteigerungen in die Vergütung einbezogen, insbesondere wenn sie durch relevante externe Entwicklungen wie z. B. Anstieg der Packungseinheiten begleitet werden. Kostensenkungen können auf spezifischen Maßnahmen der Unternehmen beruhen, die nicht ohne weiteres auf die Zukunft fortschreibbar sind und werden deshalb nicht berücksichtigt. Dieses Vorgehen stellt eine konservative Berechnung sicher, die immer in Richtung einer zu hohen als zu niedrigen Vergütungsbemessung führt.

Konservative Fortschreibung Leistungsdaten

Die Entwicklung der Leistungsmengen ist durch die Anzahl der Verordnungen/Packungen insgesamt sowie aufgeschlüsselt nach Fertigarzneimitteln, BTM und AMPPreisV-relevanten Zubereitungen mit nur geringer Verzögerung durch die GKV sowie die ABDA abgebildet:

Die GKV-Arzneimittelschnellinformation (GAmSi) berichtet mit zweimonatiger Verzögerung über die Verordnungsmengen der GKV im vertragsärztlichen Bereich (<http://www.gkv-gamsi.de>). Die ABDA berichtet jährlich in der Veröffentlichung „Zahlen Daten Fakten“.

Die Löhne sind tariflich festgelegt und damit kontinuierlich dokumentiert, die Anzahl der Beschäftigten wiederum wird näherungsweise in der Monatsstatistik im Handel abgebildet.

Die Leistungsdaten liegen überwiegend für den Zeitraum 2013 bis 2016 bzw. 1. Halbjahr 2017 vor. Die Daten liegen demnach etwas aktueller vor, aber mit kürzerer Zeitreihe in die Vergangenheit. Die Daten werden nicht zur Angleichung an die Kostendaten bis 2009 zurückgeschrieben, da sich die Ergebnisse der Berechnungen in den Jahren 2013 bis 2016 als hinreichend stabil oder stetig steigend / stetig fallend zeigen, um die Berechnungsmethode als konsistent auszuweisen. Die Fortschreibung für 2017 und 2018 bezieht die Entwicklung des 1. Halbjahres 2017 mit ein. Da die Entwicklung der Verordnungen in den vorangegangenen Jahren steigend war, aber das 1. Halbjahr 2017 Rückgänge zeigt, werden die Steigerungen der Vorjahre in der Fortschreibung der Anzahl der Verordnungen ignoriert und der Wert bis 2018 konstant gehalten. Dies kann zwar u. A. vor dem Hintergrund der alternden Bevölkerung oder der Flüchtlingszuwächse nicht als gesichert angesehen werden, stellt jedoch im Sinne des konservativen Berechnungsansatzes des vorliegenden Gutachtens eine Annahme in Richtung einer im Zweifel höheren Vergütung zugunsten der Apotheken dar.

Die Fortschreibungsmechanismen verbessern die Aktualität der Vergütungsberechnung. Dennoch stellen die Fortschreibungen, die teilweise über zwei Jahre reichen, nur Schätzungen dar. Eine regelmäßige, z. B. jährliche Aktualisierung reduziert mögliche Verzerrungen durch Schätzungen auf ein möglichst geringes Maß.

Aktualisierbarkeit Datenbasis Apothekenpreise

Die zukünftige Verwendung der vorliegenden Daten bzw. die Aktualisierbarkeit ist gewährleistet, da die dafür in Frage kommenden Datenquellen kontinuierlich erhoben werden. Die Zusammenstellung der Kostendaten der Jahresstatistik im Handel, der Bestimmung eines kalkulatorischen Unternehmerlohns nach TVöD E15, die Analyse von Arbeitszeiten und Tarifen sowie die konsistenten Angaben zu den Packungseinheiten bilden eine umfassende Datenbasis, um die Preise in der AMPreisV regelmäßig in einem Gesamtzusammenhang zu prüfen.

Das ist vor allem deshalb möglich, da auf Ebene aller Apotheken und vollversorgenden Großhändler in Deutschland ausgewertet wird und auf diesem Aggregationsniveau die meisten Daten kontinuierlich verfügbar sind. Alle verwendeten Datenquellen werden aktualisiert veröffentlicht und können in Zukunft vergleichbar sekundäranalytisch untersucht werden. Anpassungen der Zeitbedarfe aus der Primärerhebung können im Zusammenhang mit der Änderung von gesetzlichen Anforderungen zukünftig gezielter erfolgen, indem überwiegend nur noch zusätzliche oder reduzierte Prozesse erhoben werden müssen.

Zukünftiger Einbezug der Wirtschaftlichkeit der Betriebsführung

Die Wirtschaftlichkeit der Betriebsführung ist noch nicht in das theoretische Konzept und auch nicht in der Datenbasis verankert, u. A. da es dafür keine (Legal-)Definition gibt (vgl. Kapitel 6.3.2, S. 77 ff.). Mit der Überarbeitung der AMPreisV wird jedoch ein Gesamtsystem etabliert, das sich als Ausgangspunkt der Betrachtung der Wirtschaftlichkeit eignet. In der Aktualisierung kann die Wirtschaftlichkeit der Betriebsführung in Bezug zu diesem Ausgangspunkt gesetzt werden. Dies ist für die weiteren Aktualisierungen von Relevanz, da die Effekte einer Vergütungsanpassung auf die Kosten teilweise unbekannt sind und überwacht werden sollten.

Für die aktuelle Berechnung wird die Summe der Kosten aller Apotheken angenommen. Da sich die Vergütung auf Packungseinheiten bezieht, ist es bereits ein Prinzip der wirtschaftlichen Betriebsführung, dass Apotheken, die wirtschaftlicher handeln, mehr Packungen abgeben und damit einen höheren Umsatz erwirtschaften sowie bei geringeren Kostenstrukturen aus diesem Umsatz einen höheren Gewinn erwirtschaften können. Wettbewerb unter den Apotheken führt dazu, dass nicht alle Apotheken den gleichen Umsatz und Betriebsüberschuss realisieren. Derzeit besteht Wettbewerb zwischen Vor-Ort-Apotheken sowie zwischen Vor-Ort- und in- und ausländischen Versandapotheken. Der zweite Faktor, der Einfluss hat auf Umsatz und Betriebsüberschuss und damit auf die wirtschaftliche Situation der Apotheken, ist der Standort, der einen Grundumsatz überhaupt ermöglichen können muss. Für den Einfluss von verstärktem Wettbewerb auch von Versandhändlern des europäischen Auslands müssen diese beiden Faktoren untersucht werden. Die aktuelle wirtschaftliche Situation der Apotheken wird im Kapitel zur flächendeckenden Versorgung (Kapitel 11.4.1, S. 198 ff.) beschrieben.

Über diese wirtschaftliche Situation wird über die Kennzahlen zu Umsatz und Kosten regelmäßig in der Jahresstatistik des Handels berichtet und ist damit Teil der aktualisierbaren Datenbasis. Durch die sehr differenzierte Auswertung nach Siedlungsstruktur und Unternehmensgröße kann die Kostenentwicklung der Apotheken auch z. B. an wirtschaftlich agierenden Teilgruppen statt an der Gesamtsumme aller Apotheken festgemacht werden. Dies ist im Rahmen der ersten Aktualisierungen datenbasiert zu klären.

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.

5.1.5 Primärerhebung

Bereits in der Konzeptionsphase des Projektes war abzusehen, dass es für viele Preisbestandteile der AMPPreisV an Datengrundlagen mangelt. Es wurden daher ergänzend zu den aktualisierbaren Sekundärquellen grundlegende Primärerhebungen durchgeführt, deren Ergebnisse die Leistungen der Apotheke und des Großhandels vollständig beschreiben als bisher verfügbare Daten.

Eine kostenbasierte Vergütung für Standardrezepturen, parenterale Lösungen und dokumentationspflichtige Betäubungsmittel (BtM) war in den letzten Berechnungen im Jahr 2003 und 2012 nicht berücksichtigt worden oder nur dahingehend, pauschal erhöht zu werden. Zudem ergaben die Recherchen im Projekt, dass laut Gesetzesbegründung kaufmännische Leistungen der Apotheken über den prozentualen Festzuschlag bei Fertigarzneimitteln vergütet werden sollten. Für diesen prozentualen Festzuschlag für rezeptpflichtige Arzneimittel (aktuell 3 %) gibt es insgesamt keine Datengrundlage im Sinne von mit Leistungen verbundenen Aufwänden.

Beim Großhandel werden der absolute und der relative Festzuschlag für rezeptpflichtige Fertigarzneimittel ebenfalls mit einer kostendeckenden Vergütung gerechtfertigt (PHAGRO 2015). Die dazu vorliegenden Expertenschätzungen aus dem Jahr 2010 sind jedoch nur teilweise transparent (vgl. Kapitel 7.3 Aktuelle Berechnungslogik AMPPreisV, S. 94 ff.) und nicht auf dem aktuellen Stand, so dass auch hier eine aktualisierende Primärerhebung von Daten notwendig geworden ist.

Daher bildet der im folgenden beschriebene Baustein „Primärerhebung“ ergänzend zu den vorliegenden Daten eine wesentliche Grundlage für die Bestimmung der Preise in der AMPPreisV. Um der Anforderung gerecht zu werden, Daten mit vertretbarem Aufwand durch das BMWi (oder von diesem beauftragten Dritten) fortschreiben zu können, wird eine möglichst auf Sekundärdaten beruhende Berechnungslogik verfolgt. Nur in den Teilaspekten, für die keine belastbaren Sekundärdaten vorliegen, werden Daten neu

erhoben. Bei dieser Primärerhebung wird zudem darauf geachtet, dass das Detailniveau der erfassten Daten vergleichbar ist mit dem Detailniveau der Sekundärdaten und somit auch verknüpfbar ist.

Die Kosten aus der Jahresstatistik des Handels müssen zur Anzahl rezeptpflichtiger Arzneimitteln genauso zugeordnet werden wie für Aufwände für Standardrezepturen, parenterale Lösungen und dokumentationspflichtige Betäubungsmittel (BtM). Für diese Leistungsbereiche liegen aktuell, bis auf eine Studie zu BtM (Hüsgen 2014), keine verfügbaren Daten vor.

Aktuell gibt es hinsichtlich der Höhe der Zuschläge für Standardrezepturen und BtM auch nach der Erhöhung seit Mai 2017 keine Berechnungsgrundlage zu einer durch die Zuschläge realisierten Kostendeckung. Anhand von bestehenden Abschätzungen ist davon auszugehen, dass diese Leistungen nicht annähernd kostendeckend vergütet werden (z. B. Hüsgen 2014). Vor diesem Hintergrund geht es in der Primärerhebung dieser Aufwände erstmalig um eine Aufwandschätzung für eine kostendeckende Vergütung und eine entsprechende Erfassung der Personal- und weiteren Kosten.

Konzeption der Primärerhebung Apotheke

Da es sich um sehr komplexe Leistungsfelder handelt, ist es für die Konzeption der Primärerhebung entscheidend, einerseits hinreichend präzise Daten zu gewinnen, die den durchschnittlichen Aufwand einer Apotheke belastbar abbilden, andererseits Scheingenauigkeit in der Primärerhebung zu vermeiden, um Besonderheiten der Stichprobe der Primärerhebung nicht über zu bewerten.

Für die Primärerhebung der Kosten für die spezifischen in der AMPPreisV berücksichtigten Leistungen existieren theoretisch mindestens drei Möglichkeiten:

1. Teilnehmende Beobachtung und Messung der Prozesszeiten,
2. experimentelle Untersuchung der Prozesse,
3. Selbstauskunft der Apothekerinnen und Apotheker sowie der Großhändler über die zeitlichen und sachlichen Aufwendungen.

Im Projektverlauf wurde der dritten Vorgehensweise der Vorzug gegeben. Während die ersten beiden Primärerhebungsmethoden zunächst präzisere Ergebnisse versprechen, sind sie gleichzeitig mit wesentlichen Nachteilen verbunden: Die teilnehmende Beobachtung erlaubt nur eine kleine Stichprobe an Apotheken, so dass der Stichprobenziehung in Bezug auf die Repräsentativität eine besondere Bedeutung zukommt, die sich nicht nur auf die Auswahl der Apotheken, sondern auch auf die Messzeitpunkte und die Dauer der Beobachtung bezieht. Zusätzlich ist in der Abgabe von Arzneimitteln zentral der Datenschutz der Patientinnen und Patienten zu beachten, die letztlich nicht ohne Einwilligung Teil der Primärerhebung werden dürfen. Die Apotheke wiederum wird sich neben Themen des Datenschutzes (u. a. in Hinblick der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter) auch unter Beobachtung ggf. anders verhalten als in unbeobachteten Situationen (Verzerrung/Bias durch sozial erwünschtes Verhalten). Weiterhin wird die Generierung der Stichprobe erschwert durch eine vor dem Hintergrund der brisanten Fragestellung vermutete eingeschränkte Bereitschaft der Apotheken an der Studie teilzunehmen.

Die zweite Alternative, die experimentelle Untersuchung der Prozesse, erlaubt neben der Präzision auch die Vorgabe eines zu erfüllenden Standards und könnte somit auch einen Effizienzfaktor in die Vergütung einbringen. Gegen diese Primärerhebungsform spricht die vergleichsweise aufwendige Prozessdefinition des Experiments sowie wiederum die Auswahl der als prototypisch anzusehenden Standardrezepturen,

Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPPreisV) geregelten Preise

parenteralen Lösungen und BtM-Dokumentationen. Dieses Vorgehen kann für häufige Prozesse zukünftig sinnvoll sein, wurde jedoch für das vorliegende Gutachten als zu spezifisch und für die Gewinnung von Durchschnittswerten nicht als forschungsökonomisch im Vergleich zur Selbstauskunft der Apothekerinnen und Apotheker bewertet.

In der dritten Alternative, der Selbstauskunft, können die realen Erfahrungen vieler Apothekerinnen und Apotheker in die Durchschnittsberechnung einfließen und die Akzeptanz der Ergebnisse erhöhen. Wenn es um die Vergütung der Leistung geht, ist die Selbstauskunft jedoch gefährdet, überschätzend zu sein (im Sinne von sozial erwünschten Einschätzungen zur Vermeidung von Nachteilen; z. B. Hossiep 2017). Hohe Zeitangaben könnten von den Teilnehmer/-innen hier kognitiv mit einer resultierenden hohen Vergütung verbunden werden. Um der Überschätzung entgegenzuwirken, ist der Fragebogen folgendermaßen aufgebaut:

- Abfrage möglichst konkreter Prozessschritte,
- Abfrage auf unterschiedlichen Detailebenen,
- Abfrage in zeitlichen Kategorien (z. B. unter einer Minute, ein bis zwei Minuten, drei bis vier Minuten, ...), die bereits in der Primärerhebung keine Präzision auf Sekundenebene verlangt und damit den Apotheken überhaupt erst erlaubt, über die Vielzahl Ihrer Leistungssituationen einen Durchschnitt zu bilden.

Die deskriptive Analyse der erhobenen Daten erlaubt zudem die Bereinigung von Ausreißern, d. h. von Angaben, die sehr viel höher sind als die überwiegende Zahl der Angaben und damit als überschätzend gelten können. Diese Angaben werden ggf. von der Analyse ausgeschlossen (vgl. Kapitel 8.2.3 Belastbarkeit der Ergebnisse, S. 123 ff.).

Die in der Selbstauskunft abgefragten Prozesse zu den Vergütungsbestandteilen der AMPreisV orientieren sich zur Objektivierung der Angaben an den Richtlinien der Bundesapothekerkammer:

- Prüfung und Lagerung der Ausgangsstoffe (Leitlinie und Kommentar) vom 16.06.2016,
- Prüfung und Lagerung der Primärpackmittel (Leitlinie und Kommentar) vom 16.06.2016,
- Herstellung und Prüfung der nicht zur parenteralen Anwendung bestimmten Rezeptur- und Defekturarzneimittel (Leitlinie und Kommentar) vom 25.11.2015,
- Dokumentation der Prüfung im Rahmen der Herstellung von Defekturarzneimitteln gemäß § 8 Abs. 3 und 4 ApBetrO (Arbeitshilfe) vom 25.09.2015,
- Aseptische Herstellung und Prüfung applikationsfertiger Parenteralia mit CMR-Eigenschaften der Kategorie 1A oder 1B (Leitlinie und Kommentar) vom 08.05.2012,
- Herstellung und Prüfung applikationsfertiger Parenteralia ohne CMR-Eigenschaften der Kategorie 1A oder 1B (Leitlinie und Kommentar) vom 08.05.2012.

Um sicherzustellen, dass die Fragen bzw. Anweisungen im Fragebogen verständlich sind und die Abfolge von Fragen eine für den Probanden logische Reihenfolge besitzt, wurde im Vorfeld der eigentlichen Primärerhebung ein Pretest mit einer Testgruppe von zwei Apotheken durchgeführt, diskutiert und angepasst.

Befragungsinhalt Apotheken

Die eigentliche Befragung wird inhaltlich begrenzt auf den Arbeitsaufwand und adressiert die diesen Aufwand leistenden Berufsgruppen. Die Ausstattung der Apotheke liegt teilweise viele Jahre zurück oder verteilt sich über Investitionen über viele Jahre, so dass sie schlecht durch eine Befragung erhoben werden kann. Die Ausstattung der Apotheke wird daher über die in den Sekundärdaten berichteten Gemeinkosten der gesamten Apotheke anteilig berücksichtigt.

Die Fragebogenkonzeption orientiert sich an der Kalkulation der durch die Rx-Versorgung entstehenden Kosten, die sich aus der Befragung in folgenden Teilschritten ergibt:

- Definition und Abfrage der Leistungsbestandteile der Rx-Versorgung in Anlehnung an die gesetzlich definierten Leistungen,
- Bestimmung/Primärerhebung der mit den Leistungsbestandteilen durchschnittlich verbundenen personellen Ressourcen:
 - Erforderliche Qualifikationen des entsprechenden Personals sowie
 - deren aufzuwendende Zeit,
- Berechnung der zu den personellen Aufwänden äquivalenten Kosten anhand der Tariflöhne.

Der Fragebogen befindet sich im Anhang des vorliegenden Gutachtens (s. Kapitel 15.2, S. 225 ff.)

Primärerhebung Großhandel

Auch der Großhandel ist Bestandteil der Primärerhebung. Hier bilden Kühlartikel und BtM-Logistik in den Statistiken keine separaten Kostenstellen. Dennoch ist offenkundig, dass mit diesen Produkten erhöhter Aufwand verbunden ist, den es zu berücksichtigen gilt. In der Befragung der vollversorgenden pharmazeutischen Großhändler werden die gleichen Prinzipien wie in der Befragung der Apotheken angewendet: Selbstauskunft auf der Basis von Prozessbeschreibungen. Die Prozessbeschreibungen wurden vom PHAGRO zur Verfügung gestellt und konnten über offene Felder durch die teilnehmenden Unternehmen ergänzt werden (vgl. Kapitel 9.2 Primärerhebung, S. 177 ff. sowie Kapitel 15.4 Fragebogen Primärerhebung vollsortierter pharmazeutischer Großhandel im Anhang).

Vollerhebung als Grundlage der Stichprobe

Für die Realisierung möglichst großer und repräsentativer Stichproben werden alle Apotheken und vollversorgenden Großhändler angeschrieben. Diese Vorgehensweise ist allerdings durch die Verfügbarkeit und Gültigkeit von E-Mail-Adressen beschränkt.

Im Ergebnis kann durch die Primärerhebungen die Vergütung in der AMPreisV stärker als bisher den tatsächlichen Leistungen der Apotheken zugeordnet werden. Dies ist bisher nur für die Nacht- und Notdienstvergütung möglich, deren Kosten bzw. Aufwand durch vorliegende Daten bestimmt werden können.

5.2 Konzept Phase 2: Alternative Berechnungsansätze

Die Status-Quo-Berechnungen implizieren, dass die aktuelle Kostenstruktur der Apotheken einer wirtschaftlichen Betriebsführung folgt. Diese Annahme wird bisher jedoch vor allem deshalb verfolgt, da es sehr schwierig ist, wirtschaftliche Betriebsführung genau zu messen und zu definieren und eine Legaldefinition für wirtschaftliche Betriebsführung nicht besteht. Die wirtschaftliche Betriebsführung ist jedoch einerseits im § 78 Satz 2 AMG als Bedingung für die Anpassung des absoluten Festzuschlags für Fertigarzneimittel festgelegt, andererseits ist auch die GKV als größter Kostenträger der Arzneimittelausgaben durch das Wirtschaftlichkeitsgebot verpflichtet, nur notwendige Leistungen zu erstatten (§ 12 SGB V, vgl. S. 57). Die Vergütung sollte daher dieser Maßgabe folgen.

Es ist daher zu prüfen, ob durch die AMPPreisV strukturell eine wirtschaftliche Betriebsführung in der Fläche angemessen vergütet wird. In Bezug auf die flächendeckende Versorgung werden dafür die wirtschaftliche Situation der Apotheken beschrieben und Untergrenzen der Wirtschaftlichkeit einer Apotheke im Sinne von mindestens notwendigen Brutto-Betriebsergebnissen hergeleitet. Es wird überprüft, welchen Einfluss die Größe und der Standort der Apotheke auf die wirtschaftliche Situation der Apotheke hat. Dies wird vor dem Hintergrund der Niederlassungsfreiheit betrachtet (vgl. Kapitel 11 zur flächendeckenden Versorgung, S. 194 ff.).

Basis dieser Analyse sind Sonderauswertungen des Statistischen Bundesamtes zur Jahresstatistik im Handel. Es können Apothekenumsätze und -kosten nach Unternehmensgrößenklassen und räumliche Untergruppen unterscheiden.

Unternehmensgrößenklassen

Die in der Jahresstatistik im Handel unterscheidbaren Unternehmensgrößenklassen sind für rechtliche Unternehmenseinheiten (also nicht Apotheken-Betriebsstätten, sondern Apotheken-Unternehmen mit ein bis vier Standorten):

- unter 1 Mio. €,
- 1 Mio. € bis unter 2 Mio. €,
- 2 Mio. € bis unter 3 Mio. €,
- 3 Mio. € bis unter 5 Mio. €,
- 5 Mio. € bis unter 10 Mio. € und
- 10 Mio. € und mehr.

Diese Unternehmensgrößenklassen sind nicht spezifisch für Apotheken, sondern stellen die in der amtlichen Statistik üblichen Unternehmensgrößenklassen dar, z. B. dem statistischen Unternehmensregister (URS) oder der Jahresstatistik im Handel. Die Unternehmensgrößenklassen sind für diese Statistiken auch Auswahlmerkmal für die Schichtung der Stichproben der Erhebungen des Statistischen Bundesamtes.

Für das vorliegende Gutachten sind die Unternehmensgrößenklassen in Bezug auf Umsatz und Kosten relevant, da sie Informationen zur wirtschaftlichen Situation der Apotheken in Deutschland liefern und Unterschiede in den Kosten kleiner und großer Apotheken aufzeigen.

Siedlungsstrukturelle Kreistypen

Die räumliche Aufteilung erfolgt nach den Siedlungsstrukturellen Kreistypen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR 2017), um Zusammenhänge einer flächendeckenden Versorgung mit der wirtschaftlichen Situation der Apotheken zu analysieren:

1. **Kreisfreie Großstädte:** Kreisfreie Städte mit mind. 100.000 Einwohnern,
2. **städtische Kreise:** Kreise mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten von mind. 50 % und einer Einwohnerdichte von mind. 150 Einwohnern /km²; sowie Kreise mit einer Einwohnerdichte ohne Groß- und Mittelstädte von mind. 150 E./km²,
3. **ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen:** Kreise mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten von mind. 50 %, aber einer Einwohnerdichte unter 150 Einwohnern /km², sowie Kreise mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten unter 50 % mit einer Einwohnerdichte ohne Groß- und Mittelstädte von mind. 100 Einwohnern /km²,
4. **dünn besiedelte ländliche Kreise:** Kreise mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten unter 50 % und Einwohnerdichte ohne Groß- und Mittelstädte unter 100 Einwohnern/km².

Die Ausdifferenzierungen der Kostenstrukturen der Apotheken in Unternehmensgrößenklassen sowie räumliches Umfeld werden analysiert, um mögliche Nachteile einer pauschalen Vergütung auf Packungseinheit zu identifizieren und zu quantifizieren. Bundesländer oder Ost/West-Unterschiede werden nicht betrachtet, da die AMPPreisV bundesweit gilt und mit der Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung im Wesentlichen die Siedlungsstruktur angesprochen ist.

In den folgenden beiden Teilkapiteln werden die konzeptionellen Hintergründe der Betrachtung von Größen- und Standorteffekten noch detaillierter beschrieben.

5.2.1 Skaleneffekte der Kostendeckung

Laut der Daten der Jahresstatistik im Handel der amtlichen Statistik realisieren die Inhaber/-innen mit zunehmender Größe ihres Unternehmens einen höheren Gewinn in absoluten Zahlen im Sinne des Bruttobetriebsüberschusses vor Steuern. Der Bruttobetriebsüberschuss vor Steuern bedeutet, dass von diesem Betrag noch Investitionen zu tätigen sind, die steuerrechtlich nicht als Kosten gelten. Der Rest bildet den Unternehmerlohn, den die Inhaber/-innen versteuern sowie davon ihre eigenen Lohnnebenkosten finanzieren müssen (z. B. Kranken- und Rentenversicherung im Versorgungswerk der Landesapothekerkammern).

Bruttobetriebsüberschüsse nach Umsatzgrößenklassen

Für die Unternehmensgrößenklassen weist das Statistische Bundesamt in der Jahresstatistik des Handels folgende Bruttobetriebsüberschüsse vor Steuern im Jahr 2015 für die Apotheken aus:

- | | | |
|-------------------------------------------------------|-----------|-------------------|
| • unter 1 Mio. € (Ø 0,5 Mio. € Umsatz): | 36.351 € | (7,3% vom Umsatz) |
| • 1 Mio. € bis unter 2 Mio. € (Ø 1,3 Mio. € Umsatz): | 73.916 € | (5,5% vom Umsatz) |
| • 2 Mio. € bis unter 3 Mio. € (Ø 2,1 Mio. € Umsatz): | 126.176 € | (6,0% vom Umsatz) |
| • 3 Mio. € bis unter 5 Mio. € (Ø 3,3 Mio. € Umsatz): | 194.291 € | (5,9% vom Umsatz) |
| • 5 Mio. € bis unter 10 Mio. € (Ø 5,9 Mio. € Umsatz): | 423.594 € | (7,2% vom Umsatz) |

Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPPreisV) geregelten Preise

- 10 Mio. € und mehr (Ø 17,1 Mio. € Umsatz): 837.560 € (4,9% vom Umsatz)

Im Sinne einer möglichst geringen finanziellen Belastung der Bevölkerung ist bei einer kostendeckenden Vergütung unter Anderem relevant, inwiefern die Vergütung überproportional zu Skaleneffekten führt: Das kann einerseits dadurch entstehen, dass z. B. eine größere Menge an Arzneimitteln mit unterproportional geringen Kosten abgegeben werden könnten. Andererseits durch sehr hohe Kosten für die Abgabe kleiner Mengen. Dann wäre die Vergütung nur für einen Teil der Apotheken kostendeckend, für andere Teile ggf. deutlich unter, für andere Teile deutlich über Kostendeckung. Es wird daher im vorliegenden Gutachten untersucht, inwiefern es solche starken Skaleneffekte mit steigender Betriebsgröße und in Bezug auf die Grundausstattung einer Apotheke gibt und falls ja, inwiefern sie durch eine Reform der Vergütung reduziert werden könnten. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund der flächendeckenden Versorgung relevant, wenn die räumliche Analyse zu dem Schluss käme, dass in ländlichen Regionen überwiegend kleine Apotheken betrieben werden und deren wirtschaftliche Leistungsfähigkeit durch die Struktur der AMPreisV wesentlich in Frage gestellt wäre.

Skaleneffekte vs. kosteneffizientes Verhalten

Die Skaleneffekte dürfen nicht verwechselt werden mit kosteneffizientem Verhalten der Apotheker/-innen oder einer erfolgreichen wirtschaftlichen Betriebsführung, was ausdrücklich erwünscht ist und idealerweise durch die Vergütung unterstützt werden sollte. Es geht vielmehr um eine mögliche in der AMPreisV angelegte, d.h. strukturellen Verzerrung der Möglichkeiten einer wirtschaftlichen Betriebsführung. Die dargestellten Brutto-Betriebsüberschüsse und Anteile am Umsatz weisen darauf hin, dass es keine übermäßig starken Skaleneffekte gibt. Kleine Apotheken realisieren absolut gesehen einen geringeren Betriebsüberschuss, aber einen größeren Anteil am Umsatz, um einen Unternehmerlohn zu erwirtschaften. Sehr große, im Sinne von umsatzstarke Apotheken realisieren einen hohen absoluten Betriebsüberschuss trotz prozentual höherer Kostenstruktur. In der Analyse der Skaleneffekte im Kapitel 10 (S. 192 f.) werden zusätzlich zu den Verhältnissen von Umsatz und Bruttobetriebsüberschuss die Kosten von kleinen und großen Apotheken analysiert.

5.2.2 Räumliche Effekte auf die Kostendeckung

Letzte Studie zur Erreichbarkeit von Apotheken 2009

Durch das Thünen-Institut, das Bundesforschungsinstitut für Ländliche Räume, Wald und Fischerei, wurde zuletzt auf der Basis von 2009 eine vollumfängliche Untersuchung zum regionalen Versorgungsgrad mit Dienstleistungen der Grundversorgung für das Jahr 2009 angestellt, inklusive der deutschlandweiten Modellierung der Erreichbarkeit öffentlicher Apotheken. Nach Neumeier (2013) bestand in Deutschland im Berichtsjahr 2009 eine Apothekendichte, die es 99 % der Bevölkerung ermöglicht, eine Apotheke in einem Radius von 15 km in durchschnittlich 4 Minuten zu erreichen (in ländlichen Gebieten mit der Voraussetzung, dass ein Fahrzeug zur Verfügung steht).

Undifferenzierte Darstellung der wirtschaftlichen Situation von Landapotheken

Entgegen den Ergebnissen des vorliegenden Forschungsprojektes (s. Kapitel 11, S. 194 ff.) wird die schlechte Situation der Landapotheken oft hervorgehoben (z. B. Hüsgen & Rösgen 2012), jedoch meist ohne genaue Definition einer „Landapotheke“ und ohne repräsentative Betriebsdaten. Insbesondere fehlt es in den Darstellungen an Vergleichen mit städtischen Apotheken und deren wirtschaftlicher Situation. Sie beantworten damit nicht die Frage, ob es Landapotheken schlechter geht als städtischen Apotheken. Neumeier kommt zu der Erkenntnis, dass Apotheken unabhängig von der regionalen Struktur (z. B. ländlich, städtisch, verdichtet) über eine durchschnittliche Grundreichweite von ca. 3.800 Personen pro Apotheke verfügen. Jenseits dieser Regionen-Mittelwerte gäbe es jedoch viele Apotheken, die unterdurchschnittlich gut zu erreichen sind und damit eine geringere Reichweite besitzen. Diese Apotheken gibt es sowohl in städtischen als auch in ländlichen Regionen. Insgesamt berechnet Neumeier (2013) bereits für das Jahr 2009 für 44 % der Apotheken in Deutschland suboptimale potenzielle Kundenwerte im Sinne von Kundenanzahlen.

Steuerungsfunktion der AMPreisV zur Flächendeckung

Auch Horvath (2012) kommt in Regressionsmodellen zu Einflussfaktoren auf die Apothekendichte auf Kreisebene zu der Erkenntnis, dass nicht ausschließlich die Unterscheidung in Stadt/Land von Bedeutung ist, sondern in erster Linie die Bevölkerung im Kreis, aber auch Faktoren wie die Ärztedichte oder die individuelle Erreichbarkeit durch die Patienten („Transportkosten“) ebenfalls berücksichtigt werden müssen. Horvath (2012) sieht einen Mangel an Steuerungsfunktion der AMPreisV für eine flächendeckende Versorgung: „Wesentlicher Einflussfaktor sind die Transportkosten, die den Kunden durch den Weg zur Apotheke entstehen. Sie stellen nicht nur Kosten dar, sondern sie beeinflussen auch die Bereitschaft der Kunden, die Arzneimittel überhaupt zu erwerben. In der gesellschaftlichen Betrachtung entsteht hierbei ein Trade-Off zwischen einer hohen Apothekenanzahl, die die Transportkosten senkt und den Kosten, die durch das Betreiben einer neuen Apotheke entstehen. Insbesondere das Vorhandensein von leistungsmengenneutralen Kosten der Apotheken führt dazu, dass es sich gesellschaftlich nicht lohnt, beliebig viele Apotheken zu eröffnen. In Regionen mit geringen Transportkosten der Kunden aufgrund der hohen Dichte der Bevölkerung oder einer besonders guten Infrastruktur wäre daher gesellschaftlich eine geringere Anzahl Apotheken je Einwohner zu bevorzugen als in Regionen mit hohen Transportkosten. [...] Die einheitliche Preissetzung für Apotheken in Deutschland hat eine genau gegenteilige Wirkung. Sie führt dazu, dass dort mehr Apotheken vorhanden sind, wo die Einwohner auf engem Raum leben (Städte) und daher geringe Transportkosten haben. Aus dieser Perspektive hat die einheitliche Arzneimittelvergütung in Deutschland eine aus gesellschaftlicher Sicht ggf. nicht gewollte Wirkung auf die regionale Versorgung.“ (S. 194).

Vor diesem Hintergrund werden auch in dem vorliegenden Gutachten die Effekte der Vergütung auf die räumliche Verteilung der Apotheken und damit die flächendeckende Versorgung untersucht. Das Gutachten betrachtet folgende Fragestellungen auf der Ebene der siedlungsstrukturellen Kreistypen (vgl. Kapitel 11 Flächendeckende Versorgung Apotheken, S. 194 ff.):

- Wie unterscheidet sich die wirtschaftliche Situation von Apotheken in ländlichen und städtischen Kreisen?
- Reduziert sich die Apothekenanzahl in den letzten Jahren verstärkt in ländlichen Regionen?

- Wie wirkt sich die im vorliegenden Gutachten berechnete Vergütung auf die Apotheken in ländlichen und städtischen Kreisen aus?
- Welchen Stellenwert hat die packungsbezogene Vergütung für die flächendeckende Versorgung?

Für die Jahresstatistik des Handels sowie das statistische Unternehmensregister des Statistischen Bundesamtes (URS) sind für das vorliegende Gutachten Sonderauswertungen auf Ebene der Siedlungsstrukturellen Kreistypen vorgenommen worden.

Leistungsdaten auf Kreisebene (Anzahl Packungen pro Kreis) wurden aus forschungsökonomischen Gründen nicht einbezogen. Stattdessen werden die Umsatzdaten als hinreichender Indikator für die regionale Analyse angesehen, die im Wesentlichen der Bewertung der wirtschaftlichen Situation der Apotheken in der Fläche dient.

Die Verteilung des Umsatzes auf Rx und Non-Rx wurde in der Primärerhebung auf Ebene der Kreistypen ausgewertet. Demnach liegen die Rx-Anteile am Umsatz in allen Regionen vergleichbar bei ca. 80 %.

Marktanteile europäischer Versandhändler

Aufgrund der aktuellen Diskussion des Versandhandelsverbotes von Rx hat das BMWi das vorliegende Gutachten im Februar 2016 dahingehend erweitert, die für das Projekt erarbeiteten Datengrundlagen zu nutzen, um tiefergehende Erkenntnisse zu möglichen Auswirkungen der Boni-Gewährung ausländischer Versandapotheken auf die deutschen Apotheken zu gewinnen und insbesondere auch auf mögliche Auswirkungen auf die flächendeckende Versorgung (vgl. Kapitel 4.2 S. 23 f.). Dafür werden in dem vorliegenden Gutachten die Daten des Statistischen Bundesamtes zur Jahresstatistik im Handel der Apotheken auf der Ebene von Siedlungsstrukturellen Kreistypen in Bezug auf Rohertragseffekte bei Simulation von Absatzverschiebungen der Rx-Fertigarzneimittel zum ausländischen Versandhandel ausgewertet:

- Aufbereitung der Kostendaten (Destatis Stand: 2015) in Bezug auf Rx-Vergütungsbestandteile (Primärerhebung).
- Simulation von Absatzverschiebungen anhand von Packungszahlen in Prozent auf den Rohertrag der Apotheken nach Siedlungsstrukturellen Kreistypen.
- Identifikation von Schwellenwerten: Online-Marktanteile weiterer Handelsbranchen; Online-Marktanteile OTC; Netto-Einkommen der Apotheken-Inhaber unterhalb kalkulatorischer Unternehmerlohn und Tariflohn approbierter Apotheker/-innen.

Vergleichbar zu der Berechnung der Auswirkung von Vergütungsanpassungen werden hier Engpässe in den wirtschaftlichen Ergebnissen der Apotheken in Bezug auf das regionale Umfeld und die Umsatzgrößenklasse der Apotheken ermittelt. Eine vergleichbare Analyse haben May, Bauer & Dettling im Auftrag des Deutschen Apotheker Verlags und der NOWEDA eG Apothekergenossenschaft vorgelegt. Im Vergleich zu diesem Gutachten werden in der vorliegenden Analyse

- reale Umsatzdaten nach Unternehmensgrößenklassen des Statistischen Bundesamtes zugrunde gelegt, während May, Bauer & Dettling die Betriebsergebnisse der Umsatzgrößenklassen annahmebasiert ermittelt haben,

- die Ausgangssituation der Apotheken vor der EuGH-Entscheidung miteinbezogen, so dass bestehende wirtschaftliche Engpässe nicht als Effekt der Entwicklung der europäischen Versandhändler fehlinterpretiert werden können, da diese Abgrenzung bei May, Bauer & Dettling nicht erfolgte,
- die Kostensituation der Apotheken mit einbezogen, die insbesondere ab der zweiten Unternehmensgrößenklasse ab 1 Mio. € Umsatz nicht fix ist, sondern sich bei sinkendem Umsatz ebenfalls nach unten anpassen kann. Dies ist insbesondere dann notwendig, wenn Modellrechnungen zu dem Schluss kommen, dass nicht nur kleinere, sondern auch mittlere und große Apotheken von Umsatzrückgängen betroffen sind (was die Berechnung von May, Bauer & Dettling im Prinzip tut, in der Berechnung der resultierenden Betriebsergebnisse jedoch keine Anpassungen der Kosten hierfür vorsieht).

Der Einfluss von Marktanteilsgewinnen der europäischen Versandhändler durch die Erlaubnis von Boni auf rezeptpflichtige Arzneimittel wird simuliert auf Basis der im vorliegenden Gutachten bestimmten wirtschaftlichen Lage der Apotheken

Die Phase 2 des vorliegenden Gutachtens betrachtet neben Größen- und Standorteffekten auch weitere Reformansätze. Der nächste Abschnitt beschreibt die Konzeption und Methodik für die Szenarien der Reformansätze.

5.2.3 Szenarien für Reformansätze

Folgende mögliche Reformansätze werden mit Berechnungswegen hinterlegt:

- Gedeckelter prozentualer Zuschlag rezeptpflichtiger Fertigarzneimittel (Rx-FAM) bei Apotheken,
- Strukturfond für flächendeckende Versorgung,
- Anpassung des Notdienstfonds
 - Flexibilisierung Notdienstfond
 - OTC Notdienstfond.

Die Auswahl dieser Szenarien erfolgte in Abstimmung mit dem BMWi, um wesentliche aktuelle Diskussionen datenbasiert aufzugreifen sowie auf Basis der Ergebnisse der Prüfung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) geregelten Preise. Die Inhalte der Reformansätze werden im Kapitel 12 (vgl. S. 203 ff.) dargestellt. Konzeptionell werden in diesem Teil des vorliegenden Gutachtens die Datengrundlage auf die den Reformansätzen zugrundeliegenden Fragestellungen angewendet.

5.3 Zusammenfassende Beschreibung des modularen Datenkonzepts

Abschließend werden die im bisherigen Kapitel dargestellten Projektphasen und Datensatzmodule, sowie die zugehörigen Berechnungswege und Leistungsbestandteile anhand der Anforderung der zugrundeliegenden Ausschreibung des BMWi zusammenfassend beschrieben:

Zunächst wird in einem theoretischen Teil für die beiden Leistungserbringer vollversorgender pharmazeutischer Großhandel und öffentliche Apotheken das theoretische Konzept der AMPPreisV dargestellt (Block B, S. 52 ff.). Dieses setzt sich zusammen aus den gesetzlichen Grundlagen, der Berechnungslogik der Vergütungsbestandteile sowie der Definition der für eine Berechnung notwendigen Annahmen (Kapitel 6.3 Definitionen, S. 76 ff.).

Im Block C (S. 99 ff.) wird der empirische Teil des Gutachtens behandelt, der gemäß Ausschreibung der Erstellung einer aktualisierbaren Datenbasis und der Status-Quo-Berechnung dient. Teil des empirischen Kapitels ist darüber hinaus die Anwendung des theoretischen Modells auf die Daten, sprich die konkrete Berechnung der Vergütungsbestandteile sowie deren Auswirkung auf die wirtschaftliche Situation der Apotheken.

Block D (S. 192 ff.) untersucht räumliche Effekte und Effekte von Unternehmensgrößenklassen in der Vergütung der AMPPreisV. Analysen zu Reformansätzen, der flächendeckenden Versorgung und dem Marktanteil europäischer Versandhändler werden auf der Basis der in Block C gewonnenen Datenbasis durchgeführt.

Zusammenfassend werden die Anforderungen des Auftrages des BMWi wie folgt umgesetzt:

Anforderung a.: die gesetzlichen Vorgaben und Rahmenbedingungen (gesetzliche Voraussetzungen) für die Festlegung bzw. Anpassung der Preise/Preiszuschläge darzustellen:

Die gesetzlichen Vorgaben bilden bereits in der Konzeption die Grundlage für das gesamte Datenmodell der Status-Quo-Analyse und der alternativen Berechnungswege. Wenn theoretische Annahmen getroffen werden, leiten sich diese möglichst eng von den rechtlichen Vorgaben ab. Dafür werden sie im theoretischen Teil der Arbeit umfassend beschrieben und im empirischen Teil in der Berechnung in Zusammenhang mit dem Datenmodell und den Berechnungswegen gebracht.

Anforderung b.: die für die Anpassung der Preise/Preiszuschläge unter Berücksichtigung der gesetzlichen Voraussetzungen erforderlichen Daten herzuleiten und darzustellen; dies umfasst:

- *Ist-Analyse: Welche Daten und Datenquellen stehen in welcher Qualität zur Verfügung? Identifikation der ggf. vorhandenen Datenlücke(-n), Konzept zur Schließung der Datenlücke und Abdeckung des Datenbedarfes (gegebenenfalls auch durch repräsentative Primärerhebung und Überprüfung der Primärerhebungen durch geeignete und anerkannte Messverfahren):*

Es gibt Datenquellen, die in hoher statistischer Güte (Reliabilität und Validität) vorliegen und die es ermöglichen, die Fragestellung zu beantworten. Die Herausforderung liegt verstärkt auf der Verknüpfung unterschiedlicher Datenquellen. Im Detail zeigen sich zudem Präzisierungsmöglichkeiten, die im weiteren Bericht dargestellt werden. Alle bestehenden Datenquellen wurden im Vorfeld der Berechnung des modularen Datenmodells analysiert und werden transparent dargestellt. Die Daten der Jahresstatistik im Handel der amtlichen Statistik sowie die nahezu vollerbhobenen Verordnungs-/Rx-Rezeptdaten bilden die Grundlage für alle Status-Quo-Analysen und stellen auch für die alternativen Berechnungsansätze datenbasierte Ausgangspunkte dar. Datenlücken gab es insbesondere hinsichtlich der Aufwände der Apotheken für Standardrezepturen, parenterale Lösungen, Abgabe von Betäubungsmitteln und weiterer dokumentationspflichtiger Arzneimittel sowie des Großhandels für Kühlartikel, BtM und Hochpreiser (Arzneimittel mit einem Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers über 1.200 €). Die dazu in den

Primärerhebungen gewonnenen Daten können als belastbar gelten (vgl. Kapitel 8.2.3 Belastbarkeit der Ergebnisse, S. 123 ff.)

- *Ableitung Datenbedarf (einschließlich gebotener Differenzierung, z. B. Größenklassen, räumliche Differenzierung) mit Bezug zu möglichen alternativen Berechnungswegen zur Ermittlung des Anpassungsbetrages;*

Der Datenbedarf ergibt sich aus der Berechnungslogik der Kostendeckung der zugrundeliegenden Leistungen, die sich wiederum aus den gesetzlichen Grundlagen ergibt. Dafür liegen umfangreiche Daten vor. Für einige Vergütungsbausteine bedarf es jedoch einer zusätzlichen Primärerhebung, die im Rahmen des Projektes umgesetzt wurde. Um alternative Berechnungswege zu ermöglichen, ist über den bisherigen Berechnungsweg der bestehenden Kosten einer durchschnittlichen Apotheke hinaus zu differenzieren, welche weiteren Faktoren Einfluss auf die Berechnung einer kostendeckenden Vergütung bei wirtschaftlicher Betriebsführung haben. Als Differenzierungen bzw. alternative Berechnungswege werden in dem Datenmodell des vorliegenden Gutachtens Umsatzgrößenklassen, Siedlungsstrukturelle Kreistypen und konkrete Reformszenarien abgebildet.

Anforderung c.: die Berechnungs-, Simulations- und Analysemethoden fachgerecht auszuwählen, zu dokumentieren und ihr Einsatz zu erläutern:

In dem Datenkonzept getroffenen Annahmen sind auf ein Minimum reduziert, werden transparent dargestellt und orientieren sich größtenteils an der gesetzlichen Grundlage der AMPreisV. Der hauptsächliche Analyseansatz bezieht sich auf den betriebswirtschaftlichen Vergleich von Kosten und Leistungen auf unterschiedlichen Aggregationsebenen. Dabei wurde immer sichergestellt, dass die Aggregationsebene über eine hinreichende Teilgröße verfügt. Die sich ergänzenden Datenquellen werden in ihrer Vergleichbarkeit und Güte beschrieben (z. B. einheitliche Vergleichsmaßstäbe und Erhebungskategorien oder Vorhersagegüte von Indikatoren in der Vergangenheit). Die Berechnungen der Vergütungsbestandteile erfolgt mit Darstellung des vollständigen Berechnungsweges, Effekte von angepassten Vergütungssätzen auf die wirtschaftliche Situation der Apotheken und des Großhandels werden dargestellt.

Anforderung d.: die benötigten Daten zu generieren (Umsetzung des Konzepts).

Die für das beschriebene Modellkonzept benötigten Daten des Statistischen Bundesamtes wurden von diesem als Sonderauswertung geliefert. Dies betrifft auch die Differenzierungen in Umsatzgrößenklassen und regionale Ebenen für Apotheken, Großhandel und relevante Benchmarks. Die vollerbobenen Rx-Rezeptdaten werden in wechselseitiger Validierung der von Leistungs- und Kostenträgern veröffentlichten Daten verwendet und durch die Daten zu PKV und Selbstzahlern ebenfalls in gegenseitiger Validierung ergänzt oder aus den Daten der GKV abgeleitet. Die Primärerhebung wurde von 2HM durchgeführt und dokumentiert (vgl. Kapitel 8.2, S. 119 ff.). Alle Daten erfüllen den Anspruch unter vertretbarem Aufwand aktualisierbar zu sein.

5.4 Projektbegleitender Arbeitskreis

Wie zuvor erwähnt, wurde vom BMWi zum Zwecke der beratenden Begleitung des Forschungsprojektes ein Arbeitskreis etabliert (vgl. S. 1). Die Einberufung und der Vorsitz desselben oblag dem BMWi. Im Rahmen des Projektverlaufs haben insgesamt drei Arbeitskreissitzungen stattgefunden:

1. **Konstituierende Sitzung des begleitenden Arbeitskreises** (Berlin, 21. April 2016). Neben der Projektvorstellung wurde der Stand der Analyse der bestehenden Datenquellen und der den bestehenden Preisen zugrundeliegenden Berechnungslogiken vorgestellt und für den Nachgang der Sitzung die Ergänzung der Quellen durch die Arbeitskreismitglieder erfragt.
2. **Sitzung des begleitenden Arbeitskreises: Entwurf Definitionen** (Berlin, 24. Mai 2016). Einige Aspekte der bestehenden Berechnungslogik beruhen nicht auf Berechnungsschritten, sondern auf Annahmen. Diese Annahmen wurden vor dem Hintergrund der gesetzlichen Grundlagen überprüft, diskutiert und neu festgesetzt:
 - a. Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung,
 - b. Prinzip der wirtschaftlichen Betriebsführung,
 - c. Zuordnung von Kosten zu Rx und Non-Rx,
 - d. Festlegung des kalkulatorischen Unternehmerlohns,
 - e. Berücksichtigung von Rabatten.

Auch bei der zweiten Sitzung wurden die Arbeitskreismitglieder gebeten, im Nachgang ergänzende Informationen oder Einschätzungen an das Projektteam zu liefern.

3. **Sitzung des begleitenden Arbeitskreises: Primärerhebung & Abgrenzungen AMPPreisV** (Berlin, 28. April 2017). Die Vorgehensweise und die Beteiligung an der Primärerhebung bei den Apotheken wurden vorgestellt und diskutiert. Für die weitere Berechnung der Preisbestandteile der AMPPreisV stellten sich zudem Fragen zur Abgrenzung der einzelnen Preise, die in der Sitzung diskutiert wurden:
 - a. Abgrenzung der Finanzierung des Warenbestands durch Großhandel und Apotheken,
 - b. Abgrenzung der Großhandelsvergütung und des BtM-Zuschlags der Apotheken,
 - c. Abgrenzung prozentualer und absoluter Festzuschlag der Apotheken,
 - d. Abgrenzung von Festzuschlägen für Rezepturen und Fertigarzneimittel.

Zwischen den Sitzungen wurden von den Arbeitskreismitgliedern Daten und Hintergrunddokumente an das Projektteam geliefert.

Führung Pharmagroßhandel PHOENIX

Am 31.10.2016 nahm das Projektteam an einer Führung eines Pharmagroßhandels in Berlin (PHOENIX) teil. Hier ging es insbesondere um die konkrete Erfassung der für Rx relevanten Prozesse im vollversorgenden Großhandel, die für die Aufteilung der Kosten auf Rx und Non-Rx relevant sind. Für den Großhandel gibt es im Vergleich zu den Apotheken zwar mit dem § 2 AMPPreisV nur eine Vergütungspauschale für alle rezeptpflichtigen Arzneimittel, diese Pauschale bezieht jedoch im Sinne einer Mischkalkulation auch besonderen Aufwand für Kühlartikel und dokumentationspflichtige Arzneimittel und Betäubungsmittel (BtM) mit ein.

5.5 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 pro Packungseinheit zugeordnet (vgl. Kapitel 6.3.3 Zuordnung von Kosten zu Rx und Non-Rx, S. 79). 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 (vgl. Kapitel 9.6 Berechnung des prozentualen Höchstzuschlags, S. 187 ff.).

Vor dem Hintergrund dieser erheblichen Reduktionen wurden die weiteren Berechnungen in der Gesamtsystematik des Gutachtens 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. € (vgl. Kapitel 8.1.1, S. 99 ff.). 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 (vgl. Tabelle 3, S. 104 f.) und ca. 40 Mio. € der vollversorgenden Großhändler (vgl. Tabelle 41, S. 174 f.) sind als Kosten in die kostendeckende Vergütung einberechnet worden.
- Anwendung eines kalkulatorischen Unternehmerlohns auf alle 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 Hochpreiseren als Selbstauskunft, ohne Vorgabe eines als effizient definierten Prozesses.

- Berücksichtigung aller Kosten ohne Filterung von Apotheken mit wirtschaftlicher 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 Großhandel als notwendig und im Wesentlichen durch Rx verursacht angenommen. Dies ist letztlich eine These, die genauer zu untersuchen ist und somit vorläufig zugunsten des Großhandels angenommen wird.
- ➔ 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 (vgl. Kapitel 12.6, S. 209).

- Die Erträge von Leistungen der Apotheken ohne Packungsbezug wie z. B. Großhandelsaktivitäten oder vergütete Dienstleistungen der Apotheken wurden in der Kostendeckung nicht berücksichtigt, da keine Angaben zu dem damit verbundenen Aufwand vorliegen.
- Der Nacht- und Notdienst wurde ohne Erträge aus der 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 AMPPreisV 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 (vgl. Vergütung für das Jahr 2016 in Tabelle 36, S. 165 f. und Tabelle 38, S. 168).

Ansätze, die im vorliegenden Gutachten berechnete Systematik zu ergänzen oder abzuändern, sind im Zusammenhang mit diesen Eingrenzungen der Berechnungen zugunsten der Leistungserbringer zu diskutieren.

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. €. Die Berechnungen verfolgen insgesamt das Ziel einer neutralen, auf der Basis der gesetzlichen Grundlagen erfolgenden Erstellung einer Berechnungsgrundlage für die AMPPreisV.

B Theorie: Allgemein anerkanntes Konzept

Ein allgemein anerkanntes Konzept kann nur dann gebildet werden, wenn die Gesetze die Grundlage bilden, bisherige Berechnungskonzepte und -argumente einbezogen und Annahmen nachvollziehbar erläutert werden. Diese Aufgabe erfüllt der theoretische Teil des vorliegenden Gutachtens. Er untergliedert sich in die Berechnungskonzepte für öffentliche Apotheken und für vollversorgende pharmazeutische Großhändler.

6. Berechnungskonzept öffentliche Apotheken

Die Berechnungskonzepte werden jeweils aus den gesetzlichen Grundlagen, den bisherigen Berechnungslogiken sowie der Definition von Annahmen als Hintergrund der Berechnungslogik erarbeitet.

6.1 Gesetzliche Grundlagen für öffentliche Apotheken

In diesem Kapitel zu den gesetzlichen Grundlagen für öffentliche Apotheken werden zunächst die allgemeinen gesetzlichen Grundlagen des Versorgungsauftrags dargestellt, bevor auf den spezifischen gesetzlichen Auftrag des BMWi und die gesetzlichen Hintergründe der AMPreisV und ihrer Preise eingegangen wird.

6.1.1 Gesetzliche Grundlagen des Versorgungsauftrags der Apotheken

Im Folgenden werden zunächst die wichtigsten Verordnungen und Gesetze zu Apotheken, Apothekerinnen und Apothekern sowie Arzneimitteln im Überblick gezeigt, die dem Versorgungsauftrag der Apotheke zugrunde liegen: im Arzneimittelrecht, im Apothekenrecht und im Sozialrecht.

Arzneimittelrecht

Das Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln - Arzneimittelgesetz (AMG) - regelt den Verkehr mit Arzneimitteln im Interesse einer ordnungsgemäßen und sicheren Arzneimittelversorgung von Mensch und Tier. Inhaltlich steht es supplementär zum Betäubungsmittelgesetz. Das Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln schreibt vor, dass nur entsprechend qualifizierte Personen und Stellen an der Arzneimitteldistribution teilnehmen dürfen (Abgabe von Arzneimitteln, §§ 43 bis 53 AMG). Das Arzneimittelgesetz sieht im § 43 (1) AMG vor, dass zulassungspflichtige Arzneimittel gemäß § 2 (1,2) AMG im Einzelhandel mit wenigen Ausnahmen ausschließlich über Apotheken abgegeben werden dürfen. In § 13 (2) AMG ist zusätzlich die Herstellung von Arzneimitteln im Rahmen des üblichen Apothekenbetriebs ohne Notwendigkeit einer Herstellererlaubnis geregelt. Weitere im AMG ermächtigte Verordnungen mit Relevanz für die Apotheken sind die

- Verordnung über Standardzulassungen von Arzneimitteln – StandZV, die
- Verordnung über apothekenpflichtige und freiverkäufliche Arzneimittel – AMVerkRV und die
- Verordnung über die Verschreibungspflicht von Arzneimitteln – AMVV.

Die Arzneimittelverschreibungsverordnung reguliert in Deutschland, welche Arzneimittel von Apotheken nur auf Vorlage eines durch einen Arzt, Tierarzt oder Zahnarzt ausgestellten Rezeptes abgegeben werden dürfen. Weiterhin legt sie die notwendigen auf dem Rezept aufzubringenden Angaben fest.

Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) geregelten Preise

Für dem Betäubungsmittelgesetz unterstellte Arzneimittel ist die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung anzuwenden. Das Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln – BtMG, ehemals Opiumgesetz, ist ein deutsches Bundesgesetz, welches den generellen Umgang mit Betäubungsmitteln regelt. Besonders relevant für das vorliegende Gutachten sind § 13, der die Apotheke als Abgabeort verschriebener Betäubungsmittel definiert, § 17 (Aufzeichnungen) sowie die Verordnung über das Verschreiben, die Abgabe und den Nachweis des Verbleibs von Betäubungsmitteln – BtMVV. Diese Verordnung regelt gemäß § 1 (2) BtMG die Abgabe und den Verkehr der in Anlage III des BtMG aufgeführten Substanzen sowie deren Höchstabgabemengen. Dies sind die gesetzlichen Grundlagen für den Zuschlag für Betäubungsmittel in § 7 AMPPreisV.

Im AMG und BtMG werden somit die verschiedenen Arzneimittelgruppen definiert, die von der Apotheke in den Verkehr gebracht und hergestellt werden. Aufgrund der Verordnungsermächtigung in § 78 AMG wurde die Arzneimittelpreisverordnung (AMPPreisV) erlassen. Diese regelt Preise bzw. Preisspannen im Handel mit Arzneimitteln in Deutschland, die Gegenstand des vorliegenden Gutachtens sind.

§ 43 AMG bildet die gesetzliche Grundlage des spezifischen Apothekenrechts.

Apothekenrecht

Das Apothekengesetz (Gesetz über das Apothekenwesen, ApoG) regelt die Grundlagen des Betriebs von Apotheken in Deutschland. Es ist unterteilt in 5 Abschnitte wobei Abschnitt 1 den gesetzlichen Auftrag der Apotheken benennt, nämlich die Sicherstellung der ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung. Es folgen die Kriterien, die für das Erteilen einer (Betriebs-)Erlaubnis zu erfüllen sind. Hierzu zählt u. a., dass der Antragsteller die deutsche Approbation als Apothekerin oder Apotheker besitzen muss. Weiterhin werden die Grundlagen für den in Deutschland nur beschränkt zulässigen Mehrbesitz definiert. Im Abschnitt 2 werden die Grundlagen für den Betrieb von Krankenhausapotheken, Bundeswehrapotheken, Zweigapotheken sowie Notapotheken definiert. Abschnitt 3 regelt Notdienstpauschale, Apothekenbetriebsordnung und Ausnahmeregelungen für Bundespolizei und Bereitschaftspolizei. Die Abschnitte 4 und 5 beinhalten Straf- und Bußgeldbestimmungen sowie Schluss- und Übergangsbestimmungen.

Laut Apothekengesetz sind die Apotheken dazu verpflichtet, die Bevölkerung ordnungsgemäß mit Arzneimitteln zu versorgen (§ 1 (1) ApoG: „Den Apotheken obliegt die im öffentlichen Interesse gebotene Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung der Bevölkerung“). Dieser gemeinwirtschaftlichen Verpflichtung können die Apotheken nur nachkommen, wenn sie von dem Großhandel oder von den pharmazeutischen Unternehmern zeitnah und ausreichend beliefert werden. Nach § 52a AMG müssen vollversorgende Arzneimittelgroßhandlungen eine bedarfsgerechte und kontinuierliche Belieferung der mit ihnen in Geschäftsbeziehung stehenden Apotheken gewährleisten. Die zugehörigen Verordnungen beschreiben die konkrete Umsetzung dieser Gesetze: die Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) und die Bundes-Apothekerordnung (BapO). Die Verordnung über den Betrieb von Apotheken (Apothekenbetriebsordnung, ApBetrO) wurde auf Basis der Verordnungsermächtigung in § 21 Apothekengesetz erlassen und regelt die räumlich-sachlichen Bedingungen des Apothekers in öffentlichen Apotheken, Not- und Zweigapotheken und krankenhausversorgenden Apotheken. Die Bundes-Apothekerordnung (BapO) und die

Approbationsordnung für Apotheker (AappO) regeln das Berufs- und Berufsausbildungsrecht der Apotheker.

Landesverordnungen über die Zuständigkeiten auf dem Gebiet des Apothekenrechts wiederum bilden das Rahmenwerk für die zuständigen Behörden zur Umsetzung des Apothekengesetzes und der Apothekenbetriebsordnung (z. B. das ApoGZustV RP für Rheinland-Pfalz). Zuständig für die Organisation der Notdienste sind z. B. die Apothekerkammern. Insgesamt wird somit über mehrere Instanzen die Qualität der Arzneimitteldistribution sichergestellt.

Da Arzneimittel zum Großteil im Rahmen der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen abgegeben werden, sind auch die Regelungen im SGB V wesentlich für die Leistungserbringung der Apotheken.

Sozialrecht

Im Sozialgesetzbuch sind wesentliche Bestimmungen zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im fünften Buch zusammengefasst (SGB V). 17 Paragraphen beziehen sich explizit auf Apotheken. Dabei können die Vorschriften in drei Bereiche gegliedert werden: Definition von Leistungen der Apotheke für die GKV, Rabatte und Aufgaben von Apothekenverbänden und Apothekerkammern.

Leistungsdefinitionen für Apotheken im SGB V

- Leistungsarten § 11 SGB V/ Arznei- und Verbandmittel § 31: Die GKV kann neben verschreibungspflichtigen Arzneimitteln auch nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel erstatten und erstattet auch Medizinprodukte wie Verbandmitteln, Harn- und Blutteststreifen.
- Medikationsplan § 31a SGB V: Ab dem 1. Januar 2019 besteht der Anspruch auf Aktualisierung des Medikationsplans gegenüber jedem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt sowie gegenüber der abgebenden Apotheke, wenn der Versicherte gegenüber dem Arzt oder der abgebenden Apotheke den Zugriff auf die Daten erlaubt. Die Aktualisierungen sind mittels der elektronischen Gesundheitskarte zu speichern, sofern der Versicherte dies wünscht.
- Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung § 129: Die Apotheken sind bei der Abgabe verordneter Arzneimittel an Versicherte nach Maßgabe des Rahmenvertrages verpflichtet zur Abgabe eines preisgünstigen Arzneimittels.
- Berücksichtigung der Aut-idem-Regelung in der kassenärztlichen Versorgung § 73: An der kassenärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte können auf dem Verordnungsblatt oder in dem elektronischen Verordnungsdatensatz ausschließen, dass die Apotheken ein preisgünstigeres wirkstoffgleiches Arzneimittel anstelle des verordneten Mittels abgeben.
- Rahmenverträge mit pharmazeutischen Unternehmern § 131: Die pharmazeutischen Unternehmer sind verpflichtet, auf den äußeren Umhüllungen der Arzneimittel das Arzneimittelkennzeichen nach § 300 Abs. 1 Nr. 1 in einer für Apotheken maschinell erfassbaren bundeseinheitlichen Form anzugeben.
- Abrechnung der Apotheken § 300/ Rechtsbeziehung § 69: Die Apotheken sind verpflichtet, die Rezepte/Verordnungsblätter mit einem maschinenlesbaren bundeseinheitlichen Kennzeichen für das verordnete Fertigarzneimittel als Schlüssel zu Handelsname, Hersteller, Darreichungsform, Wirkstoffstärke und Packungsgröße des Arzneimittels zu versehen und an die Krankenkassen weiterzuleiten. Die Apotheken können zur Erfüllung ihrer Verpflichtungen nach Absatz 1

Rechenzentren in Anspruch nehmen. Für die Rechtsbeziehung zwischen den Krankenkassen und den Apotheken gelten die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB).

Für die von der GKV vergüteten Leistungen bestehen demnach spezifische Regeln für die Abgabe des preisgünstigsten Arzneimittels, von Rabattarzneimitteln sowie die Abrechnung der Abgaben. Damit sind GKV-Rezepte aufwendiger als PKV-Rezepte und OTC-/Freiwahlverkäufe. Die Abrechnung der Rx-Rezepte werden daher in der Vergütung der Warenwirtschaft besonders berücksichtigt (vgl. Kapitel 8.4.6 Vergütung rezeptpflichtiger Fertigarzneimittel, S. 155 ff.). Ob separate Aufwände für den Medikationsplan anfallen oder ob durch die elektronische Gesundheitskarte die Beratung erleichtert wird und falls ja, in welchem Umfang, ist noch nicht bestimmbar.

Rabatte der GKV

- **Rabatt § 130:** Die Krankenkassen erhalten von den Apotheken einen Rabatt von 1,77 € oder 5 Prozent auf den Apothekenverkaufspreis, je nach dem um welche Art Arzneimittel es sich handelt und nur, wenn die Krankenkasse innerhalb von 10 Tagen die Rechnung der Apotheke begleicht. Für Fertigarzneimittel und Rezepturen gelten 1,77 € Rabatt (Wortlaut vgl. Infobox 11: Historische Entwicklung § 130 SGB V, S. 68 ff.).
- **Rabatte der pharmazeutischen Unternehmer § 130a:** Die Krankenkassen erhalten von Apotheken für zu ihren Lasten abgegebene Arzneimittel einen Abschlag in Höhe von 7 bzw. 6 Prozent des Abgabepreises des pharmazeutischen Unternehmers ohne Mehrwertsteuer. Pharmazeutische Unternehmer sind verpflichtet, den Apotheken den Abschlag zu erstatten. Der Abschlag ist den Apotheken und pharmazeutischen Großhändlern innerhalb von zehn Tagen nach Geltendmachung des Anspruches zu erstatten.

Die Rabatte, die die Apotheken der GKV gewähren müssen, sowie die, die sie für die GKV verwalten, müssen in der Vergütungslogik berücksichtigt werden.

Die im SGB V festgelegten Aufgaben von Apothekenverbänden und Apothekerkammern werden im Folgenden aufgelistet, sind jedoch für die Vergütung in der AMPPreisV nicht relevant.

Aufgaben von Apothekenverbänden und Apothekerkammern

- **Festbeträge für Arznei- und Verbandmittel § 35:** Den Berufsvertretungen der Apotheker ist vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.
- **Modellvorhaben zur Arzneimittelversorgung § 64a:** Die Landesverbände der Apotheken sind an solchen Modellvorhaben beteiligt.
- **Inhalt und Umfang der Sicherstellung, hier Notdienstsicherstellung § 75 (1b):** Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen mit den Landesapothekerkammern in einen Informationsaustausch über die Organisation des Notdienstes treten, um die Versorgung der Versicherten im Notdienst zu verbessern; die Ergebnisse aus diesem Informationsaustausch sind in die Kooperationen von ambulanten Notdienstpraxen und Krankenhäusern einzubeziehen.
- **Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses § 92:** Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewähr einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten. Für Richtlinien für die Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln,
- **Krankenhausbehandlung, häuslicher Krankenpflege und Soziotherapie** ist auch den Berufsvertretungen der Apotheker Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPPreisV) geregelten Preise

- Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur § 291a: Apotheker, Apothekerassistenten, Pharmazieingenieure und Apothekenassistenten können mittels der elektronischen Gesundheitskarte zum Zwecke des Erhebens, Verarbeitens oder Nutzens, soweit es zur Versorgung der Versicherten erforderlich ist, auf Daten zugreifen. Die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker ist auf Bundesebene daran beteiligt, die insbesondere für die Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte und ihrer Anwendungen erforderliche interoperable und kompatible Informations-, Kommunikations- und Sicherheitsinfrastruktur (Telematikinfrastruktur) zu schaffen. Eine Gesellschaft für Telematik, die von der GKV finanziert wird, übernimmt die Regelungen zur Telematikinfrastruktur sowie deren Aufbau und Betrieb.
- Verzeichnis der Apotheken § 293: Die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker führt ein bundeseinheitliches Verzeichnis über die Apotheken und stellt dieses dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen über elektronische Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern unentgeltlich zur Verfügung. Änderungen des Verzeichnisses sind dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen in monatlichen oder kürzeren Abständen unentgeltlich zu übermitteln. Das Verzeichnis enthält den Namen des Apothekers, die Anschrift und das Kennzeichen der Apotheke; es ist in monatlichen oder kürzeren Abständen zu aktualisieren.
- Datenverarbeitung und -nutzung § 303e: Die bei der Datenaufbereitungsstelle gespeicherten Daten können von der Bundesapothekerkammer verarbeitet und genutzt werden, soweit sie für die Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlich sind.

Infobox 2: § 78 AMG: Preise [kenntlich gekürzt]

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

1. Preisspannen für Arzneimittel, die im Großhandel, in Apotheken oder von Tierärzten im Wiederverkauf abgegeben werden,
2. Preise für Arzneimittel, die in Apotheken oder von Tierärzten hergestellt und abgegeben werden, sowie für Abgabegefäße,
3. Preise für besondere Leistungen der Apotheken bei der Abgabe von Arzneimitteln festzusetzen.

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

(2) 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.

Ein einheitlicher Apothekenabgabepreis für Arzneimittel, die vom Verkehr außerhalb der Apotheken ausgeschlossen sind, ist zu gewährleisten. Satz 2 gilt nicht für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgegeben werden.

(3) Für Arzneimittel nach Absatz 2 Satz 2, für die durch die Verordnung nach Absatz 1 Preise und Preisspannen bestimmt sind, haben die pharmazeutischen Unternehmer einen einheitlichen Abgabepreis sicherzustellen. [...].

Im Folgenden werden die Gesetze und Verordnungen genauer dargestellt, die besondere Bedeutung für die in der AMPPreisV geregelten Preise aufweisen.

6.1.2 Gesetzlicher Auftrag des BMWi

Nach Arzneimittelgesetz (AMG) ist das BMWi verantwortlich dafür, die Preisspannen, die für Arzneimittel gelten, festzulegen (§ 78 (1); vgl. nebenstehende Infobox 2 für den genauen Gesetzeswortlaut). Dabei sind die „berechtigten Interessen“ der Verbraucher, der Apotheken und des Großhandels zu berücksichtigen sowie ein einheitlicher Apothekenabgabepreis zu gewährleisten (§ 78 (2)). Das BMWi kann im Einvernehmen mit dem BMG durch Rechtsverordnung die Festzuschläge der Apotheken entsprechend der Kostenentwicklung bei wirtschaftlicher Betriebsführung anzupassen (§ 78 (1) S. 2).

Die Interessen der Verbraucher/-innen werden durch die Arzneimittelgesetze und Apothekengesetze vertreten, sowie durch die gesetzlichen Krankenversicherungen, festgelegt im SGB V. Das BMWi ist somit in der Wahrnehmung der berechtigten Interessen der Verbraucher/-innen auch an das Wirtschaftlichkeitsgebot gebunden: „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) SGB V).

Der gesetzliche Auftrag des BMWi wird mit der Arzneimittelpreisverordnung (AMPPreisV) umgesetzt.

Infobox 3: § 52b AMG Bereitstellung von Arzneimitteln

§ 23 ApoBetrO

Dienstbereitschaft

(1) Apotheken sind zur ständigen Dienstbereitschaft verpflichtet. Die zuständige Behörde befreit einen Teil der Apotheken ganz oder teilweise zu folgenden Zeiten von der Pflicht zur Dienstbereitschaft [...]:

(2) [...], wenn die Arzneimittelversorgung in dieser Zeit durch eine andere Apotheke, die sich auch in einer anderen Gemeinde befinden kann, sichergestellt ist.

(6) Apotheken, die Krankenhäuser mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten versorgen, haben unbeschadet der Vorschriften der Absätze 1 bis 4 mit dem Träger des Krankenhauses eine Dienstbereitschaftsregelung zu treffen, die die ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung des Krankenhauses und Beratung durch einen Apotheker der Apotheke gewährleistet.

§ 24 ApoBetrO

Rezeptsammelstellen

(1) [...] Die Erlaubnis ist dem Inhaber einer Apotheke auf Antrag zu erteilen, wenn zur ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung von abgelegenen Orten oder Ortsteilen ohne Apotheken eine Rezeptsammelstelle erforderlich ist.

§ 16 ApoG

Zweigapotheken

(1) Tritt infolge Fehlens einer Apotheke ein Notstand in der Arzneimittelversorgung ein, so kann die zuständige Behörde dem Inhaber einer nahe gelegenen Apotheke auf Antrag die Erlaubnis zum Betrieb einer Zweigapotheke erteilen, wenn dieser die dafür vorgeschriebenen Räume nachweist.

§ 4 ApoBetrO

Zweigapotheken

(3) Eine Zweigapotheke muss mindestens aus einer Offizin, ausreichendem Lagerraum und einem Nachtdienstzimmer bestehen. [...]

§ 17 ApoG

Notapotheken

Ergibt sich sechs Monate nach öffentlicher Bekanntmachung eines Notstandes in der Arzneimittelversorgung der Bevölkerung, dass weder ein Antrag auf Betrieb einer Apotheke noch einer Zweigapotheke gestellt worden ist, so kann die zuständige Behörde einer Gemeinde oder einem Gemeindeverband die Erlaubnis zum Betrieb einer Apotheke unter Leitung eines von ihr anzustellenden Apothekers erteilen, wenn diese die nach diesem Gesetz vorgeschriebenen Räume und Einrichtungen nachweisen. Der Apotheker muss die Voraussetzungen des § 2 Abs. 1 Nr. 1 bis 4 und 7 erfüllen.

6.1.3 Gesetzliche Grundlagen der flächendeckenden Versorgung

Eine flächendeckende Versorgung ist eines der berechtigten Interessen der Arzneimittelverbraucher (§ 78 AMG (2)). Für die Sicherung der flächendeckenden Versorgung gibt es Regelungen in der ApBetrO und dem ApoG. Die Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) verpflichtet zunächst zu ständiger Dienstbereitschaft und benennt Regel- und Notdienstversorgungszeiten. Örtlich ist auch die Versorgung durch eine Apotheke einer „andere Gemeinde“ (§ 23 (2) ApBetrO; vgl. Infobox 3 rechts) möglich.

Inwieweit diese Apotheke wiederum jede Patientin und jeden Patienten in angemessener Zeit ordnungsgemäß und sicher mit Arzneimitteln versorgen kann, obliegt der zuständigen Behörde, in diesem Fall der jeweiligen Landesapothekerkammer. Diese legt als Ermessensentscheidung in jeder einzelnen Region die zumutbaren Entfernungen zur nächsten öffentlichen Apotheke fest: In Bezug auf Entfernungen (Anreisezeiten, Kilometer), Anzahl der Apotheken und die Belastung des Apothekenpersonals. Daraus resultierten im Jahr 2012 maximale Entfernungen in den Ländern von in der Regel 10 km bis 15 km sowie in Ausnahmefällen 20 km bis 50 km (Apothekerkammern zitiert nach DAZ 2012: Übersicht der jeweiligen Dienstbereitschafts- und Notdienstregelungen. Deutsche Apotheker Zeitung, 152. Jahrgang, 61-65.) sowie 1.139 geöffneten Apotheken pro Nacht (DAV 2016: 415.598 Volldienste mit Erstattung des Nacht- und Notdienstfonds geteilt durch 365 Tage).

Die Nacht- und Notdienstversorgung kann damit als praktische Untergrenze für eine flächendeckende Versorgung mit öffentlichen Apotheken gesehen werden. Eine Legaldefinition gibt es für eine flächendeckende Versorgung mit Apotheken nicht.

Seit 1958 besteht Niederlassungsfreiheit (BVerfGE 7, 377 - Apotheken-Urteil; damals war die Apothekendichte etwas halb so hoch wie heute: ca. 7.000 Einwohner pro Apotheke. Die Niederlassungsfreiheit wurde von den damals etablierten Apotheker/-innen abgelehnt, da zu starker Wettbewerb und zu geringe wirtschaftliche Rentabilität der dann vorhandenen Apotheken befürchtet wurde). In Deutschland können aktuell überall und jederzeit Apotheken gegründet werden, sofern sie die Bedingungen des Apothekengesetzes und der Apothekenbetriebsordnung erfüllen.

In der ApoBetrO und im Apothekengesetz (ApoG) sind weitere Sicherstellungsmaßnahmen zur flächendeckenden Versorgung verankert: Rezeptsammelstellen, Zweig- und Notapotheken. Auch hier ist die Beurteilung der Notwendigkeit einer Rezeptsammelstelle oder eines Notstandes bzw. des Fehlens einer Apotheke Ermessenssache der Landesapothekerkammer.

Eine Rezeptsammelstelle wird in der Regel bei einer Entfernung von über 6 km zur nächsten Apotheke für notwendig erachtet (BVerwG 3. Senat Urteil 3 C 30/87 vom 14.12.1989). Mit dieser Regelung erachtet der Gesetzgeber Rezeptsammelstellen als hinreichendes Mittel, innerhalb der normalen Geschäftszeiten der Apotheken der Bevölkerung zu ermöglichen, rezeptpflichtige Arzneimitteln zu erhalten. Damit sagt der Gesetzgeber auch, dass bei Notwendigkeit einer Rezeptsammelstelle eben gerade kein Notstand besteht. Ein Straßen-Abstand von maximal 6 km zwischen den öffentlichen Apotheken stellt damit auch keinen Maßstab für flächendeckende Versorgung dar.

Die beschriebenen gesetzlichen Grundlagen zur Sicherung der flächendeckenden Versorgung (vgl. Infobox 3 auf der vorangehenden Seite) beziehen sich direkt auf die Anzahl und Erreichbarkeit der Betriebsstätten an sich. Es gibt zusätzlich Vorschriften, die indirekt der flächendeckenden Versorgung dienen. Das sind zunehmend die Preisvorschriften in der AMPreisV, die mit der Sicherung einer flächendeckenden

Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) geregelten Preise

Versorgung begründet werden (z. B. in Bezug auf den Notdienstzuschlag, vgl. Kapitel 6.1.4 Gesetzliche Grundlagen Nacht- und Notdienst, S. 65 ff.; der absolute Festzuschlag des pharmazeutischen Großhandels in § 2 AMPreisV, vgl. Infobox 15: § 2 AMPreisV gilt für die Großhandelsfunktion, nicht nur für den Großhandel (S. 91), sowie die letzte Änderung der Preise zur Rezepturherstellung in § 5, Infobox 7: Drucksache 15/1525, 2003 Anpassung der Rezepturzuschläge, S. 63). Während die Regelungen in der AMPreisV vergleichsweise jung sind, besteht die Preisbindung als Mittel der Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung seit langem. Im § 78 (2) AMG steht „Ein einheitlicher Apothekenabgabepreis für Arzneimittel, die vom Verkehr außerhalb der Apotheken ausgeschlossen sind, ist zu gewährleisten.“ Seit 2004 sind davon die nicht-rezeptpflichtigen Arzneimittel ausgenommen und seit Oktober 2016 die Rx-Arzneimittel von Versandhändlern des europäischen Versandhandels (EuGH, Urteil v. 19. Oktober 2016¹).

Eine weitere Regelung, die der Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung dienen soll, ist das Verbot von Fremd- und Mehrbesitz über eine Hauptapotheke mit drei Filialbetrieben hinaus. Dazu wurde in der Gesetzesbegründung zum GKV-Modernisierungsgesetz (GMG), das ab 2004 den Filialbetrieb eingeführt hat, ausgeführt, die zahlenmäßige, geografische und auf den Mehrbesitz ausgerichtete Eingrenzung sei berechtigt, da mit Fremdbesitz von öffentlichen Apotheken in einem Gesundheitssystem wie dem deutschen keine verlässlichen Erfahrungen vorlägen, die im Hinblick auf den Verbraucherschutz, die Arzneimittelsicherheit und die Versorgungssicherheit notwendig sind. Das gleiche gelte für den Fremdbesitz von öffentlichen Apotheken. Letzteres ist für das Berechnungskonzept in der AMPreisV

Infobox 4: Ausschnitte EuGH, Urteil v. 19. Oktober 2016

Rs. C - 148/15 (Deutsche Parkinson), ECLI:EU:C:2016:776

„Hinsichtlich der Geeignetheit der im Ausgangsverfahren in Rede stehenden nationalen Regelung zur Erreichung der angeführten Ziele ist festzustellen, dass das auf die Notwendigkeit der Gewährleistung einer flächendeckenden und gleichmäßigen Versorgung mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln in ganz Deutschland gestützte Argument nicht in einer Weise untermauert worden ist, die den in Rn. 35 des vorliegenden Urteils genannten Voraussetzungen genügt. Insbesondere wird, wie der Generalanwalt in Nr. 51 seiner Schlussanträge im Wesentlichen ausgeführt hat, mit den in der vorliegenden Rechtssache vorgebrachten allgemeinen Aussagen zu dieser Frage nicht dargetan, inwiefern durch die Festlegung einheitlicher Preise für verschreibungspflichtige Arzneimittel eine bessere geografische Verteilung der traditionellen Apotheken in Deutschland sichergestellt werden kann.“

„Ganz im Gegenteil legen einige Unterlagen, auf die sich die Kommission stützt, nahe, dass mehr Preiswettbewerb unter den Apotheken die gleichmäßige Versorgung mit Arzneimitteln dadurch fördern würde, dass Anreize zur Niederlassung in Gegenden gesetzt würden, in denen wegen der geringeren Zahl an Apotheken höhere Preise verlangt werden könnten.“

„Zum Vorbringen der Zentrale zur Bekämpfung unlauteren Wettbewerbs e.V. und der deutschen Regierung, dass sich der Patient, der sich in einem gesundheitlich geschwächten Zustand befinde, nicht veranlasst sehen dürfe, erst eine Marktanalyse durchzuführen, um die Apotheke zu ermitteln, die das gesuchte Arzneimittel zum günstigsten Preis anbiete, ist darauf hinzuweisen, dass das Bestehen einer tatsächlichen Gefahr für die menschliche Gesundheit nicht anhand allgemeiner Überlegungen, sondern auf der Grundlage von relevanten wissenschaftlichen Untersuchungen zu beurteilen ist. Die insoweit vorgetragenen sehr allgemeinen Überlegungen reichen zum Nachweis der tatsächlichen Gefahr für die menschliche Gesundheit, die sich daraus ergeben soll, dass der Verbraucher versuchen kann, sich zu einem geringeren Preis mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zu versorgen, in keiner Weise aus.“

¹ Rs. C - 148/15 (Deutsche Parkinson), ECLI:EU:C:2016:776. Online verfügbar unter: <https://datenbank.nwb.de/Dokument/Anzeigen/634359/>

nachgelagert, wirkt sich jedoch auf die Vergütungsberechnung insofern aus, dass der kalkulatorische Unternehmerlohn für die Inhaber/-innen umso höher ist, je mehr Inhaber/-innen es gibt. Auf die Preisbindung, die direkten Bezug zur AMPPreisV hat, wird im nächsten Abschnitt detaillierter eingegangen.

Preisbindung als Mittel der Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung

Der EuGH hat die Wirksamkeit der Preisbindung als Mittel für die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung zumindest in Bezug auf eine Preisbindung von Versandhändlern des europäischen Auslands verneint. Dabei sah er mehrere Aspekte als gegeben an, die der Preisbindung widersprechen (vgl. Wortlaut in Infobox 4 auf der vorherigen Seite):

- Es gäbe keine Beweise, dass durch die Festlegung einheitlicher Preise für verschreibungspflichtige Arzneimittel eine bessere geografische Verteilung der traditionellen Apotheken in Deutschland sichergestellt werden kann.
- Traditionelle Apotheken sind grundsätzlich besser als Versandapotheken in der Lage, Patienten durch ihr Personal vor Ort individuell zu beraten und eine Notfallversorgung mit Arzneimitteln sicherzustellen. Dies sollte den traditionellen Apotheken ermöglichen können, im Wettbewerb mit dem Versandhandel auf dem deutschen Markt konkurrenzfähig zu bleiben.
- Dass sich der Patient, der sich in einem gesundheitlich geschwächten Zustand befinde, nicht veranlasst sehen dürfe, erst eine Marktanalyse durchzuführen, um die Apotheke zu ermitteln, die das gesuchte Arzneimittel zum günstigsten Preis anbiete, sei eine allgemeine Überlegung und nicht auf der Grundlage von relevanten wissenschaftlichen Untersuchungen beurteilt. Dies sei nicht hinreichend um das Bestehen einer tatsächlichen Gefahr für die menschliche Gesundheit nachzuweisen.

Das Oberlandesgericht Düsseldorf hatte im Nachgang des EuGH-Urteils noch die Frage der Prozesskosten zu entscheiden, die nach Auffassung der Zentrale zur Bekämpfung unlauteren Wettbewerbs die Deutsche Parkinson Vereinigung zu tragen hätte, da sie ihre Berufungsklage zurückgezogen hatte. Das OLG Düsseldorf entschied jedoch, dass die Wettbewerbszentrale die Prozesskosten zu tragen hätte, da die Deutsche Parkinson Vereinigung das Verfahren gewonnen hätte. Für dieses Urteil musste das OLG Düsseldorf die Frage nach der Rechtmäßigkeit der Preisbindung erneut beantworten und kommt zu ähnlichen Schlüssen wie das EuGH, obwohl dort bereits die Reaktionen auf das EuGH-Urteil einbezogen wurden (OLG Düsseldorf 2017).

Auch im deutschen Zivilprozessrecht gelte die Regel, dass derjenige, der sich auf einen Ausnahmetatbestand beruft, für das Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen darlegungs- und beweisbelastet ist. Das OLG bezieht sich im weiteren auf das „Gutachten 2014 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche“ (Drucksache 18/1940 des Deutschen Bundestages), auf das die Kommission Bezug genommen hatte und offenbar die gegenteilige Ansicht schlüssiger vertreten konnte, dass zur effizienteren Gestaltung des Angebots und der Erhöhung der Preiselastizität der Nachfrage Maßnahmen möglich wären, dass Anreize zu Niederlassung in Gegenden gesetzt würden, in denen wegen der geringen Zahl von Apotheken höhere Preise verlangt werden könnten (z. B. Preisspielräume bei Rx, Aufhebung des Selbstbedienungsverbots, Apothekenbusse in ländlichen Gegenden). Das OLG beklagt in diesem Zusammenhang, der Kläger würde in seiner Verkürzung der

Argumentation der Komplexität der Systeme zur Arzneimittelversorgung im Ansatz nicht gerecht. Die Stellungnahme der Bundesrepublik Deutschland im Vorabentscheidungsverfahren führe zu keiner anderen Beurteilung. Eine Auseinandersetzung mit dem genannten Gutachten fände dort nicht statt. (OLG Düsseldorf 2017 S.17 ff.).

Infobox 5: Ausschnitte OLG zur Schlüssigkeit der Gefährdung der flächendeckenden Versorgung, Beschluss v. 25.04.2017

Kosten des Rechtsstreits: Deutschen Parkinson Vereinigung e.V. gg. Zentrale zur Bekämpfung unlauteren Wettbewerbs e.V., I-20 U 149/13; 12 O 411/09; LG Düsseldorf; S. 20 ff.

Eine Gefährdung der flächendeckenden Arzneimittelversorgung auf dem Land hat der Kläger immer noch nicht schlüssig dargelegt. Ausweislich der allein vorliegenden Pressemitteilung zur Untersuchung Sempora (Anlage K 3; die Untersuchung selber mit der Benennung des Auftraggebers wird nicht vorgelegt) haben nämlich nur 21 % der Befragten angegeben, in einem solchen Fall ihr Rezept „immer“ bei einer Versandhandelsapotheke einlösen zu wollen. 30 % haben angegeben, dies „meistens“ tun zu wollen. Weitere 30 % haben erklärt, dies „Teils/Teils“ tun zu wollen, 11 % meinten, dies „eher selten“ tun zu wollen, 9 % „nie“. Hieraus lassen sich verlässliche Daten zur Berechnung eines den niedergelassenen Apotheken drohenden Umsatzeinbruchs nicht entnehmen. Keinesfalls stimmt aber die Grundannahme des Klägers, 51 % Umsatzeinbruch bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln für die niedergelassenen Apotheken seien belegt. Auch seine darauf aufbauende Argumentation unterliegt Unzulänglichkeiten. Die nicht nur theoretische Möglichkeit, dass eine relevante Anzahl derer, die sich für einen Bezug von der Versandhandelsapotheke ausgesprochen haben, ihr Rezept aus Bequemlichkeit dann doch bei einer niedergelassenen Apotheke einlöst, wird vom Kläger erst gar nicht in Betracht gezogen. Den auf der Grundlage von 51 % „Abtrünnigen“ angenommene Umsatzeinbruch rechnet er sodann um in einen durchschnittlichen jährlichen Rohertragsverlust von 100.000,- € pro niedergelassene Apotheke. Auch dies wird man – die Richtigkeit der Zahlen als solche einmal unterstellt – so pauschal nicht sagen können. Vielmehr wird zwischen Apotheken unterschiedlicher Standorte zu differenzieren sein. Das betrifft zum einen die Erreichbarkeit (Parkplätze/Bushaltestelle in unmittelbarer Nähe), aber auch die Entfernung zu Ärzten. Denn selbst ein Patient, der eine enge Bindung an seine „Hausapotheke“ hat, löst ein Rezept des Öfteren bereits in unmittelbarer räumlicher Nähe zu dem Arzt ein, der das Rezept ausgestellt hat. Der Kläger kommt dann zu dem Ergebnis, dass mindestens 3.200 Betriebsstätten ihre Tätigkeit einstellen müssten, da 16 % der Apotheken einen Rohertrag zwischen 260.000,- € und 360.000. € erwirtschafteten und einen Umsatzverlust von 100.000,- € nicht verkraften würden. 37,6 % der Apotheken seien in Gemeinden mit weniger als 20.000 Einwohnern ansässig, was in der Summe 7.500 Apotheken ausmache. 16 % hiervon seien 1.200 Apotheken, die auf dem Land schließen müssten. Weshalb der Kläger in diesem Zusammenhang nicht, was den zutreffenden Ansatz wiedergegeben hätte, den durchschnittlichen Rohertrag der auf dem Land ansässigen Apotheken mitteilt, bleibt offen. Dass diesbezügliche Zahlen nicht existieren oder für ihn verfügbar sind, behauptet er nicht. Ersteres ist im Übrigen nicht zu erwarten. Gegen letzteres spricht, dass der Kläger offensichtlich, dies zeigt sein Vortrag, über einen guten Kontakt zu Apothekerkreisen verfügt. Die Argumentation des Klägers schließt am Ende mit der durch nichts unterfütterten Behauptung, wichtige Leistungen wie die Notfallversorgung seien auf der Grundlage dieser Berechnungen nicht mehr zu gewährleisten. Welche Entfernungen der Einwohner einer Gemeinde mit weniger als 20.000 Einwohnern bereits jetzt im Durchschnitt auf sich nehmen muss, um eine Notfallapotheke zu erreichen, bleibt dabei ebenso offen wie die Fragen, um wie viele Kilometer sich diese Entfernung beim Wegfall von 1.200 Apotheken auf dem Land vergrößert sowie ob und weshalb keine Möglichkeit besteht, den Wegfall von 1.200 Apotheken im ländlichen Bereich durch anderweitige Maßnahmen zu kompensieren.

Auch in Bezug auf die Berechnungen von Umsatzeinbußen bei Marktanteilsgewinnen des Versandhandels wird vom OLG eine zu pauschale und unzulängliche Interpretation von Daten und Prognosen bemängelt. Keinesfalls stimme die Grundannahme des Klägers, 51 % Umsatzeinbruch bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln für die niedergelassenen Apotheken seien belegt (vgl. Infobox 5 für den Wortlaut der Kritik. Auch seine darauf aufbauende Argumentation unterliegt Unzulänglichkeiten. Selbst wenn 1.200 Apotheken auf dem Land schließen müssten, führe das nicht zu der durch nichts unterfütterten Behauptung, wichtige Leistungen wie die Notfallversorgung seien auf der Grundlage dieser Berechnungen nicht mehr zu

Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) geregelten Preise

gewährleisten. Das OLG macht damit deutlich, dass weder die Gefahren noch die Auswirkungen von Veränderungen im Markt schlüssig und insbesondere der Komplexität angemessen dargelegt seien. Das OLG lässt zudem keinen Zweifel daran, dass verfügbare Daten zur wirtschaftlichen Situation der Apotheken auf dem Land vorenthalten werden und der Druck, der nach der EuGH-Entscheidung in Apothekerkreisen und Politik aufgebaut wurde, unverhältnismäßig erscheint.

In der aktuellen Debatte werden zwei Szenarien als Reaktion auf das EuGH-Urteil diskutiert:

- Das Verbot des Rx-Versandes, um die als ungleich gewerteten Wettbewerbsbedingungen wieder aufzuheben, und
- eine beschränkte Aufhebung der Preisbindung auch im Inland, um den Preiswettbewerb einerseits zu begrenzen, andererseits auch für inländische Apotheken zu ermöglichen.

Das vorliegende Gutachten beschäftigt sich nicht mit der Klärung dieser Frage, liefert jedoch im Kapitel Flächendeckende Versorgung (vgl. S. 194 ff.) verfügbare Daten zu diesem Themenkomplex. Zudem werden die Auswirkungen, die Gesetzesänderungen für die AMPreisV beschrieben sowie erläutert, wann mit dem Argument der flächendeckenden Versorgung argumentiert wird. Anhand der letzten Urteile, auch des BGH-Urteils zum Skonto der Großhändler, wird deutlich, dass auf Maßnahmen, die die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung zum Ziel haben, andere Bewertungsmaßstäbe als in der Vergangenheit angelegt werden.

Im Folgenden werden die gesetzlichen Grundlagen der AMPreisV im Detail beschrieben, einschließlich ihrer Verankerung in den Gesetzesbegründungen.

6.1.4 Gesetzliche Grundlagen der AMPreisV

Die direkte gesetzliche Grundlage der AMPreisV besteht durch das Arzneimittelgesetz (AMG), das Apothekengesetz (ApoG) sowie das SGB V (§ 130) zu

Infobox 6: Drucksache 18/10208, 2016 Anpassung Standardrezepturen AMPreisV § 3

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Arzneimittelversorgung in der GKV (GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz – AMVSG). BT Drucksache 18/10208. 18. Wahlperiode. 07.11.2016.

Zur Änderung der AMPreisV § 5 und § 7:

„Im Zusammenhang mit Standard-Rezeptur Arzneimitteln umfasst die Tätigkeit in der Apotheke nicht nur die Zubereitung, sondern auch die Information und Beratung bei der Abgabe. Hierfür erhalten Apotheken nach den derzeitigen Regelungen jedoch keine weitergehende Vergütung. Dies ist nicht sachgerecht, da sich die Beratung bei der Abgabe von Standard-Rezeptur Arzneimitteln nicht von der Abgabe bei Fertigarzneimitteln unterscheidet. Es erfolgt insofern eine Gleichstellung von Fertigarzneimitteln und Standard-Rezeptur Arzneimitteln. Die Maßnahme dient gleichzeitig dem berechtigten Interesse der Sicherstellung der Versorgung mit Standard-Rezeptur Arzneimitteln. Dabei ist für die Standard-Rezeptur Arzneimitteln [...] und für Arzneimittel mit höherem Dokumentationsaufwand die Vergütung in der Arzneimittelpreisverordnung geregelt. Die Vergütung in diesen Bereichen wird nicht mehr als angemessen angesehen, auch weil sie bei der Erhöhung des Festzuschlages nicht ausreichend berücksichtigt wurde.“

Zur Änderung des AMG § 78:

„Mit der Neuregelung wird klargestellt, dass die Sicherstellung der Versorgung – auch im Hinblick auf regionale Belange – ein berechtigtes Interesse der Arzneimittelverbraucher im Sinne der Vorschrift ist, ohne dass sich für sie ein bestimmter regionaler Versorgungsanspruch daraus ergibt. Dieser Aspekt ist aber bei der Festlegung der Preise und Preisspannen in der Arzneimittelpreisverordnung für alle von einer Apotheke zu erbringenden Leistungen zu berücksichtigen. [...] Die wirtschaftliche Verantwortung bei der Festlegung des Standortes der Apotheke zur Versorgung der Arzneimittelverbraucher verbleibt beim Apotheker.“

Beziehungen der gesetzlichen Krankenversicherung zu Apotheken und pharmazeutischen Unternehmern. Die AMPPreisV ist auf S. 20 ff. im Wortlaut wiedergegeben.

Die Gesetzesbegründungen der einzelnen Paragraphen ergänzen den im Gesetzestext manifestierten Willen des Gesetzgebers. Die Umstellungen der Vergütungen für Fertigarzneimittel von rein prozentualen Preisaufschlägen hin zu einer Kombination aus prozentualem und absoluten

Festzuschlag ist gut in den Gesetzesbegründungen dokumentiert, ebenso der Notdienstzuschlag sowie die Hintergründe für die Zuschläge für Rezepturen, parenterale Zubereitungen und BtM. Im Folgenden werden die gesetzlichen Grundlagen der einzelnen Preisbestandteile der AMPPreisV dargestellt.

Die Zusammenstellung der gesetzlichen Grundlagen des vorliegenden Gutachtens beginnt mit den sog. „Gemeinwohlpflichten“ der Apotheken, bevor die Vergütungsgrundlage für Fertigarzneimittel besprochen wird. Die Gemeinwohlpflichten sind Rezepturherstellung, BtM-Abgabe, Nacht- und Notdienst. Im Folgenden werden die gesetzlichen Grundlagen dargestellt, meist auch mit Wiedergabe der die wörtlichen Gesetzesbegründungen.

Gesetzliche Grundlagen Standardrezepturen

Die Preise für Rezepturen sind im § 5 der AMPPreisV geregelt (vgl. Wortlaut S. 12). Die Vergütung setzt sich aus einem 90%-Stoffezuschlag, 3,50 € bis 8,00 € Rezepturzuschlag für eine Grundmenge sowie 50 % dieses Rezepturzuschlages für weitere Grundmengen innerhalb einer Rezeptur sowie einem Festzuschlag von 8,35 € zusammen. Die erste Änderung der Zuschläge für Rezepturen seit vielen Jahren erfolgte im Jahr 2016.

Dafür liegt eine Gesetzesbegründung für das relevante GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz (AMVSG) vor: In dem Gesetz wird die Rezepturvergütung um

einen Festzuschlag für Information und Beratung ergänzt, der dem absoluten Festzuschlag der Fertigarzneimittel entspricht, da für diese Leistungen bisher keine Vergütung erfolgte. Die absoluten Rezepturzuschläge wurden um je 1 € angehoben, da sie bei den letzten Erhöhungen des Festzuschlages nicht ausreichend berücksichtigt worden seien. Der Wortlaut der Gesetzesbegründung ist in der Infobox 6 auf der vorangehenden Seite wiedergegeben. Die Erhöhung der Rezepturvergütung wird außerdem mit dem Sicherstellungsauftrag der Apotheken begründet.

Der Sicherstellungsauftrag, der sich über die Rezepturen hinaus auf die gesamte AMPPreisV bezieht, findet weitere Erläuterung und Ergänzung in der Begründung zur Anpassung des § 78 AMG im gleichen Gesetz: Die Sicherstellung der Versorgung bezieht sich nicht nur auf die Arzneimittelsicherheit, sondern auch auf eine regionale Versorgung, an der die Arzneimittelverbraucher ein berechtigtes Interesse haben. Gleichzeitig wird die Niederlassungsfreiheit nicht in Frage gestellt. Alle Preisbestandteile der AMPPreisV sollen die regionalen Belange mitberücksichtigen (Wortlaut siehe Infobox 6 auf der vorangehenden Seite).

Infobox 7: Drucksache 15/1525, 2003 Anpassung der Rezepturzuschläge

Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG). BT Drucksache 15/1525. 15. Wahlperiode. 08.09.2003

Zur Änderung der AMPPreisV:

„Mit der Regelung werden die Rezepturzuschläge angepasst. Die Festlegung der Höhe der Zuschläge erfolgt nicht auf einer kostenrechnerisch exakten Betrachtung, da die Apotheke in ihrer Gesamtheit zu sehen ist und die im Bereich der Rezepturen anfallenden Kosten weitgehend bereits durch Zuschläge bei Fertigarzneimitteln abgedeckt werden.“

Ergänzend zur gesetzlichen Regelung der Rezepturen in der AMPPreisV kann die Gesetzesbegründung aus dem Jahr 2003 zum GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) herangezogen werden. Der Gesetzgeber hatte bei der Umstellung auf den absoluten Festzuschlag für rezeptpflichtige Fertigarzneimittel auch die Rezepturzuschläge leicht nach oben angepasst und in diesem Zuge klargemacht, dass die Höhe der Zuschläge nicht kostenrechnerisch exakt sind und die im Bereich der Rezepturen anfallenden Kosten weitgehend durch die Zuschläge für Fertigarzneimittel abgedeckt werden (s. Infobox 7).

Aus der gesetzlichen Grundlage der Rezepturen in der AMPPreisV ergeben sich folgende Schlussfolgerungen für die Berechnungslogik der AMPPreisV:

- Der absolute Festzuschlag wird bei Rezepturen als Beratungs- und Informationsvergütung verstanden.
- Beratung und Information sind in der bisherigen Rezepturvergütung (Stoffezuschlag und Rezepturzuschlag) somit nicht enthalten.
- Für die Sicherstellung der Versorgung wird eine angemessene Vergütung der Rezepturen für notwendig erachtet.
- Kostenentwicklungen sollen nicht nur auf den absoluten Festzuschlag Einfluss haben, sondern auch auf die anderen Preisbestandteile der AMPPreisV.
- Zwischen den Zuschlägen für Fertigarzneimittel und Standardrezepturen können in den bisherigen Berechnungen Überschneidungen vorhanden sein.

2016 wurde mit gleicher Begründung auch der BtM-Zuschlag angepasst, wie im Folgenden beschrieben wird.

Gesetzliche Grundlagen dokumentationspflichtige Arzneimittel

Ein Dokumentationszuschlag wird nach § 7 AMPPreisV in Höhe von 2,91 € gewährt (vgl. Wortlaut S. 13). Im Zuge des GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz (AMVSG) wurde im Jahr 2016 auch der Zuschlag für die Dokumentation für Betäubungsmittel von 0,26 € auf 2,91 € erhöht und die Arzneimittel nach § 3a der Arzneimittelverschreibungsverordnung, sog. T-Rezepte, in die AMPPreisV neu aufgenommen. Die Begründung erfolgt äquivalent zu der Begründung der Anpassung der Standardrezepturen (s. Infobox 6, S. 62). Eine adäquate Vergütung der Preisbestandteile der AMPPreisV und damit auch der verstärkt

Infobox 8: Drucksache 17/13081, 2013 Einführung einer Notdienstpauschale für rezeptpflichtige Fertigarzneimittel AMPPreisV § 3

Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Sicherstellung des Notdienstes von Apotheken (Apothekennotdienstsicherstellungsgesetz – ANSG). BT Drucksache 17/13081. 17. Wahlperiode. 16.04.2013

Zur Änderung der AMPPreisV § 3:

„Insbesondere in dünn besiedelten Gebieten mit geringer Inanspruchnahme des Notdienstes und häufigeren Notdiensten der einzelnen Apotheken ergeben sich erhebliche Belastungen für die Erbringung und Aufrechterhaltung des Notdienstes. Die unterschiedlichen individuellen Belastungen der Apotheken durch den Notdienst wurden bei der letzten Anpassung des Festzuschlags für die Abgabe von verschreibungspflichtigen Fertigarzneimitteln nach § 3 AMPPreisV nicht berücksichtigt. Im Hinblick auf die unterschiedliche Versorgungssituation in Ballungsgebieten und ländlichen Regionen besteht insoweit gesetzgeberischer Handlungsbedarf, um das hohe Leistungsniveau der Apotheken bei der Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben zu erhalten bzw. in strukturschwachen Gebieten gezielt zu verbessern. [...] Das Gesetz zur Förderung der Sicherstellung des Apothekennotdienstes zielt darauf ab, auch künftig eine flächendeckende und wohnortnahe Versorgung mit Arzneimitteln zu Notdienstzeiten zu sichern und strukturellen Problemen der Versorgung rechtzeitig zu begegnen. Der pauschale Zuschuss kommt in besonderem Maße den Apotheken zu Gute, die aufgrund einer geringeren Apothekendichte besonders häufig Notdienste leisten müssen.“

Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPPreisV) geregelten Preise

dokumentationspflichtigen Arzneimittel wird als der regionalen Sicherstellung der Versorgung dienlich angesehen.

Neben BtM und Rezepturen ist der Nacht- und Notdienst in der AMPPreisV separat vergütet.

Gesetzliche Grundlagen Nacht- und Notdienst

Der Nacht- und Notdienst wird an zwei Stellen der AMPPreisV behandelt. Laut § 6 kann ein Notdienstzuschlag von den Patientinnen und Patienten in Höhe von 2,50 € inkl. MwSt. erhoben werden, wenn Sie das Arzneimittel zwischen 20 Uhr und 6 Uhr oder an Sonn- und Feiertagen sowie am 24. Dezember erhalten. Durch die erfolgten Änderungen des Gesetzes über den Ladenschluss hat sich der Anwendungsbereich der Regelung ab 2004 durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) verkleinert (BT Drucksache 15/1525, S. 167).

Weiterhin ist im § 3 für den Notdienst geregelt, dass pro abgegebener Packungseinheit rezeptpflichtiger Fertigarzneimittel 0,16 € zur Finanzierung des Nacht- und Notdienstfonds. Dieser Fond wird genutzt, um eine zusätzliche Pauschalvergütung pro Nachtdienst („Volldienst“; definiert als Dienst von mindestens 20 Uhr bis 6 Uhr des Folgetages) unabhängig von der Inanspruchnahme zu ermöglichen. In der Begründung der Implementierung dieser Preiskomponente im Jahr 2013 spielte eine aufwandsgerechte und die flächendeckende Versorgung sichernde Vergütung eine zentrale Rolle, da in ländlichen Regionen Apotheken besonders häufig Notdienste leisten müssen. Diese Apotheken sollten für die erhebliche Belastung pauschal bezuschusst werden, um die Apotheken in strukturschwachen Gebieten gezielt zu erhalten (s. Wortlaut Infobox 8 rechts).

Die Umsetzung des Notdienstfonds selbst ist gesetzlich geregelt im § 18 bis § 20 Apothekengesetz (ApoG). Dort wird bestimmt, wie der Deutsche Apothekerverband e. V. unter Rechts- und Fachaufsicht des BMG den Fond verwaltet (§ 18) sowie, welche Meldepflichten sich für die Apotheken und die Apothekenrechenzentren ergeben (§ 19) und wie die Auszahlung an die Apotheken erfolgt (§ 20).

*Infobox 9: BT Drucksache 17/2413, 2010
Vergütungsgrundlage parenterale Zubereitungen
AMPPreisV § 5*

Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz – AMNOG) BT Drucksache 17/2413 17. Wahlperiode. 06.07.2010

Zur Änderung der AMPPreisV § 5:

„Nach § 5 Absatz 1 Satz 1 ist für die Herstellung von Rezepturen ein Zuschlag in Höhe von 90 Prozent auf den Apothekeneinkaufspreis der verarbeiteten Arzneimittel und Stoffe vorgesehen. Diese Vergütung ist bei Rezepturen aus niedrigpreisigen Arzneimitteln und Stoffen leistungsgerecht, nicht jedoch für Zubereitungen aus hochpreisigen Arzneimitteln und Stoffen.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutsche Apothekerverband haben daher nach § 5 Absatz 5 leistungsgerechte Rezepturzuschläge für parenterale Zubereitungen vereinbart. Privaten Krankenversicherungen oder ihren Verbänden ist es hingegen bislang nicht gelungen, derartige Vereinbarungen mit dem Deutschen Apothekerverband zu schließen.

Für den Fall des Nichtzustandekommens einer Einigung der Vertragsparteien nach Absatz 5 Satz 1 oder Satz 2 waren im bisherigen § 5 Absatz 6 feste Zuschläge vorgesehen, die sich der Höhe nach an den Vereinbarungen orientierten, welche der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutsche Apothekerverband gemäß § 5 Absatz 5 Satz 1 vertraglich vereinbart hatten. Die Regelung war bis zum 31. Dezember 2011 befristet. Diese Übergangsregelung wird ersetzt durch eine dauerhafte Neuregelung, die sich der Höhe nach ebenfalls an den Verträgen orientiert, welche der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutsche Apothekerverband gemäß § 5 Absatz 5 Satz 1 vertraglich vereinbart haben. Sie berücksichtigt aber darüber hinaus die Besonderheiten privatwirtschaftlicher Versicherungsverhältnisse (wie etwa ein höheres Inkassorisiko für die Apotheken). So wird auch für den Bereich außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung ein leistungsgerechtes Vergütungsniveau für die Zubereitung parenteraler Lösungen sichergestellt.“

Zusammenfassend zeigen die gesetzlichen Grundlagen zu Standardrezepturen, Arzneimitteln mit erhöhtem Dokumentationsaufwand sowie zu Nacht- und Notdienst einen steigenden gesetzlichen Anspruch auf eine die regionale Versorgung unterstützende AMPPreisV und eine kostendeckendere Vergütung dieser Leistungen.

Die parenteralen Lösungen bilden einen Sonderfall in der Arzneimittelversorgung. Sie werden nur von einem Teil der Apotheken hergestellt und von der GKV überwiegend über separate Rahmenverträge vergütet. Die Preise sind jedoch grundsätzlich in der AMPPreisV geregelt und gelten auch für die PKV.

Gesetzliche Grundlagen Parenterale Lösungen

Die Anforderungen der Zubereitung von parenteralen Lösungen sind in der Apothekenbetriebsordnung im § 35 geregelt (z. B. sterile Herstellungsbedingungen, Schutzkleidung, etc.). Für die verschiedenen Arten der parenteralen Lösungen sind absolute

Zuschläge in der AMPPreisV festgelegt (für die Höhe s. nächster Absatz im Vergleich zum GKV Rahmenvertrag).

Die Höhe der parenteralen Zuschläge ist zuletzt mit dem AMNOG im Jahr 2012 angepasst worden. In der Gesetzesbegründung (s. Infobox 9 rechts) ist dargelegt, dass sich die Vergütung an den Verhandlungen des GKV-Spitzenverbandes mit dem Deutschen Apothekerverband orientieren. Darüber hinaus werden privatwirtschaftliche Versicherungsverhältnisse in der Höhe der Preise wie z. B. ein höheres Inkassorisiko für die Apotheken, berücksichtigt, die bei den GKV-Verträgen nicht bestehen.

Im ersten Teil der Gesetzesbegründung wird außerdem erklärt, warum für parenterale Zubereitungen kein 90-prozentiger Stoffzuschlag gilt: Dieser ist nur bei niedrigpreisigen Arzneimitteln und Stoffen leistungsgerecht, nicht jedoch für Zubereitungen aus hochpreisigen Arzneimitteln und Stoffen (BT Drucksache 17/2413).

Für die durch die GKV erstatteten parenteralen Lösungen bestehen Rahmenverträge mit den Apotheken nach § 129 SGB V sowie § 5 (5) AMPPreisV. In diesen Verträgen sind die in § 6 festgelegten Preise für parenterale Lösungen abweichend geregelt. Die aktuelle Regelung findet sich in der Anlage 3 der Hilfstaxe (GKV-Spitzenverband 2014): Es sind Apothekeneinkaufspreise für die enthaltenen Stoffe vereinbart sowie die Zuschläge/ „Arbeitspreise“ für die Herstellung. Mit dem Zuschlag sind auch die Sach- und Verwaltungskosten, insbesondere für Verbrauchsmaterial, Entsorgung und Dokumentation abgegolten.

Die Preise der Hilfstaxe weichen wie folgt von den Preisen der AMPPreisV ab:

1. zytostatikahaltige Lösungen	90 € / Hilfstaxe 81 €
2. Lösungen mit monoklonalen Antikörpern	87 € / Hilfstaxe 71 €
3. antibiotika- und virustatikahaltige Lösungen	51 € / Hilfstaxe 39 €
4. Lösungen mit Schmerzmitteln	51 € / Hilfstaxe 50 €
5. Ernährungslösungen	83 € / Hilfstaxe 64 €
6. Calciumfolinatlösungen	51 € / Hilfstaxe 39 €
7. sonstige Lösungen	70 € / Hilfstaxe 54 €.

Mit der Änderung des § 5 (6) AMPreisV zum 1. Januar 2011 ist für parenterale Lösungen ein Zuschlag festgelegt worden. Zuvor hatte die PKV zusätzlich zu den Rezepturzuschlägen den 90-prozentigen Stoffe-Zuschlag gezahlt. Da es keine Vereinbarungen der PKV gibt, gelten aktuell für parenterale Lösungen ausschließlich die absoluten Zuschläge.

Im Folgenden werden die gesetzlichen Grundlagen für die Vergütung der Abgabe rezeptpflichtiger Fertigarzneimittel betrachtet, die in Apotheken den größten Teil der abgegebenen rezeptpflichtigen Arzneimittel ausmachen (vgl. Kapitel 8.1.4 Leistungsdaten Apotheke: Rx, OTC, Freiwahl, S. 113 ff.).

Gesetzliche Grundlagen Rx-Fertigarzneimittel

Für die Abgabe von rezeptpflichtigen Fertigarzneimitteln erhält die Apotheke nach § 3 AMPreisV Festzuschläge von 3 Prozent auf den Apothekeneinkaufspreis sowie 8,35 €. Diese Vergütung wird wesentlich ergänzt durch den für die Mehrheit der Fertigarzneimittel geltenden GKV-Rabatt in Höhe von 1,77 € inkl. MwSt. (1,49 € ohne MwSt.), der von den 8,35 € abgezogen wird, wenn die GKV innerhalb von 10 Tagen zahlt. Der GKV-Rabatt ist im § 130 SGB V geregelt.

Im Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) wurden ab 2004 umfangreiche Änderungen im Gesundheitswesen und auch in der AMPreisV eingeführt, die bis heute gelten. Die Preisbindung für nicht-rezeptpflichtige Arzneimittel (Non-Rx) wurde aufgehoben, das Mehrbesitzverbot auf bis zu 4 Apotheken einer Inhaberin bzw. eines Inhabers gelockert und Versandhandel mit Arzneimitteln erlaubt. Für die Vergütung der Abgabe rezeptpflichtiger Fertigarzneimittel wurde das sog. „Kombi-Modell“ implementiert aus einem im Vergleich zur vorangehenden Vergütung vergleichsweise niedrigen prozentualen Festzuschlag und dem absoluten Festzuschlag für Rx-Fertigarzneimittel entwickelt.

Mit dem absoluten Festzuschlag für Fertigarzneimittel sowie dem zugehörigen GKV-Rabatt wurde eine kostenbezogene Vergütung implementiert: Der GKV-Rabatt war zunächst, wie der absolute Festzuschlag von 8,35 €, als kostenbezogen definiert, bis er 2015 festgeschrieben wurde (vgl. Infobox 11: Historische Entwicklung § 130 SGB V, S. 68 ff.): Der Abschlag sollte so von den Vertragspartnern so fortgeschrieben werden, dass Veränderungen der Art und des Umfangs der Leistungen und der Kosten der Apotheken bei wirtschaftlicher Betriebsführung berücksichtigt werden (BT Drucksache 15/1525, S. 122). Der gleiche gesetzliche Hintergrund zeigt sich auch direkt in Bezug auf die 8,35 € im § 78 AMG, der besagt, dass der absolute Festzuschlag, der nicht für den Notdienst bestimmt ist, entsprechend der Kostenentwicklung bei wirtschaftlicher Betriebsführung anzupassen ist (§ 78 (1) AMG). In der Begründung zum GMG wird weiterhin festgelegt, dass die Umstellung des Apothekenzuschlags auf einen Festzuschlag und einen prozentualen preisabhängigen Zuschlag es erforderlich machen, dass der Festzuschlag durch Rechtsverordnung angepasst werden kann. Die Anpassung soll sich dabei an der jeweiligen Kostenentwicklung der Apotheken bei wirtschaftlicher Betriebsführung richten. In der Regel soll eine Überprüfung im Abstand von zwei Jahren erfolgen, um häufige Anpassungen im geringen Cent-Bereich zu vermeiden (BT Drucksache 15/1525, S. 166).

In dem genannten Gesetzesentwurf werden über den Kostenbezug hinaus die beiden Preiskomponenten nur insofern näher erläutert, als dass sie als preisabhängige und preisunabhängige Komponente beschrieben werden (BT-Drucksache 15/1525 S. 166). Mitte 2005 wurden in dem „Bericht der

Bundesregierung zu der Entschließung des Bundesrates zur Neuregelung der Arzneimittelpreisgestaltung zum 1. Januar 2004“ Details beschrieben: Die Kosten werden in Kosten für Warenwirtschaft und Kosten für Beratung aufgeteilt und den beiden

Festzuschlägen zugeteilt. Kosten für die Warenwirtschaft und Vorfinanzierung sollen durch den 3-Prozent-Festzuschlag, Kosten der preisunabhängigen Beratung durch den absoluten Festzuschlag abgedeckt werden (damals 8,10 € mit 2 € GKV-Rabatt) (BR Drucksache 513/05; vgl. Wortlaut in der Infobox 10 rechts).

Seit 2005 wurde die Vergütung für rezeptpflichtige Fertigarzneimittel mithilfe des absoluten Festzuschlags oder des GKV-Rabatts fortgeschrieben.

Im Folgenden wird die Fortschreibungshistorie wiedergegeben (Infobox 11 im Wortlaut), da die Gesetzesbegründungen in dem Zeitraum ab 2005 Ansprüche an die Festsetzung der Vergütung stellen, die auch für die aktuelle AMPPreisV relevant sind.

- 2005 GKV-Rabatt: Im Konsens der Apotheken und Krankenkassen wurden rückläufige Packungsanzahlen durch eine Reduktion des Apothekenrabattes an die Krankenkassen nach § 130 SGB V um 0,15 € im ersten Halbjahr 2005 geregelt und beschlossen, die Fortschreibung durch einen bis 2008 festen Rabatt von 2,00 € umzusetzen (BR Drucksache 513/05).
- Im Jahr 2007 wurde im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz für den Zeitraum ab 2009 ein Rabatt von 2,30 € festgelegt (§ 130 SGB V in der am 01.04.2007 geltenden Fassung). Dieser Änderung gingen umfangreiche Verhandlungen voran, die Festzuschläge ggf. auf Höchstzuschläge umzuwandeln, was jedoch verworfen wurde (s. Infobox 11 rechts). Die Einsparziele wurden unter anderem damit begründet, dass die Höhe der Handelszuschläge der Apotheken im Verhältnis zum Abgabepreis der pharmazeutischen Unternehmer nach

Infobox 10: BR Drucksache 513/05; 05.07.2005. Zweckbestimmung der Festzuschläge für Rx-FAM in Apotheken (§ 3 AMPPreisV)

Bericht der Bundesregierung zu der Entschließung des Bundesrates zur Neuregelung der Arzneimittelpreisgestaltung zum 1. Januar 2004
„3 % des Apothekeneinkaufspreises [sind] für die Kosten der Warenbewirtschaftung sowie für die Vorfinanzierung, die insbesondere bei Abrechnung mit den Krankenkassen erforderlich ist. Das preisunabhängige Fixhonorar ist ein finanzieller Anreiz für eine qualitätsorientierte, preisunabhängige Beratung der Versicherten und stärkt kleinere, wohnortnahe Apotheken in Flächenstaaten, die viele Patienten versorgen.“

Infobox 11: Historische Entwicklung § 130 SGB V

Ausschnitte aus dem § 130 SGB V zur Entwicklung der Fortschreibung der Vergütung für rezeptpflichtige Arzneimittel

§ 130 (1a) SGB V in der vor dem 29.08.2005 geltenden Fassung:

„Der Abschlag [...] ist erstmalig mit Wirkung für das Kalenderjahr 2005 [...] so anzupassen, dass die Summe der Vergütungen der Apotheken für die Abgabe verschreibungspflichtiger Arzneimittel leistungsgerecht ist unter Berücksichtigung von Art und Umfang der Leistungen und der Kosten der Apotheken bei wirtschaftlicher Betriebsführung. In der Vereinbarung für das Jahr 2005 [...] sind Vergütungen der Apotheken, die sich aus einer Abweichung der Zahl der abgegebenen Packungen verschreibungspflichtiger Arzneimittel im Jahr 2004 gegenüber dem Jahr 2002 ergeben, auszugleichen.“

Verworfenen Teil im Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG; BT Drucksache 16/3100):

„Außerdem erhalten die Apotheken die Möglichkeit, ihre Position gegenüber ihren Kunden auch durch Nachlässe auf die höchstzulässigen Handelszuschläge zu verbessern. Insbesondere können die Apotheken bei der Abgabe an Endverbraucher auch auf die Berechnung von Zuzahlungen teilweise verzichten. Dies bleibt für die Kostenträger finanzneutral. Damit werden

zuletzt vorliegenden Zahlen für das Jahr 2004 auf Platz vier im europäischen Vergleich und damit vergleichsweise hoch sei (BT Drucksache 16/3100).

- Nachdem der Rabatt durch ein Schiedsgericht in der Zwischenzeit auf 1,75 € reduziert worden war, wurde er mit Wirkung ab 2013 im Jahr 2011 im AMNOG (Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung) wieder für zwei Jahre auf 2,05 € festgelegt, um Einsparungen in Höhe von 200 Mio. € zu erzielen. Durch das AMNOG wird auch im SGB V festgelegt, dass ab 2013 die Vergütung von den Vertragspartnern so anzupassen ist, dass die Summe der Vergütungen der Apotheken für die Abgabe verschreibungspflichtiger Arzneimittel leistungsgerecht ist unter Berücksichtigung von Art und Umfang der Leistungen und der Kosten der Apotheken bei wirtschaftlicher Betriebsführung. Zudem wurde Apotheken sehr konkret Transparenz in Leistungen, Einnahmen und Kosten auferlegt: Leistungen der Apotheken auf Grundlage einer standardisierten Beschreibung der Leistungen sowie
- Einnahmen und Kosten der Apotheken durch tatsächliche Betriebsergebnisse repräsentativ ausgewählter Apotheken (§ 130 SGB V in der am 01.01.2011 geltenden Fassung; vgl. Wortlaut in Infobox 11 rechts). Die konkreten Anforderungen ergaben sich laut Bericht des Ausschusses, da sich die
- Einigung auf Ebene der Selbstverwaltung zunehmend schwierig gestaltete und der weit gefasste Entscheidungsspielraum eine Einigung erschwerte (BT Drucksache 17/3698).
- In der Folge der Abstimmung über repräsentative Angaben zu Leistungen, Einnahmen und Kosten verlagerte sich die gesetzliche Steuerung der Rx-Vergütung vom § 130 SGB V zurück auf die AMPreisV. Um im weiteren Abstimmungsprozess nicht an zwei

insbesondere auch die Wettbewerbsbedingungen in- und ausländischer Versandapotheken harmonisiert.“

Begründung der Ablehnung des Entwurfs im Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD – Drucksache 16/3100 – Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG) BT Drucksache 16/4247, 2007:

„Die beabsichtigte Umstellung auf ein Höchstpreissystem entfällt. Es bleibt bei einheitlichen Apothekenabgabepreisen für verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel. Klarstellung der geltenden Rechtslage und des geltenden Rabattverbots aufgrund des Gesetzes zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung (AVWG). Ein einheitlicher Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers ist für alle Arzneimittel zu gewährleisten, soweit für diese verbindliche Preise und Preisspannen durch die Arzneimittelpreisverordnung bestimmt sind. Erst hierdurch ergibt sich in Verbindung mit den Handelszuschlägen, die in der Arzneimittelpreisverordnung festgelegt sind, ein einheitlicher, bei der Abgabe verbindlicher Apothekenabgabepreis. Pharmazeutische Unternehmer dürfen Rabatte auf ihren Abgabepreis nur an die Kostenträger gewähren, nicht aber an die Handelsstufen.“

§ 130 SGB V in der am 01.01.2011 geltenden Fassung:

„Der Abschlag [...] ist erstmalig mit Wirkung für das Kalenderjahr 2013 [...] so anzupassen, dass die Summe der Vergütungen der Apotheken für die Abgabe verschreibungspflichtiger Arzneimittel leistungsgerecht ist unter Berücksichtigung von Art und Umfang der Leistungen und der Kosten der Apotheken bei wirtschaftlicher Betriebsführung. Dabei sind 1. Veränderungen der Leistungen der Apotheken auf Grundlage einer standardisierten Beschreibung der Leistungen im Jahre 2011 zu ermitteln; 2. Einnahmen und Kosten der Apotheken durch tatsächliche Betriebsergebnisse repräsentativ ausgewählter Apotheken zu berücksichtigen.“

Fortsetzung auf der folgenden Seite

Stellen überschneidend zu verhandeln, wurde der Rabatt in § 130 SGB V dauerhaft auf 1,77 € festgelegt (Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz - GKV-VSG). BR Drucksache 641/14. 29.12.14.). Den Festzuschlag anzupassen, ist aktuell wieder ausschließlich Aufgabe der AMPPreisV.

- Im Jahr 2012 erfolgte per Verordnung eine Anpassung des absoluten Festzuschlages von 8,10 € auf 8,35 €, um den gestiegenen Kosten Rechnung zu tragen (Bundesgesetzblatt Teil I 2012).

Zusammenfassend zeigt die gesetzliche Grundlage der Vergütung für die Abgabe von Fertigarzneimitteln einen seit 2004 verstärkt leistungs- und kostenorientierten Ansatz mit gezielter Vergütung kaufmännischer und heilberuflicher Leistungen der Apotheken. Die Anpassung der Vergütung hinsichtlich der Kostenentwicklung der Apotheken muss zukünftig in der AMPPreisV erfolgen und ist nicht mehr untergesetzlich durch die Anpassung des GKV-Rabatts möglich.

6.1.5 Gesetzliche Grundlage der Höhe der Preise in der AMPPreisV

Der Wille des Gesetzgebers manifestiert sich wie beschrieben neben den Gesetzen und Verordnungen zu einem wesentlichen Anteil in den Gesetzesbegründungen und weiteren den Gesetzen vorangehenden Bundestags- oder Bundesratsdrucksachen. Für die Berechnung der in der AMPPreisV geregelten Preise gibt es jedoch kaum Informationen in den im vorangegangenen Abschnitt beschriebenen Gesetzen und ihren Begründungen. Überwiegend wurden bestehende

Erläuterungen dazu in Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz – AMNOG) BT Drucksache 17/3698, 2010:

„Gleichzeitig werden [...] die Kriterien, an denen sich die Vertragspartner bei Verhandlung über die Anpassung des Abschlags zu orientieren haben, konkreter gefasst. Es hat sich in der Vergangenheit gezeigt, dass eine Einigung innerhalb des weit gefassten Entscheidungsspielraums auf Ebene der Selbstverwaltung nicht zu erzielen war. Dies wurde auch im Rahmen der öffentlichen Anhörung zum Gesetzentwurf im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages vorgetragen. Die Konkretisierung des Entscheidungsspielraums erleichtert der Selbstverwaltung die Einigung auf dem Verhandlungsweg, lässt ihr aber gleichzeitig die Möglichkeit, den Abschlag jährlich an sich ändernde Marktverhältnisse anzupassen.“

Aktuelle Fassung § 130 SGB V Rabatt. Text in der Fassung des Artikels 1 GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz (AMVSG) G. v. 4. Mai 2017 BGBl. I S. 1050 m.W.v. 13. Mai 2017

(1) Die Krankenkassen erhalten von den Apotheken für verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel sowie für Zubereitungen nach § 5 Absatz 3 der Arzneimittelpreisverordnung, die nicht § 5 Absatz 6 der Arzneimittelpreisverordnung unterfallen, einen Abschlag von 1,77 Euro je Arzneimittel, für sonstige Arzneimittel einen Abschlag in Höhe von 5 vom Hundert auf den für den Versicherten maßgeblichen Arzneimittelabgabepreis.

(2) Ist für das Arzneimittel ein Festbetrag nach § 35 festgesetzt, bemisst sich der Abschlag nach dem Festbetrag. Liegt der maßgebliche Arzneimittelabgabepreis nach Absatz 1 unter dem Festbetrag, bemisst sich der Abschlag nach dem niedrigeren Abgabepreis.

(3) Die Gewährung des Abschlags setzt voraus, dass die Rechnung des Apothekers innerhalb von zehn Tagen nach Eingang bei der Krankenkasse beglichen wird. Das Nähere regelt der Rahmenvertrag nach § 129.

Preise vor dem Hintergrund Einsparzielen im Gesundheitswesen angepasst.

Zum Beispiel ist in der BR Drucksache 513/05 beschrieben, dass die Handelszuschläge für rezeptpflichtige Arzneimittel für Apotheken und Großhandel in der gesetzlichen Krankenversicherung für das Jahr 2004 in gleicher Höhe wie die Vergütungen im Vorjahr 2003 festgelegt wurden. Im Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG 2003-2004) sowie dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG 2010-2012) wurden pauschale Sparziele im GKV-Abschlag implementiert.

Die Orientierung an tatsächlichen aktuellen Kosten wurde erstmalig mit dem AMNOG im Gesetz direkt benannt (§ 130 SGB V in der am 01.01.2011 geltenden Fassung). In den Unterlagen zu der danach folgenden Anpassungsberechnung des BMWi, die die Basis der Verordnung zur Änderung der AMPPreisV im § 3 zum absoluten Festzuschlag für rezeptpflichtige Fertigarzneimittel zum 1.1.2013 (von 8,10 € auf 8,35 €) bilden, wird die angewendete Berechnungslogik beschrieben. Sie wird, zusammen mit weiteren Quellen, im folgenden Kapitel dargestellt und bewertet.

6.2 Aktuelle Berechnungslogik AMPreisV

Die aktuelle Berechnungslogik der AMPreisV für öffentliche Apotheken beschränkt sich auf die Berechnungslogik für den absoluten Festzuschlag für rezeptpflichtige Arzneimittel. Für alle weiteren Vergütungsbestandteile der AMPreisV gibt es nach Recherchen der Gutachter keine verfügbaren Berechnungswege, auch aus Sicht der Arbeitskreismitglieder nicht. Dadurch ergibt sich folgendes Zwischenergebnis:

- Es gibt kein gesamthaftes der AMPreisV zugrundeliegendes Rechenmodell.
- Die Preise der AMPreisV sind nicht aufeinander abgestimmt oder voneinander abgegrenzt.
- Im Rahmen des vorliegenden Gutachtens müssen Berechnungslogiken auf der Basis der gesetzlichen Grundlagen neu erarbeitet werden.

Im Rahmen der Primärerhebung wurde das Projektteam auf eine Studie der Apothekerkammer Nordrhein aufmerksam gemacht, die die Zusatzaufwände der öffentlichen Apotheken für die Abgabe von BtM erhoben hat (Hüsgen 2014). Die Ergebnisse der Studie werden in der Diskussion des vorliegenden Gutachtens zum Vergleich der Ergebnisse der Primärerhebung aufgegriffen (vgl. Kapitel 8.5, S. 172 ff.).

6.2.1 Festzuschläge Fertigarzneimittel

Im Jahr 2012 wurde der absolute Festzuschlag für rezeptpflichtige Fertigarzneimittel (Rx-FAM) in Bezug auf die Kostenentwicklung in der AMPreisV erstmalig angepasst von 8,10 € pro Packung auf 8,35 €. Die angewandte Berechnungslogik wurde angelehnt an die Berechnung im Jahr 2003 für die Neuregelung der Vergütung im Kombi-Modell im Jahr 2004. Recherchen ergaben, dass die Berechnungslogik von der ABDA stammt, die das Modell auch „ABDA-Modell“ nannte (Diener 2003; vgl. Infobox 12 auf der vorangehenden Seite).

Infobox 12: Erläuterungen zum „ABDA-Modell“:

„Diesen Zahlen liegt der Betriebskostenvergleich des Instituts für Handelsforschung (Universität Köln) zugrunde. Die fixen Betriebskosten (Kosten für Personal, Räume, Sachkosten et cetera) betragen bezogen auf den rezeptpflichtigen Gesamtumsatz (also GKV und Nicht-GKV) 7,94 Euro je Packung. Differenziert nach Packungsvolumen der jeweiligen Kostenträger ergibt sich beim rezeptpflichtigen GKV-Umsatz ein Wert von 7,55 Euro je Packung und beim rezeptpflichtigen Nicht-GKV-Umsatz von 8,55 Euro je Packung. Die variablen Betriebskosten (insbesondere Zinsen und Abschreibungen) betragen rund 3 Prozent des Apothekeneinkaufspreisvolumens. Ein Festbetrag von 8,55 Euro je Packung minus 1 Euro GKV-Abschlag zuzüglich 3 Prozent Aufschlag auf den Apothekeneinkaufspreis korrespondiert aber auch mit dem tatsächlichen effektiven Rohertrag der Apotheken bei verschreibungspflichtigen GKV-Arzneimitteln: Im Jahr 2002 erhielten die Apotheken bei verschreibungspflichtigen GKV-Fertigarzneimitteln unter Berücksichtigung des GKV-Abschlages und erhaltener Einkaufsvorteile 8,02 Euro je Packung bei rezeptpflichtigen GKV-Arzneimitteln. [...] Die Dynamisierung der preisunabhängigen Festzuschlagskomponente ist in einem Kombimodell eine *conditio sine qua non*. [...]

Das ABDA-Modell sieht dazu eine jährliche Anpassung des preisunabhängigen Festzuschlages [...] vor. Hierzu kann auf den alljährlichen Betriebskostenvergleich zurückgegriffen werden, den das unabhängige Institut für Handelsforschung der Universität Köln seit Jahrzehnten für die verschiedenen Einzelhandelsbranchen erstellt. [...] Bisherige Einkaufsvorteile der Apotheken sind in dem ABDA-Modell in die direkte Apothekervergütung eingebettet; entsprechende Absenkungen bei der Großhandelsvergütung sind insofern die logische Konsequenz.

Bei Zugrundelegung der Mengenstrukturen des Jahres 2002 wäre die Apothekervergütung gemäß ABDA-Modell in der GKV-Versorgung 2004 quasi konstant.“

Laut ABDA hatte der Gesetzgeber eine im Konsens mit den Verbänden erarbeitete neue Vergütungsstruktur angestrebt (Diener 2003). Das Kombi-Modell wurde vom Gesetzgeber in Teilen in der AMPPreisV mit Geltung ab 2004 umgesetzt. Die implementierten Preise weichen von den Vorschlägen der ABDA ab. Eine Beschreibung des Berechnungsweges findet sich ausschließlich in der Pharmazeutischen Zeitung (a.a.O.). Der Infobox 12 auf der vorangehenden Seite gibt den Wortlaut der dort beschriebenen Herleitung wieder. Der Rechenweg der ABDA beschreibt Datenquellen und unterscheidet fixe, preisunabhängige und variable, preisabhängige Kosten: Die Vergütung ist in Zusammenarbeit mit dem Institut für Handelsforschung der Universität zu Köln (IFH) so konzipiert, dass sie folgende Betriebskosten deckt: die preisunabhängigen mit dem absoluten Festzuschlag, die variablen Kosten mit dem prozentualen Festzuschlag. Die Betriebskosten werden im Einzelnen aufgelistet (s. Infobox 12 auf der vorangehenden Seite).

Die ABDA erläutert ergänzend, dass die vorgeschlagenen Preise mit den bisherigen Roherträgen der Apotheken korrespondieren. Das Vergütungsvolumen sei „quasi konstant“ vor und nach der Umstellung auf das Kombi-Modell. Daraus ergibt sich aus Sicht der Autoren des vorliegenden Gutachtens die Berechnung der Zuschläge als Deckung des Rx-bezogenen Rohertrags der Apotheke. Diese Orientierung am Rohertrag in der Berechnung stellt aus Sicht der Autoren einen Widerspruch zu einem kostendeckenden Berechnungsansatz dar, wie er in der Erklärung von Diener (2013) zunächst beschrieben wird. Der Rohertrag ist der Erlös nach Waren- bzw. Materialeinsatz vor Begleichung der Kosten, d.h. der Rohertrag umfasst nicht nur die (weiteren) Kosten, sondern auch den Gewinn der Apotheken. In der Folge bedeutet dies, dass resultierende Gewinne einzelner Apotheken unterhalb eines Tariflohns für Approbierte genauso wie Gewinne über 500.000 € als Kosten in der Berechnung umgesetzt werden.

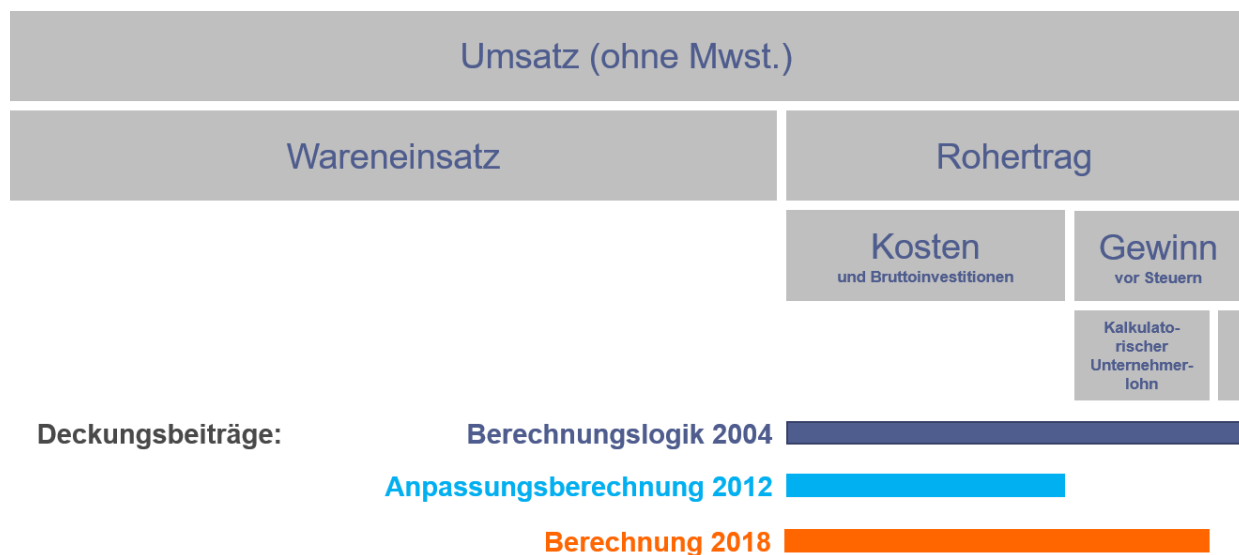


Abbildung 7: Deckungsbeiträge der Berechnungslogiken zum Rx-Festzuschlag 2004, 2012 und im vorliegenden Gutachten für 2018. Schematische Darstellung ohne Relation zu realen Kosten- und Gewinnanteilen. Eigene Darstellung.

Die Anpassungsrechnung im Jahr 2012 orientierte sich an der Beschreibung des Kombi-Modells als kostendeckende Berechnung und bezog nur die Kostensteigerungen in die Veränderungsberechnung mit ein, die über die Rohertragssteigerung der Apotheken hinausging. Es wurde kein kalkulatorischer Unternehmerlohn berücksichtigt, da er, wie bereits beschrieben, in der Berechnungslogik von 2003 nicht expliziert worden ist. Er ist nur indirekt in die Berechnung eingegangen, indem nicht die Kosten, sondern der Rohertrag in die Rechnung einbezogen worden war. Die Abbildung 7 auf der vorangehenden Seite zeigt die unterschiedlichen Deckungsbeiträge der Vergütung in den Berechnungslogiken. Dabei geht aus Sicht der Gutachter die Berechnung im Jahr 2004 über die Kostendeckung hinaus. Im Jahr 2012 wird dagegen, den tatsächlichen Aufwand der Inhaber/-innen unterschätzend, kein kalkulatorischer Unternehmerlohn einbezogen. Die Berechnung im vorliegenden Gutachten beruht dementsprechend auf den Kosten zzgl. eines kalkulatorischen Unternehmerlohns (vgl. Kapitel 6.3.4 Kalkulatorischer Unternehmerlohn, S. 81).

Weitere Details zu der Rechnung bestehen auch nach Information der ABDA nicht. Z. B. welche Kosten in welcher Höhe einbezogen worden sind. Insbesondere für die Berechnung des prozentualen Festzuschlags von aktuell 3 Prozent gibt es keine Herleitung. In der Modellbeschreibung wird ebenfalls nicht beschrieben, wie Kosten der Apotheken auf Rx- und Non-Rx aufgeteilt worden sind. Ausführungen dazu sind in Informationen der ABDA zu der Fortschreibungsberechnung des BMWi im Jahr 2012 enthalten sowie in den Berichten zu „Zahlen - Daten - Fakten“, die die ABDA jährlich veröffentlicht: Demnach werden Kosten, Roherträge und Betriebsergebnisse jeweils über eine „hälftige Absatz-Umsatz-Methode“ zugeordnet (z. B. ABDA 2015, S. 28).

Die hälftige Absatz-Umsatz-Methode besteht darin, den Mittelwert aus dem Rx-Anteil am Umsatz und dem Rx-Anteil am Packungsabsatz zu bilden. Dieser Mittelwert in Prozent wird dann auf Kosten, Roherträge oder Betriebsergebnisse pauschal angewendet. Ist z. B. der Absatzanteil von Rx 50 Prozent und der Umsatzanteil von Rx 70 Prozent (Mittelwert: 60 Prozent), ergibt sich rechnerisch z. B. ein Kostenanteil von Rx i.H. von 60 Prozent. Unklar bleibt in diesem Zusammenhang, welche Umsatz- und Absatzanteile die Vergleichsgröße, also die insgesamt 100 Prozent bilden: Sind nur die OTC und freiverkäuflichen Arzneimittel in Relation zu Rx gesetzt worden oder auch das apothekenübliche Ergänzungssortiment? Laut ABDA gibt es keine weiteren als die beschriebenen Quellen zu der Berechnungslogik.

Die Anpassungsrechnung, die der Verordnung zur Anpassung des absoluten Festzuschlags von 8,10 € auf 8,35 € im Jahr 2012 zugrunde liegt, orientierte sich an der hälftigen Absatz-Umsatz-Methode der ABDA, sah diese jedoch als kritisch an (Hollstein 2012).

6.2.2 Bewertung der bisherigen Berechnungslogik

Aus der Prüfung des Berechnungsweges vor dem Hintergrund der theoretischen Beschreibung der ABDA einerseits und der gesetzlichen Verankerung der Vergütungslogik andererseits ergeben sich für die Gutachter folgende Erkenntnisse:

- Die als kostenbasiert deklarierte Vergütung wird in der Berechnung nicht nur als Deckung der bestehenden Kosten, sondern auch des Rx-zugesprochenen Rohertrags von 2002 umgesetzt. Es werden demnach durch die grundlegende Berechnung der Vergütung aus dem Jahr 2003 nicht nur die Kosten, sondern auch die Gewinne vollumfänglich vergütet.

- Die Zuordnung der Kosten auf rezeptpflichtige Arzneimittel erfolgt auch für den als preisunabhängig definierten absoluten Festzuschlag durch die hälftige Absatz-Umsatz-Methode mithilfe von Umsatzanteilen, die per Definition preisabhängig sind. Damit wird pauschal der Aufwand für Rx als deutlich höher festgelegt als für Non-Rx. Dies wurde auch vom Statistischen Bundesamt kritisiert.
- Die Zuordnung der Kosten erfolgt 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.
- Eine wirtschaftliche Betriebsführung ist nicht Teil der Berechnungslogik, da lediglich der Status-Quo abgebildet wird.
- Die Repräsentativität der Kostendaten von 2002 ist fraglich, mit nicht kalkulierbarem Effekt auf das damalige Berechnungsergebnis. Dieser Aspekt wird in Bezug auf die Datenbasis detaillierter besprochen (vgl. Kapitel 8.1.1, S. 99 ff.). Die Berechnung von 2012 stellt eine Veränderungsberechnung nur auf Basis der Kosten- und Rohertragsentwicklung dar und baut damit auf dem Berechnungsergebnis von 2002 auf.

Die unterschiedlichen Auffassungen zur Durchführung der Berechnung beim Statistischen Bundesamt sowie beim BMWi einerseits und der Apotheken andererseits können nach Ansicht der Autoren als Folge der nicht explizierten Definition des kalkulatorischen Unternehmerlohns angesehen werden (vgl. Abbildung 7, S. 73).

Der kalkulatorische Unternehmerlohn ist in der aktuellen Berechnungslogik nicht definiert, die Verteilung der Kosten auf Rx und Non-Rx sind nach Bewertung des Statistischen Bundesamtes fraglich (Hollstein 2012). Für die vollständige Berechnung der Zuschläge für Fertigarzneimittel sowie die weiteren Vergütungsbausteine ist die Definition von diesen und weiteren Aspekten notwendig, die sich nicht alleine aus der Berechnung und einer Datenbasis ergeben, sondern theoriegeleitet festgelegt werden müssen.

6.3 Definitionen

In der bisherigen Berechnung der Preise in der AMPPreisV 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. Im Folgenden werden die dafür relevanten Aspekte diskutiert und die erarbeiteten Festlegungen dargestellt.

Es erfolgten Festlegungen zur flächendeckenden Versorgung, dem Prinzip der wirtschaftlichen Betriebsführung, der Zuordnung von Kosten zu Rx und Non-Rx, zur Festlegung des kalkulatorischen Unternehmerlohns und zur Berücksichtigung von Rabatten.

6.3.1 Flächendeckende Versorgung

Nach Arzneimittelgesetz (AMG) ist es das Ziel der Arzneimittelversorgung durch Großhandel und Apotheken, die Sicherheit der Arzneimittelversorgung der Bevölkerung sicher zu stellen. Flächendeckende Versorgung ist hier nicht explizit erwähnt. Flächendeckend ist gesetzlich zunächst nur der gleiche Preis auf Rx anzuwenden. Im § 78 AMG heißt es jedoch, dass den berechtigten Interessen der Arzneimittelverbraucher Rechnung zu tragen sei. Als eine dieser Interessen kann die flächendeckende Versorgung angesehen werden. Dieses Verständnis ist im Mai 2017 im § 78 AMG auch entsprechend präzisiert worden (vgl. Kapitel 6.1.4 Gesetzliche Grundlagen der AMPPreisV, S. 63 ff.).

Eine Legaldefinition der flächendeckenden Versorgung liegt nicht vor. Lediglich im Rahmen der Nacht- und Notdienstversorgung sind für den Notdienst zumutbare Distanzen durch die Landesapothekerkammern als zuständige Behörden definiert. Diese Maximalentfernung kann in städtischen Gebieten von 7,5 km (Schleswig-Holstein) bis zu 20 km (z. B. Rheinland-Pfalz) variieren. In dünn besiedelten Gebieten kann dagegen die Maximalentfernung 20 km (z. B. Baden-Württemberg) betragen bis hin zu Ausnahmeentfernungen von 35 km in Schleswig-Holstein (Angaben der Landesapothekerkammern in einer Zusammenstellung der DAZ Online 2012). Von den Apothekerkammern wurde bisher kein übergreifender Engpass in der flächendeckenden Versorgung angezeigt.

Zuletzt wurde im Jahr 2013 vom Thünen-Institut für Ländliche Räume eine umfangreiche Analyse der Erreichbarkeit der Apotheken für das Jahr 2009 vorgelegt. Im Durchschnitt konnte eine öffentliche Apotheke innerhalb von 4 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 insgesamt nur für einen geringen Anteil der Bevölkerung gegeben: ca. 10 % in ländlichen Räumen; ca. 49 % in nicht ländliche Räumen (Neumeier 2013).

Seit 2009 hat sich die Apothekenanzahl jedoch von 21.548 auf aktuell 19.880 reduziert (Stand Jahresmitte 2017; Quartalsweise Meldungen der Apothekerkammern, zitiert nach ABDA 2017). Es gibt keine aktuellen Studien zur Erreichbarkeit der Apotheken durch die Bevölkerung. Eine Analyse von May, Bauer & Dettling (2017) weist die Apotheken aus, in deren Umkreis von 5 Kilometern und 10 Kilometern keine weitere Apotheke vorhanden ist. Dies sind 1.711 Apotheken mit Alleinstellung innerhalb von 5 Kilometern und 128 Apotheken mit Alleinstellung innerhalb von 10 Kilometern. Da diese Betrachtung jedoch die

Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPPreisV) geregelten Preise

Bevölkerungsdichte sowie die Wegeentfernungen nicht berücksichtigt, kann keine Aussage darüber getroffen werden, ob durch diese Verteilung die Versorgung der Bevölkerung aktuell eingeschränkt ist. Auch ist unklar, ob die Versorgung pauschal ohne jede dieser Apotheken gefährdet ist. Aufgrund der Niederlassungsfreiheit gibt es keine Bedarfsplanung, die dazu Auskunft geben könnte. Hinweise auf Versorgungsengpässe geben die Anzahl der Rezeptsammelstellen sowie der Zweig- und Notapotheken. Auf diese und weitere Aspekte der flächendeckenden Versorgung wird in Kapitel 11 vertieft eingegangen. Für das Forschungsgutachten wird zur flächendeckenden Versorgung als Hintergrund der Berechnungslogik der Preise der AMPreisV festgelegt:

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.

Eine Projektion oder Prognose der Entwicklung der Apothekenanzahl sowie eine Analyse der Gründe für die Entwicklung der Apothekenanzahl sind explizit nicht Bestandteil des Gutachtens.

6.3.2 Wirtschaftliche Betriebsführung

Nach Arzneimittelgesetz (§ 78 AMG) ist es die Aufgabe des BMWi, den Anteil des Festzuschlags, der nicht der Förderung der Sicherstellung des Notdienstes dient, entsprechend der „Kostenentwicklung der Apotheken bei wirtschaftlicher Betriebsführung“ anzupassen.

Bisher wurde die wirtschaftliche Betriebsführung über die Betrachtung der Kosten aller zu einem Stichtag am Markt bestehenden Apotheken berücksichtigt. Eine Legaldefinition für „wirtschaftliche Betriebsführung“ insbesondere in Bezug auf Apotheken liegt nicht vor.

Bei der Herleitung der Festlegung, was unter „wirtschaftlicher Betriebsführung“ im Rahmen dieses Gutachtens verstanden wird, muss eine Abgrenzung zum Begriff der Wirtschaftlichkeit einer Apotheke vorgenommen werden.

Im betriebswirtschaftlichen Sinne wird unter **wirtschaftlicher Betriebsführung** das Steuern und Leiten eines Betriebes unter der betriebswirtschaftlichen Kennzahl der Wirtschaftlichkeit verstanden. Wirtschaftliche Betriebsführung hängt eng mit dem ökonomischen Prinzip zusammen, worunter verstanden wird, dass zwischen Mitteleinsatz und Ertrag ein optimales Verhältnis herzustellen ist (Wildmann 2007).

Inwieweit die Apotheken aktuell im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebots kosteneffizient handeln, kann anhand der aktuellen Datenlage nicht bewertet werden. Die Erarbeitung einer neuen Definition überstieg jedoch den vorgegebenen inhaltlichen und zeitlichen Rahmen des Gutachtens. Daher wurde festgelegt, eine wirtschaftliche Betriebsführung als durchschnittlich gegeben vorauszusetzen.

Als für die AMPPreisV relevante Apotheken werden im Rahmen dieses Gutachtens dabei diejenigen öffentlichen Apotheken angesehen, deren Kerngeschäft die Arzneimittelversorgung ist. Diese Apotheken sind in der amtlichen Statistik dem Wirtschaftszweig „47.73 Apotheken“ zuzuordnen, d. h. sie erzielen mind. 50 Prozent ihres Umsatzes mit dem Einzelhandel mit Arzneimitteln (Zuordnung in der amtlichen Unternehmensstatistik nach internationalen Standards gemäß der Klassifikation der Wirtschaftszweige 2008)

Festlegung 3: Die Ausrichtung an den Kosten aller zu einem Stichtag bestehenden Apotheken wird als aktuelle Auslegung der gesetzlichen Berücksichtigung der wirtschaftlichen Betriebsführung umgesetzt.

Wirtschaftlichkeit kann erst bewertet werden, wenn das Verhältnis von Ertrag und Aufwand in Relation zu vergleichbaren Unternehmen bewertet wird (Wildmann 2007). Bei einer späteren Aktualisierung der hier erarbeiteten Datenbasis können ggf. Längsschnittdaten des Statistischen Bundesamtes ausgewertet werden. Z. B. Längsschnittdaten für Unternehmen einer Unternehmensgrößenklasse innerhalb eines Siedlungsstrukturellen Kreistyps. Diese Zahlen können darüber Auskunft geben, wie sich vergleichbare Apotheken in ihrer Kostenentwicklung unterscheiden.

Festlegung 4: Mögliche methodische Ansätze für die Integration von Kriterien der wirtschaftlichen Betriebsführung werden diskutiert.

Abzugrenzen von einer wirtschaftlichen Betriebsführung ist der Begriff der **Wirtschaftlichkeit der Apotheke**. Dabei beschreibt Wirtschaftlichkeit das Verhältnis zwischen dem erreichten Ertrag und dem dafür erforderlichen Aufwand (Eichhorn 2016) (Das Prinzip Wirtschaftlichkeit: Basiswissen der Betriebswirtschaftslehre; Peter Eichhorn, Joachim Merk, Springer Gabler, Wiesbaden 2016). Allgemein liegt Wirtschaftlichkeit vor, wenn der Ertrag größer als der Aufwand ist. Eine Apotheke kann also als wirtschaftlich gelten, wenn ein positiver Ertrag erwirtschaftet wird. Da die Inhaberin / der Inhaber aus dem Ertrag sein Einkommen generieren muss, kann als Grenze der Wirtschaftlichkeit einer Apotheke angesehen werden, wenn für die Inhaberin bzw. den Inhaber kein Unternehmerlohn mehr erwirtschaftet werden kann, der mindestens dem Tariflohn eines approbierten Apothekers entspricht. Hier muss davon ausgegangen werden, dass eine Apotheke mit einem niedrigeren Betriebsergebnis zwar ggf. weitergeführt, jedoch nicht unter dem gleichen Geschäftsmodell von Nachfolger/-innen übernommen werden wird, weil dieses Betriebsergebnis noch nicht einmal dem Lohn eines angestellten Apothekers entspräche. In diese Situation kann eine Apotheke kommen, obwohl sie in Ihren Kostenstrukturen wirtschaftlich handelt, also trotz wirtschaftlicher Betriebsführung. Dies ist z.B. dann der Fall, wenn die Nachfrage zu gering ist.

Eine Apotheke unterhalb des kalkulatorischen Unternehmerlohns (vgl. Kapitel 6.3.4 Kalkulatorischer Unternehmerlohn, S. 81) zu führen, ist zunächst eine unternehmerische Einzel-Entscheidung. In Bezug auf die Ermittlung der Auswirkungen einer Vergütungsregelung bzw. -änderung sollte jedoch von wirtschaftlichen Apotheken ausgegangen werden, d. h. die wirtschaftliche Betriebsführung und die Wirtschaftlichkeit einer Apotheke werden explizit unterschieden: Die der Kostenentwicklung zugehörige wirtschaftliche Betriebsführung ist zunächst unabhängig vom Betriebsergebnis. Für die Sicherstellung einer

flächendeckenden Versorgung sollten wirtschaftliche Apotheken angestrebt werden, die einen angemessenen kalkulatorischen Unternehmerlohn erwirtschaften (vgl. Kapitel 11 zur flächendeckenden Versorgung, S. 194 ff.).

Zur Wirtschaftlichkeit von Apotheken wird als Hintergrund der Berechnungslogik bzw. für die Betrachtung der flächendeckenden Versorgung festgelegt:

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.

Für die Berechnung einer kostendeckenden Vergütung wird im Sinne der Wirtschaftlichkeit unabhängig von den tatsächlichen Betriebsergebnissen der Apotheken davon ausgegangen, dass pauschal alle bestehenden Apotheken-Unternehmen theoretisch wirtschaftlich sind und somit der volle kalkulatorische Unternehmerlohn für alle Apotheken-Unternehmen angenommen sowie anteilig von der Rx-Vergütung gedeckt wird (vgl. Kapitel 6.3.4, S. 81 ff.).

Die wirtschaftliche Betriebsführung und die Wirtschaftlichkeit bezieht sich auf das Umsatz-Kosten-Verhältnis der gesamten Apotheke, unabhängig davon, ob es um die Abgabe von Rx oder Non-Rx Arzneimittel und Ergänzungssortiment geht. Die Apotheke bildet in Bezug auf Rx und Non-Rx eine Einheit: die Artikel werden in gemeinsamen Prozessen bestellt, teilweise geprüft und z. T. an die gleichen Patienten bzw. Kunden verkauft. Die Zuordnung der Kosten zu Rx und Non-Rx ist jedoch erforderlich, da sich die Vergütung in der AMPreisV nach § 78 AMG nur auf Rx bezieht. Im folgenden Abschnitt wird beschrieben, wie die Zuordnung in der Berechnungslogik des vorliegenden Gutachtens erfolgt.

6.3.3 Zuordnung von Kosten zu Rx und Non-Rx

Eine eindeutige Zuordnung von Kosten zu Rx, Non-Rx und Ergänzungssortiment ist rechnerisch unmöglich, da in den Gesamtgeschäftsmodellen „Apotheke“ die kostentreibenden Personal- und Raumressourcen nicht auf die drei Produktbereiche aufteilbar sind. Die Produktbereiche unterscheiden sich zudem nach Kostenträgern (GKV, PKV, Selbstzahler) und können noch durch Dienstleistungen und damit verbundene Aufwände in der Apotheke ergänzt werden (Abbildung 8). Auch für diese Differenzierung der Leistungen ist keine rechnerische Trennung der Kosten möglich.

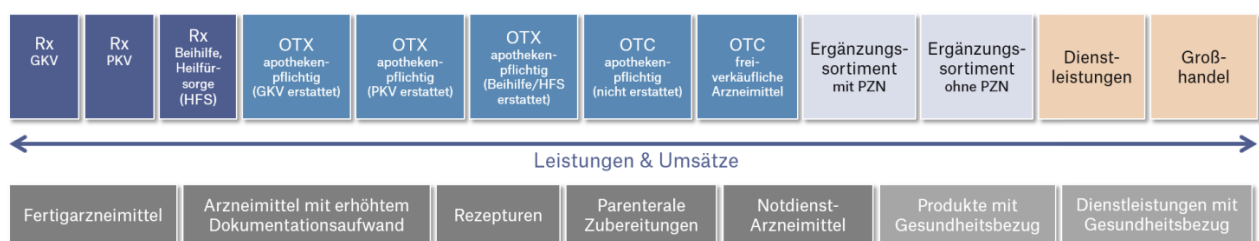


Abbildung 8: Leistungsbereiche in der Apotheke, die mit Umsatz und Kosten verbunden sind. Gliederung nach Art der Artikel und Dienstleistungen sowie nach Kostenträgern. Eigene Darstellung.

Selbst bei umfangreichen Prozesszeitenmessungen sind die Ressourcen und damit verbundene Kosten schwer zu trennen. Die Aufteilung der Kosten auf Rx und Non-Rx muss daher zumindest teilweise theoretisch-definitiv erfolgen.

In den bisherigen Berechnungen für den absoluten Festzuschlag für die Abgabe von rezeptpflichtigen Arzneimitteln (2003 und 2012) werden Kosten nach der hälftigen Absatz-Umsatz-Methode zugeordnet. Das widerspricht der in der gesetzlichen Grundlage formulierten Zielsetzung, dass der absolute Festzuschlag preisunabhängig ist (vgl. S. 67). Da zudem der absolute Festzuschlag gesetzgeberisch der Beratung zugeordnet ist, ist ein Bezug zum Preis bzw. Umsatz eines Arzneimittels nicht gegeben. Preisabhängige Aufwände werden im prozentualen Festzuschlag für rezeptpflichtige Arzneimittel vergütet (vgl. Kapitel 6.1.4 Gesetzliche Grundlagen der AMPreisV, S. 67 ff.).

Im vorliegenden Gutachten werden die Kosten von Rx und Non-Rx ausschließlich anhand der Packungsanzahl zugeordnet. Der absolute Festzuschlag soll zunächst laut Gesetzesbegründung preisunabhängige Kosten abdecken, also unabhängig vom Umsatz sein. Das Vorgehen, Kosten anhand der Anzahl der Packungen zuzuordnen, ist darüber hinaus wie folgt begründet:

1. Die Packungseinheit bildet die Grundlage für die Preise der aktuellen AMPreisV. Eine Ausnahme bildet nur der Notdienstzuschlag, der zwar pro Packung erhoben, ein Notdienst (Volldienst) jedoch pauschal je nach Fondsgesamtumfang vergütet.
2. Jedes Arzneimittel, unabhängig ob Rx oder Non-Rx, muss laut Verordnung über den Betrieb von Apotheken (Apothekenbetriebsordnung - ApBetrO) sicher und mit der entsprechenden Beratung verbunden an den Patienten/Kunden durch das Apothekenpersonal abgegeben werden. Auch bei den Freiwahl-Artikeln, also den freiverkäuflichen Arzneimitteln sowie dem gesundheitsbezogenen Ergänzungssortiment, ist aufgrund des Gesundheitsbezugs Beratungsbedarf gegeben.
3. Der operative Aufwand pro Packung ergibt sich als Mischkalkulation. Für alle drei Leistungsbereiche (Rx, Non-Rx, Ergänzungssortiment) ergeben sich individuell sehr aufwendige Beratungs- und Warenwirtschaftsprozesse oder auch sehr schlanke Prozesse, abhängig z. B. von der Erklärungscomplexität des Arzneimittels oder Produkts, dem Erkrankungszustand des Patienten, dem Verkauf/der Abgabe mehrerer oder einzelner Artikel, der wiederholten oder erstmaligen Einnahme. Der Aufwand ist daher grundsätzlich und im Durchschnitt unabhängig vom Preis der Packung und unabhängig von den drei Leistungsbereichen anzusehen.
4. Spezifischer Rx- und Non-Rx-Aufwand kann grundsätzlich zusätzlich in der Kostenzuordnung berücksichtigt werden, wenn er durch belastbare Daten oder Abschätzungen quantifizierbar ist:
 - a. Für die Abgabe von BtM Rx entsteht erhöhter Aufwand. Dieser wird durch einen gesonderten Zuschlag in der AMPreisV geregelt.
 - b. Die Umstellung auf andere Medikamente bei Rabattverträgen führt zwar zu erhöhtem Beratungsbedarf bei den Patienten, wenn sie die Arzneimittel kontinuierlich einnehmen, dafür ist die Beratung in der Folge bei chronischem Bedarf umso geringer.
 - c. Der spezifische Zeitbedarf bei OTC zur Auswahl des Arzneimittels ist höher als bei Rx in Bezug auf die dafür spezifischen Rückfragen zu Rezepten:

Für OTC gibt es besonderen Aufwand für die Auswahl des Arzneimittels: Hinterfragen der Eigendiagnose bzw. des Arzneimittelwunsches der Patient/-innen sowie die Auswahl und Beurteilung des Arzneistoffs und des Fertigarzneimittels. Diese Auswahl erfolgt bei Rx durch die Ärzt/-innen.

Diese Auswahlgespräche erfolgen laut Aussage der Apotheker/-innen in der Erhebung in 75 Prozent der Fälle und dauert jeweils 4,5 Minuten (vgl. Kapitel 8.2.5 Ergebnisse zu Zeitaufwänden Rx und OTC, S. 127 ff.).

Für Rx entsteht besonderer Aufwand im Umgang mit den Rezepten, z. B. wenn das Rezept nicht eindeutig oder das Arzneimittel nicht verfügbar ist. Dies ist laut Primärerhebung in 10 Prozent der Rezepte der Fall und die entsprechenden Rückfragen bei Patient, Arztpraxis oder Krankenkasse dauert durchschnittlich 8 Minuten (a.a.O.).

Dennoch wird die Mischkalkulation, dass durchschnittlich jede Packung mit vergleichbarem Aufwand verbunden ist, in diesem Punkt zugunsten der Rx-Vergütung weiterhin angenommen, um einzelne Aspekte nicht über zu bewerten.

5. Der spezifische Zeitaufwand für die Abrechnung der Rezepte wird im Rahmen der kaufmännischen Komponente, dem prozentualen Festzuschlag bei Fertigarzneimitteln behandelt.

Die ABDA benannte keinen spezifischen Zusatzbedarf in der Beratung bei Rx im Vergleich zu Non-Rx.

Für die Aufteilung der Kosten auf Rx und Non-Rx wird als Hintergrund für die Berechnungslogik demnach festgelegt:

Festlegung 6: Die Kosten für Rx werden anhand des Anteils der Rx-Packungen an allen Packungen (Rx, Non-Rx, Ergänzungssortiment) berechnet.

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 annahmebasiert belastbar spezifiziert werden und somit in der AMPreisV Berücksichtigung finden.

Die ABDA hat der Festlegung 6 grundsätzlich nicht zugestimmt. Sie nannte als Beispiele für mögliche Unterschiede im Aufwand die zusätzliche Beratung bei dem Wechsel von Rabattarzneimitteln. Es wurden jedoch keine Gründe angeführt, warum diese Unterschiede im Aufwand nicht zu spezifizieren sind, und es wurden keine Aufwände spezifiziert (Festlegung 7). Die bisher von der ABDA angewendete hälftige Absatz-/Umsatzmethode wurde von der ABDA selbst als damals pragmatische, theoretisch heute jedoch diskussionswürdige Berechnungsmethode eingeschätzt. Auf Basis der im Rahmen des vorliegenden Gutachtens durchgeführten Expertengespräche und der Primärerhebungen bei Apotheker/-innen konnten jedoch die unter dem vorangehenden Punkt 4 dargelegten Faktoren (Spezifischer Rx- und Non-Rx-Aufwand) für unterschiedliche Prozesse bei Rx und Non-Rx erarbeitet und in der Primärerhebung quantifiziert werden.

6.3.4 Kalkulatorischer Unternehmerlohn

Das Einkommen des Unternehmers ist per definitionem bei Einzelunternehmen und Personengesellschaften (d. h. den beiden zulässigen Rechtsformen für eine Apotheke) kein Kostenblock oder steuerlich geltend zumachender Aufwand, sondern wird aus dem Gewinn des Unternehmens realisiert. Die Apotheker/-innen erwirtschaften den Gewinn und damit ihr Unternehmergehalt aus Rx, OTC und Ergänzungssortiment und damit als Heilberufler/-in und Händler/-in.

Eine Apotheke zu eröffnen, ist eine unternehmerische Entscheidung und unterliegt keiner Bedarfsplanung. In Deutschland gilt für Apotheken Niederlassungsfreiheit. Soll die Rx-Vergütung dem Prinzip der Kostendeckung folgen, muss jedoch bei Hauptapotheken der Unternehmerlohn als kalkulatorischer Kostenanteil berücksichtigt werden. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass laut § 2 ApoBtrO der Inhaber die Apotheke selbst leiten muss. Würde man keinen kalkulatorischen Unternehmerlohn berücksichtigen, wäre die Leistung des Inhabers in der Abgabe von Rx nicht Teil der Vergütung und damit wäre die Vergütung letztlich nicht kostendeckend.

Wie der kalkulatorische Unternehmerlohn in die Berechnung von 2003 eingeflossen ist, ist nicht bekannt. Indirekt lässt sich aus der Beschreibung der Berechnungslogik jedoch erschließen, dass der im Jahr 2002 realisierte Gewinn als kalkulatorischer Unternehmerlohn eingegangen ist, da die Betriebsergebnisse im Jahr 2004 vergleichbar waren zu den Vorjahren (Diener 2003; vgl. S. 72; BR Drucksache 513/05). Mit dieser Berechnungsweise würde ein in der Vergangenheit erzielter Gewinn für die Zukunft staatlich garantiert werden. Das ist in Bezug zu einer kostendeckenden Vergütung genauso wenig sinnvoll, wie einen kalkulatorischen Unternehmerlohn vollständig zu ignorieren, wie in der Berechnung im Jahr 2012 durch das BMWi umgesetzt. Weder im Jahr 2003 noch im Jahr 2012 war ein kalkulatorischer Unternehmerlohn definiert worden.

Für die Berechnung einer Vergütung nach gesetzlichen Vorgaben in der AMPPreisV muss ein kalkulatorischer Unternehmerlohn definiert werden. Dafür wird im vorliegenden Gutachten das Prinzip der ärztlichen Vergütung aufgegriffen. Bei der ärztlichen Versorgung besteht jedoch als grundlegender Unterschied zum Apothekenwesen keine Niederlassungsfreiheit. Bei Apotheken wird nicht bestimmt, ob einzelne Standorte für die Versorgung der Bevölkerung notwendig sind oder nicht. Ein kalkulatorischer Unternehmerlohn, der alle Inhaberinnen und Inhaber einbezieht, ist daher als Berechnung zugunsten der Apotheken zu bewerten. Es wird ein ähnliches, wenn auch vereinfachtes Prinzip wie in der Bestimmung des kalkulatorischen Arztlohns (z. B. Greß 2015) angewendet und als Hintergrund für die Berechnungslogik wie folgt festgelegt:

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).

Der kalkulatorische Unternehmerlohn ist damit wie der kalkulatorische Arztlohn im Grundsatz keine empirisch abgeleitete Einkommensgröße, sondern eine normative gesetzte kalkulatorische Kostengröße. Damit ist kein direkter Rückschluss auf das tatsächlich erzielbare Einkommen einer Apothekerin oder eines Apothekers möglich. Es handelt sich weder um ein von den Kostenträgern garantiertes Mindesteinkommen

Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPPreisV) geregelten Preise

noch um ein Höchstekommen (Greß 2015). Die konkrete Berechnung des kalkulatorischen Unternehmerlohns erfolgt im empirischen Teil des vorliegenden Gutachtens (vgl. Tabelle 4, S. 107).

Die Apotheke soll durch die Berechnung der Rx-Vergütung grundsätzlich in ihrem Gewinn über Non-Rx und Ergänzungssortiment nicht eingeschränkt werden. D. h., dass sich die Rx-Vergütung nicht verringert, wenn sich der Non-Rx-Gewinn erhöht, wie es z. B. der Fall wäre, wenn die Vergütung für Rx anteilig am Rohertrag Rx berechnet würde. Die Berechnung erfolgt daher unabhängig von Umsatz- und Rohertragsanteilen wie noch in der Berechnung im Jahr 2012. Durch die Definition eines kalkulatorischen Unternehmerlohns erfolgt die Berechnung der Vergütung ausschließlich kostenbasiert. Die Umsätze werden lediglich in die Berechnung des prozentualen Festzuschlags für Rx-FAM einbezogen. Über die rein kostenorientierte Betrachtung müssen nicht wie im Jahr 2012 die Rohertragssteigerungen in Abzug gebracht werden. Das liegt vor allem daran, dass insgesamt nicht die Steigerungen von Kosten oder Umsätzen, sondern die tatsächlichen Kosten der öffentlichen Apotheken eines Jahres betrachtet werden.

Die Kosten werden auch nicht direkt beeinflusst von den Rabatten und Einkaufsvorteilen, die die Apotheke vom Großhandel oder in der Direktbestellung vom pharmazeutischen Unternehmer erhält. Diese Rabatte und Einkaufsvorteile müssen daher in einer kostenorientierten Vergütung nicht berücksichtigt werden. Das gilt nicht für den GKV-Rabatt. Für den GKV-Rabatt werden im Folgenden Festlegungen getroffen, wie der Abschlag in der Berechnungslogik eingebunden sein sollte.

6.3.5 Berücksichtigung von Rabatten

Auf allen Handelsstufen in der Arzneimittelversorgung werden aktuell vielfältige Rabatte gegeben. Für die Rx-Vergütung im Rahmen der AMPPreisV sind vor allem die Rabatte und weiteren Einkaufsvorteile des Großhandels an die Apotheken sowie der Rabatt der Apotheken an die GKV relevant.

Die AMPPreisV regelt die Vergütung darüber hinaus für die Handelsstufen im vorliegenden Gutachten so, dass alle Handelsstufen ohne Rabatte kostendeckend vergütet werden. Demnach ist die Vergabe von Rabatten gesetzlich irrelevant und differenziert eher das Leistungsangebot der Großhändler an die Apotheker aus. Das Urteil des Bundesgerichtshofs (BGH) vom 5. Oktober 2017 hat entschieden, dass der Großhandel alle Preisbestandteile rabattieren darf. Aktuell kann davon ausgegangen werden, dass ein erheblicher Teil der Skonti der pharmazeutischen Unternehmer an die Apotheken weitergereicht werden. Diese Erlöse der Apotheken sind jedoch unabhängig von der Vergütung für Rx und sind nicht für die Kostendeckung heranzuziehen.

Der gesetzlich festgeschriebene Rabatt an die GKV (1,77 € abzüglich MwSt.) muss in einer kostendeckenden Berechnung berücksichtigt werden, da in diesem Fall durch die mit der GKV abgerechneten Packungen ein geringerer Betrag zur Kostendeckung beigetragen wird.

Es wird demnach zur Berücksichtigung von Rabatten als Hintergrund der Berechnungslogik festgelegt:

Festlegung 10: Rabatte des pharmazeutischen Unternehmers an den Großhandel und Rabatte des Großhandels an die Apotheke werden in der Berechnung der Preise der AMPPreisV 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.

Auf der Basis dieser elf Festlegungen erfolgt die prüfende Berechnung der Preise der AMPPreisV. Die Tabelle 2 stellt die Festlegungen noch einmal zusammenfassend dar.

Tabelle 2: Theoretische Festlegungen zur Berechnungslogik der Vergütungsbestandteile der AMPPreisV: 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 AMPPreisV 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 AMPPreisV keine Definition der flächendeckenden Versorgung erarbeitet, jedoch Auswirkungen von Anpassungen der Vergütung nach AMPPreisV 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.
Festlegung 7: Kosten, die ausschließlich für Rx oder Non-Rx anfallen und nicht separat als Leistung in der AMPPreisV thematisiert sind, konnten im Projektzeitraum durch Messungen oder annahmenbasiert belastbar spezifiziert werden und somit in der AMPPreisV 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.

Theoretische Festlegungen

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.

Im bisherigen Teil des Gutachtens wurden nach der Ausgangslage in der Beschreibung der Fragestellungen und Vorgehensweisen zwei zentrale Ziele formuliert: Die Erarbeitung eines allgemein anerkannten Konzepts zur Bestimmung der Preise und die Erstellung einer aktualisierbaren belastbaren Datenbasis. Für die Berechnungslogik für die Preise für Apotheken in der AMPreisV sind die gesetzlichen Grundlagen und die bisherige Berechnungslogik dargestellt sowie notwendige Annahmen einer Berechnung explizit diskutiert, teilweise neu erarbeitet und schließlich festgelegt worden. In dem folgenden abschließenden Abschnitt werden die Schlussfolgerungen für das Berechnungskonzept der Preise für die Apotheke gezogen.

6.4 Schlussfolgerungen: Konzept der Berechnung 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 in jährlichem Abstand zu aktualisieren sind.

Für die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung wird vom Gesetzgeber eine aufwandsbezogene Vergütung auch der weiteren Bestandteile 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.

Die Evaluation der bisherigen Berechnungslogiken zeigen für Fertigarzneimittel Widersprüche in der Berechnungsweise zu den kommunizierten Berechnungslogiken und 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).

Für die Berechnung der weiteren Preisbestandteile der AMPPreisV 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 letzten Anpassungen der AMPPreisV zunehmend in die Richtung einer kostendeckenden Vergütung aller Preisbestandteile.

Schlussfolgernd wird folgendes Konzept der Berechnung der Preise für Apotheken in der AMPPreisV vorgeschlagen:

- **Kostendeckende Vergütung aller Preisbestandteile der AMPPreisV,**
- **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 übrigen Kosten, also alle Aufwände die nicht für Nacht- und Notdienst, BtM und Rezepturen anfallen, in der Vergütung der Fertigarzneimittel zum Tragen kommen, werden etwaige Unschärfen in der Bestimmung der Kosten für diese Spezialgebiete vollständig ausgeglichen (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). Dieser Ausgleich zwischen den Leistungsbereichen erfolgt durch die kostendeckende Berechnung in den Spezialgebieten in deutlich geringerem Ausmaß als in der bisherigen Berechnung, die die Spezialgebiete als nicht kostendeckend vergütete Gemeinwohlpflichten beinhaltet und die wesentliche Vergütung über die Fertigarzneimittel erfolgt, unabhängig davon, wer die Gemeinwohlpflichten ausübt.

Die Abbildung 9 und Abbildung 10 auf den folgenden Seiten beschreiben schematisch zu Berechnung der Kosten sowie ihre Zuordnung zu den Leistungen der Apotheke.

Abbildung 9 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 Öffnungszeiten sowie durchschnittliche Anzahl Beschäftigter zu einem Zeitpunkt in den Apotheken (3,6 VZÄ; vgl. Tabelle 5, S. 111) 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.

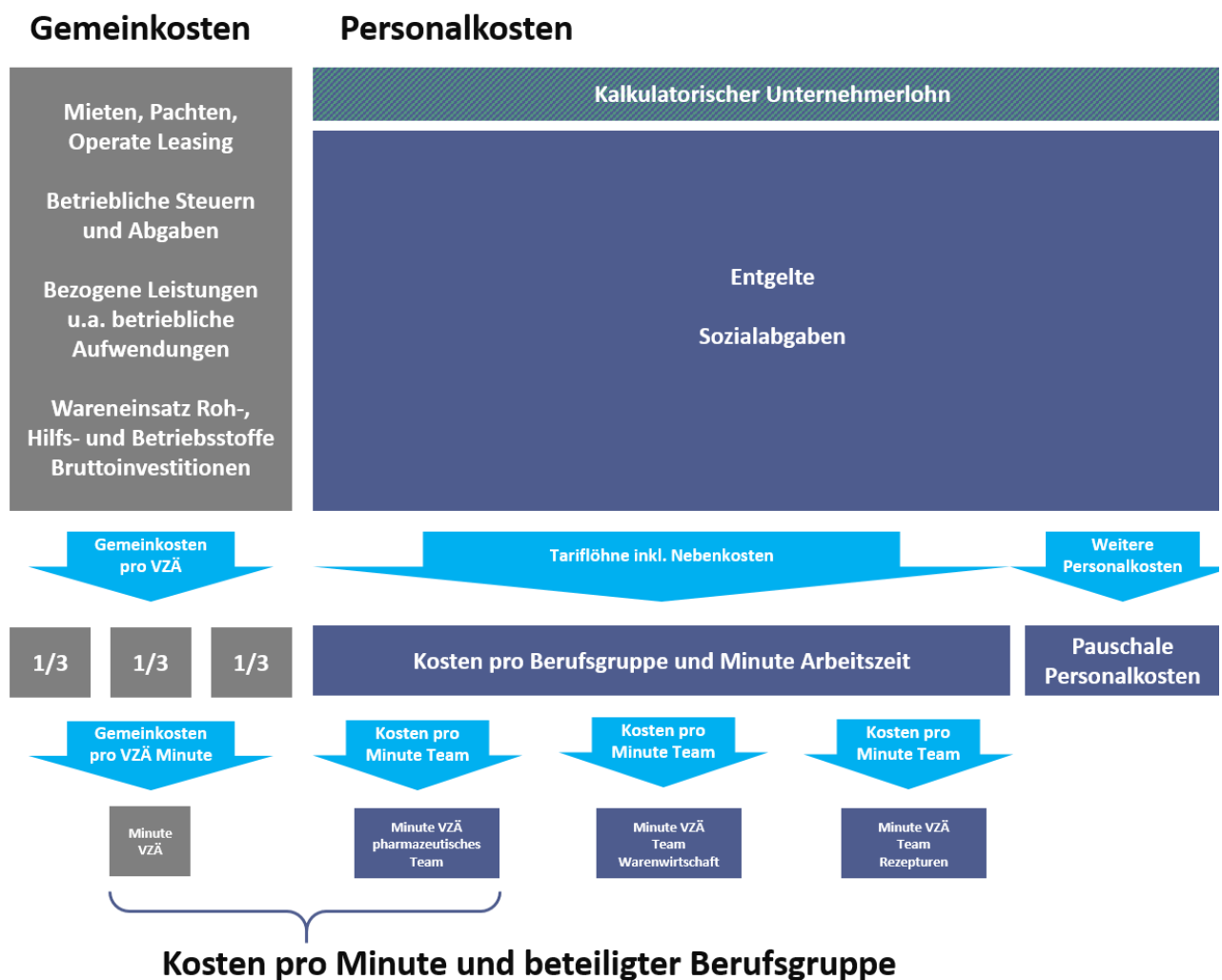


Abbildung 9: Kostenstruktur Apotheken. Kostenarten und Umrechnung in Kosten pro Minute. Eigene Darstellung.

Die Abbildung 10 auf der folgenden Seite zeigt, wie die Kosten für einzelne der AMPPreisV zugrundeliegenden Leistungen Kosten zugeordnet werden. Kosten entstehen zunächst für eher kaufmännische und eher heilberufliche Leistungen. Innerhalb dieser beiden Kategorien liegen dann wiederum mit einzelnen Zuschlägen in der AMPPreisV 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.

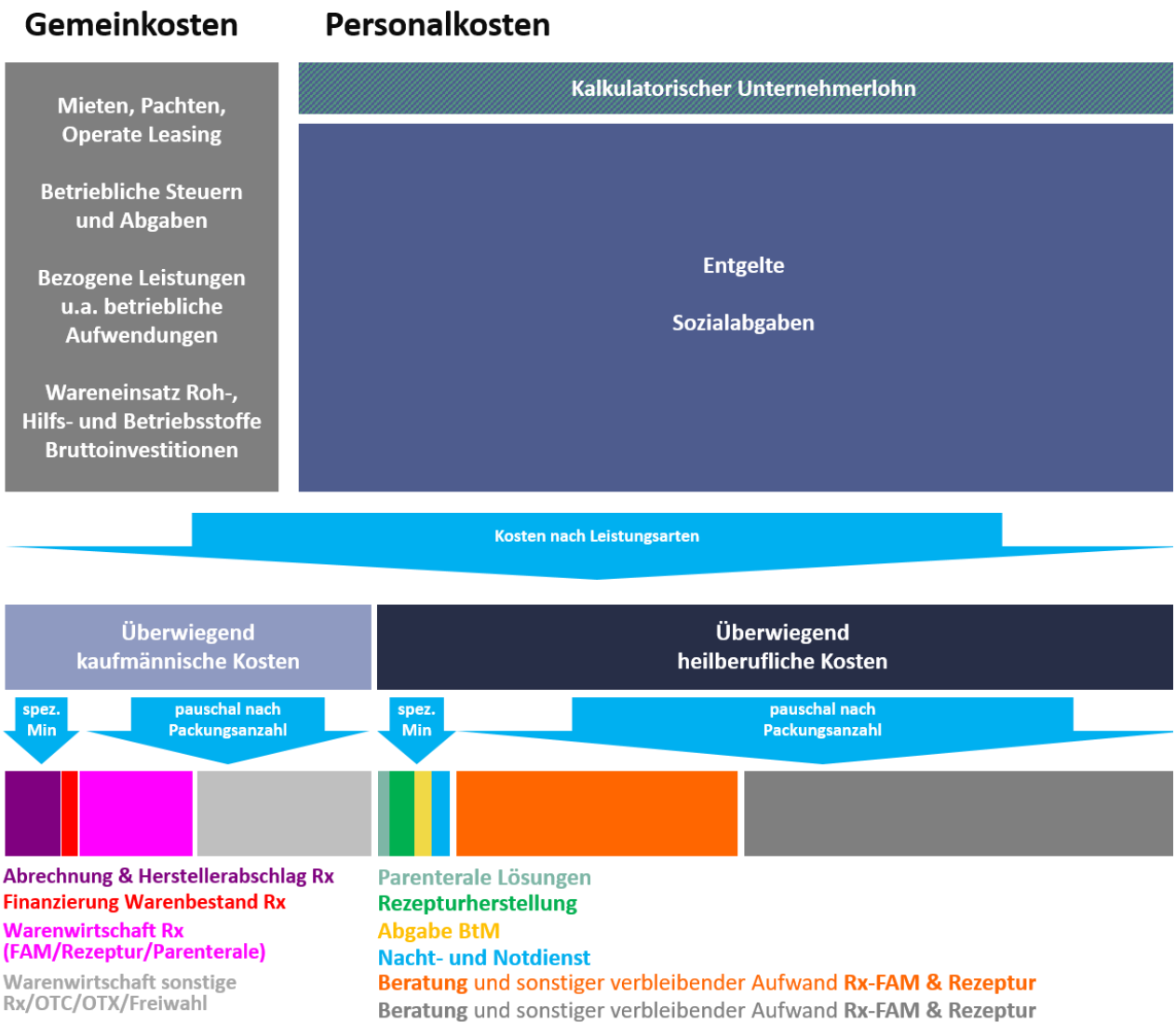


Abbildung 10: Kostenstruktur Apotheken. Kosten für die der AMPreisV zugrundeliegenden Leistungen. Eigene Darstellung.

Im weiteren Theorieteil des Gutachtens wird auf das Berechnungskonzept des vollversorgenden Großhandels eingegangen.

7. Berechnungskonzept vollversorgender pharmazeutischer Großhandel

Das Berechnungskonzept für vollversorgende pharmazeutische Großhändler baut wie das der Apotheker auf den gesetzlichen Grundlagen auf, beschreibt die bestehende Berechnungslogik und zieht Schlussfolgerungen für eine aktuelle Berechnung der Preise im § 2 AMPreisV.

7.1 Gesetzliche Grundlagen Großhandel

Die gesetzlichen Grundlagen werden zunächst allgemein, dann spezifisch für die AMPreisV beschrieben.

7.1.1 Gesetzliche Grundlagen des Versorgungsauftrags des Großhandels

Im Folgenden werden die für das Gutachten besonders relevanten gesetzlichen Grundlagen dargestellt, dazu werden zunächst die wichtigsten Verordnungen und Gesetze für den vollversorgenden pharmazeutischen Großhandel im Überblick gezeigt:

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

Infobox 13: § 52b AMG Bereitstellung von Arzneimitteln

(1) Pharmazeutische Unternehmer und Betreiber von Arzneimittelgroßhandlungen, die im Geltungsbereich dieses Gesetzes ein tatsächlich in Verkehr gebrachtes und zur Anwendung im oder am Menschen bestimmtes Arzneimittel vertreiben, das durch die zuständige Bundesoberbehörde zugelassen worden ist oder für das durch die Europäische Gemeinschaft oder durch die Europäische Union eine Genehmigung für das Inverkehrbringen gemäß Artikel 3 Absatz 1 oder 2 der Verordnung (EG) Nr. 726/2004 erteilt worden ist, stellen eine angemessene und kontinuierliche Bereitstellung des Arzneimittels sicher, damit der Bedarf von Patienten im Geltungsbereich dieses Gesetzes gedeckt ist.

(2) Pharmazeutische Unternehmer müssen im Rahmen ihrer Verantwortlichkeit eine bedarfsgerechte und kontinuierliche Belieferung vollversorgender Arzneimittelgroßhandlungen gewährleisten. vollversorgende Arzneimittelgroßhandlungen sind Großhandlungen, die ein vollständiges, herstellernerneutral gestaltetes Sortiment an apothekenpflichtigen Arzneimitteln unterhalten, das nach Breite und Tiefe so beschaffen ist, dass damit der Bedarf von Patienten von den mit der Großhandlung in Geschäftsbeziehung stehenden Apotheken werktäglich innerhalb angemessener Zeit gedeckt werden kann; die vorzuhaltenden Arzneimittel müssen dabei mindestens dem durchschnittlichen Bedarf für zwei Wochen entsprechen. Satz 1 gilt nicht für Arzneimittel, die dem Vertriebsweg des § 47 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 9 oder des § 47a unterliegen oder die aus anderen rechtlichen oder tatsächlichen Gründen nicht über den Großhandel ausgeliefert werden können.

(3) vollversorgende Arzneimittelgroßhandlungen müssen im Rahmen ihrer Verantwortlichkeit eine bedarfsgerechte und kontinuierliche Belieferung der mit ihnen in Geschäftsbeziehung stehenden Apotheken gewährleisten. Satz 1 gilt entsprechend für andere Arzneimittelgroßhandlungen im Umfang der von ihnen jeweils vorgehaltenen Arzneimittel.

Leistungen. Weitere formale den Großhandel betreffende Paragraphen sind § 69 Maßnahmen der zuständigen Behörden, § 96 Strafvorschriften und § 138 und § 146 Übergangsvorschriften.

Gemäß § 4 Abs. 22 AMG ist Großhandel mit Arzneimitteln jede berufs- oder gewerbsmäßige zum Zwecke des Handeltreibens ausgeübte Tätigkeit, die in der Beschaffung, der Lagerung, der Abgabe oder Ausfuhr von Arzneimitteln besteht, mit Ausnahme der Abgabe von Arzneimitteln an andere Verbraucher als Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte oder Krankenhäuser. Dabei bedarf, wer Großhandel im Sinne des § 2 (1) oder Abs. 2 (1) betreibt, einer Erlaubnis (§ 52a (1) AMG Großhandel mit Arzneimitteln).

Die Erlaubnis wird von den zuständigen Landesbehörden auf Antrag innerhalb einer Frist von drei Monaten erteilt. Ausgenommen von dieser Erlaubnispflicht sind die in § 51 Absatz 1 Nummer 2 AMG genannten und für den Verkehr außerhalb von Apotheken freigegebenen Fertigarzneimittel. Auch Apotheken können eine Großhandelserlaubnis erwerben, seit 2012 nur mit entsprechenden separaten Räumlichkeiten. Laut PharmNet.Bund-Portal² sind 840 der 3631 Großhandelserlaubnisse (Stand 26.09.2017) an Apotheken vergeben. Nicht aufgeführt sind in dieser Liste solche Betriebe, die eine Herstellerlaubnis (§ 13 AMG) besitzen und für den Großhandel mit diesen Arzneimitteln keine gesonderte Erlaubnis nach § 52a AMG bedürfen.

Im Kapitel 8.1.5 (Leistungsdaten Apotheke: Exkurs Großhandelsaktivitäten der Apotheken, S. 115; auf Datenbasis Apotheken) werden die Ergebnisse zu dem Umsatz der Apotheken mit Großhandelsaktivitäten dargestellt. Diese machen mit ca. 580 Mio. € (Stand 2015) einen vergleichsweise geringen Anteil am Großhandel aus (der Umsatz des im

*Infobox 14: BT Drucksache 17/2413, 2010
Gesetzesbegründung zur Vergütung des
vollversorgenden Großhandels AMPPreisV § 2*

Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz – AMNOG). BT Drucksache 17/2413 17. Wahlperiode. 06.07.2010

Zur Änderung der AMPPreisV § 2 [Kenntlich gekürzt und angepasst auf finale Beträge]

„Die Großhandelszuschläge [...] in der Arzneimittelpreisverordnung werden leistungsgerecht festgesetzt. [...] Aufgabe des Großhandels ist es gemäß dem öffentlichen Versorgungsauftrag nach § 52b AMG, an der Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln mitzuwirken. Diese Aufgabe ist unabhängig vom Preis eines Arzneimittels zu erfüllen. Der Großhandel erhält im Gegenzug eine Vergütung, die ausreichend ist, eine angemessene und flächendeckende Belieferung der Apotheken zu gewährleisten. Um sicherzustellen, dass kein finanzieller Anreiz zur Bevorzugung teurer Arzneimittel besteht, darf der Zuschlag von [3,15] Prozent auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers aus Absatz 1 einen Betrag von [37,80] Euro nicht übersteigen. Dies entspricht einem Zuschlag von [3,15] Prozent bei einem Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers in Höhe von 1.200 Euro ohne Mehrwertsteuer.

Der preisunabhängige Bestandteil ist nicht rabattfähig. Der preisabhängige Zuschlag in Höhe von [3,15] Prozent des Abgabepreises des pharmazeutischen Unternehmers ist wie der bisherige Großhandelszuschlag als Höchstzuschlag ausgestaltet. Durch den Festzuschlag von [70] Cent ist insgesamt sichergestellt, dass der Großhandel eine angemessene und flächendeckende Belieferung der Apotheken sicherstellen kann. Gleichzeitig gewährleistet der preisabhängige Zuschlag die Finanzierung wertabhängiger Aufwendungen. Der rabattfähige prozentuale Zuschlag gewährleistet dem Großhandel einen gewissen Spielraum bei der Preisgestaltung gegenüber den Apotheken. Insbesondere soll er Funktionsrabatte, zum Beispiel für die Bestellung größerer Mengen, ermöglichen.“

² Über das PharmNet.Bund-Portal werden Arzneimittel-Daten der Bundesoberbehörden zentral und transparent der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt: <http://www.pharmnet-bund.de/static/de/arzneimittel-grosshaendler/index.html>

Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPPreisV) geregelten Preise

PHAGRO organisierten vollsortierten Großhandels liegt laut Jahresstatistik im Handel der amtlichen Statistik im Jahr 2015 bei 25 Mrd. €). Die genauen Einkaufskonditionen inkl. über den Umsatz hinausgehende Naturalrabatte sind intransparent und damit sowohl der bei den Apotheken entstehende Aufwand/Anzahl Packungen und Gewinnanteil sowie die gesetzliche Legitimation im Einzelfall. Intransparent ist auch, in welchem Ausmaß Rx-Arzneimittel in diesem Umsatz enthalten sind.

Im Rahmen der 15. AMG-Novelle hat der Gesetzgeber die Funktion des pharmazeutischen Großhandels in § 52b Abs. 1 AMG neu auf der Grundlage des Gemeinschaftskodex für Humanarzneimittel (Art. 81 RL 2001/83/EU) als Bereitstellungsauftrag festgeschrieben und auf die angemessene und kontinuierliche Bereitstellung des Arzneimittels ausgedehnt (Art. 81 Abs. 2 RL 2001/83/EG). Die herstellernerneutliche Vollversorgung ist seit 2010 im § 52b Abs. Satz 2 AMG rechtlich verankert.

Demnach sind vollversorgende Arzneimittelgroßhandlungen solche, die ein vollständiges, herstellernerneut gestaltetes Sortiment unterhalten, dass der Bedarf werktäglich innerhalb angemessener Zeit gedeckt werden kann.

Für die Vergütung der pharmazeutischen Großhändler nach AMPPreisV ist der vollversorgende pharmazeutische

Großhandel nach § 52b (2) AMG (vgl. Infobox 13 auf der vorangehenden Seite für den genauen Gesetzeswortlaut) maßgeblich, da nur der vollversorgende pharmazeutische Großhandel eine bedarfsgerechte, vollständige und kontinuierliche Bereitstellung der Arzneimittel sicherstellt.

Mit Inkrafttreten des Artikel 7 des Zweiten Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 19. Oktober 2012 (BGBl. I 2192) am 2. Januar 2013 wurde die bis dahin auf der Grundlage von § 54 AMG erlassene Betriebsverordnung für Arzneimittelgroßhandelsbetriebe vom 10. November

Infobox 15: § 2 AMPPreisV gilt für die Großhandelsfunktion, nicht nur für den Großhandel

BT Drucksache 17/8005 vom 30.11.2011, S. 136

„Es wird klargestellt, dass die Großhandelszuschläge nach der Arzneimittelpreisverordnung einschließlich der Vorschriften zu den Möglichkeiten der Gewährung von Rabatten an Apotheken auch im Direktvertrieb von pharmazeutischen Unternehmern an Apotheken oder durch andere natürliche oder juristische Personen gelten. Die Vorschriften zur Höhe der Großhandelszuschläge und zum Rabattverbot gelten für den Großhandel mit Arzneimitteln (§ 78 Absatz 1 des Arzneimittelgesetzes – AMG – in Verbindung mit § 2 der Arzneimittelpreisverordnung). Nach § 4 Absatz 22 AMG ist Großhandel mit Arzneimitteln „jede berufs- und gewerbsmäßige zum Zwecke des Handeltreibens ausgeübte Tätigkeit, die in der Beschaffung, der Lagerung, der Abgabe oder Ausfuhr von Arzneimitteln besteht“. Für jede Tätigkeit des Großhandels im Sinne dieser Begriffsbestimmung gilt dementsprechend die Preisbindung nach § 2 der Arzneimittelpreisverordnung in Verbindung mit § 78 Absatz 1 AMG. Der Großhandelsbegriff des AMG stellt auf die Wahrnehmung der Großhandelsfunktion ab, die grundsätzlich auch von pharmazeutischen Unternehmern wahrgenommen werden kann. Daher gilt der Großhandelszuschlag nach § 2 der Arzneimittelpreisverordnung für alle Unternehmen, die Großhandelsfunktionen ausüben, damit beispielsweise auch für pharmazeutische Unternehmer im Direktvertrieb oder für Apotheken, die entsprechende wirtschaftliche Betätigungen wahrnehmen. Das Gewähren von Rabatten auf den fixen Großhandelszuschlag ist in den oben genannten Konstellationen demnach unzulässig. Dies wird mit der vorliegenden Regelung klargestellt. Bei Abgabe eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels an eine Apotheke mit Großhandelerlaubnis kommt es dementsprechend darauf an, ob die Apotheke ihrerseits diese Arzneimittel in Ausübung der Großhandelsfunktion tatsächlich an Dritte abgibt. Apotheken, die Arzneimittel zur Abgabe an den Verbraucher erhalten, üben die Großhandelsfunktion nicht aus, so dass die Gewährung von Rabatten auf den fixen Großhandelszuschlag von 70 Cent je Packung unzulässig ist. Nach § 2 Satz 1 der Arzneimittelpreisverordnung gilt der Großhandelszuschlag bei der Abgabe von Arzneimitteln durch Großhändler an Apotheken und damit nicht für den Zwischenverkauf zwischen Großhändlern auf gleicher Handelsstufe.

1987 (BGBl. I S. 1574) in „Verordnung über den Großhandel und die Arzneimittelvermittlung (Arzneimittelhandelsverordnung - AMHandelsV)“ umbenannt. In der AM-HandelsV werden die grundlegenden qualitätssichernden Anforderungen an Betriebe und Einrichtungen bestimmt, soweit diese Großhandel mit Arzneimitteln betreiben.

Diese qualitätssichernden Anforderungen sind auch für die Kosten des Großhandels ausschlaggebend und damit für die Vergütung in der AMPPreisV, die pauschal für rezeptpflichtige Fertigarzneimittel geregelt ist. Die regelmäßige Anpassung ist in der AMPPreisV jedoch für den Großhandel nicht so ausdrücklich geregelt wie beim Festzuschlag für Fertigarzneimittel bei Apotheken. Die AMPPreisV ist die zweite wichtige dem AMG folgende Verordnung neben der AMHandelsV.

7.1.2 Gesetzliche Grundlagen der AMPPreisV

Die Arzneimittelpreisverordnung (AMPPreisV) stellt auf der Grundlage von § 78 AMG zum Schutz der Patientinnen und Patienten einen einheitlichen Apothekenabgabepreis für verschreibungspflichtige Arzneimittel sicher und regelt daher auch die Preisspanne der pharmazeutischen Großhandlungen. Mit dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) wurde die gesetzliche Großhandelsspanne für die Abgabe verschreibungspflichtiger Arzneimittel an Apotheken gemäß § 2 AMPPreisV (Großhandelszuschläge für Fertigarzneimittel) neu geregelt. Seit 1. Januar 2012 erhält der pharmazeutische Großhandel auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers (ApU) ohne Umsatzsteuer einen Höchstzuschlag von 3,15 Prozent - bei einer Kappungsgrenze von 37,80 € für Arzneimittel mit einem ApU von über 1.200 € – zuzüglich eines Festzuschlags in Höhe von 70 Cent pro Packung.

Dabei ist der absolute Anteil explizit Festzuschlag, der prozentuale Anteil nur Zuschlag im Sinne eines rabattfähigen Höchstzuschlags (§ 2 AMPPreisV in der ab 01.01.2012 geltenden Fassung). In der Gesetzesbegründung wird zunächst auf die Unabhängigkeit der Leistung vom Preis des Arzneimittels Bezug genommen (s. Wortlaut Infobox 14 auf der vorangehenden Seite). Dadurch ist der absolute Festzuschlag gerechtfertigt, der zudem eine angemessene und flächendeckende Belieferung der Apotheken sicherstellen soll. Die Unabhängigkeit vom Preis wird zusätzlich durch die Deckelung des prozentualen Zuschlags berücksichtigt. Es werden demnach Leistungsorientierung und Preisunabhängigkeit in der Vergütung festgeschrieben. Außerdem wird hier mit dem Bezug auf § 52b AMG explizit der vollversorgende Großhandel als Maßstab der Vergütung verankert und durch die Anwendung der Preise auf jede Großhandelstätigkeit geschützt (BT Drucksache 17/8005; s. Infobox 15 auf der Seite 91). Die Gesetzesbegründung erklärt darüber hinaus die Verwendung der beiden Preisbestandteile. Wesentlich ist die Aufteilung in nicht-rabattfähige Grundversorgung und rabattfähigen Gestaltungsspielraum, bei dem bereits angedacht ist, den Apotheken Teile der Vergütung als Rabatt weiterzureichen. Der Bundesgerichtshof (BGH) hat jedoch am 5. Oktober 2017, anhand des Wortlauts des Gesetzestextes in der AMPPreisV wie es in der bisher verfügbaren Pressemitteilung des BGH heißt, entschieden, dass auch der absolute Zuschlag nur als Höchstzuschlag zu verstehen ist. Da dieses Urteil unmittelbare Konsequenzen für die Vergütungslogik des Großhandels in der AMPPreisV hat, wird darauf im folgenden Abschnitt eingegangen.

7.2 BGH Urteil: Festzuschlag Höchstzuschlag

Die Frage, ob AEP und weitere Großhändler zusätzlich zu den rabattfähigen 3,15 % Skonti gewähren darf, wurde in drei Instanzen verhandelt. Dabei wurden in erster Linie drei Argumentationslinien verfolgt:

- Der Wortlaut im § 2 AMPreisV im Vergleich zum Wortlaut § 3 AMPreisV,
- die Gesetzesbegründung, die dem aktuellen § 2 AMPreisV zugrunde liegt,
- die Definition der Skonti als Rabatte oder als wirtschaftliche Gegenleistung.

Die erste Instanz (Landgericht Aschaffenburg³) hatte diese drei Aspekte dahingehend bewertet, dass der Wortlaut für den Großhandel in § 2 nicht so zwingend ist wie bei den Apotheken in § 3 und damit der Festzuschlag als Höchstzuschlag zu interpretieren sei. Die Gesetzesbegründung wird mit dem Satz „Der preisunabhängige Bestandteil ist nicht rabattfähig“ zwar zitiert, jedoch nicht im Sinne eines Mindestpreises interpretiert. Skonti seien zudem mit einer Leistung des Empfängers verbunden und daher kein Rabatt. Skonti sind nach diesem Urteil demnach erlaubt, der Festzuschlag von 70 ct darf zudem rabattiert werden.

Die zweite Instanz (Oberlandesgericht Bamberg⁴) bewertet alle drei Punkte entgegengesetzt: Der abgemilderte Wortlaut in § 2 im Vergleich zu § 3 beziehe sich nur auf den prozentualen Höchstzuschlag und stehe dem Mindestpreis des Festzuschlags nicht entgegen. Insbesondere sei die Gesetzesbegründung in der ersten Instanz nicht hinreichend in die Bewertung eingeflossen, die eindeutig den Festzuschlag als nicht rabattfähig definiert. Dies ist mit der Sicherstellung einer kontinuierlichen flächendeckenden Versorgung begründet in der Begründung zum § 2 AMPreisV 2010 und noch einmal präzisiert in der BT Drucksache 17/8005 (vgl. Infobox 15 auf der vorangehenden Seite), indem die Anwendung des Rabattverbots für alle

*Infobox 16: PHAGRO: Vergütung im Großhandel
(www.phagro.de; PHAGRO 2015)*

„Der prozentuale Anteil soll die preisabhängigen Kosten (wie Finanzierung, Transportversicherung etc.) abdecken und ist zwingend zum Erhalt des (Leistungs-) Wettbewerbs auf der Großhandelsstufe (Investitionen, Realisierung von Rationalisierungsspielräumen), zur Deckung von Handlings-Risiken (Bruch) oder zum Ausgleich regionaler Unterschiede (Flächenstaat, Ballungsgebiete) notwendig. Er soll ferner einen Preiswettbewerb durch Anreize zur rationellen Bestellweise von Apotheken initiieren und schließlich einen angemessenen Gewinn des Großhandels ermöglichen.

Der nicht rabattierfähige Fixzuschlag in Höhe von 70 Cent soll hingegen die preisunabhängigen Kosten z. B. für Personal (gut 50 Prozent), Transport, Verwaltung und sonstige Sach- und Kapitalkosten (Abschreibungen, Zinsen, Leasing, Mieten) abdecken. [...]

Die Großhandelsmarge basiert auf einer Mischkalkulation, da sich nicht für jede Lager- und Transporttätigkeit eine artikelbezogene Kostenkalkulation und Vergütung aufstellen lässt. Seit dem AMNOG gab es im Arzneimittelmarkt mit der überproportionalen Zunahme von handlingintensiven Arzneimitteln wie Betäubungsmitteln oder Kühlartikeln sowie der drastischen Zunahme von hochpreisigen Arzneimitteln gravierende Veränderungen. Aus Sicht des PHAGRO ist es daher angebracht, die Höhe der aktuellen Großhandelsvergütung nun erneut zu überprüfen.“

³ LG Aschaffenburg, Endurteil v. 22.10.2015 – 1 HK O 24/15: <http://www.gesetze-bayern.de/Content/Document/Y-300-Z-BECKRS-B-2016-N-03676?hl=true&AspxAutoDetectCookieSupport=1>

⁴ OLG Bamberg Urt. v. 29.6.2016 – 3 U 216/15, GRUR-RS 2016, 12355: <http://www.gesetze-bayern.de/Content/Document/Y-300-Z-BECKRS-B-2016-N-12355?hl=true>

Großhandelsaktivitäten bekräftigt wird. Skonti seien im Ergebnis bei der Apotheke Preisnachlässe und daher nur im Rahmen der 3,15 % zulässig.

Der BGH schließt sich in seinem Urteil im Ergebnis dem Landesgericht an. Die Urteilsbegründung lag zum Zeitpunkt der Fertigstellung des vorliegenden Gutachtens nicht vor. Die Pressemitteilung des BGH⁵ bezieht sich ausschließlich auf die Interpretation des Wortlauts des § 2 AMPreisV im Vergleich zum § 3 AMPreisV als Höchstzuschlag und damit beliebig zu rabattieren. Damit ist die Frage, ob Skonti Rabatte darstellen hinfällig. Die Gesetzesbegründung als Kernargument des OLG wird in der Pressemitteilung nicht angesprochen.

Für die Berechnungslogik in der AMPreisV ist entscheidend, ob sich der Gesetzgeber in der Folge des Urteils des BGH entschließt, die in der Gesetzesbegründung manifestierte Regulierung der Preise zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung im Gesetzeswortlaut zu manifestieren oder nicht.

Im weiteren Gutachten werden die Preisbestandteile hinsichtlich der die beiden Preisbestandteile beschreibenden Gesetzesbegründung berechnet, unabhängig davon, ob sie zukünftig als Höchstzuschläge oder nicht rabattfähige Preise Anwendung finden.

Zusammenfassend stellt die gesetzliche Grundlage für die Preise für den Großhandel klar, dass sich die Vergütung an dem vollversorgenden Großhandel orientiert und ordnet den beiden Preisbestandteilen des § 2 AMPreisV klare Funktionen zu. Im folgenden Abschnitt wird die zugehörige Berechnungslogik beschrieben.

7.3 Aktuelle Berechnungslogik AMPreisV § 2

Die Berechnungslogik für die aktuelle AMPreisV zum Großhandel im § 2 wurde im Rahmen des AMNOG entwickelt. Über die Berechnung der Höhe der Zuschläge, die sich im Abschlussbericht des Gesetzes auch noch einmal geändert haben, gibt es außer dem enthaltenen Sparbeitrag von 200 Mio. € (Drucksache 17/3698) in den Gesetzestexten keine Information.

Im Rahmen des Forschungsprojektes wurden vom PHAGRO umfangreiche Unterlagen aus dem Jahr 2010 zur Verfügung gestellt. Demnach hat der PHAGRO dem Gesetzgeber Berechnungen geliefert, die die preisabhängigen und preisunabhängigen Kosten seiner Mitglieder anhand der Daten von 2010 abbilden.

7.3.1 Mischkalkulation auf Packungsbasis

Die Berechnung des PHAGRO für den absoluten Festzuschlag und den prozentualen Höchstzuschlag folgen einer ähnlichen Beschreibung wie die der Apotheken: Die offizielle Information auf der Internetseite des PHAGRO findet sich in nebenstehenden Infobox 16 (PHAGRO 2015). Hier werden die beiden

⁵ Urteil vom 5. Oktober 2017 - I ZR 172/16: <http://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=pm&Datum=2017&Sort=3&nr=79677&pos=5&anz=160>

Preisbestandteile als preisunabhängige und preisabhängige Kosten beschrieben. Der prozentuale Zuschlag erfüllt zusätzliche wettbewerbliche Funktionen, wie auch in den gesetzlichen Grundlagen beschrieben.

Zusätzlich erläutern die Unterlagen des PHAGRO die Berechnung der Mischkalkulation. Die Berechnung spezifiziert die preisabhängigen Kosten als residual berechneten Anteil einer Marge von 6,8 % nach Deckung der preisunabhängigen Kosten. Um den Wert für die gedeckelten Kosten von 3,15 % zu erhalten, müssen demnach zunächst die preisunabhängigen Kosten in der Höhe bestimmt werden.

Die preisunabhängigen Kosten werden als Rx Anteil an den Fixkosten berechnet. Die Kostenaufteilung von Rx und Non-Rx erfolgt auf Basis der Anzahl der Packungseinheiten. Das bedeutet, dass hier im Vergleich zu den Apotheken eine tatsächlich preisunabhängige Größe zugrunde gelegt wird. Die Kostenaufteilung von Rx und Non-Rx wird vom PHAGRO allerdings als sehr schwierig eingestuft, da viele Prozesse ineinandergreifen und selbst explizite Rx-Prozesse im Aufwand nur geschätzt werden können. Dementsprechend beruht die Mischkalkulation auch auf Expertenschätzungen zu erhöhten Kosten bei spezifischen Rx-Arzneimitteln. Konkret gehen Kühlartikel 8-fach gewichtet, Kühlkettenartikel 8-fach und BtM-Artikel 10-fach gewichtet in die Kostenkalkulation ein.

Von dem kostendeckend berechneten Wert in Höhe von 0,93 € waren wegen des Sparziels des AMNOG 200 Mio. € abgezogen worden, so dass der aktuelle Preis in der AMPPreisV bei 0,70 € liegt.

7.3.2 Bewertung der bisherigen Berechnungslogik

Die Prüfung des Berechnungsweges des PHAGRO zeigt eine im Vergleich zu den Apotheken genauere Passung mit den gesetzlichen Grundlagen. Die Preisanteile entsprechen den verankerten gesetzlichen Maßstäben: Preisunabhängige Zuschläge werden tatsächlich auf der Basis von preisunabhängigen Leistungen, konkret Packungen und mit ihnen verbundenen speziellen Aufwänden, gerechnet.

Problematisch an der Berechnung ist die Ausgangsbasis der Berechnung: Für die Berechnung des absoluten Rx-Festzuschlags werden alle Kosten des Großhandels einbezogen. D. h. der prozentuale Festzuschlag bildet überhöhte Einnahmen ohne Kostenhinterlegung - auch nicht preisabhängiger Kosten - ab. Diese Einnahmen werden vermutlich aktuell in großen Teilen an die Apotheke weitergegeben. Damit ist vor dem Hintergrund des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12 SGB V) die Berechtigung dieses Vergütungsanteils für den Vertrieb von rezeptpflichtigen Arzneimitteln sowie seine Höhe neu zu bewerten.

Die Gewichtungsfaktoren für Kühl-, Kühlketten- und BtM-Artikel werden in der Berechnung des PHAGRO auf alle Kostenbereiche gleichermaßen angewendet (z. B. Personal, Verwaltung, IT und Transport). Es gilt diese Gewichtungsfaktoren in ihrer Vollständigkeit und Höhe zu prüfen.

7.4 Schlussfolgerungen: Konzept der Berechnung der Preise für den Großhandel in der AMPPreisV

Der Gesetzgeber hat im Jahr 2012 die Vergütung des Großhandels im § 2 AMPPreisV mit direktem Bezug zur Leistung des vollsortierten pharmazeutischen Großhandels festgeschrieben. Die beiden Preisbestandteile sind gegeneinander abgegrenzt. Insbesondere der absolute Festzuschlag wird als nicht

rabattfähig definiert, der die preisunabhängigen Kosten deckt. Der relative Festzuschlag ist laut Gesetzesbegründung rabattfähig und erfüllt vielfältige Funktionen in der Wettbewerbsgestaltung.

Durch das Urteil des BGH vom 5.10.2017 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 in § 2 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 Sinn machen, um entweder die aktuelle Leistung des vollversorgenden Großhandels abzusichern und damit auch flächendeckend vergleichbare Einkaufsbedingungen für die Apotheken (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 immer noch die Apotheke geschützt, nicht mehr als den kostendeckenden Höchstpreis für die Belieferung zu bezahlen.

In Bezug auf die Interpretation der Skonti, die bei Präzision des Wortlauts wieder strittig wäre, ist eine kostendeckende Berechnung des absoluten Festzuschlages in der Variante, dass der Skonto aus dem Hersteller-Skonto finanziert wird (1a) denkbar 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. Mit dem BGH-Urteil stellt sich die Frage, ob die Deckung dieser Kostenstruktur eine notwendige Bedingung einer flächendeckenden Versorgung darstellt und damit als zu garantierender Mindestpreis pro Packung festzusetzen ist. Im Rahmen des vorliegenden Gutachtens kann diese Frage nicht geklärt werden. Das Gutachten kann lediglich prüfen, ob die Preise in Bezug auf die

Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) geregelten Preise

Kosten angemessen sind. 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 (vgl. S. 57) 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. Der EuGH hat mit der Aufhebung der Preisbindung für europäische Versandapotheken bisher für die flächendeckende Versorgung als wesentlich angesehene Parameter in Frage gestellt. Das OLG Düsseldorf folgte der kritischen Sicht auf die zwingende Verbindung zwischen Preisbindung und Kostendeckung. Bereits in der Begründung der Vorlage an den EuGH schreibt das OLG Düsseldorf⁶: „Der Senat muss im Tatsächlichen Feststellungen dazu treffen, ob die Behauptung des Klägers zutrifft, nur die Preisbindung bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln stelle eine flächendeckende und gleichmäßige Versorgung der Bevölkerung mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln sicher.“ Auch die Gesetzesbegründung begnügt sich mit dem bloßen Hinweis auf diese Gefahren. Solche Unterlagen sind auch der Kommission seitens der Bundesregierung offensichtlich nicht oder nicht in ausreichendem Umfang zur Verfügung gestellt worden. Im Anschreiben der Kommission an den Bundesaußenminister vom 20.11.2013 heißt es hierzu: „Bislang haben die deutschen Behörden nicht nachgewiesen, dass die Arzneimittelversorgung der Bevölkerung durch zusätzliche günstige Arzneimittelangebote ausländischer Apotheken gefährdet und die fragliche Maßnahme daher erforderlich wäre.“

⁶ Oberlandesgericht Düsseldorf, I-20 U 149/13

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. Im Rahmen der Reformansätze wird zusätzlich ein Vorschlag zur Kostenreduktion im Großhandel durch Reduktion der Belieferungsfrequenz behandelt.

Die bisherige Berechnungslogik 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.

Im folgenden empirischen Teil des Gutachtens wird sowohl die erarbeitete aktualisierbare Datenbasis beschrieben als auch die Berechnungslogik des theoretischen Teils praktisch umgesetzt, um die Erforderlichkeit und das Ausmaß der Änderung der in der AMPreisV geregelten Preise aufzuzeigen.

C Phase 1 Empirie: Status-Quo-Berechnung

Der empirische Teil ist wie der theoretische Teil nach Apotheken und Großhandel gegliedert.

Innerhalb dieser Kapitel werden jeweils zunächst die verfügbaren und zusammengestellten Daten und Datenquellen beschrieben (vorliegende Daten), identifizierte Datenlücken beschrieben und, wenn möglich, geschlossen sowie die Berechnungslogik aus dem theoretischen Konzept in der Berechnung der Preise angewendet. Es wird mit den Preisen für die Apotheken begonnen.

8. Datenbasis & Berechnung Apotheken

Für die Apotheken gibt es wie beschrieben unterschiedliche Preisbestandteile in der AMPPreisV. Für alle Preisbestandteile gilt es daher vergleichbare Kosten- und Leistungsdaten (vgl. Abbildung 6 auf S. 29) zusammenzustellen. Die Daten, die in belastbaren Datenquellen vorhanden sind, werden erfasst und auf Aktualisierbarkeit geprüft.

8.1 Vorliegende Daten: Kosten- & Leistungsdaten

Vorliegende Daten sind Daten, die bereits in früheren Rechnungen Anwendung gefunden haben sowie weitere bestehende valide Datenquellen. Es müssen gemäß der grundsätzlichen Logik einer kostendeckenden Vergütung die Leistungs- und Kostendaten der öffentlichen Apotheken auf Jahresebene in Beziehung gesetzt werden.

8.1.1 Kostendaten Apotheke: Jahresstatistik im Handel

Wie bereits dargestellt, ist die Jahresstatistik im Handel die aktuell einzige Datenquelle, die ihre Stichprobe nach Repräsentativitätsgesichtspunkten aus der Grundgesamtheit der Apotheken im URS der amtlichen Statistik⁷ zieht. Repräsentativität bedeutet demnach, dass aus der Grundgesamtheit der Handelsunternehmen als rechtlich selbstständige Einheiten mit Sitz in Deutschland eine nach Bundesland und Umsatzgrößenklassen geschichtete Zufallsstichprobe von bis zu 8,5 Prozent der Unternehmen jährlich gezogen wird. Aufgrund des im Jahr 2012 bekannt gewordenen Datenbedarfs wegen der AMPPreisV werden die Apotheken seitdem in eigenen homogenen Schichten zusammengefasst. Alle Schichten der Stichprobe der Jahresstatistik im Handel werden nach allgemein anerkannten mathematisch-statistischen Prinzipien so zusammengestellt, dass die statistischen Ergebnisse in hohem Maße belastbar sind. Mit der Jahresstatistik im Handel werden die Erträge und Kosten der Apotheken in Deutschland für ein Jahr repräsentativ nach

⁷ Hierbei handelt es sich um eine permanent gepflegte Datenbank über alle Unternehmen mit Berichtspflichten gegenüber der Finanzverwaltung, die in einem Berichtsjahr einen Jahresumsatz von mindestens 17.500 Euro erzielten oder mindestens einem sozialversicherungspflichtig Beschäftigten besaßen. Wesentliche Inhalte des URS stellen Unternehmen als rechtlich selbstständige Einheiten, Arbeitsstätten, Wirtschaftszweige, sozialversicherungspflichtig Beschäftigte, Umsätze, Adressen und Geo-Koordinaten der Unternehmen dar.

Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPPreisV) geregelten Preise

groben Kategorien erhoben, um die befragten Unternehmen nicht zu sehr zu belasten. Für die befragten Unternehmen besteht Auskunftspflicht.

Die Jahresstatistik im Handel weist die Ergebnisse nach dem wirtschaftlichen Schwerpunkt der Unternehmen nach. Ein Unternehmen wird, vereinfacht ausgedrückt, dem Wirtschaftszweig „47.73 Apotheken“ zugeordnet, wenn der Umsatz in diesem Wirtschaftszweig den Schwerpunkt der wirtschaftlichen Aktivität bildet. Die befragten Unternehmen werden im Rahmen der Jahresstatistik im Handel um entsprechende Angaben gebeten. Aus der Bestimmung der Branchenzugehörigkeit nach international gültigen Klassifikationsprinzipien folgt, dass die Jahresstatistik im Handel aufgrund ihrer Repräsentativität auch Apotheken nachweist, die neben dem stationären Handel mit Arzneimitteln zusätzlich auch einen Internet- und Versandhandel sowie andere Geschäftsaktivitäten aufweisen können. Erzielt eine Apotheke dagegen das Gros ihrer Umsätze im Internet- und Versandhandel, muss sie nach den vereinbarten Klassifikationsprinzipien dem „47.91.9 Sonstiger Versand- und Interneteinzelhandel“ zugeordnet werden. Die Jahresstatistik im Handel enthält entsprechende Apotheken. Die Zahl der Stichprobenunternehmen ist allerdings so gering, dass diese Unternehmen aufgrund der statistischen Geheimhaltung nicht berücksichtigt werden konnten. Die Infobox 17 auf der folgenden Seite gibt die Beschreibung dieser Statistik wieder (Destatis 2017).

Im Unterschied dazu bestehen die Berichtskreise vergleichbarer Statistiken, wie der Betriebsvergleich des Instituts für Handelsforschung GmbH (IFH) oder die Steuerdaten der Treuhand Hannover, aus freiwillig teilnehmenden Apotheken bzw. Apotheken als Kunden, woraus sich verzerrende Effekte auf die Repräsentativität dieser Statistiken ergeben können. Zudem fehlen von beiden Datenquellen Methodenbeschreibungen, z. B. zur Verbesserung deren Repräsentativität. Die Verteilungen der Apotheken auf Umsatzgrößenklassen sind zwischen den Daten des Statistischen Bundesamtes und den Daten der Treuhand Hannover, die in der jährlich erscheinenden Publikation der ABDA „Zahlen Daten Fakten“ sowie im DAV Wirtschaftsreport dargestellt werden, nicht direkt miteinander vergleichbar, da die Treuhand-Daten Ergebnisse nach Umsatzgrößenklassen auf Ebene der Betriebsstätten nachweisen (z. B. Bauer 2017), während das Statistische Bundesamt Umsatzgrößenklassen auf Ebene der Apotheken als rechtlich selbstständige Unternehmen abbildet.

Infobox 17: Beschreibung der Jahresstatistik im Handel im Qualitätsbericht (Destatis 2017)

1 Allgemeine Angaben zur Statistik

- Bezeichnung der Statistik: Jahresstatistik im Handel
- Berichtszeitraum: i. d. R. Kalenderjahr
- Periodizität: jährliche Erhebung
- Erhebungseinheiten: rechtlich selbstständige Unternehmen mit Sitz in Deutschland, die überwiegend Handel betreiben
- Durchführung: 4. Quartal nach dem Berichtsjahr

2 Inhalte und Nutzerbedarf

- Erhebungsinhalte: Jahresumsatz nach ausgeübten wirtschaftlichen Tätigkeiten, Investitionen, Warenbezüge, Warenbestände, Anzahl der Beschäftigten, Bruttoentgelte, Sozialabgaben, Subventionen
- Zweck der Statistik: Information über die Struktur der Unternehmen, insbesondere zur Beurteilung der Rentabilität und der Produktivität für wirtschaftspolitische Zwecke

3 Methodik	<ul style="list-style-type: none"> - Hauptnutzer: Bundesministerium für Wirtschaft und Energie, Europäische Kommission, Europäische Zentralbank, Wirtschaftsverbände - Art der Datengewinnung: Schriftliche Befragung (elektronisch, in Ausnahmefällen papiergebunden) - Stichprobendesign: Dreifach geschichtete Zufallsstichprobe, als Auswahlgrundlage dient das statistische Unternehmensregister - Stichprobenumfang: höchstens 8,5% der Unternehmen - Schichtung der Stichprobe: Schichtungsmerkmale Bundesland, Branchengruppen, Umsatzgrößenklassen - Erhebungsinstrumente neben der elektronischen Datenübernahme: Online-Fragebogen (mit integrierten Plausibilitätsprüfungen) und in Ausnahmefällen Papierfragebogen - Berichtsweg: Erhebung der Daten für den Kfz-Handel und Einzelhandel durch die Statistischen Ämter der Länder; für Großhandel und Handelsvermittlung durch das Statistische Bundesamt
4 Genauigkeit und Zuverlässigkeit	<ul style="list-style-type: none"> - Informationen zum relativen Standardfehler (RSF) werden nach Abschluss des Berichtsjahres in GENESIS-Online publiziert. Der RSF ist in Abhängigkeit von Gliederungstiefe und Merkmal unterschiedlich hoch. Für das Berichtsjahr 2015 betrug der RSF für den Handel insgesamt beim Merkmal Umsatz 0,6%. - Die Höhe der "nicht stichprobenbedingte Fehler" variiert je nach Abteilung (WZ-Zweisteller). Im Handel insgesamt gab es für das Berichtsjahr 2015 rund 6% unechte Antwortausfälle. Die Quote für die echten Antwortausfälle (unit non-response-Koeffizient) beträgt, bezogen auf das Berichtsjahr 2015, für den gesamten Handel 7,3% (Gewichtungsmerkmal: Zahl der Beschäftigten) - Gesamtbewertung: Stichprobenmethoden sind wissenschaftlich anerkannt.
5 Aktualität und Pünktlichkeit	<ul style="list-style-type: none"> - Aktualität endgültiger Ergebnisse: rund 19 Monate nach Ende des Berichtsjahres. - Pünktlichkeit: Der geplante Veröffentlichungstermin für das Berichtsjahr 2015 wurde um 24 Tage unterschritten.
6 Vergleichbarkeit	<ul style="list-style-type: none"> - Zeitlich: Eingeschränkt durch methodische Verbesserungen der Aufbereitung. - Räumlich: Vergleich mit anderen EU Mitgliedstaaten möglich.
7 Kohärenz	<ul style="list-style-type: none"> - Amtliche Statistik: Umsatzsteuerstatistik und Beschäftigtenstatistik

Für die Verwendung der Jahresstatistik im Handel als eine wesentliche Datengrundlage spricht auch folgender Aspekt einer konservativen Berechnung: Die berichteten Kosten der Treuhand Hannover für alle Apotheken können unabhängig von ihrer Einteilung in Filial- und Haupt- oder Einzelapotheken für das Jahr 2015 mit den Angaben der Jahresstatistik im Handel verglichen werden.

Es ergaben sich nach Daten der Treuhand Hannover, veröffentlicht im DAV Wirtschaftsreport (Bauer 2016), Kosten pro Apotheke von 386.000 € pro Betriebsstätte⁸ auf Basis der Daten der Treuhand Hannover, das sind bei 20.249 Apotheken im Jahr 2015 (ABDA 2016) insgesamt hochgerechnete Kosten von 7,8 Mrd. €. Da die Stichprobe der Treuhand Hannover wie im vorangehenden Abschnitt beschrieben die Größe der Apotheken unterschätzt, sind diese Kosten ebenfalls unterschätzt.

Die Jahresstatistik im Handel 2015 weißt anhand der repräsentativen Stichprobe Kosten in Höhe von 8,5 Mrd. € nach. Bezogen auf den Umsatz der Apotheken laut URS ergeben sich 9,2 Mrd. € Kosten (vgl. Tabelle 3, S. 104 f.). Verwendete man zur Berechnung der Vergütung in der AMPPreisV demnach die Daten der ABDA, würde eine kostendeckende Vergütung wesentlich geringer und damit zu Ungunsten der Apotheken ausfallen als auf der Basis der Daten der amtlichen Statistik. Es ist auch vor diesem Hintergrund, insbesondere jedoch wegen der statistischen Güte der Daten des Statistischen Bundesamtes, sinnvoll, sich in Bezug auf die Kostendaten der Apotheken auf die Jahresstatistik des Handels zu stützen.

Das oben beschriebene Stichprobenverfahren der Jahresstatistik im Handel wurde erstmals im Berichtsjahr 2009 eingesetzt. Dadurch wurde die Repräsentativität der Jahresstatistik deutlich verbessert. Die befragten Unternehmen nutzen für die Auskunfterteilung in der Regel ihre Jahresabschlüsse, die sie gemäß der Fristen der Finanzverwaltung erstellen. Aufgrund beider Tatbestände werden die Jahresstatistiken im Handel für die Jahre 2009 bis einschließlich 2015 für die Berechnungen genutzt. Die Ergebnisse der Jahresstatistik 2016 werden erst Mitte 2018 zur Verfügung stehen und bis dahin anhand der Vergangenheitswerte fortgeschrieben (vgl. Kapitel 5.1.4 Entwicklungsindikatoren/Fortschreibung, S. 32 f.).

Durch die historisch gewachsenen rechtlichen Rahmenbedingungen der amtlichen Unternehmensstatistik können in die Jahresstatistik im Handel keine Apotheken aufgenommen werden, die aufgrund fehlerhafter oder veralteter Wirtschaftszweignummern zu anderen Jahresstatistiken herangezogen wurden. Außerdem basieren die Jahresstatistiken im Handel 2009 bis einschließlich 2015 jeweils noch auf dem Vorjahresstand des URS. Durch diese Rahmenbedingungen fehlen Unternehmen. Es wurden daher aus der Jahresstatistik im Handel durchschnittliche Aufwands- und Ertragsgrößen berechnet und diese mit der Zahl der bei den Apothekerkammern zum Stichtag 31.12. registrierten Apotheken (ABDA „Zahlen Daten Fakten“) multipliziert. Da die so berechnete Umsatzsumme kleiner als die Summe des Umsatzes der wirtschaftlichen Einheit im URS (d. h. Umsätze der Unternehmen) war, wurde diese Umsatzsumme an die Umsätze der wirtschaftlichen Einheit im URS angepasst. Anschließend wurden mithilfe der Kosten-/Umsatzrelation auch die Kosten angepasst. Die Anpassung wurde durchgeführt, um die Kosten möglichst vollständig im Sinne der Aufwände der öffentlichen Apotheken zu berücksichtigen. Ein Vergleich der Zahl der Apotheken aus dem URS mit der Anzahl der Apotheken gemäß ABDA ergab, dass die Anzahl rechtlich selbstständiger

⁸ Eigene Berechnung, da in der Publikation (Bauer 2016) nur prozentual angegeben: 2015: 2,1 Mio. € durchschnittlicher Netto-Umsatz pro Betriebsstätte, 10,7 % vom Nettoumsatz Personal; 7,6 % Sonstige steuerlich abzugsfähige Kosten. Daraus ergeben sich absolut 225.770 € Kosten für Personal; 160.360 € Sonstige Kosten; insgesamt 386.130 € Kosten pro Betriebsstätte. Bei 20.249 Apotheken in 2015 ergeben sich demnach hochgerechnete Kosten von 7,8 Mrd. €. Der durchschnittliche Bruttobetriebsüberschuss vor Steuern wird mit 136.345 € in 2015 angegeben, das sind hochgerechnet auf alle Apotheken Bruttobetriebsüberschüsse von insgesamt 2,8 Mrd. €.

Unternehmen zwischen der Anzahl an Hauptapotheken und der Anzahl der Betriebsstätten der Apothekerkammern liegen (Abbildung 11) und durch den parallelen Verlauf die gemeinsame Grundlage der Statistiken belegt. Für die Anzahl der Apotheken werden die Angaben der Apothekerkammern als maßgeblich angesehen, da nur dort Haupt- und Einzelapotheken von Filialen sauber getrennt erfasst werden. Gleichzeitig stellt das statistische Unternehmensregister eine zentrale Datengrundlage zur Beschreibung der Apotheken dar, die jeweils über die Filialstruktur zu den Anzahlen der Apothekerkammern in Bezug gesetzt werden können.

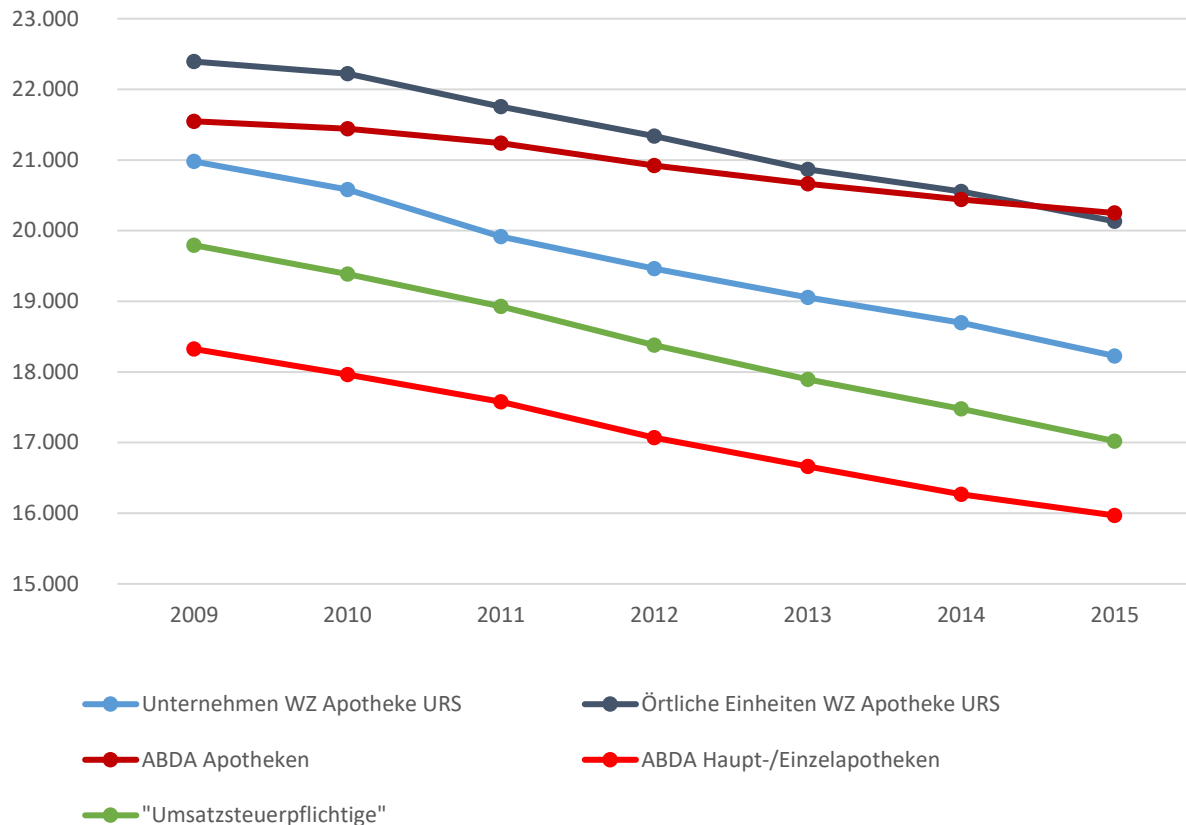


Abbildung 11: Anzahl Apotheken und Apothekenbetriebsstätten unterschiedlicher Quellen (URS Destatis, ABDA, Umsatzsteuerstatistik Destatis). Eigene Darstellung.

Für das vorliegende Gutachten wurden aktualisierbare Sonderauswertungen der Jahresstatistik des Handels durch das Statistische Bundesamt erstellt. Die Kennzahlen zu Umsätzen, Wareneinsatz, Aufwendungen und Bruttoinvestitionen sowie dem Bruttobetriebsüberschuss vor Steuern wurden nach Umsatzgrößenklassen und regionalem Bezug segmentiert ausgewertet. Umsatzgrößenklassen wurden verwendet, um Einblicke in Skaleneffekte bei Umsätzen und Kosten zu gewinnen. Regionale Aspekte wurden wegen der flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung mit Hilfe von siedlungsstrukturellen Kreistypen

berücksichtigt. Die Jahresstatistik im Handel wurde neben den Apotheken auch für erfasste Zytostatika-Apotheken analysiert.

Die Tabelle 3 zeigt die angefallenen Kosten der Apotheken in Summe nach Jahren. Die Angaben der Jahresstatistik wurden dafür in Abstimmung mit dem Statistischen Bundesamt anhand der Anzahl an Haupt- und Einzel-Apotheken (Apotheken-Unternehmen) gemäß Daten der Apothekerkammern (ABDA) und anhand des Umsatzes der Apotheken im URS hochgerechnet. Diese Umrechnung bewirkt, dass für den gesamten Apothekenumsatz die Kostenstruktur der öffentlichen Apotheke hinterlegt ist, die für die Vergütung maßgeblich ist.

Die Kosten wurden zu Personal- und sonstigen Kosten aufaddiert. Die sonstigen Kosten werden im Folgenden als Gemeinkosten definiert (z. B. Mieten und bezogene Leistungen, Roh- und Betriebsstoffe). Diese beiden großen Kostenblöcke sind zu unterscheiden, da sie für die Aufwände unterschiedlicher Leistungen verschiedene Relevanz besitzen und auch unterschiedlich in die Berechnung eingehen, wie anhand der konkreten Berechnungen noch verdeutlicht werden wird.

Im Rahmen der Vergütung werden auch Bruttoinvestitionen als Kostenfaktor innerhalb der Gemeinkosten angesehen. Damit eine Apotheke ihre Aktivitäten aufnehmen kann, sind Investitionen erforderlich, die zu einem Anlagevermögen führen. Anstelle der Investitionen hätte die Apothekerin / der Apotheker ein Investment tätigen können und würde dann jährliche Zinseinnahmen erzielen. Die Erneuerung des Anlagevermögens einer Apotheke kann dagegen bei Vorlage eines Gewinns über Abschreibungen refinanziert werden und ist daher im Kontext der AMPPreisV eigentlich irrelevant. Die Bruttoinvestitionen werden zugunsten der Apotheken als Kostenfaktor angesehen, obwohl sich das Anlagevermögen der Inhaber/-innen erhöht. Für die Investitionen der Inhaber/-innen wird zudem davon ausgegangen, dass sie finanziert werden. Die Finanzierungskosten bzw. Zinsen sind als Kosten in der Berechnung enthalten.

Tabelle 3: Kosten der öffentlichen Apotheken 2009 bis 2015. Helle Felder: Fortschreibung anhand des gleitenden Durchschnitts der Veränderungsrate der vorangehenden 3 Jahre bis 2018. Quelle: Sonderauswertung Jahresstatistik im Handel; Apothekenanzahl (Unternehmen) ABDA & Umsatz URS; TvÖD 15. Eigene Berechnung.

JAHR	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009
Personal: Entgelte (Summe in Mio. €)	5.020,3	4.751,8	4.540,7	4.342,9	4.030,6	3.965,4	3.802,9	3.720,7	3.562,3	3.366,9
Personal: Sozialabgaben (Summe in Mio. €)	1.185,7	1.120,7	1.068,9	1.021,4	946,4	928,2	892,0	857,3	807,7	758,6
Mieten, Pachten, Operate Leasing (Summe in Mio. €)	988,7	937,6	897,5	872,6	800,3	788,2	804,4	800,8	770,6	713,3
Betriebliche Steuern und Abgaben (Summe in Mio. €)	551,0	513,3	485,5	449,7	415,0	411,7	358,8	348,0	364,4	366,0
Bezogene Leistungen u.a. betriebliche Aufwendungen (Summe in Mio. €)	2.238,0	2.084,9	1.950,5	1.838,0	1.685,9	1.597,6	1.539,0	1.570,8	1.644,6	1.495,1

JAHR	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009
Wareneinsatz Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe (Summe in Mio. €)	328,6	335,5	335,8	343,6	357,5	337,4	370,5	396,8	314,1	285,5
Bruttoinvestitionen (Summe in Mio. €)	482,5	432,9	391,7	374,3	314,2	291,6	334,8	349,5	304,7	278,0
nachrichtlich: Umsatz URS (Summe in Mio. €)	53.878,3	51.738,6	49.674,2	47.606,7	45.816,0	43.962,4	41.907,4	40.818,4	40.611,9	39.490,2
Kosten inkl. Bruttoinvestitionen ohne Personal-kosten (Entgelte und Sozialabgabe) (in Mio. €)	4.588,7	4.304,2	4.061,0	3.878,2	3.572,9	3.426,4	3.407,5	3.465,9	3.398,5	3.138,0
Personalkosten Destatis (in Mio. €)	6.206,1	5.872,5	5.609,6	5.364,3	4.977,0	4.893,5	4.694,9	4.577,9	4.370,0	4.125,5
Kosten Destatis gesamt (in Mio. €)	10.794,8	10.176,7	9.670,5	9.242,5	8.549,8	8.319,9	8.102,4	8.043,9	7.768,5	7.263,5
Anzahl Apotheken-Inhaber/-innen	14.952	15.271	15.607	15.968	16.269	16.661	17.068	17.577	17.963	18.324
Kalkulatorischer Unternehmerlohn TVöD 15, höchste Stufe* Brutto inkl. Nebenkosten	99.121 €	99.121 €	95.875 €	89.764 €	87.324 €	84.788 €	82.793 €	80.407 €	79.762 €	78.630 €
Kalkulatorischer Unternehmerlohn insgesamt (in Mio. €)	1.513,7	1.513,7	1.496,3	1.433,3	1.420,7	1.412,7	1.413,1	1.413,3	1.432,8	1.440,8
Zu deckende Gesamtkosten der öffentlichen Apotheken (in Mio. €)	12.308,4	11.690,3	11.166,9	10.675,8	9.970,5	9.732,6	9.515,5	9.457,2	9.201,2	8.704,3
Kostensteigerung Gemeinkosten	6,6%	6,0%	4,7%	8,5%	4,3%	0,6%	-1,7%	2,0%	8,3%	
Kostensteigerung Personalkosten	5,7%	4,7%	4,6%	7,8%	1,7%	4,2%	2,6%	4,8%	5,9%	
Kostensteigerung Gesamtkosten	5,3%	4,7%	4,6%	7,1%	2,4%	2,3%	0,6%	2,8%	5,7%	
* Leitung Krankenhausapotheke										

Laut der angepassten Jahresstatistik im Handel sind im Jahr 2015 ca. 9,2 Mrd. € Kosten angefallen (siehe Zeile „Kosten Destatis gesamt“). Entwickeln sich diese Kosten wie in den Jahren ab 2012 fort (berechnete anhand des gleitenden Durchschnitts der Veränderungsraten der drei vorangehenden Jahre, vgl. Kapitel

Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) geregelten Preise

5.1.4 Entwicklungsindikatoren/Fortschreibung, S. 32 ff.), könnten sie im Jahr 2018 in etwa bei ca. 10,8 Mrd. € liegen. Die Entwicklung der Umsatzdaten der Apotheken aus der Monatsstatistik im Handel bis Mitte August 2017 deuten auf diesen Trend hin: Unter der Annahme, dass sich die Kosten in Relation zum Umsatz entwickeln, bestätigt die Monatsstatistik im Handel eine steigende Kostenentwicklung der Apotheken, allerdings in etwas niedrigerem Umfang im Jahr 2016 und 2017 im Vergleich zu 2015. Im Zeitraum bis August waren die Umsätze ab 2013 durchschnittlich um 3,8 %, 5,8 %, 5,2 %, 4,3 % und im Jahr 2017 um 3,5 % gestiegen⁹, also geringer gestiegen als in den Vorjahren. Nach gleitendem Durchschnitt steigen die Gemeinkosten und Personalkosten im Jahr 2018 jedoch stärker als im Jahr 2017 und 2016. Die Berechnung ist demnach konservativ im Sinne höherer Kosten und damit einer höheren Vergütung (Tabelle 3).

Die Tabelle 3 enthält bereits den kalkulatorischen Unternehmerlohn nach TVöD E 15 Stufe 6, der sich aus dem Bruttolohn im Tarifvertrag zzgl. aller Lohnnebenkosten berechnet (vgl.

⁹ Umsatz im Einzelhandel (real/nominal) (bereinigte Werte): Deutschland, Monate, Bereinigungsverfahren, Wirtschaftszweige. Monatsstatistik im Einzelhandel. BV4.1 kalender- und saisonbereinigt. In jeweiligen Preisen. Genesis Online: WZ08-4773 Apotheken

Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) geregelten Preise

Tabelle 57 57, S. 223). Dieser so erweiterte TVöD-Tarif geht multipliziert mit der für 2018 fortgeschriebenen Anzahl an Inhaber/-innen in die Berechnung ein.

Für das Jahr 2018 ergeben sich damit insgesamt zu deckende Kosten der Apotheken von 12,3 Mrd. €.

8.1.2 Kostendaten Apotheke: Kalkulatorischer Unternehmerlohn und Tariflöhne

Wie in Kapitel 6.3.4 (S. 81) festgelegt wurde, wird der kalkulatorische Unternehmer in Höhe des TVöD E15 bestimmt. Der kalkulatorische Unternehmerlohn gehört damit zu den vorliegenden Daten, da er sich aus validen Sekundärquellen berechnen lässt: den Tariflöhnen nach TVöD sowie den relevanten Größen für die Bestimmung der Lohnnebenkosten. Tabelle 4 zeigt die Lohnkosten nach TVöD für die Inhaber/-innen sowie die Tariflöhne nach Tarifvertrag der der Apothekengewerkschaft ADEXA für die einzelnen Berufsgruppen. In der Tabelle 4 wurden zusätzlich anhand von generellen Arbeitszeitdaten (Werktage, Feiertage, Krankheitstage) sowie weiterer tariflicher Daten (Wochenarbeitszeit) die Kosten pro Minute und Berufsgruppe berechnet. Vereinfachend und zugunsten der Apotheken wurden die Krankheitstage unabhängig von einem möglichen Wegfall der Lohnfortzahlungen in Abzug gebracht. Diese Angaben bilden die Grundlage für die Berechnung der zu deckenden Personalkosten für Leistungen, die im vorliegenden Gutachten über zeitlichen Aufwand abgebildet werden (vgl. Kapitel 8.4, S. 132 ff.).

Tabelle 4: Tariflöhne ADEXA und kalkulatorischer Unternehmerlohn TVöD inkl. aller Lohnnebenkosten. Durchschnittliches Jahresgehalt und effektiver Minutenlohn. Quelle: ADEXA, TVöD. Quellen zu Lohnnebenkosten und Arbeitszeiten (Kapitel 14.1, S. 220). Eigene Berechnung.

JAHR	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009
Ø Jahresgehalt										
Inhaber (Kalkulatorischer Unternehmerlohn TVöD E15 6. Stufe)	99.121 €	99.121 €	95.875 €	89.764 €	87.324 €	84.788 €	82.793 €	80.407 €	79.762 €	78.630 €
Approbierte	57.818 €	57.113 €	56.408 €	55.426 €	54.852 €	53.878 €	53.222 €	53.348 €	52.309 €	51.412 €
Apotheker- assistenten	44.753 €	44.208 €	43.663 €	42.907 €	42.468 €	41.714 €	41.201 €	41.299 €	40.493 €	39.802 €
Pharmazeutisch- technische Assistenten	36.558 €	36.112 €	35.667 €	34.945 €	34.588 €	33.958 €	33.525 €	33.604 €	32.950 €	32.383 €
Pharmazeutisch- kaufmännische Angestellte und	30.366 €	29.995 €	29.624 €	29.024 €	28.695 €	28.169 €	27.839 €	27.905 €	27.358 €	26.888 €

JAHR	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009
Pharmazeutische Assistenten										
Pharmazeuten im Praktikum	14.262 €	14.088 €	13.914 €	12.882 €	12.845 €	12.571 €	12.274 €	12.303 €	11.765 €	11.562 €
PTA-Praktikanten (in Ausbildung)	10.042 €	9.917 €	9.793 €	9.249 €	9.223 €	8.523 €	7.804 €	7.823 €	7.676 €	7.555 €
PKA in Ausbildung	11.662 €	11.520 €	11.378 €	10.754 €	10.723 €	10.125 €	9.508 €	9.530 €	9.346 €	9.186 €
Ø Effektiver Minutenlohn										
Inhaber (Kalkulatorischer Unternehmerlohn)	0,95 €	0,95 €	0,92 €	0,86 €	0,84 €	0,81 €	0,79 €	0,77 €	0,76 €	0,75 €
Approbierte	0,55 €	0,55 €	0,54 €	0,53 €	0,53 €	0,52 €	0,51 €	0,51 €	0,50 €	0,49 €
Apotheker-assistenten	0,43 €	0,42 €	0,42 €	0,41 €	0,41 €	0,40 €	0,39 €	0,40 €	0,39 €	0,38 €
PTA	0,35 €	0,35 €	0,34 €	0,34 €	0,33 €	0,33 €	0,32 €	0,32 €	0,32 €	0,31 €
PKA	0,29 €	0,29 €	0,28 €	0,28 €	0,27 €	0,27 €	0,27 €	0,27 €	0,26 €	0,26 €
Pharmazeuten im Praktikum	0,14 €	0,14 €	0,13 €	0,12 €	0,12 €	0,12 €	0,12 €	0,12 €	0,11 €	0,11 €
PTA-Praktikanten (in Ausbildung)	0,10 €	0,10 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,08 €	0,07 €	0,08 €	0,07 €	0,07 €
PKA in Ausbildung	0,11 €	0,11 €	0,11 €	0,10 €	0,10 €	0,10 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €

Der kalkulatorische Unternehmerlohn beläuft sich inkl. aller Lohnnebenkosten auf ein Bruttogehalt von aktuell ca. 99.000 €. Im Jahr 2018 wird ein neuer Tarifvertrag verhandelt. Der kalkulatorische Unternehmerlohn liegt ca. 41.000 € über den Personalkosten der approbierten Apotheker/innen. Damit werden die Führungsaufgaben, das unternehmerische Risiko sowie die Leitungsaufgaben der Inhaber/-innen aufgegriffen. In Tabelle 4 sind Personalkosten für einen zeitlichen Aufwand von einer Minute pro Berufsgruppe berechnet. Die neuen Tarifverträge der ADEXA, die im Jahr 2017 verhandelt wurden, sind in Tabelle 4 enthalten; sie gelten bis mindestens März 2018.

Im Anhang (Kapitel 15.1 Tabellen zu Tariflöhnen und Arbeitszeiten, S. 222) finden sich weitere Detailtabellen, die die Ableitung der Anzahl der Minuten, der Lohnnebenkosten sowie ein konkretes Beispiel zur Berechnung der Kosten pro Minute für approbierte Apotheker/-innen aufführen.

Personal wird laut öffentlicher Berichterstattung manchmal übertariflich bezahlt, z. B. Apothekenleiter/-innen (ADEXA 2014). Es gibt keine Angaben zu den Vollzeitäquivalenten (VZÄ¹⁰) der Apothekenbeschäftigten auf Berufsgruppenebene nach Tarifvertrag. Beide Angaben – VZÄ und tatsächliche Personalkosten im Vergleich zu Tariflöhnen – liegen jedoch auf Gesamtebene vor: Die Personalkosten in der Jahresstatistik des Handels geben die realen Personalkosten wieder, die VZÄ liegen in der Gesundheitspersonalrechnung des Statistischen Bundesamtes vor: Vollkräfte (Vollzeitäquivalente) im Gesundheitswesen in 1.000. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Geschlecht, Einrichtung, Beruf. Einrichtung: Apotheken; verfügbare Zeitreihe 2012 bis 2015 (Portal zum Abruf aktueller Daten: <http://www.gbe-bund.de/gbe10/i?i=92:21922910D>). Im Jahr 2015 entsprechen 224.000 Beschäftigte¹¹ 138.000 VZÄ. Unterschieden wird für die VZÄ zusätzlich in Berufe: Fachkraft Verkauf drogerie- und apothekenüblicher Waren (18 %), Berufe in der pharmazeutisch-technischen Assistenz (36 %) und Apotheker: Pharmazeuten-Experten (30 %) sowie „Nichtärztliche Therapie und Heilkunde“ (1 %), andere Berufe (15 %).

Den zweiten großen Kostenblock der Jahresstatistik im Handel neben den Personalkosten bilden die Gemeinkosten (vgl. Tabelle 3, S. 104: Kosten ohne Entgelte und Sozialabgaben). Die Gemeinkosten müssen für die Berechnung der Vergütung ebenfalls auf Minutenbasis berechnet werden.

8.1.3 Kostendaten Apotheke: Gemeinkosten

Als Gemeinkosten werden im Allgemeinen indirekte Kosten, Verbundkosten, verbundene Kosten oder nicht abtrennbare Kosten bezeichnet. Sie bilden den Gegenbegriff zu Einzelkosten. Dabei wird in der Betrachtung des vorliegenden Gutachtens auf aggregierter Ebene gerechnet: „Echte“ Gemeinkosten, bei denen auch bei Anwendung bester Erfassungsmethoden für das betrachtete Bezugsobjekt Kosten nicht getrennt erfasst und ihm auch nicht nach dem Identitätsprinzip eindeutig zugerechnet werden können, werden genauso betrachtet wie sogenannte „unechte“ Gemeinkosten, die theoretisch zwar direkt als Einzelkosten auf die

¹⁰ Ein Vollzeitäquivalent (VZÄ) ist eine Kennzahl zur vergleichbaren Messung der Beschäftigung, auch wenn die Arbeitszeiten hinsichtlich der Wochenstundenzahlen unterschiedlich sind. Zur Ermittlung der Kennzahl wird die Zahl der geleisteten Arbeitsstunden einer Person zur durchschnittlichen Stundenzahl eines Vollzeitbeschäftigten ins Verhältnis gesetzt. Vollzeitbeschäftigte werden somit mit jeweils einem VZÄ gezählt, während bei Teilzeitbeschäftigten die anteilige Arbeits- oder Studienstundenzahl erfasst wird. So werden beispielsweise Teilzeitbeschäftigte mit 20 Stunden Wochenarbeitszeit bei einer Vollzeit-Wochenarbeitszeit von 40 Stunden mit 0,5 VZÄ erfasst. Die Beschäftigten eines Unternehmens, Wirtschaftszweigs oder Landes können somit aufaddiert und in Vollzeitäquivalenten ausgedrückt werden ([http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:Full-time_equivalent_\(FTE\)/de](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:Full-time_equivalent_(FTE)/de)).

¹¹ Zu den Beschäftigten rechnen im Einzelnen Selbständige, mithelfende Familienangehörige, Beamtinnen/Beamte, Angestellte, Arbeiterinnen/Arbeiter, Personen im Bundesfreiwilligendienst, Zivildienst oder freiwilligen sozialen Jahr sowie Praktikantinnen/Praktikanten. Den Beschäftigten werden auch abwesende Personen zugeordnet, solange das Arbeitsverhältnis nicht gelöst ist. Nicht zu den Beschäftigten im Gesundheitswesen gezählt werden Personen in einem Ausbildungsverhältnis, ehrenamtlich Tätige sowie Beschäftigte, die als Beauftragte aus anderen Wirtschaftsbereichen (zum Beispiel Reinigungskräfte) in Einrichtungen des Gesundheitswesens tätig sind (Destatis 2017b).

Kostenträger oder -stellen zugerechnet werden könnten, aber aus Wirtschaftlichkeitsgründen mithilfe von Schlüsseln (Gemeinkostenschlüsselung) verrechnet werden, z.B. Stromkosten (Gabler Wirtschaftslexikon¹²).

Die Gemeinkosten können nicht für Rx, OTC oder Freiwahl getrennt betrachtet werden. Alle Kosten der Apotheke, die nicht Personalkosten darstellen, werden als Gemeinkosten definiert. Hierzu zählen bei Apotheken neben den Stromkosten u. a. auch Kosten für die Miete als nennenswerte Kostenfaktoren.

Die Gemeinkosten und die Personalkosten werden für die Berechnung klar voneinander abgegrenzt, da die Gemeinkosten anteilig für die gleichzeitig tätigen Beschäftigten anfallen. Konkret sind im Durchschnitt bei 10,5 Öffnungsstunden pro Tag (ohne Nacht- und Notdienst) durchschnittlich drei Beschäftigte in den Apotheken in Deutschland gleichzeitig tätig. Daraus ergibt sich, dass einem VZÄ ein Drittel der pro Minute in der Apotheke anfallenden Gemeinkosten zugeordnet werden muss. Die Tabelle 5 auf der folgenden Seite zeigt den Rechenweg auf, wie die Gemeinkosten pro VZÄ pro Minute aus den Gemeinkosten der Jahresstatistik des Handels und der Anzahl der Apotheken nach Angaben der Apothekerkammern (ABDA) berechnet werden.

Die Gemeinkosten fallen pro VZÄ an, die sich durchschnittlich gleichzeitig in einer Apotheke aufhalten. Der Berechnungsweg leitet sich dabei über reguläre pauschal angenommene Öffnungszeiten pro Werktag und entsprechend entstehender Minuten aller geöffneten Apotheken in Deutschland her. Diese werden ergänzt um die Stunden, die im Nacht- und Notdienst erbracht werden, um letztlich die Gesamtzahl geöffneter Stunden und Minuten zu bestimmen, auf die die Gemeinkosten zu verteilen sind.

Da die Apotheken meist von mehreren Beschäftigten genutzt werden und die Gemeinkosten in der weiteren Berechnung dazu dienen, Personalkosten einzelner Beschäftigter mit Gemeinkosten zu ergänzen, werden die Gemeinkosten pro Minute auf die Anzahl durchschnittlich in einer Apotheke gleichzeitig tätigen VZÄ aufgeteilt. Die Anzahl der VZÄ ergibt sich aus ihrer tariflichen Wochenstundenanzahl und Urlaubstagen sowie durchschnittlicher Krankheitstage in der deutschen Bevölkerung.

Die in Tabelle 5 bezifferten Gemeinkosten bilden im Ergebnis eine wichtige Ergänzung der vorliegenden Daten, da sie die Kosten pro Minute z. B. der Rezepturherstellung durch eine PTA fast verdoppeln. In Kombination mit den Tariflöhnen in Tabelle 4 (S. 107) ist die Tabelle 44 auf der vorangehenden Seite mit den Gemeinkosten pro Minute und VZÄ eine maßgebliche Datenquelle für die monetäre Bewertung von zeitlichem Aufwand für Rezepturherstellung, Abgabe von Arzneimitteln mit erhöhter Dokumentationspflicht oder den Nacht- und Notdienst.

In den Gemeinkosten sind bereits Leistungsparameter enthalten, z. B. die geleisteten Stunden der öffentlichen Apotheken für Nacht- und Notdienst. Im Folgenden werden die weiteren Leistungsdaten zusammengestellt, die im Wesentlichen auf der Anzahl der Packungen und Rezepturen beruhen. Aufgrund der verschiedenen Kostenträger und der Sortimentsvielfalt sind diese Daten jedoch weniger eindeutig als zunächst vermutet werden könnte. Die Leistungsdaten werden im Folgenden auf verschiedenen Ebenen betrachtet.

¹² <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/1504/gemeinkosten-v5.html>;
<http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/952/unechte-gemeinkosten-v4.html>

Tabelle 5: Gemeinkosten und damit verbundene zeitlicher Aufwand in der Apotheke. Quellen: Jahresstatistik im Handel, ABDA, Quellen zu Lohnnebenkosten und Arbeitszeiten (Kapitel 14.1, S. 217). Eigene Berechnung. *Helle Felder 2017 bis 2018: Fortschreibung nach gleitendem Durchschnitt der Veränderungsraten der vorangehenden 3 Jahre.

JAHR	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009
Reguläre Öffnungszeiten: Stunden										
Potenzielle Öffnungstage im Jahr (6 Werktage); vereinfacht als Durchschnitt der Bundesländer berechnet	302,8	302	304,7	303,6	301,2	301,0	301,6	304,7	305	303,6
Stunden pro Werktag geöffnet (bestimmt als Zeiten außerhalb des Nacht- und Notdienst)	10,5	10,5	10,5	10,5	10,5	10,5	10,5	10,5	10,5	10,5
Stunden pro Jahr und Apotheke	3179,4	3171	3199,35	3187,8	3162,6	3160,5	3166,8	3199,35	3202,5	3187,8
Apothekenanzahl (Betriebsstätten) ABDA	19.610	19.814	20.023	20.249	20.441	20.662	20.921	21.238	21.441	21.548
Entwicklung*	-1,0%	-1,0%	-1,1%	-0,9%	-1,1%	-1,2%	-1,5%	-0,9%	-0,5%	
Nacht- und Notdienstzeiten: Stunden										
Sonn- und Feiertage (Notdienst) vereinfacht als Durchschnitt der Bundesländer berechnet	62	63	60	61	64	64	63	60	60	61
Tage (Nachtdienst)	365	365	365	365	365	365	365	365	365	365
Stunden pro Notdienst (8:00 bis 18:30)	10,5	10,5	10,5	10,5	10,5	10,5	10,5	10,5	10,5	10,5
Stunden pro Nachtdienst (18:30 bis 8:00)	13,5	13,5	13,5	13,5	13,5	13,5	13,5	13,5	13,5	13,5
Anzahl Dienste (gesamt)										
Anzahl Nachtdienste Jahr (Volldienste nach Notdienstgebühr --> 20 Uhr bis 6 Uhr; erst ab 2014; Quelle ABDA)	408.995	412.122	415.598	417.009	421.653	426.212	431.554	438.093	442.281	444.488
Anzahl Notdienste (Sonn- und Feiertag)	69.697	71.133	68.659	70.149	73.703	74.733	74.960	72.375	72.704	74.771
Anzahl Dienste pro Nacht/Sonn-/Feiertag (berechnet anhand der Anzahl Nachtdienste Jahr)	1.121	1.129	1.139	1.142	1.155	1.168	1.182	1.200	1.212	1.218
Entwicklung*	-0,76%	-0,84%	-0,34%	-1,10%	-1,07%	-1,24%	-1,49%	-0,95%	-0,50%	

JAHR	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009
Öffnungsstunden Nacht- und Notdienst (in Mio. h)	6,3	6,3	6,3	6,4	6,5	6,5	6,6	6,7	6,7	6,8
Öffnungsminuten Nacht- und Notdienst (in Mio. Min.)	375,2	378,6	379,9	382,0	388,0	392,3	396,8	400,5	404,1	407,1
Zeiten Apotheken insgesamt in Stunden und Minuten										
Stunden insgesamt pro Jahr alle Apotheken (in Mio. h)	68,6	69,1	70,4	70,9	71,1	71,8	72,9	74,6	75,4	75,5
Minuten insgesamt pro Jahr alle Apotheken (in Mio. Min.)	4.116,1	4.148,5	4.223,5	4.255,0	4.266,8	4.310,4	4.371,9	4.477,3	4.523,9	4.528,6
Zeiten Vollzeitäquivalente (VZÄ) in Stunden und Minuten										
VZÄ Apotheken (lt. GBE)	142.680	141.116	139.697	138.000	137.000	136.000	136.000	135.899	135.189	134.294
Entwicklung VZÄ*	1,1%	1,0%	1,2%	0,7%	0,7%	0,0%	0,1%	0,5%	0,7%	
Wochenstunden VZÄ	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Jahresstunden pro VZÄ (inkl. Urlaub & Feiertage & Krankheitstage)	1.739,7	1.734,3	1.744,0	1.737,6	1.748,8	1.748,0	1.749,6	1.738,4	1.748,8	1.753,6
VZÄ Stunden insgesamt (in Mio. h)	248,2	244,7	243,6	239,8	239,6	237,7	237,9	236,2	236,4	235,5
Jahresminuten pro VZÄ (inkl. Urlaub & Feiertage & Krankheitstage)	104.380	104.057	104.640	104.256	104.928	104.880	104.976	104.304	104.928	105.216
VZÄ Minuten insgesamt (in Mio. Min.)	14.892,9	14.684,1	14.617,9	14.387,3	14.375,1	14.263,7	14.276,7	14.174,9	14.185,1	14.129,8
Personen Notdienst	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Personen zu einem Zeitpunkt in der geöffneten Apotheke (z. B. Minute; berechnet aus der Anzahl Apotheken und der Anzahl VZÄ)	3,62	3,54	3,46	3,38	3,37	3,31	3,27	3,17	3,14	3,12
Gemeinkosten pro Minute und VZÄ										
Gemeinkosten** (in Mio. €, vgl. Tabelle 3, S. 104)	4.588,7	4.304,2	4.061,0	3.878,2	3.572,9	3.426,4	3.407,5	3.465,9	3.398,5	3.138,0
Kosten pro Minute und Apotheke	1,11 €	1,04 €	0,96 €	0,91 €	0,84 €	0,79 €	0,78 €	0,77 €	0,75 €	0,69 €
Gemeinkosten Minute VZÄ	0,31 €	0,30 €	0,28 €	0,27 €	0,25 €	0,24 €	0,24 €	0,24 €	0,24 €	0,22 €
**Gemeinkosten definiert als Kosten gesamt ohne Entgelte und Sozialabgaben										

Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) geregelten Preise

8.1.4 Leistungsdaten Apotheke: Rx, OTC, Freiwahl

Die Leistung der Apotheken manifestiert sich in der Anzahl der mit Beratung abgegebenen bzw. verkauften Arzneimittel und weiteren Produkte mit Gesundheitsbezug. Die Bereiche lassen sich zunächst grob in rezeptpflichtige (Rx) und nicht-rezeptpflichtige aber apothekenpflichtige (OTC) und freiverkäufliche Arzneimittel und weitere gesundheitsbezogene Ergänzungsprodukte in der Freiwahl untergliedern (FW). Wie in den Definitionen beschrieben, werden die Leistungen in den drei Bereichen zwar als unterschiedlich angesehen, jedoch in einer Mischkalkulation mit einem vergleichbaren Aufwand verbunden. Für die Zuordnung zu den Kostendaten ist somit der Anteil einer Leistung an allen Packungen für jeden Vergütungsbaustein der AMPPreisV wesentlich.

Auf der Ebene der Absatzzahlen Rx, OTC und FW gibt es keine Daten des Statistischen Bundesamtes. Es wird daher auf Quellen mit unterschiedlichem Umfang zu Absatzzahlen/Packungseinheiten zurückgegriffen: Die Daten der GKV enthalten nur die Packungsanzahlen der gesetzlichen Krankenkassen, die Daten der PKV nur die Privatrezepte. Die Daten der ABDA sowie von privatwirtschaftlichen Unternehmen für Gesundheitsdaten wie IMS Health und INSIGHT Health umfassen dagegen die gesamten Daten, auch die der Selbstzahlenden und der Beihilfe-Versicherten. Für die Verwendung der Daten als Leistungsdaten, sollten sich die Datengrundlagen gegenseitig validieren, d.h. im Rahmen plausibler Abweichungen konsistent sein.

Alle Quellen zu Rezepten der gesetzlichen Krankenkassen beziehen sich auf die nahezu vollständigen Erfassungen der Rezepte durch die Apothekenabrechnungszentren.

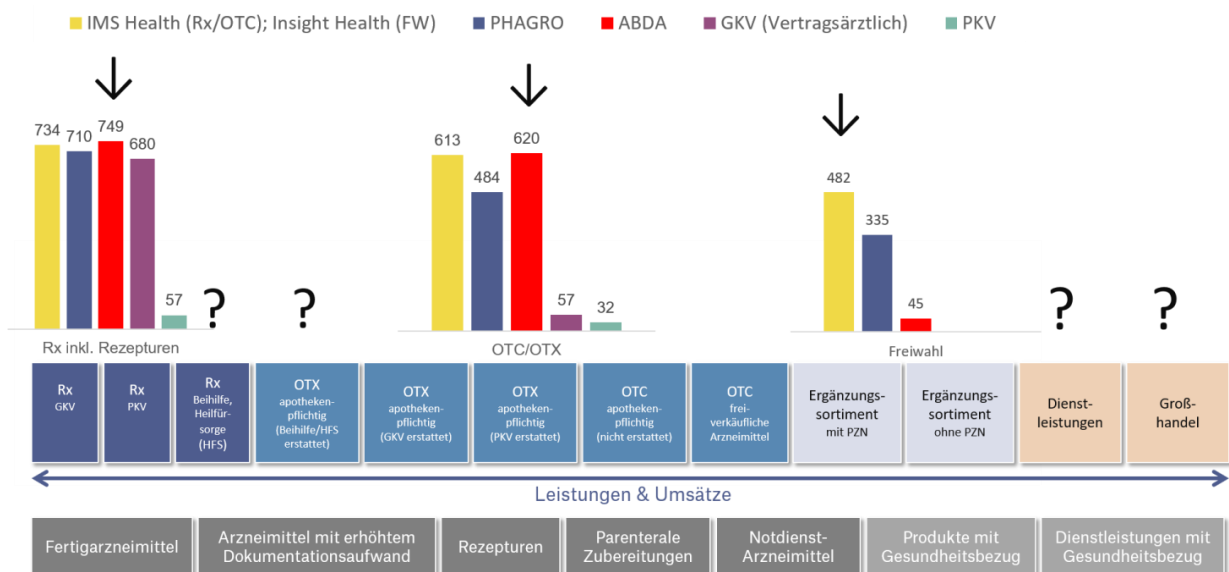


Abbildung 12: Absatzzahlen Rx, OTC/OTX und Freiwahl nach unterschiedlichen Datenquellen in Mio. Packungen/Verordnungen Deutschland 2015. Fragezeichen markieren Datenlücken, Pfeile Datenquellen, die die Leistungen der Apotheken am vollständigsten abbilden und gleichzeitig durch die weiteren Datenquellen validiert werden. Eigene Darstellung: Quellen: ABDA 2016, BAH 2016, GKV 2016, Jacke & Wild 2017 (PKV). Eigene Berechnung des Freiwahl-Absatzes von INSIGHT Health anhand prozentualer Angaben zu Direkt- und Großhandelslieferungen (INSIGHT Health 2017).

Dies gilt auf der Betrachtungsebene aller öffentlichen Apotheken in Deutschland in einer jährlichen Betrachtung. Die Abbildung 12 vergleicht die Packungszahlen für die drei Hauptbereiche Rx, OTC und Freiwahl der verschiedenen Datenquellen für das Jahr 2015. Dabei liefern ABDA und IMS Health vergleichbare Daten, die zudem von der Summe aus PKV- und GKV-Angaben validiert werden. Anhand der PHAGRO-Angaben zeigt sich prägnant der Anteil der Direktbelieferungen bzw. weiterer Großhändler und pharmazeutischer Unternehmer. Für die Anzahl der Packungen in der Freiwahl gibt die ABDA keine Absatz-, nur Umsatzwerte an. Hier berechnen sich die Freiwahl-Anzahlen aus den Angaben des PHAGRO kombiniert mit der Freiwahl & OTC-Quote von INSIGHT Health. INSIGHT Health gibt zudem eine Gesamtsumme an Einheiten für OTC und Freiwahl ohne Diagnostika im Umfang von 1.071 Mio. Einheiten an (ohne Abbildung). Das korrespondiert mit der Summe der Angaben von OTC und Freiwahl in Abbildung 12 von 1.095 Mio. Einheiten. Der von INSIGHT Health in der gleichen Publikation angegebene Einkaufs-Wert von freiverkäuflichen Arzneimitteln und Nichtarzneimitteln ohne Diagnostika von ca. 2,9 Mrd. € korrespondiert mit dem von der ABDA für 2015 angegebenen Abverkaufs-Wert (ohne MwSt.) von freiverkäuflichen Arzneimitteln und Ergänzungssortiment in Höhe von 3,5 Mrd. € im Jahr 2015.

Für die Datengrundlage wird festgelegt, dass für die Anzahl Packungen OTC und Rx die vorliegenden Daten der ABDA Verwendung finden, für die Anzahl der Artikel in der Freiwahl die Angaben des PHAGRO zur Belieferung der öffentlichen Apotheken ergänzt um die Direktbelieferungsquote OTC/Freiwahl ohne Diagnostika von INSIGHT Health.

Tabelle 6: Leistungsdaten Apotheke nach Packungseinheiten Rx, OTC, Freiwahl. Zeitreihe 2013 bis 2018. Helle Felder 2017 bis 2018: Fortschreibung: Da sich im ersten Halbjahr 2017 die Verordnungen der GKV mit -0,3% bei den Fertigarzneimitteln leicht rückläufig zeigen und auch der OTC-Markt im ersten Halbjahr in Bezug auf die Packungseinheiten vergleichsweise konstant bleibt, werden die Packungszahlen aus dem Jahr 2016 für 2017 und 2018 konstant gehalten (konservatives Vorgehen zugunsten der Apotheken).

JAHR	2018	2017	2016	2015	2014	2013
Rx: Verschreibungspflichtige Arzneimittel (ABDA, in Mio. Pck.)	754,0	754,0	754,0	749,0	743,0	737,0
OTC: Apothekenpflichtige Arzneimittel (ABDA, in Mio. Pck.)	611,2	610,1	610,0	620,0	607,0	610,0
Freiwahl (PHAGRO hochgerechnet mit OTC/Freiwahl-Quote Direktbelieferung INSIGHT Health, in Mio. Pck.)	469,6	473,1	477,3	481,7	483,7	490,4
Packungszahl Apotheke Rx, OTC, FW gesamt (in Mio. Pck.)	1.834,8	1.837,2	1.841,3	1.850,7	1.833,7	1.837,4
Rx: Verschreibungspflichtige Arzneimittel (in Prozent an allen Packungen)	41,1%	41,1%	41,0%	40,6%	40,6%	40,2%
OTC: Apothekenpflichtige Arzneimittel (in Prozent an allen Packungen)	33,3%	33,3%	33,2%	33,6%	33,2%	33,3%
Freiwahl (in Prozent an allen Packungen)	25,6%	25,8%	26,0%	26,1%	26,4%	26,7%

Tabelle 6 auf der vorangehenden Seite zeigt die Packungseinheiten in der Zeitreihe von 2013 bis 2018. Der betrachtete Zeitraum musste für die Leistungsdaten reduziert werden und kann nicht ab 2009 abgebildet werden. Die Daten zu Betäubungsmitteln und zu rezeptpflichtigen Fertigarzneimitteln in der Arzneimittel-Schnellinformation des GKV-Spitzenverbandes (GAmSi-Report) liegen erst ab 2013 vor und damit fehlen sehr relevante Größen für die Vergütungsberechnung. Der Zeitraum 2013 bis 2016 wird als hinreichend groß angesehen, um Schwankungen in der Berechnung aufzuzeigen, so dass es nicht gerechtfertigt erscheint, Daten in die Vergangenheit zurück zu schreiben. Aufgrund der aktuell konstanten bis leicht rückläufigen Anzahl an Packungen erfolgt die Fortschreibung nicht anhand der Steigerungen der letzten Jahre, sondern wird konstant gehalten. Auch in den letzten Jahren rückläufige Anzahlen werden in dem rückläufigen Trend allerdings fortgeschrieben. Diese Vorgehensweise stellt eine konservative Berechnung sicher. Wie die Tabelle 6 zeigt, machen rezeptpflichtige Arzneimittel ca. 41 % der in den Apotheken abgegebenen bzw. verkauften Packungseinheiten aus.

Anhand der Abbildung 12 wird zusätzlich deutlich, dass es für Dienstleistungen und Großhandelsaktivitäten keine Leistungsdaten im Sinne von Anzahlen und damit verbundenen Aufwänden gibt. Diese Lücke wird auch im Rahmen des vorliegenden Gutachtens nicht geschlossen und bedeutet, dass die anderen Bereiche in der Kostendeckungsrechnung deren Aufwände übernehmen und damit überschätzen. Im Ergebnis ist das eine Berechnung zugunsten der Apotheken.

8.1.5 Leistungsdaten Apotheke: Exkurs Großhandelsaktivitäten der Apotheken

Für die Großhandelsaktivitäten wurde im Rahmen des vorliegenden Gutachtens eine weitere Sonderauswertung der Jahresstatistik des Handels des Statistischen Bundesamtes einbezogen sowie die Liste für Erlaubnisse nach § 52a des Arzneimittelgesetzes (laut PharmNet.Bund-Portal; vgl. S. 82 f.) nach Apotheken ausgezählt. Im September 2017 sind 840 der 3.631 Großhandelserlaubnisse an Apotheken vergeben. Diese Größenordnung korrespondiert mit der Anzahl an Apotheken, die in der Jahresstatistik des Handels Großhandelsaktivitäten angeben. Die Abbildung 13 zeigt die Entwicklung von 2009 bis 2015 in Anzahl und Umsatz mit Großhandel der Apotheken. Die Gesetzesänderung des AMNOG im Jahr 2012 zeigt sich deutlich in dem Knick der Kurve zu der Anzahl der Apotheken mit Großhandelsumsatz. Die Apotheken müssen seit 2012 separate Räume und Personal für die Großhandelsaktivitäten nachweisen, um die Erlaubnis zu erhalten. Der Umsatz der Apotheken mit Großhandel ist seit 2009 gestiegen. Durch die gesetzliche Änderung gab es jedoch einen Einbruch in der Anzahl der aktiven Apotheken, der erst im Jahr 2014 den Stand von 2011 erreichte. Auch der Umsatz stagnierte von 2011 bis 2014 und stieg erst von 2014 auf 2015 wieder in stärkerem Maße an.

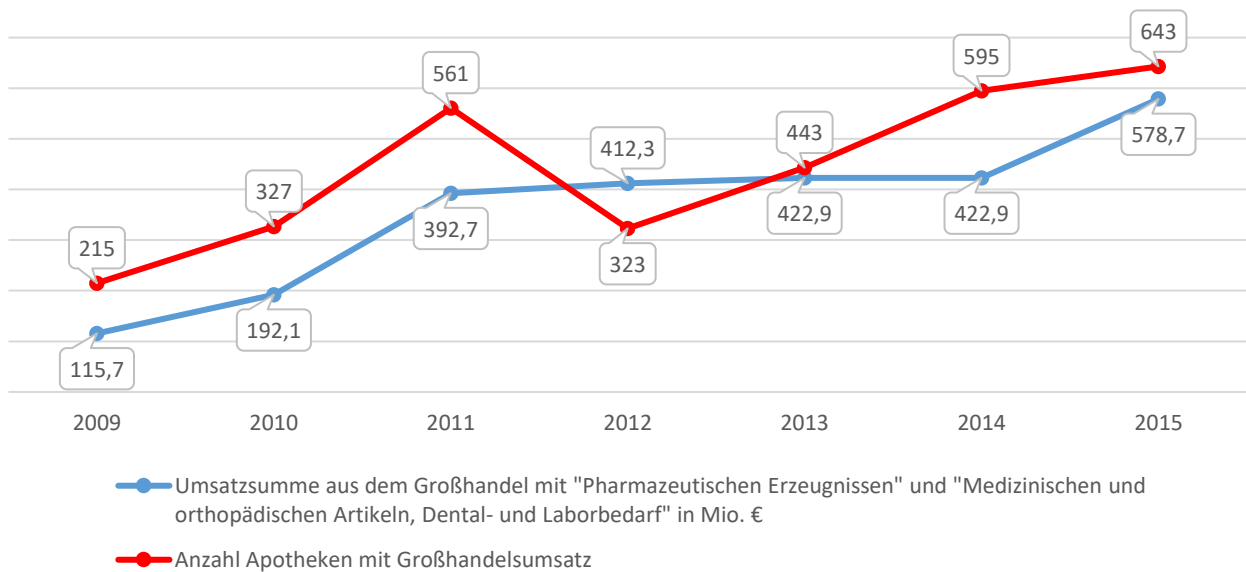


Abbildung 13: Anzahl Apotheken mit Großhandels-Umsätzen; Höhe der Jahresumsätze in Mio. €. Quelle: Jahresstatistik im Handel, Statistisches Bundesamt 2017. Eigene Darstellung.

Großhandelsaktivitäten finden sich in jeder Unternehmensgrößenklasse der Apotheken und liegen meist bei einem Umsatz von 200.000 € bis 400.000 €. Große Apotheken betreiben Großhandel mit durchschnittlichen Umsätzen um 10 Mio. € bis zu 100 Mio. € (ohne Abbildung). Die Anzahl an Apotheken mit Großhandelsaktivitäten liegt im Jahr 2015 bei 3,6 % und betrifft damit den Großteil der öffentlichen Apotheken nicht.

Wie viele Apotheken Gesundheitsdienstleistungen anbieten – also die zweite nicht packungsgebundene Aktivität der Apotheken in Abbildung 12 auf Seite 113 - und wenn ja, in welchem Umfang sie diese anbieten, ist nicht bekannt.

Die Leistungsdaten sind auf der Ebene Rx, OTC und Freiwahl noch zu grob für die Bestimmung einer kostendeckenden Vergütung der Preisbestandteile der AMPreisV. Die Anzahl Rx Packungen/Verordnungen muss untergliedert werden in Rx-Fertigarzneimittel, Stoffe, Standardrezepturen, parenterale Zubereitungen und Arzneimittel mit erhöhtem Dokumentationsaufwand.

8.1.6 Leistungsdaten Apotheke: Rx im Detail

Für die Leistungsdaten der rezeptpflichtigen Arzneimittel ist zunächst eine wichtige Unterscheidung zu treffen. Da die Vergütung der Rx-Fertigarzneimittel pauschal als Anteil an allen Packungen erfolgen soll, hat die korrekte Anzahl der Rx-Fertigarzneimittel einen sehr hohen Stellenwert. Dies gilt nur eingeschränkt für die weiteren Preisbausteine der AMPreisV, da deren Vergütung über den mit ihnen verbundenen zeitlichen Aufwand bestimmt werden. Die genaue Anzahl an Rezepturen, parenteralen Zubereitungen und Betäubungsmitteln ist im Wesentlichen für die Abschätzung der Folgen einer Vergütungsänderung für die Apotheken und die Krankenkassen relevant. Vor dem Hintergrund, dass diese Vergütungsbestandteile einen im Vergleich zu den Fertigarzneimitteln relativ geringen Anteil haben, sind Unschärfen in der

Abschätzung der Mengen nachgelagert. Für die Abschätzung werden primär Daten der GKV herangezogen, da sie sich mit den ABDA-Daten überwiegend decken und stärker ausdifferenziert vorliegen. **Von der PKV gibt es zu diesen Leistungsbereichen keine Angaben, ihre Anteile können demnach nur geschätzt werden. Diese Schätzung erfolgt stets nach der folgenden Logik: Der Anteil der Leistung an Gesamtmarkt wird für die GKV berechnet, deren Daten vorliegen. Dieser Anteil wird dann auch für die PKV angenommen, für die die Angaben zum Gesamtmarkt vorliegen.**

Wie bereits zur eingeschränkten Zeitreihe der Leistungsdaten erwähnt, ist die Anzahl rezeptpflichtiger Fertigarzneimittel erstaunlich seltener dokumentiert als die Gesamtanzahl rezeptpflichtiger Arzneimittel. Der GAmSi-Report weist erst seit 2013 Fertigarzneimittel und darunter rezeptpflichtige Fertigarzneimittel getrennt aus. Die Angaben des GAmSi-Reports beziehen sich jedoch nur auf den vertragsärztlichen Bereich und sind daher nicht ganz vollständig. Weitere GKV-Statistiken wie KJ1 oder KV45¹³ zu den Rechnungsergebnissen der GKV unterscheiden wiederum nicht nach rezeptpflichtigen Fertigarzneimitteln. Die PKV, die in großen Teilen ihrer Statistik sogar nicht zwischen rezeptpflichtigen und nicht-rezeptpflichtigen unterscheidet, da es in der PKV um die Verordnungen geht, macht keine Angaben zu rezeptpflichtigen Fertigarzneimitteln. Die ABDA unterteilt den Umsatz und Absatz in der jährlich erscheinenden Publikation „Zahlen, Daten, Fakten“ sehr genau, unterscheidet jedoch nicht die rezeptpflichtigen Fertigarzneimittel. An anderer Stelle werden die Anzahlen der Rezepturen ausgewiesen. Fertigarzneimittel errechnen sich jedoch nicht aus der Anzahl der rezeptpflichtigen Arzneimittel abzüglich Rezepturen. Dies zeigen die Angaben zum Gesamtmarkt sowie den rezeptpflichtigen Fertigarzneimitteln in den GAmSi-Berichten (z. B. kommen noch Blutzuckerteststeifen dazu; z. B. GKV-Spitzenverband 2016).

Die aus Sicht des vorliegenden Gutachtens aktuell genaueste Angabe aller rezeptpflichtigen Fertigarzneimittel stellt die Statistik des Nacht- und Notdienstfonds des DAV (NNF; z. B. NNF 2017) dar. Für jede Packung eines rezeptpflichtigen Fertigarzneimittels müssen 0,16 € in den Nacht- und Notdienstfond eingezahlt werden. Daraus ergibt sich die Gesamtzahl der Rx-Fertigarzneimittel der Apotheken in Deutschland sowie der europäischen Versandhändler. Während der Versandhandel innerhalb Deutschlands kaum von den Vor-Ort-Apotheken zu trennen ist, weil es sich häufig um in beiden Kanälen agierende Unternehmen handelt, sind die Umsätze und Leistungen reiner Versandhändler und insbesondere ausländischer Versandhändler nicht Teil der im Wirtschaftszweig „47.73 Apotheken“ anfallenden Kosten. Deutsche Versandapotheken, die den Schwerpunkt ihres Umsatzes mit dem Versand von Arzneimitteln erwirtschaften, sind nicht im Wirtschaftszweig „47.73 Apotheken“, sondern im Wirtschaftszweig „47.91.9 Sonstiger Versand- und Interneteinzelhandel“ verortet. Der Anteil des gesamten Versandhandels am Rx-Umsatz ist bisher sehr gering (im ersten Halbjahr der GKV-Rechnungsergebnisse zu Arzneimitteln aus dem vertragsärztlichen Bereich für 2017 lag er bei 1,004 % inkl. Verbandmittel. Das entspricht im Vergleich zum Vorjahreszeitraum mit 0,914 % einer Steigerung von rund 10 %). Wird demnach ca. 1 % der Rx-Fertigarzneimittel zu Unrecht den Leistungsdaten der öffentlichen Apotheken zugeordnet, dann nur im

¹³ Die vorläufigen (KV45) und endgültigen Rechnungsergebnisse (KJ1) der GKV:
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/finanzergebnisse.html>

Verhältnis zu den anderen Packungseinheiten für OTC und Freiwahl. Das entspricht wiederum einer konservativen Berechnung in Richtung einer höheren als einer niedrigeren Vergütung.

Trotz der präzisen Zuordnung des Notdienstzuschlags auf die Rx-Fertigarzneimittel in Höhe von aktuell 0,16 € sind in der Anzahl des NNF laut Geschäftsbericht aufgrund von fehlenden oder unplausiblen Meldungen auch Schätzungen enthalten, die nicht näher erläutert werden, sich jedoch nur auf unter 1 % der Verpflichtungs- und Auszahlungsbescheide beziehen (DAV 2017). Ab Mai 2017 wird nach AMPPreisV auch bei der Abgabe von Standardrezepturen ein Notdienstzuschlag erhoben. Wie der NNF in den folgenden Jahren die Einnahmen des Fonds aus den Zuschlägen der Standardrezepturen ausweist ist unklar. Wünschenswert wäre eine Trennung von Fertigarzneimitteln und Standardrezepturen in den Anzahlen, da sich dadurch die Präzision der Anzahlen zu den Fertigarzneimitteln erhalten ließe sowie die Präzision der Anzahl der Standardrezepturen erhöhen würde. Standardrezepturen lassen sich aktuell nicht von unverändert abgegebenen Stoffen in den Statistiken unterscheiden. Wie bereits erwähnt, sind diese Abgrenzungen für die Vergütungsberechnung nachgelagert. Die Tabelle 7 zeigt die Anzahlen für die in der AMPPreisV geregelten Arten an rezeptpflichtigen Arzneimitteln als wesentliche Leistungen der Apotheken.

Für die in Tabelle 7 beschriebenen Rx-Detailbereiche gibt es über die Anzahl der GKV-Verordnungen hinaus keine präzisen Aufwandsdaten. Es kann hier nicht davon ausgegangen werden, dass jede Einheit mit dem gleichen Aufwand verbunden ist. Da nicht bekannt ist, auf welcher Maßgabe die bisherigen Preise gebildet wurden, werden für diese Leistungsbausteine einerseits Zeitaufwände benötigt, andererseits können die Preisbausteine in der AMPPreisV weiter harmonisiert werden, wie es bereits mit der letzten Anpassung durch die Ergänzung des Beratungszuschlags für die Standardrezepturen erfolgt ist.

Tabelle 7: Leistungsdaten Apotheke nach Packungseinheiten der Vergütungsbestandteile der AMPPreisV. Zeitreihe 2013 bis 2018. Quellen: NNF, GKV, PHAGRO. Helle Felder 2017 bis 2018: Fortschreibung entsprechend des zum Halbjahr abzusehenden Trends: Fertigarzneimittel konstant, parenterale Lösungen steigend, Standardrezepturen rückläufig, Dokumentationspflichtige steigend.

JAHR	2018	2017	2016	2015	2014	2013
Leistungsparameter Rx-Detail						
Fertigarzneimittel nach NNF (inkl. PKV, europ. Versand) (in Mio. Pck.)	727,1	727,1	727,1	717,3	710,9	708,6
Nachrichtlich: Anteil Fertigarzneimittel an rezeptpflichtigen Arzneimitteln	96%	96%	96%	96%	96%	96%
Anzahl Standardrezepturen GKV+PKV NNF-relevant inkl. Stoffe (GKV Angaben + Schätzung PKV in Mio. Verordnungen)	8,5	8,7	8,9	8,9	9,2	9,4
Anzahl parenterale Lösungen (GKV Angaben + Schätzung PKV in Mio. Verordnungen)	4,8	4,6	4,4	4,2	4,0	3,9
Anzahl BtM-Abgaben (PHAGRO) (in Mio. Verordnungen.)	13,3	13,0	12,8	12,6	12,4	12,0

Die zeitlichen Aufwände für den Nacht- und Notdienst können rein rechnerisch bestimmt werden. Auch ist in der ApBtrO geregelt, dass immer ein/e approbierte/r Apotheker/in in der Apotheke sein muss und nur in Ausnahmefällen von Apothekerassistent/-innen oder Pharmazieingenieur/-innen vertreten werden kann. Dadurch ist geregelt, für welche Berufsgruppen Personalkosten im Nacht- und Notdienst anfallen.

Belastbare Daten zu den Zeitaufwänden für Standardrezepturen, parenterale Lösungen sowie Abgabe von Arzneimitteln mit erhöhtem Dokumentationsaufwand gibt es bisher nicht. Die gesetzlichen Grundlagen für die Festzuschläge für Fertigarzneimittel trennen in kaufmännische Kosten durch die Warenbewirtschaftung und die durch heilberufliche Beratung entstehenden Kosten, zugeordnet zu dem prozentualen und dem absoluten Festzuschlag (vgl. S. 67 ff.). Die Daten zu den Kosten der Apotheken in der Jahresstatistik im Handel trennen jedoch nicht in diese beiden Bereiche. Der zeitliche Aufwand der Berufsgruppen für die Warenwirtschaft ist demnach zu bestimmen, um den Kostenanteil für rezeptpflichtige Arzneimittel ableiten zu können. Die zeitlichen Aufwände, die für die Zusatzbausteine der AMPreisV charakteristisch sind, bilden damit die wesentliche Datenlücke der vorliegenden Daten, die für die Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der AMPreisV geregelten Preise notwendigerweise zu schließen ist.

8.2 Primärerhebung weiterer Leistungsdaten

Zu zeitlichen Aufwänden liegen nur in sehr begrenztem Umfang Informationen oder Studien vor, z. B. eine Studie der Apothekerkammer Nordrhein zum Aufwand der BtM-Abgabe (Hüsgen 2014). Für den Aufwand für Rezepturen liegen nur vereinzelte Kalkulationen vor, die zudem nicht dem aktuellen Stand der Ansprüche an die Rezepturerstellung entsprechen (Müller-Bohn 2013; Schumbach 2013). Im Detail liegen keine Angaben vor für den Aufwand der in der AMPreisV unterschiedlich bepreisten Standardrezepturarten, Stoffen und parenteralen Zubereitungen.

Für die Aufwände der Rezepturerstellung, der BtM-Abgabe, der parenteralen Zubereitung sowie der Warenwirtschaft der öffentlichen Apotheken in Deutschland wurde eine Primärerhebung konzipiert, die die Bestimmung der zeitlichen Aufwände zum Ziel hatte. Die Befragung wurde vom 25. Januar bis zum 20. Februar 2017 durchgeführt.

8.2.1 Stichprobe der Primärerhebung

Ende des Jahres 2016 gab es ca. 20.023 öffentliche Apotheken in Deutschland (ABDA 2017). Für die Analyse der primärstatistisch erhobenen Daten sollten vor dem Hintergrund des Zwecks, die Vergütung der AMPreisV zu prüfen, statistisch belastbare Stichproben realisiert werden. Dies sind bei homogenen Grundgesamtheiten und homogenen Fragestellungen mindestens 30 gültige Antworten. Für die Kernbereiche wurde eine Stichprobe von mindestens 200 Apotheken angestrebt. Da das Gutachten von Apotheken-Seite kritisch beurteilt worden war, war 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. Inwieweit die 5.000 nicht erreichten Apotheken sich von den eingeladenen Apotheken

unterscheiden, ist nicht bekannt. Es nahmen 2.304 Apothekerinnen und Apotheker an der Befragung teil, das entspricht einer Rücklaufquote von 16 Prozent (Abbildung 14).

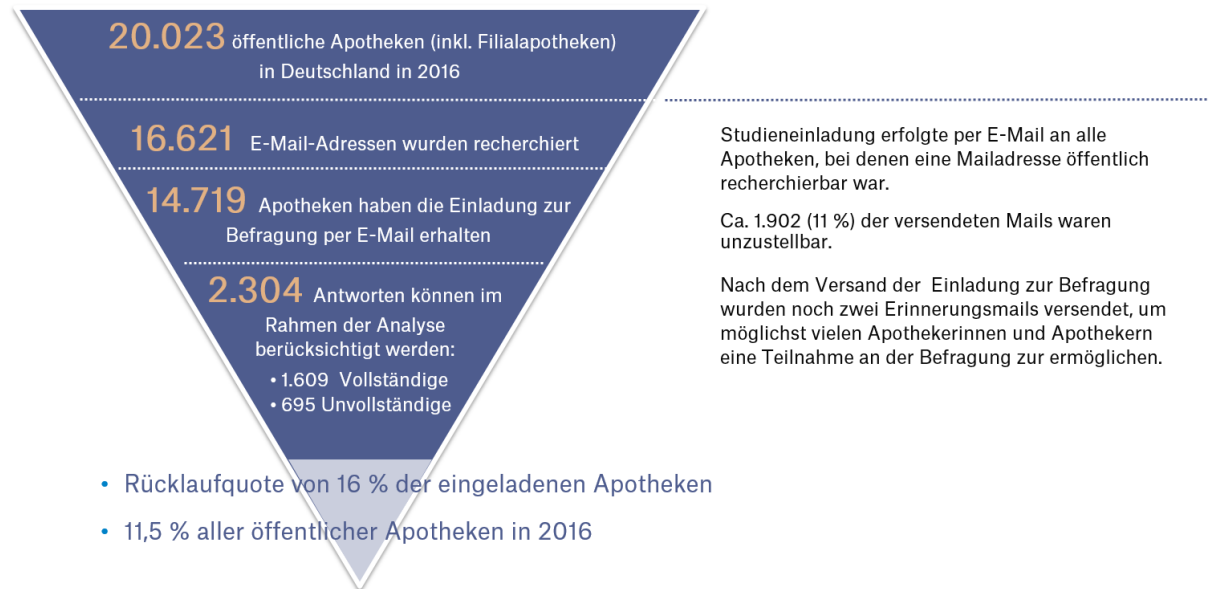


Abbildung 14: Rücklaufquoten der Primärerhebung zur Prüfung der AMPreisV 2017. Eigene Darstellung.

Die Abbildung 15 und Abbildung 16 auf der folgenden Seite beschreiben die Stichprobengewinnung und Repräsentativität der Stichprobe in Bezug auf die Umsatzgrößenklassen der teilnehmenden Apotheken. Der Rücklauf stellt eine grundsätzlich statistisch belastbare Analysegrundlage dar in Bezug auf die vergleichsweise homogene Fragestellung. Die Befragung wird nur auf der Ebene aller gültigen Antworten ausgewertet, es erfolgen keine Segmentierungen. Nur einzelne Zusatzfragen werden hinsichtlich des Standorts der Apotheke ausgewertet, z. B. der Umsatz mit Rx nach Siedlungsstrukturellen Kreistypen oder der Lage der Apotheke. Da nicht alle Fragen an alle Apotheken gestellt wurden, um die Befragungslänge für die einzelne Apotheke in zumutbaren Grenzen zu halten, sind die Stichprobengrößen der einzelnen Fragestellungen für die Belastbarkeit der Aussagen relevant. Dafür finden sich die jeweiligen Teilstichproben der einzelnen Fragen sowie die Verteilungen der Antworten im Anhang dieses Berichts.

Die Befragung wurde in drei Teile aufgeteilt, die zu entsprechenden Gruppen in der Stichprobe führen.

1. Ein Teil richtete sich gezielt an Apotheken, die parenterale Lösungen zubereiten. Diese Apotheken wurden zusätzlich zur BtM-Abgabe befragt. Dieser Teil der Stichprobe ist erwartungsgemäß gering, da es nur ca. 300 Apotheken in Deutschland gibt, die über entsprechende Labore verfügen.
2. Der zweite Teil der Stichprobe bekam zufällig zugeteilt im Vergleich zum dritten Teil Befragungsteile zur Rezepturherstellung und zur Abgabe von BtM.
3. Die dritte Gruppe, die in etwa den gleichen Anteil an der Stichprobe hat, wie die zweite Gruppe, wurde zum Aufwand mit der Warenwirtschaft gefragt sowie ebenfalls zur Abgabe von BtM.

Zur Abgabe von BtM liegt damit die größte Stichprobe vor. Weitere Zusatzfragen, die die Auswertung nach spezifischen Eigenschaften der Apotheken wie Lage oder Umsatzklassen erlauben, wurden in allen Fragebogenvarianten gestellt. Der Online-adressierte Fragebogen befindet sich im Anhang des vorliegenden Gutachtens.

Die teilnehmenden Apotheken repräsentieren in statistisch hinreichendem Umfang alle Umsatzgrößenklassen der Grundgesamtheit und sind vergleichbar verteilt wie die Grundgesamtheit. Abweichungen in der Verteilung (Abbildung 15) werden durch entsprechende Gewichtung in der Analyse zusätzlich ausgeglichen.

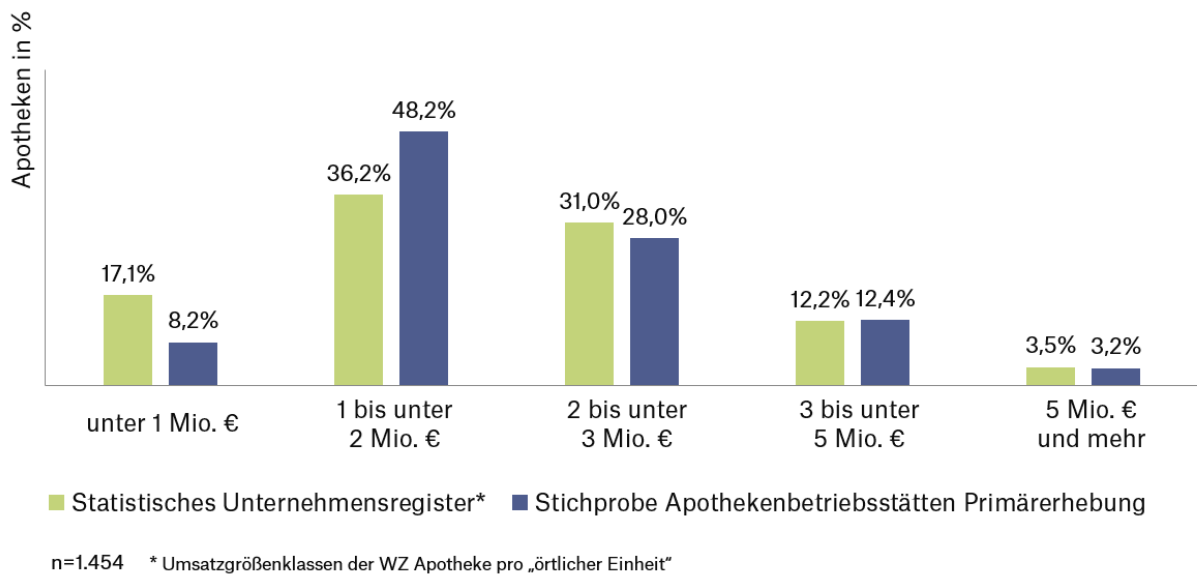


Abbildung 15: Umsatzgrößenklassenverteilung von Apothekenbetriebsstätten: Vergleich der Stichprobe der Primärerhebung mit der Verteilung nach statistischem Unternehmensregister. Eigene Berechnung.

Die weiteren Eigenschaften der Stichprobe in Abbildung 16 zeigen ergänzend ihre Verteilungen in Bezug auf die Filialstruktur, die Lage sowie die Zubereitung parenteraler Lösungen.

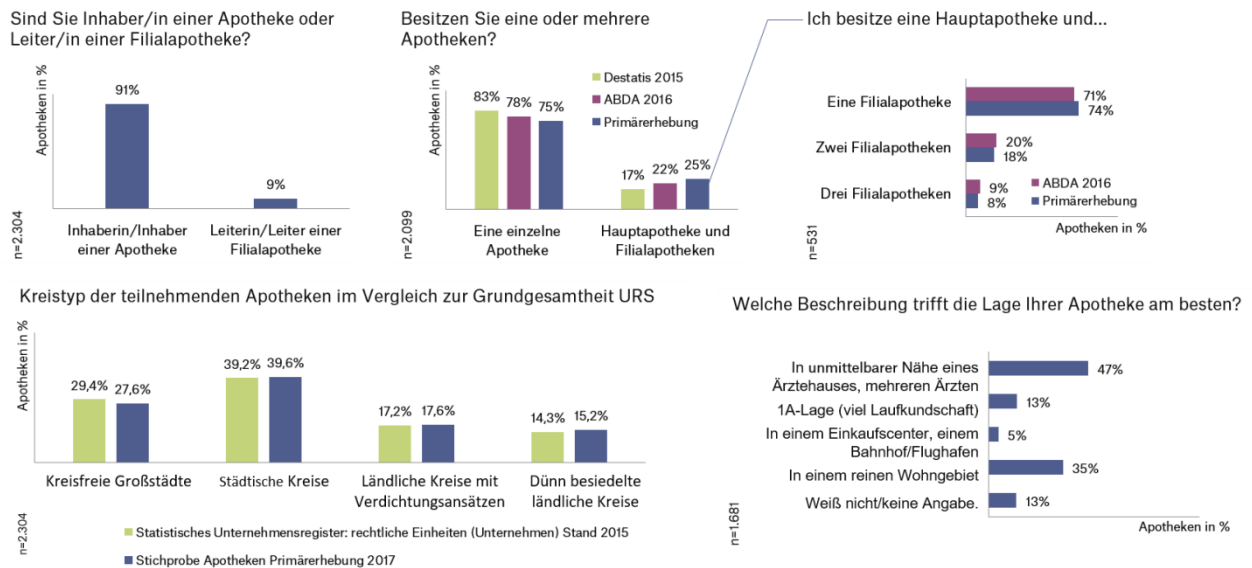


Abbildung 16: Weitergehende Stichprobenbeschreibung der Primärerhebung: Filialstruktur, Lage (Mehrfachantwort, daher über 100% Angaben), Position der Teilnehmenden, Zubereitung parenteraler Lösungen, Siedlungsstrukturelle Kreistypen. Zusätzliche Quellen: URS, ABDA. Eigene Berechnung und Darstellung.

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.

8.2.2 Befragungsmethode zum zeitlichen Aufwand

Die Zeiten für die relevanten in der AMPPreisV vergüteten Prozesse wurden in Kategorien von Minuten abgefragt, die in einem Pretest mit Apotheker/-innen entwickelt wurden. Zusätzlich wurden Zeiten offen abgefragt. Der zeitliche Aufwand für eine Rezeptur wurde z. B. erfasst, indem die Teilnehmer/innen die Gesamtzeit angaben, Teilprozessschritte nach Leitlinie zeitlich bewerteten sowie weitere Zusatzaufwände und zugehörige Zeiten benannten.

Schätzungen des Aufwandes insgesamt und im Detail weisen jeweils spezifische Messungenauigkeiten auf. Während bei der Schätzung der Gesamtzeit, z. B. der Rezepturherstellung, Aufwände von Randprozessen vergessen oder unterschätzt werden können, überschätzt eine Aufsummierung von Detailzeiten, die leitlinienkonform erhoben wurden, die Synergien des Gesamtprozesses. Aus diesem Grund wird aus beiden Schätzangaben der Teilnehmer ein Durchschnittswert gebildet.

Mithilfe der Arbeitszeiten in Kombination mit der Zuordnung der Berufsgruppen zu den spezifischen Arbeiten und Arbeitsschritten erlaubt die Primärerhebung die Berechnung von Personal- und Gemeinkosten für die abgefragten Leistungen.

8.2.3 Belastbarkeit der Ergebnisse

Die Primärerhebung fragt in unterschiedlichen Skalen ab. Die häufigsten Befragungsarten sind dabei die Abfrage von Zeiten nach vorgegebenen Minuten-Kategorien sowie die Abfrage von Verteilung auf 100 %. Ein Beispiel für eine Abfrage auf 100 % ist die Frage danach, welche Berufsgruppe zu welchem Anteil Rezepturen herstellt oder Warenwirtschaft betreibt. Die Verteilungen der Antworten sind dabei sehr verschieden und häufig nicht normalverteilt.

Für die Messung der Zeiten ergeben sich fast durchgängig sehr spitze Verteilungen, die auf einen hohen Konsens der Apotheker/-innen in Bezug auf die Dauer der spezifischen Tätigkeiten schließen lässt (statistischer Kennwert der Kurtosis, der Wölbung der Verteilung der Angaben, häufig über 3 kennzeichnet eine spitze Verteilung). Ca. 10 % der Teilnehmer/-innen weisen deutlich höhere Zeitschätzungen auf als die weitere Stichprobe, und können damit als untypisch gelten. Es wird daher für die Bestimmung der für die Vergütung anzusetzenden Zeit der Median als robuste Kennzahl der zentralen Tendenz verwendet, d. h. 50 % der Apotheken gaben einen solchen oder geringeren Zeitaufwand an, 50 % der Teilnehmer/innen einen höheren Zeitaufwand. Der Median wird im Vergleich zum arithmetischen Mittel („Durchschnitt“) nicht durch Ausreißer verzerrt. Über die Verwendung des Medians hinaus hat keine Bereinigung oder Selektion von Antworten stattgefunden. Die Zeiten wurden in Kategorien von Minutenbereichen erhoben, um Scheingenauigkeit der Schätzung zu vermeiden. Für die weitere Berechnung und Analyse wurde für jede Zeitkategorie der mittlere Minutenwert verwendet (z. B. bei 1 bis 2 Minuten: 1,5 Minuten).

Trotz der Verwendung des Medians fallen die Schätzungen des Zeitaufwands im Vergleich zu bisherigen Angaben immer noch vergleichsweise hoch aus. Z. B. existieren Schätzungen für den Aufwand für Rezepturen von 24,5 Minuten pro Rezeptur im Jahr 2000 und 30 Minuten für das Jahr 2014 (Müller-Bohn 2014). Die Ergebnisse der Primärerhebung zur Rezepturherstellung zeigen 30 Minuten als untersten Wert der Aufwandsschätzung. Viele Rezepturarten liegen im Aufwand deutlich über 45 Minuten, insbesondere wenn einzelne Prozessschritte abgefragt werden (vgl. Kapitel 8.2.4 Ergebnisse zu Zeitaufwänden für Standardrezepturen, S. 124 ff.). Das gleiche gilt für die Abgabe von BtM. Hier ergeben sich im Median 13,5 Minuten, Hüsgen hatte 2014 anhand von 50 Apotheken 7,5 Minuten ermittelt.

Neben den Abfragen zu Zeitaufwänden wurden 100 % Fragen gestellt. Überwiegend wurde die Verteilung der Aufgaben auf die Berufsgruppen in % erfragt. Für die 100 % - Fragen wird der Mittelwert der Antworten verwendet, damit das aggregierte Ergebnis ebenfalls wieder 100 % ergibt.

Diese 100 % - Fragen weisen in der Antwortverteilung häufig eine schiefe Verteilung auf. Der Mittelwert führt dabei im Vergleich zum Median zu einer Überschätzung der „teureren“ Berufsgruppen. Damit ist diese Analyse konservativ zugunsten der Apotheken und einer tendenziell höheren Vergütung der Leistungsbestandteile.

Im Anhang finden sich Detailergebnisse der Primärerhebung, die Verteilungen aller Antworten sowie die Stichprobengröße für jede Frage enthalten.

Insbesondere für die Abfrage der Aufwände zu parenteralen Lösungen sind die Stichproben sehr klein, z. T. unter 10 Apotheker/innen. Die Ergebnisse wurden dennoch in die Analyse aufgenommen, da die Zeitschätzungen in vergleichbaren Rahmen liegen wie andere Prozesse, die mit größeren Stichproben hinterlegt sind. Zudem ist die Häufung einer Antwortkategorie auch bei den kleinen Stichproben deutlich.

Einige Aspekte der Befragung konnten nicht ausgewertet werden. Insbesondere die Frage nach der Defekturen von Standardrezepturen wurde dahingehend missverstanden, wie viele Chargen gleichzeitig hergestellt werden und nicht, wie viele Rezepturen in einer Charge bearbeitet werden.

Die Ergebnisse zu den Zeiten sowie den zugehörigen Berufsgruppen auf Ebene der einzelnen Prozesse werden in den jeweiligen folgenden Berechnungskapiteln dargestellt. Im folgenden Abschnitt werden Detailangaben der Apotheker/-innen beschrieben, die später nur als Gesamtzeitaufwände in die Vergütungsberechnung eingehen.

8.2.4 Ergebnisse zu Zeitaufwänden für Standardrezepturen

Die Apotheker/innen haben die Zeitaufwände für Rezepturen im Detailprozess bewertet. Die Abbildung 17 zeigt den Zeitbedarf für die Teilprozesse auf, die in Summe zu einem hohen Zeitaufwand für die Rezepturherstellung führen. Als weitere Prozessstufe wurde zudem aus den offenen Antworten der Primärerhebung die Prüfung und damit verbundene Dokumentation von Ausgangsstoffen übernommen. Die Abbildung 17 zeigt einen Zwischenschritt der Analyse, um den aufwendigen Prozess der Rezepturherstellung zu verdeutlichen, der letztlich durch die AMPreisV zu vergüten ist. Im Ergebnis werden diese Angaben mit den ergänzenden Angaben der Apotheken zu der Gesamtdauer der Herstellung einer Rezepturart gemittelt, da in der Einzelschrittbetrachtung zeitliche Synergien der Schritte verloren gehen. Alle Angaben zu den Ergebnissen der Primärerhebung sind anhand der Umsatzgrößenklassen gewichtete Ergebnisse (vgl. Kapitel 8.2.1 Stichprobe der Primärerhebung, S. 119 ff.), um die Grundgesamtheit der Apotheken besser abzubilden.

Die Angaben der Abbildung 17 sind mit folgenden gewichteten Stichprobengrößen hinterlegt (die Gewichtung erfolgt anhand der Umsatzkategorien zur Anpassung an die Grundgesamtheit, um mögliche Unterschiede in der Herstellung von Rezepturen in kleinen und großen Apotheken im Verhältnis dieser Apotheken in der Grundgesamtheit abzubilden): Für die Rahmenprozesse, die für alle Rezepturen gelten, haben 850 Apotheken Auskunft gegeben. Für die einzelnen Arten der Standardrezepturen sind geringere Stichproben verfügbar, da einige Arten nur noch sehr selten in den Apotheken hergestellt werden: Während für Tees und Lösungen ohne Wärme Angaben von 794, für Puder, Salben und Pasten 836, für Lösungen mit Wärme 647 und für Zäpfchen und Kapseln 661 Apotheken Auskunft gaben, konnten nur 229 Apotheken Auskunft über die Herstellung von Arzneimitteln mit Sterilisation, 49 zu Tabletten und nur 7 Apotheken zum Zuschmelzen von Ampullen geben. Die Angaben zur Herstellung von Ampullen sind nicht statistisch abgesichert. Es wird daher bei den Angaben zu Ampullen das 75. Perzentil als Ergebnis verwendet, d. h. die Zeit, in der 75 % der Teilnehmer der Befragung die Herstellung durchführen. Dieser Wert ist plausibel im Vergleich zu den Zeitangaben hinsichtlich der anderen aufwendigeren Rezepturarten. In diesem Rahmen werden in Ermangelung weiterer Daten zur Ampullen-Herstellung die verfügbaren Daten von 7 Apotheken in die Berechnung der Vergütung aufgenommen.

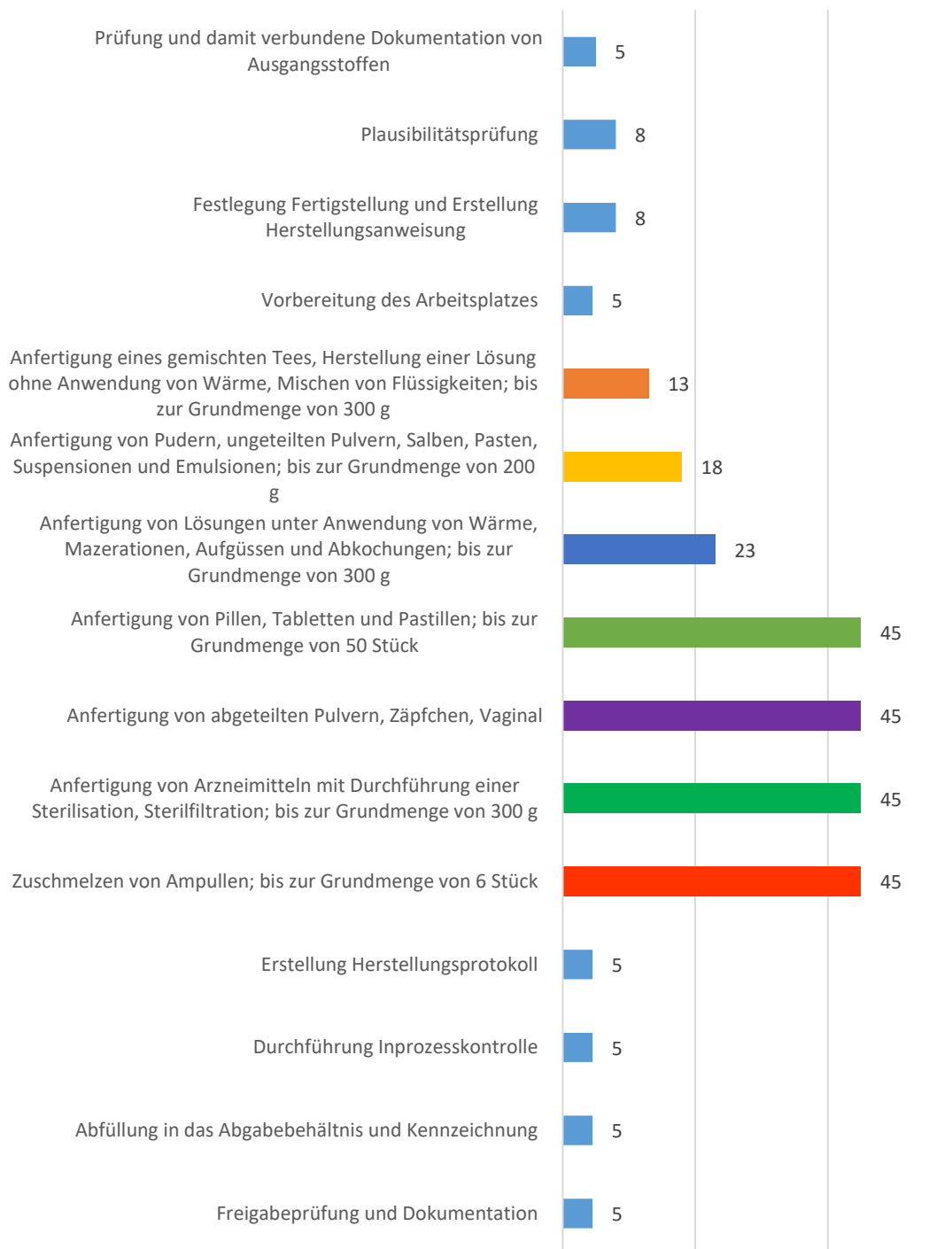


Abbildung 17: Durchschnittlich benannter Zeitaufwand für eine durchschnittliche Standardrezeptur in Minuten pro Prozessschritt (Rohdaten Primärerhebung). Eigene Darstellung und Berechnung. Blau: Prozesszeiten für alle Arten von Standardrezepturen; Bunt: Separate Prozesszeiten der einzelnen Arten von Standardrezepturen.

Die Abbildung 18 zeigt die Zeitangaben der Apotheker/-innen für die Gesamtherstellung der Standardrezepturarten. Sie liegen bis auf die Herstellung von Tabletten deutlich unter der Summe der Teilzeiten aus der Prozessbewertung. Wie beschrieben wird ein Mittelwert aus beiden Angaben gebildet, die ihrerseits jeweils den robusten Median der Zeitangaben darstellen. Auch in der Primärerhebung der Gesamtherstellung sind die Stichprobengrößen für Tabletten mit 22 Apotheken und Ampullen mit 7 Apotheken gering. Die Stichprobengröße ist insbesondere für die Herstellung von Tabletten kritisch, da hier der Wert für den Aufwand stark von den Aufwänden für weitere Rezepturarten abweicht. Aus Ermangelung an weiteren Daten zur Herstellung von Tabletten werden auch hier die Angaben in die Berechnung übernommen. Die Stichproben der Gesamtaufwendungen bewegen sich in ähnlich hohem Bereich wie zu den Einzelprozessangaben (vgl. auch Anhang 15.3).

Rezepturkategorie nach AMPreisV

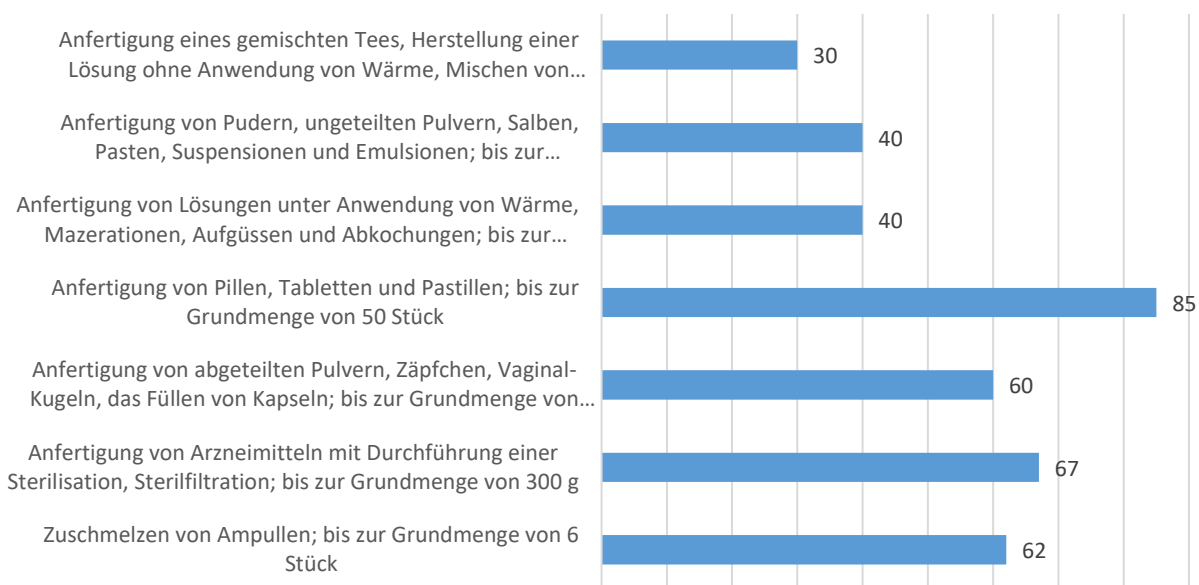


Abbildung 18: Durchschnittlich benannter Zeitaufwand für eine durchschnittliche Standardrezeptur in Minuten pro Rezepturart als Gesamtschätzung (Median der offenen Angaben in Minuten). Eigene Darstellung und Berechnung.

Die Abbildung 18 zeigt ebenfalls anhand der Gesamtschätzung des Zeitaufwands pro Rezepturart, dass mit den Standardrezepturen je nach dem, um welche Art es sich handelt, ein doppelt bis dreifach so hoher zeitlicher Aufwand entstehen kann. Die Schätzungen der Gesamtzeit liegen unter der Summe der Einzelprozessergebnisse. In der Analyse werden beide Angaben verwendet und zusätzlich der Aufwand für Rücksprachen mit Ärzt/-innen einberechnet (vgl. Kapitel 8.4.2 Vergütung Rezepturherstellung, S. 138 ff.).

8.2.5 Ergebnisse zu Zeitaufwänden Rx und OTC

Rx und OTC gehen laut Definitionen (Kapitel 6.3 Definitionen, S. 76) mit grundsätzlich gleichem Aufwand pro Packung in die Berechnung der Vergütung ein. Mit beiden Leistungen ist spezifischer Mehraufwand verbunden. Bei Rx sind Rückfragen bei Patient/-in, Ärzt/-innen oder der Krankenkasse notwendig. Für OTC muss eine Auswahl des Arzneimittels erfolgen und damit ein entsprechendes Gespräch mit den Patient/-innen durch die Apothekenmitarbeiter/-innen geführt werden. Die Zeitaufwände für diese Gespräche zu OTC sowie zu den Rückfragen zu Rezepten wurden in der Primärerhebung erfragt.

Bei durchschnittlich 10 % aller Rezepte sind Rückfragen notwendig (Median, n = 1.090). Die Rückfragen beziehen sich auf die in Abbildung 19 dargestellten Inhalte. Für die Klärung des Problems sind durchschnittlich 8 Minuten notwendig (Median, n = 1.087).

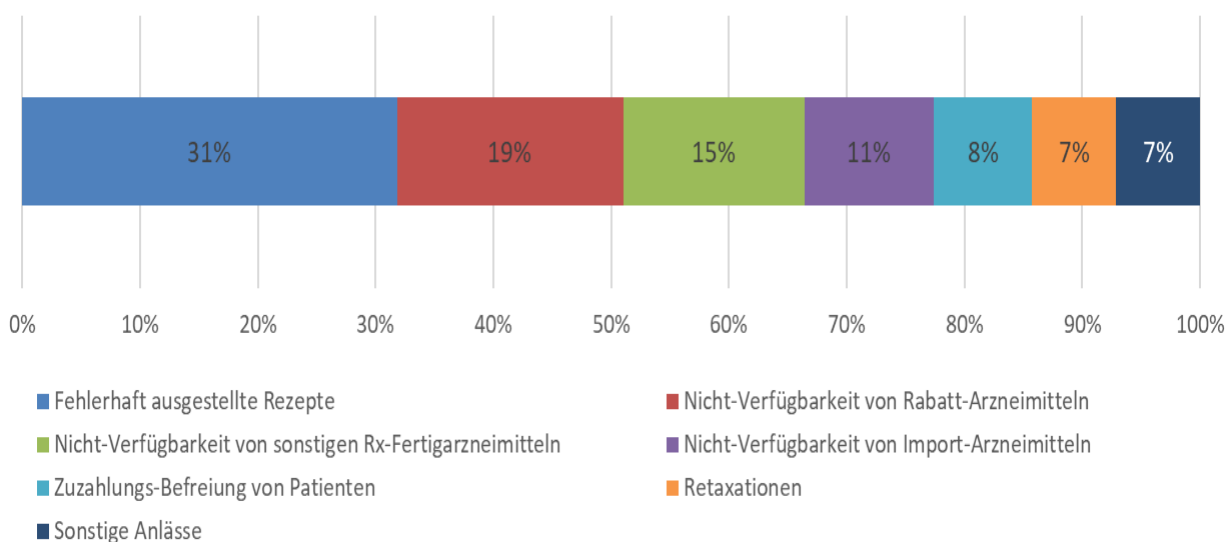


Abbildung 19: Anlässe für Rückfragen bei der Abgabe von Rx: Durchschnittliche Aufteilung von 100 % der Anlässe. Ergebnis der Primärerhebung. Eigene Darstellung.

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).

8.2.6 Ergebnisse zu Zeitaufwänden für BtM

Der Aufwand für die Abgabe von Betäubungsmitteln (BtM) wurde in drei Prozessschritten abgefragt:

- Annahme und Dokumentation des Zugangs eines Betäubungsmittels
- Besondere Prüfung des Rezeptes und ggf. damit verbundene Rücksprachen
- Dokumentation des Abgangs eines Betäubungsmittels

Für jeden der Prozessschritte wurden von den Teilnehmer/-innen der Befragung im Median 4,5 Minuten Arbeitsaufwand benannt, die zusätzlich zu dem übrigen Beratungs- und Warenwirtschaftsaufwand anfallen (Abbildung 20).

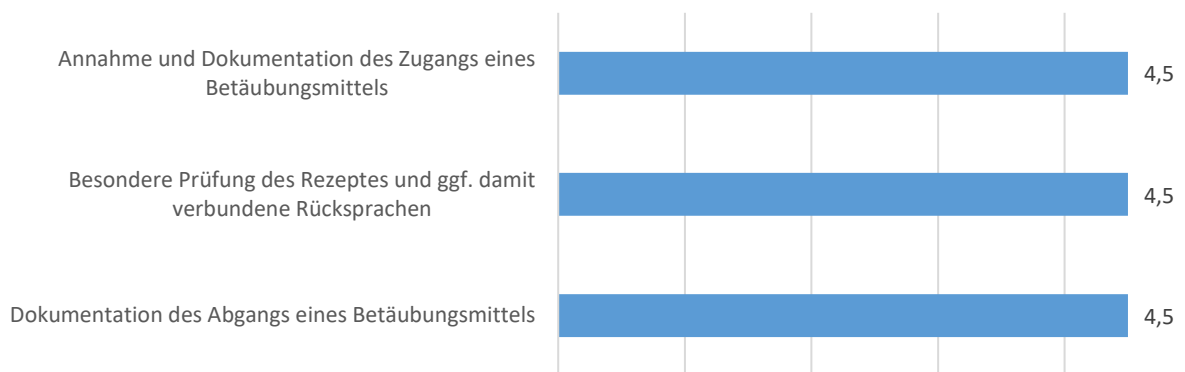


Abbildung 20: Aufwand für die Abgabe von BtM in Minuten (Median). Ergebnis der Primärerhebung. Eigene Darstellung.

Der Zusatzaufwand für BtM summiert sich damit auf 13,5 Minuten pro Packung.

Weitere Detailergebnisse der Primärerhebung finden sich im Anhang des vorliegenden Forschungsberichts. Die Ergebnisse der Primärerhebung werden in der Berechnung im Kapitel 8.4 (S. 132 ff.) wieder aufgegriffen.

8.3 Zusammenfassung Datengrundlage Apotheken

In den Kapiteln 8.1 und 8.2 wurde die Datengrundlage des vorliegenden Gutachtens erarbeitet. Die folgende Tabelle 8 fasst diese Datengrundlage zusammen, bevor im Kapitel 8.4 die Preisbestandteile der AMPPreisV auf der Grundlage dieser Daten berechnet werden.

Tabelle 8: Überblick Datengrundlage Apotheken. 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	Apothekenregistrierung der Apothekenkammern; zitiert nach ABDA (Zahlen Daten Fakten)	Apothekenzahl nach Haupt-/Einzel- und Filialapotheken	Anzahl an Apotheken-Betriebsstätten; Anzahl an Apotheken-Unternehmen	Vollerfassung; quartalsweise Berichterstattung
3	WZ Apotheken im statistischen Unternehmensregister-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	Gesundheitspersonalrechnung (Destatis/ Gesundheitsberichterstattung 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;

Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPPreisV) geregelten Preise

Nr.	Datenquelle	Datenbezug	Inhalt	Qualität & Berichtszyklus
				Quartalsweiser Bericht mit ca. 3 Monaten Verzug
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	Vollerfassung der Daten durch die Rezeptabrechnung, die monatlich dezentral von den Apothekenrechenzentren angenommen werden; Quartalsweiser Bericht
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)	Freiwahl (Umsatz und Absatz in Packungen); BtM (Umsatz und Absatz in Packungen)	Vollerfassung der Meldungen der PHAGRO Mitglieder an das Institut für Handelsforschung mit ca. 0,5 Jahren Verzug; Projektinterne Daten
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-Apothekenmarktentwicklung	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, gültig 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

Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) geregelten Preise

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, gültig 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)	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 AMPPreisV); Zeitaufwand Warenwirtschaft; Zeitaufwand Zubereitung parenteraler Lösungen; Zeitaufwand Rx Rückfragen; Zeitaufwand OTC Beratung zur Auswahl der Arzneimittel	Stichprobenerhebung; Selbstauskunft/Schätzung von Zeitaufwand

8.4 Berechnung Preise Apotheke

Für die Apotheke werden im Folgenden die Berechnungen für die einzelnen Preisbestandteile beschrieben. Der letzte Abschnitt zu der Vergütung der rezeptpflichtigen Fertigarzneimittel fügt die verschiedenen Preise dann in ein kostendeckendes Gesamtsystem zusammen. Jede Berechnung baut auf der Verknüpfung von Kosten- und Leistungsdaten auf, wobei jeweils Personal- und Gemeinkosten bestimmt werden. Die Tabellen sind so aufgebaut, dass die Ergebnisse nachgerechnet werden können. Es kann dabei zugunsten der Übersichtlichkeit der Darstellung von maximal zwei Nachkommastellen bei der Berechnung auf Basis der angegebenen Werte zu rundungsbedingten Differenzen kommen.

8.4.1 Vergütung Nacht- und Notdienst

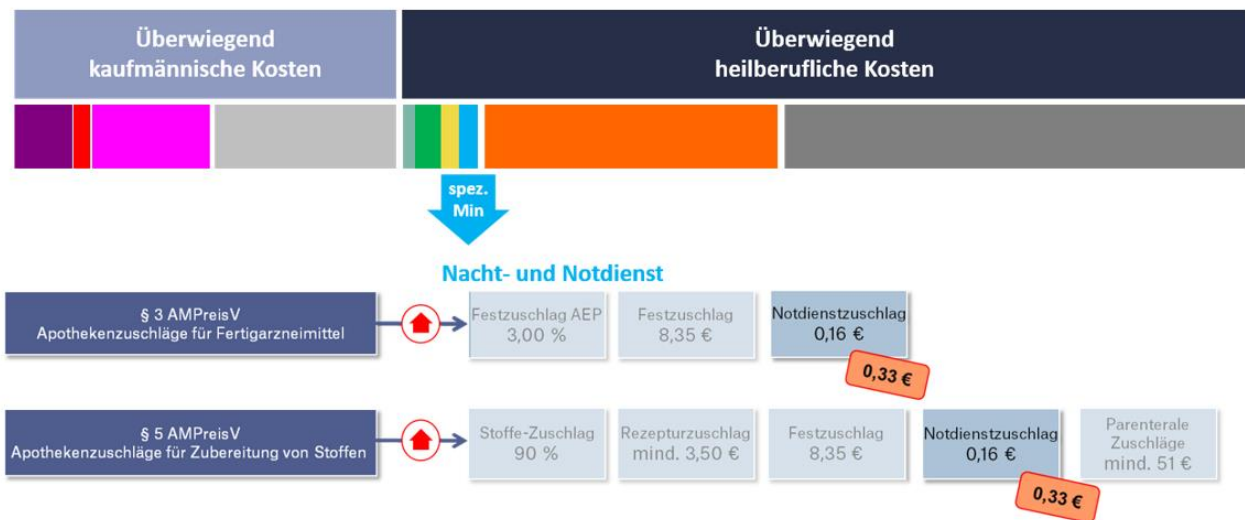


Abbildung 21: Kostenstruktur Apotheken: Nacht- und Notdienst. Zuordnung Kosten und Zuschlag AMPreisV über Kosten pro Minute. Eigene Darstellung.

Der Nacht- und Notdienstzuschlag dient der Deckung der dafür anfallenden heilberuflichen Personal- und Gemeinkosten nach Zeitaufwand und wird auf Rx-FAM und Rezepturen erhoben (Abbildung 21). Im Gegensatz zu den anderen Preisbestandteilen der AMPreisV wird die Vergütung in einem Fonds umverteilt. Für die Berechnung einer kostendeckenden Nacht- und Notdienstpauschale werden zunächst die Personalkosten bestimmt.

Personalkosten

Der Tarif Notdienst ergibt sich dafür zunächst aus den beteiligten Berufsgruppen, die äquivalent zu Ihrem Anteil an den VZÄ der Apotheken der Berechnung der Leistung des Nacht- und Notdienstes zugewiesen werden (Tabelle 9). Für die Berufsgruppen ergeben sich unterschiedliche Tariflöhne für die Dienste, die als gewichtetes Mittel anhand ihres VZÄ-Anteils zusammengefasst werden (Tabelle 10). Die Tabelle 9 und Tabelle 10 machen beispielhaft für die fortgeschriebenen Werte 2018 Angaben zur den VZÄ, ihrer

Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) geregelten Preise

Verteilung sowie der damit verbundenen Tarife auf der Basis der laut Tarifvertrag der ADEXA abzurechnenden 8,5 Stunden bei 13,5 Stunden Nachtdienst/-bereitschaft (18:30h bis 8:00h) sowie 10,5 Stunden bei Notdiensten (8:00h bis 18:30h). Das Ergebnis dieser Berechnungen bildet die Grundlage für die Berechnungen in Tabelle 11.

Tabelle 9: VZÄ Nacht- und Notdienst. Ausübung der Nacht- und Notdienste proportional zum Anteil der VZÄ an den relevanten Berufsgruppen (Berechnung für 2018). Quellen: GBE, ABDA. Helle Felder: Fortschreibung anhand des gleitenden Durchschnitts der Veränderungsdaten der vorangehenden 3 Jahre. Eigene Berechnung.

	VZÄ 2018	VZÄ	VZÄ in %
Inhaber/-innen		14.952	30%
Approbierte Apotheker/-innen		31.058	61%
Apothekerassistent/-innen, Pharmazie-Ingenieur/-innen		4.504	9%

Tabelle 10: Tariflöhne Nacht- und Notdienst nach relevanten Berufsgruppen (Berechnung für 2018). Quellen: ADEXA, TVöD. Helle Felder: Fortschreibung anhand des gleitenden Durchschnitts der Veränderungsdaten der vorangehenden 3 Jahre. Eigene Berechnung.

	2018	Dienst	Personalkosten pro Dienst
Inhaber/-innen		Nachtdienst	372,04 €
		Notdienst	459,58 €
Approbierte Apotheker/-innen		Nachtdienst	189,73 €
		Notdienst	265,32 €
Apothekerassistent/-innen, Pharmazie-Ingenieur/-innen		Nachtdienst	170,31 €
		Notdienst	205,57 €
Gewichtetes Mittel anhand der Verteilung der VZÄ (vgl. Tabelle 9)		Nachtdienst	241,96 €
		Notdienst	317,50 €

Die Basisgrößen aus der Tabelle 9 und Tabelle 10 werden in den folgenden Rechnungen wieder aufgegriffen, um die Zeiten mit Kosten zu hinterlegen. Das Prinzip der Rechnung ist:

$$\text{Zu deckende Kosten Nacht- und Notdienst} = \text{Anzahl Notdienste} * \text{gewichteter Tarif Notdienst} + \\ \text{Anzahl Nachtdienste} * \text{gewichteter Tarif Nachtdienst} + \\ \text{Zeit Nacht- und Notdienste} * \text{Gemeinkosten}$$

Tabelle 11: Personalkosten nach Nacht- und Notdiensttariflohn. Es wird die gesamte Zeit der Nacht- und Notdienste betrachtet, nicht die Zeit der definierten Volldienste. Quellen: NNF, ADEXA, TVöD. Helle Felder: Fortschreibung anhand des gleitenden Durchschnitts der Veränderungsraten der vorangehenden 3 Jahre. Eigene Berechnung.

JAHR	2018	2017	2016	2015	2014	2013
Durchschnittlicher Tarif pro Nachtdienst (ADEXA, TVöD)	241,96 €	241,96 €	240,46 €	218,70 €	215,16 €	211,52 €
Durchschnittlicher Tarif pro Notdienst (ADEXA, TVöD)	317,50 €	317,50 €	312,97 €	301,41 €	296,74 €	291,94 €
Anzahl Nachtdienste (Volldienste nach Notdienstgebühr --> 20 Uhr bis 6 Uhr; ab 2014)	408.995	412.122	415.598	417.009	421.653	426.212
Anzahl Notdienste (Sonn- und Feiertag)	69.697	71.133	68.659	70.149	73.703	74.733
Nachrichtlich: Anzahl Dienste pro Nacht (Quelle NNF, 2013 Schätzung anhand der Apothekenanzahl)	1.120,5	1.129,1	1.138,6	1.142,5	1.155,2	1.167,7
Personalkosten Nachtdienst gesamt (in Mio. €)	99,0	99,7	99,9	91,2	90,7	90,2
Personalkosten Notdienst gesamt (in Mio. €)	22,1	22,6	21,5	21,1	21,9	21,8

Gemeinkosten Nacht- und Notdienst

Für alle Leistungen mit besonderem Zeitaufwand müssen nicht nur die Personalkosten, sondern auch die anteiligen Gemeinkosten angesetzt werden, um die entstehenden Kosten einer Leistung zu berechnen (s. Kapitel 8.1.3, S. 109 ff.). Die anteiligen Gemeinkosten werden für den Notdienstzuschlag für die von allen Apotheken erbrachte Notdienstzeit berechnet. Die Gemeinkosten werden für den Notdienst pro Minute in gleichem Umfang wie in den normalen Öffnungszeiten angesetzt, d.h. nur zu 1/3 der Gemeinkosten pro Minute. Es ist zwar nur eine Person (VZÄ) in der Apotheke, auf die die Gemeinkosten pro Minute aufgeteilt werden können (bei normaler Öffnungszeiten durchschnittlich gleichzeitig 3 Personen), der Betrieb der Apotheke findet jedoch im Notdienst nur eingeschränkt statt. Es wird daher der gleiche Gemeinkostensatz angesetzt wie zu übrigen Öffnungszeiten mit mehreren Beschäftigten (2018 0,31 € pro Minute, vgl. Tabelle 5, S. 111).

Durch die dargestellten Personal- und Gemeinkosten, die in den Öffnungszeiten des Nacht- und Notdienstes anfallen, entstehen im Jahr 2018 voraussichtlich Kosten von insgesamt ca. 239 Mio. € (Tabelle 12).

Tabelle 12: Gemeinkosten Nacht- und Notdienst; Gesamtkosten Nacht- und Notdienst (inkl. Personal). Eigene Berechnung. Helle Felder: Fortschreibung anhand des gleitenden Durchschnitts der Veränderungsraten der vorangehenden 3 Jahre.

JAHR	2018	2017	2016	2015	2014	2013
1 Minute Gemeinkosten pro VZÄ	0,31 €	0,29 €	0,28 €	0,27 €	0,25 €	0,24 €
Öffnungsminuten Nacht- und Notdienst gesamt (in Mio. min, vgl. Tabelle 5)	375,2	378,6	379,9	382,0	388,0	392,3
Gemeinkosten Nacht- und Notdienstzeiten (in Mio. €)	116,3	109,8	106,4	103,1	97,0	94,2
Verwaltungskosten NNF (in Mio. €)	2,0	2,0	2,0	1,6	2,2	
Entwicklung *	-1,0%	-1,0%	24,6%	-26,5%		
Zu deckende Gemeinkosten insgesamt (in Mio. €)	118,3	111,8	108,4	104,8	99,2	94,2
Zu deckende Kosten Personal- und Gemeinkosten insgesamt (in Mio. €)	239,4	234,1	229,8	217,1	211,8	206,1

Für diese Berechnungsweise der Kosten für den Notdienst wird angenommen, dass der Notdienst vollständig zusätzlich finanziell vergütet wird und nicht durch Freizeitausgleich honoriert wird. Da sich die Nacht- und Notdiensttarife nicht besonders stark von den normalen Tarifen unterscheiden, ist es für die Bewertung vergleichsweise unerheblich, ob die Honorierung des Nacht- und Notdienstes finanziell oder mit Freizeitausgleich erfolgt.

Für die Nacht- und Notdienste, die die Inhaber/-innen erbringen, ist zu beachten, dass hier – wie bei den Angestellten – zusätzliche kalkulatorische Kosten entstehen, die im Gesamtsystem der Vergütung zu berücksichtigen ist. Ansonsten läge der kalkulierte Lohn der Inhaber/-innen immer bei 99.000 € brutto (vgl. Kapitel 8.1.2 Kostendaten Apotheke: Kalkulatorischer Unternehmerlohn und Tariflöhne, S. 107 ff.), unabhängig davon, wie viele Nacht- und Notdienste geleistet werden. Gerade bei kleinen Apotheken ist jedoch davon auszugehen, dass der Nacht- und Notdienst häufig durch die Inhaber/-innen erbracht wird. Der Anteil der Vergütung des Nacht- und Notdienstes, der rechnerisch auf die Inhaber/-innen entfällt, wird daher auf den kalkulatorischen Unternehmerlohn addiert. Der Anteil entspricht im Jahre 2018 ca. 55 Mio. €.

Notdienstgebühr 2,50 €



Abbildung 22: Kostenstruktur Apotheken: Notdienstgebühr. Der Notdienstgebühr werden keine Kosten zugeordnet.

Der Nacht- und Notdienst wird in zwei Vergütungskomponenten der AMPreisV berücksichtigt: Die Notdienstgebühr, die direkt bei Abgabe im Nacht- und Notdienst pro abgegebener Packungen von den Patient/-innen bezahlt wird (2,50 €, Abbildung 22) und die pauschale Vergütung eines Volldienstes, die sich aus dem Notdienstfonds aller rezeptpflichtig abgegebener Fertigarzneimittel ergibt (0,16 € pro Packung führte z. B. im Jahr 2016 zu einer Notdienstpauschale von 275,02 €; DAV 2017).

Die folgende Tabelle 13 zeigt zunächst eine pauschale Angabe der ABDA, wie viele Packungen während der Notdienste abgegeben werden und welche Erlöse mit der Notdienstgebühr verbunden sind. Über diese Quelle hinaus gibt es keine Nutzungsstatistik des Notdienstes.

Tabelle 13: Nacht- und Notdienst: Anzahl abgegebene Packungen und Zusatzerlöse über die Notdienstgebühr der AMPreisV. Quelle: ABDA. Helle Felder: Fortschreibung anhand des gleitenden Durchschnitts der Veränderungsdaten der vorangehenden 3 Jahre.

JAHRE	2018	2017	2016	2015	2014	2013
Packungen im Notdienst Rx (in Mio. Pck.)	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5
Packungen im Notdienst OTC	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5
Notdienstgebühr (2,50 €) (in Mio. €)	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0

Mit der Notdienstgebühr, die laut ABDA 8 Mio. € pro Jahr ausmachen (Tabelle 13), können die Kosten von ca. 239 Mio. € nicht annähernd gedeckt werden. Die realisierten Umsätze werden nicht miteinberechnet, da der Nacht- und Notdienstfonds unabhängig von der Nutzung durch Patienten vergütet soll. Die Höhe der Notdienstgebühr wird als konstant in der Struktur der AMPreisV angenommen und zugunsten der Apotheken nicht als kostendeckendes Element des Nacht- und Notdienstes integriert. Es wird vielmehr von den Gutachtern als Anreiz für die Patient/-innen angesehen, für die nicht akute Versorgung die normalen Öffnungszeiten der Apotheken zu nutzen.

Notdienstzuschlag Notdienstfonds

Die hauptsächliche Vergütung des Nacht- und Notdienstes erfolgt durch die pauschale Vergütung der Volldienste, finanziert über den Notdienstfonds. Wie die folgende Tabelle 14 zeigt, ist der aktuelle Notdienstzuschlag von 0,16 € für den Tariflohn und die Gemeinkosten nicht kostendeckend (nur ca. 117 Mio. € von 239 Mio. €). Für eine Kostendeckung bei Tariflohn sollte der Zuschlag bei 0,33 € liegen. Der Zuschlag wird berechnet als:

$$\text{Notdienstzuschlag} = \frac{\text{Zu deckende Kosten Personal- und Gemeinkosten insgesamt}}{\text{Anzahl der abgegebenen Packungen Rx-Fertigarzneimittel \& Standardrezepturen}}$$

Die Tabelle 14 fasst diese Größen zusammen.

Der Zuschlag wird im Sinne der Gesamtsystematik der AMPPreisV im vorliegenden Gutachten ebenfalls für Stoffe angesetzt, die – wenn verschreibungspflichtig abgegeben – ebenfalls der Beratung bedürfen und somit wie Rx-FAM und Standardrezepturen sowohl über den Beratungszuschlag als auch den Notdienstzuschlag verfügen sollten. Da für die Erweiterung der AMPPreisV um neue Preisbestandteile beim Stoffzuschlag die Struktur der AMPPreisV verändert werden müsste, ist die Zuordnung des Notdienstzuschlags lediglich ein Reformvorschlag (vgl. Kapitel 12.2, S. 204). Die Höhe des Notdienstzuschlags ändert sich durch die Hinzufügung der Stoffe in den Fonds nur marginal, nicht in der berücksichtigten Genauigkeit der 2. Nachkommastelle.

Tabelle 14: Berechnung des Notdienstzuschlags aus der Menge an zu erwartenden Packungen, auf die der Zuschlag erhoben werden kann und den zu deckenden Kosten. Eigene Berechnung. Helle Felder: Fortschreibung anhand des gleitenden Durchschnitts der Veränderungsraten der vorangehenden 3 Jahre.

	JAHR	2018	2017	2016	2015	2014	2013
Rx Fertigarzneimittel (Quelle: NNF) (in Mio. Pck.)		727,1	727,1	727,1	717,3	710,9	708,6
Standardrezepturen inkl. einzelne Stoffe GKV/PKV - Verordnungen (GAmSi; in Mio. Stk.)		8,5	8,7	8,9	8,9	9,2	9,4
Schätzung Anzahl Standardrezepturen (vgl. Tabelle 19)		7,2	7,3	7,4	7,4	7,8	7,9
Kosten Notdienst insgesamt (in Mio. €) (s. Tabelle 12)		239,4	234,1	229,8	217,1	211,8	206,1
Kostendeckende Notdienstpauschale inkl. Stoffe		0,33 €	0,32 €	0,31 €	0,30 €	0,29 €	0,29 €
Kostendeckende Notdienstpauschale ohne Stoffe		0,33 €	0,32 €	0,31 €	0,30 €	0,29 €	0,29 €
Aktueller Notdienstzuschlag pro Rx		0,16 €	0,16 €	0,16 €	0,16 €	0,16 €	0,16 €
Aktuelle Vergütung ohne Umsatzanteile (rückwirkend berechnet) (in Mio. €)		117,7	117,7	117,8	116,2	115,2	114,9
Differenz Kostendeckung (in Mio. €)		-121,7	-116,4	-112,1	-100,9	-96,6	-91,2

Der Vergütung des Nacht- und Notdienstes kommt in der flächendeckenden Versorgung eine besondere Bedeutung zu. Die prüfende Berechnung bezieht dabei nicht nur definierte Volldienste mit ein sondern berechnet auf Stundenbasis die in den Apotheken entstehenden Kosten für die in den letzten Jahren geleisteten Nacht- und Notdienste. Teildienste sind nicht einbezogen, da zu ihrem Einsatz sowie den Zeiten keine umfangreichen Daten vorliegen. Die ABDA schätzt 62.000 Teildienste im Jahr 2016. Diese könnten prinzipiell in dem Berechnungsmodell und Vergütungsmodell Berücksichtigung finden. Den Autoren liegen keine Informationen dazu vor, wieso Teildienste in der bisherigen Vergütung durch den Nacht- und Notdienstfonds nicht einbezogen sind. Ein Einbezug der Teildienste wird in den Reformvorschlägen zum Notdienst vorgeschlagen und quantifiziert.

8.4.2 Vergütung Rezepturherstellung



Abbildung 23: Kostenstruktur Apotheken: Rezepturzuschlag. Zuordnung Kosten und Zuschlag AMPreisV über Kosten pro Minute für die Rezepturherstellung. Eigene Darstellung.

Für Rezepturen gibt es insgesamt 5 Zuschläge. Für die Bestimmung dieser Zuschläge werden in diesem Abschnitt nur der Rezepturzuschlag anhand der Kosten für die Herstellung der Standardrezepturen bestimmt (Abbildung 23). Die übrigen Zuschläge ergeben sich aus den Berechnungen der Festzuschläge der Rx-FAM für Warenwirtschaft, Beratung und Sonstiges (vgl. Kapitel 8.4.6). Die Kosten und Zuschläge für parenterale Zuschläge werden separat im Kapitel 8.4.4 behandelt.

Der Zeitaufwand wurde für den gesamten Herstellungsprozess der Standardrezepturen (von der Plausibilitätsprüfung der Verordnung bis zur Freigabe der Rezeptur) der jeweiligen Individualrezepturen im Jahr 2016 im Rahmen der Primärerhebung erfragt.

Nicht differenziert wird die Defektur von Standardrezepturen sowie Rezepturen in der Substitutionstherapie. Durch die Defekturherstellung von Rezepturen können Rezepturen effizienter hergestellt werden. Da die Frage nach den Defekturen missverständlich gestellt war (Anzahl Defekturchargen vs. Anzahl Rezepten pro Charge) und ca. 70 % aller Apotheken nicht in Defektur herstellen, wird der Aufwand ohne Defektur berechnet (konservative Berechnung zugunsten der Apotheken). Rezepturen im Rahmen der Substitutionstherapie wurden in der Berechnung nicht

berücksichtigt. Für diese Rezepturen gelten jedoch neben der zusätzlichen Einstufung als Betäubungsmittel die gleichen Herstellungsleitlinien wie für Standardrezepturen. Es wird daher pauschal davon ausgegangen, dass ein vergleichbarer Aufwand zuzüglich Dokumentationsaufwand entsteht. Die Vergütung dieser Rezepturen ist überwiegend über die Hilfstaxe geregelt.

Rezepturen sind in der AMPPreisV unterteilt in verschiedene Arten und nehmen unterschiedlich viel Zeit in Anspruch, wie bereits in den aktuellen Preisen der AMPPreisV. Ihre Anteile an der Gesamtzahl der Rezepturen sind aus Sekundärquellen nicht bekannt. Tabelle 15 gibt neben der Herstellungsdauer in Minuten die durchschnittliche prozentuale Verteilung wieder, wie sie von den teilnehmenden Apotheken der Befragung angegeben worden sind. Puder, Pasten und Salben sind die am häufigsten hergestellte Rezepturkategorie der AMPPreisV.

Für die Herstellung von Standardrezepturen ergeben sich pro Rezeptur (Grundmenge) zeitliche Aufwände von 45 bis 88 Minuten. Für die häufigste Rezepturkategorie (Puder/Pasten/Salben/etc.) werden durchschnittlich 52 Minuten pro Rezeptur aufgewendet, wenn sie als Einzelrezeptur hergestellt wird. Dabei sind Rückfragen beim Arzt einberechnet, die in 10 % der Rezepturen im Jahr 2016 im Umfang von 13 Minuten notwendig waren (umgerechnet 1,3 Minuten pro Rezeptur). Die aktuellen Rezepturzuschläge für die Herstellung der Rezepturen („Arbeitspreise“) liegen bei durchschnittlich 5,82 €, von 3,50 € bis 8,00 € pro Rezeptur (Tabelle 15).

Tabelle 15: Parameter der Vergütung der Standardrezepturen und Stoffe: Aktuelle Arbeitspreise in der AMPPreisV und Ergebnisse der Primärerhebung zur Arbeitszeit der Herstellung inkl. Rücksprachen mit Ärzten. Eigene Berechnung.

	Aktuelle AMPPreisV „Arbeitspreise“ (absoluter Zuschlag)	Minuten Herstellung (Median)	Inkl. Rückfragen an Ärzte (10 % der Rezepturen á 13 min)	Verteilung Rezepturarten (Häufigkeit, in %)
Leistungsparameter: Zeitlicher Aufwand für die Herstellung				
Abgabe eines Stoffes, der in Apotheken in unverändertem Zustand umgefüllt, abgefüllt, abgepackt oder gekennzeichnet wird	Kein absoluter Zuschlag	8	8	-
Anfertigung eines gemischten Tees, Herstellung einer Lösung ohne Anwendung von Wärme, Mischen von Flüssigkeiten; bis zur Grundmenge von 300 g	3,50 €	43	45	13,6%
Anfertigung von Pudern, ungeteilten Pulvern, Salben, Pasten, Suspensionen und Emulsionen; bis zur Grundmenge von 200 g	6,00 €	51	52	70,8%
Anfertigung von Lösungen unter Anwendung von Wärme, Mazerationen, Aufgüssen und Abkochungen; bis zur Grundmenge von 300 g	6,00 €	53	55	7,5%
Anfertigung von Pillen, Tabletten und Pastillen; bis zur Grundmenge von 50 Stück	8,00 €	87	88	0,6%
Anfertigung von abgeteilten Pulvern, Zäpfchen, Vaginal-Kugeln, das Füllen von Kapseln; bis zur Grundmenge von 12 Stück	8,00 €	74	76	5,9%

Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPPreisV) geregelten Preise

	Aktuelle AMPreisV „Arbeitspreise“ (absoluter Zuschlag)	Minuten Herstellung (Median)	Inkl. Rückfragen an Ärzte (10 % der Rezepturen á 13 min)	Verteilung Rezepturarten (Häufigkeit, in %)
Leistungsparameter: Zeitlicher Aufwand für die Herstellung				
Anfertigung von Arzneimitteln mit Durchführung einer Sterilisation, Sterilfiltration; bis zur Grundmenge von 300 g	8,00 €	78	79	1,6%
Zuschmelzen von Ampullen; bis zur Grundmenge von 6 Stück	8,00 €	75	77	0,1%
Durchschnittliche Vergütung aller Rezepturarten aktuelle AMPreisV (anhand der Verteilung der Arten gewichteter Durchschnitt)	5,82 €			

Die Kosten, die für z. B. 52 Minuten Herstellungszeit für eine Salbe anfallen, hängen stark davon ab, wer die Herstellung durchführt. Wie die Tariflöhne nach Minuten zeigten (Tabelle 4 auf Seite 107), sind die Kosten für eine/n PTA geringer als für eine/n approbierte/n Apotheker/in. Die Tabelle 16 zeigt daher zunächst, wie sich die Arbeit bei der Herstellung der Rezepturen durchschnittlich auf die Berufsgruppen verteilt. Rezepturen werden in der Regel von Pharmazeutisch-Technischen-Assistent/ innen (PTA) hergestellt.

Tabelle 16: Anteile der Berufsgruppen an der Herstellung von Standardrezepturen und entsprechende Tariflöhne pro Minute (Tarife 2017/2018). Quellen: Primärerhebung; ADEXA. Eigene Berechnung.

Berufsgruppe	Anteil an der Herstellung in %	Tariflohn pro Minute
Approbierte	19,7%	0,55 €
Apothekerassistenten	4,5%	0,43 €
Pharmazeutisch-technische Assistenten	70,7%	0,35 €
Pharmazeuten im Praktikum	2,5%	0,14 €
PTA in Ausbildung	2,6%	0,10 €
Gemeinkosten pro VZÄ	100%	0,31 €

Für die Zuordnung der erhobenen Zeiten zu Kosten sind im nächsten Schritt die Tariflöhne pro Minute der Schlüssel.

Tabelle 16 enthält alle wesentlichen Tarif- und Zeitebenen für die Berechnung der Kosten für die Rezepturen: Für jede Rezepturart werden Zeiten zu Kosten für Personal und Gemeinkosten umgerechnet.

Die Berechnungslogik für Rezepturen verbindet die Information aus den Tabelle 15 (S. 139) und Tabelle 16 sowie die Tariflöhne pro Minute (Tabelle 4 auf Seite 107) und lässt sich als vereinfachte Formel ausdrücken:

Kosten für eine Grundmenge einer Rezepturart

$$= \text{Minuten} \times \text{Tariflohn} \times \text{Zeitanteil Approbierte} +$$

$$\text{Minuten} \times \text{Tariflohn} \times \text{Zeitanteil Apothekenassistenten} +$$

$$\text{Minuten} \times \text{Tariflohn} \times \text{Zeitanteil PTA} +$$

$$\text{Minuten} \times \text{Tariflohn} \times \text{Zeitanteil Pharmaziepraktikanten} +$$

$$\text{Minuten} \times \text{Tariflohn} \times \text{Zeitanteil PTA in Ausbildung} +$$

$$\text{Minuten} \times \text{Gemeinkosten pro VZÄ}$$

Die Tabelle 17 stellt die Ergebnisse dieser Berechnung dar. Die Angaben zur Rezepturherstellung sind im Jahr 2017 erhoben worden und werden in der Tabelle nur rückwirkend berechnet, um die Effekte der Lohnentwicklung auf die Rezepturherstellungskosten aufzuzeigen.

Tabelle 17: Kosten der Rezepturherstellung. Rückwirkende Berechnung der Arbeitskosten in € pro Rezeptur in Einzelherstellung. Ergebnisse der Primärerhebung (Personalkosten & Gemeinkosten). Eigene Berechnung.

JAHR	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009
Herstellungskosten = Rezepturzuschnläge je Rezepturart										
Abgabe eines Stoffes, der in Apotheken in unverändertem Zustand umgefüllt, abgefüllt, abgepackt oder gekennzeichnet wird	6 €	5 €	5 €	5 €	5 €	5 €	5 €	5 €	5 €	4 €
Anfertigung eines gemischten Tees, Herstellung einer Lösung ohne Anwendung von Wärme, Mischen von Flüssigkeiten; bis zur Grundmenge von 300 g	31 €	30 €	29 €	29 €	27 €	27 €	26 €	27 €	26 €	25 €
Anfertigung von Pudern, ungeteilten Pulvern, Salben, Pasten, Suspensionen und Emulsionen; bis zur Grundmenge von 200 g	36 €	35 €	34 €	33 €	32 €	31 €	31 €	31 €	30 €	29 €
Anfertigung von Lösungen unter Anwendung von Wärme, Mazerationen, Aufgüssen und Abkochungen; bis zur Grundmenge von 300 g	38 €	37 €	36 €	35 €	34 €	33 €	32 €	33 €	32 €	31 €
Anfertigung von Pillen, Tabletten und Pastillen; bis zur Grundmenge von 50 Stück	61 €	59 €	57 €	56 €	54 €	52 €	52 €	52 €	51 €	49 €
Anfertigung von abgeteilten Pulvern, Zäpfchen, Vaginal-Kugeln, das Füllen von Kapseln; bis zur Grundmenge von 12 Stück	53 €	51 €	50 €	48 €	46 €	45 €	45 €	45 €	44 €	42 €
Anfertigung von Arzneimitteln mit Durchführung einer Sterilisation, Sterilfiltration; bis zur Grundmenge von 300 g	55 €	53 €	51 €	50 €	48 €	47 €	46 €	47 €	46 €	44 €
Zuschmelzen von Ampullen; bis zur Grundmenge von 6 Stück	53 €	52 €	50 €	49 €	47 €	46 €	45 €	46 €	45 €	43 €
Durchschnittliche zu deckende Herstellungskosten Rezepturarten (ohne Stoffe; anhand der Verteilung der Arten in Tabelle 15 gewichtetes Mittel)	37 €	36 €	35 €	34 €	33 €	32 €	31 €	32 €	31 €	30 €

Wie die Tabelle 17 zeigt, ist nach Selbstauskunft der Zeiten für die Rezepturherstellung der Apotheker/-innen und entsprechende Berechnung anhand der Tariflöhne eine kostendeckende Vergütung der Rezeptur durch die aktuellen durchschnittlichen Arbeitspreise von 5,82 € (s. Tabelle 15, S. 139 f.) nicht gegeben. Die Preise für die Rezeptur müssten im Vergleich dazu stark angehoben werden, um eine kostendeckende Vergütung zu ermöglichen (bei durchschnittlich kostendeckenden 37 € (s. Tabelle 17) um ca. 31 € pro Rezeptur). Die Aufwände liegen für die einzelnen Rezepturarten dann zwischen 31 € und 61 €.

Die AMPPreisV bepreist Rezepturen nach definierten Grundmengen. Die Sinnhaftigkeit der Grundmengen wurde im Rahmen der Studie nicht überprüft. Von Teilnehmern wurde angemerkt, „Pillen“ gäbe es nicht mehr und die Grundmengen würden die üblichen Herstellungsmengen nicht gut repräsentieren. In der Beschreibung der Rezepturarten gibt es daher ggf. pharmazeutischen Anpassungsbedarf, der jedoch nicht im Rahmen des vorliegenden Gutachtens erfolgen kann. Der berechnete Arbeitspreis bezieht sich auf eine Grundmenge. Für weitere Grundmengen sind in der aktuellen AMPPreisV 50 % des Zuschlags für jede weitere Grundmenge angesetzt. Die Ergebnisse der Primärerhebung zeigen für alle Rezepturarten im Durchschnitt, dass für jede weitere Grundmenge 15 % des Arbeitspreises angesetzt werden sollte, falls eine kostendeckende Vergütung angestrebt wird (Tabelle 18). Der Wert wurde berechnet durch die angegebenen Minuten für zusätzliche Grundmengen pro Rezepturart, die zur Dauer der ersten Grundmenge in Bezug gesetzt wurde (Minuten weitere Grundmenge/Minuten erste Grundmenge). Da in der AMPPreisV für alle Rezepturarten in der weiteren Grundmenge nur ein pauschaler prozentualer Zuschlag angesetzt ist, wurden die Anteile pro Rezepturart hinsichtlich ihres Anteils an allen Rezepturarten (s. Tabelle 15) gewichtet gemittelt.

Tabelle 18: Kosten der Rezepturherstellung: Anrechenbare Kosten pro weiterer Grundmenge = Zuschlag weitere Grundmenge. Ergebnis der Primärerhebung. Eigene Berechnung.

	PAUSCHAL (DURCHSCHNITT ÜBER ALLE REZEPTURARTEN)
Zuschlag bei Zubereitung weiterer Grundmengen (pro Grundmenge)	15 % des absoluten Zuschlags

Wie bereits erwähnt, gibt es kein objektives Datenmaterial zur abgegebenen Menge der einzelnen Rezepturarten sowie der Stoffe. Es kann daher nur abgeschätzt werden, zu welchen Mehrkosten die kostendeckende Rezepturvergütung führt. Da die tatsächliche Vergütung der Rezepturen Einfluss hat auf die am Ende durch den Festzuschlag für Fertigarzneimittel zu deckenden Kosten, sind in den zukünftigen Aktualisierungsrechnungen möglichst die tatsächlichen Rezepturvergütungen anzusetzen. Dies würde jedoch voraussetzen, dass die Anzahl der Rezepturarten aufgeschlüsselt nach Art sowie die Umsätze je Rezepturart vorliegen müssten. Das ist aktuell noch nicht der Fall.

In der Tabelle 19 werden anhand der Durchschnittswerte zur Verteilung der Rezepturarten aus der Primärerhebung und des durchschnittlichen kostendeckenden Arbeitspreises die Kosten für die Gesamtanzahl an Rezepturen und Stoffe hochgerechnet. Die Anzahl der Stoffe und Rezepturarten stellen eine Approximation der Anzahl der Rezepturarten dar, da die tatsächlichen Anzahlen nicht zur Verfügung stehen.

*Tabelle 19: Berechnung der Gesamtkosten für den Rezepturzuschlag Rezepturen und Stoffe in der Herstellung. Rückwirkende Berechnung auf Basis der aktuellen Preise zur Verdeutlichung der Lohn-/und Mengenentwicklung in der Vergütungsberechnung. Quellen: ABDA, GKV GAmSi. Eigene Berechnung. *Helle Felder: Fortschreibung anhand des gleitenden Durchschnitts der Veränderungsraten der vorangehenden 3 Jahre.*

JAHR	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012
Standardrezepturen GKV + PKV Quelle: GAmSi, inkl. Stoffe unverändert; PKV Schätzung anhand der Quote GKV Gesamtmarkt/Verordnungen Rezepturen und Stoffe in Mio. und des Gesamtmarktes der PKV	8,5	8,7	8,9	8,9	9,2	9,4	9,8
Entwicklung*	-1,9%	-2,0%	-0,5%	-3,3%	-2,1%	-4,1%	
Schätzung Anzahl Standardrezepturen (Quelle: ABDA) inkl. Fortschreibung** (in Mio. Stk.)	7,2	7,3	7,4	7,4	7,8	7,9	8,3
Anzahl Stoffe unverändert (Differenz Rezepturen zu Rezepturen/Stoffe GKV/PKV) (in Mio. Stk.)	1,4	1,4	1,4	1,5	1,4	1,5	1,5
Durchschnittliche anteilige Herstellungskosten aller Rezepturarten (ohne Stoffe): Personal- und Gemeinkosten	37 €	36 €	35 €	34 €	33 €	32 €	31 €
Zu deckende Kosten Standardrezepturen insgesamt (Schätzung, in Mio. €: Anzahl Rezepturen x durchschnittlicher Arbeitspreis, Tabelle 17, S. 141)	264,6	262,5	260,4	251,6	257,4	252,8	257,3
Aktuelle Vergütung Rezepturen (vereinfacht: 1 Verordnung = 1 Grundmenge, nur absoluter Festzuschlag; rückwirkend berechnet) (in Mio. €)	41,6	42,5	43,3	43,1	45,4	46,0	48,3
Aktuelle Differenz Kostendeckung Rezepturen (in Mio. €)	-222,9	-220,0	-217,1	-208,5	-212,0	-206,8	-209,0
Abgabe eines Stoffes, der in Apotheken in unverändertem Zustand umgefüllt, abgefüllt, abgepackt oder gekennzeichnet wird	6 €	5 €	5 €	5 €	5 €	5 €	5 €
Zu deckende Kosten Stoffe „unverändert“ insgesamt (in Mio. €)	8,2	6,9	7,1	7,5	7,0	7,5	7,5
** 2016 – 2018 Fortschreibung anhand des durchschnittlichen Verhältnisses Rezepturanzahl ABDA zu Rezeptur/Stoffeanzahl GKV + PKV 2013 bis 2015 multipliziert mit der Anzahl Rezeptur/Stoffe GKV + PKV							

Die Rezepturherstellung ist bei einer kostendeckenden Vergütung der Herstellung mit ca. 265 Mio. € im Arbeitspreis deutlich höher als bisher zu vergüten (ca. 223 Mio. € mehr). In der Berechnung der Arbeitspreise sind alle Schritte der Herstellung sowie der Rücksprachen mit den Ärzten enthalten.

Die Vergütung der Rezepturen und Stoffe umfasst neben der Herstellung auch Warenwirtschaft und Beratung. Durch den im Mai 2017 eingeführten Festzuschlag für Beratung bei Standardrezepturen, äquivalent zu dem Beratungszuschlag für rezeptpflichtige Fertigarzneimittel, ist der Beratungsanteil der Rezeptur abgedeckt. In diesem Zusammenhang ist es im Gesamtsystem der AMPPreisV sinnvoll, auch rezeptpflichtige Abgaben von Stoffen mit dem Beratungszuschlag zu versehen.

Es verbleibt in der Vergütungslogik der Anteil der Warenwirtschaft, der bisher möglicherweise durch den Stoffzuschlag abgedeckt wird. Da der Inhalt des Stoffzuschlags nicht definiert ist, ergibt er sich als Vergütungsbaustein zur Deckung der Warenwirtschaft. Er wird daher in der Logik der Gleichstellung der Vergütung von Fertigarzneimitteln und Rezeptur-Arzneimitteln mit dem Wert für die Warenwirtschaft für Fertigarzneimittel festgesetzt. Es mag hier zwar Unterschiede geben (einerseits geringerer Aufwand, da die Stoffe für mehrere Rezepturen zusammen bestellt werden, andererseits mehr Aufwand, da bei einigen Stoffen die Gefahr des Warenverfalls größer ist als bei Fertigarzneimitteln), dazu gibt es jedoch keine Datengrundlage.

8.4.3 Vergütung Stoffe

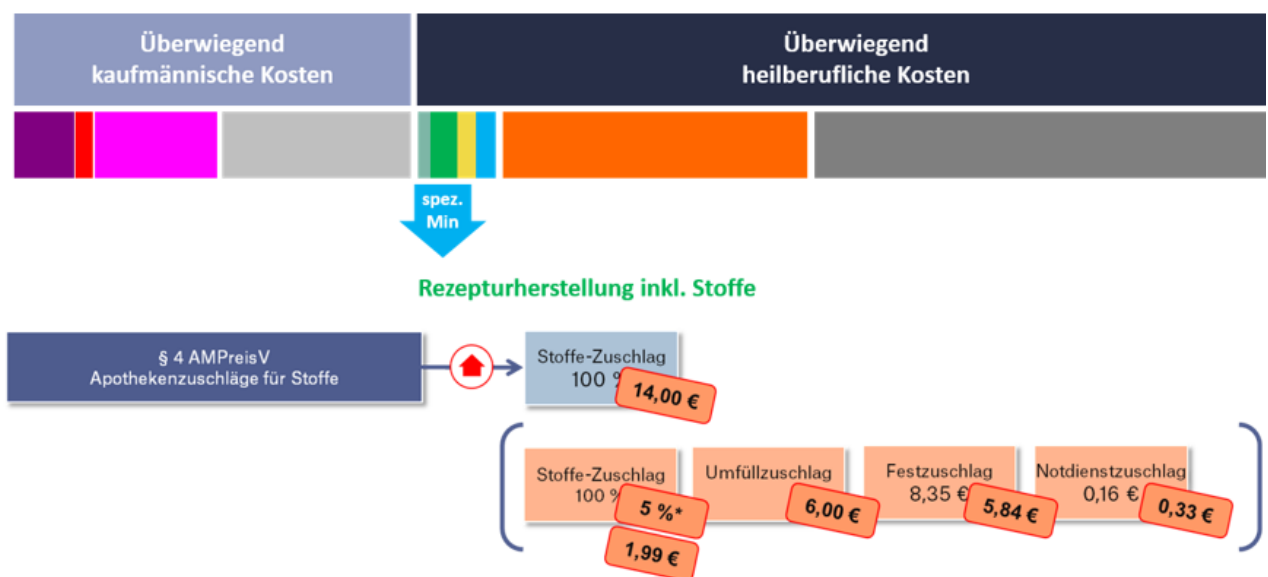


Abbildung 24: Kostenstruktur Apotheken: Zuschlag für Stoffe. Zuordnung Kosten und Zuschlag AMPreisV über Kosten pro Minute für die Rezepturherstellung sowie pauschale Vergütungsbestandteile. Eigene Darstellung.

Im Kapitel 8.4.2 wurde in den Ergebnistabellen der Primärerhebung bereits die zeitlichen Aufwände und damit verbundene Kosten der Abgabe von Stoffen dargestellt, die in Apotheken in unverändertem Zustand umgefüllt, abgefüllt, abgepackt oder gekennzeichnet wird. Es werden pro Einheit ca. 6 Minuten aufgewendet (Tabelle 15). Damit sind unter Annahme der gleichen beteiligten Berufsgruppen wie bei der Rezepturherstellung Personal- und Gemeinkosten i. H. v. 6 € verbunden (Tabelle 17).

Der Aufwand bei der Abgabe von Stoffen wird aktuell durch einen 100 % - Zuschlag auf den Einkaufspreis in der AMPreisV vergütet. Der durchschnittliche Einkaufspreis der Stoffe wird in den üblichen Datenquellen nicht berichtet. Es ist daher nicht möglich, zu berechnen, inwieweit der 100 % - Zuschlag kostendeckend ist bzw. welcher prozentualer Zuschlag kostendeckend ist.

Es wird daher im vorliegenden Gutachten ein absoluter kostendeckender Zuschlag berechnet, der sich aus den Leistungen für Warenwirtschaft, Herstellung sowie Abgabe und Beratung zusammensetzt (Abbildung 24). Dafür werden zu den Herstellungskosten die pauschalen Zuschläge pro Packung aufgeschlagen, die für die Berechnung der Festzuschläge für Fertigarzneimittel und Notdienst bestimmt werden: 1,99 € pro Packung kaufmännischer Aufwand, 5,84 € pro Packung für Beratung und sonstige Aufwände sowie der Notdienstzuschlag von 0,33 € (vgl. Kapitel 8.4.6, Tabelle 35 & Tabelle 38). Daraus ergibt sich ein kostendeckender Stoffe-Zuschlag von 14 € (6 € + 1,99 € + 5,84 € + 0,33 € gerundet). In Kapitel 12.2 wird als Reformvorschlag empfohlen, diese Einzelbestandteile äquivalent zu der Rezepturvergütung in der AMPreisV umzusetzen.

Parenterale Zubereitungen sind die letzte zu behandelnde Form der Rezepturen. Die parenteralen Zubereitungen sind überwiegend über die Hilfstaxe geregelt, die AMPreisV bildet jedoch die Vergütungsgrundlage für die PKV und ist zudem Grundlage der Hilfstaxe. Die Berechnung der Vergütung im Sinne der Kostendeckung erfolgt im nächsten Kapitel.

8.4.4 Vergütung parenterale Zubereitungen

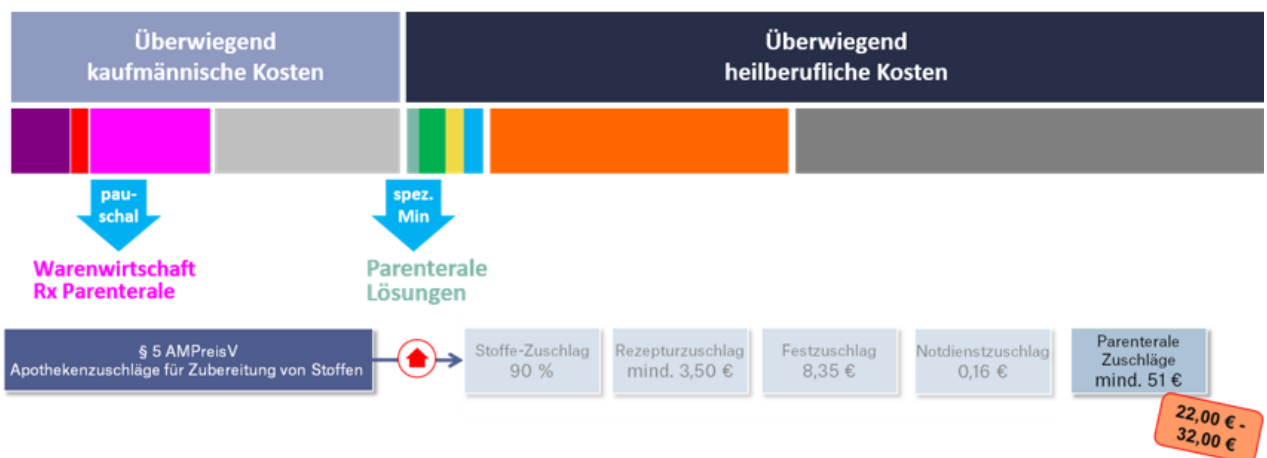


Abbildung 25: Kostenstruktur Apotheken: Parenterale Zuschläge. Zuordnung Kosten und Zuschlag AMPreisV über Kosten pro Minute für die Zubereitung sowie angepasste pauschale kaufmännische Vergütungsbestandteile. Eigene Darstellung.

Im Zuschlag für parenterale Zubereitungen sind kaufmännische Kosten für die Warenwirtschaft und heilberufliche Kosten für die Zubereitung zu berücksichtigen. Während die Kosten für die Warenwirtschaft angelehnt an die pauschalen packungsbezogenen Kosten der Warenwirtschaft für alle Packungen bestimmt

werden (vgl. Kapitel 8.4.6 Vergütung rezeptpflichtiger Fertigarzneimittel, S. 155 ff.), werden die Kosten der Zubereitung über Zeitaufwände berechnet, die im Folgenden beschrieben werden.

Tabelle 20: Stichprobe von Apotheken mit Zubereitung von parenteralen Lösungen: Anzahl der Teilnehmer der Primärerhebung zu einzelnen parenteralen Lösungen im Vergleich zu deren Anteil an allen Lösungen. Eigene Berechnung.

	Anteil der Lösung an allen parenteralen Lösungen in Prozent (GKV)	Stichprobe Primärerhebung		
		n Gesamtangabe Lösung einzeln	n Angabe der Einzelschritte Lösung einzeln	n Angabe der Einzelschritte Defekturen
Zytostatikahaltige Lösung	66%	13	36	19
Lösung mit monoklonalen Antikörpern	20%	19	36	19
Antibiotika- und virustatikahaltige Lösung	1%	9	15	7
Lösung mit Schmerzmitteln	1%	21	32	15
Ernährungslösung	3%	3	7	6
Calciumfolinat-lösung	7%	18	31	16
Sonstige parenterale Lösung	2%	16	25	15

Es gibt in Deutschland ca. 300 Apotheken, die parenterale Lösungen zubereiten. Die Stichprobe der Primärerhebung ist dementsprechend klein (3 bis 36 parenterale Apotheken je nach Art der parenteralen Zubereitung; **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** auf der vorhergehenden Seite). Die Zeitangaben sind jedoch innerhalb der Stichproben sehr stabil und mit geringer Streuung versehen. Auch zwischen den verschiedenen Typen der Lösungen sind die Angaben konsistent. Die Zeiten werden daher – auch aus Ermangelung anderer Daten – für die Preisberechnung herangezogen.

Zusätzlich konnte anhand der Adressdaten von Zytostatika-Apotheken eine Sonderstichprobe mit hochgerechnet 270 Apotheken der Jahresstatistik im Handel ausgewertet werden. Hier zeigt sich, dass diese Spezialapotheken pro Beschäftigtem eine deutlich höhere Kostenstruktur aufweisen. Beide Aspekte, die zeitlichen Aufwände und die Kostenstruktur, fließen in die folgenden Berechnungen ein.

Die Tabelle 21 zeigt die Zeitangaben für die einzelnen Typen parenteraler Zubereitungen. Die Schätzungen der Zeiten wurden einmal als offene Minutenangabe abgefragt, dann für alle Leitlinienprozesse separat. Beide Schätzungen weisen dabei charakteristische Verzerrungen durch Über- und Unterschätzung auf, die durch den Mittelwert der beiden Schätzungen korrigiert werden.

Tabelle 21: Zeitaufwand für parenterale Zubereitungen in Minuten. Expertenangaben für: die Herstellung einer Lösung insgesamt in Minuten; Einzelschritte der Herstellung in Minuten; Reinigung pro Tag; Rücksprachen mit Ärzten: Anteil Lösungen und Dauer in Minuten. Eigene Berechnung.

	Angabe der						
	Gesamt- angabe	Einzel- schritte	Minuten Einzelne Lösung (Median, gemittelt)	Minuten pro Lösung in Defektur (Median)	Minuten Reinigung pro Lösung	Minuten Rück- sprachen mit Ärzten pro Lösung	Minuten pro Lösung insgesamt (gewichtet Defektur)
Zytostatikahaltige Lösung	30	60	45	22	0,8	0,8	30
Lösung mit monoklonalen Antikörpern	40	61	51	19	0,8	0,8	29
Antibiotika- und virustatikahaltige Lösung	60	75	67	22	0,8	0,8	36
Lösung mit Schmerzmitteln	45	73	59	32	0,8	0,8	41
Ernährungslösung	75	106	91	18	0,8	0,8	39
Calciumfolinatlösung	30	57	44	18	0,8	0,8	27
Sonstige parenterale Lösung	45	77	61	20	0,8	0,8	33
Anteil Zubereitung (Einzel/Defektur)			27%	73%			

Der realistische Zeitaufwand für eine einzelne Lösung findet sich daher in der dritten Spalte der Tabelle. Zusätzlich wurde erfragt, zu welchem Anteil die Lösungen in Defektur hergestellt werden und wie lange die Zubereitung in Defektur benötigt. Durch die Defektur reduziert sich der zeitliche Aufwand pro Lösung erwartungsgemäß. Ergänzt um den Aufwand für Reinigung und Rückfragen mit den Ärzten ergibt sich die durchschnittliche Minutenanzahl, die der Berechnung der Vergütung zugrunde liegt in der letzten Spalte der Tabelle 21. Rückfragen mit Ärzten sind nach Auskunft der Apotheken bei 10 % der Lösungen notwendig und dauern durchschnittlich 8 Minuten.

Die Reinigung wurde pro Tag abgefragt. Sie erfolgt durch Reinigungspersonal, das über die Gemeinkosten abgerechnet wird, aber auch durchschnittlich zweimal täglich durch das Fachpersonal. Dem Forschungsteam liegt keine genaue Angabe vor, wie viele Apotheken zur parenteralen Zubereitung es in Deutschland gibt. Der Reinigungsaufwand wurde daher pauschal für 300 Apotheken kalkuliert, wobei je Werktag zwei Reinigungen à 18 Minuten durch das Fachpersonal erfolgen. Auf die einzelne Lösung berechnet sind das 0,8 Minuten zusätzliche Reinigungszeit pro Lösung.

Insgesamt ergeben sich durchschnittliche Aufwände von 27 bis 41 Minuten pro Lösung. Die Tabelle 22 gibt die Anzahl an Zubereitungen an, für die die zeitlichen Aufwände gelten.

Tabelle 22: Anzahl der parenteralen Zubereitungen nach Inhaltsstoffen der Lösungen im Zeitverlauf. Quelle: GKV. Schätzung der Gesamtzahl an parenteralen Zubereitungen anhand eines pauschalen Faktors (Anteil parenterale Zubereitungen am Gesamtumsatz der GKV angewendet auf die PKV). Helle Felder: anhand des gleitenden Durchschnitts der Veränderungsrate der vorangehenden 3 Jahre, bestätigt durch die Steigerung der Anzahl an Lösungen im ersten Halbjahr 2017 (GKV).

JAHR	2018	2017	2016	2015	2014	2013
Leistungsparameter: Anzahl Verordnungen (Schätzung: GKV-Angaben*Faktor PKV*)						
Zytostatikahaltige Lösung in Mio. Zubereitungen	3,166	3,051	2,852	2,785	2,739	2,672
Lösung mit monoklonalen Antikörpern in Mio. Zubereitungen	0,965	0,902	0,956	0,791	0,729	0,685
Antibiotika- und virusstatikahaltige Lösung in Mio. Zubereitungen	0,026	0,024	0,024	0,022	0,021	0,020
Lösung mit Schmerzmitteln in Mio. Zubereitungen	0,058	0,055	0,055	0,050	0,045	0,042
Ernährungslösung in Mio. Zubereitungen	0,167	0,161	0,152	0,146	0,143	0,145
Calciumfolinatlösung in Mio. Zubereitungen	0,351	0,338	0,318	0,307	0,302	0,297
Sonstige parenterale Lösung in Mio. Zubereitungen	0,076	0,074	0,066	0,069	0,068	0,063
Insgesamt Verordnungen Parenterale in Mio. Zubereitungen	4,809	4,605	4,424	4,170	4,047	3,925
*Faktor PKV auf GKV (Anhand der Quote von Parenteralen Lösungen am Gesamtmarkt der GKV berechnet über den Gesamtmarkt PKV)	111%	111%	112%	112%	113%	113%

Die Berechnung der zugehörigen Kosten ist zunächst wieder abhängig davon, welche Berufsgruppen die Leistung erbringen. Die durchschnittliche Verteilung für parenterale Lösungen zeigt die Tabelle 23. Der Anteil an approbierten Apotheker/-innen in der Zubereitung ist hier deutlich höher als bei den normalen Rezepturen (54 % bei parenteralen Zubereitungen im Vergleich zu ca. 20 % bei normalen Rezepturen).

Tabelle 23: Anteil der Berufsgruppen an der Zubereitung parenteraler Lösungen. Ergebnis der Primärerhebung. Eigene Berechnung.

Berufsgruppe	Anteil an der Herstellung in %
Approbierte	54%
Pharmazeuten im Praktikum	1%
Apothekerassistenten	4%
Pharmazeutisch-technische Assistenten	41%

Die Berechnungslogik ist äquivalent zu der Berechnung der Rezepturkosten:

$$\begin{aligned} \text{Personal- und Gemein-} \\ \text{kosten für eine} \\ \text{parenterale Lösung} &= \text{Minuten gewichtet x Tariflohn x Zeitanteil Approbierte +} \\ &\text{Minuten gewichtet x Tariflohn x Zeitanteil Apothekenassistenten +} \\ &\text{Minuten gewichtet x Tariflohn x Zeitanteil PTA +} \\ &\text{Minuten gewichtet x Tariflohn x Zeitanteil Pharmaziepraktikanten +} \\ &\text{Minuten gewichtet x Gemeinkosten} \end{aligned}$$

Die Tabelle 24 stellt die Ergebnisse dieser Berechnung dar. Die Angaben sind im Jahr 2017 erhoben worden und werden in der Tabelle 24 nur rückwirkend berechnet, um die Effekte der Lohnentwicklung auf die Zubereitungskosten aufzuzeigen. Die Tabelle 24 bildet jedoch zunächst einen Zwischenschritt, der die erhöhten Kosten noch nicht enthält. Wie eingangs erwähnt, haben Apotheken, die parenterale Lösungen herstellen, eine andere Kostenstruktur als normale Apotheken, welche in der Berechnung Berücksichtigung finden muss.

Tabelle 24: Zwischenschritt der Berechnung der Vergütung für parenterale Lösungen: Kosten für Zeitaufwand nach Tariflöhnen. Quellen: Primärerhebung, ADEXA. Eigene Berechnung.

JAHR	2018	2017	2016	2015	2014	2013
Basis der Vergütung: Zu deckende Kosten (vollständige Herstellung, Reinigung und Rückfragen mit Ärzten; Personal + Gemeinkosten)						
Zytostatikahaltige Lösung	23 €	22 €	22 €	21 €	21 €	20 €
Lösung mit monoklonalen Antikörpern	22 €	22 €	21 €	21 €	20 €	19 €
Antibiotika- und virustatikahaltige Lösung	28 €	27 €	26 €	26 €	25 €	24 €
Lösung mit Schmerzmitteln	32 €	31 €	30 €	29 €	28 €	28 €
Ernährungslösung	30 €	29 €	28 €	28 €	27 €	26 €
Calciumfolinatlösung	21 €	20 €	19 €	19 €	18 €	18 €
Sonstige parenterale Lösung	25 €	25 €	24 €	23 €	22 €	22 €
Durchschnittliche Kosten der Herstellung (gewichtet nach Anteil der Lösungen (vgl. Tabelle 20))	23 €	23 €	22 €	21 €	21 €	20 €

Die erhöhte Kostenstruktur wird nicht in Bezug auf den Umsatz bestimmt, sondern in Bezug auf die Beschäftigten. Da das Personal vergleichbar ist, sollten pro beschäftigter Person ähnliche Kosten anfallen, wenn die Unternehmen vergleichbar sind. Tatsächlich zeigen sich in der Sonderauswertung der Jahresstatistik im Handel anhand von 270 hochgerechneten Zytostatika- Apotheken Gemeinkosten pro beschäftigter Person, die 30 % höher sind als bei normalen Apotheken. Die Tabelle 25 zeigt den erhöhten Kostenfaktor pro Beschäftigter/-m im Zeitverlauf. Die Angaben für die Jahre 2016 bis 2018 wurden anhand der Entwicklung der Jahre 2013 bis 2015 fortgeschrieben.

Tabelle 25: Erhöhte Kostenstruktur Zytostatika-Apotheken. Gemeinkosten pro beschäftigter Person in Zytostatika-Apotheken im Vergleich zu übrigen Apotheken. Sonderauswertung der Jahresstatistik im Handel der amtlichen Statistik (n = 270 hochgerechnete Zytostatika-Apotheken).

JAHR	2018	2017	2016	2015	2014	2013
Erhöhte Kostenstruktur Zytostatika-Apotheken	130%	133%	129%	133%	140%	119%
Entwicklung*	-1,8%	3,1%	-3,0%	-5,4%	17,7%	-21,2%

* Fortschreibung anhand des gleitenden Durchschnitts der Veränderungsraten der vorangehenden 3 Jahre

In der Tabelle 26 wird der erhöhte Kostenfaktor für Zytostatika-Apotheken auf die bisher berechneten Kosten des Zeitaufwands angewendet, d. h. statt Gemeinkosten von 0,31 € pro Minute (vgl. Kapitel 8.1.3 Kostendaten Apotheke: Gemeinkosten, S. 109 ff.) wurden 0,41 € (130 %) für das Jahr 2018 angesetzt. Die Personalkosten pro Lösung bleiben auf Tarifebene.

Tabelle 26: Berechnung der Vergütung für parenterale Lösungen: Kosten der Zytostatika-Apotheken für Zeitaufwand nach Tariflöhnen und erhöhten Gemeinkosten. Eigene Berechnung.

JAHR	2018	2017	2016	2015	2014	2013
Zu deckende Kosten = absolute Rezepturzuschläge parenterale Lösungen (Warenwirtschaft, Herstellung, Reinigung, Rückfragen; Personal + Gemeinkosten)						
Zytostatikahaltige Lösung	28 €	28 €	27 €	26 €	26 €	23 €
Lösung mit monoklonalen Antikörpern	28 €	27 €	26 €	26 €	25 €	23 €
Antibiotika- und virustatikahaltige Lösung	34 €	33 €	32 €	31 €	31 €	28 €
Lösung mit Schmerzmitteln	38 €	37 €	36 €	35 €	35 €	31 €
Ernährungslösung	36 €	35 €	34 €	34 €	33 €	30 €
Calciumfolinatlösung	26 €	25 €	24 €	24 €	23 €	21 €
Sonstige parenterale Lösung	31 €	30 €	29 €	29 €	28 €	25 €
Zu deckende durchschnittliche Kosten in Zytostatika-Apotheke	33 €	32 €	31 €	33 €	27 €	33 €
inkl. Warenwirtschaftskosten pro Lösung (Rx-FAM-Zuschlag absolut durchschnittlich, s. Tabelle 35 * Kostenstrukturfaktor Zyto-Apotheke, s. Tabelle 25)	2,59 €	2,56 €	2,41 €	2,44 €	2,49 €	2,07 €
Nachrichtlich: Warenwirtschaftskosten parenterale Lösungen insgesamt (in Mio. €)	12,4	11,7	10,6	10,1	9,9	8,0
Kosten Parenterale Lösungen insgesamt (in Mio. €)	157,8	149,0	135,7	128,7	127,1	102,1
Ø Aktuelle Vergütung pro Lösung	85 €	85 €	85 €	85 €	85 €	85 €
Aktuelle Vergütung insgesamt (in Mio. €)	410,3	392,9	377,4	355,7	345,3	334,9
Differenz zur Kostendeckung (in Mio.€)	252,5	243,8	241,7	227,0	218,3	232,8

Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) geregelten Preise

Wie die Tabelle 26 auf der vorangehenden Seite zeigt, sind die Aufwände für die Zubereitung parenteraler Lösungen bei erhöhter Kostenstruktur mit Zuschlägen zwischen 28 € und 38 € im Jahr 2018 kostendeckend vergütet. Das sind insgesamt für alle parenteralen Zubereitungen 157,6 Mio. €. Zu aktuellen Preisen werden die Lösungen mit 410,4 Mio. € vergütet. Die kostendeckende Vergütung stellt weniger als die Hälfte der bisherigen Zuschläge dar.

Die Stichprobe der Primärerhebung zu Zytostatika-Apotheken ist aufgrund der bereits geringen Grundgesamtheit von ca. 300 Apotheken vergleichsweise gering. Die Stichprobe der Zytostatika-Apotheken mit $n = 84$ (hochgerechnet repräsentieren sie 270 Apotheken) umfasst nur einen Teil der Zytostatika-Apotheken, bei dem zudem unklar ist, in welchem Ausmaß es sich tatsächlich um herstellende Zytostatika-Apotheken handelt (Quelle: Arztdata). Es zeigen sich dennoch deutliche Ergebnisse: Die Zeitangaben weisen eine hohe Kohärenz auf und die Zytostatika-Apotheken in der Stichprobe der Jahresstatistik im Handel zeigen erwartbar deutlich höhere Kostenstrukturen, eine höhere Anzahl Beschäftigter sowie einen höheren Brutto-Betriebsüberschuss dieser Apotheken auf. Die Rabattverträge zu Zytostatika haben bereits darauf hingedeutet, dass die wirtschaftliche Realität der Herstellung Preise unterhalb der aktuell geltenden AMPreisV ermöglichen. Für die Bestimmung der Preise der parenteralen Zubereitungen in der AMPreisV sind diese Angaben zukünftig weiter zu präzisieren, aktuell jedoch aus Sicht der Gutachter die einzigen verfügbaren Angaben zu Arbeitsaufwänden in der Herstellung der parenteralen Lösungen.

8.4.5 Vergütung Abgabe Betäubungsmittel

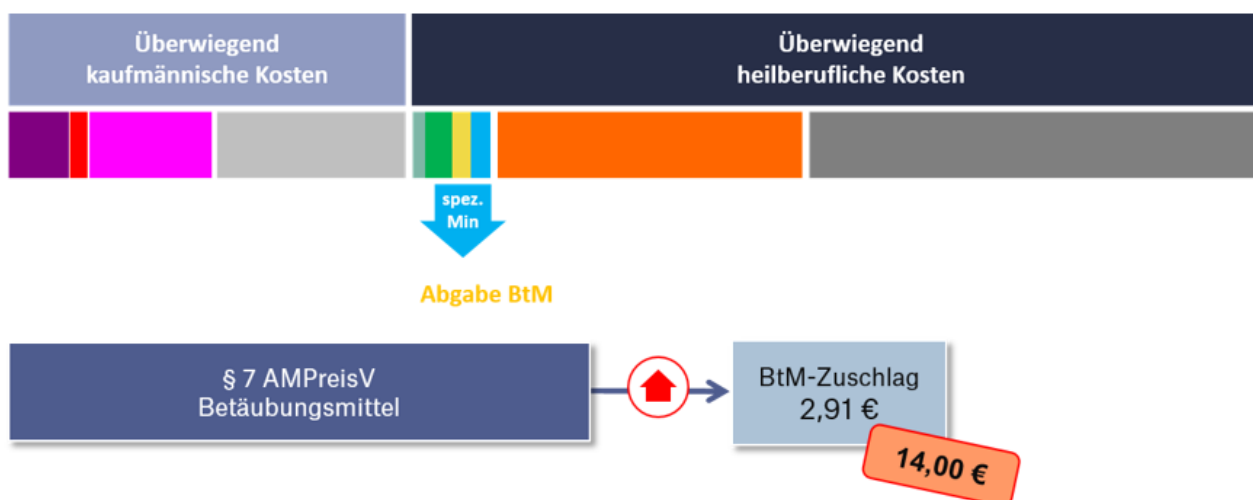


Abbildung 26: Kostenstruktur Apotheken: BtM-Zuschlag. Zuordnung Kosten und Zuschlag AMPreisV über Kosten pro Minute. Eigene Darstellung.

Die Vergütung zur Abgabe von Betäubungsmitteln ist zuletzt hinsichtlich der Preisentwicklung von 0,26 € auf 2,91 € angehoben worden. Damit wurde keine kostendeckende Vergütung in Anlehnung an den zeitlichen Aufwand umgesetzt. Die Berechnung erfolgt im vorliegenden Gutachten anhand des Zeitaufwands und der damit verbundenen heilberuflichen Personal- und Gemeinkosten (Abbildung 26). Nach Aussagen der Apothekerinnen und Apotheker in der Primärerhebung des vorliegenden Gutachtens werden pro BtM-Abgabe 13,5 Minuten zusätzlich benötigt, um den besonderen Bedarfen dieser Arzneimittelabgabe gerecht zu werden (vgl. Kapitel 8.2.6 Ergebnisse zu Zeitaufwänden für BtM, S. 128 f.). Die Tabelle 27 zeigt die mit diesem Zeitaufwand verbundenen Kosten. Da BtM nur von approbierten Apotheker/-innen abgegeben werden dürfen, ist in der Berechnung, die ansonsten dem Vorgehen der Berechnung zu Rezepturen und parenteralen Lösungen folgt, pauschal 50 % der Arbeitszeit durch Inhaber/-innen und 50 % der Arbeitszeit von approbierten Apotheker/-innen einberechnet (konservativ zugunsten der Apotheke). Im Ergebnis müssten rund 120 Mio. € mehr in die Vergütung der BtM investiert werden, ca. viermal so viel wie aktuell, um Kostendeckung zu gewährleisten. Insgesamt werden ca. 13 Mio. Packungen mit Zuschlag für höheren Dokumentationsaufwand jährlich abgegeben, Tendenz steigend. Für die vorliegende Rechnung werden die Angaben zur Anzahl des PHAGRO verwendet, da sie als einzige Quelle die BtM der PKV beinhalten und mit den GKV-Daten korrespondiert. Da z. B. auch der Großhandel AEP BtM liefert, ist die Angabe leicht unterschätzend. Das hat keinen Einfluss auf die Vergütungsberechnung, lediglich auf die Berechnung der Auswirkungen auf die Kosten bei einer entsprechenden Vergütungsanpassung. Die Angaben der ABDA liegen in einer vergleichbaren Größenordnung und beziehen sich ggf. auf die Anzahl der Rezepte, die von der Anzahl der BtM abweicht. Ein Rezept kann mehrere BtM enthalten.

Die Berechnung folgt der gleichen Logik wie die Berechnung der Rezepturzuschläge:

$$\begin{aligned}
 \text{Kostendeckender BtM-Zuschlag} = & \text{Aufwand in Minuten für die BtM-Abgabe} && \times \\
 & \text{Personalkostensatz pro Minute} && \\
 & \text{(50\% Approbierte, 50\% Inhaber/in)} && + \\
 & \text{Aufwand in Minuten für die BtM-Abgabe} && \times \\
 & \text{Gemeinkostensatz pro Minute.} &&
 \end{aligned}$$

Die Kostendeckende Abgabe BtM insgesamt (in Mio. €) ergibt sich durch die Multiplikation des kostendeckenden BtM-Zuschlags mit der Anzahl an abgegebene BtM pro Jahr.

Tabelle 27: Berechnung einer kostendeckenden Vergütung der BtM-Abgabe: Anzahlen, Zeitaufwand, Kosten pro BtM und hochgerechnet auf die Gesamtanzahl der BtM. Aufwand 50 % Inhaber/-in; 50 % Approbierte. Berechnung rückwirkend und fortschreibend für den Zeitraum 2013 bis 2018. Quellen: PHAGRO, ABDA, GKV. Eigene Berechnung.

JAHR	2018	2017	2016	2015	2014	2013
Leistungsparameter Abgabe von Arzneimitteln mit erhöhtem Dokumentationsaufwand						
Anzahl BtM-Abgaben (PHAGRO) (in Mio. Verordnungen.)	13,3	13,0	12,8	12,6	12,4	12,0
<i>Entwicklung*</i>	1,7%	2,2%	1,5%	1,5%	3,6%	
Nachrichtlich: Anzahl BtM-Abgaben (ABDA) (in Mio. Verordnungen.)	11,0	10,7	10,5	10,2	9,8	9,7
Nachrichtlich: Anzahl BtM-Abgaben (GKV) (in Mio. Verordnungen.)	12,4	12,3	12,1	11,8	11,8	11,5
Anzahl T-Rezepte (Lenalidomid, Pomalidomid, Thalidomid) (ABDA)	73.512	62.063	52.751	44.210	37.348	32.402
<i>Entwicklung*</i>	18,4%	17,7%	19,3%	18,4%	15,3%	
Gesamtanzahl dokumentationspflichtige Arzneimittel (in Mio. Verordnungen)	13,3	13,1	12,8	12,6	12,4	12,0
<i>Entwicklung*</i>	3,0%	2,5%	2,5%	3,8%	1,3%	
Aufwand in Minuten für die BtM-Abgabe BtM (Personal + Gemeinkosten)	13,5	13,5	13,5	13,5	13,5	13,5
Vergütungsparameter Abgabe von Arzneimitteln mit erhöhtem Dokumentationsaufwand						
Personalkostensatz pro Minute (50% Approbiert/50% Inhaber/in)	0,75 €	0,75 €	0,73 €	0,70 €	0,68 €	0,66 €
Gemeinkostensatz pro Minute	0,31 €	0,30 €	0,28 €	0,27 €	0,25 €	0,24 €
Kostendeckender absoluter BtM-Zuschlag BtM (Personal + Gemeinkosten)	14 €	14 €	14 €	13 €	13 €	12 €
Zu deckende Kosten Abgabe BtM insgesamt (in Mio. €)	186,8	183,6	179,5	164,1	161,7	144,0
Aktuelle Vergütung (rückwirkend angewendet 2,91 €/Pck.) (in Mio. €)	38,8	38,2	37,3	36,7	36,2	34,9
Differenz Kostendeckung (in Mio. €)	-148,0	-145,4	-142,2	-127,4	-125,5	-109,1
* Fortschreibung anhand des gleitenden Durchschnitts der Veränderungsraten der vorangehenden 3 Jahre						

Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) geregelten Preise

Nach den in Tabelle 27 dargestellten Ergebnisse ist im Jahr 2018 ein BtM-Zuschlag von 14 € zu erheben. Damit sind Mehrkosten von ca. 148 Mio. € verbunden.

Mit der Berechnung des BtM-Zuschlags sind alle Preisbestandteile berechnet bis auf die Fertigarzneimittel. Sie werden zuletzt berechnet, da durch Fertigarzneimittel als dem größten Leistungsbereich der Apotheken der restliche Anteil der Kosten zu decken ist, der nicht bereits durch andere Leistungsbereiche gedeckt worden ist. Der größte Teil des Aufwands und der Kosten für rezeptpflichtige Arzneimittel fällt für Fertigarzneimittel an. Die Vergütung für Warenwirtschaft und Beratung sind wiederum für die Rezepturvergütung relevant. Im folgenden Kapitel werden daher die beiden Festzuschläge für rezeptpflichtige Fertigarzneimittel sowie die Warenwirtschaftsanteile für Rezepturen und parenterale Zubereitungen und der Beratungszuschlag für Rezepturen und Stoffe berechnet.

8.4.6 Vergütung rezeptpflichtiger Fertigarzneimittel

Die Vergütung rezeptpflichtiger Fertigarzneimittel (Rx-FAM) besteht aus zwei Festzuschlägen. Einem prozentualen und einem absoluten Festzuschlag. Mit diesen Festzuschlägen werden unterschiedliche Leistungen vergütet (vgl. Kapitel 6.1.4 Gesetzliche Grundlagen der AMPPreisV, S. 62 ff. und Kapitel 6.2 Aktuelle Berechnungslogik AMPPreisV S. 72 ff.).

Der relative Festzuschlag deckt gemäß Gesetzesbegründung (a.a.O.) die kaufmännischen Anteile der Abgabe von Rx-FAM, der absolute Festzuschlag die heilberuflichen Leistungen ab. Der kaufmännische Aufwand setzt sich wiederum aus mehreren Aspekten zusammen. Z. B. der für Rx spezifischen Abrechnung der Rezepte, die für OTC und Freiwahl nicht anfällt. Dieser wichtige kaufmännische Aspekt wird in der Berechnung genauso gehandhabt wie die verschreibungspflichtigen Rezepturen, BtM und parenteralen Zubereitungen: Die Abrechnung der Rezepte wird als separater Vergütungsbaustein berechnet und ausschließlich der Vergütung von Rx zugeordnet. Da es sich um einen kaufmännischen Aufwand handelt, wird er dem prozentualen Festzuschlag für Rx-FAM zugeordnet.

Die Berechnung des Abrechnungsaufwands wird im folgenden Abschnitt dargestellt, bevor der prozentuale Festzuschlag berechnet werden, der sich darüber hinaus aus den Kosten der Finanzierung des Warenbestandes und der Warenwirtschaftsaufwände zusammensetzt (Abbildung 27).



Abbildung 27: Kostenstruktur Apotheken: relativer Festzuschlag Rx-FAM und Rezepturen sowie Warenwirtschaft parenterale Lösungen. Zuordnung kaufmännische Kosten und Zuschlag AMPPreisV über Kosten pro Minute Abrechnung, Finanzierungskosten sowie pauschal packungsbezogene Kosten für Aufwände in der Warenwirtschaft. Eigene Darstellung.

Abrechnung der GKV Rezepte

Die Abrechnung wurde erst im Nachgang der Befragung als separater Baustein der Vergütung im Rahmen der Warenwirtschaft identifiziert und daher nicht im Rahmen der Primärerhebung erhoben. Der Aufwand ist daher nur pauschal in die Berechnung zu integrieren, obwohl die Datenbasis dazu sehr gering ist. Der erhöhte Aufwand der Abrechnung der Warenwirtschaft für Rx im Vergleich zu Non-Rx und wurde für das vorliegende Gutachten lediglich durch die Experteneinschätzung eines Apothekers in Ergänzung der offenen Angaben in der Primärerhebung geschätzt. Auch die Preise der Apothekenabrechnungszentren sind sehr intransparent. Nur die Preise für die VSA GmbH konnten recherchiert werden. Hier gilt zumindest, dass jede Apotheke theoretisch zu diesem Preis abrechnen könnte, wenn sie Kundin der VSA GmbH wäre.

Im Ergebnis werden pro Apotheke die üblichen Kosten für ein Apothekenabrechnungszentrum am Beispiel der VSA GmbH sowie pauschal täglich 45 Minuten Prüf- und Weiterverarbeitungsaufwand für Rezepte je Apotheke kalkuliert. Dabei werden die Aufwände pauschal zu 50 % bei den Inhaber/-innen und zu 50 % bei den PTA verortet und mit den entsprechenden Personalkosten berechnet (Tabelle 28). Aufgrund der geringen Datenbasis wird zudem ein Sicherheitsaufschlag von 10 % pauschal aufgeschlagen. Die Vergütung des Aufwands in der Apotheke mit Personal- und Gemeinkosten entspricht einer durchschnittlichen Zeit von etwas über einer halben Minute (0,7 Minuten) pro Rezept, um es im Nachgang des Kundenkontaktes erneut zu prüfen und einzureichen.

Tabelle 28: Zusätzlicher Abrechnungsaufwand GKV Rezepte im Anschluss an die Beratung: Berechnungsparameter und Aufwand insgesamt für die Apotheken in Deutschland. Berechnet für die Jahre 2013 bis 2018. Quellen: Abrechnungszentrum VSA GmbH, GAmSi; Zeitlicher Aufwand der Abrechnung: Pauschale Expertenschätzung Apotheker. Hell markierter Bereich 2017 und 2018: Fortschreibung anhand des gleitenden Durchschnitts der Veränderungsdaten der vorangehenden 3 Jahre. Eigene Berechnung.

JAHR	2018	2017	2016	2015	2014	2013
Rahmendaten zur Berechnung des Abrechnungsaufwands						
Apothekenanzahl ABDA	19.610	19.814	20.023	20.249	20.441	20.662
Potenzielle Öffnungstage im Jahr (6 Werkstage)	302,8	302	304,7	303,6	301,2	301,0
Arzneimittel Rx-Bruttoumsatz GKV (Quelle: GAmSi) (in Mio. €)	40.455,6	38.728,0	36.923,6	35.668,4	33.977,7	32.004,2
Leistungsdaten Abrechnungsaufwand in €						
Abrechnungszentrum VSA: 0,21 % des Umsatzes mit Rx + 10 % Sicherheitsaufschlag (in Mio. €)	93,5	89,5	85,3	82,4	78,5	73,9
Tägliche Abrechnungskosten Rezepte pro Apotheke (45 min pro Apotheke täglich, davon 50 % Inhaber/in, 50 % PTA + Gemeinkosten)	43 €	42 €	41 €	39 €	38 €	36 €
Abrechnungsaufwand Rezepte (Personal und Gemeinkosten) Apotheken insgesamt + 10 % Sicherheitsaufschlag (in Mio. €)	281,0	274,4	274,3	265,0	254,1	249,0

JAHR	2018	2017	2016	2015	2014	2013
Abrechnungskosten Rezepte insgesamt (in Mio. €)	374,5	363,9	359,6	347,4	332,5	322,9
Abrechnungskosten Rezepte Rx-FAM, Rezepturen inkl. Stoffe und Parenterale (98,2 % von Rx) in Mio. €	367,8	357,3	353,1	338,7	324,1	316,3
Leistungsdaten Abrechnungsaufwand in Minuten						
Anzahl Rezepte (Quelle GAmSi, in Mio. Verordnungsblättern)	481,6	474,2	468,1	461,7	453,1	450,8
Abrechnungsvergütung Personal- & Gemeinkosten pro Rezept	0,58 €	0,58 €	0,59 €	0,57 €	0,56 €	0,55 €
Entsprechende Minuten zur Abrechnungsvorbereitung pharmazeutisches Team pro Rezept	0,7	0,7	0,7	0,7	0,8	0,8

Insgesamt entstehen durch die Abrechnung der Rezepte zu erwartende Kosten im Jahr 2018 in Höhe von fast 368 Mio. €. Damit gehen nur 98,2 % der Rezeptabrechnungskosten in die Berechnung mit ein, da es weitere Rezepte der GKV im Umfang von 1,8 % gibt, die nicht über die AMPPreisV vergütet werden, z. B. Blutzuckerteststreifen; Quelle: GAmSi). Die Kosten für die Abrechnung der Rezepte werden wie ein anderer Leistungsbestandteil (z. B. BtM) zunächst von den Gesamtkosten abgezogen und dann ausschließlich dem Zuschlag für die Warenwirtschaft von Rx (prozentuale Zuschläge Rx-FAM, Rezepturen und Stoffe; Zuschlag parenterale Zubereitungen) wieder zugerechnet.

Festzuschläge Rx-FAM: Packungsanteilige Vergütung

Die Prüfung der AMPPreisV beruht laut theoretischem Konzept (vgl. Kapitel 6.4 Schlussfolgerungen: Konzept der Berechnung der Preise für Apotheken in der AMPPreisV, S. 85 ff.) auf einer Gesamtsystematik gedeckter Kosten. Kosten können dabei stets nur einmal gedeckt werden, wodurch sich der komplexe Aufwand für Fertigarzneimittel residual, also durch Abzug der sonstigen bestimmten Kosten berechnet. So ist auch sichergestellt, dass durch die AMPPreisV alle rezeptpflichtigen Leistungen vollständig kostendeckend vergütet sind und Ungenauigkeiten in der Abschätzung der bisherigen Kostengrößen an dieser Stelle ausgeglichen werden. Gleichzeitig ist es wichtig, die anderen Leistungen möglichst genau zu bestimmen, damit der Bereich der Fertigarzneimittel, der OTC- und der Freiwahlbereich keinen zu großen Kostenanteil übernehmen und damit auch überproportional vergütet werden müssen.

Die bereits behandelten Kosten- und Leistungsbausteine werden demnach von der Berechnung der Fertigarzneimittel in Abzug gebracht.

Die Tabelle 29 auf der folgenden Seite zeigt, welche Kosten von den Umsätzen für Rx-Fertigarzneimittel, OTC- und Freiwahl gedeckt werden müssen.

Tabelle 29: Modell der Kostendeckung: Die Gesamtkosten der öffentlichen Apotheken werden über die Bestandteile der AMPreisV gedeckt. Berechnung anhand aktueller Vergütungslogik des Gutachtens für den Zeitraum 2013 bis 2018. Helle Felder fortgeschrieben anhand des gleitenden Durchschnitts der vorangehenden 3 Jahre. Eigene Berechnung.

JAHR	2018	2017	2016	2015	2014	2013
Zu deckende Gesamtkosten der öffentlichen Apotheken (in Mio. €; s. Tabelle 3, S. 104 f.)	12.308,4	11.690,3	11.166,9	10.675,8	9.970,5	9.732,6
Zu deckende Kosten Notdienst (in Mio. €)	239,4	234,1	229,8	217,1	211,8	206,1
Zu deckende Kosten BtM (in Mio. €)	186,8	183,6	179,5	164,1	161,7	144,0
Zu deckende Kosten Rezepturen und Stoffe (nur Herstellung) (in Mio. €)	272,8	269,4	267,5	259,1	264,4	260,3
Zu deckende Kosten parenterale Lösungen insgesamt (in Mio. €)	157,8	149,0	135,7	128,7	127,1	102,1
Davon kaufmännische Kosten (nur Parenteral) (in Mio. €)	12,4	11,7	10,6	10,1	9,9	8,0
Abrechnungsaufwand Rezepte (in Mio. €)	367,8	357,3	353,1	367,8	352,4	345,1
Zusätzliche kalkulatorische Kosten Nacht- und Notdienst Inhaber/-innen	54,5	55,1	55,1	51,9	51,4	50,5
Zu deckende Kosten ohne Notdienst, BtM-Abgabe, Herstellung Rezepturen, parenterale Lösungen, BtM, und Abrechnung Rx (in Mio. €)	11.138,4	10.551,9	10.056,3	9.619,9	8.932,9	8.754,2

Die Tabelle 29 beschreibt den Ausgangspunkt der Berechnung der Festzuschläge für rezeptpflichtige Fertigarzneimittel. Nach Deckung der Kosten für Notdienst, BtM und weitere dokumentationspflichtige Arzneimittel, Rezepturen und Stoffe, parenterale Zubereitungen und Abrechnung von Rx-Rezepten sind im Jahr 2018 voraussichtlich noch gut 11 Mrd. € Kosten der öffentlichen Apotheken zu decken. Die kalkulatorischen Kosten der durch die Inhaber/-innen geleisteten Nacht- und Notdienste werden wieder addiert, da sie zusätzlich zu den sonstigen Personal- und Gemeinkosten zu decken sind (vgl. Kapitel 8.4.1 Vergütung Nacht- und Notdienst, S. 132 ff.).

Der Anteil, den die Zuschläge für rezeptpflichtige Fertigarzneimittel an diesen verbleibenden Kosten decken müssen, ergibt sich durch den Anteil der Fertigarzneimittel-Packungen an allen Packungen. Die Tabelle 30 auf der folgenden Seite zeigt die Verhältnisse der Packungszahlen von Rx, OTC und Freiwahl sowie innerhalb von Rx. Da die Verordnungszahlen im ersten Halbjahr 2017 nicht gestiegen sind, werden bisher steigende Anzahlen im Modell konstant gehalten (konservative Berechnung zugunsten der Apotheken, da die Kosten dennoch als steigend angenommen werden).

Tabelle 30: Absolute Anzahl der Packungen Rx (Gesamt, Rx-FAM, Rezepturen, parenterale Lösungen, OTC, Freiwahl) und prozentuale Anteile. Quellen: ADBA; PHAGRO, INSIGHT Health, NNF, GKV. Helle Felder: Fortschreibung anhand des gleitenden Durchschnitts der Veränderungsrate der vorangehenden 3 Jahre. Eigene Berechnung.

JAHR	2018	2017	2016	2015	2014	2013
Rx Verschreibungspflichtige Arzneimittel (Quelle: ABDA) in Mio. Packungen	754,0	754,0	754,0	749,0	743,0	737,0
OTC Apothekenpflichtige Arzneimittel (Quelle: ABDA) in Mio. Packungen	611,2	610,1	610,0	620,0	607,0	610,0
Freiwahl/Ergänzungssortiment in Mio. Packungen	469,6	473,1	477,3	481,7	483,7	490,4
Packungsanzahl Apotheken insgesamt	1.834,8	1.837,2	1.841,3	1.850,7	1.833,7	1.837,4
Rx-FAM (Quelle NNF; in Mio. Packungen)	727,1	727,1	727,1	717,3	710,9	708,6
Standardrezepturen und Stoffe GKV+PKV (Quelle: GKV; in Mio. Verordnungen)	8,5	8,7	8,9	8,9	9,2	9,4
Parenterale Lösungen GKV + PKV (Quelle: GKV) in Mio. Verordnungen	4,8	4,6	4,4	4,2	4,0	3,9
Summe Packungen Rx AMPPreisV gesamt	740,4	740,4	740,4	730,4	724,1	722,0
Prozentualer Anteil an Rx						
Rx-FAM in % von Rx	96,4%	96,4%	96,4%	95,8%	95,7%	96,2%
Standardrezepturen & Stoffe in % von Rx	1,1%	1,2%	1,2%	1,2%	1,2%	1,3%
Parenterale Lösungen in % von Rx	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%	0,5%	0,5%
Gesamtanteil Rx AMPPreisV an Rx- Packungen gesamt	98,2%	98,2%	98,2%	97,5%	97,5%	98,0%
Nachrichtlich: Anteil Rx, der außerhalb der AMPPreisV vergütet wird (z. B. Blutzuckerteststreifen)	1,8%	1,8%	1,8%	2,5%	2,5%	2,1%
Nachrichtlich: Anteil Rx-FAM an Rx AMPPreisV*	98,2%	98,2%	98,2%	98,2%	98,2%	98,2%
Prozentualer Anteil an allen Packungen						
Rx-FAM in % alle Packungen	39,6%	39,6%	39,6%	39,1%	38,7%	38,6%
Standardrezepturen und Stoffe in %	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%
Anzahl Parenterale Lösungen in %	0,3%	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
Gesamtanteil Rx-Packungen AMPPreisV	40,4%	40,4%	40,4%	39,8%	39,5%	39,3%
* Der Wert von Rx-FAM entspricht in den Jahren 2016 bis 2018 zufällig dem Anteil von Rx AMPPreisV an allen Rx.						

Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPPreisV) geregelten Preise

Rezeptpflichtige Fertigarzneimittel machen rund 40 % aller in den öffentlichen Apotheken abgegebenen und verkauften Packungen aus. Von den Rx wiederum sind 96 % Fertigarzneimittel. Damit sind durch die Vergütung für Rx Fertigarzneimittel (Rx-FAM) 40 % aller Kosten zu decken sowie der überwiegende Anteil spezifischer Rx-Kosten wie die Abrechnung der Rezepte.

Zusätzlich zu der Bestimmung der Kosten, die durch die Zuschläge für Rx-FAM insgesamt zu decken sind, sind die Kosten auf die zwei Zuschläge aufzuteilen: Der prozentuale Festzuschlag bezieht sich auf die Warenwirtschaft und kaufmännischen Anteile, der absolute Festzuschlag auf die Beratung und die heilberuflichen Anteile.

Prozentualer Festzuschlag Rx-FAM: Warenwirtschaft

Zunächst werden die Kosten für die Warenwirtschaft und der von Rx-FAM zu tragende Anteil bestimmt. Die Kosten für die Warenwirtschaft ergeben sich aus der Zeit, die das Apothekenpersonal je nach Berufsgruppe für die Warenwirtschaft aufbringt (Personalkosten), sowie den damit verbundenen Gemeinkosten. Zur Warenwirtschaft gehören die Bestellung, Lieferung, Lagerung und Bezahlung des gesamten Sortiments. Explizit ausgeschlossen sind dabei die Warenbewegungen im direkten Verkaufs-/Abgabeprozess. Tabelle 31 zeigt die dieser Definition folgenden Ergebnisse der in der Primärerhebung erhobenen Arbeitszeitanteile. Insbesondere die pharmazeutisch-kaufmännischen Angestellten (PKA) und pharmazeutischen Assistenten verbringen den größten Teil Ihrer Arbeit mit Warenwirtschaft, aber auch die anderen Berufsgruppen sind zu einem substantiellen Anteil mit der Warenwirtschaft beschäftigt, die Inhaber/-innen z. B. mit 12 % ihrer Arbeitszeit. So wird letztlich nur 56 % der Warenwirtschaft durch PKA geleistet.

Tabelle 31: Arbeitszeiten für Warenwirtschaft: Zeit für Warenwirtschaft je Berufsgruppe; Anteil der Berufsgruppen an der Warenwirtschaft. Ergebnis der Primärerhebung. VZÄ und Jahreslöhne (Stand Fortschreibung 2018) zur Vergütungsberechnung Warenwirtschaft. Quellen GBE/ABDA/TVöD/ADEXA sowie Quellen zu Lohnnebenkosten und Arbeitszeiten (Kapitel 14.1, S. 220 f.). Eigene Berechnung.

ANTEILE WARENWIRTSCHAFT	VZÄ 2018*	Personalkosten pro VZÄ 2018	Zeit für Waren- wirtschaft	Zeitlicher Anteil an der Waren- wirtschaft
Inhaber/-in	14.952	99.121 €	11,6%	5%
Approbierte	31.058	57.818 €	6,2%	5%
Apothekerassistenten	4.504	44.753 €	11,2%	1%
Pharmazeutisch-technische Assistenten	59.034	36.558 €	14,7%	22%
Pharmazeutisch-kaufmännische Angestellte und pharmazeutische Assistenten	25.626	30.366 €	82,3%	57%
Pharmazeuten im Praktikum	1.830	14.262 €	13,9%	1%
PTA-Praktikanten (in Ausbildung)	1.885	10.042 €	17,7%	1%
PKA in Ausbildung	3.792	11.662 €	82,6%	8%

Personalkosten Warenwirtschaft insgesamt		
2018 (in Mio. €)	1.307,4	100%

* Fortschreibung ABDA/GBE

Die Tabelle 31 enthält zudem die Anzahl der VZÄ pro Berufsgruppe sowie die zugehörigen Personalkosten nach Tarif. Aus der Anzahl der Beschäftigten, ihrer Tariflöhne sowie ihrer Arbeitszeit für Warenwirtschaft ergeben sich multiplikativ die mit den zeitlichen Aufwänden verbundenen Kosten der Warenwirtschaft:

Personalkosten

$$\text{Warenwirtschaft} = \text{VZÄ Berufsgruppe 1} \times \text{Personalkosten} \times \text{Zeit für Warenwirtschaft} + \text{VZÄ Berufsgruppe 2} \times \text{Personalkosten} \times \text{Zeit für Warenwirtschaft} + \dots \text{ bis VZÄ Berufsgruppe 8.}$$

Die Tabelle 31 zeigt das Ergebnis dieser Berechnung beispielhaft für das Jahr 2018. Durch den Aufwand der Berufsgruppen entstehen insgesamt Kosten von rund 1,3 Mrd. €.

Die Gemeinkosten ergeben sich in Bezug auf die gesamte Zeit der Berufsgruppen für Warenwirtschaft (Tabelle 32).

Tabelle 32: Gemeinkosten für Warenwirtschaft: Zeit für Warenwirtschaft je Berufsgruppe; VZÄ und Jahresarbeitsminuten (Stand Fortschreibung 2018). Berechnung der Gesamtzeit Warenwirtschaft. Quellen GBE/ABDA sowie Quellen zur Jahresarbeitszeit (Kapitel 14.1, S. 220). Eigene Berechnung.

	ANTEILE WARENWIRTSCHAFT	VZÄ 2018*	Minuten pro VZÄ 2018	Zeit für Warenwirtschaft	Minuten insgesamt
Inhaber/-in		14.952	104.158	11,6%	180.654.968
Approbierte		31.058	104.158	6,2%	200.566.228
Apothekerassistenten		4.504	104.158	11,2%	52.542.295
Pharmazeutisch-technische Assistenten		59.034	104.158	14,7%	903.882.916
Pharmazeutisch-kaufmännische Angestellte und Pharmazeutische Assistenten		25.626	104.158	82,3%	2.196.712.843
Pharmazeuten im Praktikum		1.830	104.158	13,9%	26.494.670
PTA-Praktikanten (in Ausbildung)		1.885	104.158	17,7%	34.751.796
PKA in Ausbildung		3.792	104.158	82,6%	326.242.854
Minuten Warenwirtschaft insgesamt					3.921.848.571
Gemeinkosten insgesamt (0,31 € pro Minute) in Mio. €					1,215,8

* Fortschreibung ABDA/GBE

Die folgende Tabelle 33 zeigt die Personalkosten und Gemeinkosten für die Warenwirtschaft. Sie liegen in Summe bei 2,5 Mrd. € im Jahr 2018. Gemäß dem Anteil der Packungen sind 40,4 % davon, also ca. 1 Mrd. € durch Rx-FAM/ Rezepturen/ parenterale Lösungen zu decken. Pro Packung/Verordnung fallen demnach 1,38 € Kosten durch Personal- und Gemeinkosten für Warenwirtschaft an, das entspricht durchschnittlich ca. 2 Minuten pro Packung.

Tabelle 33: Aufwand für die Warenwirtschaft in der Apotheke: Personalkosten, Gemeinkosten, Finanzierung Warenbestand. Eigene Berechnung. Hell markierte Bereiche 2017 und 2018: Fortschreibung anhand des gleitenden Durchschnitts der Veränderungsraten der vorangehenden 3 Jahre.

JAHR	2018	2017	2016	2015	2014	2013
Kosten Warenwirtschaft: Personal- und Gemeinkosten; Deckungsbeitrag Rx-FAM, Rezepturen, parenterale Zubereitungen						
Personalkosten (in Mio. €)	1.307,4	1.287,8	1.264,9	1.217,6	1.204,0	1.181,9
Gemeinkosten Warenwirtschaft (in Mio. €)	1.215,8	1.130,7	1.088,2	1.030,6	962,5	928,0
Kosten Warenwirtschaft gesamt (in Mio. €)	2.523,2	2.418,5	2.353,2	2.248,2	2.166,4	2.109,9
Anteil Packungen Rx-FAM/ Rezepturen/ Parenterale an allen Packungen	40,4%	40,4%	40,4%	39,8%	39,5%	39,3%
Zu deckende Kosten Warenwirtschaft durch Rx-FAM/ Rezepturen/ Parenterale (in Mio. €)	1.018,2	976,0	949,6	894,9	855,0	830,2
Erhöhte Kosten Warenwirtschaft Parenterale Lösungen	2,9	2,9	2,4	2,4	2,8	1,3
Anzahl Packungen Rx-FAM/ Rezepturen/ Parenterale (in Mio. Pck.)	740,4	740,4	740,4	730,4	724,1	722,0
Warenwirtschaftskosten pro Packung Rx-FAM/ Rezepturen	1,38 €	1,32 €	1,28 €	1,23 €	1,18 €	1,15 €
Minuten pro Packung (Warenwirtschaftsteam inkl. Gemeinkosten)	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1

Neben den Personalkosten und Gemeinkosten fallen weitere kaufmännische Kosten an: Das sind die Finanzierungskosten für den Warenbestand sowie die bereits berechneten Abrechnungskosten für GKV-Rezepte (Tabelle 28, S. 156).

Die Finanzierungskosten ergeben sich durch den durchschnittlichen Warenbestand, finanziert mit einem kalkulatorischen Zinssatz von 5 % Zinsen. Dieser Zinssatz wurde äquivalent zu den von den befragten Großhändlern benannten Zinssätzen zur Fremdkapitalfinanzierung angesetzt und wurde zugunsten der Apotheken unabhängig von ggf. vorhandenen Zahlungsfristen oder möglichen Finanzierungsangeboten innerhalb des Leistungsspektrums der Abrechnungszentren pauschal einberechnet.

Der Anteil, der durch Rx-FAM/ Rezepturen/ Parenterale gedeckt werden muss, ergibt sich in diesem Fall an dem Anteil am Umsatz, da es sich um eine preisbezogene Größe handelt. Tabelle 34 zeigt den Berechnungsweg. Ausgangspunkte der Berechnung bilden die Daten des Statistischen Bundesamtes zum Bestand der Handelsware am Jahresanfang und -ende sowie die Umsätze der rechtlichen Einheiten (Unternehmen des Wirtschaftszweigs Apotheke). Für die Umsätze für Rx wird äquivalent zu den Packungsanzahlen Rx die Angabe der ABDA verwendet, da sie die Umsätze der GKV, PKV und Selbstzahler umfasst und durch die Angaben der GKV und PKV validiert ist.

Tabelle 34: Finanzierungskosten des Warenbestandes. Berechnungsweg der Kosten für Rx. Quellen: Jahresstatistik im Handel/ ABDA/ PHAGRO. Eigene Berechnung. * Helle Zellen: Fortschreibung anhand des gleitenden Durchschnitts der Veränderungsdaten der vorangehenden 3 Jahre

JAHR	2018	2017	2016	2015	2014	2013
Finanzierung Warenbestand						
Bestand an Handelsware am Anfang des Jahres (Jahresstatistik im Handel; in Mio. €)	2.130,7	2.099,1	2.069,0	2.046,5	2.007,1	1.981,2
Entwicklung*	1,5%	1,5%	1,1%	2,0%	1,3%	
Bestand an Handelsware am Ende des Jahres (Jahresstatistik im Handel; in Mio. €)	2.175,0	2.135,9	2.099,7	2.065,8	2.023,0	1.994,6
Entwicklung*	1,8%	1,7%	1,6%	2,1%	1,4%	
Durchschnittlicher Warenbestand (in Mio. €)	2.152,9	2.117,5	2.084,3	2.056,1	2.015,1	1.987,9
Apothekenumsatz URS (ohne MwSt.) (in Mio. €)	53.878,3	51.738,6	49.674,2	47.606,7	45.816,0	43.962,4
Umsatz verschreibungspflichtige Arzneimittel (ABDA in Mio. €; Werte 2013 und 2014 nur eingeschränkt vergleichbar (ABDA 2017))	41.238,3	39.893,7	38.460,0	37.570,0	36.120,0	35.800,0
Nachrichtlich: Bruttoumsatz GKV Rx ohne MwSt.	33.996,3	32.544,6	31.028,2	29.973,4	28.552,7	26.894,3
Anteil Umsatz Rx (vereinfacht und konservativ, da Gesamtmarkt Rx, nicht nur Rx-FAM und Standardrezeptur)	77%	77%	77%	79%	79%	81%
Kalkulatorische Finanzierungskosten bei 5 % (Zinssatz Primärerhebung Großhandel; in Mio. €)	82,4	81,6	80,7	81,1	79,4	80,9

Wie Tabelle 34 zeigt, sind für die Finanzierung des Warenbestandes in der Apotheke in 2018 82,4 Mio. € anzusetzen. Die Berechnung der 82,4 Mio. € ergibt sich wie folgt:

$$\text{Kalkulatorische Finanzierungskosten Rx} = \text{Durchschnittlicher Warenbestand} \times \text{prozentualer Anteil am Umsatz Rx} \times 5\%$$

Tabelle 35 fasst die kaufmännischen Kosten, die die Basis für die Berechnung des prozentualen Festzuschlags für Rx-FAM und angleichend auch für Standardrezepturen, parenterale Lösungen und Stoffe bilden, zusammen. Die Kosten der kaufmännischen Leistungsanteile beziehen sich demnach bisher insgesamt auf drei Kostenarten: Personal- und Gemeinkosten, Finanzierung des Warenbestandes und

Abrechnungskosten. Hinzugefügt wird an dieser Stelle noch die Finanzierung des gesetzlichen Herstellerrabattes der GKV (gemäß § 130a SGB V), den die Apotheken 10 Tage für die Krankenkassen vorfinanzieren (7 % auf den Herstellerpreis der zulasten der GKV abgegebenen Arzneimittel, zu 5 % für 10 Tage finanziert). Berechnet werden diese Finanzierungskosten anhand des Anteils der Arzneimittelkosten der GKV, die an die Hersteller gehen (Quelle: ABDA Zahlen Daten Fakten). Die Tabelle 35 zeigt die dann für den kaufmännischen Anteil entstehenden Gesamtkosten, die die Grundlage für den kostendeckenden prozentualen Festzuschlag für Rx-FAM ergeben. Er wird zudem als neuer Stoffzuschlag den Rezepturen und Stoffen sowie den Pauschalen für parenterale Lösungen zugerechnet (vgl. 8.4.2 Vergütung Rezepturherstellung S. 138 ff.). Der gleiche Vergütungsanteil wird in die Warenwirtschaftskosten für parenterale Zubereitungen einberechnet, dort jedoch wegen der erhöhten Gemeinkosten angehoben (vgl. Kapitel 8.4.4 Vergütung parenterale Zubereitungen, S. 145 ff.) .

Tabelle 35: Kosten kaufmännischer Aufwand Apotheke für Rx-FAM/ Rezepturen/ Parenterale. Eigene Berechnung.

JAHR	2018	2017	2016	2015	2014	2013
Finanzierung Warenbestand Rx (in Mio. €)	82,4	81,6	80,7	81,1	79,4	80,9
Finanzierung Herstellerrabatt für GKV (5 % Finanzierung von 7 % des Herstellerpreises für 10 Tage) (in Mio. €)	2,3	2,2	2,1	2,0	1,9	1,7
Abrechnungskosten Rezepte Rx AMPreisV (Rx-FAM, Rezepturen, parenterale Lösung; 98,2 % von Rx in Packungen) insgesamt (in Mio. €)	367,8	357,3	353,1	338,8	324,1	316,3
Personal- und Gemeinkosten Warenwirtschaft Rx AMPreisV (in Mio. €)	1.018,2	976,0	949,6	894,9	855,0	830,2
Zu deckende kaufmännische Kosten Rx AMPreisV insgesamt (in Mio. €)	1.470,7	1.417,1	1.385,4	1.316,8	1.260,5	1.229,1
Davon zu deckende kaufmännische Kosten Parenterale Lösungen (in Mio. €)	9,6	8,8	8,2	7,5	7,0	6,7
Zusätzliche erhöhte Kosten Warenwirtschaft Parenterale Lösungen (in Mio. €)	2,9	2,9	2,4	2,4	2,8	1,3
Zu deckende kaufmännische Kosten parenterale Lösungen insgesamt (in Mio. €)	12,4	11,8	10,6	10,0	9,9	8,0
Zu deckende kaufmännische Kosten Rx-FAM und Rezepturen insgesamt (in Mio. €)	1.461,2	1.408,3	1.377,1	1.309,3	1.253,4	1.222,5
Kaufmännische Kosten Rx-FAM (98,2 % der Rx AMPreisV in Packungen; in Mio. €)	1.444,2	1.391,7	1.360,6	1.293,3	1.237,4	1.206,5
Anzahl Packungen Rx-FAM	727,1	727,1	727,1	717,3	710,9	-
Kaufmännische Kosten Rx-FAM pro Packung	1,99 €	1,91 €	1,87 €	1,80 €	1,74 €	

Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) geregelten Preise

Wie die Tabelle 35 zeigt, liegen die kaufmännischen Kosten für Rx-FAM bei ca. 1,4 Mrd. €. Pro Packung entspricht das Kosten von 1,99 € im Jahr 2018.

Die kaufmännischen Aufwände werden nicht durch einen absoluten, sondern durch einen prozentualen Festzuschlag auf den Einkaufspreis der Apotheken vergütet, nach aktueller AMPPreisV 3 %. Für die Berechnung eines kostendeckenden prozentualen Festzuschlags sind daher die Kosten von 1,47 Mrd. € in den prozentualen Zuschlag umzurechnen. Dafür muss der Einkaufspreis bestimmt werden. Dieser lässt sich nur für Rx-FAM aus den Umsätzen rückrechnen, da es hier eine eindeutige Vergütungslogik gibt. Da der genaue Umsatz für Rx-FAM ebenfalls nicht veröffentlicht ist, wird er zunächst anhand des durchschnittlichen Umsatzes pro Packung Rx-FAM berechnet. Der durchschnittliche Umsatz pro Packung Rx-FAM liegt den Gutachtern als Projektinformation von der ABDA vor und wird durch die Angabe für den Umsatz pro verordneter Packung Fertigarzneimittel der GKV validiert, die erwartungsgemäß niedriger liegt, da diese Angabe auch verordnete OTC (OTX) enthält: ABDA 55,72 €; GKV GAmSi 55,37 € (2016 inkl. MwSt.; Abgaben in öffentlichen Apotheken; gesetzliche und vertragliche Rabatte sowie Zuzahlungen unberücksichtigt). Der prozentuale Festzuschlag ergibt sich abschließend durch den Anteil der Kosten Rx-FAM an diesem Einkaufspreis Rx-FAM:

$$\text{Prozentualer Zuschlag Rx-FAM} = \frac{\text{Kaufmännische Kosten Rx-FAM}}{\text{Summe Einkaufspreise Rx-FAM}}$$

Die Tabelle 36 zeigt die Berechnungsinhalte.

Tabelle 36: Berechnung des prozentualen Festzuschlags auf Basis des Einkaufspreises Apotheke Rx-FAM. Eigene Berechnung.

JAHR	2018	2017	2016	2015	2014	2013
Anzahl Packungen Rx-FAM			727,1	717,3	710,9	-
Durchschnittlicher Verkaufspreis pro Packung Rx-FAM inkl. MwSt. (Quelle: ABDA)			55,72 €	55,00 €	53,34 €	-
Umsatz Rx-FAM (berechnet; in Mio. €)			40.514,8	39.451,4	37.918,7	-
Einkaufspreis Rx-FAM (berechnet durch Abzug MwSt., 8,35 €, 0,16 € und 3 %)*	29.000,7	28.055,2	27.046,9	26.260,4	25.062,9	-
Nachrichtlich: Umsatz Rx (ABDA in Mio. €)	41.238,3	39.893,7	38.460,0	37.570,0	36.120,0	-
Kaufmännische Kosten Rx-FAM (s. Tabelle 35, S. 164)	1.444,2	1.391,7	1.360,6	1.293,3	1.237,4	-
Kostendeckender Relativer Festzuschlag ungedeckt (Prozentualer Anteil der zu deckenden kaufmännischen Kosten am Einkaufspreis Rx-FAM)	5,0%	5,0%	5,0%	4,9%	4,9%	-
* 2017 und 2018 fortgeschrieben anhand des Anteils des Einkaufspreises Rx-FAM am Umsatz Rx						

Wie die Tabelle 36 zeigt, werden durch 5 % Festzuschlag auf den Apothekeneinkaufspreis die kaufmännischen Aufwände gedeckt. Der aktuelle relative Festzuschlag von 3 % ist daher um 2 Prozentpunkte zu erhöhen. Da es sich nur bei den Finanzierungsanteilen um preisabhängige Kosten handelt und damit nur um einen Bruchteil der kaufmännischen Kosten, ist zu überlegen, den Zuschlag zu deckeln und damit breiter auf die Apotheken zu verteilen. Im Kapitel 12.1 (S. 203) wird ein gedeckelter Zuschlag berechnet, der die gleiche Kostendeckungssumme realisiert wie die ungedeckelten 5 %. Auch ein absoluter Festzuschlag wäre der überwiegend preisunabhängigen Kostenstruktur der kaufmännischen Leistung angemessener als ungedeckelte 5 %. Ein solcher absoluter kaufmännischer Festzuschlag würde für das Jahr 2018 bei 1,99 € pro Packung liegen (vgl. Tabelle 35).

Absoluter Festzuschlag Rx-FAM: Übrige Aufwände, darin überwiegend Beratung

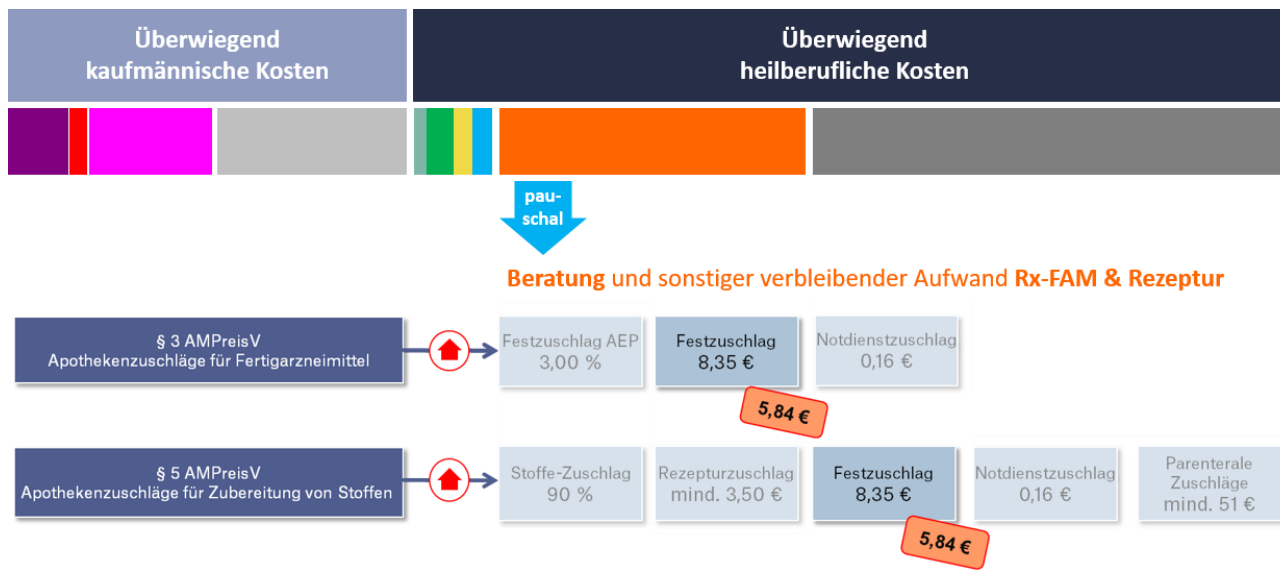


Abbildung 28: Kostenstruktur Apotheken: absoluter Festzuschlag Rx-FAM und Rezepturen. Zuordnung heilberuflicher Kosten und Zuschlag AMPreisV über pauschal packungsbezogene Kosten für Beratung und sonstigen verbleibenden eher heilberuflichen Aufwand Rx-FAM & Rezepturen. Eigene Darstellung.

Der absolute Festzuschlag für Rx-FAM ergibt sich im Folgenden als Deckung aller übrigen Kosten, die packungsanteilig zu OTC und Freiwahl bei Rx-FAM und Rezepturen sowie Stoffen für die Beratung und Abgabe anfällt (Abbildung 28). Da auf den absoluten Festzuschlag der GKV-Rabatt von 1,77 € anfällt, ist dieser in die kostendeckende Kostenkalkulation mit einzubeziehen. Tabelle 37 berechnet den GKV-Rabatt anhand der Packungszahlen der GKV für Rx-FAM und Rezepturen inkl. Stoffen. Die errechnete Anzahl liegt etwas unter der tatsächlich gezahlten Höhe an Rabatten, daher wird in der folgenden Rechnung der tatsächliche Wert verwendet und lediglich anhand des Verhältnisses zum berechneten GKV-Rabatt der Packungszahlen fortgeschrieben. Das bedeutet wegen der sich reduzierenden Rezepturen eine marginale Reduktion in der Summe der GKV-Rabatte.

Tabelle 37: GKV-Rabatt nach § 130a SGB V. Rückwirkend berechnet bis 2013 anhand der aktuellen Parameter: 1,77 € inkl. MwSt. pro Packungseinheit Rx-FAM und Standardrezepturen. Quellen: GAmSi, KV45. Eigene Berechnung. *Hell markierte Bereiche 2017 und 2018: Fortschreibung anhand des gleitenden Durchschnitts der Veränderungsdaten der vorangehenden 3 Jahre. Konstanzhaltung der Packungsanzahlen in den Jahren 2017 und 2018.

JAHR	2018	2017	2016	2015	2014	2013
GKV-Rabatt als „Leistungsbestandteil“						
Anzahl Standardrezepturen inkl. Stoffe GKV (in Mio. Verordnungen)	7,7	7,8	7,9	8	8,2	8,3
Rx-FAM Verordnungen GKV (GAmSi) (in Mio. Verordnungen; unterschätzend, da nur vertragsärztlicher Bereich)	599,9	599,9	599,9	590,4	573,2	562,4
Packungen mit Beratungszuschlag insgesamt	607,6	607,7	607,8	598,4	581,4	570,7
Entwicklung Packungsanzahlen	-0,02%	-0,02%	1,57%	2,92%	1,87%	
Berechneter GKV-Rabatt (1,77 € abzgl. MwSt. x Anzahl Packungen GKV) (in Mio. €)	903,7	903,9	904,0	890,1	864,8	848,9
Tatsächlich gezahlter GKV-Rabatt (ohne MwSt., in Mio. €); liegt höher als der berechnete Wert. Fortschreibung daher ergänzt um äquivalentes Verhältnis wie 2016	920,7	920,8	921,0	891,6	916,8	914,3

In der Tabelle 38 wird abschließend der absolute Festzuschlag für rezeptpflichtige Fertigarzneimittel, Standardrezepturen und Stoffe berechnet. Die für die Beratung und übrige Aufwände anfallenden Kosten werden residual berechnet, umfassen also alle Kosten, die bisher nicht durch die Herstellung von Rezepturen und parenteralen Lösungen, Nacht- und Notdienst, BtM-Abgabe sowie Warenwirtschaft inkl. Finanzierung des Warenlagers, des Herstellerrabattes und der Abrechnung der Rx-Rezepte gedeckt wurden. Hier sind z. B. Managementaufgaben oder Schulungen sowie stichprobenartige Prüfung von Arzneimitteln und Reinigungskosten zu nennen, im OTC-Bereich und Freiwahl z. B. auch Preisgestaltung, Preiswerbung (online/Vor-Ort) und Schaufenstergestaltung sowie bei der Freiwahl zusätzlich dazu Sortimentsgestaltung, da es dort keinen Kontrahierungszwang gibt.

Die Berechnung des absoluten Festzuschlags ergibt sich aus folgenden Berechnungsschritten:

$$\begin{aligned}
 \text{Absoluter Festzuschlag Rx-FAM/Rezeptur} &= & \text{(Übrige zu deckende Kosten insgesamt} & \times \\
 \text{pro Packung} & & \text{Anteil Packungen Rx-FAM/Rezeptur} & - \\
 & & \text{Kaufmännische Kosten Rx-FAM/Rezeptur} & + \\
 & & \text{Volumen GKV-Rabatt)} & / \\
 & & \text{Anzahl Packungen Rx-FAM/Rezepturen.} &
 \end{aligned}$$

Die Tabelle 38 zeigt die Berechnungsgrößen und Ergebnisse.

Tabelle 38: Berechnung absoluter Festzuschlag Rx-FAM. Eigene Berechnung.

JAHR	2018	2017	2016	2015	2014	2013
Zu deckende Kosten ohne Notdienst, BtM-Abgabe, Herstellung Rezepturen, parenterale Lösungen, BtM, und Abrechnung Rx (in Mio. €, s. Tabelle 29)	11.138,4	10.551,9	10.056,3	9.619,9	8.932,9	8.754,2
Packungsbezogener Kostendeckungsanteil Rx-FAM/Rezepturen inkl. Stoffe (40,1 %) zzgl. Abrechnungskosten und Herstellerabschlagfinanzierung (in Mio. €)	4.835,8	4.591,1	4.389,0	4.148,3	3.831,8	3.743,9
Zu deckende kaufmännische Kosten Rx-FAM und Rezepturen insgesamt (in Mio. €)	1.461,2	1.408,3	1.377,1	1.309,3	1.253,4	1.222,5
Verbleibender Kostenanteil übrige Aktivitäten, darunter Beratung Rx-FAM/Rezepturen inkl. Stoffe insgesamt (in Mio. €)	3.374,7	3.165,2	2.995,3	2.824,0	2.564,3	2.508,1
GKV-Rabatt (1,77 € abzgl. MwSt.) GKV	920,7	920,8	921,0	891,6	916,8	872,6
Zu deckende Kosten absoluter Festzuschlag Rx-FAM/Rezepturen inkl. Stoffe insgesamt (in Mio. €)	4.295,4	4.086,0	3.916,3	3.715,6	3.430,7	3.384,2
Anzahl Packungen Rx-FAM/Rezepturen inkl. Stoffe (in Mio. Pck.)	735,6	735,8	736,0	726,2	720,1	718,0
Kostendeckender absoluter Festzuschlag Rx-FAM/Rezepturen inkl. Stoffe pro Packung	5,84 €	5,55 €	5,32 €	5,12 €	4,76 €	4,71 €
Abgeleiteter absoluter Festzuschlag GKV (nach Abzug 1,77 € abzgl. MwSt.)	4,35 €	4,07 €	3,83 €	3,63 €	3,28 €	3,23 €
Vergütete Minuten übrige Aktivitäten, darunter Beratung pro Packung (pharmazeutisches Team)	6,9	6,7	6,7	6,6	6,4	6,6
Vergütete Minuten übrige Aktivitäten, darunter Beratung pro Packung GKV (pharmazeutisches Team)	5,2	4,9	4,8	4,7	4,4	4,5

Wie in Tabelle 38 dargestellt ist, ist der absolute Festzuschlag für Rx-FAM im Jahr 2018 mit 5,84 € kostendeckend. Das bedeutet im Vergleich zu dem aktuellen absoluten Festzuschlag eine Reduktion von 2,51 € pro Packung und Rezeptur. Dieser Zuschlag wird äquivalent als absoluter Festzuschlag den Rezepturen zugeordnet.

Die Berechnung aller Vergütungsbestandteile beruht auf der aktuellen Kostenstruktur bzw. ihrer erwarteten Steigerung bis ins Jahr 2018. In dieser Kostenstruktur ergeben sich durch die berechnete

Vergütung Zeitkontingente von durchschnittlich 2,8 Minuten für die Warenwirtschaft und Abrechnung der Rezepte in der aktuell dafür verantwortlichen Teamstruktur sowie durchschnittlich 5 bis 7 Minuten Zeit pro Packung für das pharmazeutische Team für übrige Aktivitäten. Diese Zeit ist der Beratung zuzuordnen sowie weiteren Tätigkeiten in der Apotheke, die nicht der Warenwirtschaft und Abrechnung der Apotheke sowie der Herstellung von Rezepturen, Zubereitung parenteraler Lösungen, der Ableistung des Nacht- und Notdienst oder Abgabe von BtM, aber der Abgabe von Rx-FAM und Rezepturen und Stoffen zuzuordnen sind.

GKV Rezepte enthalten durchschnittlich 1,6 Verordnungen (GAmSi 2016; Berechnung aus der Anzahl Rezepte und der Anzahl Verordnungen), d. h., dass für ein Rezept durchschnittlich 8 bis 11 Minuten Zeit für die Abgabe ohne Warenwirtschaft zur Verfügung stehen. Die anhand der rückwirkend berechneten Minuten im Zeitverlauf wird die konservative Fortschreibungsmethode für 2017 und insbesondere 2018 deutlich. Von 2017 auf 2018 steigen die vergüteten Minuten pro Packung. Das liegt wesentlich an der Annahme steigender Kosten bei konstanter Packungsmenge in der Fortschreibung. Da auf die Berechnungen sehr viele Einflussfaktoren in Bezug auf die abgegebenen Mengen und die entstehenden Kosten wirken, wird eine jährliche Aktualisierung der Berechnungen empfohlen.

8.4.7 Zusammenfassende Vergütungsänderung bei Kostendeckung

In der bisherigen Berechnung wurden bei einigen Vergütungsbestandteilen höhere Zuschläge berechnet, bei anderen geringere. Die Abbildung 29 zeigt die Veränderung der Preisbestandteile im Überblick¹⁴.

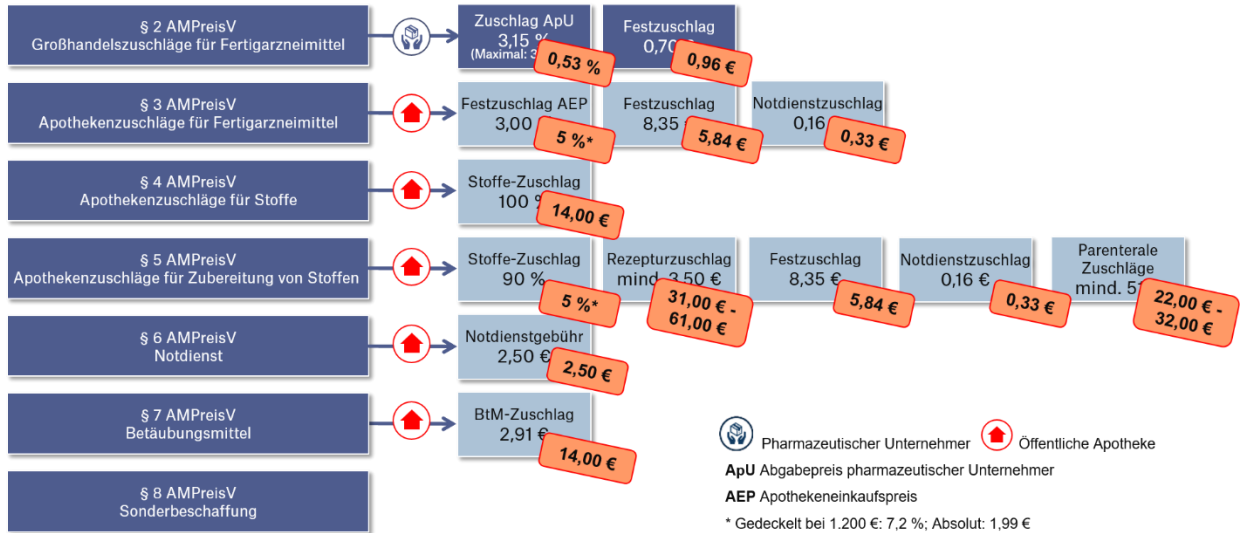


Abbildung 29: Struktur der AMPreisV bei kostendeckender Vergütung (Wiederholung der Abbildung 2)

Mit den Änderungen der Vergütungsbestandteile wird insgesamt eine kostendeckende Vergütung umgesetzt. Dies führt zu gesamthaften Einsparungen bei den Kostenträgern sowie Vergütungsrückgängen bei den Apotheken. Tabelle 39 zeigt die Zusammenstellung der Effekte der kostendeckenden Berechnung der Preisbestandteile auf die Kostenträger, also überwiegende GKV und PKV.

Tabelle 39: Gesamtsystematik Vergütung: Auswirkung einer kostendeckenden Vergütung auf die Ausgaben der Kostenträger. Eigene Berechnung.

KOSTENWIRKUNG	Kosten-deckende AMPreisV	aktuelle AMPreisV	Änderung für Kostenträger bei Kostendeckung	Änderung pro Leistung (Packung/Notdienst)
GKV/PKV/Beihilfe/Selbstzahler 2018				
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 €

¹⁴ Die AMPreisV enthält zusätzlich einen Wert, der angibt, zu welchem Preis eine Packung Rx-FAM abgegeben wird, wenn sie zurückgegeben wurde, aktuell 5,80 € (vgl. Infobox 1 S. 21). Für den neuen absoluten Festzuschlag bedeutet das prozentual einen Wert von 4,10.

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	-

Wie Tabelle 39 zeigt, sind mit der berechneten Anpassung der AMPreisV Einsparungen der Kostenträger von insgesamt ca. 1 Mrd. € verbunden, obwohl in vielen Vergütungskomponenten wesentliche Erhöhungen berechnet sind.

Die Auswirkungen auf die Apotheken sind in der Tabelle 40 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 Apotheken tatsächlich ergibt, hängt insbesondere davon ab, ob die Apotheke die Preise für OTC und Freiwahl dahingehend erhöhen, dass sie ebenfalls kostendeckend angeboten werden bzw. mindestens so erhöht werden, dass 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 der Vergütungsumstellung.

Tabelle 40: 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	Reduktion Einnahmen
Ergebniswirkung pro Apotheke ohne Zubereitung parenteraler Lösungen			
Apothekenanzahl 2018	19.610	19.610	
Rohertrag Rx pro Apotheke	282.248 €	321.705 €	-39.864 €

Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) geregelten Preise

EINNAHMEWIRKUNG APOTHEKEN 2018	kostendeckende AMPreisV	Aktuelle AMPreisV	Reduktion Einnahmen
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 €	
Anzahl Packungen OTC/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 €

8.5 Diskussion der Berechnungsergebnisse Apotheke

Eine kostendeckende Vergütung ist vor dem Hintergrund der flächendeckenden Versorgung zu empfehlen, da bisher Vergütungsbestandteile im Zuschlag der Fertigarzneimittel enthalten waren und somit auch den Apotheken zugutekommen, die gar keine oder wenige Rezepturen herstellen, BtM abgeben oder überdurchschnittlich viele Nacht- und Notdienste leisten.

Die Berechnungen zeigen, dass die Apotheken durch die aktuell gültigen Preisregelungen nicht wie häufig betont, Gemeinwohlpflichten mehr oder weniger ehrenamtlich erbringen, sondern dass die Festzuschläge für Fertigarzneimittel in der Vergangenheit derart hoch kalkuliert worden sind, dass sie die Gemeinwohlpflichten beinhalten und darüber hinaus Bereiche der OTC-Abgabe und der Freiwahl subventionieren. Dieses Berechnungsergebnis ist trotz des hohen Einsparpotenzials Folge einer konservativen Berechnungsweise. Wann immer die Daten keine präzise Berechnung ermöglichten, wurde zugunsten der Apotheken und zugunsten einer höheren Vergütung gerechnet. Insbesondere zu den Aufwänden für Rezepturen und zur Abgabe von BtM wurde die Selbstauskunft des Aufwandes der Apotheken einbezogen. Der für BtM errechnete Zuschlag liegt mit 14 € erheblich über dem von Hüsgen bestimmten Wert von 8,31 €. In der Bezugsgröße der Kostenerstattung ist die aktuelle Kostenstruktur zugrunde gelegt worden, ohne Wirtschaftlichkeitsreserven anzunehmen. Die durchschnittlichen Kosten liegen für die auf den gesamten Apothekenumsatz hochgerechneten Angaben höher als die Durchschnittskosten der Steuerdaten der ABDA. Ebenfalls zugunsten der Apotheken wurde ein kalkulatorischer Unternehmerlohn nach Vorbild der ärztlichen Vergütung einkalkuliert, obwohl Niederlassungsfreiheit besteht.

Wie die Berechnungen zeigen, machen rezeptpflichtige Fertigarzneimittel nur 39 % der Packungseinheiten in den Apotheken aus, während der Umsatzanteil 80 % entspricht. Wie die Apotheker in der Befragung mehrfach selbst geäußert haben, ist der Umsatz für den Aufwand sekundär und daher die hohen Umsätze im Apothekenbereich irreführend. Es ist daher nicht aufrechtzuerhalten, dass – wie bisher – 75 % der Kosten durch rezeptpflichtige Arzneimittel zu decken sind.

Aufgrund der gesetzlichen Regelungen sind die Kostenträger dazu verpflichtet, die Leistungen der Apothekerinnen und Apotheker für rezeptpflichtige Arzneimittel nach dem Wirtschaftlichkeitsprinzip zu erstatten. Daraus abgeleitet ist es den Kostenträgern nicht gestattet andere Produktbereiche direkt oder indirekt zu finanzieren bzw. zu subventionieren. Daher ist im Rahmen des vorliegenden Gutachtens ein Exkurs mit Augenmerk auf den Produktbereich Non-Rx erforderlich. Im Bereich der Non-Rx-Produkte sind Apotheken im Bereich der Preisgestaltung weitgehend frei. Mit Bezug auf das Berichtsjahr 2016 gewährten die öffentlichen Vor-Ort-Apotheken im Durchschnitt über alle Non-Rx-Produkte einen Preisnachlass (Abweichung rAVP zu AVP) für die Endkundinnen bzw. Endkunden in Höhe von 8,3 % auf Arzneimittel und 10,8 % auf Nichtarzneimittel. Die Versandapotheken gewährten 33,6% auf Arzneimittel und 25,4% auf Nichtarzneimittel (Quelle: Preisniveauentwicklung Offizin- vs. Versandapotheken; APO Channel-Monitor; INSIGHT Health vom 17.08.2017). Im Vergleich zu den Preisnachlässen im Jahr 2013 lässt sich feststellen, dass die Vor-Ort-Apotheken ihre Preisnachlässe für Arzneimittel um durchschnittlich gut 1 % erhöhten, wohingegen die Versandapotheken ihre Preisnachlässe um durchschnittlich gut 11% erhöhten (Quelle: Preisniveauentwicklung Offizin- vs. Versandapotheken; APO Channel-Monitor; INSIGHT Health vom 17.12.2015). Auch kosten- bzw. erlösrelevant ist die Entwicklung bspw. der Werbeausgaben der pharmazeutischen Unternehmer, denn letztlich sind diese in die Herstellerpreisfestsetzung mit einzukalkulieren. Die Werbeaufwendungen der pharmazeutischen Unternehmer stiegen von 756 Mio. im Jahr 2010 auf 1,22 Mrd. im Jahr 2016 (Quelle: Media Impact GmbH & Co. KG 2017; Werbeaufwendungen nach Branchen 2010 bis 2017 (Jan. – Aug.)). Dies entspricht einer Steigerung von ca. 62 %. Es ist daher anzunehmen, dass Non-Rx-Produkte ggf. auch kostendeckend abgegeben werden könnten. Hier besteht grundsätzlich ein Handlungsfeld, welches auch im Einflussbereich der Apotheken liegt, sei es durch Preisgestaltung oder Verhandlungen mit den Hersteller/-innen. Obwohl diese Thematik nicht Bestandteil des vorliegenden Gutachtens ist, weisen die Autoren darauf hin, dass eine eventuelle Mitfinanzierung der Non-Rx-Produkte durch die gegenwärtige AMPPreisV weder gesetzlich vorgesehen noch abgedeckt ist.

Die Änderungen der Einnahmen bei kostendeckender Vergütung zeigen auf, dass eine Kompensation über die Preise für OTC und Freiwahl möglich ist. Insgesamt ist jedoch wesentlich, dass die flächendeckende Versorgung nicht gefährdet ist. Die Datenlage zur flächendeckenden Versorgung wird im Kapitel 11 (S. 194 ff.) dargestellt.

9. Datenbasis & Berechnung Großhandel

Die Datenbasis zum vollversorgenden pharmazeutischen Großhandel ist vergleichbar aufgebaut wie die der Apotheken. Die Kosten liegen aus der Jahresstatistik des Handels vor, die Leistungsdaten werden vom PHAGRO geliefert. Da für die Vergütung der vollversorgende pharmazeutische Großhandel maßgeblich ist (vgl. Kapitel 7.3 Aktuelle Berechnungslogik AMPPreisV), kann nicht auf die Gesamtzahl der Packungen Bezug genommen werden, sondern müssen sich Kosten und Leistungsdaten auf den gleichen Marktausschnitt beziehen, der die Belieferung durch die Mitglieder des PHAGRO umfasst. Zu den vollversorgenden pharmazeutischen Großhändlern gehört auch der Großhändler AEP, der aufgrund der verfügbaren Datenbasis ausschließlich für die Abschätzung von zusätzlichen Kosten im Bereich BtM, Kühlartikel und Hochpreiser einbezogen werden konnte. Hochpreiser sind Arzneimittel mit ApU ≥ 1.200 €, der Schwelle der prozentualen Vergütung in der AMPPreisV von aktuell 3,15 %. Diese Abschätzung bildet für die Vergütung der Großhändler eine Ergänzung der vorliegenden Daten. Dafür erfolgte wie bei den Apotheken eine Primärerhebung.

Im folgenden Abschnitt werden zunächst die vorliegenden Daten zum Großhandel beschrieben.

9.1 Vorliegende Daten: Kosten- & Leistungsdaten

Die Kosten des vollversorgenden pharmazeutischen Großhandels setzen sich aus den Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffen, den Entgelten und Sozialabgaben, den Mieten, Pachten und Operate Leasing sowie betrieblichen Steuern, Abgaben und weiteren bezogenen Leistungen und anderen betriebliche Aufwendungen zusammen.

Die Tabelle 41 zeigt die aggregierten Kosten der PHAGRO-Mitglieder in den Kostenbestandteilen und Gesamtkosten. Die in den letzten Jahren realisierten Kostenreduktionen werden nicht fortgeschrieben, sondern die Gesamtkosten von 2015 konstant gehalten (konservative Berechnung zugunsten des Großhandels: Kosten von 1,07 Mrd. € anstatt fortgeschriebenen Kosten anhand des gleitenden Durchschnitts von 0,97 Mrd. € im Jahr 2018).

*Tabelle 41: Sonderauswertung Statistisches Bundesamt: Jahresstatistik im Handel. Aggregierte Kostendaten zu den Mitgliedern des PHAGRO. *Helle Felder 2017 und 2018: Fortschreibung anhand des gleitenden Durchschnitts der Veränderungsraten der vorangehenden 3 Jahre. **Gesamtkosten: konstant.*

JAHR	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010
Anzahl Unternehmen	12	12	12	12	12	13	13	12	12
Entgelte (in Mio. €)	416,1	425,6	437,5	443,5	455,5	475,4	462,4	328,4	355,1
Entwicklung*	-2,2%	-2,7%	-1,3%	-2,6%	-4,2%	2,8%	40,8%	-7,5%	2,2%
Sozialabgaben (in Mio. €)	90,5	89,9	89,7	90,2	88,3	88,9	91,6	63,9	72,0
Entwicklung*	0,6%	0,3%	-0,5%	2,1%	-0,8%	-2,9%	43,3%	-11,2%	2,6%
Mieten, Pachten, Operate Leasing	45,3	46,7	48,1	50,4	51,1	52,8	57,9	42,6	45,1

Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPPreisV) geregelten Preise

JAHR	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010
(in Mio. €)									
Entwicklung*	-2,9%	-3,0%	-4,5%	-1,3%	-3,3%	-8,8%	36,0%	-5,6%	0,3%
Betriebliche Steuern und Abgaben (in Mio. €)	6,1	6,6	8,1	10,2	8,7	17,6	24,7	61,6	24,6
Entwicklung*	-7,4%	-18,2%	-20,8%	16,7%	-50,3%	-28,9%	-59,9%	150,1%	85,3%
Bezogene Leistungen u.a. betriebliche Aufwendungen (in Mio. €)	369,3	382,7	394,1	404,2	426,0	430,8	436,3	332,0	365,9
Entwicklung*	-3,5%	-2,9%	-2,5%	-5,1%	-1,1%	-1,3%	31,4%	-9,3%	11,8%
Wareneinsatz Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe (in Mio. €)	21,5	22,1	22,5	22,6	23,7	23,9	23,1	24,2	18,2
Entwicklung*	-2,3%	-2,0%	-0,6%	-4,4%	-1,1%	3,7%	-4,8%	33,0%	24,5%
Örtliche Einheiten	98	99	100	101	101	103	104	88	86
Entwicklung*	-0,6%	-1,0%	-1,0%	0,0%	-1,9%	-1,0%	18,2%	2,3%	2,4%
Bruttoinvestitionen (in Mio. €)	38,8	42,0	43,3	44,5	53,5	48,5	49,1	40,8	38,9
Entwicklung*	-7,5%	-3,1%	-2,6%	-16,8%	10,2%	-1,2%	20,4%	4,8%	84,2%
Gesamtkosten (in Mio. €)	1.065,6	1.065,6	1.065,6	1.065,6	1.106,7	1.138,0	1.145,2	893,6	919,8
Entwicklung**				-3,7%	-2,7%	-0,6%	28,2%	-2,9%	9,6%

Die Leistungsdaten des vollversorgenden Großhandels bilden die Anzahlen ausgelieferter Packungen an die öffentlichen Apotheken. Tabelle 42 zeigt die Verteilung von Rx und Non-Rx sowie besonders zu betrachtenden, da mit Mehraufwand verbundenen Packungen an Betäubungsmitteln (BtM) und Kühlartikeln sowie Hochpreiser (ab Deckelungsgrenze des prozentualen Zuschlags des Großhandels § 2 AMPreisV, aktuell 3,15 %. Das entspricht einem ApU von 1.200 €).

Tabelle 42: Anzahl Packungseinheiten Kühlprodukte, BtM und Hochpreiser (Quelle: PHAGRO); Durchschnittspreise Hochpreiser (Quelle: GAmSi (Durchschnittspreis je Packung Hochpreiser). *Helle Felder 2017,2018 Fortschreibung anhand des gleitenden Durchschnitts der Veränderungsdaten der vorangehenden 3 Jahre. ** 2017, 2018 konstant auf Wert 2016 nach GAmSi 1. Halbjahr 2017.

JAHR	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010
BtM (in Mio. Pck.)	13,3	13,0	12,8	12,6	12,4	12,0	10,9	10,3	10,1
Entwicklung*	1,7%	2,2%	1,5%	1,5%	3,6%	9,6%	6,1%	2,2%	
Kühlprodukte (in Mio. Pck.)	43,3	43,3	43,6	43,2	43,5	44,5	41,9	39,6	39,1
Entwicklung*	-0,1%	-0,7%	1,1%	-0,8%	-2,3%	6,2%	5,9%	1,4%	

Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) geregelten Preise

JAHR	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010
Kühlprod. Rx (in Mio. Pck.)	40,3	40,3	40,6	40,2	40,5	41,4	39,0	36,9	36,4
Entwicklung*	-0,1%	-0,7%	1,1%	-0,8%	-2,3%	6,2%	5,9%	1,4%	
Kühlprod. Non-Rx (in Mio. Pck.)	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,1	2,9	2,7	2,7
Entwicklung*	-0,1%	-0,7%	1,1%	-0,8%	-2,3%	6,2%	5,9%	1,4%	
Hochpreiser (in Mio. Pck.)	2,6	2,4	2,2	2,1	2,1	1,7	1,4	1,3	1,3
Entwicklung*	5,9%	9,0%	6,2%	2,4%	18,4%	24,3%	4,5%	0,0%	
Rx gesamt (in Mio. Pck.)	708,6	708,6	708,6	709,7	707,1	705,6	666,4	680,7	691,2
Entwicklung**			-0,2%	0,4%	0,2%	5,9%	-2,1%	-1,5%	
Rx normal (in Mio. Pck.)	654,4	653,9	653,0	654,9	652,2	650,5	615,0	632,2	643,4
Entwicklung*	0,1%	0,1%	-0,3%	0,4%	0,3%	5,8%	-2,7%	-1,7%	
Rx gesamt FAM (96,4%) (in Mio. Pck.)	683,4	683,4	683,4	684,4	681,9	680,5	642,6	656,4	666,5
Entwicklung**			-0,2%	0,4%	0,2%	5,9%	-2,1%	-1,5%	
Non-Rx (in Mio. Pck.)	765,0	775,2	790,3	819,3	807,2	838,1	793,5	806,4	848,0
Entwicklung*	-1,3%	-1,9%	-3,5%	1,5%	-3,7%	5,6%	-1,6%	-4,9%	

Die Entwicklung der Anzahl der Packungen zeigt Anstiegen bei allen zeitaufwendigen Packungen im Vergleich zu einer stagnierenden Gesamtanzahl an Packungen.

Bei Berechnung des Festzuschlages besteht die grundsätzliche Problematik, dass die Kosten insgesamt und von den einzelnen Mitgliedsfirmen des PHAGRO zwar festgestellt werden können, jedoch keine exakte Zuordnung der Kosten zu den einzelnen Rx-Produkten möglich ist. Es müssen folglich Annahmen getroffen werden, die möglichst realitätsnah den Aufwand erfassen. Dieses Vorgehen wurde vom PHAGRO bereits im Jahr 2010 angewendet.

Dabei ist laut PHAGRO davon auszugehen, dass eine Aufteilung der Kosten für Rx ausschließlich im Verhältnis der Packungszahlen nicht die Realität widerspiegelt, und zwar aus den folgenden genannten Gründen:

- Produkte, für die ein Mehraufwand geleistet werden muss: BTM-, Kühlketten- und Kühlprodukte sowie Gefahrenstoffe.
- Behördliche Auflagen für Rx-Produkte erfordern einen entsprechenden Verwaltungsaufwand.
- Nur im Rx-Bereich existieren sehr teure Produkte, für die höhere Kapitalkosten und höhere Kosten für Bruch und Schwund entstehen.
- Nur im Rx-Bereich existieren Produkte, die mit höherem Kostenaufwand gesondert gesichert werden müssen, da bspw. ein attraktiver illegaler Markt vorhanden ist.
- Umsetzung von Rabattverträgen.
- Umsetzung der Fälschungsschutzrichtlinie (RL 2011/62/EU).
- Umsetzung der GDP-Guidelines.

Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) geregelten Preise

Aufgrund der getroffenen Annahmen, hat der PHAGRO in der Berechnung 2010 folgende Artikel als vergütungsrelevant identifiziert und in Schätzungen den Zusatzaufwand in Aufschlagsfaktoren für definierte Prozessschritte quantifiziert: BtM-, Kühlketten- und Kühlprodukte. Diese Aufschlagsfaktoren werden für das vorliegende Gutachten bei den Großhändlern als Schätzwerte aktualisierend und erweiternd erfragt, um eine aktuelle kostendeckende Vergütung zu berechnen.

Für den erhöhten Zeitaufwand liegen außer einer Schätzung des PHAGRO anhand der Daten von 2010 keine Daten vor. Es wurde daher eine Befragung der PHAGRO-Mitglieder sowie des AEP durchgeführt.

9.2 Primärerhebung Großhandel

Das Vorgehen im Überblick

Vor dem Hintergrund der Zielstellung eines aufwandsgerechten und transparenten Vergütungsmodells für den Großhandel wurden im Rahmen der Primärerhebung im Wesentlichen folgende Schritte durchgeführt:

- Experteninterviews mit Vertreter/-innen des PHAGRO,
- Experteninterviews mit weiteren Vertreter/-innen des Pharmagroßhandels,
- Besichtigung zweier Pharmagroßhändler (inkl. sämtlicher Prozessschritte),
- Workshop mit Vertreterinnen und Vertretern des PHAGRO,
- schriftliche Befragung der Mitglieder des PHAGRO sowie der AEP GmbH,

Auf Grundlage der daraus gewonnenen Informationen wird in Verknüpfung mit der vorliegenden Datengrundlage die Höhe der Vergütung des absoluten Festzuschlages und des prozentualen Höchstzuschlages für Rx-Fertigarzneimittel konform zu den gesetzlichen Grundlagen bestimmt.

Stichprobe Großhandelsbefragung

Für die Großhandelsbefragung wurde eine Grundgesamtheit von 12 vollversorgenden Großhandelsunternehmen Anfang 2017 bestimmt. Dabei wurde als gesetzliche Anforderung die Grundgesamtheit auf vollversorgende Großhändler beschränkt. 9 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. Angaben zu Absatz und Umsatz korrespondieren mit der Jahresstatistik im Handel. Zum Schutz der Daten der Großhändler sowie vor dem Hintergrund möglicher kartellrechtlicher Bedenken, wurden bei der Durchführung der Primärerhebung umfassende Datenschutz- und Datensicherheitsmaßnahmen ergriffen. Die Angaben wurden ausschließlich anonymisiert ausgewertet.

Inhalte des Fragebogens

Der Fragebogen bestand aus zwei Themenbereichen:

- Kostenrelevante Absatzzahlen (wie z. B. Umsatz mit der Belieferung öffentlicher Apotheken in Deutschland, abgesetzte Menge an Packungen; inkl. Teilmengen - ungekühlte Rx-Fertigarzneimittel

ohne BtM, gekühlte Rx-Fertigarzneimittel ohne BtM,-ungekühlte BtM, gekühlte BTM, OTC/OTX, Hochpreiser > 1.200 € Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers (ApU), Stoffe für Rezepturen, Hilfsmittel und sonstiges Ergänzungssortiment), Fremdkapitalzinssatz, Anteil der Verwaltungskosten an den Gesamtkosten, Lieferkosten,

- Zusatzkosten für die Rx-Produktgruppen nach Kostenkategorien und entsprechenden Prozessen für: Kühlartikel, BtM und Hochpreiser. Bspw. erhöhte Raum- und Betriebskosten, erhöhte Personalkosten oder erhöhte Bruttoinvestitionen.

Alle Angaben beziehen sich auf den Absatzmarkt Deutschland und auf die Belieferung öffentlicher Apotheken. Der Fragebogen wurde als Datentabelle zum Ausfüllen versendet. Die kostenrelevanten Absatzzahlen dienen der quantitativen Einordnung der Schätzgrößen, die den Kern der Befragung ausmachen. Um möglichst konkrete Schätzungen zu erzielen, wurden Prozessbeschreibungen des PHAGRO verwendet und die erhöhten Kosten für Kühlartikel, BtM und Hochpreiser für verschiedene, den PHAGRO Mitgliedern geläufigen, Kostenkategorien separat abgefragt.

Kosten- und Gewichtungsfaktoren des Großhandels

Die Kosten der 12 Mitgliedsunternehmen für das Berichtsjahr 2015 belaufen sich laut Statistischem Bundesamt auf ca. 1,07Mrd. €. Die Angaben des PHAGRO zu den Kosten liegen höher als die Destatis-Daten, geben jedoch eine detailliertere Kostenaufteilung wieder, die in der Schätzung der Mehraufwände aufgegriffen wird. Dabei entfallen ein Großteil auf Personal- (rund 48 %) und auf Transportkosten (rund 25 %, Tabelle 43). Die Personalkostenanteile werden validiert durch die Angaben von Destatis (rund 50 %). In den folgenden Berechnungen werden grundsätzlich die Kosten nach Handelsstatistik verwendet. Um die Detailaufwände der PHAGRO-Mitglieder für Rx konkreter abfragen und zuordnen zu können, werden die prozentualen Anteile der Kostenarten des PHAGRO in Bezug die absoluten Kosten von Destatis angewendet.

Tabelle 43: Kostenstruktur vollversorgender Großhandel anhand der Mitgliedsunternehmen des PHAGRO 2016. Die Destatis-Daten von 2015 validieren die IFH-Daten zu den Kosten des Großhandels. Quellen: PHAGRO/ Institut für Handelsforschung (IFH), Destatis: Jahresstatistik im Handel. Eigene Berechnung.

KOSTEN 2016	KOSTEN IFH (in €)	IN %	KOSTEN DESTATIS 2015 (in €)
Gesamtkosten	1.239.933.977	100 %	1.065.554.882
- davon Personal	595.890.600	48 %	533.602.698 (50 %)
- davon Touren / Transport	309.983.494	25 %	
- davon Raum / Miete	84.267.358	7 %	
- davon IT	48.152.776	4 %	
- davon Finanzierungskosten	36.114.582	3 %	
- davon allg. Verwaltungskosten	111.353.294	9 %	
- davon sonstige Kosten	54.171.873	4 %	

Bei der Schätzung der Gewichtungs- bzw. Aufschlagsfaktoren für den Mehraufwand im Vergleich zu normalen Rx wurde aus Vereinfachungsgründen auf die im Jahr 2010 vorgenommene Trennung in Kühl- und Kühlkettenprodukte verzichtet. Stattdessen wurden die Schätzungen auf der Basis von Kostenarten ausdifferenziert, um die Schätzung zu konkretisieren und damit die Schätzung valider zu machen. Der Abfrage lagen umfangreiche Prozessdefinitionen des PHAGRO zum Umgang mit BtM und Kühlartikeln zugrunde. Zudem wird die Abfrage aufgrund der stark steigenden Entwicklung der Anzahl der Hochpreiser seit 2010 im Rahmen des vorliegenden Gutachtens um Aufschlagsfaktoren für Hochpreiser erweitert. Hochpreiser sind Arzneimittel, die im Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers höher als 1.200 € liegen. Das entspricht der Grenze, ab der die Vergütung des Großhandels im prozentualen Zuschlag von 3,15 % gedeckelt ist.

Die Befragung der Großhändler ergibt durchschnittliche Gewichtungs- bzw. Aufschlagsfaktoren für BtM, Kühlartikel und Hochpreiser (Tabelle 44).

Tabelle 44: Gewichtungsfaktoren für Rx-Arzneimittel mit besonderem Prozessaufwand im Großhandel. Schätzung der vollsortierten Großhändler des 2010 (PHAGRO) und 2017 (PHAGRO und AEP).

PRODUKT/PROZESS	GEWICHTUNGSFAKTOR 2010	GEWICHTUNGSFAKTOR 2017
Kühlprodukte Betrieb		5,1
Kühlprodukte Bruttoinvestitionen	6,0/8,0 (Kühl/Kühlkette)	5,2
Kühlprodukte Personalkosten		3,0
Kühlprodukte Transportkosten		4,4
BTM Betriebskosten		4,6
BTM Bruttoinvestitionen	10,0	8,7
BTM Personalkosten		7,1
BTM Transportkosten		4,1
Hochpreiser pauschal	-	4,0
Sonstige Rx	1,0	1,0

Für Kühlprodukte, BtM und Hochpreiser fallen durchschnittlich 3-fache bis 9-fache Aufwände im Vergleich zu sonstigen, normalen Rx an. Im Jahr 2010 war der Aufwand auf das 6-fache bis 10-fache geschätzt worden. In Tabelle 45 auf der folgenden Seite ist die Berechnung der nach Kosten gewichteten Gewichtungsfaktoren dargestellt.

Tabelle 45: Berechnung der Gewichtungsfaktoren für Kühlartikel und BtM anhand der relevanten Kostenanteile. Hochpreiser-Gewichtung pauschal geschätzt. Quellen: Prozentuale Kostenverteilung: PHAGRO 2016 (s. Tabelle 43, S. 178); Gesamtkosten: Destatis Sonderauswertung Jahresstatistik im Handel: Mitglieder PHAGRO aggregiert 2015 (a.a.O.).

Verteilung der Kosten in %	Gesamtkosten und Kostenarten	Kosten 2015 in €	Gewichtungsfaktoren		
			BTM	KÜHL- PRODUKTE	HOCH- PREISER
100 %	Gesamtkosten	1.065.554.882			
48 %	- davon Personal	512.087.055	7,1	3,0	
25 %	- davon Touren / Transport	266.388.720	4,6	5,1	
7 %	- davon Raum / Miete	72.416.351	1,0	1,0	
4 %	- davon IT	41.380.772	1,0	1,0	
3 %	- davon Finanzierungskosten	31.035.579	4,6	5,1	
9 %	- davon allg. Verwaltungskosten	95.693.035	8,7	5,2	
4 %	- davon sonstige Kosten	46.553.369	4,6	5,1	
	Gewichtungsfaktor (gewichtetes Mittel)		5,8	3,7	4,0

Unter den Gewichtungsfaktoren wird verstanden, dass beispielweise die Personalkosten für den Gesamtprozess Kühlprodukte um den Faktor 3,7 höher sind als bei einem „Standard Rx-Produkt“, genauer einem Rx-Produkt welches weder Kühlprodukt, Hochpreiser oder BTM ist. Bei der Primärerhebung des Aufwands für Hochpreiser wurde nur der Gesamtprozess abgefragt, da für diesen Bereich keine allgemein verbindlichen Prozessbeschreibungen vorliegen und die Behandlung von Hochpreiser in den Großhandelsunternehmen stark variierten bspw. hinsichtlich des Preises ab wann eine Sonderbehandlung stattfindet oder hinsichtlich zu treffender Schutzmaßnahmen.

Die berechneten Gewichtungsfaktoren werden multipliziert mit den Packungsanzahlen, um sie gewichtet in den durch die Rx zu vergütenden Anteil der Gesamtzahl der Packungseinheiten einzubringen.

Unter Einbezug der ermittelten Gewichtungsfaktoren auf Basis der Befragung ergeben sich, im Vergleich zu den ungewichteten Rx und OTC Packungen, gewichtete Packungsanzahlen. Durch die Gewichtung der Packungsanzahlen wird in der Summe der Packungen der Mehraufwand berücksichtigt. Die Kosten Rx verteilen sich auf die Anzahl aller Packungen Rx und Non-Rx. BtM -, Kühlprodukte- und Hochpreiser-Packungen erhalten durch die Gewichtung größere Kostenanteile und damit steigt der Rx-Kostenanteil ggü. dem Non-Rx-Kostenanteil.

Als weiteres Ergebnis der Großhändlerbefragung wird zudem der Transport für Rx deutlich höher gewichtet als für Non-Rx. Der vollversorgende Großhandel beliefert die öffentlichen Apotheken flächendeckend nach eigener Aussage durchschnittlich mit 3,1 Lieferungen täglich. Da die untertägigen Lieferungen nahezu ausschließlich dem Zweck dienen, den Beginn einer ambulanten Behandlung am Verschreibungstag zu ermöglichen und nicht verfügbare Rx-Arzneimittel am gleichen Tag den Patient/-innen zur Verfügung zu

stellen, sind die Transportkosten des vollversorgenden Großhandels überwiegend auf Rx zurückzuführen, auch wenn OTC und Freiwahl bei allen Lieferungen mitbeliefert werden. Für die Berechnung werden daher die Kosten für die Belieferung nur für eine der drei Lieferungen auf Rx und Non-Rx aufgeteilt, während die anderen beiden Lieferungen in den Kosten von Rx zu decken sind.

Auf der Grundlage dieser Überlegungen werden in den nachfolgenden Berechnungen 5/6 der Transportkosten Rx zugeordnet, obwohl dies nicht dem Packungsverhältnis Rx zu sonstigen Packungen des Großhandels entspricht. Die Notwendigkeit von durchschnittlich drei Lieferungen pro Tag wird von Großhandel und Apotheken zusätzlich zu der gesetzlichen Auflage der Apotheken, den durchschnittlichen Bedarf einer Woche vorzuhalten, als notwendig angesehen, da vor dem Hintergrund der Vielfalt an Arzneimitteln regelmäßig täglich Verordnungen für die einzelne Apotheke anfallen, die nicht dem durchschnittlichen Wochenbedarf entsprechen. Den Gutachtern liegen keine Daten vor, die diese Aussagen widerlegen könnten.

Mithilfe der Gewichtungsfaktoren sowie der Zuordnung der Transportkosten kann der absolute Festzuschlag als kostendeckender Zuschlag berechnet werden.

9.3 Fortschreibung und Aktualisierung der Datenbasis

Die Daten werden äquivalent zu den Daten der Apotheken anhand des gleitenden Durchschnitts der Veränderungsdaten der vorangehenden 3 Jahre fortgeschrieben. Die Daten zum vollversorgenden Großhandel stellen eine Sonderauswertung einer Teilgruppe des Wirtschaftszweigs der pharmazeutischen Großhändler dar. Diese Sonderauswertung kann aktualisiert werden, liegt jedoch nicht als Bericht der amtlichen Statistik vor und ist daher rechtzeitig anzufordern.

Die Gewichtungsfaktoren müssen, wie die Primärdaten der Apotheken, nicht jährlich neu gemessen werden. Vielmehr können Änderungen in z. B. gesetzlichen Vorgaben in Ihren Auswirkungen auf die Prozesse separat bewertet werden.

Die Aktualisierung der Großhandelsvergütung ist gesetzlich nicht regelmäßig explizit angedacht und auch nicht an Wirtschaftlichkeit geknüpft. Es wird jedoch empfohlen, als Folge des Kostendeckungsprinzips der Vergütung, Kostenveränderungen in der Vergütung zu berücksichtigen und damit regelmäßig zu aktualisieren. Die Datenlage ermöglicht ein solches Vorgehen.

9.4 Zusammenfassung Datengrundlage Großhandel

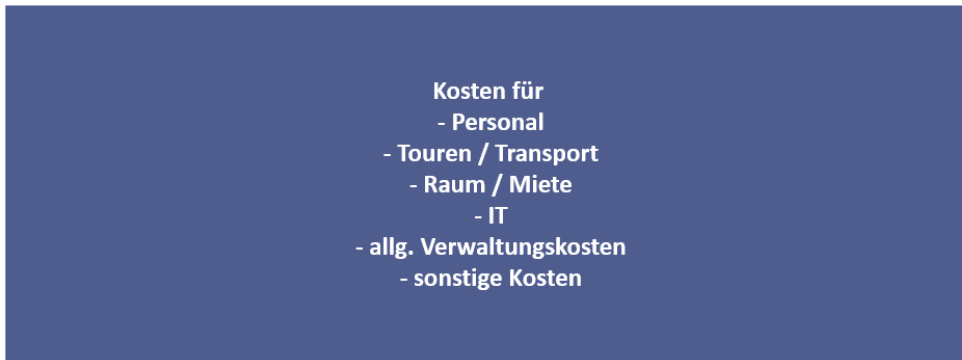
Die Tabelle 46 fasst die Datengrundlage für den Großhandel zusammen. Auf dieser Datengrundlage werden die Preise des Großhandels in der AMPPreisV in den folgenden Kapiteln berechnet.

Tabelle 46: Überblick Datengrundlage vollversorgender Großhandel. Eigene Darstellung.

Nr.	Datenquelle	Datenbezug	Inhalt	Qualität & Berichtszyklus
1	Destatis: Jahresstatistik im Handel der amtlichen Statistik	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
9	GKV GAmSi	GKV-Arzneimittelschnellinformation (GAmSi) Deutschland gesamt: Arzneimittelausgaben und Kennzahlen der vertragsärztlichen Versorgung über Apotheken	Durchschnittlicher Umsatz Hochpreiser (> 1.200 € ApU)	Projektinterne Daten der GKV
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
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

Für die Berechnung der Großhandelszuschläge in der AMPPreisV werden preisunabhängige Kosten und preisabhängige Kosten bestimmt und teilweise packungsbezogen, teilweise umsatzbezogen den Zuschlägen in der AMPPreisV zugeordnet. Die unterschiedlichen Aufwände für spezifische Rx werden durch Gewichtung dieser Packungen (vgl. Kapitel 9.1) in der Zuordnung der Kosten zu den Packungen berücksichtigt. Die preisabhängigen Kosten bestehen aus den Finanzierungskosten des Warenbestands. Abbildung 30 auf der folgenden Seite zeigt schematisch die Kostenstruktur des Großhandels, die der Berechnung der Zuschläge der AMPPreisV zugrunde liegt. Dieses Schema wird im folgenden Kapitel angewendet.

Preisunabhängige Kosten



Preisabhängige Kosten

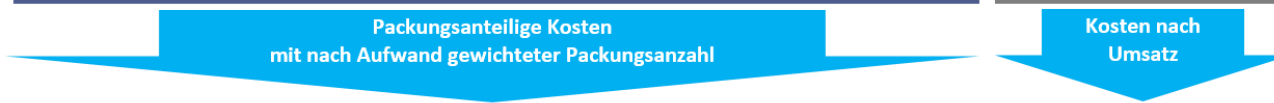


Abbildung 30: Kostenstruktur Großhandel: Zuordnung preisunabhängiger und preisabhängiger Kosten. Eigene Darstellung.

9.5 Berechnung des absoluten Festzuschlags



Abbildung 31: Kostenstruktur Großhandel: Absoluter Festzuschlag: Packungsbezogene Zuordnung preisunabhängiger Kosten. Eigene Darstellung.

Für das Jahr 2018 ergibt sich ein absoluter Festzuschlag von 0,96 € je Packung Rx. Tabelle 47 zeigt den Berechnungsweg, der im Folgenden beschrieben ist. Zusätzlich zu den Fortschreibungen liegt der Berechnung zunächst die Annahme zugrunde, dass für die Rx-Lieferungen des PHAGRO gilt, was für die Verordnungen der GKV insgesamt gilt: Dass ca. 96 % der Rx Fertigarzneimittel sind. Die Anzahl der Packungen Rx PHAGRO liegen nur für Rx gesamt vor.

Im ersten Schritt wird der prozentuale Anteil der Rx-Packungen an allen Packungen bestimmt. Dafür werden die Packungen der Kühlartikel, BTM und Hochpreiser (vgl. Tabelle 42, S. 175) gewichtet mit den beschriebenen Gewichtungsfaktoren und mit den sonstigen Rx zusammen in Bezug gesetzt zu den Non-Rx. 55 % der Packungen sind – unter Berücksichtigung der Gewichtung – Rx Packungen. Demnach sind im Jahr 2018 auch 55 % der Kosten zu tragen: 581 Mio. €; 0,85 € pro Packung rezeptpflichtiger Fertigarzneimittel.

Die Berechnungslogik ist:

Schritt 1 (für die Packungsanzahlen s. Tabelle 42, S. 175):

$$\begin{aligned}
 & \text{Anzahl Packungen BtM} \quad \times \quad \text{Gewichtungsfaktor BtM} \\
 + & \text{Anzahl Packungen Kühlartikel Rx} \quad \times \quad \text{Gewichtungsfaktor Kühlartikel} \\
 + & \text{Anzahl Packungen Hochpreiser} \quad \times \quad \text{Gewichtungsfaktor Hochpreiser} \\
 + & \text{Anzahl Packungen sonstige Rx-FAM} \\
 = & \quad \textbf{Anzahl Packungen Rx gesamt FAM gewichtet}
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 & \text{Anzahl gewichtete Packungen Rx} \quad + \quad \text{Anzahl Non-Rx} \\
 = & \quad \textbf{Gewichtete Gesamtanzahl Packungen (Gesamt Packungen PHAGRO gewichtet)}
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 & \text{Anzahl gewichtete Packungen Rx} \quad / \quad \text{Gewichtete Gesamtanzahl Packungen} \\
 = & \quad \textbf{Anteil gewichtete Rx-FAM in % an Packungen und an Kosten (% Packungen Rx gewichtet)}
 \end{aligned}$$

→ **Gewichtete Kosten Rx-FAM insgesamt und pro Packung Rx-FAM (Zwischenergebnis)**

In dieser Berechnung sind noch die Transportkosten gleichverteilt auf gewichtete Rx und Non-Rx enthalten. Tabelle 47 stellt die Berechnungsinhalte zur Berechnung des absoluten Festzuschlags in zwei Schritten dar. Im zweiten Schritt werden die Transportkosten verstärkt Rx zugerechnet.

Tabelle 47: Berechnung absoluter Festzuschlag Großhandel anhand gewichteter Packungseinheiten und Kostenanteilen. Schritt 1: Kosten bei Gewichtung der Packungen mit besonderem Prozessaufwand. Schritt 2: Anrechnung von 5/6 der Transportkosten auf Rx. Eigene Berechnung.

JAHR	2018	2017	2016	2015	2014	2013
Anzahl Rx gesamt FAM (96,4%) (in Mio. Pck.) <i>Entwicklung**</i>	683,4	683,4	683,4	684,4	681,9	680,5
	0,00%	0,00%	-0,20%	0,40%	0,20%	5,90%
Non-Rx (in Mio. Pck.) <i>Entwicklung*</i>	765,0	775,2	790,3	819,3	807,2	838,1
	-1,30%	-1,90%	-3,50%	1,50%	-3,70%	5,60%
Anzahl Packungen Rx gesamt FAM gewichtet (in Mio.) <i>Entwicklung*</i>	919,9	917,6	915,4	913,3	910,7	909
	0,30%	0,20%	0,20%	0,30%	0,20%	6,30%
Gesamt Packungen PHAGRO gewichtet (in Mio. Pck.)	1.684,9	1.692,8	1.705,7	1.732,6	1.717,9	1.747,1
% Packungen Rx gewichtet/ Kostenanteil Rx	54,6%	54,2%	53,7%	52,7%	53,0%	52,0%
Gesamtkosten Destatis (in Mio. €) <i>Entwicklung**</i>	1.065,6	1.065,6	1.065,6	1.065,6	1.106,7	1.138,0
	0,00%	0,00%	0,00%	-3,70%	-2,70%	-0,60%
Kostenanteil Packungen Rx gewichtet (in Mio. €)	581,8	577,6	571,9	561,7	586,7	592,1
Festzuschlag bei Rx gewichtet (Kostenanteil Rx gewichtet / Anzahl Rx-FAM) (Transportkosten proportional zugerechnet)	0,85 €	0,85 €	0,84 €	0,82 €	0,86 €	0,87 €

Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) geregelten Preise

JAHR	2018	2017	2016	2015	2014	2013
Schritt 2						
Transportkosten gesamt (25% der Gesamtkosten) (in Mio. €)	266,4	266,4	266,4	266,4	276,7	284,5
<i>Entwicklung**</i>	<i>0,00%</i>	<i>0,00%</i>	<i>0,00%</i>	<i>-3,70%</i>	<i>-2,70%</i>	<i>-0,60%</i>
Transportkosten (5/6) (in Mio. €)	222,0	222,0	222,0	222,0	230,6	237,1
Gesamtkosten ohne Transportkosten (75 %) (in Mio. €)	799,2	799,2	799,2	799,2	830,0	853,5
Rx- Anteil Gesamtkosten ohne Transportkosten	436,3	433,2	428,9	421,3	440	444,1
Kosten insgesamt Rx (in Mio. €)	658,3	655,2	650,9	643,3	670,6	681,2
Resultierender Festzuschlag bei Rx	0,96 €	0,96 €	0,95 €	0,94 €	0,98 €	1,00 €

In dem zweiten Schritt werden die Transportkosten aus den Gesamtkosten herausgerechnet und zu 5/6 den Rx-Kosten zugeschlagen, wie sich aus den Angaben der Primärerhebung ergeben hat.

Die Berechnungslogik ist:

Schritt 2

$$\text{Zu deckende Gesamtkosten Rx-FAM} = \frac{\text{Gesamtkosten ohne Transport} \times \text{Anteil gewichtete Rx-FAM in \% an Packungen} + \text{Transportkosten}}{6} \times 5$$

$$\text{Kosten/Vergütung pro Rx-FAM Packung} = \frac{\text{Zu deckende Gesamtkosten Rx-FAM}}{\text{Anzahl Rx gesamt FAM}}$$

Dadurch erhöht sich der Anteil der Kosten der PHAGRO Mitglieder, der durch Rx zu decken ist auf 658 Mio. € und damit auf 0,96 € pro Packung Rx Fertigarzneimittel im Jahr 2018.

9.6 Berechnung des prozentualen Höchstzuschlags

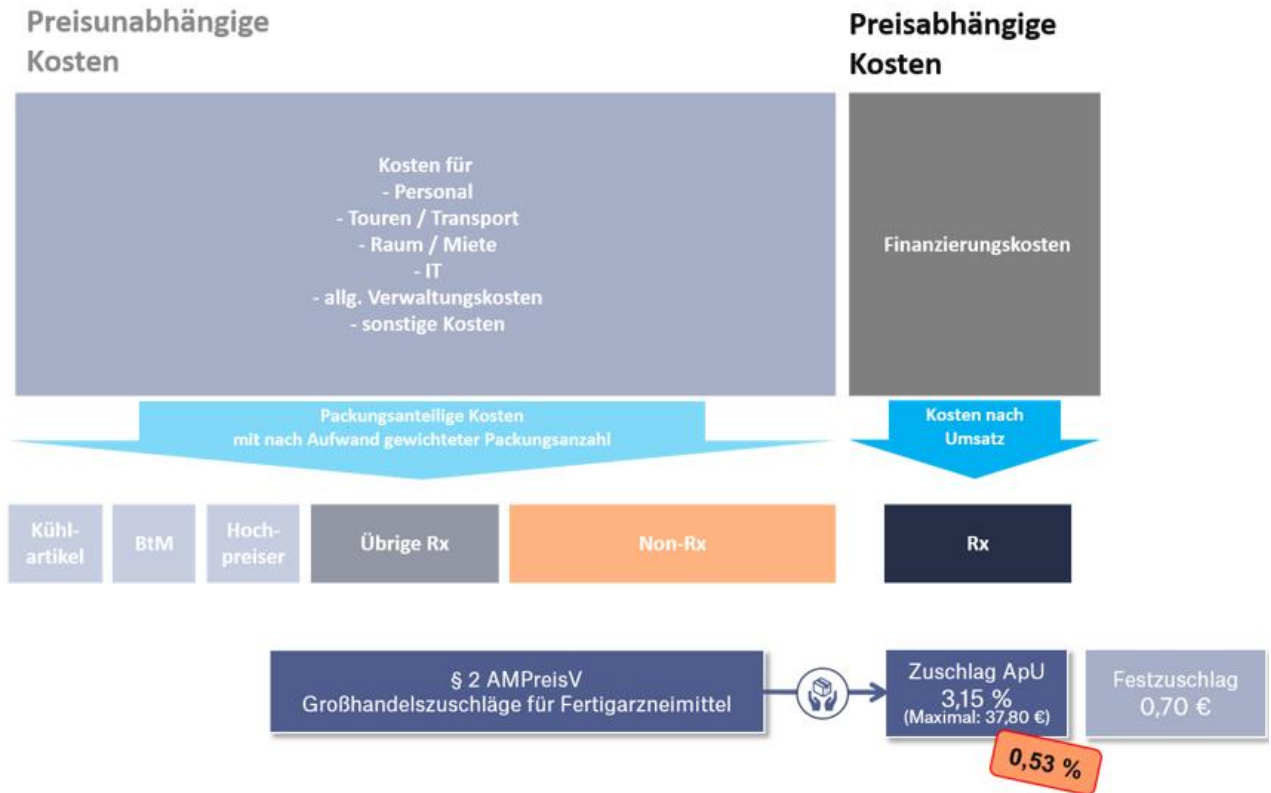


Abbildung 32: Kostenstruktur Großhandel: Prozentualer Höchstzuschlag: Umsatzbezogene Zuordnung preisabhängiger Kosten. Eigene Darstellung.

Seit dem 1. Januar 2012 kann der pharmazeutische Großhandel auf den Abgabepreis der Arzneimittelhersteller respektive pharmazeutischen Unternehmen (ApU) einen Höchstzuschlag von 3,15 Prozent bei einer Kappungsgrenze von 37,80 € erheben. Dies bedeutet, dass Rx-Produkte mit einem Abgabepreis von über 1.200 € pauschal mit 37,80 € vergütet werden.

Der Gesetzgeber führte den preisabhängigen prozentualen Höchstzuschlag mit dem Ziel ein, die Finanzierung wertabhängiger Aufwendungen sicherzustellen (vgl. Kapitel 7.3, S. 94 ff.). Daneben soll der rabattfähige prozentuale Höchstzuschlag dem Großhandel einen gewissen Spielraum bei der Preisgestaltung gegenüber den Apotheken erlauben. Insbesondere soll er Funktionsrabatte, zum Beispiel für die Bestellung größerer Mengen, ermöglichen.

Für eine kostenbasierte Berechnung gibt es nach der Berechnung des absoluten Festzuschlags auf der Basis aller Kosten des vollversorgenden Großhandels nur noch kalkulatorische Kosten der Finanzierung des Warenbestands als preisabhängigen Kostenfaktor. Aus Datensicht ist nicht ersichtlich, weshalb Unterschiede in den Verkaufsbedingungen des Großhandels ggü. den Apotheken pauschal durch eine Zusatzvergütung gewährleistet werden soll, die zusätzlich zur Deckung aller Kosten geleistet wird. Längere Anfahrtswege in Flächenstaaten, Mengenrabatte oder zusätzliche Lieferungen sind bereits in den Fixkosten

des absoluten Festzuschlags enthalten und gehören zu der Mischkalkulation bzw. den unternehmerischen Entscheidungen der Großhändler. Eine über die Kostendeckung hinausgehende pauschale Vergütung kann politisch gewährt, jedoch nicht berechnet werden.

In die folgende Berechnung des prozentualen Zuschlags werden daher ausschließlich kalkulatorische Kosten für die Finanzierung des Warenbestands angesetzt. Dieser richtet sich nach dem Umsatzanteil, den Rx am Gesamtumsatz hat sowie dem in der Primärerhebung durch die Großhändler benannten Fremdkapitalzinssatz von 5 %. Mit durchschnittlich 1,9 Mrd. € Warenbestand der PHAGRO Mitglieder sind im Jahr 2018 voraussichtlich Finanzierungskosten von 80 Mio. € Kosten verbunden (Tabelle 48).

In dem zweiten Teil der Tabelle 48 wird die Umrechnung der 80 Mio. € Finanzierungskosten in den ab einem ApU von 1.200 € gedeckelten prozentualen Zuschlag (Definition von Hochpreisern) dokumentiert.

Für diese Berechnung muss das gedeckelte ApU-Volumen, also das Rx-Einkaufsvolumen der PHAGRO-Mitglieder bei einheitlichem ApU (Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers) berechnet werden. Die Deckelung wird anhand der Anzahl an Hochpreisern (vgl. Tabelle 42, S. 175) sowie der Deckelungsgrenze von 1.200 € bereits im Umsatz berechnet. Das ApU-Volumen ergibt sich dann durch Rückrechnung des Umsatzes auf den Einkaufspreis der Großhandels, also den Umsatz abzüglich der Packungszuschläge des Großhandels. Der Berechnungsweg ist wie folgt:

$$\begin{aligned} \text{Gedeckeltes ApU-Volumen} &= (\text{Umsatz Rx} < 1.200 \text{ €} + \\ &\quad \text{Anzahl an Hochpreisern (vgl. Tabelle 42, S. 175)} * 1.200 \text{ €}) - \\ &\quad (\text{Anzahl Packungen Rx-FAM} * 3,15 * 0,70) \\ \text{Prozentualer gedeckelter Zuschlag} &= \frac{80 \text{ Mio. € Finanzierungskosten}}{\text{Gedeckeltes ApU-Volumen}} \end{aligned}$$

Für das Jahr 2018 ergibt sich ein prozentualer bei 1.200 € ApU gedeckelter Höchstzuschlag von 0,53 % (Tabelle 48). Damit liegt dieser Zuschlag maximal bei 6,36 €.

*Tabelle 48: Berechnung des prozentualen Höchstzuschlags auf Basis der Jahresstatistik im Handel, PHAGRO/Institut für Handelsforschung, GAmSi 2009 – 2018. Eigene Berechnung. *Helle Felder: 2017 und 2018 fortgeschrieben anhand des gleitenden Durchschnitts der Veränderungsraten der vorangehenden 3 Jahre.*

JAHR	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011
Umsatz PHAGRO gesamt (in Mio. €)	28.067,8	27.167,2	26.198,1	25.119,0	24.638,7	23.498,6	22.150,2	16.560,4
Entwicklung*	3,31%	3,70%	4,30%	1,95%	4,85%	6,09%	33,75%	
Umsatz Rx (PHAGRO; in Mio. €)	23.359,1	22.524,0	21.599,5	20.616,1	20.184,9	19.031,0	17.900,3	13.356,6
Entwicklung*	3,71%	4,28%	4,77%	2,14%	6,06%	6,32%	34,02%	
% Rx vom Umsatz	83,2%	82,9%	82,4%	82,1%	81,9%	81,0%	80,8%	80,7%
Bestand an Handelsware am Anfang des Jahres (Destatis, in Mio. €)	1.851,6	1.791,2	1.742,6	1.690,7	1.621,6	1.605,0	1.544,5	1.173,7
Entwicklung*	4,42%	2,79%	3,07%	4,26%	1,03%	3,92%	31,60%	

Bestand an Handelsware am Ende des Jahres (Destatis, in Mio. €)	2.009,1	1.924,1	1.848,3	1.784,4	1.690,2	1.638,5	1.606,3	1.278,2
Entwicklung*	4,42%	4,10%	3,58%	5,58%	3,16%	2,00%	25,66%	
Durchschnittlicher Bestand Anfang und Ende (in Mio. €)	1.930,4	1.857,7	1.795,5	1.737,6	1.655,9	1.621,8	1.575,4	1.226,0
Durchschnittlicher Bestand Rx Anfang und Ende (in Mio. €)	1.606,5	1.540,2	1.480,3	1.426,1	1.356,6	1.313,4	1.273,1	988,8
Zinssatz (lt. Primärerhebung)	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%
Kapitalkosten (in Mio. €)	80,3	77,0	74,0	71,3	67,8	65,7	63,7	49,4
Welcher prozentuale Anteil am ApU entspricht diesen Kapitalkosten?								
Durchschnittliche ApU Hochpreiser (> 1.200 € ApU; Quelle: GKV GAmSi)	3.915 €	3.725 €	3.791 €	3.407 €	3.157 €	3.131 €	2.922 €	3.018 €
Entwicklung*	5,10%	5,80%	-1,74%	11,23%	7,92%	0,81%	7,13%	
Umsatz Rx ab 1.200 € ApU (in Mio. €)	11.046,5	9.934,4	8.613,3	8.256,9	7.247,3	5.672,4	4.527,4	4.045,1
Entwicklung*	11,20%	15,34%	4,32%	13,93%	27,76%	25,29%	11,92%	
Anzahl Hochpreiser (in Mio. Pck.)	2,58	2,44	2,24	2,11	2,06	1,74	1,40	1,34
Umsatz Rx ab 1.200 € ApU gedeckelt (berechnet anhand der Anzahl Hochpreiser x 1.200 €; in Mio. €)	3.101,4	2.929,7	2.688,0	2.532,0	2.472,0	2.088,0	1.680,0	1.608,0
Umsatz RX bis 1.200 € ApU (in Mio. €)	12.865,2	12.875,9	12.986,2	12.359,2	12.937,6	13.358,5	13.372,9	9.311,5
Entwicklung*	-0,08%	-0,85%	5,07%	-4,47%	-3,15%	-0,11%	43,62%	
Umsatz Rx gesamt gedeckelt (in Mio. €)	15.966,6	15.805,6	15.674,2	14.891,2	15.409,6	15.446,5	15.052,9	10.919,5
Anzahl Packungen Rx-FAM (in Mio.)	683,4	683,4	683,4	684,4	681,9	680,5	642,6	656,4
ApU gedeckelt Rx (Rückrechnung abzgl. 3,15 % und 0,70 € pro Packung; in Mio. €)	15.015,3	14.859,2	14.731,8	13.972,0	14.476,3	14.513,0	14.157,1	10.140,6
Limit Deckelung in €	1.200	1.200	1.200	1.200	1.200	1.200	1.200	1.200
Relativer Zuschlag AMPreisV (Anteil Kapitalkosten an ApU)	0,53%	0,52%	0,50%	0,51%	0,47%	0,45%	0,45%	0,49%

Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) geregelten Preise

9.7 Diskussion der Berechnungsergebnisse Großhandel

Die für den vollversorgenden Großhandel berechneten Vergütungsbestandteile unterscheiden sich wesentlich von den aktuell geltenden Zuschlägen, die im Jahr 2012 festgesetzt wurden. Zuerst ergeben sich für aktuell erhobenen Gewichtungsfaktoren erheblich geringere Werte im Vergleich zu den Schätzungen aus dem Jahr 2010 (vgl. Tabelle 44). Die Autoren führen die Unterschiede auf Effizienzsteigerungen bspw. durch Skaleneffekte oder fortgeschrittener Automatisierung aber auch auf methodische Unschärfe in der Schätzung aus 2010 zurück. Eine Methodenbeschreibung der damaligen Expertenbefragung liegt nicht vor. Durch die Entwicklung der Packungsanzahlen sowie die Ergänzung der Rx-bezogenen Kosten um einen Großteil der Transportkosten sowie eines Gewichtungsfaktors für die Abwicklung von Hochpreisertern ist der Festzuschlag kostenorientiert berechnet für das Jahr 2018 mit 0,96 € pro rezeptpflichtigem Fertigarzneimittel anzusetzen.

Ob die aktuelle Belieferungsfrequenz der Großhändler und Apotheker zwingend notwendig ist, kann im Rahmen dieses Gutachtens nicht überprüft werden. Auch konnte nicht überprüft werden, in welchem Ausmaß tatsächlich alle Apotheken oder der überwiegende Teil der Apotheken dreimal täglich beliefert werden und inwiefern es zusätzlich Überschneidungen zwischen den Großhändlern bei einer Apotheke gibt, so dass für eine Apotheke noch deutlich mehr Lieferungen gegeben sein könnten. Die Belieferungsfrequenz stellt einen erheblichen finanziellen und ökologischen Aufwand dar und ist rechtlich nicht legitimiert, da die Apotheken einen durchschnittlichen Wochenbedarf auf Lager haben müssen. Darüber hinaus ist unklar, ob städtische Apotheken durch ggf. noch höhere Belieferungsfrequenzen Wettbewerbsvorteile gegenüber ländlicheren bzw. wohnortnahen Apotheken erlangen. Durch eine geringere Lieferfrequenz könnten die Kosten, die über den Festzuschlag von 0,96 € entstehen, zukünftig verringert werden (vgl. den Reformvorschlag in Kapitel 12.6, S. 209).

Es wird empfohlen weiterhin keine Rabattfähigkeit des absoluten Festzuschlages zu ermöglichen, um die Leistung des vollversorgenden Großhandels im Vergleich zum Direktvertrieb pharmazeutischer Unternehmer zu schützen und allen Apotheken vergleichbare Grundkonditionen zu ermöglichen. Nur so ist zu rechtfertigen, dass die Leistungen des Großhandels kostendeckend und nicht im freien Wettbewerb vergütet werden, d. h. überhaupt in der AMPreisV geregelt sind. In Anbetracht des BGH-Urteils vom 05. Oktober 2017 ist für eine weiterhin begrenzte Rabattierung die Anpassung des Gesetzeswortlauts notwendig. Durch einen Festzuschlag von 0,96 € ab 2018 ist durch die kostendeckende Berechnung insgesamt sichergestellt, dass der Großhandel eine angemessene und flächendeckende Belieferung der Apotheken mit rezeptpflichtigen Arzneimitteln sicherstellen kann.

Der relative Höchstzuschlag ist bei kostenorientierter Rechnung auf 0,53 % zu reduzieren. Er deckt die einzigen als preisabhängig anzusehenden Kosten, die zudem als kalkulatorisch anzusehen sind. Alle real anfallenden Kosten sind bereits über den absoluten Festzuschlag gedeckt.

Expertengespräche mit den Großhändlern zeigen, dass durch die Nachfragemacht insbesondere von großen Apothekenkooperationen und sonstigen Einkaufsgemeinschaften ein großer Teil des 3,15 % Zuschlags an diese weitergegeben werden. Darüber hinaus werden Herstellerskonti zusätzlich oder in Kombination weitergereicht und in vielen Fällen kostenfreie Sachleistungen und weitere kostenfreie Lieferungen des Großhandels an die Apotheken geleistet. Diese Erkenntnisse sind als kritisch anzusehen, vor dem Hintergrund der Existenz (kleinerer) Einzelapotheken, die von diesen Rabatten, Skonti und Sachleistungen

regelmäßig nicht oder nur in deutlich geringerem Umfang profitieren. Es ist davon auszugehen, dass dem Großhandel nur ein geringer Anteil der 3,15 % bleibt. Daher kann nicht bewertet werden, ob durch eine Anpassung des § 2 AMPreisV auf 0,96 € und 0,53 % zu einer Reduktion der Erlöse des Großhandels kommt. Die Vergütung der Apotheken ist unabhängig von den Großhandelskonditionen kostendeckend berechnet.

Neben den offenen Fragen, ob eine so hohe Belieferungsfrequenz durch Krankenkassen und Patient/-innen finanziert werden sollten sowie ob der Festzuschlag rabattfähig sein soll oder nicht stellt sich für den prozentualen Zuschlag die Frage, ob mit 0,53 % ein hinreichender Preiswettbewerb im Großhandel besteht. Diese Fragen können im Rahmen des vorliegenden Gutachtens nicht beantwortet werden.

Für das Jahr 2018 ergibt sich bei 0,53 % eine Senkung des prozentualen Zuschlags von ca. 469 Mio. € auf ca. 80 Mio. € in Bezug auf die PHAGRO-Mitglieder. Ein absoluter Festzuschlag von 0,96 € führt dagegen zu einer Steigerung der Einnahmen der PHAGRO-Mitglieder von aktuell 478 Mio. € um ca. 180 Mio. €. Ob sich aus dieser Kombination, die für die Kostenträger eine Senkung der Kosten von ca. 209 Mio. € bedeuten, eine Steigerung oder Senkung der Gesamteinnahmen für den Großhandel ergibt, hängt letztlich von den Verhandlungen zwischen Großhandel und Apotheken ab. Es gilt zu bedenken, dass bei einer kostendeckenden Vergütung der Apotheke diese auf Rabatte des Großhandels nicht grundsätzlich angewiesen sein darf.

D Phase 2: Alternative Berechnungsansätze

10. Skalierungseffekte der Vergütung

Als erster Baustein des zweiten Teils des vorliegenden Gutachtens ist die Untersuchung von Skaleneffekten in der Vergütung konzipiert, um verzerrende Effekte der AMPPreisV auszuschließen.

Die Abbildung 33 zeigt, dass die Kosten im Vergleich zum Umsatz bis auf die höchste und niedrigste Unternehmensgrößenklasse relativ stabil sind. Erwartungsgemäß zeigt sich ein leichter Rückgang der anteiligen Kosten bei steigender Unternehmensgröße, der jedoch keinen starken Verlauf nimmt. Der starke Abfall zur größten Unternehmensgrößenklasse ist weniger durch weitere Steigerung der Kosteneffizienz zu erklären, sondern mit dem hohen Anteil an spezialisierten Apotheken in diesem Umsatzsegment, die verstärkt mit teureren Arzneimitteln handeln und damit der Umsatz im Verhältnis zu den Kosten höher ist. Wie die Berechnung der Kosten für die Herstellung parenteraler Zubereitungen gezeigt hat (vgl. Kapitel 8.4.4 Vergütung parenterale Zubereitungen, S. 145 ff.), sind z. B. bei Zytostatika-Apotheken die Gemeinkosten ca. 30 % höher als in übrigen Apotheken.

Die packungsbezogene Vergütung kann demnach als ausgewogene Form der Vergütung angesehen werden.

Der Kurvenverlauf in der Abbildung 33 zeigt auch, dass die Apotheken in diesem Rahmen relativ elastisch sind, also die Kosten nicht fix sind, sondern im Verhältnis zum Umsatz anpassbar. Das gilt auf Ebene einer einzelnen Apotheke allerdings nur bedingt, da bei einer notwendigen Kostenveränderung über Personalkosten hinaus ggf. ein u. U. aufwendiger Umzug mit eventuellen Standortnachteilen notwendig ist.

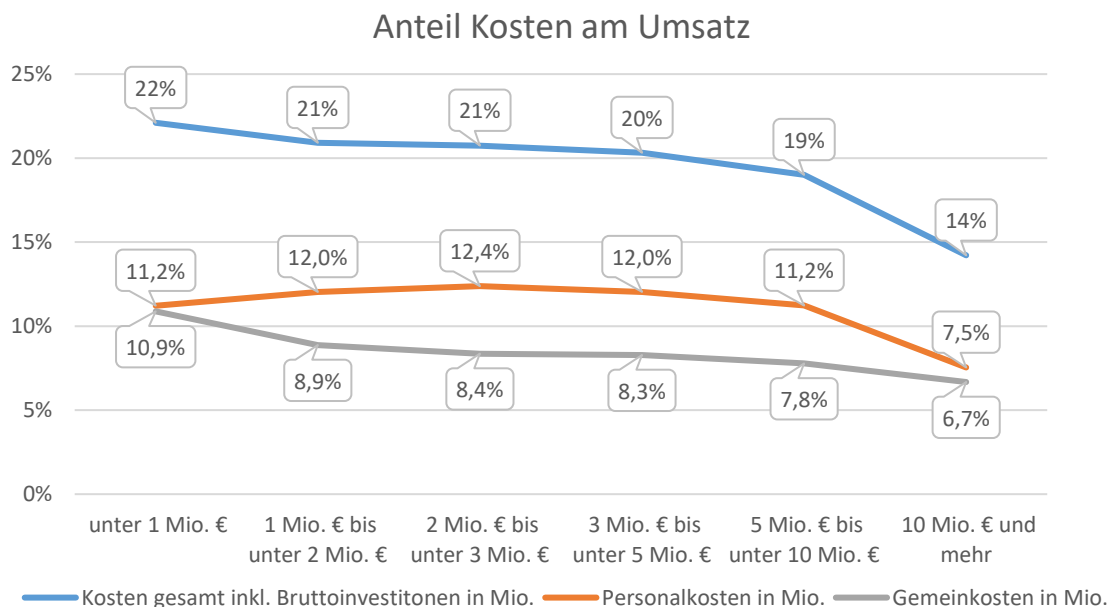


Abbildung 33: Kosten-Umsatz-Quote nach Unternehmensgrößenklassen. Quelle: Jahresstatistik im Handel. Eigene Darstellung.

Im Rahmen der Bewertung von Rabattverträgen werden anwachsende Warenbestände in den Apotheken benannt (z. B. DAZ 2017). Die Warenbestände zum Anfang des Jahres haben sich jedoch laut Jahresstatistik im Handel seit 2009 von 5,3 % des Umsatzes auf 4,1 % des Umsatzes im Jahr 2015 reduziert und liegen stabil bei ca. 100.000 € durchschnittlich pro Apotheke, unabhängig davon, ob sie sich in ländlichen oder städtischen Kreisen befindet. Die Abbildung 34 zeigt, dass mit zunehmender Größe der Apotheke zwar der Wert des Warenbestandes steigt, im Vergleich zum Umsatz jedoch sinkt. In Hinblick auf die Finanzierung des Warenbestands über den prozentualen Festzuschlag sind die Abweichungen vom Durchschnitt (4,1 %) so gering, dass die durchschnittliche Vergütung hier keine grundsätzliche Benachteiligung mit sich bringt. Im Falle der kleinen Apotheken muss im Vergleich zum Durchschnitt ca. 1 % mehr an Warenbestand finanziert werden, was in diesen Klassen die Finanzierung von 264 € bis 709 € pro Jahr bedeutet.

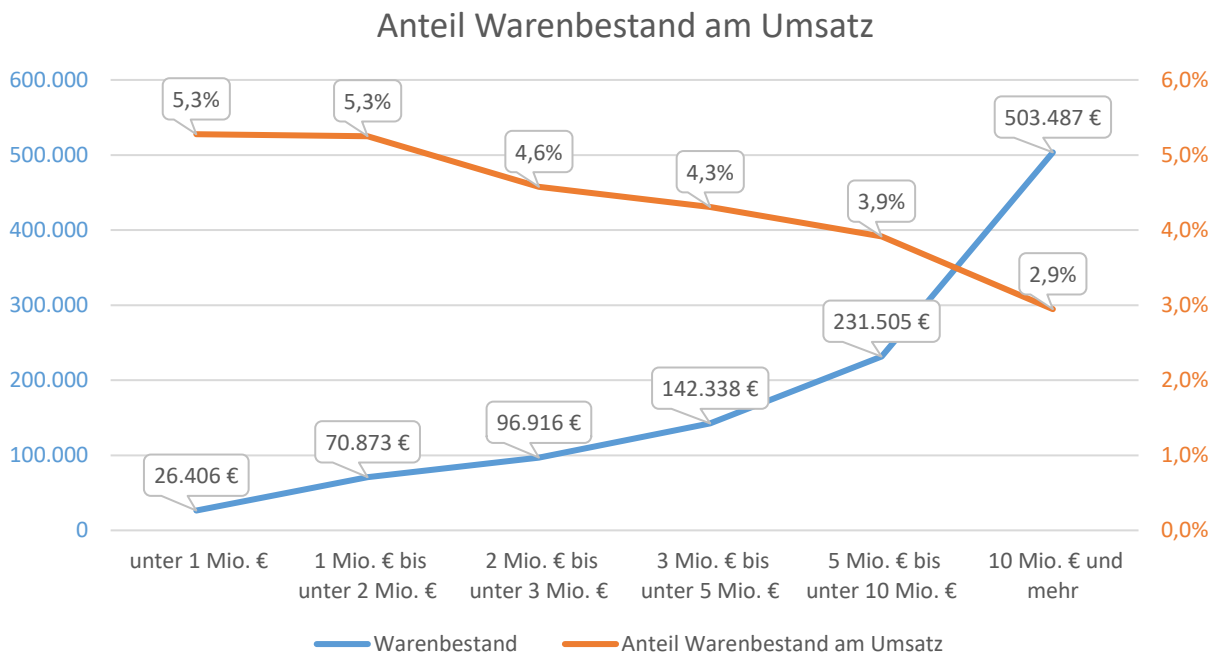


Abbildung 34: Warenbestand-Umsatz-Quote 2015 nach Unternehmensgrößenklassen (Warenbestand zum Anfang des Jahres). Quelle: Jahresstatistik im Handel. Eigene Darstellung.

Zusammenfassend können keine verstärkten Skaleneffekte durch die aktuelle Vergütungsstruktur der AMPPreisV belegt werden. Räumliche Effekte der Vergütung werden im Zusammenhang mit der flächendeckenden Versorgung behandelt.

11. Flächendeckende Versorgung Apotheken

Der Anspruch an eine flächendeckende Versorgung ergibt sich aus der Notwendigkeit, jede Patientin und jeden Patienten in angemessener Zeit ordnungsgemäß und sicher mit Arzneimitteln zu versorgen. Dafür gibt es eine Vielzahl an Vorgaben, die maßgeblich den Anspruch an flächendeckende Versorgung begründen und schützen (vgl. Kapitel 6.1.3 Gesetzliche Grundlagen der flächendeckenden Versorgung, S. 58 ff.).

11.1 Stand der flächendeckenden Versorgung

Zum Stichtag 01.06.2017 gibt es in Deutschland 19.781 Apotheken (ABDA 2017). Ende 2016 gab es mit 20.023 Apotheken 24 Apotheken pro 100.000 Einwohnern, also ca. 4.000 Einwohner pro Apotheke.

Zum gleichen Stichtag gibt es 1.256 Rezeptsammelstellen (Niedersächsischer Landtag 2017). Für diese Anzahl gibt es aktuell nur für Niedersachsen Angaben zum Zeitverlauf: 2007 lag er bei 109, ging bis 2010 auf 97 zurück und ist bis 2016 wieder auf 106 angestiegen. Es ist in Niedersachsen damit kein eindeutiger Trend erkennbar.

Insgesamt 11 Zweigapotheken gab es im Jahr 2016 in Deutschland, also Apotheken, die nach § 4 ApoBtrO eine geringere Größe aufweisen können und kein Laboratorium betreiben müssen. Die Anzahl der Zweigapotheken ist seit 2010 stabil, nachdem sie von 2005 bis 2010 von 39 sukzessive auf 12 gesunken war (Meldungen der Apothekerkammern an die ABDA, zitiert nach BMG 2017). Notapotheken nach § 17 ApoG gibt es bisher nicht. Es kann daher festgestellt werden, dass auf lokaler Ebene von den Apothekerkammern bisher an keiner Stelle ein nicht kompensierbarer Mangel an Apotheken aufgezeigt wurde.

Zur Definition der flächendeckenden Versorgung lässt sich zusammenfassend sagen, dass mit der Notdienstregelung lediglich ein Mindestmaß an flächendeckender Versorgung festgelegt ist (vgl. Kapitel 6.1.3 Gesetzliche Grundlagen der flächendeckenden Versorgung, S. 58 ff. und Kapitel Definitiorik 6.3.1 Flächendeckende Versorgung, S. 76 ff.). Darüber hinaus gibt es mit Rezeptsammelstellen, Zweig- und Notapotheken gesetzlich geregelte Sicherungssysteme, um auf Engpässe zu reagieren. Nur an 11 Standorten sind die Apothekerkammern zu der Einschätzung kommen, dass eine Apotheke fehlt. In diesen Fällen haben sich jedoch Apotheker/-innen gefunden, die dort eine Zweigapotheke führen.

Die Anzahl der Apotheken insgesamt ist seit dem Jahr 2000 kontinuierlich gesunken. Damit verbunden ist die Sorge, dass sich dieser Trend soweit fortsetzt, dass die flächendeckende Versorgung mit Apotheken erheblich gefährdet werden könnte.

Datenbasierte Analysen zu den Ursachen, differenzierte Zukunftsprojektionen oder -prognosen wurden bisher jedoch nicht vorgelegt. Zur Lösung dieses möglicherweise zukünftig bestehenden Problems werden Politik und Krankenkassen von den Vertretern der Apotheker/-innen zum Handeln aufgerufen, teilweise sogar mit Kampagnen, die sich an die Patientinnen und Patienten wenden. Generell wird die sog. Landapotheke pauschal als gefährdet bewertet. Aktuell wird der Trend der rückläufigen Apothekenzahl, meist von den Apotheker/-innen als „Apothekensterben“ bezeichnet, ab Oktober 2016 den Folgen des EuGH-Urteils zur Aufhebung der Preisbindung ausländischer Versandapotheken im Oktober 2016 zugeordnet (z. B. von May, Bauer & Dettling 2017). Das EuGH Urteil kam jedoch unter anderem gerade

deshalb zustande, weil eine Bedrohung der flächendeckenden Versorgung durch einen Preiswettbewerb europäischer Anbieter gerade nicht nachweisbar war.

Ohne Problemdefinition ist eine zielgerichtete Anpassung steuernder Instrumente, wie z. B. der AMPreisV oder der ApoBetrO, erschwert. Statt einer allen Beteiligten zugänglichen Problemanalyse finden pauschale Bewertungen statt, wie zuletzt das Oberlandesgericht Düsseldorf bemerkte (OLG 2017, vgl. S. 58 ff.).

Es werden im Folgenden weitere verfügbaren Daten dargestellt, um eine sachbezogene, differenzierte Diskussion des Themas zu ermöglichen sowie die Steuerungsinstrumente wie die AMPreisV zielgerichtet zu gestalten: Die Entwicklung der Beschäftigtenzahlen, der Apothekenzahl nach regionalen Kreistypen sowie die wirtschaftliche Situation der Apotheken, ebenfalls nach regionalen Kreistypen. Darüber hinaus wird der Einfluss von Marktanteilsverlusten im Rx-Bereich durch den europäischen Versandhandel simuliert werden, um Größenordnungen möglicher Entwicklungen deutlich zu machen.

11.2 Entwicklung der Beschäftigtenzahlen: Konsolidierung statt „Apothekensterben“

Die Apothekenanzahl ist in den letzten Jahren kontinuierlich nach unten gegangen. Trotz dieses Rückgangs sind die Beschäftigtenzahlen für Apotheken seit Jahren kontinuierlich gewachsen (Abbildung 35). Daraus könnte man schließen, dass es sich bei der Reduktion der Apotheken teilweise eher um eine Konsolidierung des Marktes als um ein Apothekensterben handelt, die der Urbanisierung der Bevölkerung folgt.

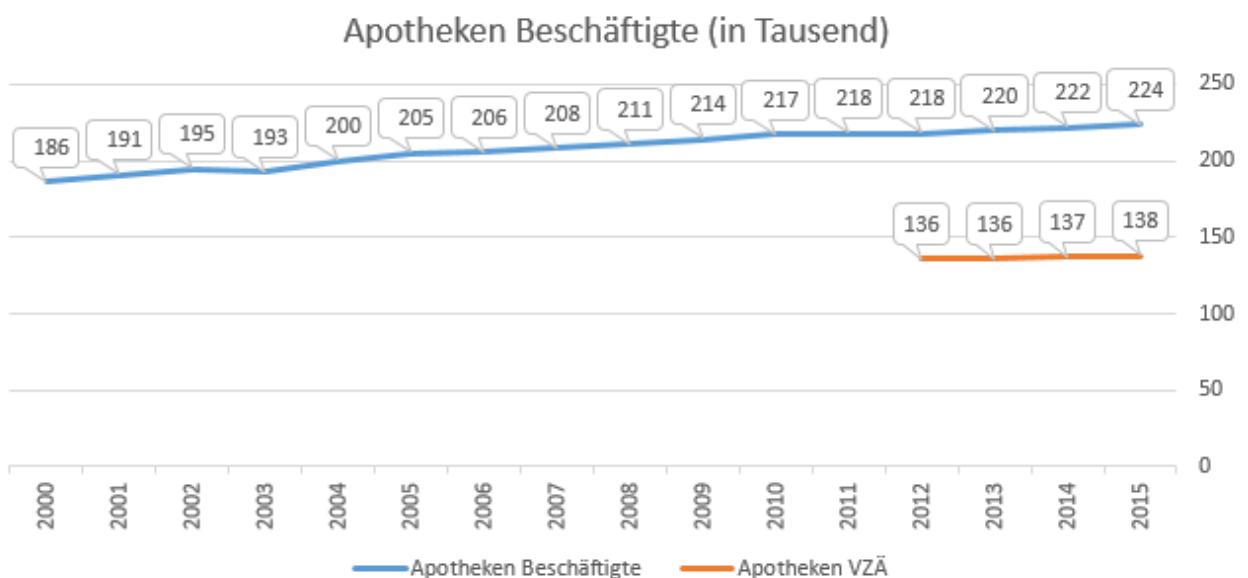


Abbildung 35: Gesundheitspersonal in Apotheken 2000 bis 2015: Beschäftigte; ab 2012 Vollzeitäquivalente (VZÄ) (in Tausend; Destatis 2017c). Eigene Darstellung.

Der Rückgang der Apothekenanzahl ist auch nicht automatisch mit einem Rückgang der Abgabe- bzw. Verkaufsleistung verbunden. Größere, leistungsstärkere neue Apotheken können ggf. mehr Patienten versorgen als bisherige kleinere Apotheken. Diese Interpretation, die zumindest durch das bisherige Fehlen von Notapotheken sowie die steigende Anzahl Beschäftigter in Apotheken unterstützt wird, ist bisher aber nicht durch aktuelle Studien untersucht.

11.3 Entwicklung der Betriebsstätten: Städtische Apotheken gehen verstärkt zurück

Im Rahmen des vorliegenden Gutachtens wurde eine weitere Sonderauswertung des Statistischen Unternehmensregisters des Statistischen Bundesamtes (URS) angefragt: Die Entwicklung der Unternehmen und der Betriebsstätten des Wirtschaftszweigs Apotheke nach Kreisen. Die Abbildung 36 zeigt, dass der Rückgang der Apothekenanzahlen stärker in städtischen Kreisen als in ländlichen von Statten geht.

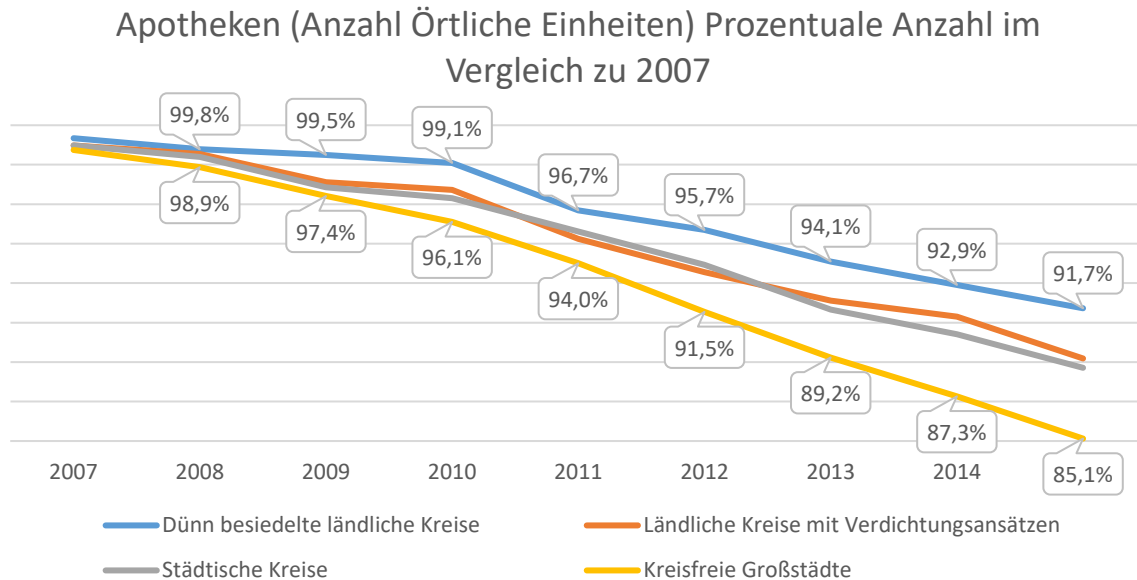


Abbildung 36: Entwicklung der Anzahl örtlicher Einheiten von Apotheken 2007 bis 2015. Quelle: Statistisches Unternehmensregister. Eigene Darstellung.

Von einem Rückgang der Apothekenanzahl ist demnach die Landapotheke nicht besonders betroffen, wie häufig geschildert wird, im Gegenteil. Die wirtschaftliche Lage der Apotheken lässt eine solche Entwicklung ebenfalls nicht vermuten. Wie Abbildung 37 zeigt, realisieren Apotheken in dünn besiedelten Kreisen durchschnittlich mehr Umsatz als Apotheken in städtischen Kreisen.

Bruttobetriebsüberschuss inkl. Bruttoinvestitionen

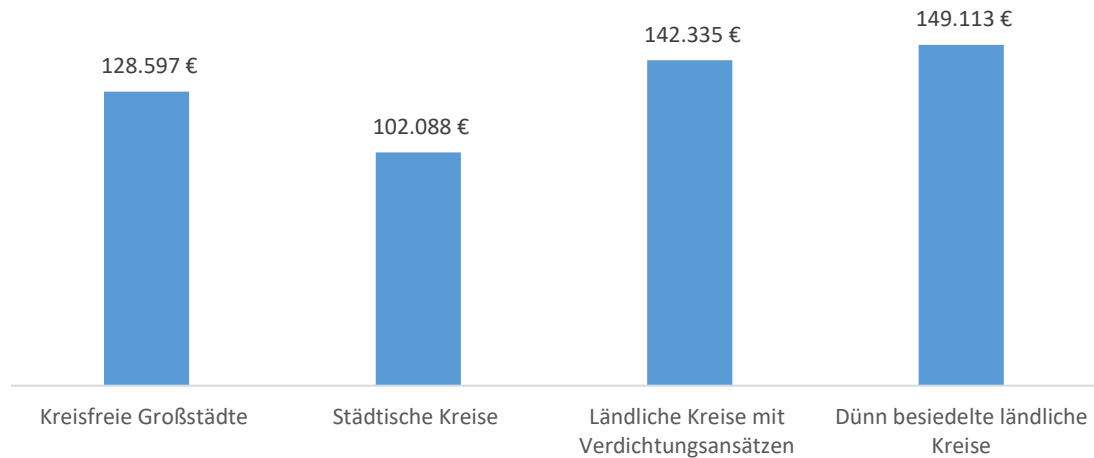


Abbildung 37: Bruttobetriebsüberschuss der Apotheken nach siedlungsstrukturellen Kreistypen vor Steuern nach Bruttoinvestitionen. Quelle: Jahresstatistik im Handel. Eigene Darstellung.

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

Wie bereits in Kapitel 5.2.2 Räumliche Effekte auf die Kostendeckung (S. 42 ff.) und 6.3.1 Flächendeckende Versorgung (S. 76 f.) dargestellt, hat das Thünen-Institut mit der letzten umfassenden und offiziellen Studie zuletzt auf der Basis von 2009 eine sehr gute flächendeckende Versorgung für Deutschland festgestellt (Neumeier 2013). Es gibt zudem keine Daten, die eine Problematik der flächendeckenden Versorgung konkret ausweisen. Die Apothekendichte in Deutschland ist im Vergleich zu anderen Ländern aktuell höher als in anderen fortschrittlichen Ländern der EU wie Großbritannien, Niederlande oder Österreich (ABDA 2017). 1958, als in Deutschland die Niederlassungsfreiheit eingeführt wurde, gab es Bedenken, dass es zu viele Apotheken geben könnte und nur noch ein kontrolliertes Wachstum erfolgen sollte. Damals lag die Apothekendichte bei der Hälfte von heute.

Es gibt weder anhand lokaler Daten zur Steuerung durch die Apothekerkammern noch auf regionaler Ebene zu siedlungsstrukturellen Kreistypen aktuell datenbasiert einen Anlass, die flächendeckende Versorgung in Deutschland als gefährdet anzusehen. Im folgenden Abschnitt wird der Einfluss möglicher wachsender Marktanteile des europäischen Versandhandels betrachtet. In diesem Zusammenhang wird auch die aktuelle wirtschaftliche Situation der Apotheken auf Ebene der siedlungsstrukturellen Kreistypen analysiert, die auf weitere Konsolidierung schließen lässt.

11.4 Wirtschaftliche Situation der Apotheken und Effekte des europäischen Versandhandels

Wettbewerb unter den Apotheken führt dazu, dass nicht alle Apotheken den gleichen Umsatz und Betriebsüberschuss realisieren. Derzeit besteht Wettbewerb zwischen Vor-Ort-Apotheken sowie zwischen Vor-Ort- und in- und ausländischen Versandapotheken. Der zweite Faktor, der Einfluss hat auf Umsatz und Betriebsüberschuss und damit auf die wirtschaftliche Situation der Apotheken, ist der Standort, der einen Grundumsatz überhaupt ermöglichen können muss (Kundenanzahl, Personalverfügbarkeit). Für den Einfluss von verstärktem Wettbewerb auch von Versandhändlern des europäischen Auslands müssen diese beiden Faktoren untersucht werden.

11.4.1 Wirtschaftliche Situation der Apotheken

Um die Wirkungen des EuGH-Urteils vom 19.10.2016 sachgerecht beurteilen zu können, muss zunächst die damalige Ausgangssituation analysiert werden. Die Analyse der wirtschaftlichen Situation der Apotheken in Deutschland im vorliegenden Gutachten erfolgt auf der Basis der Jahresstatistik im Handel der amtlichen Statistik angewendet auf die mit den Unternehmen verbundenen Filialstruktur der Apotheken in Deutschland (Quelle: ABDA). Im Jahr 2015 gab es ca. 7.600 Apotheken (inkl. Apotheken mit mehr als einem Standort), die nur ein Betriebsergebnis erzielten, welches unter dem kalkulatorischen Unternehmerlohn lag, also unter 99.000 € (vgl. Tabelle 4, S. 107). Diese 7.600 Apotheken sind ohne jede Wettbewerbsveränderung in ihrem Fortbestand gefährdet; spätestens bei einer Übergabe besteht die Gefahr, keine Nachfolger/-innen zu finden. Betroffen von vergleichsweise geringen Bruttobetriebsüberschüssen sind Apotheken der Unternehmensgrößenklassen bis unter 2 Mio. € Umsatz (Tabelle 49).

Tabelle 49: 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.

Unternehmensgrößenklassen	Anzahl Unternehmen	Umsatz	Kosten gesamt inkl. Bruttoinvestitionen in Mio. €	Personalkosten in Mio. €	Gemeinkosten in Mio. €	Anzahl Arbeitnehmer	Bruttobetriebsüberschuss inkl. Bruttoinvestitionen 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						

Für die flächendeckende Versorgung ist relevant, wo diese 7.600 Apotheken, die in den Unternehmensgrößenklassen bis 1 Mio. € und 1 Mio. € bis unter 2 Mio. € liegen, siedlungsstrukturell zu finden sind. Als relevant ist dabei die Situation in ländlichen Kreisen mit Verdichtungsansätzen und in dünn besiedelten ländlichen Kreisen anzusehen. Die Tabelle 50 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 50: 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%

Es ist zu beachten, dass ein Schließen dieser Apotheken die flächendeckende Versorgung nicht zwangsläufig gefährden würden, da das Wettbewerbsumfeld und die Anforderungen der Bevölkerung für die Apotheken nicht bekannt sind. In jedem Falle ginge der Umsatz und der Bedarf dieser Apotheken nicht verloren, sondern würde andere Apotheken stärken. Mit 7.600 Apotheken weniger als heute läge die Apothekendichte bei 15 Apotheken pro 100.000 Einwohner, was der Apothekendichte in Österreich, Slowenien und Finnland entspricht.

Um zu entscheiden, ob es sich bei der Entwicklung der Apothekenzahlen der letzten Jahre (Abbildung 36, S. 196), um eine Konsolidierung handelt - wie an den Beschäftigtenzahlen erkennbar ist - und damit weiterhin ein hoher Zugang der Bevölkerung zu Apotheken sicher gestellt sein wird, kann nur über eine Aktualisierung der Thünen-Studie aufgezeigt werden oder über die Bewertung der Kammern in den einzelnen lokalen Situationen.

In dem Reformansatz 2 in Kapitel 12.3 ist das Szenario eines Strukturfonds berechnet, der den Geldbetrag umfassen müsste, um die 2.300 gefährdeten Apotheken (Betriebsüberschuss unter 99.000 €) auf das Level eines angemessenen Unternehmerlohns zu heben: ca. 100 Mio. € Fondsumfang pro Jahr. Um den gleichen Effekt über die allgemeine Vergütung zu erreichen, müssten zusätzlich zur Kostendeckung 2 Mrd. € bis 7 Mrd. € von den Arzneimittelverbraucher/-innen investiert werden, die dann im Umfang von 1,9 bis 6,9 Mrd. € wirtschaftlich stabile oder städtische Unternehmen fördern würden (vgl. Kapitel 12.3, S. 205 f.).

Zusammenfassend ist die wirtschaftliche Situation der Apotheken bereits vor der EuGH-Entscheidung von teilweise starkem Wettbewerb in den Städten und wirtschaftlich ungünstigen Lagen einiger Apotheken

Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) geregelten Preise

geprägt. Hier kann der europäische Wettbewerb verschärfend wirken, jedoch nicht ursächlich für die wirtschaftliche Situation dieser Apotheken verantwortlich gemacht werden.

11.4.2 Steigende Marktanteile des Versandhandels

Der Versandhandel bei OTC und Freiwahl hat sich in den letzten 13 Jahren zu einem Marktanteil von 21 % entwickelt (INSIGHT Health 2017) und liegt damit über dem Niveau des Einzelhandels mit dem Online-Handel von Nicht-Lebensmitteln: Die allgemeine Entwicklung im Einzelhandel liegt noch deutlich unter diesen 21 %: Der Anteil von Internetversand am Einzelhandel mit Nicht-Lebensmitteln hat sich vom Jahr 2005 mit 2,1 % über 6,2 % im Jahr 2010 bis zu 14,2 % im Jahr 2015 entwickelt (Jahresstatistik im Handel, Destatis 2015). Trotz des hohen Marktanteils des Versandhandels, der zudem zum Teil an Vor-Ort-Apotheken in Deutschland angeschlossen ist, verkauft die Vor-Ort-Apotheke durch das Wachstum des Marktes nicht weniger OTC, wie die Zeitreihe seit 2011 zeigt (Abbildung 38).

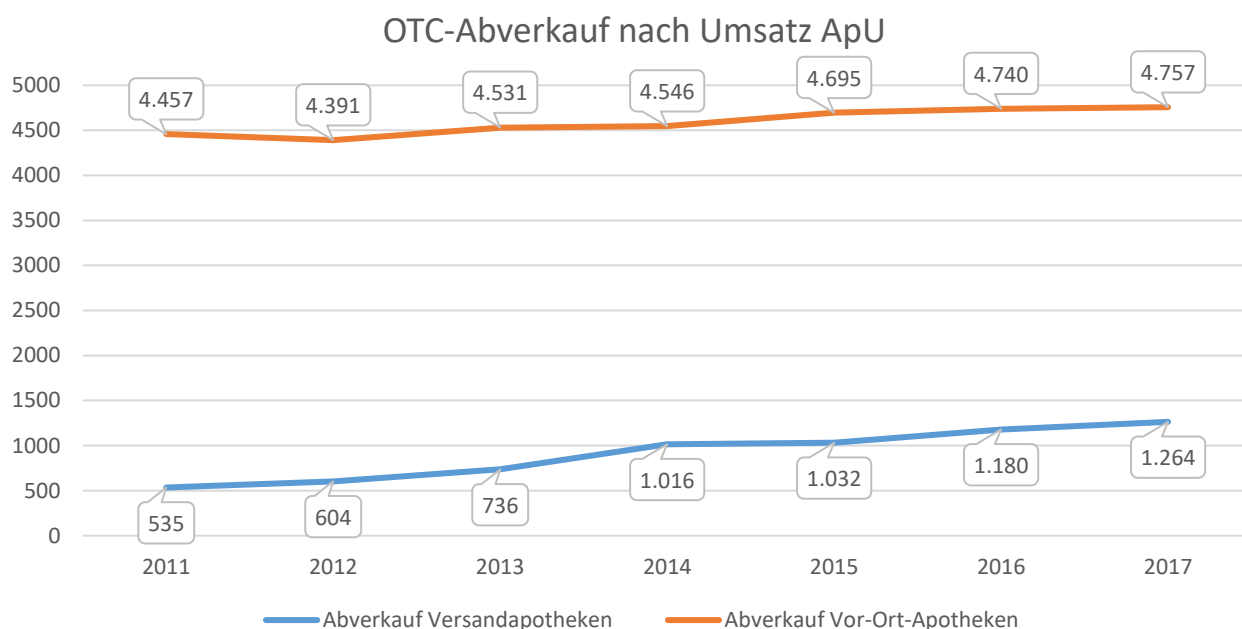


Abbildung 38: OTC-Abverkauf 2011 bis 2017 (Stand 07/2017) Vor-Ort vs. Versandapotheke (INSIGHT Health 2017). Eigene Darstellung.

Diese Marktsituation besteht, obwohl der Versandhandel mit ca. 25 % bei Arzneimitteln und bis 32 % bei Nicht-Arzneimitteln erheblich höhere Rabatte gewährt als die Vor-Ort-Apotheke mit 8 % bis 11 % Rabatt (INSIGHT Health 2017).

In Bezug auf Rx liegt der Marktanteil des Versandhandels bei ca. 1 %, obwohl er bereits seit 2004 zulässig ist. Wie auch der EuGH bemerkt, ist der Preis nur eine Wettbewerbskomponente. Folgende Aspekte sprechen gegen einen Wettbewerbsvorteil des Versandhandels mit Rx: Rx Arzneimittel müssen in der Regel nicht vom Patienten selbst bezahlt werden, es geht im Preiswettbewerb daher immer nur um Boni, die zudem teilweise nicht ausbezahlt, sondern von den Patient/-innen wiederum für OTC ausgegeben werden

müssen (z. B. bei Zulassungsbefreiung). Auch die mit der Rezepteinlösung oft verbundene Dringlichkeit sowie die lokale Nähe der Vor-Ort-Apotheke zum verschreibenden Arzt sind wesentliche Wettbewerbsvorteile der Vor-Ort-Apotheke zusätzlich zum persönlichen Beratungsstandard. Letztlich lassen sich jedoch die Einkaufsgewohnheiten der Bevölkerung vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung, der Urbanisierung und der technologischen Entwicklung sowie der Digitalisierung schwer vorhersagen und sind auch nicht per se positiv oder negativ zu bewerten. Zudem stellt die aktuelle Apothekenstruktur nicht die einzige Möglichkeit der Notfallversorgung dar.

Im Rahmen des vorliegenden Gutachtens wird ausschreibungskonform keine Empfehlung zu einem möglichen Verbot des Rx-Versandhandels oder einer Einschränkung der Preisbindung auch in Deutschland gegeben. Die Darstellung der kostendeckenden Vergütung zeigt jedoch, dass viele Leistungen der Vor-Ort-Apotheken aktuell noch nicht leistungsbezogen vergütet werden und damit der Versandhandel von der aktuellen Vergütung verstärkt profitiert. Daher sollten die Empfehlungen zur Anpassung der Vergütung umgesetzt werden, die auch den wirtschaftlichen Spielraum der Versandapotheken für Preisnachlässe einschränkt. Das gleiche gilt für die Kontrolle der gesetzlichen Auflagen für den Versand von Arzneimitteln, die ebenfalls mit höheren Kosten der Versandhändler verbunden sind (z. B. Urteil des Landgerichts Stuttgart vom 6. Februar 2017, Az.: 44 O 6/17 KfH, wonach sich auch ausländische Versandhändler an die deutsche Apothekenbetriebsordnung halten müssen).

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. Die Abbildung 39 zeigt mit dem Ausgangspunkt einer jährlichen Steigerung von 10% mehrere theoretische Verläufe, wie sich der Marktanteil bei verschiedenen Wachstumsraten verändern würde.

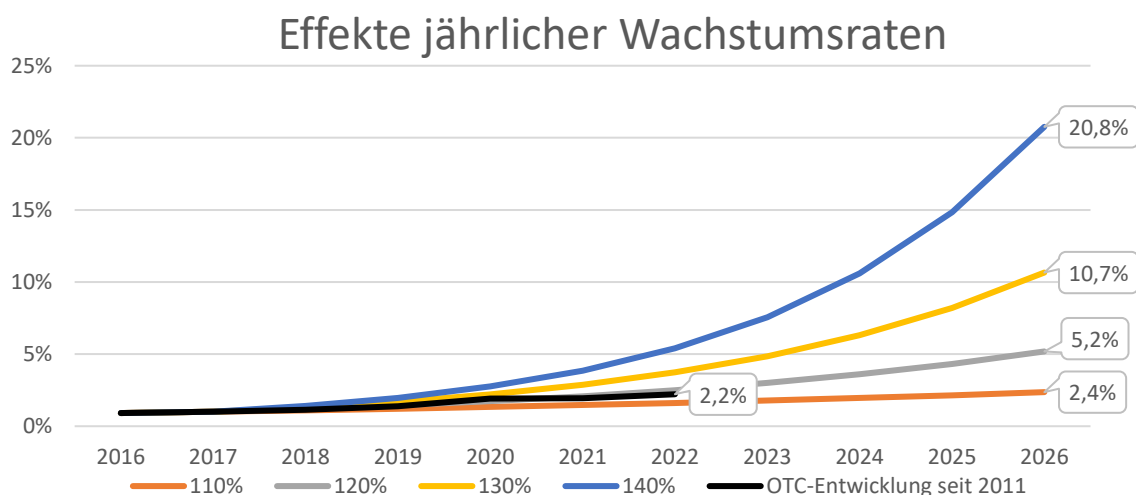


Abbildung 39: Effekte jährlicher Wachstumsraten anhand theoretischer Marktanteilsentwicklungsverläufe. Ausgangspunkt KV45 2016 und 2017 (GKV). Jeweils jährliche Steigerung um den genannten Prozentwert. Eigene Darstellung und Berechnung.

Würde sich der Marktanteil des Versandhandels 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. Im Jahr 2026 einen Marktanteil des europäischen Versandhandels von z. B. 10 % anzunehmen ist aus heutiger Sicht damit bereits optimistisch aus der Sicht des Versandhandels.

In der folgenden Abbildung 40 sind die Effekte eines wachsenden Marktanteils des Versandhandels auf eine wirtschaftlich gesunde Apotheke (vgl. Kapitel 11.1 Stand der flächendeckenden Versorgung, S. 194) dargestellt. Die Effekte berechnen sich dabei über die Reduktion des Umsatzes laut Marktanteil, den sich daraus ergebenden reduzierten Packungsanzahlen und zu reduzierenden Personalkosten, den packungsinduzierten Vergütungsrückgängen und letztlich dem Rückgang des Bruttobetriebsüberschusses. Wie der Verlauf der Grafik verdeutlicht, ist eine Apotheke mit einem Bruttobetriebsüberschuss von 140.000 € erst bei einem Marktanteil von 18 % der Versandhändler dahingehend gefährdet, dass ein kalkulatorischer Unternehmerlohn von aktuell 99.000 € nicht realisiert wird. Die Effekte eines wahrscheinlichen Marktanteils von 2 bis 3 % sind dagegen gering (ca. bis zu 6.000 €), insbesondere im Vergleich mit dem Wettbewerb mit benachbarten Vor-Ort-Apotheken.

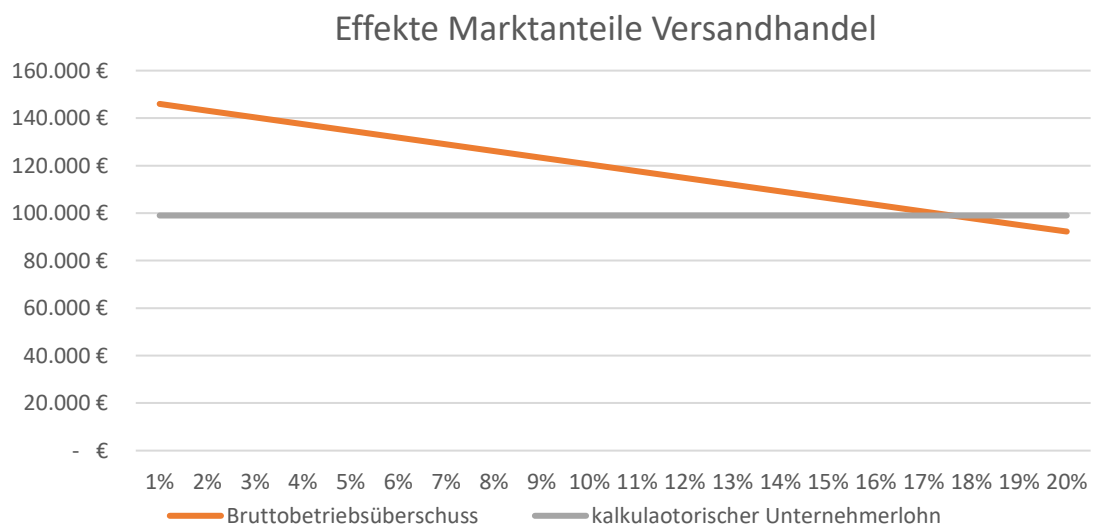


Abbildung 40: Effekte des Marktanteils europäischer Versandhändler auf den Bruttobetriebsüberschuss einer wirtschaftlich gesunden Apotheke. Eigene Darstellung und Berechnung.

Die grundsätzliche Gefährdung der bereits im Jahr 2015 wirtschaftlich nicht tragenden Apotheken – und damit vermutlich verursacht durch die örtlichen Standort- und Wettbewerbsumfelder – werden angesichts dieser Datenlage von den Autoren als grundsätzlicher betrachtet und daher als unabhängig vom Versandhandel zu bearbeitendes Feld angesehen.

12. Alternative Berechnungswege und Reformansätze AMPPreisV

Aus den geschaffenen Datengrundlagen, den Ergebnissen der Berechnungen und der Primärerhebung sowie aus der politischen und gesellschaftlichen Diskussion ergeben sich Reformansätze, die in dem vorliegenden Gutachten mit Daten hinterlegt werden. Es werden Berechnungen zu folgenden Reformoptionen vorgestellt:

- gedeckelter prozentualer Festzuschlag für Rx-Arzneimittel für Apotheken,
- Aufgliederung und Erweiterung Stoffe-Zuschlag,
- Strukturfonds zur Unterstützung der Versorgung mit Apotheken in der Fläche,
- Vergütung von verordneten Botendiensten,
- Flexibilisierung und Erweiterung des Notdienstfonds sowie
- Reduktion der Belieferungsfrequenz des Großhandels vorgestellt.

12.1 Gedeckelter prozentualer Zuschlag für Apotheken

Der prozentuale Zuschlag des Großhandels (3,15 %) ist absolut gedeckelt (maximal 37,80 €), der der Apotheken jedoch nicht. Für beide Versorger gilt, dass es nur in sehr geringem Ausmaß über die Skalierung der Packungseinheit hinausgehende variable Kosten gibt. Insbesondere wenn mit dem prozentualen Zuschlag die Warenwirtschaft und die Abrechnung vergütet werden, ist mit steigendem Preis des Arzneimittels kein Kostenzuwachs verbunden.

Der überwiegende Teil der Warenwirtschaft und der Abrechnung erfolgen packungsbezogen. Es wird daher empfohlen, auch für Apotheken den prozentualen Zuschlag zu deckeln. Die Vergütungssumme insgesamt 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. Bei einem ungedeckelten Zuschlag besteht zudem die Gefahr, dass die Warenwirtschaft normaler Apotheken nicht kostendeckend erfolgen kann, wenn die Anzahl teurer Arzneimittel bei speziellen Apotheken gehäuft vorkommen.

Letztlich wäre auch in Bezug auf die kaufmännische Leistung der Apotheke ein absoluter Festzuschlag der Kostenstruktur angemessener, da sie pro Packung anfällt. Ein gedeckelter prozentualer Zuschlag liegt näher an einem solchen absoluten Festzuschlag als ein ungedeckelter prozentualer Zuschlag. Durch die Deckelung des prozentualen Festzuschlages für Apotheken könnte eine gleichmäßigere Verteilung der Vergütungssumme erreicht werden, die dem überwiegende gleichen Aufwand pro Packung entspricht. Die Höhe der Kosten für die Kostenträger (GKV, PKV, Selbstzahler) ändert sich durch diese Berechnung nicht. Das Risiko, das für die Apotheken mit teuren Arzneimitteln verbunden ist, kann dagegen nach Ansicht der Gutachter letztlich nicht über die Vergütung, nur über Prozesse und Versicherungen abgesichert werden und liegt zudem verstärkt beim Großhandel.

Rechnerisch läuft ein bei 1.200 € gedeckelter prozentualer Zuschlag auf einen Festzuschlag von 7,3 % heraus. 7,3 % gedeckelt oder 5 % ungedeckelt sind jeweils im Sinne des Berechnungskonzeptes mit dem gleichen Betrag kostendeckend. Die Tabelle 51 zeigt den Berechnungsweg auf. Die Berechnung zerlegt den Umsatz an der Deckelungsgrenze von 1.200 € (äquivalent zum Großhandel) und bestimmt so den gedeckelten Umsatz, auf den sich die zu deckenden kaufmännischen Kosten beziehen müssen. Durch diese

Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPPreisV) geregelten Preise

Berechnungsweise wird die gleiche Summe gedeckelt wie ungedeckt vergütet. Da die Angaben für Umsätze und Stückzahlen für Arzneimittel > 1.200 € nur für die GKV vorliegen, wird dieser Anteil proportional auf den gesamten Rx-FAM-Umsatz nach ABDA angewendet, der auch den Umsatz mit PKV und Selbstzahlern enthält.

Tabelle 51: Berechnung eines gedeckelten prozentualen Festzuschlags auf Basis des Einkaufspreises Apotheke Rx-FAM. Eigene Berechnung.

	JAHR	2018
Einkaufspreis Rx-FAM (in Mrd. €; s. Tabelle 36)		29,0
Kaufmännische Kosten Rx-FAM (in Mrd. €; s. Tabelle 35, S. 164)		1,4
Relativer Festzuschlag ungedeckt (Prozentualer Anteil der zu deckenden kaufmännischen Kosten am Einkaufspreis Rx-FAM)		5,0%
Fertigarzneimittel (in Mio. Pck.; s. Tabelle 7)		727,1
Anteil Umsatz Rx-FAM APU > 1.200 € (Quelle: GKV GAmSi)		0,43%
Anzahl Rx-FAM APU > 1.200 € (in Mio. Pck.; Quelle: GKV GAmSi)		3,256
Umsatz Rx-FAM APU <= 1.200 € (in Mrd. €; berechnet nach ABDA/GAmSi)		16,2
Umsatz Rx-FAM APU > 1.200 € (in Mrd. €; berechnet nach ABDA/GAmSi)		12,8
Gedeckelter Umsatz Rx-FAM APU > 1.200 € (in Mio. €; Anzahl Packungen > 1.200 € * 1.200 €)		3,9
Gedeckelter Umsatz Rx-FAM (in Mrd. €)		20,1
Prozentualer Festzuschlag gedeckelt bei 1.200 € (Anteil kaufmännischer Kosten am Einkaufspreis der Apotheken gedeckelt)		7,2%

12.2 Aufgliederung und Erweiterung Stoffe-Zuschlag

Der Stoffezuschlag ist aktuell ein prozentualer Zuschlag von 100 % auf den Einkaufspreis. Ein kostendeckender prozentualer Zuschlag kann aufgrund von fehlenden durchschnittlichen Einkaufspreisen nicht bestimmt werden. In Kapitel 8.4.3 Vergütung Stoffe (S. 144 f.) wurde daher ein absoluter kostendeckender Zuschlag für Stoffe von 14 € berechnet.

Es wird empfohlen, vergleichbar zu der Änderung der Rezepturvergütung in der AMPPreisV zum Mai 2017 die Struktur der AMPPreisV für Stoffe anzupassen und den Zuschlag für Stoffe aufzugliedern. Konsistent zu den Fertigarzneimitteln und den Standardrezepturen sollten vier Zuschläge gezahlt werden:

- der pauschale Zuschlag für Warenwirtschaft von 5 % (alternativ 7,2 % gedeckelt oder 1,99 € absolut, vgl. Kapitel 12.1),
- ein Herstellungszuschlag von 6 €,
- der pauschale Beratungszuschlag von 5,84 €,
- der Notdienstzuschlag von 0,33 €.

12.3 Strukturfonds für flächendeckende Versorgung

In Kapitel 11 (Flächendeckende Versorgung Apotheken, S. 194 ff.) wurde dargestellt, dass in ländlichen Kreisen mit Verdichtungsansätzen und dünn besiedelten ländlichen Kreise bereits aktuell ca. 2.300 Apotheken wirtschaftlich gefährdet sind, da das Bruttobetriebsergebnis unter dem kalkulatorischen Unternehmerlohn und zum Teil auch deutlich unter dem Tariflohn eines approbierten Apothekers liegt. Es ist auch deutlich gemacht worden, dass aus einer Schließung dieser Apotheken nicht zwangsläufig eine Gefährdung der flächendeckenden Versorgung folgt und dass es sich auch um eine Konsolidierung handeln kann. Es wird daher zunächst empfohlen, ein verstärktes Monitoring der tatsächlichen Erreichbarkeit von Apotheken durch die Bevölkerung zu Apotheken durchzuführen, vergleichbar zu der Thünen-Studie.

Aus versorgungspolitischen Gründen könnte eine finanzielle Unterstützung dieser 2.300 Apotheken vorgesehen werden. Ziel wäre der dauerhafte Erhalt dieser Standorte. Für diese Apotheken müsste die Lücke zum kalkulatorischen Unternehmerlohn i. H. v. 99.000 € geschlossen werden. Im Falle des gesetzlichen Konzepts einer Notapotheke, die die Gemeinde unterhält und eine/n Apotheker/in beschäftigt, wäre die Lücke zur Vergütung eines angestellten approbierten Apothekers i. H. v. 58.000 € zu schließen.

Ein solcher Fonds müsste für die ca. 2.300 Apotheken ausgehend von den aktuellen Bruttobetriebsüberschüssen (vgl. Tabelle 49) ein zusätzliches finanzielles Volumen (Auszahlungsbetrag gesamt) in Höhe von ca. 101 Mio. € jährlich umfassen, um den kalkulatorischen Unternehmerlohn zu erreichen oder ca. 19 Mio. € (Tabelle 52), wenn nur auf den Tariflohn eines approbierten Apothekers aufgestockt werden sollte (in diesem Fall müsste nur bei den Apotheken > 1. Mio. € Umsatz aufgestockt werden).

Tabelle 52: Berechnung des Ausgleichsvolumens eines Strukturfonds. Quellen: Anzahl der Unternehmen Apothekerkammern (ABDA); Wirtschaftliche Kenngrößen Jahresstatistik im Handel, Destatis. Eigene Berechnung.

Unternehmensgrößenklassen	Anzahl Unternehmen in ländlichen Regionen	Bruttobetriebsüberschuss inkl. Bruttoinvestitionen in Mio. €	Lücke 1: Kalkulatorischer Unternehmerlohn pro Unternehmen von 99.000 € (in Mio. €)		Lücke 2: Lohn Approbierte/r pro Unternehmen von 58.000 € (in Mio. €)	
			Lücke 1 alle Unternehmen in Mio. €	Lücke 2 alle Unternehmen in Mio. €		
unter 1 Mio. €	719	0,031	-0,068	-48,9	-0,027	-19,4
1 Mio. € bis unter 2 Mio. €	1589	0,066	-0,033	-52,4		
Insgesamt	2308			-101,3		-19,4

Eine allgemeine Erhöhung der Preise in der AMPreisV, um den aktuellen Status Quo an Apotheken zu halten, würde im Vergleich zur aktuell berechneten Kostendeckung eine Erhöhung um ca. 10 € pro Packung und damit ca. 7 Mrd. € an zusätzlichen Kosten bedeuten. Bereits die Erhaltung von Apotheken der zweiten

Umsatzgrößenklasse über die allgemeine Vergütung der AMPreisV wäre mit einer Erhöhung des Packungspreises Rx-FAM um 2,80 € und damit ca. 2 Mrd. € an Mehrkosten verbunden (berechnet werden diese Beträge über die durchschnittliche Packungsanzahl Rx-FAM die bei 80 % Rx-FAM-Umsatz: Ca. 8.500 Packungen in der Größenklasse bis 1 Mio. € und ca. 22.500 Packungen in der Größenklasse von 1 Mio. € bis unter 2 Mio. € pro Jahr. Sollte die in Tabelle 52 dargestellte Lücke über diese Packungsanzahlen geschlossen werden, ergeben sich die dargestellten Erhöhungen pro Packung und für den Gesamtmarkt). Damit wäre eine pauschale Strukturförderung über die Vergütung im Vergleich zu einem Fonds von 100 Mio. € sehr ineffizient. In diesem Szenario sind darüber hinaus weitere Gründe der Apothekenschließung wie Nachwuchsmangel oder die weitere Verschlechterung der Packungsanzahlen der kleinen Apotheken noch nicht berücksichtigt.

Von einer solchen, weit über die Kostendeckung aller aktuell bestehenden Apotheken hinausgehenden Vergütung, würden auch die wirtschaftlich schwachen Apotheken in bevölkerungsstarken Räumen mit einem großen Angebot an Apotheken profitieren sowie die bereits wirtschaftlich agierenden Apotheken, was sich in Hinblick auf die berechtigten Interessen der Arzneimittelverbraucher nicht rechtfertigen lässt. Daher wäre eine pauschale Vergütungsanhebung als unverhältnismäßig zu bewerten.

Die Umsetzung eines oben skizzierten Fonds über die Packungseinheiten – analog zum Nacht- und Notdienstfonds - wäre verbunden mit einem zusätzlichen Zuschlag auf Rx-Fertigarzneimittel, Rezepturen und Stoffe von 0,14 € für 100 Mio. € Fondsvolumen (Verwaltungskosten noch nicht berücksichtigt). Hier ist jedoch genauso wie im folgenden Abschnitt zur möglichen Reform des Notdienstes denkbar, auch OTC und Freiwahlartikel an der Finanzierung des Fonds zu beteiligen.

Die Berechnung eines Strukturfonds ist vergleichsweise einfach im Vergleich zu der Frage, an welche Apotheken er in Anbetracht der Niederlassungsfreiheit ausgezahlt werden sollte. Die einzige gesetzliche Grundlage für die Finanzierung außerhalb der freien Strukturen ist die Einrichtung einer Notapotheke durch eine Gemeinde (vgl. Kapitel 6.1.3 Gesetzliche Grundlagen der flächendeckenden Versorgung, S. 58 ff.). Notapotheken könnten somit über den Strukturfonds finanziert werden. Die Berechnung des Volumens eines Strukturfonds ist vereinfacht dahingehend, dass auch in städtischen Kreisen oder großstädtischen Kreisen Apotheken gefährdet sein können, die für eine flächendeckende Versorgung unverzichtbar sind. Gleichzeitig könnten auch einzelne gefährdete ländliche Apotheken für eine flächendeckende Versorgung von geringerer Relevanz sein. Diese können, wie beschrieben, jedoch aufgrund der aktuellen Datenlage nicht identifiziert werden.

Aus Sicht der Autoren sollte zusätzlich zu einem genaueren Monitoring der Erreichbarkeit von Apotheken überlegt werden, wie Apotheken bereits vor einer Schließung als Standorte von Notapotheken identifiziert und durch Finanzierung aus dem Strukturfonds unterstützt werden könnten. In diesem Zusammenhang sollten die aktuellen Prozesse und Finanzierungsgrundlagen der Gemeinden für Notapotheken geprüft werden.

12.4 Vergütung von Botendiensten

Aktuell sind Botendienste der Apotheken eine unternehmerische und heilberufliche Entscheidung der Apotheken. Liegt keine Versandhandelserlaubnis vor, sind sie nur in Ausnahmefällen zulässig. Es ist aus

Sicht der Autoren sinnvoll, Botendienste separat zu vergüten, wenn diese für die Sicherstellung der Versorgung angemessen sind. Dies wäre vergleichbar zu dem „Noctu“ Feld auf dem Rezept ein Botendienst-Feld, das durch den Arzt bei Notwendigkeit angekreuzt wird und der Botendienst über eine Pauschale von der Krankenkasse erstattet wird. Über die Häufigkeit notwendiger Botendienste gibt es keine Daten, genauso wenig über die Kosten, die den Apotheken durch die Botendienste entstehen. Laut ABDA (2017) werden täglich 250.000 Botendienste durch die Apotheken geleistet. Diese Zahl kann jedoch, abgesehen von der nicht hinreichend beschriebenen Erhebungsmethode, keine Grundlage für eine am Rezept orientierten Botendienst sein, da hier auch die Botendienste enthalten sind, die aus unternehmerischen Gründen der Kundenbindung geleistet werden.

Da der im vorliegenden Gutachten beschriebene Berechnungsansatz die Deckung der Gesamtkosten beinhaltet, sind die Kosten für Botendienste anteilig im absoluten Festzuschlag für Fertigarzneimittel enthalten. Sie werden so jedoch nicht explizit den rezeptpflichtigen Arzneimitteln zugeordnet, was durch die Verordnung durch den Arzt gegeben und der Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung dienlich wäre, da in ländlichen Regionen von einem verstärkten Bedarf an Botendiensten auszugehen ist. Botendienste können die Bevölkerung in dringlichen Fällen schneller versorgen als Versandapotheken.

Für die Berechnung einer Botendienstpauschale sind die Kosten für Zeitaufwand und Transport zu kalkulieren und in der AMPPreisV als separater Preisbestandteil zu verankern. Der dabei entstehende Kostenbaustein ist wiederum aus der Berechnung des absoluten Festzuschlags herauszunehmen, so dass eine Implementierung im Rahmen einer Aktualisierungsrechnung empfohlen wird.

12.5 Notdienst

Der Notdienst wird durch den Notdienstfond sehr pauschal vergütet und ausschließlich durch Rx finanziert. Die folgenden beiden Reformansätze geben alternative Ansätze den Notdienst noch leistungsgerechter zu finanzieren.

12.5.1 Flexibilisierung Notdienstfonds

Ein Notdienst von Sonntagmorgen bis Montag früh wird mit der gleichen Pauschale vergütet, wie ein Nachtdienst von Dienstagabend bis Mittwochmorgen. Die im vorliegenden Gutachten erstellte Rechnung basiert auf Stunden und würde somit auch eine flexiblere Vergütung im Sinne der unterschiedlichen Längen des Nacht- und Notdienstes erlauben. An der Höhe der Vergütung ändert sich durch diese Anpassung nichts, ggf. die Verwaltungskosten.

Eine weitere denkbare Flexibilisierung des Notdienstfonds besteht in der Erweiterung der Vergütung um Teildienste. Dafür ist die Erhebung der Anzahl sowie der Dauer der Teildienste notwendig, um eine kostendeckende Vergütung auch für diese Dienste zu berechnen. Eine solcher Vergütungsbaustein führt zu der Erhöhung des Notdienstzuschlages, der wiederum im Gesamtsystem der Vergütung zu berücksichtigen wäre und daher mit einer Anpassungsrechnung verbunden sein sollte. Bei geschätzten 62.000 Teildiensten mit einer Dauer von 3,5 Stunden wären nach dem in Kapitel 8.4.1 (Vergütung Nacht- und Notdienst; S. 132 ff.) beschriebenen Berechnungsmodell z. B. Lohn- und Gemeinkosten von 10,6 Mio. € verbunden, das

entspricht bei Packungsanzahlen von Rx-FAM und Standardrezepturen in 2018 zusätzlichen ca. 0,01 € auf den Notdienstzuschlag.

Tabelle 53: Personalkosten Teildienste anhand der Tariflöhne der relevanten Berufsgruppen für die Nachtdienstzeit von 18:30 bis 22:00 (Berechnung für 2018). Quellen: ADEXA, TVöD. Eigene Berechnung.

	2018	Dienst	Personalkosten pro Dienst (3,5 Std.)
Inhaber/-innen		Teildienst	153,19 €
Approbierte Apotheker/-innen		Teildienst	88,14 €
Apothekerassistent/-innen, Pharmazie-Ingenieur/-innen		Teildienst	68,72 €
Personalkosten pro Teildienst (Gewichtetes Mittel anhand der Verteilung der VZÄ (vgl. Tabelle 9))		Teildienst	105,67 €

Tabelle 54: Bestimmung der Kosten für eine kostendeckende Vergütung der Teildienste (Berechnung für 2018). Quellen: ABDA, NNF, GAmSi. Eigene Berechnung.

	JAHR	2018
Anzahl Teildienste (Schätzung ABDA 2016)		62.000
Stunden pro Teildienst (Annahme 2HM: 18:30 bis 22:00)		3,5
Gemeinkosten Teildienste (0,31 € pro Minute) (in Mio. €)		4,0
Personalkosten Teildienste (vgl. Tabelle 53)		6,6
Kosten Teildienste gesamt (in Mio. €)		10,6
Rx Fertigarzneimittel (Quelle: NNF) (in Mio. Pck.)		727,1
Standardrezepturen inkl. Stoffe GKV/PKV - Verordnungen (GAmSi; in Mio. Stk.)		8,5
Kosten Teildienste pro notdienstfonds-relevanter Packung		0,01 €

12.5.2 OTC Notdienstfonds

Es gibt nur wenige Daten dazu, wie viele Rx- und wie viele Non-Rx in Nacht- und Notdiensten abgegeben werden. Pauschale Angaben der ABDA in den letzten Jahren gaben an, dass hälftig Rx- und Non-Rx abgegeben werden. Es ist daher denkbar, auch die OTC-Packungen an der Finanzierung des Notdienstfonds zu beteiligen und damit die Kosten für die Krankenkassen zu senken, ggf. zu halbieren.

12.6 Reduzierung Belieferungsfrequenz

Ein Reformansatz besteht in der Optimierung der Belieferungsfrequenz. Gegenwärtig werden alle ca. 20.000 Apotheken ca. 3 Mal pro Öffnungstag beliefert (Quelle PHAGRO). Diese hohe Frequenz resultiert u. a. aufgrund der Vielzahl der Rx-Produkte und dem hohen Leistungsstandard sowohl der Apotheken als auch des Großhandels. Um den hohen Standard der Versorgungssicherheit weiter zu steigern, und um gleichzeitig Aufwände zu reduzieren, wird empfohlen die Anzahl der Belieferungen zu verändern.

Dazu wird empfohlen nur die ca. 1.200 Notfallapotheken innerhalb von 24 Stunden ggf. mehrfach zu beliefern. Alle anderen Apotheken jedoch nur einmal täglich. Das würde selbst bei einer Belieferung dieser Apotheken von bis zu 5 Mal pro Tag eine erhebliche Reduktion der Lieferfrequenz bedeuten. Durch eine solche Belieferungsregel reduziert sich die Anzahl der Belieferungen pro Jahr von ca. 19,6 Mio. im Jahr 2016 auf ca. 8,4 Mio. Dies entspricht einer Reduktion auf ca. 43 % der bisherigen Lieferungen. Die Kosten für die Lieferungen ist ein wesentlicher Kostenblock des Großhandels (ca. 25 %) an allen Kosten. Es kann im Rahmen der Empfehlungen nicht davon ausgegangen werden, dass sich der Aufwand linear reduziert, da sowohl Skaleneffekte verloren gehen werden und zum anderen die Erhöhung der Frequenz auf bis zu 5 Belieferungen pro Tag auch Teile der Kosten erhöhen werden. Eine erste konservative Schätzung geht davon aus, dass ca. 20 % der Kosten für die Touren/den Transport bzw. der Lieferungen eingespart werden können. Dies entspricht ca. 62 Mio. € p. a. (nur PHAGRO-Mitglieder). Neben dem monetären Vorteil kommt ein nicht unerheblicher ökologischer Aspekt hinzu. Millionen Fahrten und Touren würden eingespart ohne dabei die Versorgungsqualität einzuschränken. Ein weiteres Argument für diesen Reformansatz ist, dass die Attraktivität für die Notdienstapotheke deutlich steigt, denn nur hier kann dann bei akutem Bedarf das Produkt sehr schnell der Patientin/dem Patienten zur Verfügung gestellt werden.

Die Tabelle 55 zeigt den Berechnungsweg für dieses Szenario anhand der Jahre 2011 bis 2016.

Es lassen sich durch eine Einschränkung der mehr als einmal täglich zu beliefernden Apotheken 57 % aller Lieferungen einsparen. Die Berechnung ergibt sich aus der Anzahl der Apotheken sowie der Anzahl der Apotheken im Nachtdienst, auf die sich die Belieferungsfrequenzen anwenden lassen.

Tabelle 55: Simulationsberechnung Lieferfrequenz Großhandel mit Fokus auf Mehrfachbelieferung der Nacht- und Notdienstapotheken. Eigene Berechnung.

JAHR	2016	2015	2014	2013	2012	2011
Potenzielle Öffnungstage im Jahr (6 Werktage)	304,7	303,6	301,2	301	301,6	304,7
Apothekenanzahl ABDA	20.023	20.249	20.441	20.662	20.921	21.238
Tage Nachtdienst	365	365	365	365	365	365
Anzahl Nachtdienste pro Nacht	1.139	1.142	1.155	1.168	1.182	1.200
Satus quo						
Durchschnittliche Anzahl der Belieferungen pro Werktag je Apotheke	3	3	3	3	3	3

JAHR	2016	2015	2014	2013	2012	2011
Belieferungen p. a. in Mio.	18,3	18,4	18,5	18,7	18,9	19,4
Reformvorschlag						
Frequenz Notdienstapotheken	5	5	5	5	5	5
Frequenz der nicht-Notdienstapotheken	1	1	1	1	1	1
Belieferungen p. a. in Mio.	7,8	7,9	7,9	8,0	8,1	8,3
Eingesparte Lieferungen p. a. in Mio.	10,5	11,0	11,0	11,0	11,0	11,0
Verbleibende Lieferungen p. a. in %	43%	43%	43%	43%	43%	43%

13. Abschließende Diskussion und Empfehlung

Im vorliegenden Gutachten wurden die Preisbestandteile der AMPPreisV in Bezug auf ihren gesetzlichen Hintergrund analysiert und die Berechnung der Preise geprüft. Durch die Zusammenstellung belastbarer Datenquellen, insbesondere durch Sonderauswertungen des Statistischen Bundesamtes und im Rahmen des Projektes durchgeführte Primärerhebungen bei Apotheken und Großhandel konnte eine Datenbasis geschaffen werden, die eine Berechnung der Preise in einer aktualisierbaren Gesamtsystematik erlaubt.

Mit der vorgestellten Berechnung werden die Preise besser den gesetzlichen Grundlagen gerecht und setzen insgesamt eine trennscharfe und leistungsorientierte Vergütung um.

Im Sinne der Transparenz wurde in dem vorliegenden Bericht die Berechnung dergestalt dokumentiert, dass sie nachzurechnen ist. Neben der Orientierung an den gesetzlichen Grundlagen ist dieses Vorgehen ein wesentliches Mittel zur Erhöhung der Akzeptanz der Berechnungen sowie der konkreten Auseinandersetzung mit ihr durch die beteiligten Gruppen.

Als wesentliches Ergebnis der Prüfung wurden die Preise für die Gemeinwohlpflichten wesentlich erhöht. Die Gemeinwohlpflichten sind in der letzten Zeit besonders in den Fokus gerückt, da sie überwiegend von den Vor-Ort-Apotheken geleistet werden und nur in begrenztem Umfang in Bezug auf Rezepturen vom Arzneimittelversandhandel im In- und europäischen Ausland, während ein Großteil der Vergütung für beide Anbieter gleich ist. Rezepturherstellung und BtM-Abgabe gelten im Allgemeinen zusammen mit dem Nacht- und Notdienst als die „Gemeinwohlpflichten“ der Apotheken. Preisanpassungen erfolgten hier in der Vergangenheit im Wesentlichen im Sinne eines Inflationsausgleichs. Sowohl Apotheken und Krankenkassen als auch die Politik vertreten die Meinung, dass diese Leistungen durch die Zuschläge in der AMPPreisV nicht kostendeckend vergütet werden. Insgesamt ergibt sich für die „Gemeinwohlpflichten“ ein in den letzten Jahren verstärktes Bewusstsein für eine aufwandsgemäße Vergütung dieser Leistungen.

Die kostendeckende Vergütung der Gemeinwohlpflichten der Apotheke wird in der Berichterstattung der letzten Jahre zwar von Apothekenseite immer wieder gefordert, jedoch auch vor negativen Folgen gewarnt. Z. B. sagte der Vorsitzende des Deutschen Apothekerverbandes (DAV), Fritz Becker auf der Interpharm 2013, derzeit sei das Rezepturhonorar alles andere als kostendeckend. Allerdings könne man dafür wohl nie den tatsächlichen Aufwand durchsetzen: „Wenn wir die Rezeptur kostendeckend rechnen, ist sie tot.“ (DAZ 2013). Diese Einschätzung wurde von dem das vorliegende Gutachten begleitenden Arbeitskreis nicht bestätigt und kann vor dem Hintergrund durchschnittlicher Kosten für rezeptpflichtige Arzneimittel in der Erstattung der GKV von 55,37 € in 2016 (GAmSi 2016) nicht nachvollzogen werden. Insgesamt wird empfohlen, die Vergütung der Gemeinwohlpflichten in dem berechneten Ausmaß umzusetzen.

Im Bereich der parenteralen Zuschläge rechtfertigen die Angaben der Zyto-Apotheken zu ihren zeitlichen Aufwänden auch in Kombination mit der Berücksichtigung der in diesen Apotheken um 30 Prozentpunkte erhöhten Kostenstruktur nicht die bisherigen Zuschläge (vgl. Kapitel 8.4.4, S. 145 ff.). Es wird empfohlen, die kostendeckend berechneten Zuschläge anzuwenden. Die geringen Stichproben, die diesen Berechnungen zugrunde liegen, sind kein hinreichender Grund, die Ergebnisse zu verwerfen.

Durch die in der Gesetzesbegründung beschriebene Trennung der Zuschläge für rezeptpflichtige Fertigarzneimittel in kaufmännische und heilberufliche Bestandteile verschieben sich die beiden Zuschläge in der Gewichtung. Der Aufwand für die kaufmännischen Anteile wurde in wesentlichen Punkten

berechnet, der heilberufliche Zuschlag ergibt sich residual, also als Deckungsbeitrag aller bisher noch nicht berücksichtigten Kosten. Dadurch enthält der absolute Festzuschlag im Wesentlichen die Beratungsleistung, jedoch auch weitere Aspekte, die nicht als eigener Kostenblock greifbar sind.

Insbesondere die Reduktion des absoluten Festzuschlags auf 5,84 € führt in der Gesamtberechnung zu einer Reduktion der Einnahmen der Apotheken um ca. 786 Mio. €, trotz Erhöhung der Zuschläge für die Gemeinwohlpflichten. Diese Reduktion ist bei einer kostendeckenden Berechnung wesentlich darauf zurückzuführen, dass OTC und Freiwahl aktuell nicht kostendeckend vergütet werden und bisher durch Rx querfinanziert wurden. Der Ausgleich dessen kann jedoch nicht über die rezeptpflichtigen Arzneimittel erfolgen. Es wird daher empfohlen, die berechneten Zuschläge für die Fertigarzneimittel wie berechnet umzusetzen. Wie die Ausgleichsrechnung zeigt, ist durch die Verminderung der Rabatte bei OTC und Freiwahl bzw. Verhandlungen mit den Herstellern ein Ausgleich dieser Einnahmenreduktion durch die Apotheke möglich und gefährdet die Apotheken damit nicht übermäßig.

In der Einnahmenreduktion sind die Rückgänge bei den Einkaufskonditionen der Großhändler nicht eingerechnet, es ist jedoch davon auszugehen, dass ein großer Teil der prozentualen Preiszuschläge aktuell weitergereicht werden. Die Höhe der Rabatte ist jedoch intransparent und gilt auch nicht pauschal für alle Apotheken. Es ist daher unklar, wie sich eine Reduktion der Großhandelszuschläge auf die Apotheken auswirkt. Da die Zuschläge der Apotheken unabhängig von den Großhändlern kostendeckend berechnet ist, ergibt sich per definitionem zwar eine Reduktion, jedoch keine Lücke. Insgesamt sind die Auswirkungen auf eine einzelne Apotheke nur sehr schwer zu bestimmen, da es auch von den erhöhten Preisbestandteilen (z. B. Notdienstzuschlag) abhängt, wie sich die Änderungen auswirken.

Die Großhandelszuschläge zeigen auf Basis der überprüften Berechnung höhere Kostenanteile für Rx und damit einen erhöhten Festzuschlag von 0,96 €. Die bisher vom PHAGRO aufgestellte kostendeckende Zuschlagsberechnung von 1,20 € konnte nicht bestätigt werden, obwohl 5/6 der Transportkosten Rx zugeordnet wurden. Es wird empfohlen den erhöhten Festzuschlag umzusetzen, jedoch die aktuelle Kostenstruktur des Großhandels grundlegender zu hinterfragen, z. B. ob die aktuelle Belieferungsfrequenz unter dem Wirtschaftlichkeitsgebot tatsächlich notwendig ist. Der relative Festzuschlag lässt sich kostenbasiert nicht rechtfertigen. Kostenbasiert sind nur 0,53 % (gedeckelt bei 1.200 € ApU) nachvollziehbar. Da die aktuellen 3,15 % rabattfähig sind, wird vermutlich ein wesentlicher Teil an die Apotheken weitergereicht. Es ist eine politische Frage ob zusätzlich zu vollständiger Kostendeckung der Wettbewerb der Apotheken und der Großhändler über den Rx-Zuschlag über die 0,53 % hinaus finanziert werden sollte. Zunächst ist jedoch durch den Gesetzgeber zu klären, ob der Festzuschlag als nicht rabattfähig im Gesetzeswortlaut präzisiert wird oder ein freier Wettbewerb im Großhandel angestrebt wird. 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.

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 Selbstzahlern 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 und einer Reduktion der Zuschläge des pharmazeutischen

Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) geregelten Preise

Großhandels um ca. 210 Mio. €. Im Rahmen möglicher Reformen der AMPPreisV wird die Untersuchung der Belieferungsfrequenz des Großhandels sowie ein Beitrag der OTC an der Finanzierung des Nacht- und Notdienstes vorgeschlagen.

Die flächendeckende Versorgung in Deutschland kann anhand der aktuellen Datenlage nicht als gefährdet angesehen werden. Es wird jedoch anhand von 2.300 bereits aktuell als gefährdet einzustufender Apotheken in ländlichen Regionen empfohlen, die lokale Lebenswirklichkeit der Erreichbarkeit besser zu monitoren. Ein erhöhter Marktanteil von europäischen Versandhändlern kann dabei letztlich nur bestehende Probleme beschleunigen, jedoch nicht hervorrufen. Angesichts der Entwicklung des Marktanteils des Versandhandels mit Rx ist ein mittelfristiger Marktanteil zwischen 2 % und 3 % realistisch, stärkere Entwicklungen sind aufgrund der geringen Ausgangsbasis von aktuell 1 % erst in den nächsten 5 Jahren beobachtbar. Eine wirtschaftlich gesunde Apotheke wird erst ab einem Marktanteil von 17 % der Versandhändler in seinem Betriebsergebnis existentiell bedroht. Ein solcher Marktanteil ist aus heutiger Sicht kurz und mittelfristig unrealistisch. Die wirtschaftliche Situation vieler Apotheken ist unabhängig vom Versandhandel als relevantere Problemlage anzusehen.

In Kapitel 2 werden die Ergebnisse des vorliegenden Gutachtens weitergehend zusammengefasst.

Es wird empfohlen, die Reduktion der Vergütung umzusetzen, da der Gesetzgeber mit den Zweig- und Notapotheken die Sicherung der flächendeckenden Versorgung berücksichtigt. Angesichts der schlechten wirtschaftlichen Situation vieler Apotheken sollte jedoch sichergestellt werden, dass bei für die Flächendeckung relevanten Apotheken diese Maßnahmen greifen bereits bevor die Apotheken schließen müssen sowie die Finanzierung dieser Maßnahmen zu sichern. Eine darüberhinausgehende finanzielle Absicherung des Status-Quo der Apotheken ist letztlich nur vor dem Hintergrund der Einschränkung der Niederlassungsfreiheit in Einklang mit den berechtigten Interessen der Arzneimittelverbraucher zu bringen. Als Gegengewicht zu der aktuell sehr präsenten Darstellung der Schließung von Apotheken sollten aus Sicht der Autoren nicht nur die Beschäftigtenzahlen der Apotheken als Beleg für die Versorgung der Bevölkerung, sondern auch eine regelmäßige Analyse der Erreichbarkeit der Apotheken in Bezug zu der Lebenswirklichkeit der Menschen durchgeführt und veröffentlicht werden.

Die Berechnung der Preise der AMPPreisV 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, Hochpreiserern 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 einzuplanen.

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.

E Literatur und Anhang

14. Zitierte Literatur

ABDA (2015). Interview mit dem ABDA-Hauptgeschäftsführer Dr. Sebastian Schmitz zum Apothekentag 2015. In: EINBLICK 04 | 2015. Aktuelle Nachrichten und Informationen der ABDA –Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, Berlin.

ABDA (2016). Die Apotheke. Zahlen - Daten - Fakten 2015. Berlin.

ABDA (2017). Immer mehr Inhaber schließen zu: Nur noch 19.880 Apotheken in Deutschland.

Pressemitteilung Berlin, den 21. August 2017. Online verfügbar:

<https://www.abda.de/pressemitteilung/artikel/immer-mehr-inhaber-schliessen-zu-nur-noch-19880-apotheken-in-deutschland/>. Letzter Abruf: 10.08.2017.

ADEXA (2014): Ergebnisse der ADEXA-Umfrage 2014: Filialleitung – so wird die Verantwortung honoriert.

Online verfügbar: [https://www.adexa-](https://www.adexa-online.de/aktuelles/themen/filialapothekenleitung/detailansicht/news/ergebnisse-der-adexa-umfrage-2014-filialleitung-so-wird-die-verantwortung-honoriert/)

[online.de/aktuelles/themen/filialapothekenleitung/detailansicht/news/ergebnisse-der-adexa-umfrage-2014-filialleitung-so-wird-die-verantwortung-honoriert/](https://www.adexa-online.de/aktuelles/themen/filialapothekenleitung/detailansicht/news/ergebnisse-der-adexa-umfrage-2014-filialleitung-so-wird-die-verantwortung-honoriert/). Letzter Abruf: 15.01.2017.

BAH (2016). DER ARZNEIMITTELMARKT IN DEUTSCHLAND 2015. Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e. V.

BFB (2015): Faktenblatt Gebühren- und Honorarordnungen. Bundesverband der Freien Berufe e. V. Online verfügbar: <https://www.freie-berufe.de/themen/qualitaetssicherung-und-berufsrechte/rechtsrahmen-und-berufsrechte/gebuehren-und-honorarordnungen/>. Letzter Abruf: 07.09.2017.

BFB (2017): Profil Freie Berufe. Bundesverband der Freien Berufe e. V. Online verfügbar: <https://www.freie-berufe.de/freie-berufe/>. Letzter Abruf: 07.09.2017.

Bauer, Eckart (2016). Wirtschaftliche Daten zur Apotheke. 53. DAV-Wirtschaftsforum Berlin, 27. April 2016. Online verfügbar:

https://www.abda.de/fileadmin/assets/Pressetermine/2016/Wirtschaftsforum_2016/Wirtschaftliche_Daten_zur_Apotheke_DAV_Wifo_2016_Berlin.pdf. Letzter Abruf: 17.07.2017.

Bauer, Eckart (2017). Wirtschaftliche Daten zur Apotheke. 54. DAV-Wirtschaftsforum Berlin, 26. April 2017.

Online verfügbar: [https://www.abda.de/fileadmin/](https://www.abda.de/fileadmin/assets/Pressetermine/2017/WiFo_2017/Apothekenwirtschaftsbericht_2017_DAV_Wirtschaftsforum_Berlin.pdf)

[assets/Pressetermine/2017/WiFo_2017/Apothekenwirtschaftsbericht_2017_DAV_Wirtschaftsforum_Berlin.pdf](https://www.abda.de/fileadmin/assets/Pressetermine/2017/WiFo_2017/Apothekenwirtschaftsbericht_2017_DAV_Wirtschaftsforum_Berlin.pdf). Letzter Abruf: 17.07.2017.

BMG (2017). Schriftliche Fragen im Februar 2017. Arbeitsnummern 2/125 und 2/126. Antworten von MDB Ingrid Fischbach an MDB Kordula Schulz-Asche.

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

BBSR (2017). Laufende Raumbbeobachtung – Raumabgrenzungen. Siedlungsstrukturelle Kreistypen. Online verfügbar:
http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumbbeobachtung/Raumabgrenzungen/Kreistypen4/kreistypen_node.html;jsessionid=7286C7672F12104E46DE8B3412D17AB5.live21302. Letzter Abruf: 12.07.2017

Bundesgerichtshof (BHG 2017). Zur wettbewerbsrechtlichen Zulässigkeit von Rabatten und Skonti im pharmazeutischen Großhandel bei Abgabe verschreibungspflichtiger Arzneimittel an Apotheken. Urteil vom 5. Oktober 2017 - I ZR 172/16. Mitteilung der Pressestelle Nr. 155/2017. Online verfügbar:
<http://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=pm&Datum=2017&Sort=3&nr=79677&pos=5&anz=160>. Letzter Abruf: 10.10.2017.

Bundesgesetzblatt Teil I (2012). Zweite Verordnung zur Änderung der Arzneimittelpreisverordnung vom 17. September 2012. Artikel 1. V. v. 17.09.2012 BGBl. I S. 2063 (Nr. 45); Geltung ab 01.01.2013.

DAV (2017). Geschäftsbericht 2016. Nacht- und Notdienstfonds des Deutschen Apothekerverbandes e. V., Berlin.

DAZ (2012). Übersicht der jeweiligen Dienstbereitschafts- und Notdienstregelungen. Deutsche Apotheker Zeitung, 152. Jahrgang, 61-65.

DAZ (2013). Honorierung, Notdienstpauschale und neue Vergütungsmodelle in der Diskussion. Interpharm 2013. DAZ 2013, Nr. 12, S. 26, 21.03.2013. Online verfügbar: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2013/daz-12-2013/honorierung-notdienstpauschale-und-neue-verguetungsmodelle-in-der-diskussion>. Letzter Aufruf: 12.04.2017.

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.

DAZ (2015b). Schmidt an BMWi: Keine Verzögerungstaktik! DAZonline, Düsseldorf - 02.10.2015, 17:35 Uhr. Online verfügbar: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2015/10/02/schmidt-an-bmw-keine-verzoegerungstaktik>. Letzter Abruf: 12.04.2017.

DAZ (2017). 10 Jahre Rabattverträge – von den Anfängen bis heute. DAZonline, Berlin - 03.04.2017, 13:45 Uhr. Online verfügbar: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2017/04/03/10-jahre-rabattvertraege-von-den-anfaengen-bis-heute/chapter:1>. Letzter Abruf: 26.08.2017.

Deutscher Bundesrat (2005). Unterrichtung durch die Bundesregierung. Bericht der Bundesregierung zu der Erschließung des Bundesrates zur Neuregelung der Arzneimittelpreisgestaltung zum 1. Januar 2004. Drucksache 513/05. 05.07.05.

Deutscher Bundesrat (2014). Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz - GKV-VSG). Drucksache 641/14. 29.12.14.

Deutscher Bundestag (2003). Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG). Drucksache 15/1525. 15. Wahlperiode. 08.09.2003

Deutscher Bundestag (2005). Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung (13. Ausschuss) zum Entwurf eines Vierzehnten Gesetzes zur Änderung des Arzneimittelgesetzes. Drucksache 15/5728. 15. Wahlperiode. 15.06.2005.

Deutscher Bundestag (2006). Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG). Drucksache 16/3100. 16. Wahlperiode. 24.10.2006

Deutscher Bundestag (2007a). Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG). Drucksache 16/4200. 16. Wahlperiode. 31.01.2007

Deutscher Bundestag (2007b). Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD – Drucksache 16/3100 – Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG). Drucksache 16/4247. 16. Wahlperiode. 01.02.2007.

Deutscher Bundestag (2010a). Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz – AMNOG). Drucksache 17/2413 17. Wahlperiode. 06.07.2010

Deutscher Bundestag (2010b). Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz – AMNOG). Drucksache 17/3698. 17. Wahlperiode. 10.11.2010.

Deutscher Bundestag (2013). Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Sicherstellung des Notdienstes von Apotheken (Apothekennotdienstsicherstellungsgesetz – ANSG). Drucksache 17/13081. 17. Wahlperiode. 16.04.2013

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.

Deutscher Bundestag (2016). Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Arzneimittelversorgung in der GKV (GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz – AMVSG). Drucksache 18/10208. 18. Wahlperiode. 07.11.2016.

Destatis (2017a). Qualitätsbericht. Jahresstatistik im Handel sowie in der Instandhaltung und Reparatur von Kfz. Online verfügbar:

https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Qualitaetsberichte/BinnenhandelGastgewerbeTourismus/Handeljahr2015.pdf?__blob=publicationFile. Letzter Abruf: 15.5.2017

Destatis (2017b). Qualitätsbericht. Gesundheitspersonalrechnung. Online verfügbar:

https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Qualitaetsberichte/Gesundheitswesen/Gesundheitspersonalrechnung.pdf?__blob=publicationFile. Letzter Abruf: 22.7.2017

Destatis (2017c). Gesundheit. Personal. 2000 bis 2015. Fachserie 12 Reihe 7.3.2. Wiesbaden.

Destatis (2017d). Statistisches Unternehmensregister. Unternehmen der Wirtschaftsklasse 47.73 Apotheken nach Größenklassen des Umsatzes und Berichtsjahren. Registerstand: 31.10.2016

Diener, F. (2003). Zukünftige Vergütung der Apotheken: Das ABDA-Modell. In: Pharmazeutische Zeitung, Ausgabe 18/2003. GOVI-Verlag, Eschborn. Letzter Abruf: 30.11.2015: Online verfügbar: <http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=25310>. 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.

GKV-Spitzenverband (2014). 10 Handlungsfelder für Qualität und Finanzierbarkeit der Arzneimittelversorgung. Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes, Berlin. Letzter Abruf: 07.12.2015: Online verfügbar: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Positionspapier_Arzneimittel_barrierefrei.pdf

GKV-Spitzenverband (2014a). Preisbildung für parenterale Lösungen. Anlage 3 zur Hilfstaxe. Änderungsfassung mit Stand 01. September 2014. Online verfügbar: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/arzneimittel/rahmenvertraege/hilfstaxe/Anlage_3_zur_Hilfstaxe_Stand_01092014.pdf. Letzter Abruf: 04.09.2017.

GKV-Spitzenverband (2016). GKV-Arzneimittel-Schnellinformation für Deutschland nach § 84 Abs. 5 SGB V. Januar bis Dezember 2015. Konsolidierte Daten GAmSi. Ausführlicher Bericht zum Quartalsende

Greß, S. (2015). Der kalkulatorische Arztlohn in der ärztlichen Vergütung. Gutachterliche Stellungnahme für den GKV-Spitzenverband. pg-papers 02/2015. pg-papers: Diskussionspapiere aus dem Fachbereich Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda.

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

Horvath, D. (2010). Die regulierte Apothekenversorgung in Deutschland. Eine Analyse der Regulierungsursachen und des Versorgungsgrades auf Basis räumlicher Wettbewerbsmodelle. Dissertation, Essen. Online verfügbar: <http://d-nb.info/1004434383/34>. Letzter Abruf: 07.12.2015.

Hossiep, R. (2017). Soziale Erwünschtheit. In M. A. Wirtz (Hrsg.), Dorsch – Lexikon der Psychologie. Online verfügbar: <https://portal.hogrefe.com/dorsch/soziale-erwuenschtheit/>. Letzter Abruf: 07.01.2017.

Hüsgen, U. & Rösgen, D. (2012). Die Landapotheke. Die Situation von Apotheken in Orten unter 5000 Einwohnern. In: Deutsche Apotheker Zeitung, 152. Jahrgang, Nr. 28, S. 60 ff. Online verfügbar: http://www.ifhbenchmarking.de/app/download/6106686275/DAZ_28-2012_S60-S64_Landapotheke.pdf?t=1448371524. Letzter Abruf: 07.12.2015.

- INSIGHT Health (2017). OTC-Apothekenmarktentwicklung Juli 2017. Online aktualisiert verfügbar: http://www.insight-health.de/sites/insight-health.de/files/downloads/otc-apothekenmarkt_201709.pdf.
Letzter Abruf: 29.8.2017.
- Jacke, C. O. & Wild, F. (2017). Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2017. Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich. Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln.
- May, U., Bauer, C. & Dettling, H.-U. (2017). Wettbewerbsökonomische und gesundheitspolitische Begründetheit eines Versandverbots für Rx-Arzneimittel. Gutachten im Auftrag des Deutschen Apotheker Verlags und der NOWEDA eG Apothekergenossenschaft. Kapitel 6: Wettbewerbsszenarien im Kontext der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussionen (Modellrechnung).
- Müller-Bohn, Thomas (2013). Verluste begrenzen: Analyse zur Wirtschaftlichkeit der Rezeptur bei Einsatz eines Laborprogramms. Deutsche Apotheker Zeitung DAZ 2013, Nr. 43, S. 32, 24.10.2013.
- Müller-Bohn, Thomas (2014). Neue Chance für die Herstellung. Analyse zur Wirtschaftlichkeit der Defektur. Deutsche Apotheker Zeitung DAZ 2014, Nr. 12, S. 86, 20.03.2014.
- 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/themenfelder/Laendliche_Lebensverhaeltnisse/Daseinsvorsorge/Erreichbarkeitsanalyse_Neumeier.pdf.
Letzter Abruf: 07.12.2015.
- Niedersächsischer Landtag (2017) Rezeptsammelstellen. Kleine Anfrage zur schriftlichen Beantwortung mit Antwort der Landesregierung. Drucksache 17/8143.
- Oberlandesgericht Düsseldorf (2017). BESCHLUSS I-20 U 149/13 12 O 411/09 LG Düsseldorf. In dem Rechtsstreit des Deutschen Parkinson Vereinigung e.V. gegen den Zentrale zur Bekämpfung unlauteren Wettbewerbs e.V. Verkündet am 25.04.2017.
- PHAGRO (2015). Vergütung im Großhandel. Preisspannenverordnung als Garant für sozial verantwortliche Gleichpreisigkeit. Online verfügbar: <http://www.phagro.de/wp-content/uploads/2015/07/PHAGRO-Verg%C3%BCtung-im-GH-2015-05.pdf>. Letzter Abruf 13.08.2017.
- PHAGRO (2015). Presseecho vom 7. Großhandelstag am 20. Mai 2015. Online verfügbar: <http://www.phagro.de/wp-content/uploads/2015/04/Pressefeedback-7.-Gro%C3%9Fhandelstag-2015.pdf>.
Letzter Abruf: 07.09.2015.
- PZ (2015). Gerichtsurteil: Skonti verstoßen nicht gegen Preisrecht. Online verfügbar: <http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=60538>. Letzter Abruf: 07.12.2015.
- Schumbach, Karoline (2013) Rezeptur als Zuschussgeschäft. apotheke adhoc, 02.01.2013. Online verfügbar: https://www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/detail/apothekenpraxis/apothekenhonorar-rezeptur-als-zuschuss/?L=&tx_ttnews%5BViewPointer%5D=1&cHash=ba1da885848737f731a7d7b8632f93f7. Letzter Abruf: 01.02.2017.

Sachverständigenrat (SVR) Gesundheit (2014). Die Arzneimitteldistribution. In: Gutachten 2014, Kapitel 2.4. Online verfügbar: <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=483>. Letzter Abruf: 07.12.2015.

Wildmann, L. (2007). Einführung in die Volkswirtschaftslehre, Mikroökonomie und Wettbewerbspolitik: Module der Volkswirtschaftslehre Band I. De Gruyter, Oldenbourg 2007.

14.1 Quellen Tarifverträge und Arbeitszeiten

Daten Tarifverträge und Arbeitszeiten	Quellen Tarifverträge und Arbeitszeiten
Tarifverträge ADEXA: Bundesrahmenvertrag 2015	https://www.adexa-online.de/fileadmin/media/pdf/Tarifvertraege/15_BRTV_ADA_2015.pdf
Tarife ab 06/2017	https://www.adexa-online.de/fileadmin/media/pdf/Tarifvertraege/GeTV_ADA-ADEXA_01062017.pdf Gehaltstarif für Apothekenmitarbeiter zwischen dem Arbeitgeberverband Deutscher Apotheken und ADEXA – Die Apothekengewerkschaft
Tarife ab 01/2016	Gehaltstarif für Apothekenmitarbeiter zwischen dem Arbeitgeberverband Deutscher Apotheken und ADEXA – Die Apothekengewerkschaft
Tarife ab 07/2014 bis 30.06.2015 (Annahme: gültig für 2015)	Gehaltstarif für Apothekenmitarbeiter zwischen dem Arbeitgeberverband Deutscher Apotheken und ADEXA – Die Apothekengewerkschaft
Tarife ab 07/2013 (Annahme: 2011/2012 gültig bis 07/2013)	Gehaltstarif für Apothekenmitarbeiter zwischen dem Arbeitgeberverband Deutscher Apotheken und ADEXA – Die Apothekengewerkschaft
Tarife ab 01/2011 bis 31.12.2012	Gehaltstarif für Apothekenmitarbeiter zwischen dem Arbeitgeberverband Deutscher Apotheken und ADEXA – Die Apothekengewerkschaft
Tarife ab 01/2010	Gehaltstarif für Apothekenmitarbeiter zwischen dem Arbeitgeberverband Deutscher Apotheken und ADEXA – Die Apothekengewerkschaft
Tarife ab 01/2009	Gehaltstarif für Apothekenmitarbeiter zwischen dem Arbeitgeberverband Deutscher Apotheken und ADEXA – Die Apothekengewerkschaft
Beitragssätze Sozialversicherung allgemein	http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Finanzierung/Datensammlung/PDF-Dateien/abbII8.pdf
Beitragssätze Sozialversicherung 2017	http://www.lohn-info.de/sozialversicherungsbeitraege2017.html
Beitragssätze Sozialversicherung 2016	http://www.lohn-info.de/sozialversicherungsbeitraege2016.html
Beitragssätze Sozialversicherung 2015	http://www.lohn-info.de/sozialversicherungsbeitraege2015.html
Beitragssätze Sozialversicherung 2014	http://www.lohn-info.de/sozialversicherungsbeitraege2014.html
Beitragssätze Sozialversicherung 2013	http://www.lohn-info.de/sozialversicherungsbeitraege2013.html
Beitragssätze Sozialversicherung 2012	http://www.lohn-info.de/sozialversicherungsbeitraege2012.html
Beitragssätze Sozialversicherung 2011	http://www.lohn-info.de/sozialversicherungsbeitraege2011.html
Beitragssätze Sozialversicherung 2010	http://www.lohn-info.de/sozialversicherungsbeitraege2010.html ; https://www.kkh.de/content/dam/KKH/PDFs/Allgemein/Beitragstabellen/Beitragstabelle%20ab%2001.01.2010.pdf
Beitragssätze Sozialversicherung 2009	http://www.lohn-info.de/sozialversicherungsbeitraege2009.html
Umlageverfahren (Regelungen)	http://www.lohn-info.de/umlageverfahren.html
Arbeitgeberzuschuss KV	http://www.pkv.wiki/cms/pkv/info/grundlagen/pkv/entwicklung-des-arbeitgeberzuschusses-in-der-gesetzlichen-und-privaten-krankenversicherung https://www.tk.de/tk/zahlen-und-grenzwerte/beitragssaetze/insolvenzgeldumlage/196106 ; http://www.lohn-info.de/insolvenzgeldumlage.html
Insolvenzgeldumlage	http://www.lohn-info.de/insolvenzgeldumlage.html

Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) geregelten Preise

Daten Tarifverträge und Arbeitszeiten

Quellen Tarifverträge und Arbeitszeiten

U1 - Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall (Entwicklung Techniker Krankenkasse)	https://www.tk.de/tk/beitraege-grenzwerte/entgeltfortzahlungsversicherung/791732
U2 - Mutterschaftsaufwendungen (Entwicklung Techniker Krankenkasse)	https://www.tk.de/tk/beitraege-grenzwerte/entgeltfortzahlungsversicherung/791732
U1/U2 in 2014 Barmer	https://www.steuerberater-aschaffenburg.eu/images/easyblog_images/51/Arbeitgeber-Seminar-zum-Jahreswechsel-2013-2014.pdf (Folie 53)
TVöD E15 2017b (Gültigkeit der Tabelle: 01.07.2017 - 28.02.2018)	http://oeffentlicher-dienst.info/c/t/rechner/tvoed/bund/a/2017i?id=tvoed-bund-2017i&matrix=1
TVöD E15 2017a (Gültigkeit der Tabelle: 01.02.2017 - 30.06.2017)	http://oeffentlicher-dienst.info/c/t/rechner/tvoed/bund/a/2017i?id=tvoed-bund-2017&matrix=1
TVöD E15 2016b (Gültigkeit der Tabelle: 01.07.2016 - 31.01.2017)	http://oeffentlicher-dienst.info/c/t/rechner/tvoed/bund/a/2016i?id=tvoed-bund-2016i&matrix=1
TVöD E15 2016a (Gültigkeit der Tabelle: 01.03.2016 - 30.06.2016)	http://oeffentlicher-dienst.info/c/t/rechner/tvoed/bund/a/2016i?id=tvoed-bund-2016&matrix=1
TVöD E15 2015 (Gültigkeit der Tabelle: 01.03.2015 - 29.02.2016)	http://oeffentlicher-dienst.info/c/t/rechner/tvoed/bund?id=tvoed-bund-2015&matrix=1
TVöD E15 2014 (Gültigkeit der Tabelle: 01.03.2014 - 28.02.2015)	http://oeffentlicher-dienst.info/c/t/rechner/tvoed/bund?id=tvoed-bund-2014&matrix=1
TVöD E15 2013b (Gültigkeit der Tabelle: 01.08.2013 - 28.02.2014)	http://oeffentlicher-dienst.info/c/t/rechner/tvoed/bund?id=tvoed-bund-2013i&matrix=1
TVöD E15 2013a (Gültigkeit der Tabelle: 01.01.2013 - 31.07.2013)	http://oeffentlicher-dienst.info/c/t/rechner/tvoed/bund?id=tvoed-bund-2013&matrix=1
TVöD E15 2012 (Gültigkeit der Tabelle: 01.03.2012 - 31.12.2012)	http://oeffentlicher-dienst.info/c/t/rechner/tvoed/bund?id=tvoed-bund-2012&matrix=1
TVöD E15 2011b (Gültigkeit der Tabelle: 01.08.2011 - 29.02.2012)	http://oeffentlicher-dienst.info/c/t/rechner/tvoed/bund?id=tvoed-bund-2011i&matrix=1
TVöD E15 2011a (Gültigkeit der Tabelle: 01.01.2011 - 31.07.2011)	http://oeffentlicher-dienst.info/c/t/rechner/tvoed/bund?id=tvoed-bund-2011i&matrix=1
TVöD E15 2010 (Gültigkeit der Tabelle: 01.01.2010 - 31.12.2010)	http://oeffentlicher-dienst.info/c/t/rechner/tvoed/bund?id=tvoed-bund-2010&matrix=1
TVöD E15 2009 (Gültigkeit der Tabelle: 01.01.2009 - 31.12.2009)	http://oeffentlicher-dienst.info/c/t/rechner/tvoed/bund/a/2009?id=tvoed-bund-2009&matrix=1
Durchschnittliche Arbeitszeit und ihre Komponenten	http://doku.iab.de/kurzber/2015/kb1515.pdf ; http://doku.iab.de/arbeitsmarktdaten/tab-az2016.pdf
Urlaubsanspruch	
§ 11 Erholungsurlaub, BRTV, Nr. 3	Der Urlaub beträgt für alle Mitarbeiter 33 Werktage. Hierzu wird den Mitarbeitern nach 5-jähriger ununterbrochener Betriebszugehörigkeit ein Zusatzurlaub von einem Werktag gewährt. Der Urlaubsberechnung ist das bei Beginn des Kalenderjahres bereits vollendete Jahr der Betriebszugehörigkeit des Mitarbeiters zugrunde zu legen.
§ 11 Erholungsurlaub, BRTV, Nr. 4	Werktag ist jeder Tag, der nicht Sonn- oder Feiertag ist. Ist der Mitarbeiter an weniger als sechs Werktagen in der Woche tätig, so ist der Urlaubsanspruch von Werktagen in Arbeitstage umzurechnen.

15. Anhang

15.1 Tabellen zu Tariflöhnen und Arbeitszeiten

Tabelle 56: Arbeitszeiten Apothekenpersonal anhand der Kalendertage, tariflichen Arbeits- und Urlaubszeiten, durchschnittlichen Krankheitstagen. Eigene Berechnung. Quellen s. Kapitel 14.1 Quellen Tarifverträge und Arbeitszeiten (S. 220)

JAHR	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009
Kalendertage	365	365	366	365	365	365	366	365	365	365
Samstage und Sonntage gesamt	104	105	105	104	104	104	105	105	104	104
Samstage	52	52	53	52	52	52	52	53	52	52
Sonntage	52	53	52	52	52	52	53	52	52	52
Feiertage	10,2	10	9,3	9,4	11,8	12	11,4	8,3	8	9,4
Potenzielle Arbeitstage im Jahr (40 Std.-Woche)	261	260	261	261	261	261	261	260	261	261
Potenzielle Öffnungstage im Jahr (6 Werktage)	302,8	302	304,7	303,6	301,2	301	301,6	304,7	305	303,6
Urlaub der Personen (nach BRTV ADEXA)	33	33	33	33	33	33	33	33	33	33
Krankenstand der Personen (nach IAB) in Arbeitstagen (fortgeschrieben ab 2017 anhand des gleitenden Durchschnitts der vorangegangenen 3 Jahre)	10,5	10,2	10,0	10,8	9,4	9,5	9,3	9,7	9,4	8,8
Effektive Arbeitstage im Jahr pro VZÄ	217	217	218	217	219	219	219	217	219	219
Effektive Arbeitsstunden im Jahr pro VZÄ	1.740	1.734	1.744	1.738	1.749	1.748	1.750	1.738	1.749	1.754
Effektive Arbeitsminuten im Jahr pro VZÄ	104.380	104.057	104.640	104.256	104.928	104.880	104.976	104.304	104.928	105.216

Tabelle 57: Lohnnebenkosten. Eigene Berechnung. Quellen s. Kapitel 10.1 (10.1 Quellen Tarifverträge und Arbeitszeiten)

JAHR	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009
Arbeitgeberanteile Sozialversicherung										
Krankenversicherung	7,30%	7,30%	7,30%	7,30%	7,00%	7,30%	7,30%	7,30%	7,30%	7,30%
Rentenversicherung	9,35%	9,35%	9,35%	9,35%	9,45%	9,45%	9,80%	9,95%	9,95%	9,95%
Arbeitslosenversicherung	1,50%	1,50%	1,50%	1,50%	1,50%	1,50%	1,50%	1,50%	1,40%	1,40%
Pflegeversicherung	1,275%	1,275%	1,175%	1,18%	1,03%	1,03%	0,98%	0,98%	0,98%	0,98%
Insolvenzgeldumlage	0,09%	0,09%	0,12%	0,15%	0,15%	0,15%	0,04%		0,41%	0,01%
GESAMT	19,52%	19,52%	19,45%	19,48%	19,13%	19,43%	19,62%	19,73%	20,04%	19,64%
U1, U2 Techniker Krankenkasse (U1 ab 01.10.2009)										
U1 - Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall										
Erstattungssatz 70% (Standard)	1,90%	1,90%	1,60%	1,60%	1,70%	1,70%	2,10%	1,70%	1,70%	
Erstattungssatz 80% (erhöht, auf Wunsch)	3,10%	3,10%	2,70%	2,70%	3,30%	3,30%	3,30%	3,30%	3,70%	
Erstattungssatz 40% (2012/2011/2010/2009) bzw. 50% (ermäßigt, auf Wunsch)	1,30%	1,30%	1,10%	1,10%	1,20%	1,20%	1,20%	0,90%	1,00%	
Mittelwert	2,10%	2,10%	1,80%	1,80%	2,07%	2,07%	2,20%	1,97%	2,13%	
U2 - Mutterschaftsaufwendungen										
Erstattungssatz 100%	0,49%	0,49%	0,49%	0,49%	0,33%	0,33%	0,39%	0,30%	0,25%	0,25%
GESAMT U1 und U2	2,59%	2,59%	2,29%	2,29%	2,40%	2,40%	2,59%	2,27%	2,38%	0,25%

Tabelle 58: Lohnkosten am Beispiel der Berufsgruppe Approbierte Apotheker (Vollzeit). Eigene Berechnung.
Quellen s. Kapitel 10.1 (10.1 Quellen Tarifverträge und Arbeitszeiten)

JAHR	2018
Approbierte Tarif ADEXA	
1. Berufsjahr	3.362,00 €
2.-5. Berufsjahr	3.469,00 €
6.-10. Berufsjahr	3.727,00 €
ab 11. Berufsjahr	4.077,00 €
Durchschnittlicher Tarif und jährliche Sonderzahlung: 100% eines tariflichen Monatsverdienstes (Bundesrahmentarifvertrag für Apothekenmitarbeiter, §18, gültig ab 2015)	3.658,75 €
Betriebliche Altersvorsorge monatlich (ab 30 Stunden Arbeitszeit wöchentlich, andere Tarife für weniger Arbeitszeit, Tarifvertrag zur betrieblichen Altersvorsorge, gültig ab 2012)	27,50 €
Ø Jahresgehalt (Berufsjahre), ohne Sonderzahlung	43.905,00 €
Ø Jahresgehalt, inkl. Sonderzahlung	47.563,75 €
Ø Lohnnebenkosten Arbeitgeber (Die Umlagen U1 und U2 werden nicht auf Sonderzahlungen erhoben)	10.254,20 €
Ø Jahresgehalt, inkl. Sonderzahlung & Lohnnebenkosten	57.817,95 €
Ø Tageslohn je potenziellem Arbeitstag	221,52 €
Ø Tageslohn je effektivem Arbeitstag	265,22 €
Ø Stundenlohn je effektivem Arbeitstag	33,15 €
Ø Effektiver Minutenlohn	0,55 €

15.2 Fragebogen Primärerhebung Apotheken

AMPreisV - Primärerhebung

Befragung von Apothekeninhaber/-innen und Filialleiter/-innen

PROG: Alle Antworten nicht verpflichtend, insofern nicht anders angegeben.

Filter

Nicht angezeigt, automatische Zufallsauswahl

Rezepturen und BtM

Warenwirtschaft und BtM

Introduction

Vielen herzlichen Dank für Ihr Interesse an unserem **Forschungsvorhaben zur Prüfung der Arzneimittelpreisverordnung** im Auftrag des **Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie**.

Teilnehmen kann für die Apotheke entweder **der/die Inhaber/in oder der/die Filialleiter/in**.

Es erwarten Sie Fragen zu **folgenden Themen und den damit verbundenen zeitlichen Aufwänden in Ihrer Apotheke**:

- <Einblendung wenn F01 = 1> Herstellung von Rezepturen
- <Einblendung wenn F01 = 2> Warenwirtschaft
- Abgabe von Betäubungsmitteln
- ggf. Zubereitung von parenteralen Lösungen

Bitte beantworten Sie den Fragebogen möglichst vollständig. Beziehen Sie bei Bedarf Ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in die Abschätzung der Zeiten mit ein. Die Befragung dient der Bestimmung einer kostendeckenden Vergütung der Aufwände.

Wir schätzen Ihre Teilnahme sehr und bedanken uns vorab herzlich für Ihre Unterstützung!

PROG: Text

Sind Sie Inhaberin/Inhaber einer Apotheke oder Leiterin/Leiter einer Filialapotheke?

PROG: SS, wenn =1 or 2 dann alle Frageblöcke stellen außer P (P nur wenn A05=1); 3 or 4 =screen out; Antwort

Inhaberin/Inhaber einer Apotheke

Leiterin/Leiter einer Filialapotheke

Leiterin/Leiter einer Krankenhausapotheke

Keine/Keiner der Genannten

Besitzen Sie eine oder mehrere Filialapotheken?

PROG: SS, numeric, skip if A03=2

Ich besitze eine einzelne Apotheke.

Ich besitze eine Hauptapotheke und ____ Filialapotheken.

Bitte beziehen Sie sich im folgenden Fragebogen ausschließlich auf Ihre Hauptapotheke und Ihre Erfahrungen im Jahr 2016.

Parenterale Lösungen werden...

Bitte kreuzen Sie alle Antworten an, die auf Sie zutreffen.

PROG: MS, Antwort verpflichtend, 3 exclusive

in unserer Apotheke im eigenen Labor zubereitet.

in einem externen Herstellungsbetrieb zubereitet und in unserer Apotheke abgegeben.

in unserer Apotheke weder zubereitet noch abgegeben.

Welche der folgenden Prozessschritte bei der Zubereitung und Abgabe einer parenteralen Lösung wird von Ihrer Apotheke durchgeführt, welche durch den externen Herstellungsbetrieb?

PROG: Grid; Skip if A05 ungleich 2; Skip if (A05 gleich 1 und 2)

Spalte

Unsere Apotheke

Herstellungsbetrieb

Beide/Teils teils

Zeile

Plausibilitätsprüfung

Festlegung Fertigstellung und Erstellung Herstellungsanweisung

Vorbereitung der eigenen Person (Anziehen Schutzkleidung, sterile Handschuhe)

Vorbereitung des Arbeitsplatzes

Zubereitung der parenteralen Lösung

Mikrobiologisches Monitoring

Erstellung Herstellungsprotokoll und Kennzeichnung

Endproduktkontrolle und Freigabe

Dokumentation

Abschnitt: Herstellung von Rezepturen

Skippe Block R wenn (F01=2 und A05 ungleich 1)

Nun möchten wir gerne etwas von Ihnen über die Herstellung von Standardrezepturen erfahren, das heißt die nicht zur parenteralen Anwendung bestimmten Rezepturen.

Stoffe: Wie viele Einheiten an unveränderten Stoffen wurden in 2016 in Ihrer Apotheke abgegeben, d. h. in unverändertem Zustand umgefüllte, abgefüllte, abgepackte oder gekennzeichnete Stoffe? Bitte geben Sie die Anzahl der

PROG: numeric

Ca. _____ Abgabeeinheiten unveränderter Stoffe

Weiß nicht/keine Angabe

Wie viel Zeit benötigte die Umfüllung, Abfüllung, Abpackung bzw. Kennzeichnung der Stoffe pro Abgabeeinheit in 2016

PROG: Drop down, default Einstellung=Bitte auswählen; nur Anzeigen wenn R00 Num größer 0

Corner

Pro Abgabeeinheit unveränderter Stoffe

Spalte

- Bis zu 1 Minute
- 2 bis 3 Minuten
- 4 bis 5 Minuten
- 6 bis 10 Minuten
- 11 bis 15 Minuten
- 16 bis 20 Minuten
- 21 bis 25 Minuten
- 26 bis 30 Minuten
- Mehr als 30 Minuten

Standgefäßware: Welcher zeitliche Aufwand ist in Ihrer Apotheke in 2016 durch die Herstellung von Standgefäßware zur Vorbereitung der Rezepturherstellung entstanden? Bitte geben Sie die Anzahl der Stunden in 2016 an.

PROG: numeric

Ca. _____ Stunden

Individualrezepturen: Wie viele Rezepturen wurden in 2016 in Ihrer Apotheke hergestellt? Bitte geben Sie die Anzahl der

PROG: numeric

Ca. _____ Individualrezepturen

Weiß nicht/keine Angabe

Wie viele der Individualrezepturen fertigten Sie in 2016 im Voraus (Defektur)?

PROG: Drop down

- Keine
- Bis zu 10%
- 11% bis zu 20%
- 21% bis zu 30%
- 31% bis zu 40%
- 41% bis zu 50%
- 51% bis zu 60%
- 61% bis zu 70%
- 71% bis zu 80%
- 81% bis zu 90%
- 91% bis zu 100%

Wie viele Defekturarzneimittel fertigten Sie in 2016 durchschnittlich in Ihrer Apotheke zusammen an, d. h. in einem zusammenhängenden Arbeitspaket? Bitte geben Sie die in der Regel zusammen im Voraus hergestellte Anzahl

PROG: numeric, Frage nur anzeigen wenn R01a > 1

Ca. _____ Defekturarzneimittel werden zusammen hergestellt

Wie verteilt sich die gesamte Anzahl an Rezepturen in 2016 auf die folgenden Rezepturarten? Bitte verteilen Sie 100% der gesamten Rezepturanzahl auf die verschiedenen Arten:

PROG: Constant Sum 100%, randomisiert

Gemischter Tee, Lösung ohne Anwendung von Wärme, Mischen von Flüssigkeiten
Puder, ungeteilte Pulver, Salben, Pasten, Suspensionen und Emulsionen
Lösungen unter Anwendung von Wärme, Mazerationen, Aufgüssen und Abkochungen
Pillen, Tabletten und Pastillen
Abgeteilte Pulver, Zäpfchen, Vaginal-Kugeln, das Füllen von Kapseln
Arzneimittel mit Durchführung einer Sterilisation, Sterilfiltration
Zuschmelzen von Ampullen

Bitte geben Sie an, wie lange im Durchschnitt der gesamte Herstellungsprozess (von der Plausibilitätsprüfung der Verordnung bis zur Freigabe der Rezeptur) einer Grundmenge einer der folgenden Individualrezepturen in 2016 dauerte:

Bitte gehen Sie dabei von folgenden Annahmen aus:

- Sie stellen die Rezeptur individuell einzeln her
- Verordnung des Rezepturarzneimittels ist plausibel
- Inprozesskontrolle ist ohne Mängel
- Freigabeprüfung ist ohne Mängel

Obes die Herstellung von Bulkware im Standardgefäß?

PROG: numeric; Antwortoptionen nur Anzeigen wenn der dazugehörige Wert bei R02a größer 0

Spalte

Minuten

Dynamisch, randomisiert, je Fall zwei Items abfragen

Lösung ohne Anwendung von Wärme (bis zu 300g)
Salbe (bis zu 200g)
Lösung unter Anwendung von Wärme (bis zu 300g)
Tabletten (bis zu 50 Stück)
Das Füllen von Kapseln (bis zu 12 Stück)
Arzneimittel mit Durchführung einer Sterilisation (bis zu 300g)
Zuschmelzen von Ampullen (bis zu 6 Stück)

PROG: Skip R04 bis R14a if A05=1

Wie viel Zeit benötigen die folgenden Prozessschritte für eine einzelne Individualrezeptur in 2016 im Durchschnitt?

Bitte gehen Sie dabei von folgenden Annahmen aus:

- Sie stellen die Rezeptur individuell einzeln her
- Verordnung des Rezepturarzneimittels ist plausibel
- Inprozesskontrolle ist ohne Mängel
- Freigabeprüfung ist ohne Mängel

Obes die Herstellung von Bulkware im Standardgefäß?

PROG: Drop down, default Einstellung=Bitte auswählen; Antwortoptionen nur Anzeigen wenn der dazugehörige Wert bei

Corner

Pro einzelner Individualrezeptur (durchschnittlich für alle Rezepturarten):

Spalte

- Bis zu 1 Minute
- 2 bis 3 Minuten
- 4 bis 5 Minuten
- 6 bis 10 Minuten
- 11 bis 15 Minuten
- 16 bis 20 Minuten
- 21 bis 25 Minuten
- 26 bis 30 Minuten
- Mehr als 30 Minuten

Zeile

Plausibilitätsprüfung

Festlegung Fertigstellung und Erstellung Herstellungsanweisung

Vorbereitung des Arbeitsplatzes

Herstellung des Rezepturarzneimittels je nach Rezepturart:

Anfertigung eines gemischten Tees, Herstellung einer Lösung ohne Anwendung von Wärme, Mischen von Flüssigkeiten;

Anfertigung von Pudern, ungeteilten Pulvern, Salben, Pasten, Suspensionen und Emulsionen; bis zur Grundmenge von

Anfertigung von Lösungen unter Anwendung von Wärme, Mazerationen, Aufgüssen und Abkochungen; bis zur

Anfertigung von Pillen, Tabletten und Pastillen; bis zur Grundmenge von 50 Stück

Anfertigung von abgeteilten Pulvern, Zäpfchen, Vaginal-Kugeln, das Füllen von Kapseln; bis zur Grundmenge von 12

Anfertigung von Arzneimitteln mit Durchführung einer Sterilisation, Sterilfiltration; bis zur Grundmenge von 300 g

Zuschmelzen von Ampullen; bis zur Grundmenge von 6 Stück

Erstellung Herstellungsprotokoll

Durchführung Inprozesskontrolle

Abfüllung in das Abgabebehältnis und Kennzeichnung

Freigabepfung und Dokumentation

Wenn es sich um eine höhere Menge als die Grundmenge pro Individualrezeptur handelte, welchen zeitlichen Mehraufwand hatten Sie durchschnittlich dadurch beim Herstellungsprozess? Bitte geben Sie den Mehraufwand pro zusätzlicher Grundmenge an. Bitte geben Sie zusätzlich an, welcher Anteil der Individualrezepturen in 2016 eine höhere Menge als die Grundmenge hatte.

Bitte gehen Sie dabei von folgenden Annahmen aus:

- Sie stellen die Rezeptur individuell einzeln her
- Verordnung des Rezepturarzneimittels ist plausibel
- Inprozesskontrolle ist ohne Mängel

PROG: Drop down, default Einstellung=Bitte auswählen; Antwortoptionen nur Anzeigen wenn der dazugehörige Wert bei

Spaltenüberschriften

Mehraufwand pro zusätzlicher Grundmenge:

Anteil betroffener Rezepturen in 2016:

Spalte 1

- Bis zu 1 Minute
- 2 bis 3 Minuten
- 4 bis 5 Minuten
- 6 bis 10 Minuten
- 11 bis 15 Minuten
- 16 bis 20 Minuten

21 bis 25 Minuten
26 bis 30 Minuten
Mehr als 30 Minuten

Spalte 2

Bis zu 10%
11% bis zu 20%
21% bis zu 30%
31% bis zu 40%
41% bis zu 50%
51% bis zu 60%
61% bis zu 70%
71% bis zu 80%
81% bis zu 90%
91% bis zu 100%

Zeile

Gemischter Tee, Lösung ohne Anwendung von Wärme, Mischen von Flüssigkeiten (Grundmenge 300 g)
Puder, ungeteilte Pulver, Salben, Pasten, Suspensionen und Emulsionen (Grundmenge 200 g)
Lösungen unter Anwendung von Wärme, Mazerationen, Aufgüssen und Abkochungen (Grundmenge 300 g)
Pillen, Tabletten und Pastillen (Grundmenge 50 Stück)
Abgeteilte Pulver, Zäpfchen, Vaginal-Kugeln, das Füllen von Kapseln (Grundmenge 12 Stück)
Arzneimittel mit Durchführung einer Sterilisation, Sterilfiltration (Grundmenge 300 g)
Zuschmelzen von Ampullen (Grundmenge 6 Stück)

Wie viel Zeit benötigen die folgenden Prozessschritte für die gesamte Herstellung von <Einblendung aus R02, falls keine Angabe 50> im voraus hergestellten Rezepturen (Defekturen) im Durchschnitt in 2016?

Bitte gehen Sie dabei von folgenden Annahmen aus:

- Inprozesskontrolle ist ohne Mängel
- Freigabeproofung ist ohne Mängel
- Prüfung des Defekturarzneimittels ist ohne Mängel

Obso die Herstellung von Pulvern im Standgefäß?

PROG: Drop down, default Einstellung=Bitte auswählen; Frage zeigen, wenn R01a > 1

Corner

Pro Herstellung (unabhängig von der Rezepturart)/Pro Herstellung/Pro Herstellung (unabhängig von der Rezepturart)

Spalte

Prog: für 5.1. bis 5.7.: Keine Defektur

Bis zu 1 Minute
2 bis 3 Minuten
4 bis 5 Minuten
6 bis 10 Minuten
11 bis 15 Minuten
16 bis 20 Minuten
21 bis 25 Minuten
26 bis 30 Minuten
31 bis 60 Minuten
61 bis 90 Minuten

91 bis 120 Minuten
Mehr als 120 Minuten

Zeile

Plausibilitätsprüfung
Festlegung Fertigstellung und Erstellung Herstellungsanweisung
Erstellung einer Prüfanweisung
Vorbereitung des Arbeitsplatzes
Herstellung der Defektur
Anfertigung eines gemischten Tees, Herstellung einer Lösung ohne Anwendung von Wärme, Mischen von Flüssigkeiten;
Anfertigung von Pudern, ungeteilten Pulvern, Salben, Pasten, Suspensionen und Emulsionen; bis zur Grundmenge von
Anfertigung von Lösungen unter Anwendung von Wärme, Mazerationen, Aufgüssen und Abkochungen; bis zur
Anfertigung von Pillen, Tabletten und Pastillen; bis zur Grundmenge von 50 Stück
Anfertigung von abgeteilten Pulvern, Zäpfchen, Vaginal-Kugeln, das Füllen von Kapseln; bis zur Grundmenge von 12
Anfertigung von Arzneimitteln mit Durchführung einer Sterilisation, Sterilfiltration; bis zur Grundmenge von 300 g
Zuschmelzen von Ampullen; bis zur Grundmenge von 6 Stück
Erstellung Herstellungsprotokoll
Durchführung Inprozesskontrolle
Abfüllung in das Abgabebehältnis und Kennzeichnung
Prüfung und Erstellung Prüfprotokoll
Freigabeprüfung

Bei wie viel Prozent der Rezepturverordnungen in Ihrer Apotheke kam es im letzten Jahr vor, dass diese nicht plausibel waren und Rücksprache mit Patient/Patientin oder Arzt/Ärztin gehalten werden musste? Bitte geben Sie den Anteil an, *PROG: numeric, Nachkommastellen erlaubt*

Ca. _____ % aller Rezepturverordnungen in 2016, bei denen Rücksprache gehalten werden musste und Unklarheiten
Ca. _____ % aller Rezepturverordnungen in 2016, bei denen nach Rücksprache die Herstellung abgelehnt wurde.

Wie lange dauerte die Rücksprache bei unplausiblen Verordnungen mit Patient/Patientin oder Arzt/Ärztin
PROG: SS, nur stellen, wenn R06>0

Bis zu 1 Minute
2 bis 3 Minuten
4 bis 5 Minuten
6 bis 10 Minuten
11 bis 15 Minuten
16 bis 20 Minuten
21 bis 25 Minuten
26 bis 30 Minuten
Mehr als 30 Minuten

Bei wie viel Prozent der Rezepturartzeimittel kam es im letzten Jahr vor, dass bei der Freigabeprüfung Mängel festgestellt wurden? Bitte geben Sie den Anteil an, je nachdem zu welchem Ergebnis die Prüfung führte.
PROG: numeric, Nachkommastellen erlaubt

Bei ca. _____ % aller Rezepturartzeimittel wurden in 2016 Mängel bei der Freigabeprüfung festgestellt, die beseitigt

Bei ca. _____ % aller Rezepturarztneimittel in 2016 musste nach Freigabeprüfung der Ansatz vernichtet werden.

Wie lange dauerte die Beseitigung der Mängel, die bei der Freigabeprüfung festgestellt wurden, durchschnittlich in 2016?

PROG: SS, nur stellen, skip if R10_1=0

- Bis zu 1 Minute
- 2 bis 3 Minuten
- 4 bis 5 Minuten
- 6 bis 10 Minuten
- 11 bis 15 Minuten
- 16 bis 20 Minuten
- 21 bis 25 Minuten
- 26 bis 30 Minuten
- Mehr als 30 Minuten

Welche Software nutzen Sie für die Herstellung von Rezepturen? Bitte kreuzen Sie alle Antworten an, die auf Sie

PROG: MS; 3=excl.

- Software zur Dokumentation und Erstellung der Herstellungsanweisung
- Software zur Taxation
- Ich nutze keine Software

Gibt es weitere zeitliche Aufwände bei der Herstellung von Rezepturen, die bislang nicht berücksichtigt wurden? Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese und geben Sie den Anteil an betroffenen Rezepturen sowie den zeitlichen Aufwand pro

PROG: open + numeric

Spalte

- Beschreibung
- Dauer in Minuten pro Rezeptur
- Anteil an betroffenen Rezepturen in %

Zeile

- Aufwand 1
- Aufwand 2
- Aufwand 3
- Aufwand 4
- Aufwand 5

Wer stellte in Ihrer Apotheke in 2016 die Rezepturen her? Bitte verteilen Sie den gesamten zeitlichen Aufwand für Rezepturen (100%) auf die bei Ihnen tätigen Personen nach Berufsgruppen:

PROG: Constant Sum

- Approbierte Apothekerin/approbierter Apotheker inkl. Inhaberin/Inhaber
- Pharmazeutin/Pharmazeut im Praktikum
- Apothekerassistentin/Apothekerassistent, Pharmazie-Ingenieurin/Pharmazie-Ingenieur
- Pharmazeutisch-technische Assistentin, Pharmazeutisch-technischer Assistent

PTA in der Ausbildung
Sonstige

Abschnitt: Zubereitung von parenteralen Lösungen

PROG: Skip gesamten Block if A05 ungleich 1

Nun möchten wir gerne etwas von Ihnen über die Zubereitung von parenteralen Lösungen erfahren.

Wie viele parenterale Lösungen wurden durchschnittlich in 2016 in Ihrer Apotheke hergestellt?

PROG: numeric

Ca. _____ parenterale Lösungen
Weiß nicht/keine Angabe

Wie verteilt sich die gesamte Anzahl an parenteralen Lösungen in 2016 auf die folgenden Arten? Bitte verteilen Sie 100% der gesamten Anzahl an Lösungen auf die verschiedenen Arten:

PROG: Constant Sum 100%; Wenn nichts ausgewählt, dann weiter mit Bintrö

Zytostatikahaltige Lösungen
Lösungen mit monoklonalen Antikörpern
Antibiotika- und virustatikahaltige Lösungen
Lösungen mit Schmerzmitteln
Ernährungslösungen
Calciumfolinatlösungen
Sonstige parenterale Lösungen

Wie viele parenterale Lösungen werden durchschnittlich in Ihrer Apotheke zusammen zubereitet, d.h. als ein

PROG: numeric

Ca. _____ parenterale Lösungen

Bitte geben Sie an, wie lange im Durchschnitt der gesamte Zubereitungsprozess (von der Plausibilitätsprüfung der Verordnung bis zur Freigabe der parenteralen Lösung) einer der folgenden Lösungen dauert.

Bitte gehen Sie dabei von folgenden Annahmen aus:

- Verordnung der individuellen parenteralen Lösung ist plausibel
- Inprozesskontrolle ist ohne Mängel
- Endproduktkontrolle ist ohne Mängel

PROG: numeric; einblenden wenn bei A08 angegeben

Spalte

Minuten pro Lösung

Dynamisch, randomisiert, je Fall zwei Items abfragen

Zytostatikahaltige Lösungen
Lösungen mit monoklonalen Antikörpern
Antibiotika- und virustatikahaltige Lösungen

Lösungen mit Schmerzmitteln
Ernährungslösungen
Calciumfolinatlösungen
Sonstige parenterale Lösungen

Wie viel Zeit benötigen die folgenden Prozessschritte bei der aseptischen Zubereitung und Prüfung einer einzelnen applikationsfertigen parenteralen Lösung im Durchschnitt?

Bitte gehen Sie dabei von folgenden Annahmen aus:

- Verordnung der individuellen parenteralen Lösung ist plausibel
- Inprozesskontrolle ist ohne Mängel
- Endproduktkontrolle ist ohne Mängel

PROG: drop down; einblenden wenn bei A08 angegeben

Corner

Pro einzelner Lösung (durchschnittlich für alle Arten):/Pro einzelner Lösung:/Pro einzelner Lösung (durchschnittlich für

Spalte

Bis zu 1 Minute
2 bis 3 Minuten
4 bis 5 Minuten
6 bis 10 Minuten
11 bis 15 Minuten
16 bis 20 Minuten
21 bis 25 Minuten
26 bis 30 Minuten
31 bis 45 Minuten
46 bis 60 Minuten
61 bis 90 Minuten
91 bis 120 Minuten
Mehr als 120 Minuten

Zeile

Plausibilitätsprüfung
Festlegung Fertigstellung und Erstellung Herstellungsanweisung
Vorbereitung der eigenen Person (Anziehen Schutzkleidung, sterile Handschuhe)
Vorbereitung des Arbeitsplatzes
Zubereitung der parenteralen Lösung je nach Art:
Zytostatikahaltige Lösung
Lösung mit monoklonalen Antikörpern
Antibiotika- und virustatikahaltige Lösung
Lösung mit Schmerzmitteln
Ernährungslösung
Calciumfolinatlösung
Sonstige parenterale Lösung
Durchführung Inprozesskontrolle
Erstellung Herstellungsprotokoll und Kennzeichnung
Endproduktkontrolle und Freigabe
Dokumentation

Wie viel Zeit benötigen die folgenden Prozessschritte bei der Zubereitung von zusammen [<Einblendung aus P3>](#)
Lösungen im Durchschnitt?

Bitte gehen Sie dabei von folgenden Annahmen aus:

- Verordnung der individuellen parenteralen Lösung ist plausibel

- Inprozesskontrolle ist ohne Mängel

PROG: drop down; einblenden wenn bei A08 angegeben, Skip if P03 = 0

Corner

Pro Gesamtherstellung:

Spalte

Bis zu 1 Minute

2 bis 3 Minuten

4 bis 5 Minuten

6 bis 10 Minuten

11 bis 15 Minuten

16 bis 20 Minuten

21 bis 25 Minuten

26 bis 30 Minuten

31 bis 45 Minuten

46 bis 60 Minuten

61 bis 90 Minuten

91 bis 120 Minuten

Mehr als 120 Minuten

Zeile

Plausibilitätsprüfung

Festlegung Fertigstellung und Erstellung Herstellungsanweisung

Vorbereitung der eigenen Person (Anziehen Schutzkleidung, sterile Handschuhe)

Vorbereitung des Arbeitsplatzes

Zubereitung der parenteralen Lösung je nach Art:

Zytostatikahaltige Lösung

Lösung mit monoklonalen Antikörpern

Antibiotika- und virustatikahaltige Lösung

Lösung mit Schmerzmitteln

Ernährungslösung

Calciumfolinatlösung

Sonstige parenterale Lösung

Durchführung Inprozesskontrolle

Erstellung Herstellungsprotokoll und Kennzeichnung

Endproduktkontrolle und Freigabe

Dokumentation

Wie häufig werden arbeitstäglich im Rahmen der Zubereitung von parenteralen Lösungen Routinereinigungen

PROG: numeric

Ca. ____ Mal täglich durch Fachpersonal

Ca. ____ Mal täglich durch Reinigungspersonal

Wie viel Zeit wird durchschnittlich für eine arbeitstägliche Routinereinigung des Sterillabors benötigt?

PROG: SS

Spalten

- Bis zu 1 Minute
- 2 bis 3 Minuten
- 4 bis 5 Minuten
- 6 bis 10 Minuten
- 11 bis 15 Minuten
- 16 bis 20 Minuten
- 21 bis 25 Minuten
- 26 bis 30 Minuten
- Mehr als 30 Minuten

Bei wie viel Prozent der Verordnungen von parenteralen Lösungen in Ihrer Apotheke kam es im letzten Jahr vor, dass diese nicht plausibel waren und Rücksprache mit Patient oder Verordner gehalten werden muss?

PROG: numeric

Bei ca. _____ % aller Verordnungen von parenteralen Lösungen musste 2016 Rücksprache mit Patient/Verordner

Wie lange dauerte die Rücksprache bei unplausiblen Verordnungen durchschnittlich in 2016?

PROG: SS, nur stellen, wenn P08>0

- Bis zu 1 Minute
- 2 bis 3 Minuten
- 4 bis 5 Minuten
- 6 bis 10 Minuten
- 11 bis 15 Minuten
- 16 bis 20 Minuten
- 21 bis 25 Minuten
- 26 bis 30 Minuten
- Mehr als 30 Minuten

Wie viele der Verordnungen von parenteralen Lösungen mussten in Ihrer Apotheke im letzten Jahr abgelehnt werden, da diese auch nach Rücksprache mit Patient/Verordner nicht plausibel waren? Bitte geben Sie die Anzahl in Prozent an:

PROG: numeric; skip if P08=0

Bei ca. _____ % aller Verordnungen von parenteralen Lösungen musste die Herstellung in 2016 abgelehnt werden.

Bei wie viel Prozent der parenteralen Zubereitungen kam es 2016 vor, dass bei der Endproduktkontrolle Mängel festgestellt wurden? Bitte geben Sie die Anteile separat je nach Umgang mit den Mängeln an:

PROG: numeric

Ca. _____ % aller parenteralen Zubereitungen hatten in 2016 Mängel in der Endproduktkontrolle, die behoben

Ca. _____ % aller parenteralen Zubereitungen hatten in 2016 Mängel in der Endproduktkontrolle, die neu zubereitet

Wie lange dauerte die Beseitigung der Mängel, die bei der Endproduktkontrolle in 2016 festgestellt wurden

PROG: SS, nur stellen, wenn P10_1>0

- Bis zu 1 Minute
- 2 bis 3 Minuten
- 4 bis 5 Minuten
- 6 bis 10 Minuten
- 11 bis 15 Minuten
- 16 bis 20 Minuten
- 21 bis 25 Minuten
- 26 bis 30 Minuten
- Mehr als 30 Minuten

Welche Software nutzen Sie für die Zubereitung von parenteralen Lösungen? Bitte kreuzen Sie alle Antworten an, die auf

PROG: MS; 3=excl.

- Software zur Dokumentation und Erstellung der Herstellungsanweisung
- Software zur Taxation
- Ich nutze keine Software

Gibt es weitere zeitliche Aufwände bei der Zubereitung von parenteralen Lösungen, die bislang nicht berücksichtigt wurden? Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese und geben Sie den Anteil an parenteralen Lösungen mit diesem Aufwand

PROG: open + numeric

Spalte

- Beschreibung
- Dauer in Minuten pro Lösung
- Anteil an parenteralen Lösungen in %

Zeile

- Aufwand 1 _____
- Aufwand 2 _____
- Aufwand 3 _____
- Aufwand 4 _____
- Aufwand 5 _____

Wer stellte in Ihrer Apotheke in 2016 die parenteralen Lösungen her? Bitte verteilen Sie den gesamten zeitlichen Aufwand für parenterale Lösungen (100%) auf die bei Ihnen tätigen Personen nach Berufsgruppen:

PROG: Constant Sum

- Approbierte Apothekerin/approbierter Apotheker inkl. Inhaberin/Inhaber
- Pharmazeutin/Pharmazeut im Praktikum
- Apothekerassistentin/Apothekerassistent, Pharmazie-Ingenieurin/Pharmazie-Ingenieur
- Pharmazeutisch-technische Assistentin, Pharmazeutisch-technischer Assistent
- PTA in der Ausbildung

Sonstige

Abschnitt: Abgabe dokumentationspflichtiger Betäubungsmittel

Im folgenden Abschnitt geht es um die Abgabe dokumentationspflichtiger Betäubungsmittel.

Wie viele dokumentationspflichtige Betäubungsmittel haben Sie in 2016 ungefähr abgegeben? Bitte geben Sie die Anzahl

PROG: Numeric; skip Block B wenn 2 oder 3

Ca. _____ Betäubungsmittel (Anzahl Packungen und Rezepturen)

Keine

Weiß nicht/Keine Angabe

Welche Dokumentationsart für Betäubungsmittel nutzen Sie? Bitte kreuzen Sie alle Antworten an, die auf Sie zutreffen.

PROG: MS

Karteikarten

Betäubungsmittelabgabebücher

Elektronisch

Sonstige, und zwar: _____

Wie viel Zeit nahm die Versorgung eines Patienten mit einem Betäubungsmittel in 2016 durchschnittlich in Anspruch? Bitte betrachten Sie lediglich die zusätzliche durchschnittliche Zeit im Vergleich zur Abgabe eines nicht-

PROG: drop down

Spalte

Bis zu 1 Minute

2 bis 3 Minuten

4 bis 5 Minuten

6 bis 10 Minuten

11 bis 15 Minuten

16 bis 20 Minuten

21 bis 25 Minuten

26 bis 30 Minuten

Mehr als 30 Minuten

Zeile

Annahme und Dokumentation des Zugangs eines Betäubungsmittels

Besondere Prüfung des Rezeptes und ggf. damit verbundene Rücksprachen

Dokumentation des Abgangs eines Betäubungsmittels

Gibt es weitere besondere zeitliche Aufwände bei der Abgabe von Betäubungsmitteln, die bislang nicht berücksichtigt wurden? Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese und geben Sie den Anteil an Betäubungsmittelabgaben mit diesem Aufwand sowie den jeweiligen zeitlichen zusätzlichen Aufwand pro Abgabe an.

PROG: open + numeric

Spalte

Beschreibung

Dauer in Minuten pro BtM

Anteil an Betäubungsmitteln in %

Zeile

Aufwand 1 _____

Aufwand 2 _____

Aufwand 3 _____

Aufwand 4 _____

Aufwand 5 _____

Abschnitt: Warenwirtschaft

If F01=1 dann überspringe den W-Block; If A05=1 dann überspringe den W-Block

In dem folgenden Teil der Befragung möchten wir gerne etwas von Ihnen über die Warenwirtschaft in Ihrer Apotheke erfahren, das heißt die Bestellung, Lieferung, Lagerung und Bezahlung des gesamten Sortiments.

Explizit ausgeschlossen sind dabei die Warenbewegungen im direkten Verkaufs-/Abgabeprozess.

Bitte verteilen Sie die für die Warenwirtschaft aufgewendete Zeit prozentual auf folgende Teilaspekte. 100 % ist dabei die Zeit aller mit der Warenwirtschaft in Ihrer Apotheke betrauten Mitarbeiter inkl. Ihnen.

PROG: Constant Sum 100%

Lagerhaltung, inkl. der Ermittlung des Bestellbedarfs

Bestellung

Empfang der Lieferung und Prüfung der Lieferscheine

Einsortierung der Lieferung

Vorbereitung der Bezahlung bzw. Bezahlung

Retourenmanagement

Sonstige

Gibt es weitere zeitliche Aufwände bei der Warenwirtschaft, die bislang nicht berücksichtigt wurden? Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese und geben Sie die Anzahl der Tage in 2016 an, die davon betroffen waren und mit welchem

PROG: open + numeric

Spalte

Beschreibung

Dauer in Minuten pro Tag

Anzahl Tage, die davon betroffen waren

Zeile

Aufwand 1 _____

Aufwand 2 _____

Aufwand 3 _____

Aufwand 4 _____

Aufwand 5 _____

PROG: Skip A12 bis A07i if F01=1 oder A05=1

Abschnitt: Arbeitsaufwände der Mitarbeiter

Im folgenden geht es um Ihre Mitarbeiter, die neben Ihnen in unterschiedlichem Umfang die Warenwirtschaft und die weiteren Leistungen in Ihrer Apotheke erbringen.

Wie viele Mitarbeiter waren in Ihrer Apotheke in 2016 beschäftigt? Bitte zählen Sie sich selbst nicht mit.
Bitte unterscheiden Sie nach der jeweiligen Qualifikation und geben, falls bekannt, auch die sich aus den Teilzeitumfängen resultierenden gesamten Vollzeitäquivalente pro Qualifikation an (z. B. eine Vollzeitkraft, eine 50%-
PROG: numeric

Spalte

Anzahl Vollzeit

Anzahl Teilzeit

Vollzeitäquivalente Gesamt

Zeile

Approbierte Apothekerin/approbierter Apotheker

Pharmazeutin/Pharmazeut im Praktikum

Apothekerassistentin/Apothekerassistent, Pharmazie-Ingenieurin/Pharmazie-Ingenieur

Pharmazeutisch-technische Assistentin, Pharmazeutisch-technischer Assistent (PTA)

Pharmazeutisch-kaufmännische Angestellte/Pharmazeutisch-kaufmännischer Angestellter (PKA)

PTA in Ausbildung

PKA in Ausbildung

Sonstige

Wie verteilt sich die Arbeitszeit von Ihnen, d.h. vom Inhaber/von der Inhaberin bzw. der Filialleitung, durchschnittlich in 2016 auf die folgenden Aufgabenbereiche? Bitte verteilen Sie 100% Ihrer Arbeitszeit (ohne Nacht- und Notdienst) auf die
PROG: Constant Sum, 3 einblenden wenn bei A05=1

Spalte

Anteile Arbeitszeit Inhaber/innen/Leitung

Zeile

Beratung und Abgabe (gesamtes Sortiment)

Warenwirtschaft (gesamtes Sortiment)

Zubereitung von parenteralen Lösungen

Dokumentation von Betäubungsmitteln

Herstellung von Rezepturen

Durchführung von medizinischen Dienstleistungen

Management (z. B. Personal, Buchführung)

Wartezeit bei geringerer Kundenfrequenz

Sonstige Bereiche, und zwar: _____

Wie verteilt sich die Arbeitszeit von Ihren approbierten Mitarbeitern, durchschnittlich in 2016 auf die folgenden Aufgabenbereiche? Bitte verteilen Sie 100% der Arbeitszeit (ohne Nacht- und Notdienst) auf die verschiedenen Bereiche:
PROG: Constant Sum, 3 einblenden wenn bei A05=1, Filter auf A12 1>0 (Vollzeit, Teilzeit oder VZÄ)

Spalte

Anteile Arbeitszeit approbierte Mitarbeiter

Zeile

- Beratung und Abgabe (gesamtes Sortiment)
- Warenwirtschaft (gesamtes Sortiment)
- Zubereitung von parenteralen Lösungen
- Dokumentation von Betäubungsmitteln
- Herstellung von Rezepturen
- Durchführung von medizinischen Dienstleistungen
- Management (z. B. Personal, Buchführung)
- Wartezeit bei geringerer Kundenfrequenz
- Sonstige Bereiche, und zwar: _____

Wie verteilt sich die Arbeitszeit von Ihren Pharmazeut/innen im Praktikum, durchschnittlich in 2016 auf die folgenden Aufgabenbereiche? Bitte verteilen Sie 100% der Arbeitszeit auf die verschiedenen Bereiche:

PROG: Constant Sum, 3 einblenden wenn bei A05=1, Filter auf A12 2>0 (Vollzeit, Teilzeit oder VZÄ)

Spalte

Anteile Arbeitszeit Pharmazeut/innen im Praktikum

Zeile

- Beratung und Abgabe (gesamtes Sortiment)
- Warenwirtschaft (gesamtes Sortiment)
- Zubereitung von parenteralen Lösungen
- Dokumentation von Betäubungsmitteln
- Herstellung von Rezepturen
- Durchführung von medizinischen Dienstleistungen
- Management (z. B. Personal, Buchführung)
- Wartezeit bei geringerer Kundenfrequenz
- Sonstige Bereiche, und zwar: _____

Wie verteilt sich die Arbeitszeit von Ihren Apothekerassistent/innen und Pharmazie-Ingenieuren, durchschnittlich in 2016 auf die folgenden Aufgabenbereiche? Bitte verteilen Sie 100% der Arbeitszeit auf die verschiedenen Bereiche:

PROG: Constant Sum, 3 einblenden wenn bei A05=1, Filter auf A12 3>0 (Vollzeit, Teilzeit oder VZÄ)

Spalte

Anteile Arbeitszeit Apothekerassistent/innen und Pharmazie-Ingenieure

Zeile

- Beratung und Abgabe (gesamtes Sortiment)
- Warenwirtschaft (gesamtes Sortiment)
- Zubereitung von parenteralen Lösungen
- Dokumentation von Betäubungsmitteln
- Herstellung von Rezepturen
- Durchführung von medizinischen Dienstleistungen
- Management (z. B. Personal, Buchführung)
- Wartezeit bei geringerer Kundenfrequenz
- Sonstige Bereiche, und zwar: _____

Wie verteilt sich die Arbeitszeit von Ihren PTA (nicht in Ausbildung), durchschnittlich in 2016 auf die folgenden Aufgabenbereiche? Bitte verteilen Sie 100% der Arbeitszeit auf die verschiedenen Bereiche:

PROG: Constant Sum, 3 einblenden wenn bei A05=1, Filter auf A12 4>0 (Vollzeit, Teilzeit oder VZÄ)

Spalte

Anteile Arbeitszeit PTA (nicht in Ausbildung)

Zeile

Beratung und Abgabe (gesamtes Sortiment)
Warenwirtschaft (gesamtes Sortiment)
Zubereitung von parenteralen Lösungen
Dokumentation von Betäubungsmitteln
Herstellung von Rezepturen
Durchführung von medizinischen Dienstleistungen
Management (z. B. Personal, Buchführung)
Wartezeit bei geringerer Kundenfrequenz
Sonstige Bereiche, und zwar: _____

Wie verteilt sich die Arbeitszeit von Ihren PKA (nicht in Ausbildung), durchschnittlich in 2016 auf die folgenden Aufgabenbereiche? Bitte verteilen Sie 100% der Arbeitszeit auf die verschiedenen Bereiche:

PROG: Constant Sum, 3 einblenden wenn bei A05=1, Filter auf A12 5>0 (Vollzeit, Teilzeit oder VZÄ)

Spalte

Anteile Arbeitszeit PKA (nicht in Ausbildung)

Zeile

Beratung und Abgabe (gesamtes Sortiment)
Warenwirtschaft (gesamtes Sortiment)
Zubereitung von parenteralen Lösungen
Dokumentation von Betäubungsmitteln
Herstellung von Rezepturen
Durchführung von medizinischen Dienstleistungen
Management (z. B. Personal, Buchführung)
Wartezeit bei geringerer Kundenfrequenz
Sonstige Bereiche, und zwar: _____

Wie verteilt sich die Arbeitszeit von Ihren PTA in Ausbildung, durchschnittlich in 2016 auf die folgenden Aufgabenbereiche? Bitte verteilen Sie 100% der Arbeitszeit auf die verschiedenen Bereiche:

PROG: Constant Sum, 3 einblenden wenn bei A05=1, Filter auf A12 6>0 (Vollzeit, Teilzeit oder VZÄ)

Spalte

Anteile Arbeitszeit PTA in Ausbildung

Zeile

Beratung und Abgabe (gesamtes Sortiment)
Warenwirtschaft (gesamtes Sortiment)
Zubereitung von parenteralen Lösungen
Dokumentation von Betäubungsmitteln
Herstellung von Rezepturen
Durchführung von medizinischen Dienstleistungen
Management (z. B. Personal, Buchführung)
Wartezeit bei geringerer Kundenfrequenz

Sonstige Bereiche, und zwar: _____

Wie verteilt sich die Arbeitszeit von Ihren PKA in Ausbildung, durchschnittlich in 2016 auf die folgenden Aufgabenbereiche? Bitte verteilen Sie 100% der Arbeitszeit auf die verschiedenen Bereiche:

PROG: Constant Sum, 3 einblenden wenn bei A05=1, Filter auf A12 7>0 (Vollzeit, Teilzeit oder VZÄ)

Spalte

Anteile Arbeitszeit PKA in Ausbildung

Zeile

Beratung und Abgabe (gesamtes Sortiment)

Warenwirtschaft (gesamtes Sortiment)

Zubereitung von parenteralen Lösungen

Dokumentation von Betäubungsmitteln

Herstellung von Rezepturen

Durchführung von medizinischen Dienstleistungen

Management (z. B. Personal, Buchführung)

Wartezeit bei geringerer Kundenfrequenz

Sonstige Bereiche, und zwar: _____

Wie verteilt sich die Arbeitszeit von Ihren sonstigen Mitarbeitern, durchschnittlich in 2016 auf die folgenden Aufgabenbereiche? Bitte verteilen Sie 100% der Arbeitszeit auf die verschiedenen Bereiche:

PROG: Constant Sum, 3 einblenden wenn bei A05=1, Filter auf A12 8>0 (Vollzeit, Teilzeit oder VZÄ)

Spalte

Anteile Arbeitszeit sonstige Mitarbeiter

Zeile

Beratung und Abgabe (gesamtes Sortiment)

Warenwirtschaft (gesamtes Sortiment)

Zubereitung von parenteralen Lösungen

Dokumentation von Betäubungsmitteln

Herstellung von Rezepturen

Durchführung von medizinischen Dienstleistungen

Management (z. B. Personal, Buchführung)

Wartezeit bei geringerer Kundenfrequenz

Sonstige Bereiche, und zwar: _____

Abschnitt: Abgabe von Fertigarzneimitteln und verordneten Hilfsmitteln

Bei wie viel Prozent der Packungen rezeptpflichtiger Fertigarzneimittel (Rx) kam es in 2016 bei der Abgabe zu Unklarheiten, die eine persönliche/telefonische Rücksprache mit Arztpraxen, Krankenkassen oder dem Großhandel

PROG: numeric

Bei ca. _____ % aller Rx-Packungen musste in 2016 für die Abgabe eine Rücksprache mit Arztpraxen, Krankenkassen

Wie verteilt sich der persönliche/telefonische Rückspachebedarf bzgl. Rx-Fertigarzneimitteln durchschnittlich in 2016 auf die folgenden Anlässe? Bitte verteilen Sie 100% der Rücksprachen auf die verschiedenen Anlässe und geben ggf.

PROG: Constant Sum, 1-6 rotieren

Spalte

Anlässe für Rücksprachen mit Arztpraxen, Krankenkassen oder dem Großhandel

Zeile

Nicht-Verfügbarkeit von Import-Arzneimitteln

Nicht-Verfügbarkeit von Rabatt-Arzneimitteln

Nicht-Verfügbarkeit von sonstigen Rx-Fertigarzneimitteln (ohne Import- und Rabatt-Arzneimittel)

Fehlerhaft ausgestellte Rezepte

Retaxationen

Zuzahlungs-Befreiung von Patienten

Sonstige Anlässe, und zwar: _____

Sonstige Anlässe, und zwar: _____

Sonstige Anlässe, und zwar: _____

Die notwendigen Rücksprachen und ggf. damit verbundene Dokumentationen zu Rezepten sind sehr unterschiedlich. Bitte geben Sie daher eine grobe Einschätzung ab, wie viel zusätzliche Zeit durchschnittlich in 2016 pro betroffener Rx-Fertigarzneimittelpackung benötigt wurde, um das Problem mit Arztpraxen, Krankenkassen oder dem Großhandel zu *PROG: SS*

Bis zu 1 Minute

2 bis 3 Minuten

4 bis 5 Minuten

6 bis 10 Minuten

11 bis 15 Minuten

16 bis 20 Minuten

21 bis 25 Minuten

26 bis 30 Minuten

31 bis 60 Minuten

Mehr als 60 Minuten

OTC: Bei wie viel Prozent der OTC-Abgaben war in 2016 durch Sie oder Ihre Mitarbeiter eine Anamnese notwendig, d. h. die Ermittlung der spezifischen Beschwerden der Patienten oder deren Angehörigen, um eine OTC-Auswahl/Empfehlung *PROG: numeric*

Bei ca. _____ % aller OTC-Abgaben/Verkäufe erfolgte in 2016 eine Anamnese in der Apotheke.

Die Anamnesen zu OTC-Arzneimitteln sind sehr unterschiedlich. Bitte geben Sie daher eine grobe Einschätzung ab, wie lange durchschnittlich in 2016 pro betroffener OTC-Packung eine Anamnese im Vorfeld der OTC-Auswahl dauerte. Bitte geben Sie den Zeitaufwand nur für die Anamnese an, ohne die folgende Besprechung von Wechselwirkungen oder *PROG: SS*

Bis zu 1 Minute

2 bis 3 Minuten

4 bis 5 Minuten

6 bis 10 Minuten

11 bis 15 Minuten

16 bis 20 Minuten

21 bis 25 Minuten

26 bis 30 Minuten

Mehr als 30 Minuten

Hilfsmittelabgabe: Wie viele Hilfsmittel wurden in 2016 in Ihrer Apotheke abgegeben? Bitte geben Sie die Anzahl der
PROG: numeric

Ca. _____ Hilfsmittel
Weiß nicht/keine Angabe

Wie hoch schätzen Sie den zeitlichen Aufwand, der durch die Lieferverträge von Hilfsmitteln in 2016 in Ihrer Apotheke entstanden ist? Bitte geben Sie nur den zeitlichen Zusatzaufwand an, der abgesehen von der für das ganze Sortiment
PROG: numeric

Ca. _____ Stunden Zusatzaufwand aufgrund von Lieferverträgen von Hilfsmitteln in der Apotheke in 2016

Abschnitt: Rahmeninformationen

Zum Abschluss möchten wir noch einige Informationen über Ihre Apotheke aufnehmen, die uns die zusammenfassende Analyse der Ergebnisse erlaubt. Diese Angaben werden wie die gesamte Befragung anonymisiert ausgewertet.

Welche Beschreibung trifft die Lage Ihrer Apotheke am besten? Bitte kreuzen Sie alle Antwortoptionen an, die auf Sie
PROG: MS

In unmittelbarer Nähe eines Ärztehauses oder mehrerer Ärzte
In einer 1A-Lage (viel Laufkundschaft)
In einem Einkaufscenter, einem Bahnhof/Flughafen oder ähnliches
In einem reinen Wohngebiet
Weiß nicht/Keine Angabe

Wie viele Mitarbeiter waren in Ihrer Apotheke in 2016 beschäftigt? Bitte zählen Sie sich selbst nicht mit.
Bitte unterscheiden Sie nach der jeweiligen Qualifikation und geben, falls bekannt, auch die sich aus den Teilzeitemfängen resultierenden gesamten Vollzeitäquivalente pro Qualifikation an (z. B. eine Vollzeitkraft, eine 50%-
PROG: numeric; Skip if F01 = 2

Spalte

Anzahl Vollzeit
Anzahl Teilzeit
Vollzeitäquivalente Gesamt

Zeile

Approbierte Apothekerin/approbierter Apotheker
Pharmazeutin/Pharmazeut im Praktikum
Apothekerassistentin/Apothekerassistent, Pharmazie-Ingenieurin/Pharmazie-Ingenieur
Pharmazeutisch-technische Assistentin, Pharmazeutisch-technischer Assistent (PTA)
Pharmazeutisch-kaufmännische Angestellte/Pharmazeutisch-kaufmännischer Angestellter (PKA)
PTA in Ausbildung
PKA in Ausbildung
Sonstige

In welche der folgenden Umsatzkategorien (ohne Mehrwertsteuer) ist Ihre Apotheke für das Jahr 2016 einzuordnen?

PROG: SS

- Unter 1 Mio. €
- 1 Mio. € bis unter 2 Mio. €
- 2 Mio. € bis unter 3 Mio. €
- 3 Mio. € bis unter 5 Mio. €
- 5 Mio. € bis unter 10 Mio. €
- 10 Mio. € und mehr
- Weiß nicht/Keine Angabe

Wie viel Prozent des Umsatzes wird ca. durch rezeptpflichtige Arzneimittel realisiert?

PROG: numeric

Ca. _____% Umsatz durch rezeptpflichtige Arzneimittel

Befindet sich Ihre Apotheke in einer Immobilie, die Ihr Eigentum bzw. das Eigentum der Inhaberin/des Inhabers ist? Hintergrund dieser Frage ist die Abschätzung von möglichen kalkulatorischen Kosten.

PROG: SS

- Ja
- Nein
- Weiß nicht/Keine Angabe

Wie viele Quadratmeter Gesamtfläche umfasst Ihre Apotheke? Hintergrund dieser Frage ist die Abschätzung von

PROG: numeric, falls A15 = 1

Ca. _____ qm
Weiß nicht/Keine Angabe

Auf welche Apotheken haben Sie die Angaben in dieser Befragung bezogen?

PROG: SS, Skip if A03<>1; Skip if A04=1

- Nur meine Hauptapotheke
- Alle meine Apotheken zusammen

Wir sind nun am Ende der Befragung angekommen.

Haben Sie noch Anmerkungen und Ergänzungen zur Befragung? Falls ja, nutzen Sie bitte das nachstehende Feld. Vielen

PROG: open

Sie haben nun alle Fragen beantwortet. Bitte beachten Sie, dass Sie in der Befragung nicht wieder zurückgehen können, wenn Sie den Weiter-Pfeil bedienen und damit die Befragung abschließen.

[PROG: Completes, Text]

Sehr geehrte Frau Apothekerin, sehr geehrter Herr Apotheker,

wir danken Ihnen recht herzlich für Ihre Teilnahme und wünschen Ihnen noch einen schönen Tag!

Mit freundlichen Grüßen
Ihr Projektteam von 2hm

[PROG: Screen out, Text]

Sehr geehrte Interessentin,
sehr geehrter Interessent,

vielen Dank, dass Sie der Einladung zu unserer Befragung gefolgt sind. Die Befragung richtet sich an eine spezielle Zielgruppe. Ihre Antworten deuten darauf hin, dass Sie nicht zum anvisierten Personenkreis für diese Befragung gehören.

Wir entschuldigen uns für eventuelle Unannehmlichkeiten und danken nochmals für Ihr Interesse. Gerne können Sie uns unter der angegebenen Support-E-Mailadresse erreichen und mehr über diese Befragung und unsere Arbeit erfahren.

Mit freundlichen Grüßen
Ihr Projektteam von 2hm

15.3 Verteilung Ergebnisse Primärerhebung Apotheken

In den folgenden fast 100 Seiten werden umfassende Detailergebnisse der Primärerhebung der Apotheken dargestellt. Diese Darstellung dient der Transparenz der Herleitung der darauf aufbauenden Vergütungsbestandteile.

Der Anhang umfasst statistische Kennzahlen und Stichprobengrößen zu den Fragen der Erhebung. Zudem werden ergänzend grafische Verteilungen der Antworten dargestellt, die die Belastbarkeit der Ergebnisse zusätzlich zu der Stichprobengröße wesentlich prägen.

Der Abschnitt schließt mit einer Auflistung der offenen Antworten der Apotheken, die bereits in die zweite Befragungswelle eingeflossen sind oder darüber hinaus berücksichtigt wurden, z. B. in der Berücksichtigung der Prüfung der Rezepte im Nachgang der Beratung. Die Anmerkungen zeigen zudem die Unzufriedenheit der Befragten mit der Befragungslänge einerseits, der Vollständigkeit der Befragung andererseits, die in der Konzeption der Befragung gegeneinander abgewogen werden mussten sowie die für die Teilnehmenden nicht ersichtlichen bereits vorhandenen Sekundärdaten.

Es werden viele Problemfelder benannt, die nicht in der AMPreisV zu verorten sind wie der Aufwand für Hilfsmittel, die fehlende Aktualität der Hilfstaxe sowie die Retaxationen der Krankenkassen.

Die Anmerkungen zeigen jedoch auch, dass zwar einerseits eine zu zerklüftete Vergütung abgelehnt wird, andererseits viele Aspekte als gar nicht vergütet angesehen werden, wenn sie nicht explizit einem Vergütungsbaustein zugeordnet sind. Die AMPreisV muss hier in der aktuellen Struktur eine Gradwanderung realisieren.

Statistiken

Kreistypen

N	Gültig	2304
	Fehlend	0

Kreistypen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig Kreisfreie Großstädte	637	27,6	27,6	27,6
Städtische Kreise	912	39,6	39,6	67,2
Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen	406	17,6	17,6	84,8
Dünn besiedelte ländliche Kreise	350	15,2	15,2	100,0
Gesamt	2304	100,0	100,0	

		A14_r1_c1 | % Umsatz durch rezeptpflichtige Arzneimittel | Wie viel Prozent des Umsatzes wird ca. durch rezeptpflichtige Arzneimittel realisiert?								
		Mittelwert	Median	Maximum	Minimum	Gültige N	Perzentil 25	Perzentil 75	Perzentil 05	Perzentil 95
Kreistypen	Kreisfreie Großstädte	76	80	100	1	441	70	85	50	90
	Städtische Kreise	76	80	98	5	616	70	80	55	90
	Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen	78	80	96	0	280	75	85	60	90
	Dünn besiedelte ländliche Kreise	79	80	98	1	246	75	85	65	90

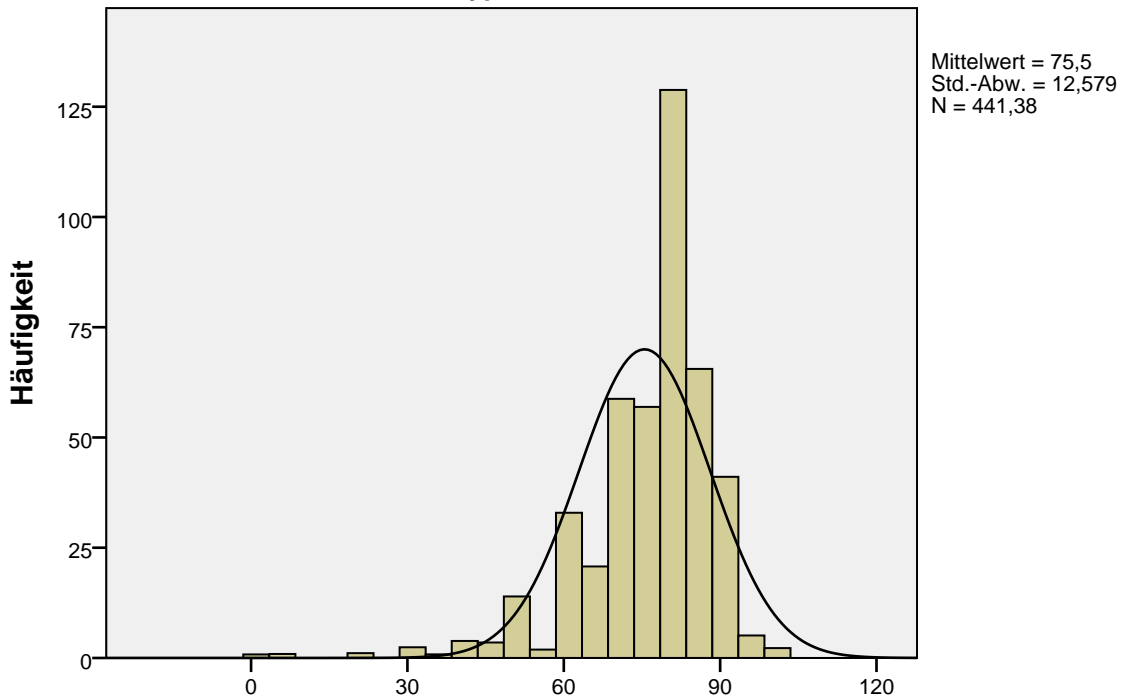
A14_r1_c1 | % Umsatz durch rez

N	Gültig	441
	Fehlend	195

a. Kreistypen = Kreisfreie Großstädte

Histogramm

Kreistypen: Kreisfreie Großstädte



**A14_r1_c1 | % Umsatz durch rezeptpflichtige
Arzneimittel | Wie viel Prozent des Umsatzes wird ca.
durch rezeptpflichtige Arzneimittel realisiert?**

Fälle gewichtet nach gewichtung

A14_r1_c1 | % Umsatz durch rez

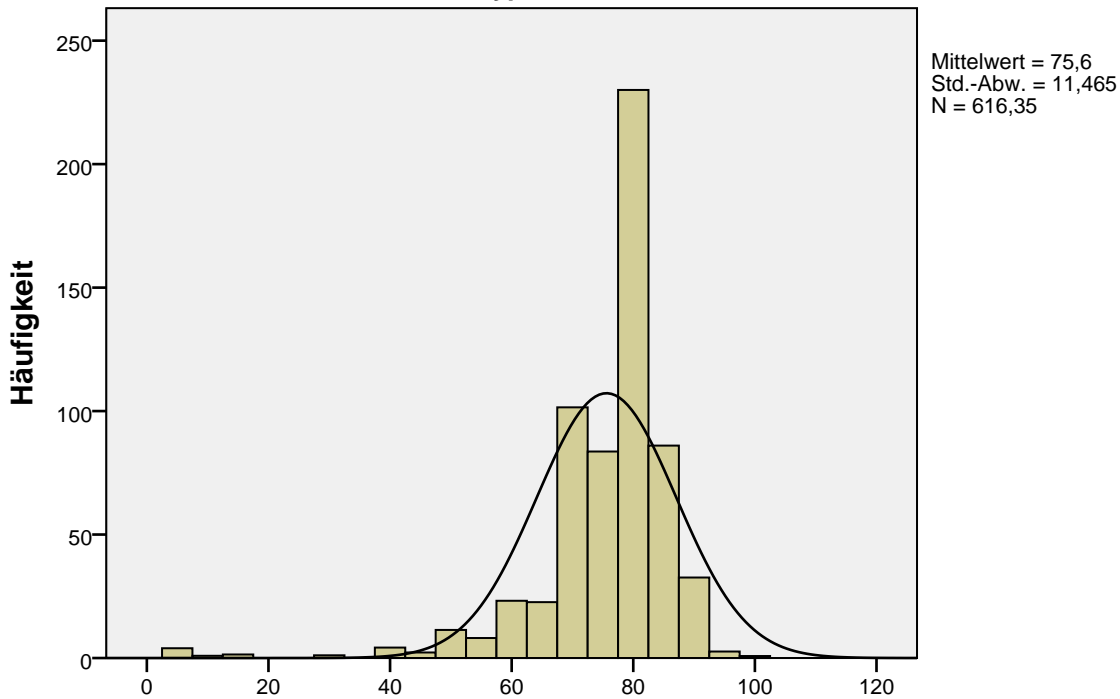
N	Gültig	616
	Fehlend	296

a. Kreistypen = Städtische Kreise

```
DATASET ACTIVATE DataSet1.
FREQUENCIES VARIABLES=kreistyp
/ORDER=ANALYSIS.
```

Histogramm

Kreistypen: Städtische Kreise



A14_r1_c1 | % Umsatz durch rezeptpflichtige Arzneimittel | Wie viel Prozent des Umsatzes wird ca. durch rezeptpflichtige Arzneimittel realisiert?

Fälle gewichtet nach gewichtung

Statistiken^a

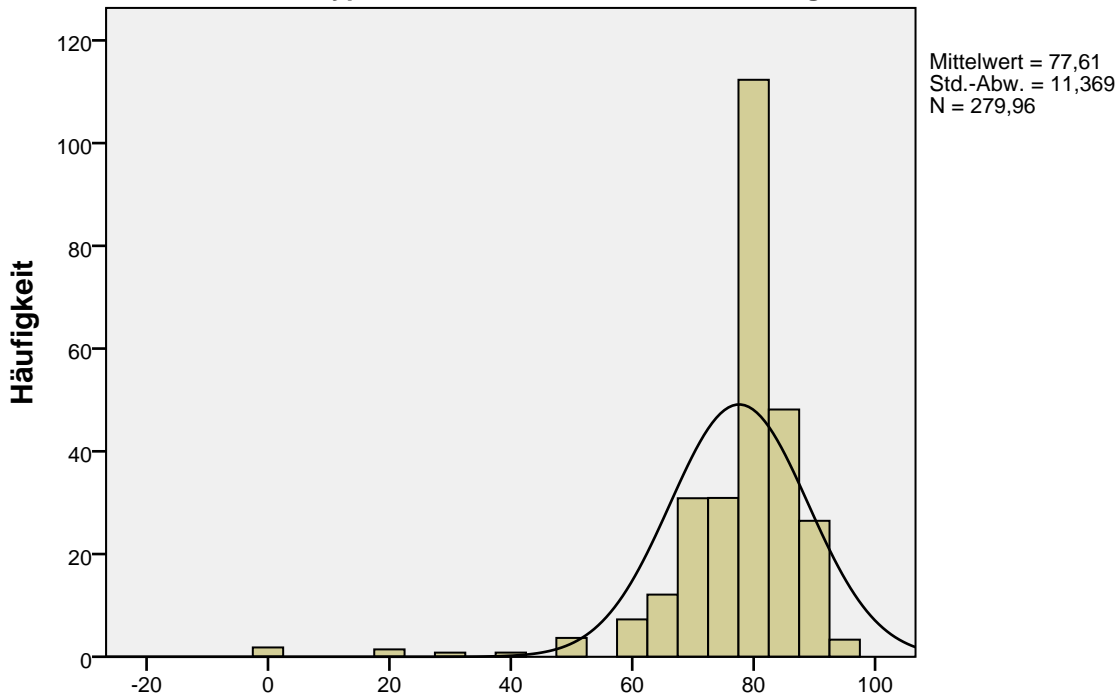
A14_r1_c1 | % Umsatz durch rez

N	Gültig	280
	Fehlend	126

a. Kreistypen = Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen

Histogramm

Kreistypen: Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen



**A14_r1_c1 | % Umsatz durch rezeptpflichtige
Arzneimittel | Wie viel Prozent des Umsatzes wird ca.
durch rezeptpflichtige Arzneimittel realisiert?**

Fälle gewichtet nach gewichtung

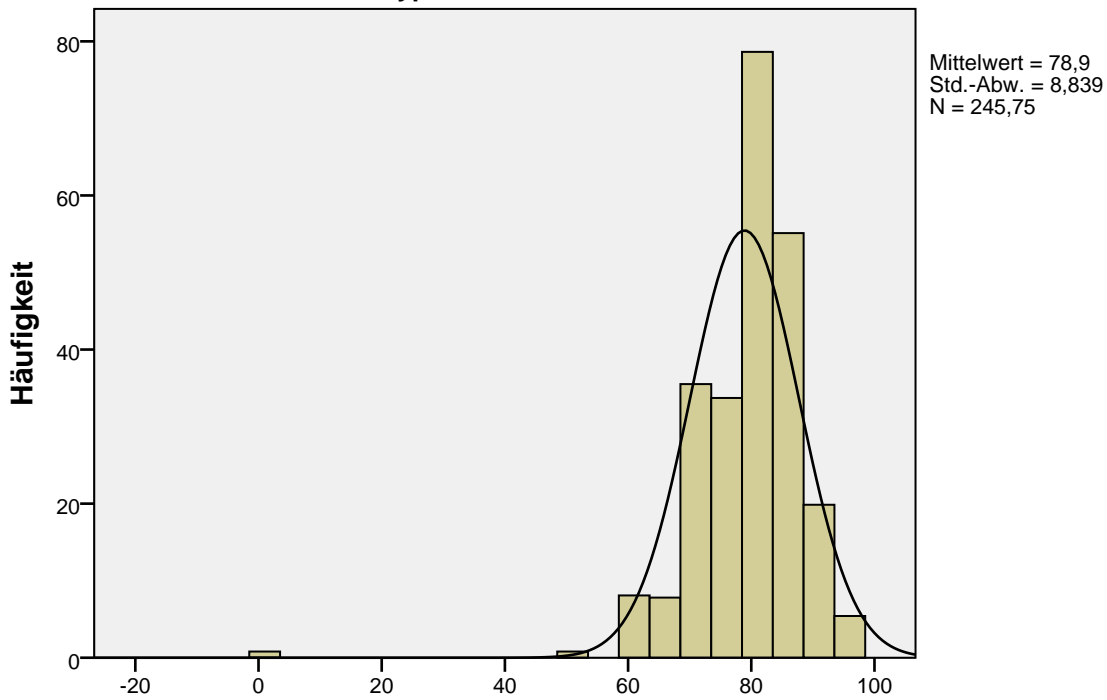
A14_r1_c1 | % Umsatz durch rez

N	Gültig	246
	Fehlend	104

a. Kreistypen = Dünn besiedelte ländliche Kreise

Histogramm

Kreistypen: Dünn besiedelte ländliche Kreise



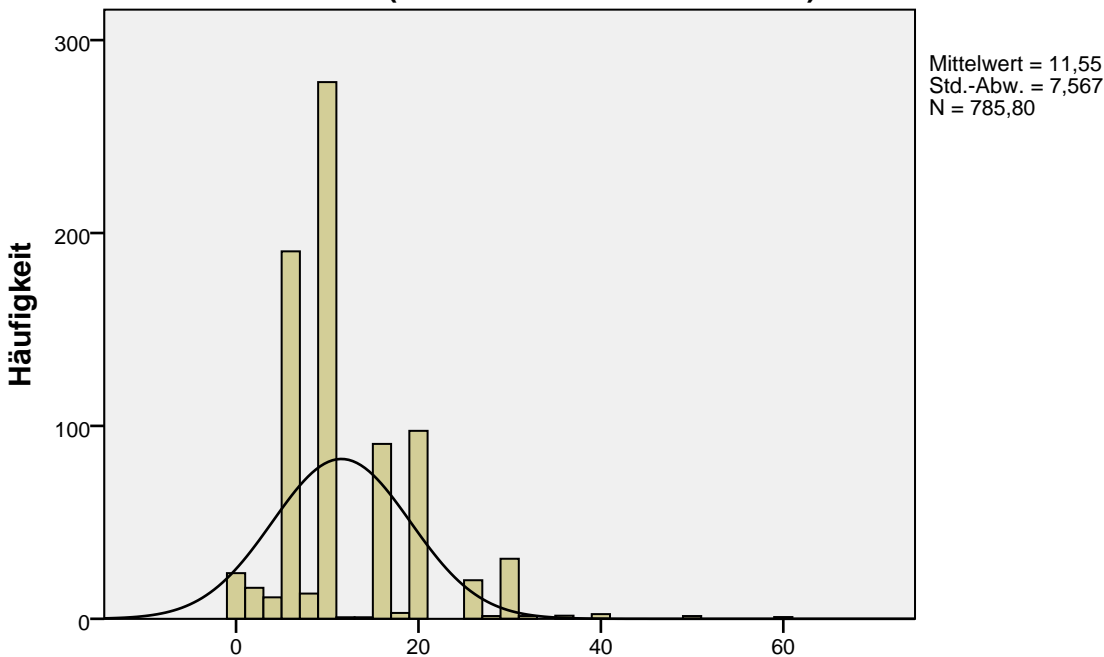
A14_r1_c1 | % Umsatz durch rezeptpflichtige Arzneimittel | Wie viel Prozent des Umsatzes wird ca. durch rezeptpflichtige Arzneimittel realisiert?

Fälle gewichtet nach gewichtung

Statistiken

		A07a_2 | Warenwirtschaft (gesamtes Sortiment) | Verteilung Arbeitszeit Inhaber/von der Inhaberin bzw. Filialleitung auf folgenden Aufgabenbereic he? (ohne Nacht- und Notdienst)	A07b_2 | Warenwirtschaft (gesamtes Sortiment) | Verteilung Arbeitszeit von approbierten Mitarbeitern auf folgenden Aufgabenbereic he? (ohne Nacht- und Notdienst)	A07c_2 | Warenwirtschaft (gesamtes Sortiment) | Verteilung Arbeitszeit von Pharmazeut/innen im Praktikum auf die folgenden Aufgabenbereic he?	A07d_2 | Warenwirtschaft (gesamtes Sortiment) | Verteilung Arbeitszeit von Apothekerassistent/innen und Pharmazie- Ingenieuren auf die folgenden Aufgabenbereic he?	A07e_2 | Warenwirtschaft (gesamtes Sortiment) | Verteilung Arbeitszeit von PTA (nicht in Ausbildung) auf die folgenden Aufgabenbereic he?	A07f_2 | Warenwirtschaft (gesamtes Sortiment) | Verteilung Arbeitszeit von PKA (nicht in Ausbildung) auf die folgenden Aufgabenbereic he?	A07g_2 | Warenwirtschaft (gesamtes Sortiment) | Verteilung Arbeitszeit von PTA in Ausbildung auf die folgenden Aufgabenbereic he?	A07h_2 | Warenwirtschaft (gesamtes Sortiment) | Verteilung Arbeitszeit von PKA in Ausbildung auf die folgenden Aufgabenbereic he?
N	Gültig	786	709	128	126	741	615	130	141
	Fehlend	1518	1595	2176	2178	1563	1689	2174	2163
Mittelwert		11,55	6,23	14,04	11,08	14,22	82,33	17,45	82,57
Median		10,00	5,00	10,00	10,00	10,00	84,46	12,21	80,00
Standardabweichung		7,567	6,281	9,383	10,794	10,255	15,519	15,939	14,211
Varianz		57,253	39,450	88,034	116,514	105,164	240,826	254,065	201,950
Schiefe		1,386	1,452	,460	1,333	,953	-1,695	1,646	-,840
Standardfehler der Schiefe		,087	,092	,214	,216	,090	,099	,212	,204
Kurtosis		3,353	2,495	-,238	2,254	1,077	5,365	3,445	,739
Standardfehler der Kurtosis		,174	,183	,424	,428	,179	,197	,421	,405
Minimum		0	0	0	0	0	0	0	35
Maximum		60	35	45	60	65	100	80	100
Perzentile	5	2,00	,00	,00	,00	,00	50,00	,00	57,30
	25	5,00	,00	5,00	3,00	5,00	75,00	5,00	72,36
	50	10,00	5,00	10,00	10,00	10,00	84,46	12,21	80,00
	75	15,00	10,00	20,00	20,00	20,00	95,00	25,00	93,36
	95	28,60	20,00	30,00	30,00	30,55	100,00	50,00	100,00

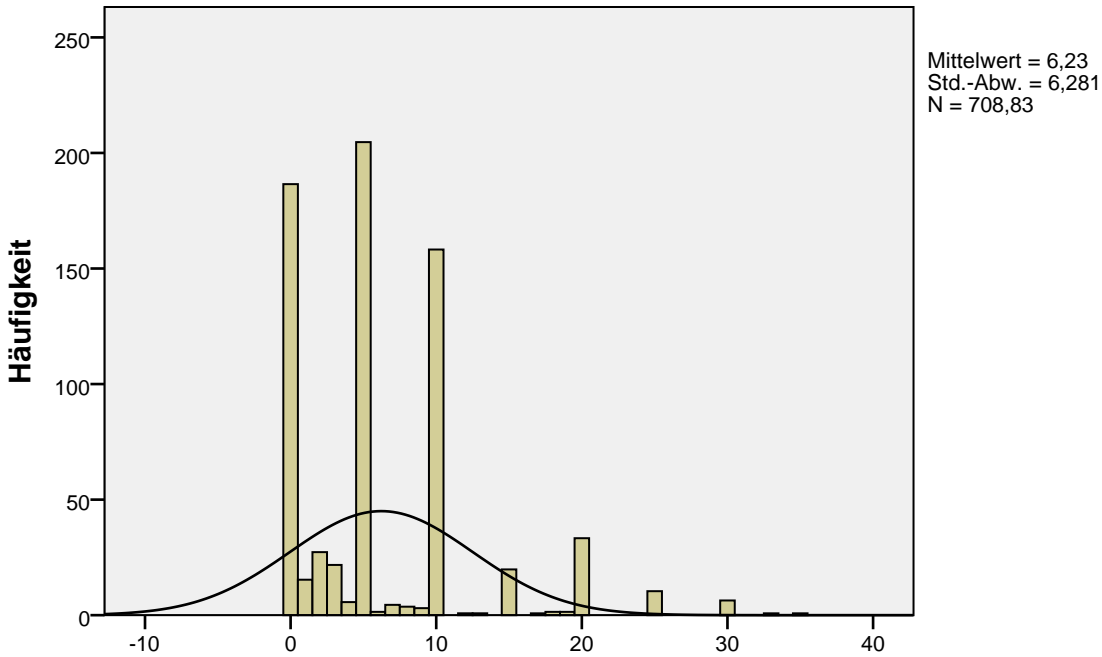
A07a_2 | Warenwirtschaft (gesamtes Sortiment) | Verteilung Arbeitszeit Inhaber/von der Inhaberin bzw. Filialleitung auf folgenden Aufgabenbereiche? (ohne Nacht- und Notdienst)



A07a_2 | Warenwirtschaft (gesamtes Sortiment) | Verteilung Arbeitszeit Inhaber/von der Inhaberin bzw. Filialleitung auf folgenden Aufgabenbereiche? (ohne Nacht- und Notdienst)

Fälle gewichtet nach gewichtung

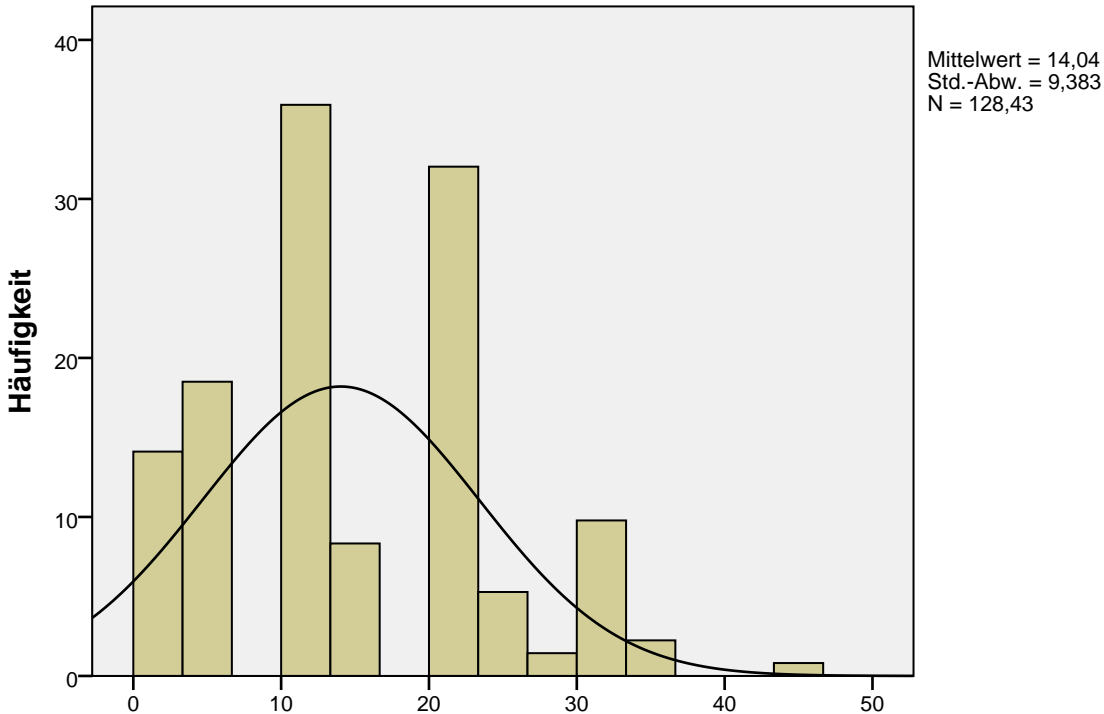
A07b_2 | Warenwirtschaft (gesamtes Sortiment) | Verteilung Arbeitszeit von approbierten Mitarbeitern auf folgenden Aufgabenbereiche? (ohne Nacht- und Notdienst)



A07b_2 | Warenwirtschaft (gesamtes Sortiment) | Verteilung Arbeitszeit von approbierten Mitarbeitern auf folgenden Aufgabenbereiche? (ohne Nacht- und Notdienst)

Fälle gewichtet nach gewichtung

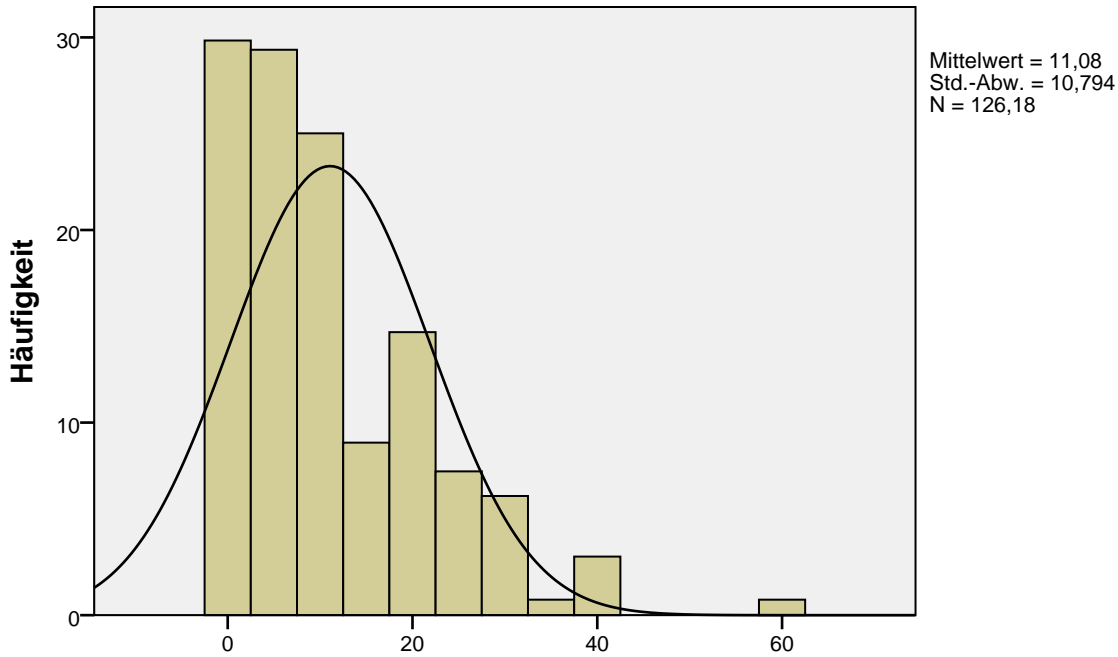
A07c_2 | Warenwirtschaft (gesamtes Sortiment) | Verteilung Arbeitszeit von Pharmazeut/innen im Praktikum auf die folgenden Aufgabenbereiche?



A07c_2 | Warenwirtschaft (gesamtes Sortiment) | Verteilung Arbeitszeit von Pharmazeut/innen im Praktikum auf die folgenden Aufgabenbereiche?

Fälle gewichtet nach gewichtung

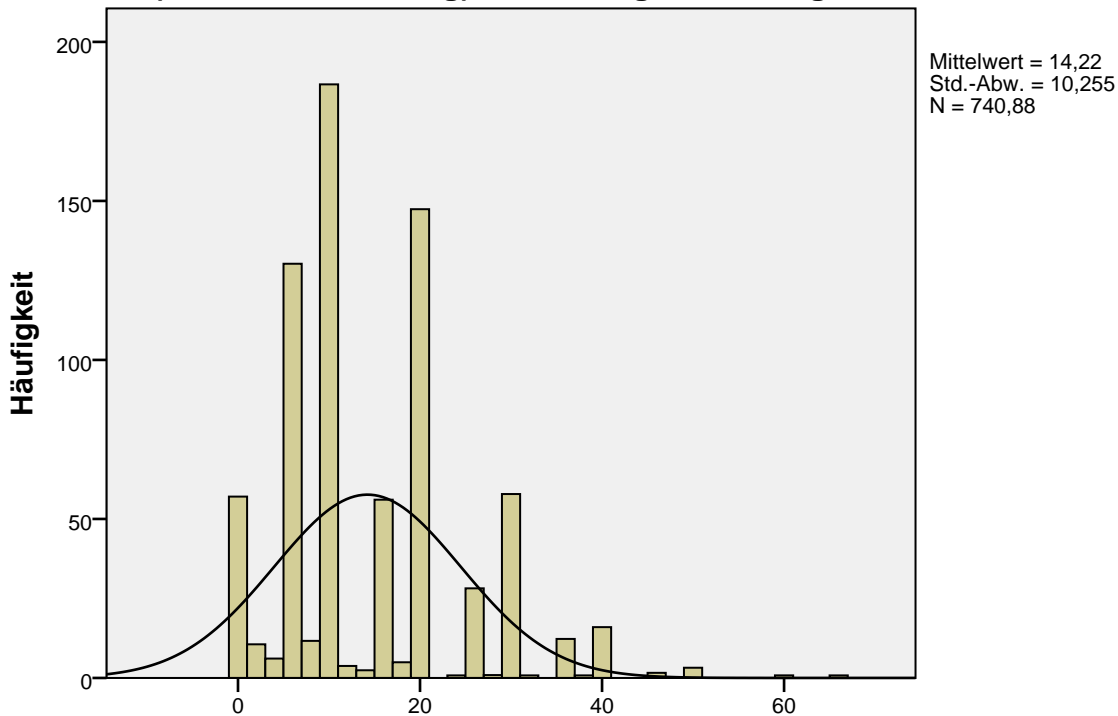
A07d_2 | Warenwirtschaft (gesamtes Sortiment) | Verteilung Arbeitszeit von Apothekerassistent/innen und Pharmazie-Ingenieuren auf die folgenden Aufgabenbereiche?



A07d_2 | Warenwirtschaft (gesamtes Sortiment) | Verteilung Arbeitszeit von Apothekerassistent/innen und Pharmazie-Ingenieuren auf die folgenden Aufgabenbereiche?

Fälle gewichtet nach gewichtung

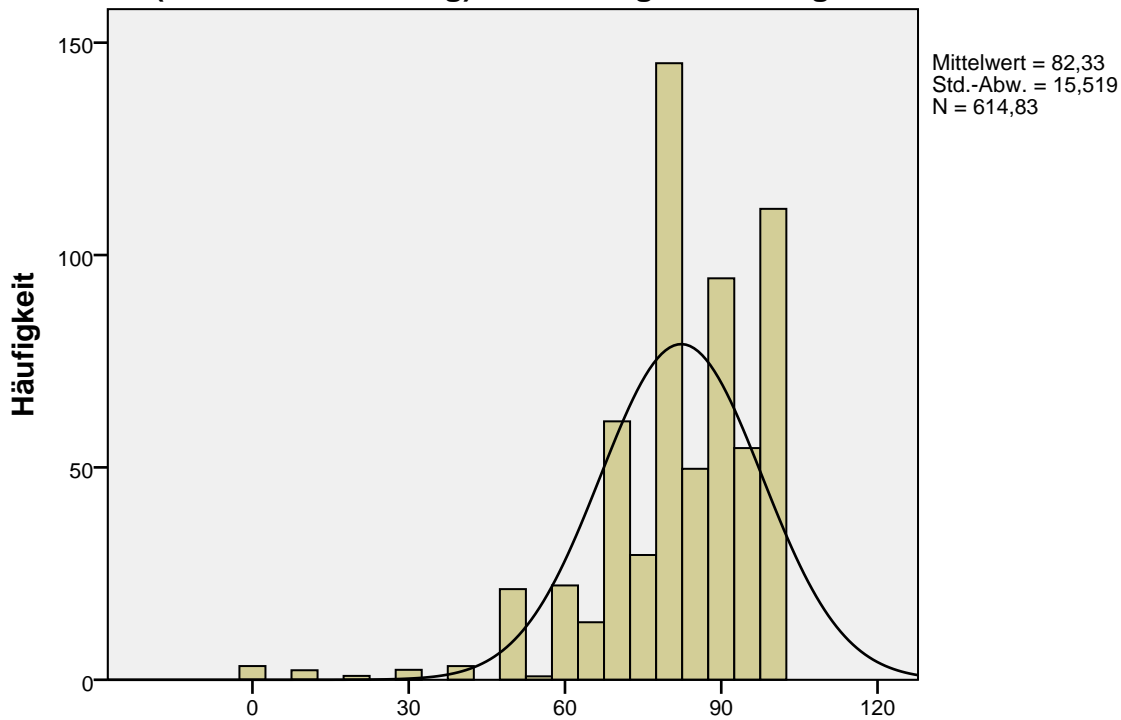
A07e_2 | Warenwirtschaft (gesamtes Sortiment) | Verteilung Arbeitszeit von PTA (nicht in Ausbildung) auf die folgenden Aufgabenbereiche?



A07e_2 | Warenwirtschaft (gesamtes Sortiment) | Verteilung Arbeitszeit von PTA (nicht in Ausbildung) auf die folgenden Aufgabenbereiche?

Fälle gewichtet nach gewichtung

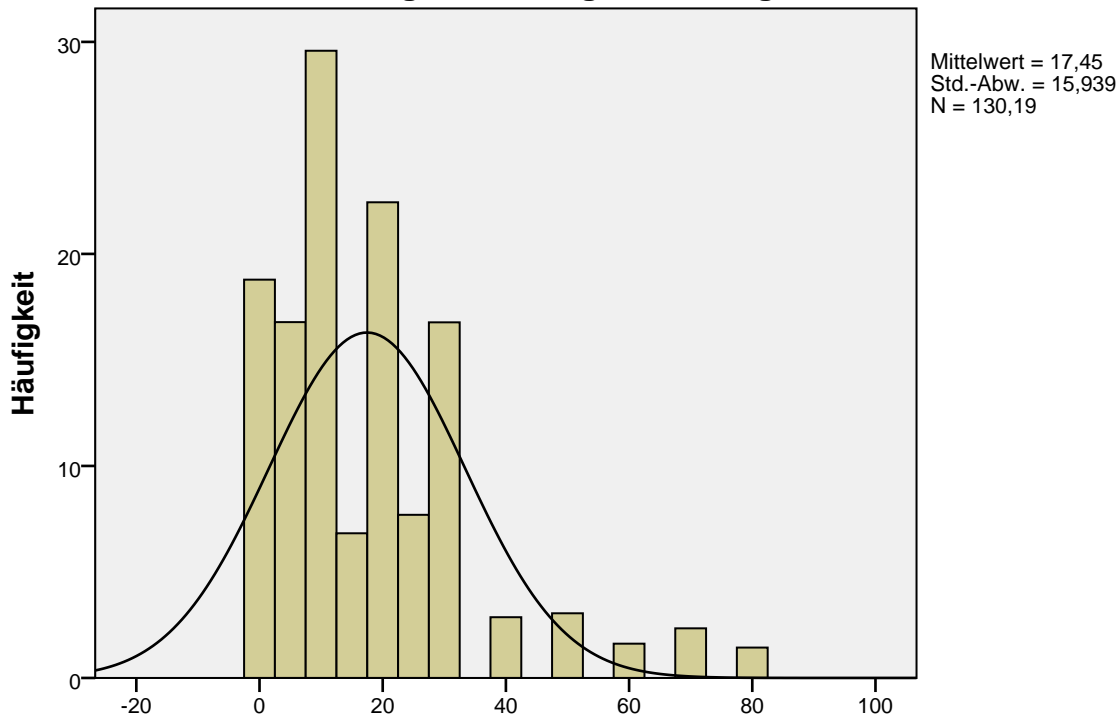
A07f_2 | Warenwirtschaft (gesamtes Sortiment) | Verteilung Arbeitszeit von PKA (nicht in Ausbildung) auf die folgenden Aufgabenbereiche?



A07f_2 | Warenwirtschaft (gesamtes Sortiment) | Verteilung Arbeitszeit von PKA (nicht in Ausbildung) auf die folgenden Aufgabenbereiche?

Fälle gewichtet nach gewichtung

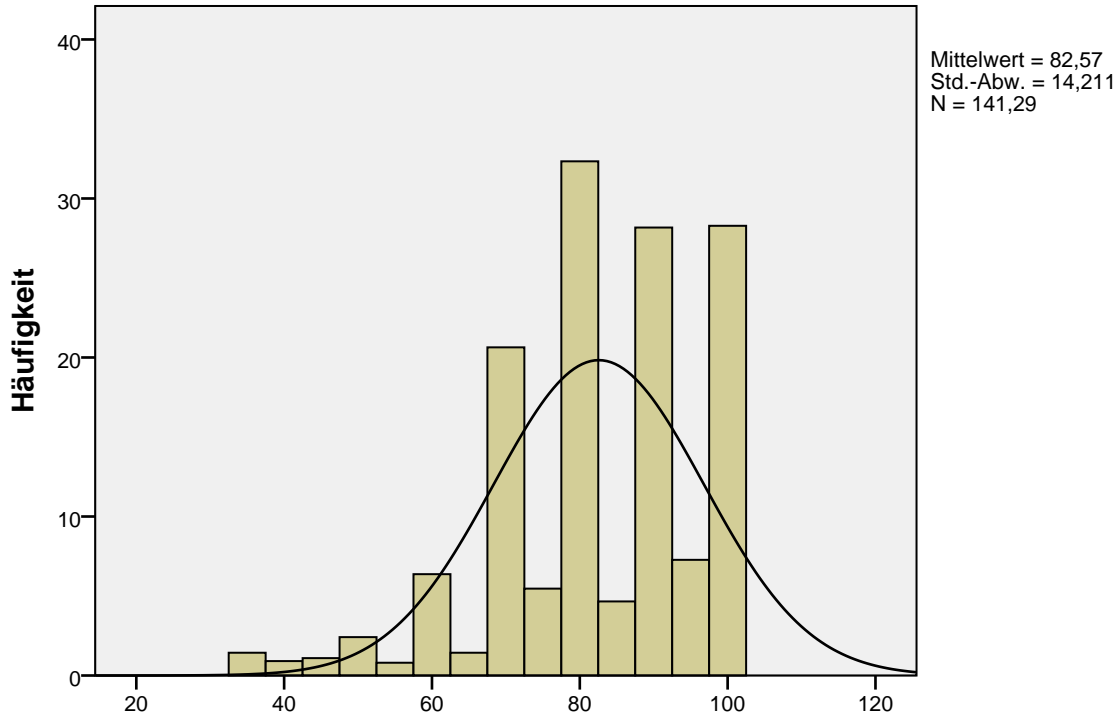
A07g_2 | Warenwirtschaft (gesamtes Sortiment) | Verteilung Arbeitszeit von PTA in Ausbildung auf die folgenden Aufgabenbereiche?



A07g_2 | Warenwirtschaft (gesamtes Sortiment) | Verteilung Arbeitszeit von PTA in Ausbildung auf die folgenden Aufgabenbereiche?

Fälle gewichtet nach gewichtung

A07h_2 | Warenwirtschaft (gesamtes Sortiment) | Verteilung Arbeitszeit von PKA in Ausbildung auf die folgenden Aufgabenbereiche?



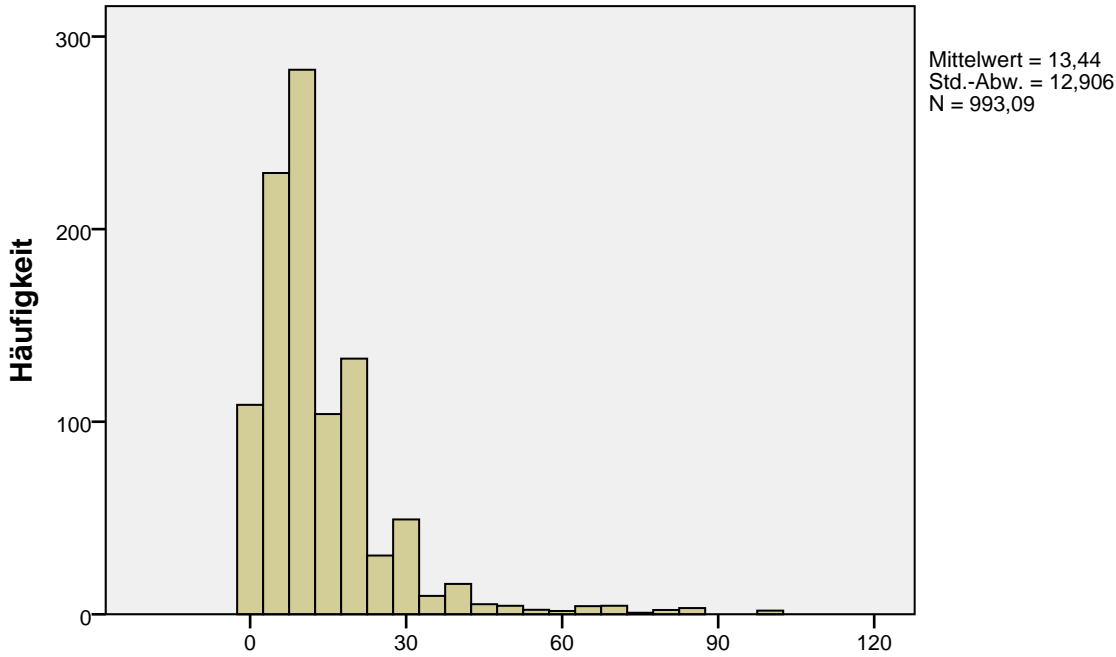
A07h_2 | Warenwirtschaft (gesamtes Sortiment) | Verteilung Arbeitszeit von PKA in Ausbildung auf die folgenden Aufgabenbereiche?

Fälle gewichtet nach gewichtung

Statistiken

		R02a_1 | Gemischter Tee, Lösung ohne Anwendung von Wärme, Mischen von Flüssigkeiten | Wie verteilt sich die gesamte Anzahl an Rezepturen in 2016 auf die folgenden Rezepturarten?	R02a_2 | Puder, ungeteilte Pulver, Salben, Pasten, Suspensionen und Emulsionen | Wie verteilt sich die gesamte Anzahl an Rezepturen in 2016 auf die folgenden Rezepturarten?	R02a_3 | Lösungen unter Anwendung von Wärme, Mazerationen, Aufgüssen und Abkochungen | Wie verteilt sich die gesamte Anzahl an Rezepturen in 2016 auf die folgenden Rezepturarten?	R02a_4 | Pillen, Tabletten und Pastillen | Wie verteilt sich die gesamte Anzahl an Rezepturen in 2016 auf die folgenden Rezepturarten?	R02a_5 | Abgeteilte Pulver, Zäpfchen, Vaginal-Kugeln, das Füllen von Kapseln | Wie verteilt sich die gesamte Anzahl an Rezepturen in 2016 auf die folgenden Rezepturarten?	R02a_6 | Arzneimittel mit Durchführung einer Sterilisation, Sterilfiltration | Wie verteilt sich die gesamte Anzahl an Rezepturen in 2016 auf die folgenden Rezepturarten?	R02a_7 | Zuschmelzen von Ampullen | Wie verteilt sich die gesamte Anzahl an Rezepturen in 2016 auf die folgenden Rezepturarten?
N	Gültig	993	993	993	993	993	993	993
	Fehlend	1311	1311	1311	1311	1311	1311	1311
	Mittelwert	13,44	70,75	7,55	,64	5,96	1,58	,08
	Median	10,00	75,00	5,00	,00	5,00	,00	,00
	Standardabweichung	12,906	19,117	9,208	4,065	7,467	5,233	,686
	Varianz	166,554	365,459	84,787	16,528	55,763	27,379	,470
	Schiefe	2,669	-1,344	3,280	12,609	3,125	8,152	9,721
	Standardfehler der Schiefe	,078	,078	,078	,078	,078	,078	,078
	Kurtosis	10,566	2,057	18,076	202,233	17,726	87,270	105,890
	Standardfehler der Kurtosis	,155	,155	,155	,155	,155	,155	,155
	Minimum	0	0	0	0	0	0	0
	Maximum	100	100	90	81	85	70	10
Perzentile	5	,00	30,00	,00	,00	,00	,00	,00
	25	5,00	60,00	1,00	,00	1,00	,00	,00
	50	10,00	75,00	5,00	,00	5,00	,00	,00
	75	20,00	84,00	10,00	,00	10,00	1,00	,00
	95	35,00	94,00	20,00	3,00	20,00	10,00	,00

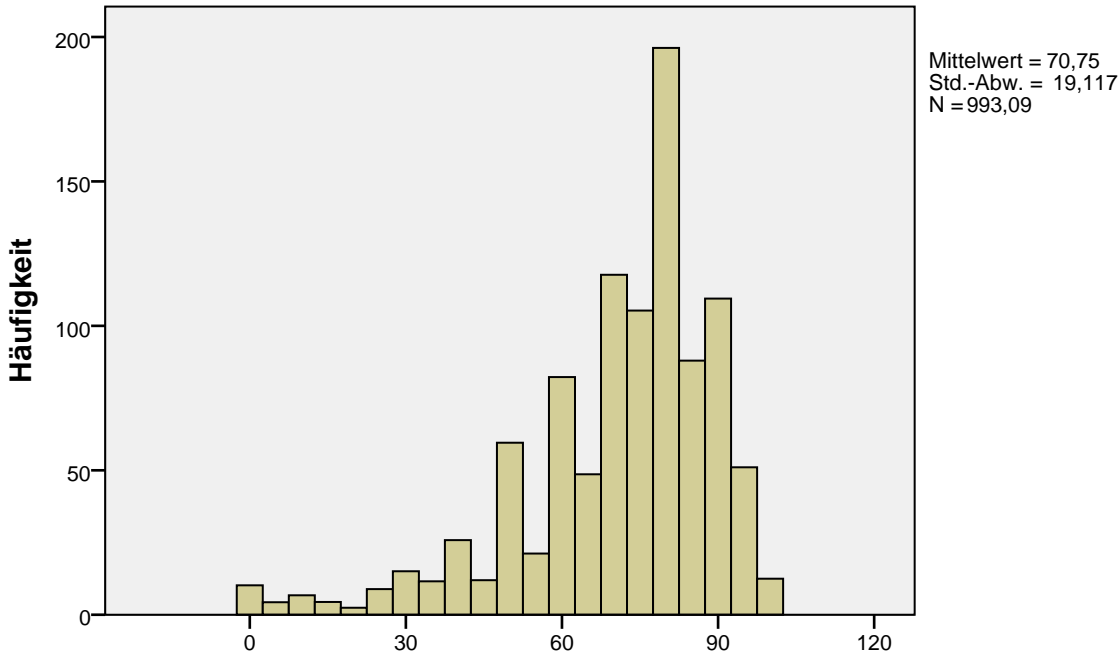
R02a_1 | Gemischter Tee, Lösung ohne Anwendung von Wärme, Mischen von Flüssigkeiten | Wie verteilt sich die gesamte Anzahl an Rezepturen in 2016 auf die folgenden Rezepturarten?



R02a_1 | Gemischter Tee, Lösung ohne Anwendung von Wärme, Mischen von Flüssigkeiten | Wie verteilt sich die gesamte Anzahl an Rezepturen in 2016 auf die folgenden Rezepturarten?

Fälle gewichtet nach gewichtung

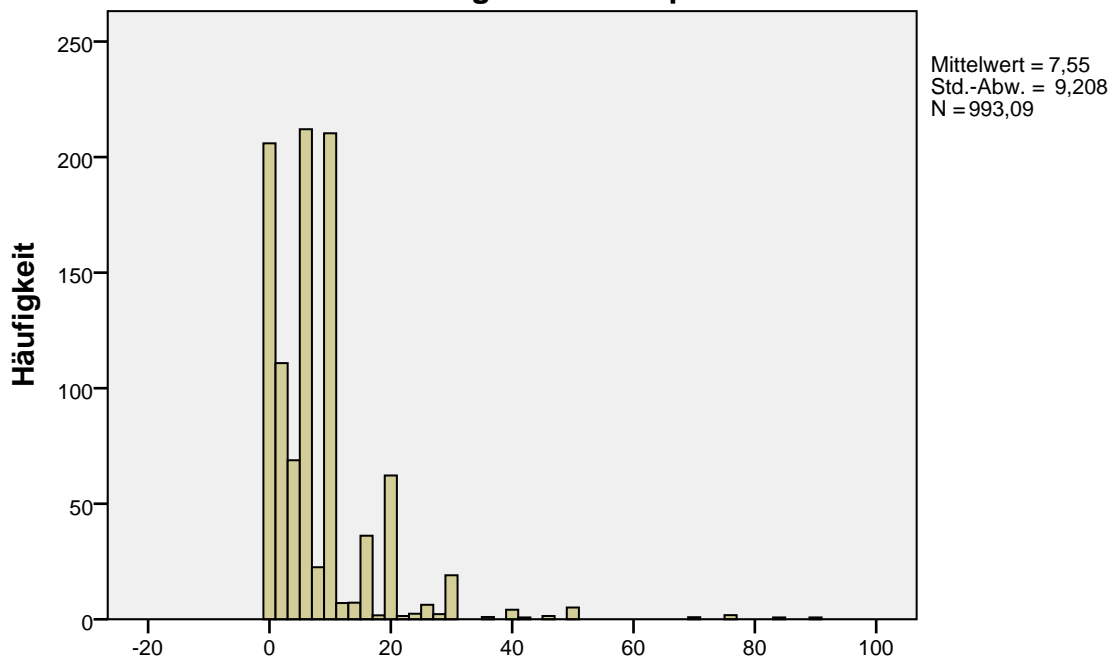
R02a_2 | Puder, ungeteilte Pulver, Salben, Pasten, Suspensionen und Emulsionen | Wie verteilt sich die gesamte Anzahl an Rezepturen in 2016 auf die folgenden Rezepturarten?



R02a_2 | Puder, ungeteilte Pulver, Salben, Pasten, Suspensionen und Emulsionen | Wie verteilt sich die gesamte Anzahl an Rezepturen in 2016 auf die folgenden Rezepturarten?

Fälle gewichtet nach gewichtung

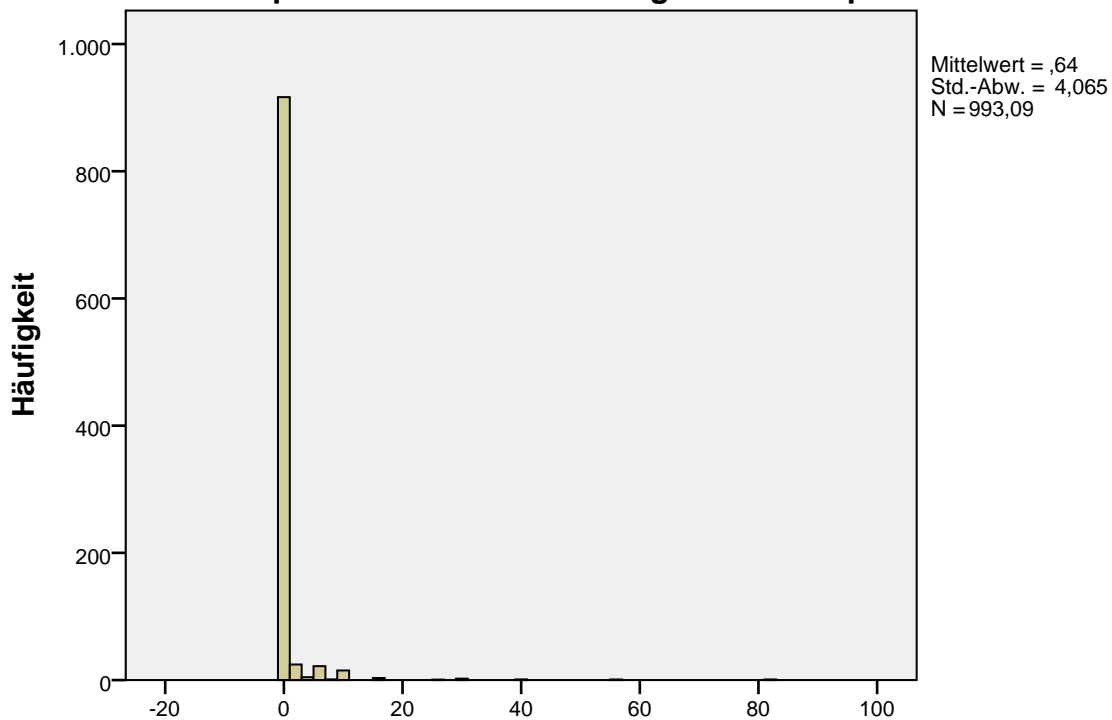
R02a_3 | Lösungen unter Anwendung von Wärme, Mazerationen, Aufgüssen und Abkochungen | Wie verteilt sich die gesamte Anzahl an Rezepturen in 2016 auf die folgenden Rezepturarten?



R02a_3 | Lösungen unter Anwendung von Wärme, Mazerationen, Aufgüssen und Abkochungen | Wie verteilt sich die gesamte Anzahl an Rezepturen in 2016 auf die folgenden Rezepturarten?

Fälle gewichtet nach gewichtung

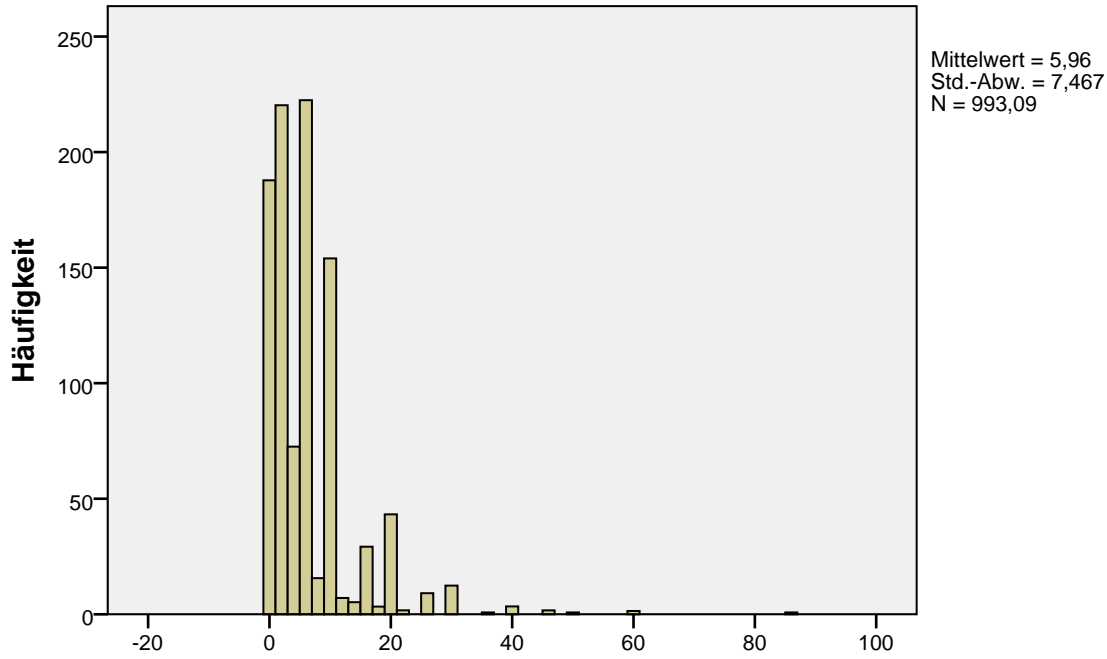
R02a_4 | Pillen, Tabletten und Pastillen | Wie verteilt sich die gesamte Anzahl an Rezepturen in 2016 auf die folgenden Rezepturarten?



R02a_4 | Pillen, Tabletten und Pastillen | Wie verteilt sich die gesamte Anzahl an Rezepturen in 2016 auf die folgenden Rezepturarten?

Fälle gewichtet nach gewichtung

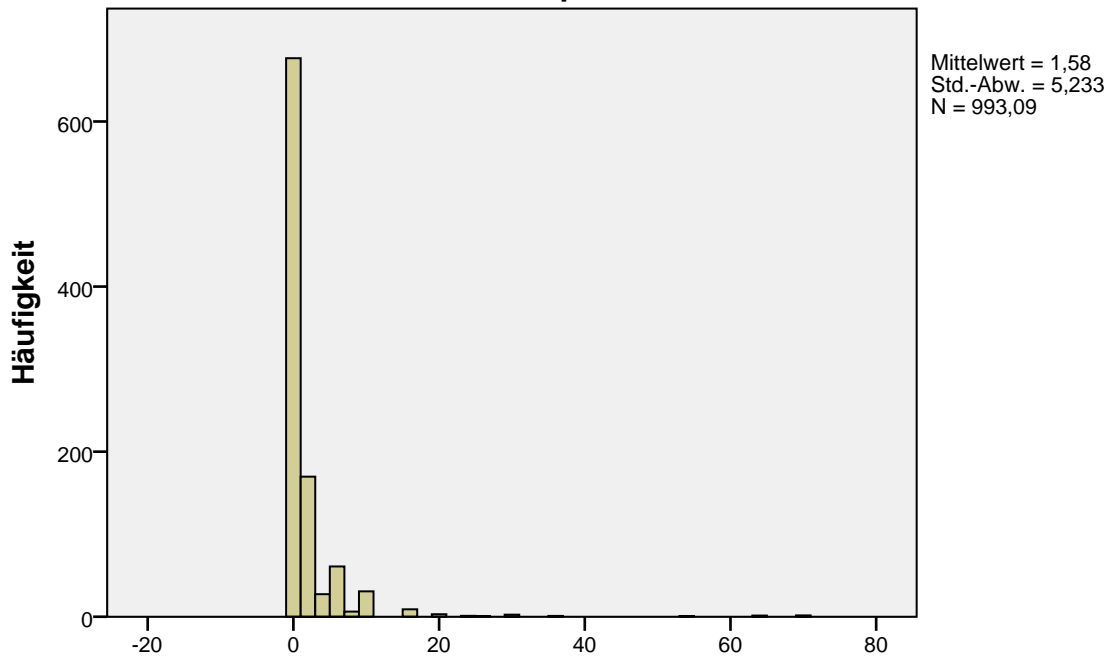
R02a_5 | Abgeteilte Pulver, Zäpfchen, Vaginal-Kugeln, das Füllen von Kapseln | Wie verteilt sich die gesamte Anzahl an Rezepturen in 2016 auf die folgenden Rezepturarten?



R02a_5 | Abgeteilte Pulver, Zäpfchen, Vaginal-Kugeln, das Füllen von Kapseln | Wie verteilt sich die gesamte Anzahl an Rezepturen in 2016 auf die folgenden Rezepturarten?

Fälle gewichtet nach gewichtung

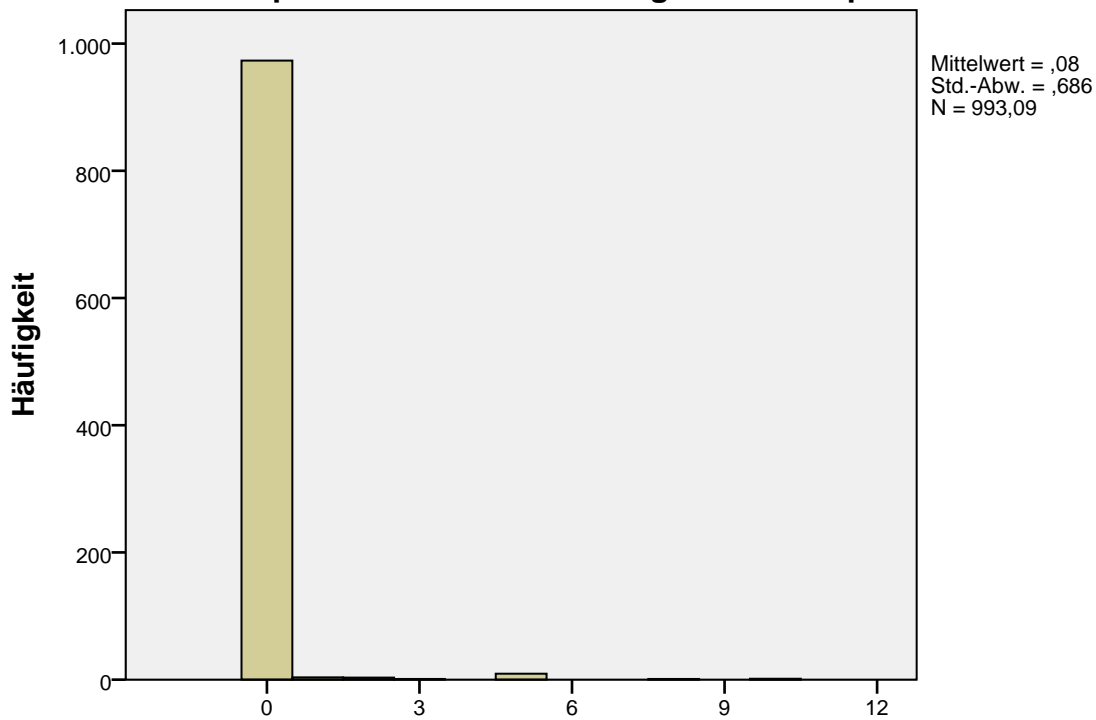
R02a_6 | Arzneimittel mit Durchführung einer Sterilisation, Sterilfiltration | Wie verteilt sich die gesamte Anzahl an Rezepturen in 2016 auf die folgenden Rezepturarten?



R02a_6 | Arzneimittel mit Durchführung einer Sterilisation, Sterilfiltration | Wie verteilt sich die gesamte Anzahl an Rezepturen in 2016 auf die folgenden Rezepturarten?

Fälle gewichtet nach gewichtung

R02a_7 | Zuschmelzen von Ampullen | Wie verteilt sich die gesamte Anzahl an Rezepturen in 2016 auf die folgenden Rezepturarten?



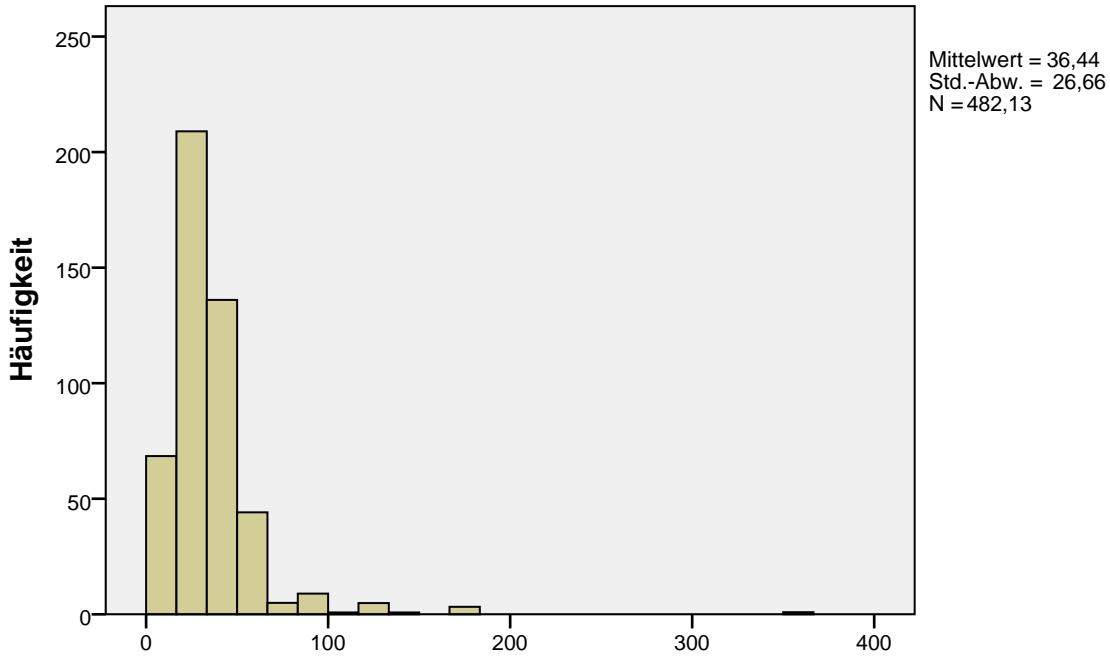
R02a_7 | Zuschmelzen von Ampullen | Wie verteilt sich die gesamte Anzahl an Rezepturen in 2016 auf die folgenden Rezepturarten?

Fälle gewichtet nach gewichtung

Statistiken

		R03_r1_c1 | Lösung ohne Anwendung von Wärme (bis zu 300g) | Dauer des gesamte Herstellungsprozess einer Grundmenge der folgenden Individualrezepturen:	R03_r2_c1 | Salbe (bis zu 200g) | Dauer des gesamte Herstellungsprozess einer Grundmenge der folgenden Individualrezepturen:	R03_r3_c1 | Lösung unter Anwendung von Wärme (bis zu 300g) | Dauer des gesamte Herstellungsprozess einer Grundmenge der folgenden Individualrezepturen:	R03_r4_c1 | Tabletten (bis zu 50 Stück) | Dauer des gesamte Herstellungsprozess einer Grundmenge der folgenden Individualrezepturen:	R03_r5_c1 | Das Füllen von Kapseln (bis zu 12 Stück) | Dauer des gesamte Herstellungsprozess einer Grundmenge der folgenden Individualrezepturen:	R03_r6_c1 | Arzneimittel mit Durchführung einer Sterilisation (bis zu 300g) | Dauer des gesamte Herstellungsprozess einer Grundmenge der folgenden Individualrezepturen:	R03_r7_c1 | Zuschmelzen von Ampullen (bis zu 6 Stück) | Dauer des gesamte Herstellungsprozess einer Grundmenge der folgenden Individualrezepturen:
N	Gültig	482	545	365	21	364	114	7
	Fehlend	1822	1759	1939	2283	1940	2190	2297
Mittelwert		36,44	45,90	49,07	95,90	71,67	98,86	51,06
Median		30,00	40,00	40,00	84,58	60,00	66,57	44,62
Standardabweichung		26,660	40,499	50,435	73,696	44,986	81,795	35,489
Varianz		710,759	1640,196	2543,639	5431,074	2023,723	6690,393	1259,468
Schiefe		5,033	14,363	11,160	2,293	3,354	1,951	1,418
Standardfehler der Schiefe		,111	,105	,128	,497	,128	,226	,783
Kurtosis		46,221	294,619	180,611	6,620	21,250	3,826	2,098
Standardfehler der Kurtosis		,222	,209	,255	,965	,255	,449	1,560
Minimum		5	2	1	20	1	0	15
Maximum		360	900	900	360	480	420	120
Perzentile	5	12,00	20,00	15,00	20,30	30,00	20,00	15,00
	25	20,00	30,00	30,00	49,30	45,00	50,00	29,45
	50	30,00	40,00	40,00	84,58	60,00	66,57	44,62
	75	45,00	60,00	60,00	120,00	90,00	120,00	62,19
	95	70,00	90,00	120,00	342,52	150,00	300,62	.

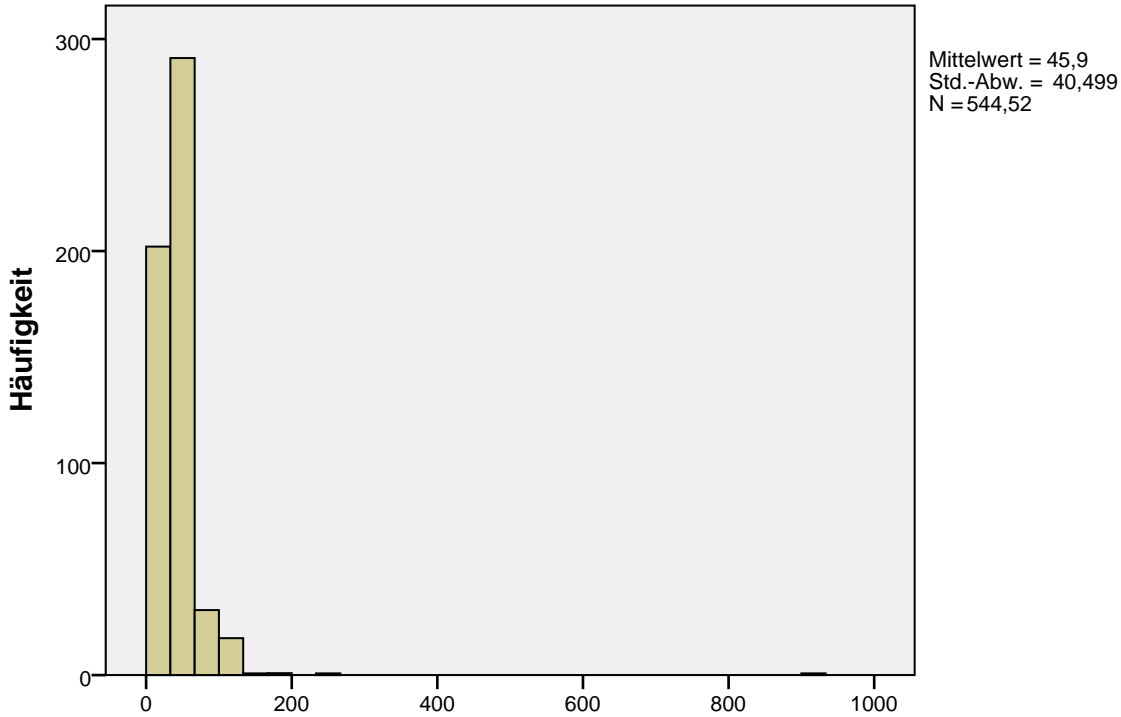
R03_r1_c1 | Lösung ohne Anwendung von Wärme (bis zu 300g) | Dauer des gesamte Herstellungsprozess einer Grundmenge der folgenden Individualrezepturen:



R03_r1_c1 | Lösung ohne Anwendung von Wärme (bis zu 300g) | Dauer des gesamte Herstellungsprozess einer Grundmenge der folgenden Individualrezepturen:

Fälle gewichtet nach gewichtung

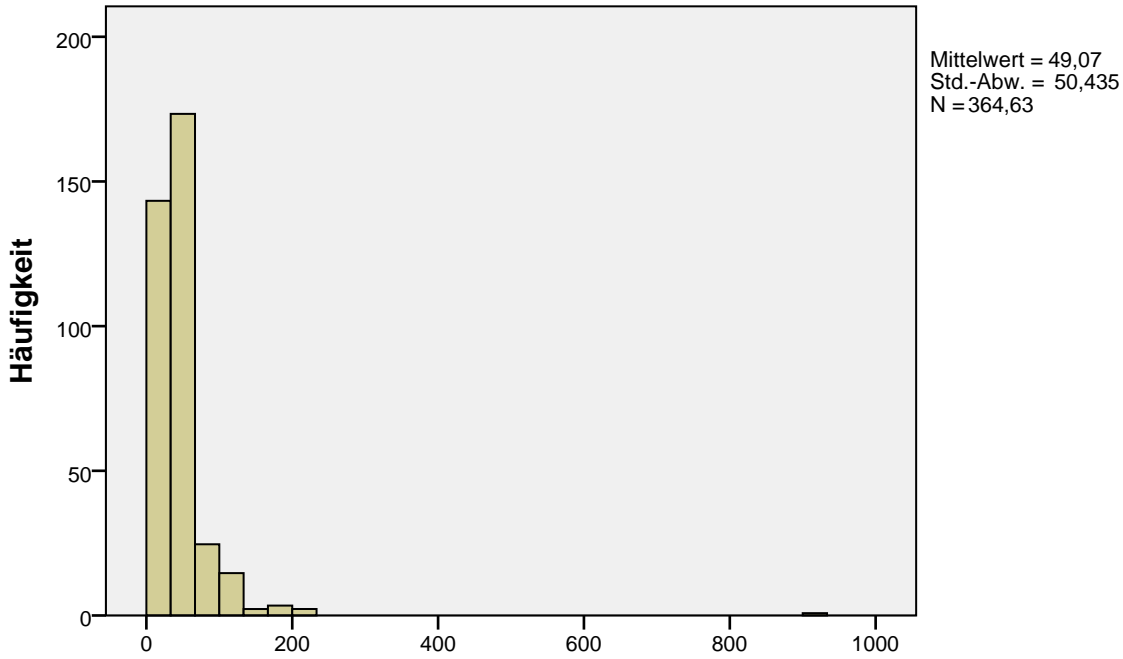
R03_r2_c1 | Salbe (bis zu 200g) | Dauer des gesamte Herstellungsprozess einer Grundmenge der folgenden Individualrezepturen:



R03_r2_c1 | Salbe (bis zu 200g) | Dauer des gesamte Herstellungsprozess einer Grundmenge der folgenden Individualrezepturen:

Fälle gewichtet nach gewichtung

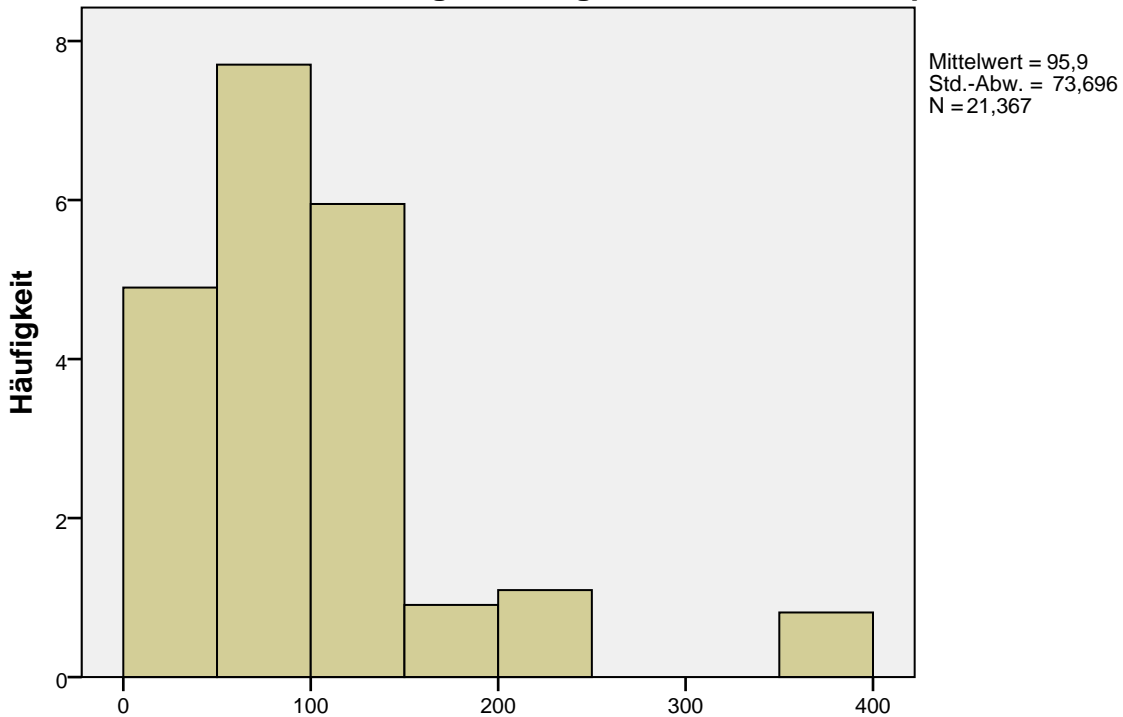
R03_r3_c1 | Lösung unter Anwendung von Wärme (bis zu 300g) | Dauer des gesamte Herstellungsprozess einer Grundmenge der folgenden Individualrezepturen:



R03_r3_c1 | Lösung unter Anwendung von Wärme (bis zu 300g) | Dauer des gesamte Herstellungsprozess einer Grundmenge der folgenden Individualrezepturen:

Fälle gewichtet nach gewichtung

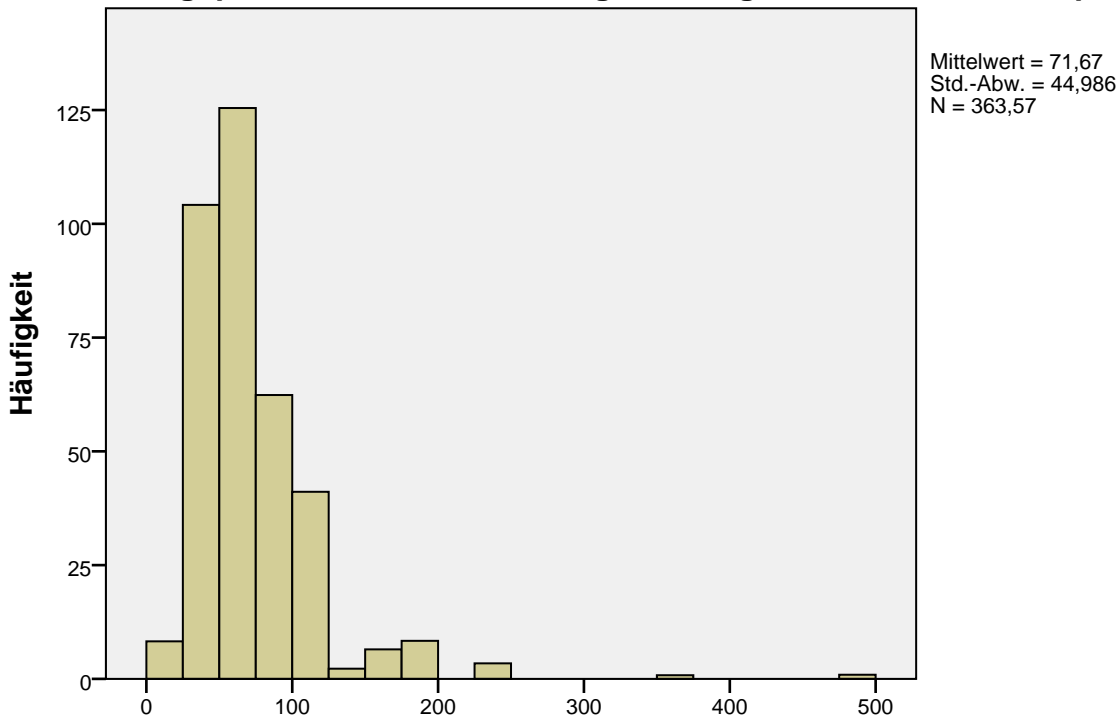
R03_r4_c1 | Tabletten (bis zu 50 Stück) | Dauer des gesamte Herstellungsprozess einer Grundmenge der folgenden Individualrezepturen:



R03_r4_c1 | Tabletten (bis zu 50 Stück) | Dauer des gesamte Herstellungsprozess einer Grundmenge der folgenden Individualrezepturen:

Fälle gewichtet nach gewichtung

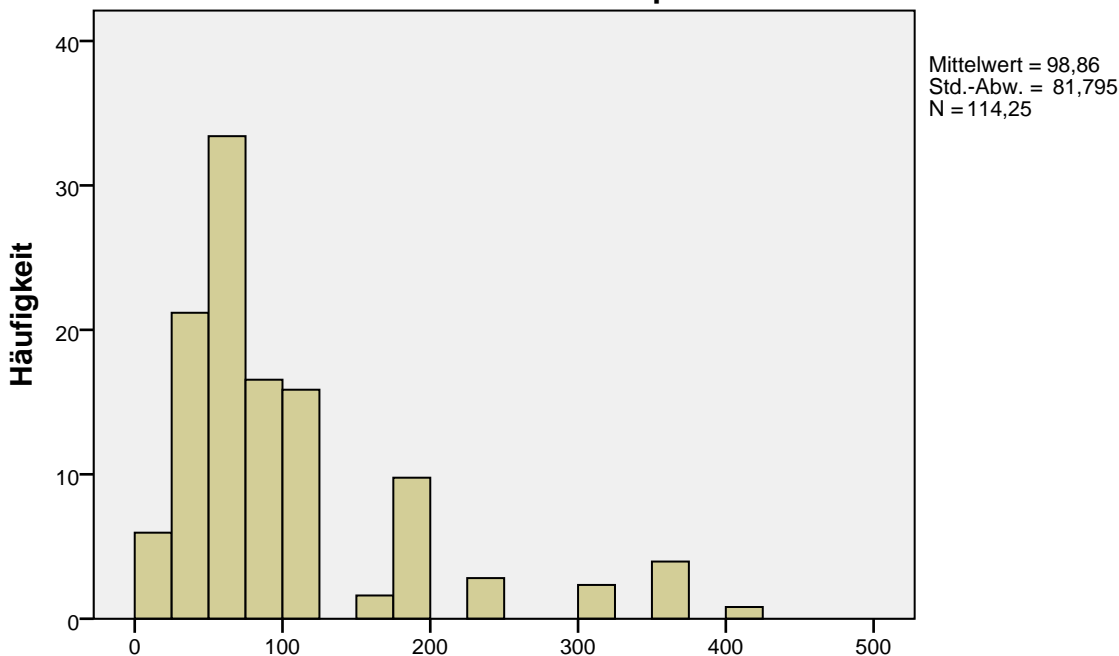
**R03_r5_c1 | Das Füllen von Kapseln (bis zu 12 Stück) | Dauer des gesamte
Herstellungsprozess einer Grundmenge der folgenden Individualrezepturen:**



**R03_r5_c1 | Das Füllen von Kapseln (bis zu 12 Stück) |
Dauer des gesamte Herstellungsprozess einer
Grundmenge der folgenden Individualrezepturen:**

Fälle gewichtet nach gewichtung

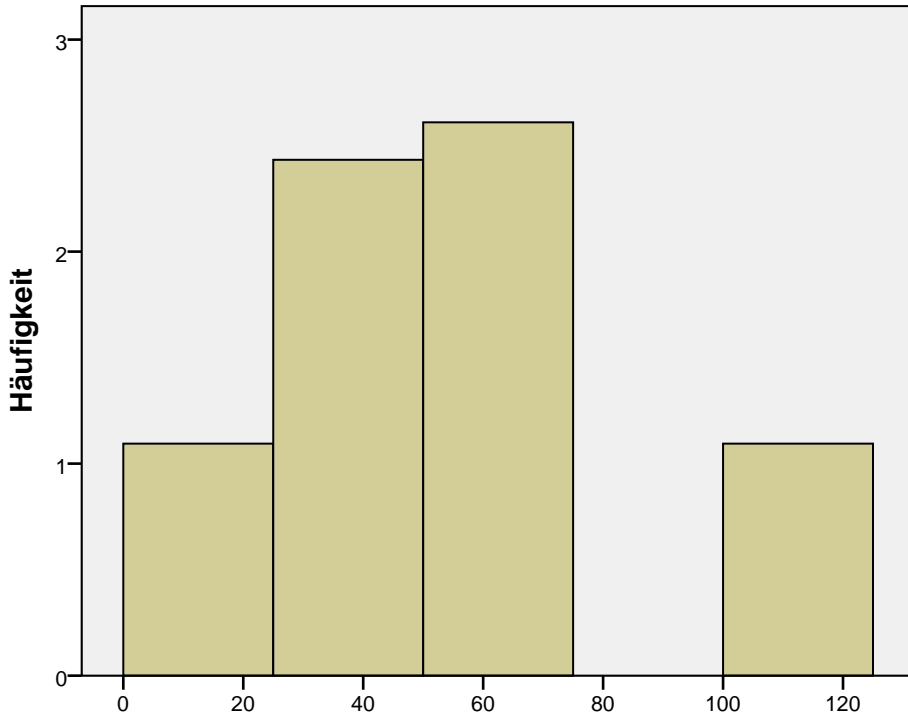
**R03_r6_c1 | Arzneimittel mit Durchführung einer Sterilisation (bis zu 300g) |
Dauer des gesamte Herstellungsprozess einer Grundmenge der folgenden
Individualrezepturen:**



**R03_r6_c1 | Arzneimittel mit Durchführung einer
Sterilisation (bis zu 300g) | Dauer des gesamte
Herstellungsprozess einer Grundmenge der folgenden
Individualrezepturen:**

Fälle gewichtet nach gewichtung

R03_r7_c1 | Zuschmelzen von Ampullen (bis zu 6 Stück) | Dauer des gesamte Herstellungsprozess einer Grundmenge der folgenden Individualrezepturen:



Mittelwert = 51,06
 Std.-Abw. = 35,489
 N = 7,2313

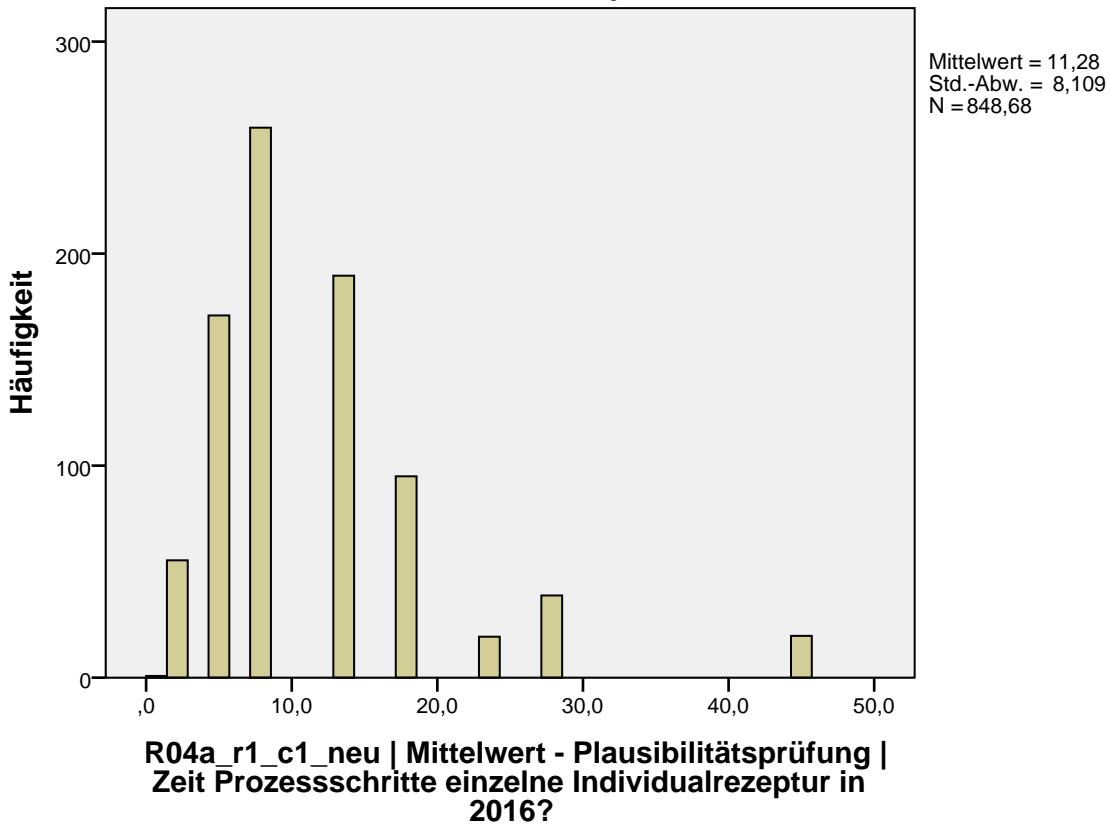
R03_r7_c1 | Zuschmelzen von Ampullen (bis zu 6 Stück) | Dauer des gesamte Herstellungsprozess einer Grundmenge der folgenden Individualrezepturen:

Fälle gewichtet nach gewichtung

Statistiken

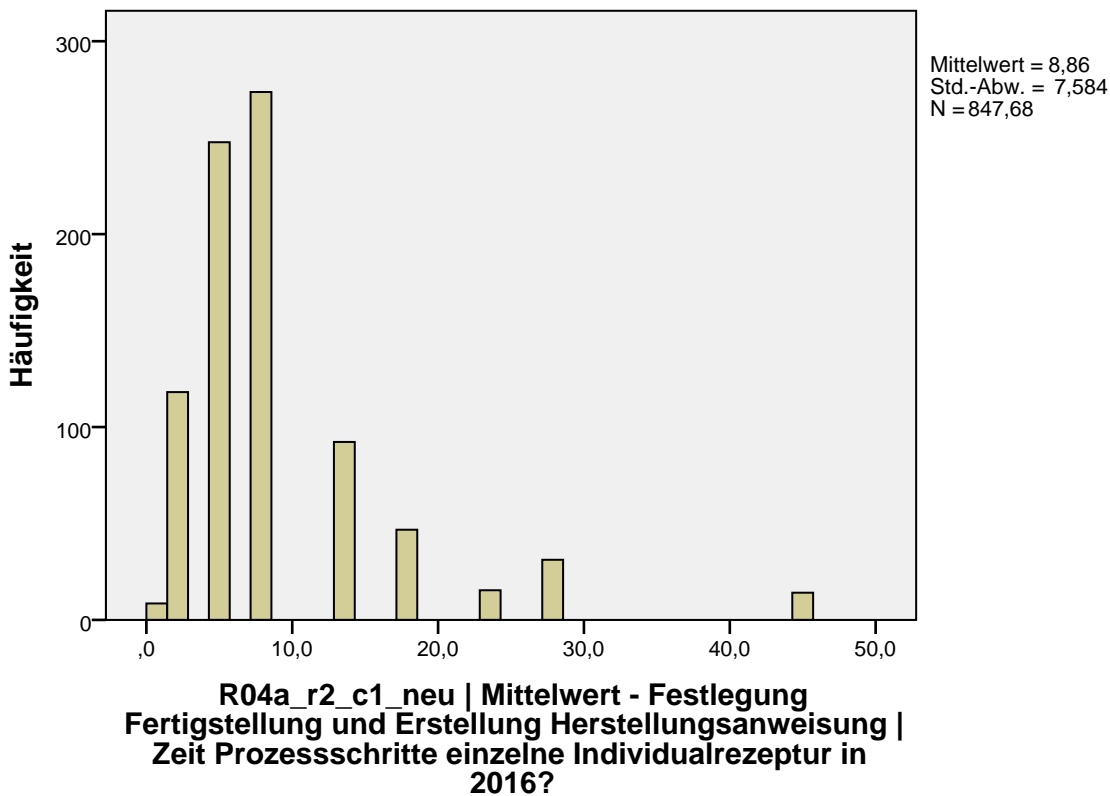
	R04a_r1_c1_neu | Mittelwert - Plausibilitätsprüfung | Zeit Prozessschritte einzelne Individualrezeptur in 2016?	R04a_r2_c1_neu | Mittelwert - Festlegung und Erstellung der Arbeitsplatzanweisung | Zeit Prozessschritte einzelne Individualrezeptur in 2016?	R04a_r3_c1_neu | Mittelwert - Vorbereitung des Arbeitsplatzes | Zeit Prozessschritte einzelne Individualrezeptur in 2016?	R04b_r1_c1_neu | Mittelwert - Anfertigung eines gemischten Tees, Herstellung einer Lösung ohne Anwendung von Wärme, Mischen von Flüssigkeiten; bis zur Grundmenge von 300 g | Zeit Prozessschritte einzelne Individualrezeptur in 2016?	R04b_r2_c1_neu | Mittelwert - Anfertigung von Pudern, ungeteilten Pulvern, Salben, Pasten, Suspensionen und Emulsionen; bis zur Grundmenge von 200 g | Zeit Prozessschritte einzelne Individualrezeptur in 2016?	R04b_r3_c1_neu | Mittelwert - Anfertigung von Lösungen unter Anwendung von Wärme, Mazerationen, Aufgüssen und Abkochungen; bis zur Grundmenge von 300 g | Zeit Prozessschritte einzelne Individualrezeptur in 2016?	R04b_r4_c1_neu | Mittelwert - Anfertigung von Pillen, Tabletten und Pastillen; bis zur Grundmenge von 50 Stück | Zeit Prozessschritte einzelne Individualrezeptur in 2016?	R04b_r5_c1_neu | Mittelwert - Anfertigung von abgeteilten Pulvern, Zäpfchen, Vaginal-Kugeln, das Füllen von Kapseln; bis zur Grundmenge von 12 Stück | Zeit Prozessschritte einzelne Individualrezeptur in 2016?	R04b_r6_c1_neu | Mittelwert - Anfertigung von Arzneimitteln mit Durchführung einer Sterilisation, Sterilfiltration; bis zur Grundmenge von 300 g | Zeit Prozessschritte einzelne Individualrezeptur in 2016?	R04b_r7_c1_neu | Mittelwert - Zuschmelzen von Ampullen; bis zur Grundmenge von 6 Stück | Zeit Prozessschritte einzelne Individualrezeptur in 2016?	R04c_r1_c1_neu | Mittelwert - Erstellung Herstellungsprotokoll | Zeit Prozessschritte einzelne Individualrezeptur in 2016?	R04c_r2_c1_neu | Mittelwert - Durchführung Inprozesskontrollen | Zeit Prozessschritte einzelne Individualrezeptur in 2016?	R04c_r3_c1_neu | Mittelwert - Abfüllung in das Abgabebehältnis und Kennzeichnung | Zeit Prozessschritte einzelne Individualrezeptur in 2016?	R04c_r4_c1_neu | Mittelwert - Freigabeprüfung und Dokumentation | Zeit Prozessschritte einzelne Individualrezeptur in 2016?
N	849	848	848	792	834	654	46	672	240	6	844	840	843	840
Gültig	849	848	848	792	834	654	46	672	240	6	844	840	843	840
Fehlend	1455	1456	1456	1512	1470	1650	2258	1632	2064	2298	1460	1464	1461	1464
Mittelwert	11,279	8,855	4,690	12,677	19,985	24,050	36,935	37,420	36,850	29,493	7,454	4,700	5,431	6,594
Median	8,000	8,000	4,500	13,000	18,000	23,000	45,000	45,000	45,000	28,000	4,500	4,500	4,500	4,500
Standardabweichung	8,1089	7,5841	3,5284	7,4337	9,8025	11,8877	11,2717	10,7017	11,7797	17,0321	6,1600	4,6743	4,1585	6,5941
Varianz	65,754	57,518	12,449	55,260	96,090	141,317	127,052	114,526	138,760	290,093	37,946	21,849	17,293	43,482
Schiefe	1,988	2,483	4,199	1,945	1,188	,647	-,839	-,910	-,951	-,746	3,113	4,122	4,242	3,283
Standardfehler der Schiefe	,084	,084	,084	,087	,085	,096	,351	,094	,157	,834	,084	,084	,084	,084
Kurtosis	5,175	7,620	36,013	5,606	1,091	-,629	-,1011	-,726	-,683	-,678	13,703	26,274	31,481	14,255
Standardfehler der Kurtosis	,168	,168	,168	,174	,169	,191	,689	,188	,313	1,705	,168	,169	,168	,168
Minimum	,5	,5	,5	2,5	4,5	4,5	13,0	8,0	4,5	4,5	,5	,5	,5	,5
Maximum	45,0	45,0	45,0	45,0	45,0	45,0	45,0	45,0	45,0	45,0	45,0	45,0	45,0	45,0
Perzentile														
5	2,500	2,500	2,500	4,500	8,000	8,000	16,651	18,000	13,000	4,500	2,500	,500	2,500	2,500
25	4,500	4,500	2,500	8,000	13,000	18,000	28,000	28,000	28,000	13,101	4,500	2,500	2,500	2,500
50	8,000	8,000	4,500	13,000	18,000	23,000	45,000	45,000	45,000	28,000	4,500	4,500	4,500	4,500
75	13,000	8,000	4,500	18,000	23,000	28,000	45,000	45,000	45,000	45,000	8,000	4,500	8,000	8,000
95	28,000	28,000	13,000	28,000	45,000	45,000	45,000	45,000	45,000	45,000	18,000	13,000	13,000	18,000

R04a_r1_c1_neu | Mittelwert - Plausibilitätsprüfung | Zeit Prozessschritte einzelne Individualrezeptur in 2016?



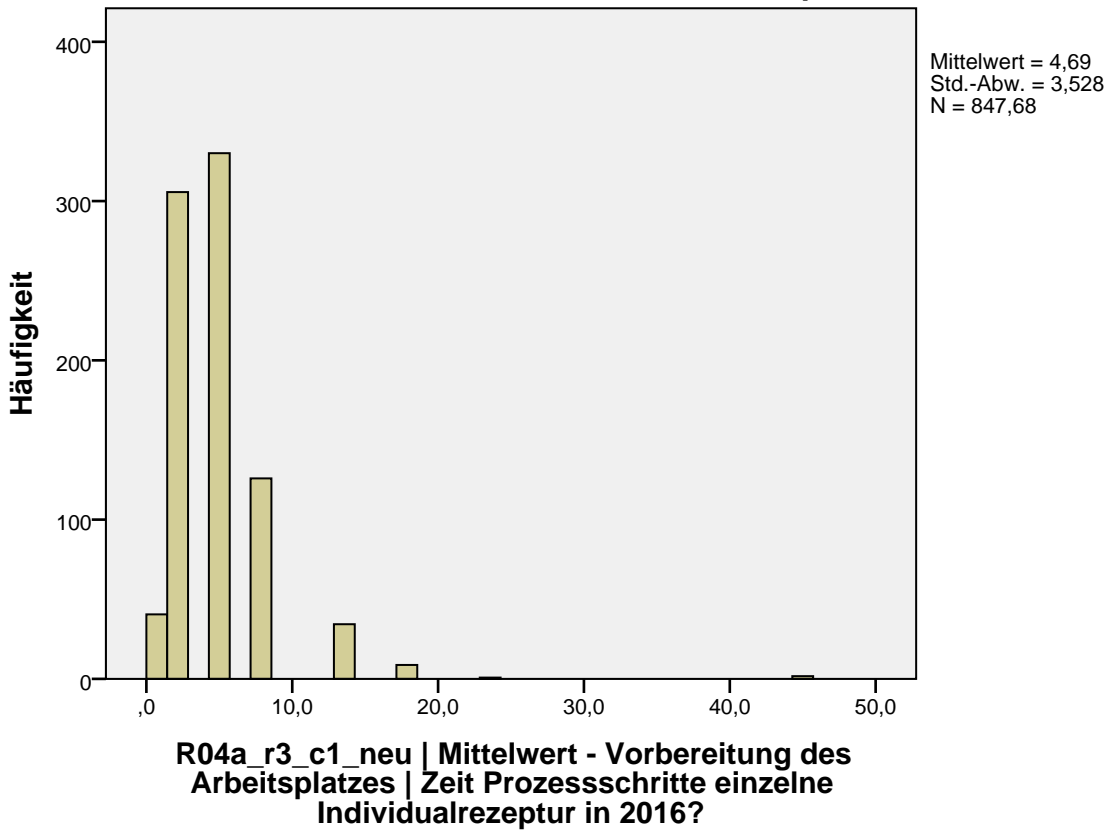
Fälle gewichtet nach gewichtung

R04a_r2_c1_neu | Mittelwert - Festlegung Fertigstellung und Erstellung Herstellungsanweisung | Zeit Prozessschritte einzelne Individualrezeptur in 2016?



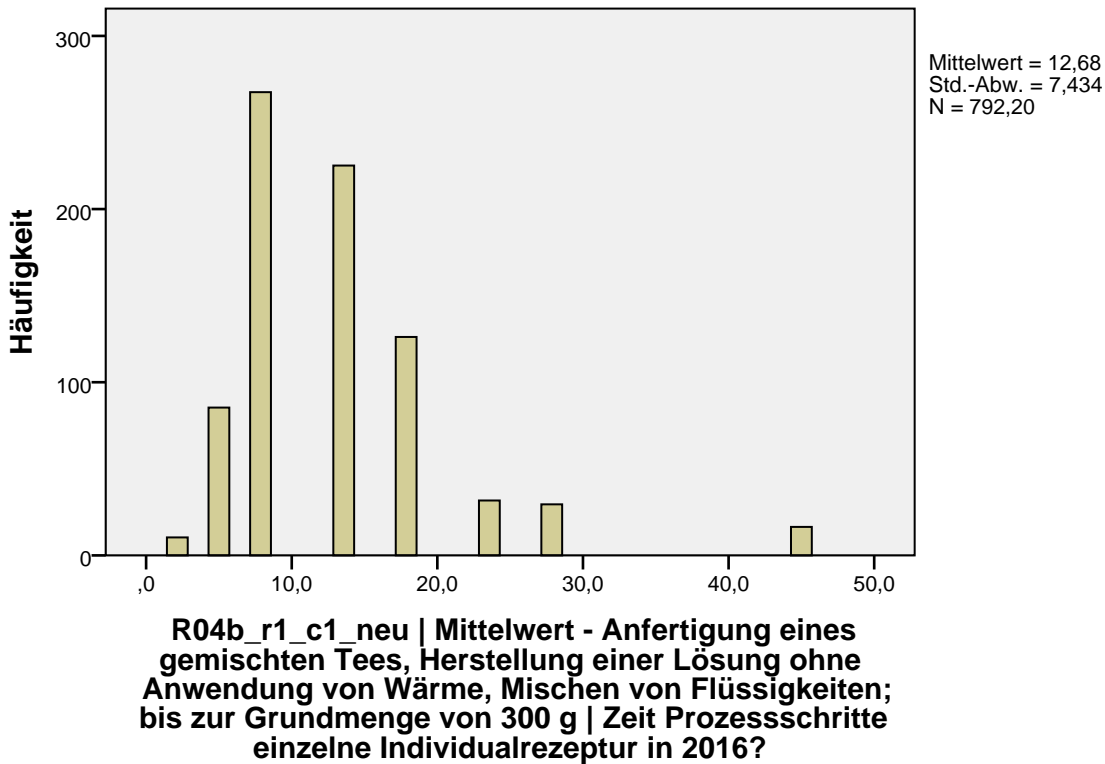
Fälle gewichtet nach gewichtung

R04a_r3_c1_neu | Mittelwert - Vorbereitung des Arbeitsplatzes | Zeit Prozessschritte einzelne Individualrezeptur in 2016?



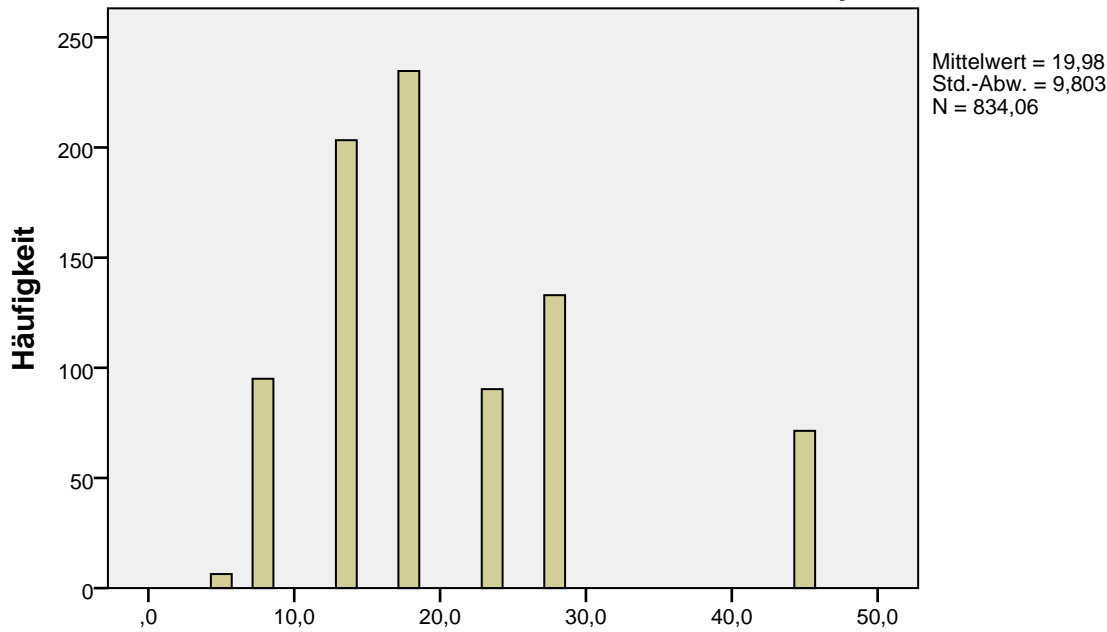
Fälle gewichtet nach gewichtung

R04b_r1_c1_neu | Mittelwert - Anfertigung eines gemischten Tees, Herstellung einer Lösung ohne Anwendung von Wärme, Mischen von Flüssigkeiten; bis zur Grundmenge von 300 g | Zeit Prozessschritte einzelne Individualrezeptur in 2016?



Fälle gewichtet nach gewichtung

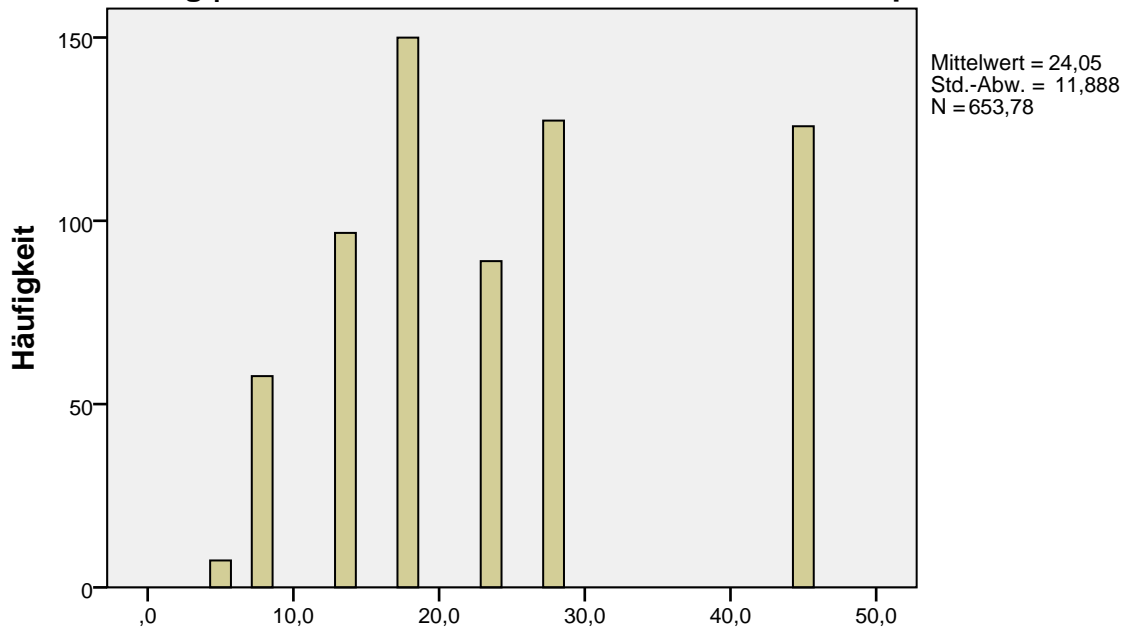
R04b_r2_c1_neu | Mittelwert - Anfertigung von Pudern, ungeteilten Pulvern, Salben, Pasten, Suspensionen und Emulsionen; bis zur Grundmenge von 200 g | Zeit Prozessschritte einzelne Individualrezeptur in 2016?



R04b_r2_c1_neu | Mittelwert - Anfertigung von Pudern, ungeteilten Pulvern, Salben, Pasten, Suspensionen und Emulsionen; bis zur Grundmenge von 200 g | Zeit Prozessschritte einzelne Individualrezeptur in 2016?

Fälle gewichtet nach gewichtung

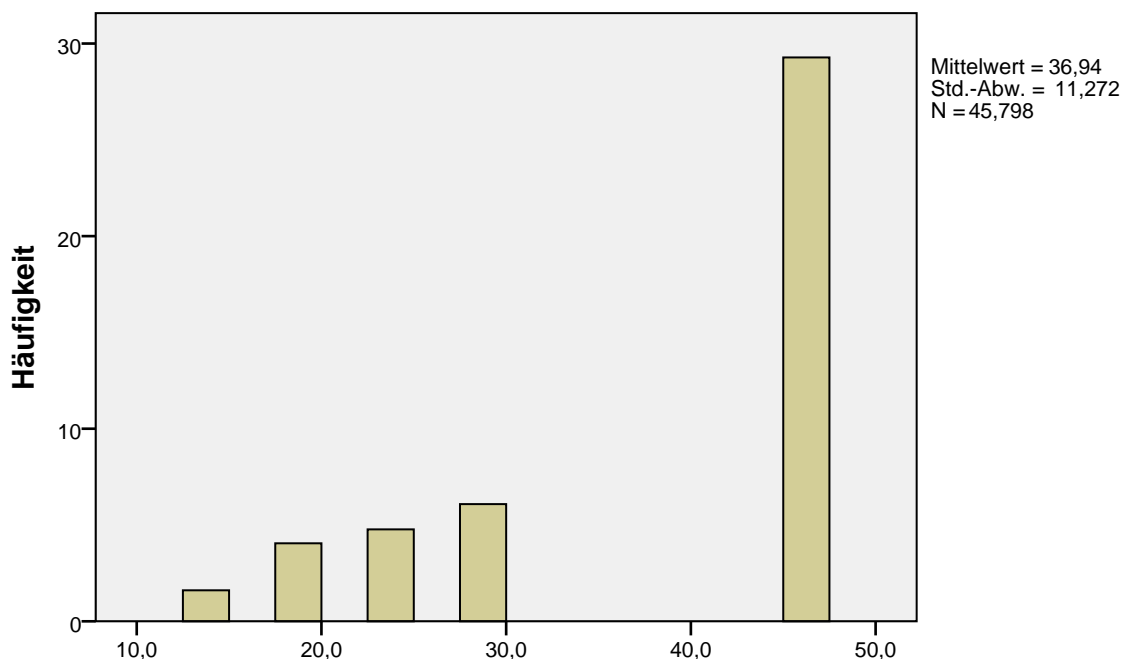
R04b_r3_c1_neu | Mittelwert - Anfertigung von Lösungen unter Anwendung von Wärme, Mazerationen, Aufgüssen und Abkochungen; bis zur Grundmenge von 300 g | Zeit Prozessschritte einzelne Individualrezeptur in 2016?



R04b_r3_c1_neu | Mittelwert - Anfertigung von Lösungen unter Anwendung von Wärme, Mazerationen, Aufgüssen und Abkochungen; bis zur Grundmenge von 300 g | Zeit Prozessschritte einzelne Individualrezeptur in 2016?

Fälle gewichtet nach gewichtung

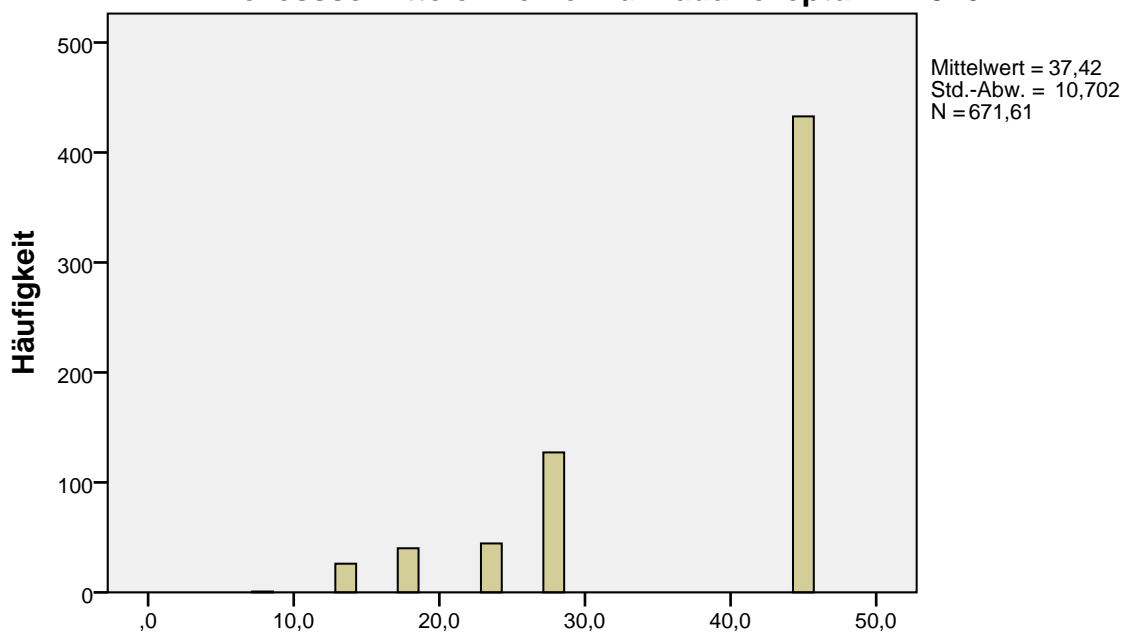
R04b_r4_c1_neu | Mittelwert - Anfertigung von Pillen, Tabletten und Pastillen; bis zur Grundmenge von 50 Stück | Zeit Prozessschritte einzelne Individualrezeptur in 2016?



R04b_r4_c1_neu | Mittelwert - Anfertigung von Pillen, Tabletten und Pastillen; bis zur Grundmenge von 50 Stück | Zeit Prozessschritte einzelne Individualrezeptur in 2016?

Fälle gewichtet nach gewichtung

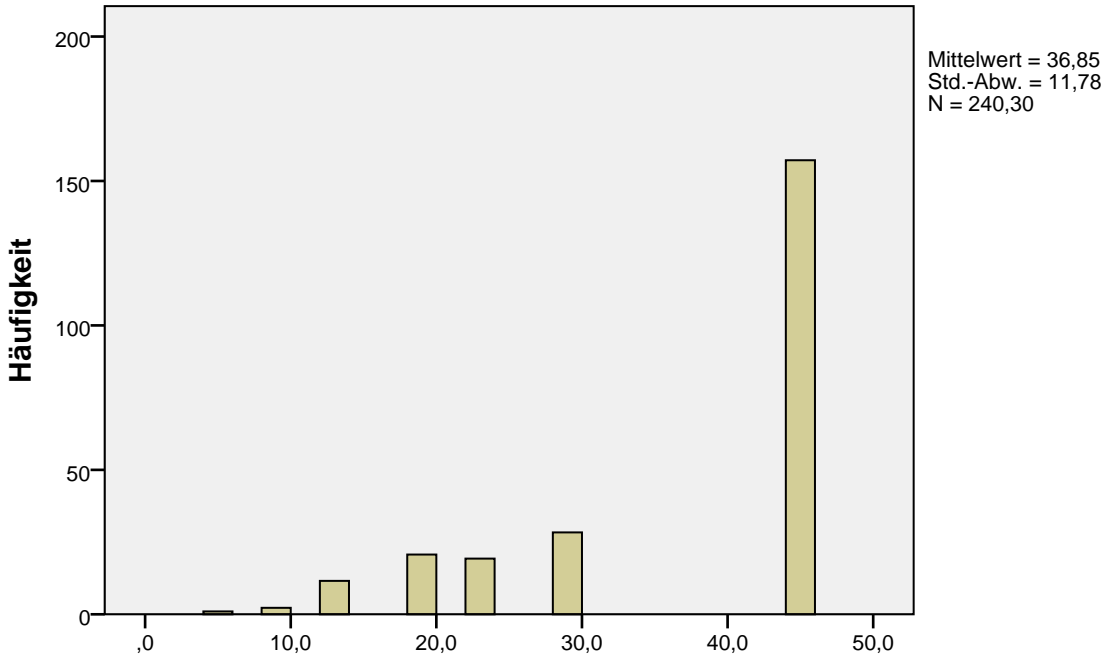
R04b_r5_c1_neu | Mittelwert - Anfertigung von abgeteilten Pulvern, Zäpfchen, Vaginal-Kugeln, das Füllen von Kapseln; bis zur Grundmenge von 12 Stück | Zeit Prozessschritte einzelne Individualrezeptur in 2016?



R04b_r5_c1_neu | Mittelwert - Anfertigung von abgeteilten Pulvern, Zäpfchen, Vaginal-Kugeln, das Füllen von Kapseln; bis zur Grundmenge von 12 Stück | Zeit Prozessschritte einzelne Individualrezeptur in 2016?

Fälle gewichtet nach gewichtung

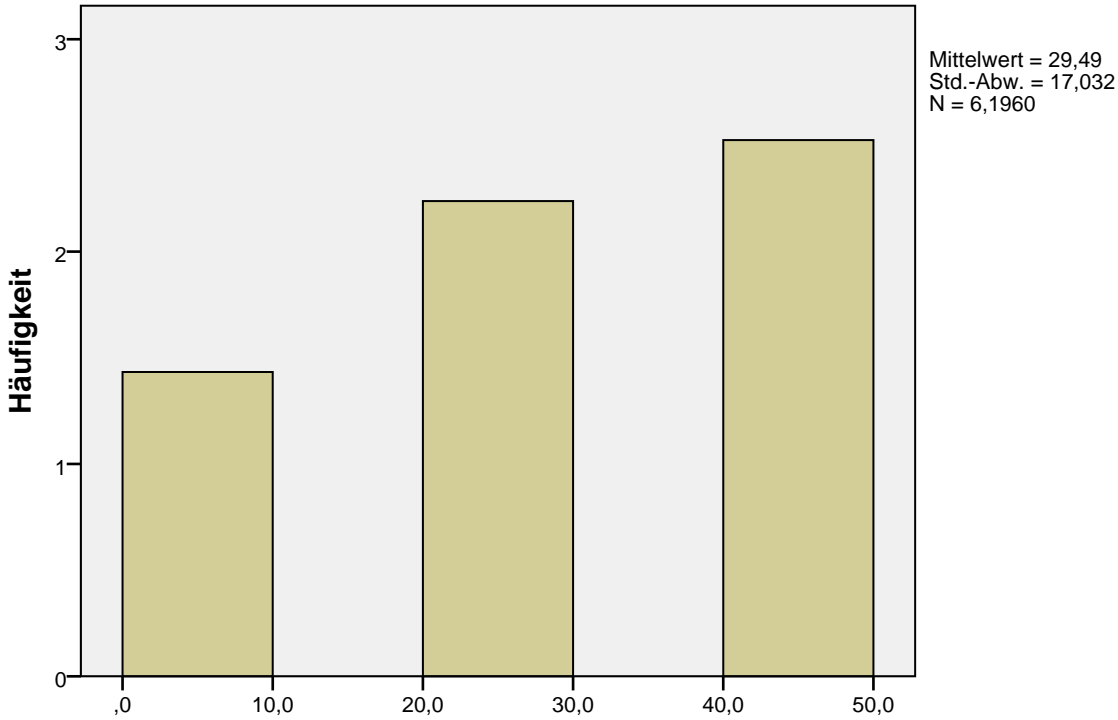
R04b_r6_c1_neu | Mittelwert - Anfertigung von Arzneimitteln mit Durchführung einer Sterilisation, Sterilfiltration; bis zur Grundmenge von 300 g | Zeit Prozessschritte einzelne Individualrezeptur in 2016?



R04b_r6_c1_neu | Mittelwert - Anfertigung von Arzneimitteln mit Durchführung einer Sterilisation, Sterilfiltration; bis zur Grundmenge von 300 g | Zeit Prozessschritte einzelne Individualrezeptur in 2016?

Fälle gewichtet nach gewichtung

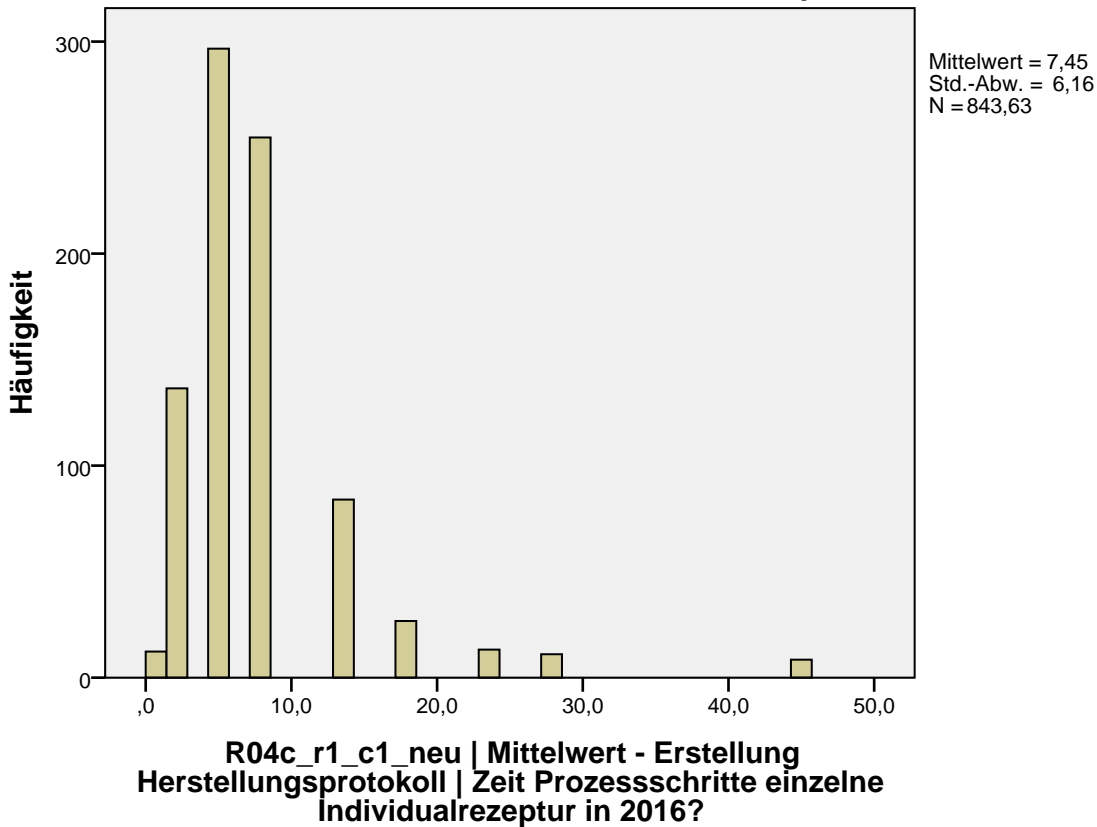
R04b_r7_c1_neu | Mittelwert - Zuschmelzen von Ampullen; bis zur Grundmenge von 6 Stück | Zeit Prozessschritte einzelne Individualrezeptur in 2016?



R04b_r7_c1_neu | Mittelwert - Zuschmelzen von Ampullen; bis zur Grundmenge von 6 Stück | Zeit Prozessschritte einzelne Individualrezeptur in 2016?

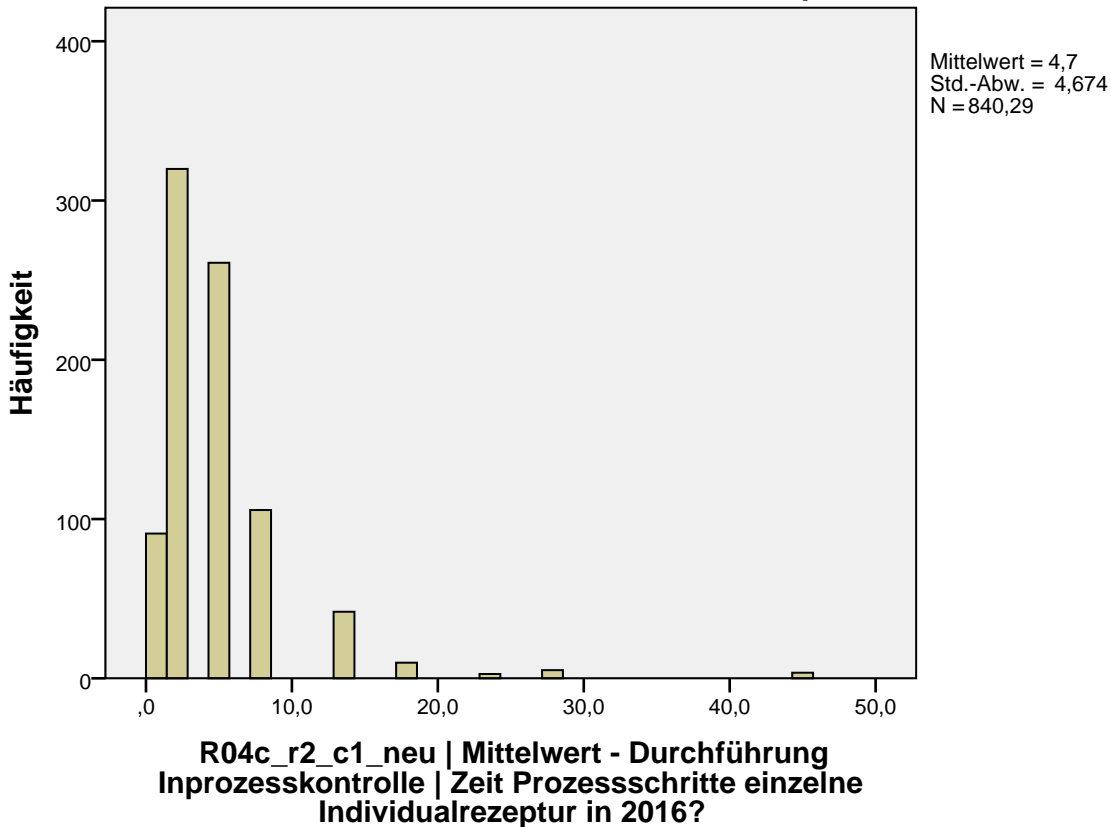
Fälle gewichtet nach gewichtung

R04c_r1_c1_neu | Mittelwert - Erstellung Herstellungsprotokoll | Zeit Prozessschritte einzelne Individualrezeptur in 2016?



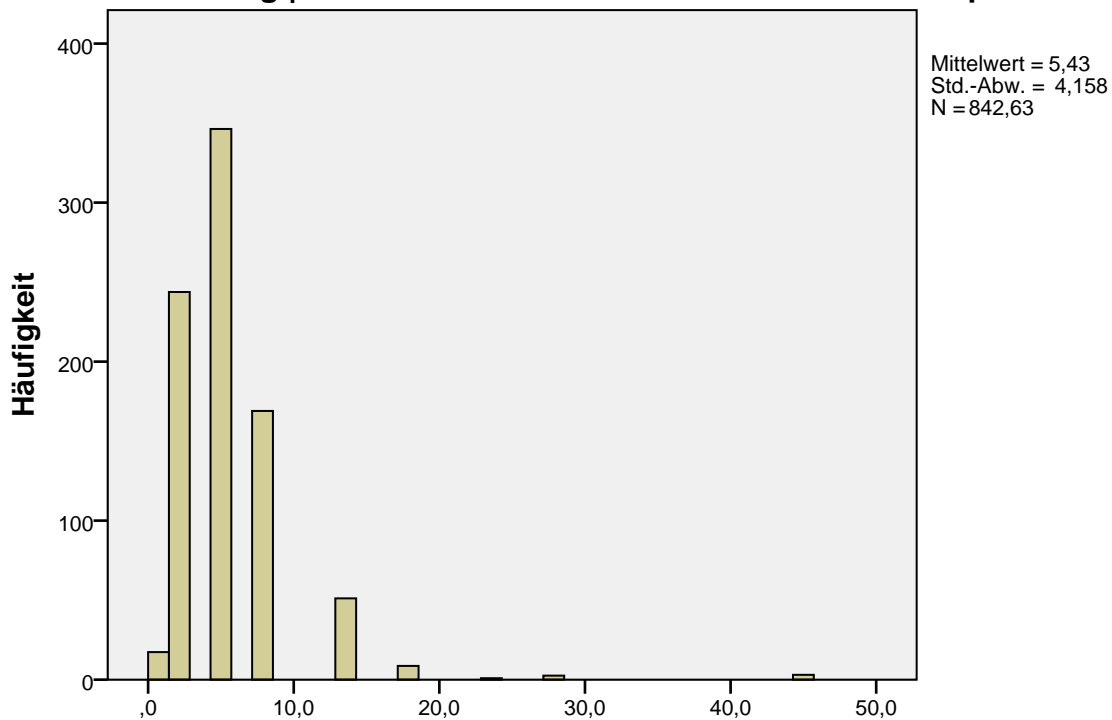
Fälle gewichtet nach gewichtung

R04c_r2_c1_neu | Mittelwert - Durchführung Inprozesskontrolle | Zeit Prozessschritte einzelne Individualrezeptur in 2016?



Fälle gewichtet nach gewichtung

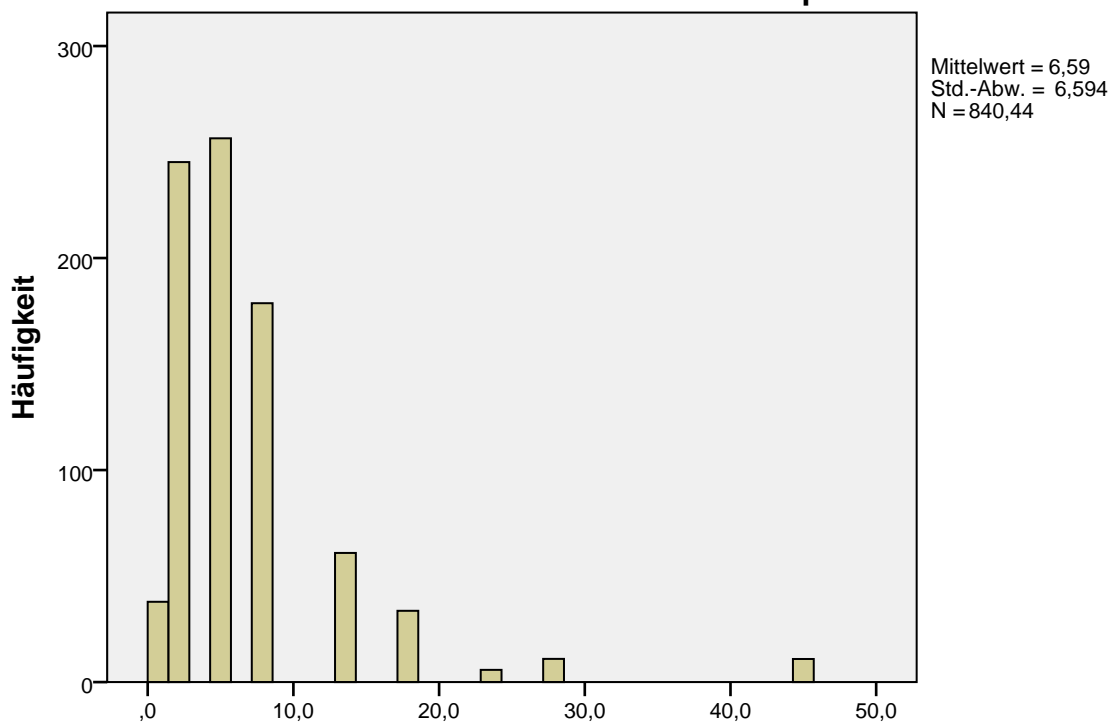
R04c_r3_c1_neu | Mittelwert - Abfüllung in das Abgabehältnis und Kennzeichnung | Zeit Prozessschritte einzelne Individualrezeptur in 2016?



R04c_r3_c1_neu | Mittelwert - Abfüllung in das Abgabehältnis und Kennzeichnung | Zeit Prozessschritte einzelne Individualrezeptur in 2016?

Fälle gewichtet nach gewichtung

R04c_r4_c1_neu | Mittelwert - Freigabeprüfung und Dokumentation | Zeit Prozessschritte einzelne Individualrezeptur in 2016?



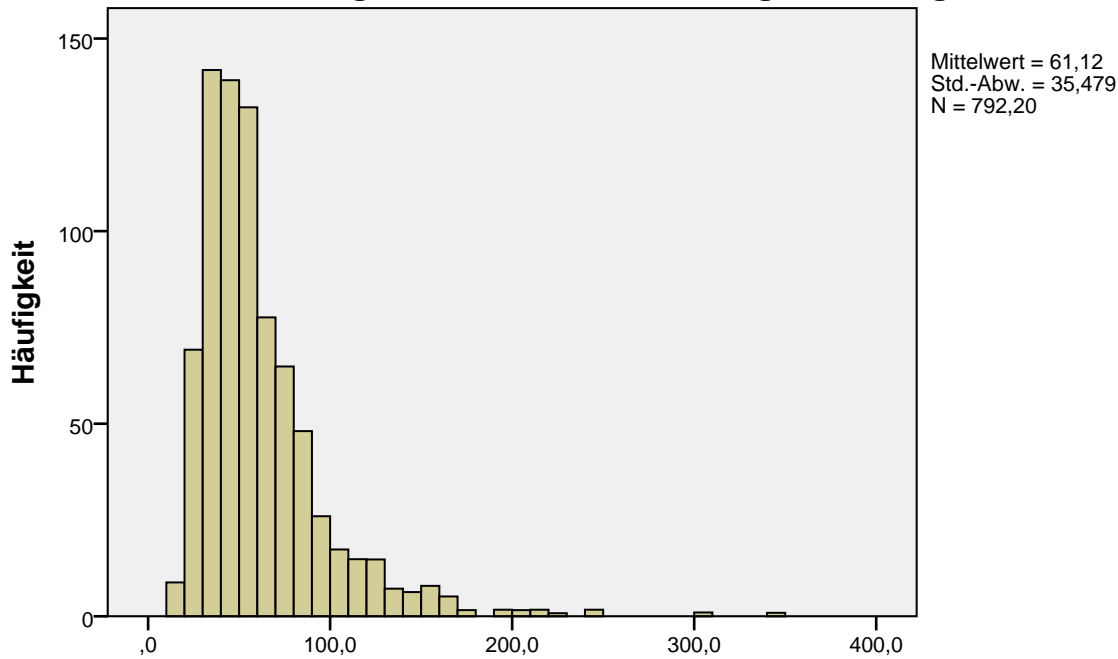
R04c_r4_c1_neu | Mittelwert - Freigabeprüfung und Dokumentation | Zeit Prozessschritte einzelne Individualrezeptur in 2016?

Fälle gewichtet nach gewichtung

Statistiken

		Zeit Gesamtherstellung Individualrezeptur - Anfertigung eines gemischten Tees, Herstellung einer Lösung ohne Anwendung von Wärme, Mischen von Flüssigkeiten; bis zur Grundmenge von 300 g	Zeit Gesamtherstellung Individualrezeptur - Anfertigung von Pudern, ungeteilten Pulvern, Salben, Pasten, Suspensionen und Emulsionen; bis zur Grundmenge von 200 g	Zeit Gesamtherstellung Individualrezeptur - Anfertigung von Lösungen unter Anwendung von Wärme, Mazerationen, Aufgüssen und Abkochungen; bis zur Grundmenge von 300 g	Zeit Gesamtherstellung Individualrezeptur - Anfertigung von Pillen, Tabletten und Pastillen; bis zur Grundmenge von 50 Stück	Zeit Gesamtherstellung Individualrezeptur - Anfertigung von abgeteilten Pulvern, Zäpfchen, Vaginal-Kugeln, das Füllen von Kapseln; bis zur Grundmenge von 12 Stück	Zeit Gesamtherstellung Individualrezeptur - Anfertigung von Arzneimitteln mit Durchführung einer Sterilisation, Sterilfiltration; bis zur Grundmenge von 300 g	Zeit Gesamtherstellung Individualrezeptur - Zuschmelzen von Ampullen; bis zur Grundmenge von 6 Stück
N	Gültig	792	834	654	46	672	240	6
	Fehlend	1512	1470	1650	2258	1632	2064	2298
Mittelwert		61,120	68,815	72,501	92,009	86,839	85,525	117,051
Median		51,500	60,000	63,000	80,000	81,500	81,500	73,547
Standardabweichung		35,4787	37,6158	37,7443	44,8521	36,1242	37,5336	106,8367
Varianz		1258,738	1414,948	1424,635	2011,709	1304,960	1408,774	11414,080
Schiefe		2,467	2,423	2,246	3,833	2,148	2,035	2,283
Standardfehler der Schiefe		,087	,085	,096	,351	,094	,157	,834
Kurtosis		10,209	10,102	9,554	20,045	9,829	9,228	5,782
Standardfehler der Kurtosis		,174	,169	,191	,689	,188	,313	1,705
Minimum		14,0	17,5	17,5	39,5	22,5	27,5	50,0
Maximum		343,0	360,0	360,0	343,0	360,0	343,0	343,0
Perzentile	5	25,500	29,000	30,978	47,814	42,334	35,707	50,000
	25	38,500	45,000	48,500	71,764	64,000	62,000	56,954
	50	51,500	60,000	63,000	80,000	81,500	81,500	73,547
	75	72,000	80,000	88,105	99,778	100,000	103,141	169,579
	95	129,000	146,000	141,993	163,648	151,000	157,982	.

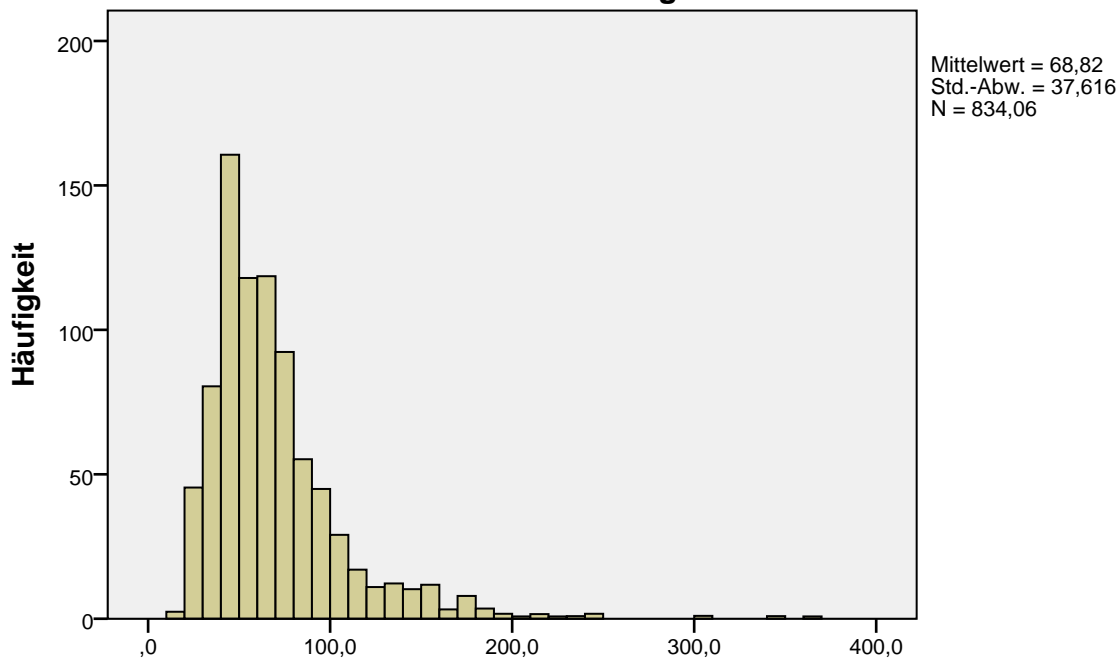
Zeit Gesamtherstellung Individualrezeptur - Anfertigung eines gemischten Tees, Herstellung einer Lösung ohne Anwendung von Wärme, Mischen von Flüssigkeiten; bis zur Grundmenge von 300 g



Zeit Gesamtherstellung Individualrezeptur - Anfertigung eines gemischten Tees, Herstellung einer Lösung ohne Anwendung von Wärme, Mischen von Flüssigkeiten; bis zur Grundmenge von 300 g

Fälle gewichtet nach gewichtung

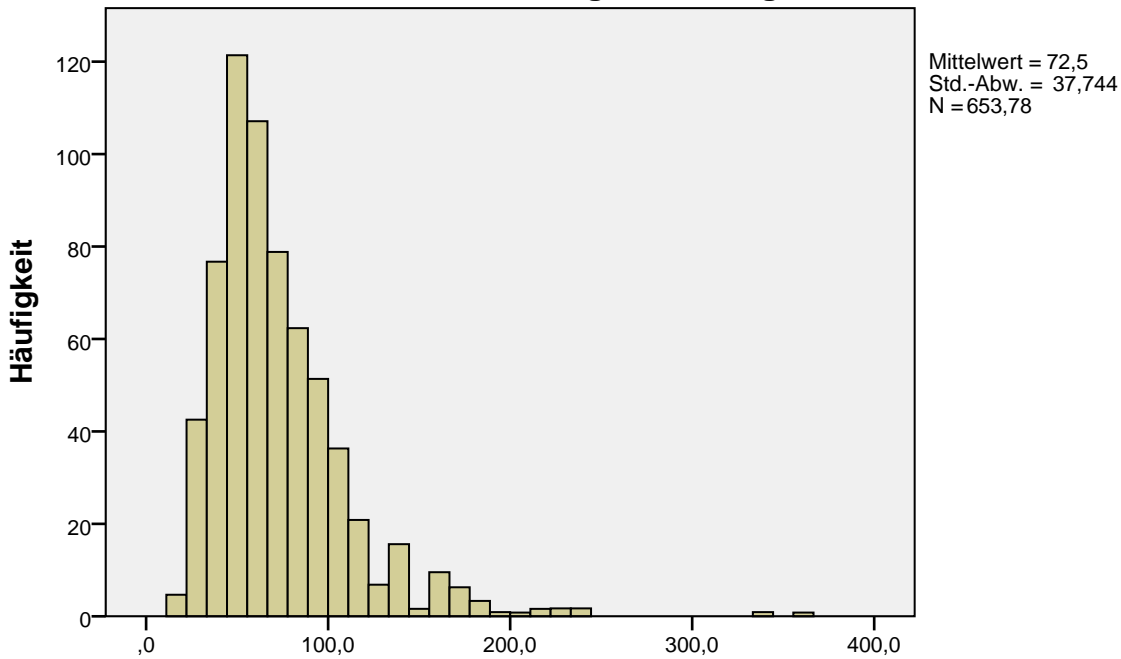
Zeit Gesamtherstellung Individualrezeptur - Anfertigung von Pudern, ungeteilten Pulvern, Salben, Pasten, Suspensionen und Emulsionen; bis zur Grundmenge von 200 g



Zeit Gesamtherstellung Individualrezeptur - Anfertigung von Pudern, ungeteilten Pulvern, Salben, Pasten, Suspensionen und Emulsionen; bis zur Grundmenge von 200 g

Fälle gewichtet nach gewichtung

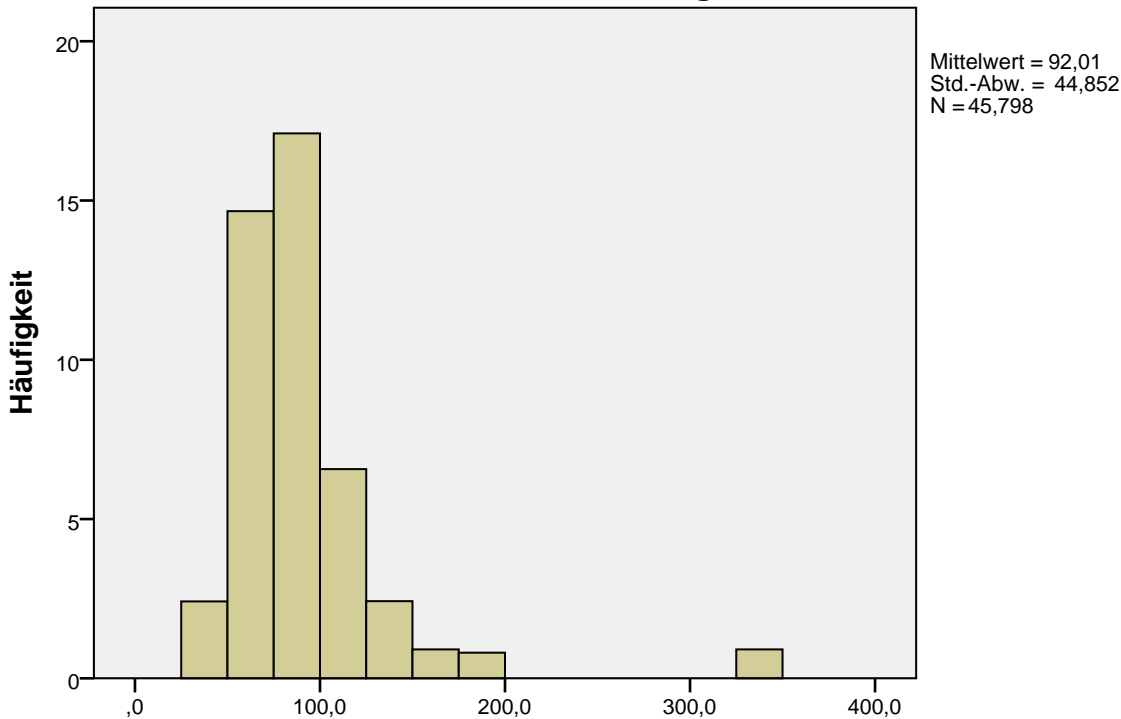
Zeit Gesamtherstellung Individualrezeptur - Anfertigung von Lösungen unter Anwendung von Wärme, Mazerationen, Aufgüssen und Abkochungen; bis zur Grundmenge von 300 g



Zeit Gesamtherstellung Individualrezeptur - Anfertigung von Lösungen unter Anwendung von Wärme, Mazerationen, Aufgüssen und Abkochungen; bis zur Grundmenge von 300 g

Fälle gewichtet nach gewichtung

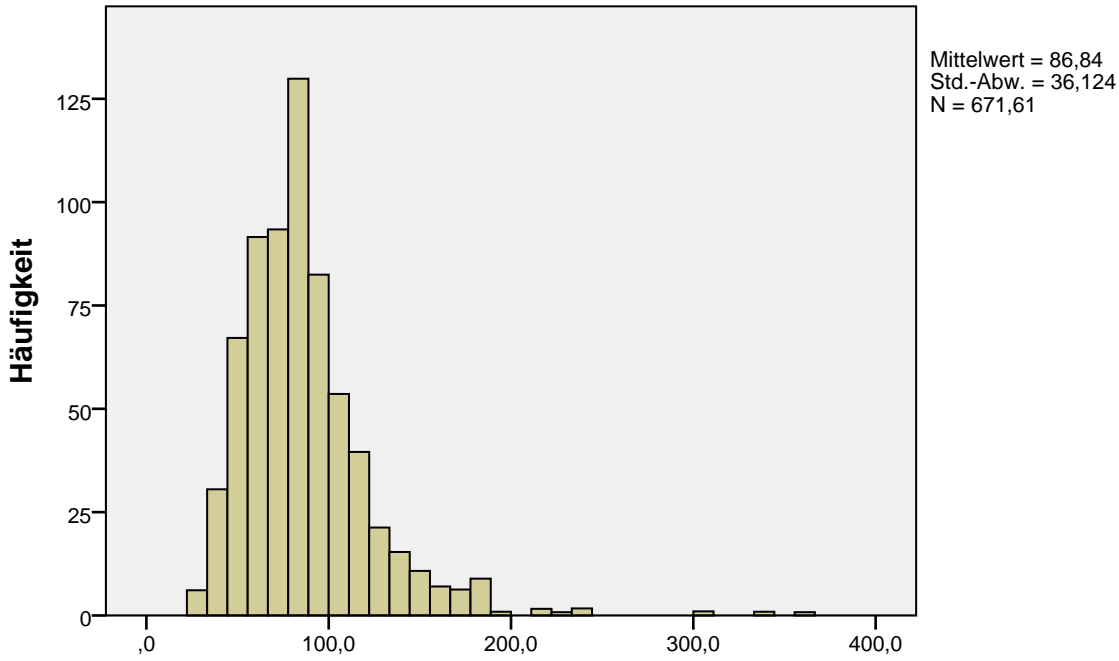
Zeit Gesamtherstellung Individualrezeptur - Anfertigung von Pillen, Tabletten und Pastillen; bis zur Grundmenge von 50 Stück



Zeit Gesamtherstellung Individualrezeptur - Anfertigung von Pillen, Tabletten und Pastillen; bis zur Grundmenge von 50 Stück

Fälle gewichtet nach gewichtung

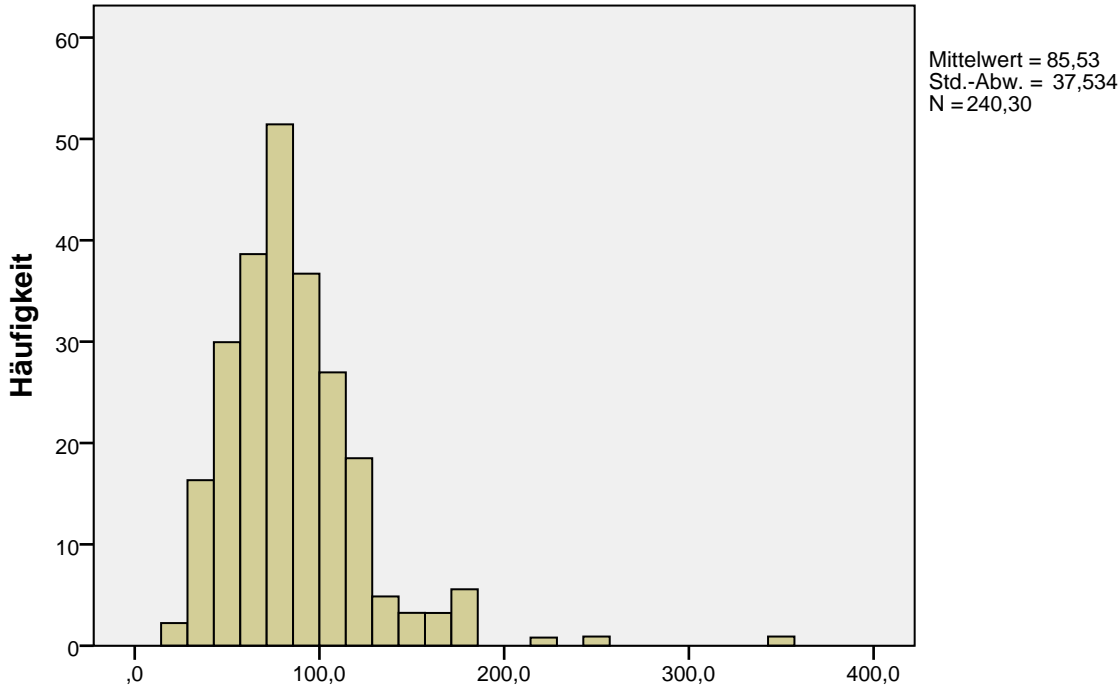
Zeit Gesamtherstellung Individualrezeptur - Anfertigung von abgeteilten Pulvern, Zäpfchen, Vaginal-Kugeln, das Füllen von Kapseln; bis zur Grundmenge von 12 Stück



Zeit Gesamtherstellung Individualrezeptur - Anfertigung von abgeteilten Pulvern, Zäpfchen, Vaginal-Kugeln, das Füllen von Kapseln; bis zur Grundmenge von 12 Stück

Fälle gewichtet nach gewichtung

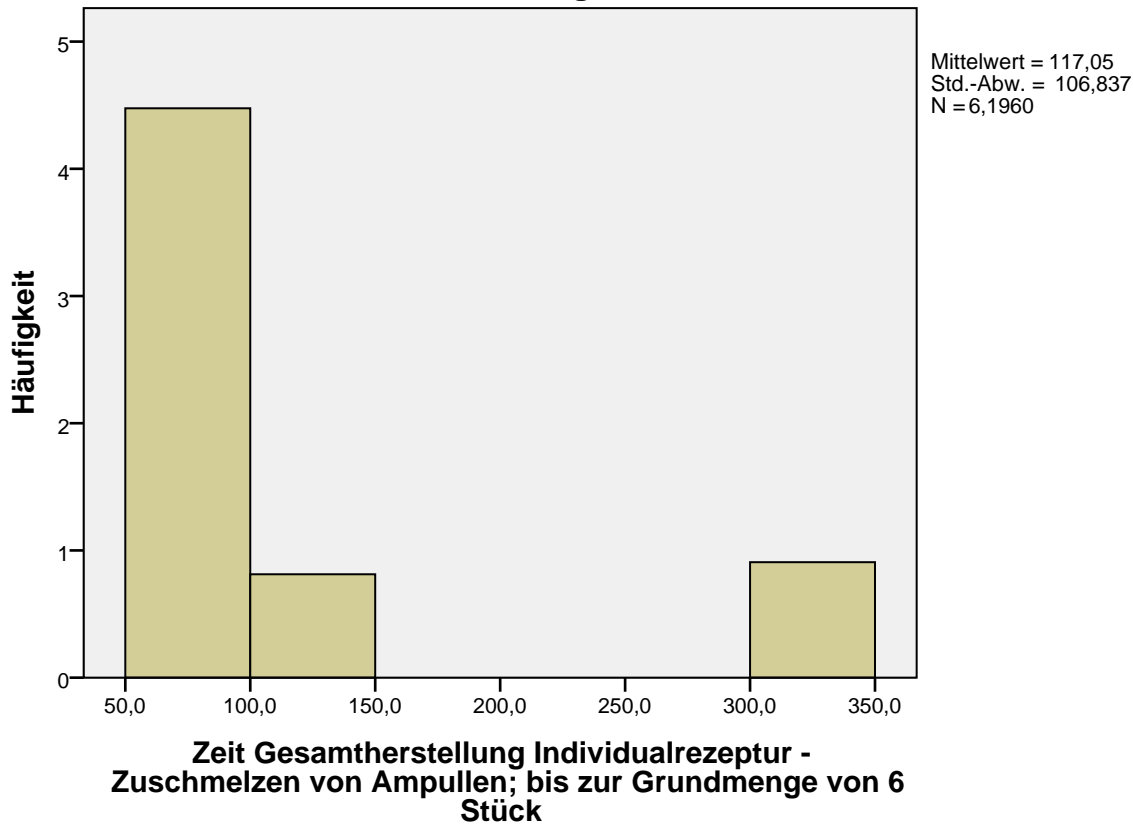
Zeit Gesamtherstellung Individualrezeptur - Anfertigung von Arzneimitteln mit Durchführung einer Sterilisation, Sterilfiltration; bis zur Grundmenge von 300 g



Zeit Gesamtherstellung Individualrezeptur - Anfertigung von Arzneimitteln mit Durchführung einer Sterilisation, Sterilfiltration; bis zur Grundmenge von 300 g

Fälle gewichtet nach gewichtung

Zeit Gesamtherstellung Individualrezeptur - Zuschmelzen von Ampullen; bis zur Grundmenge von 6 Stück

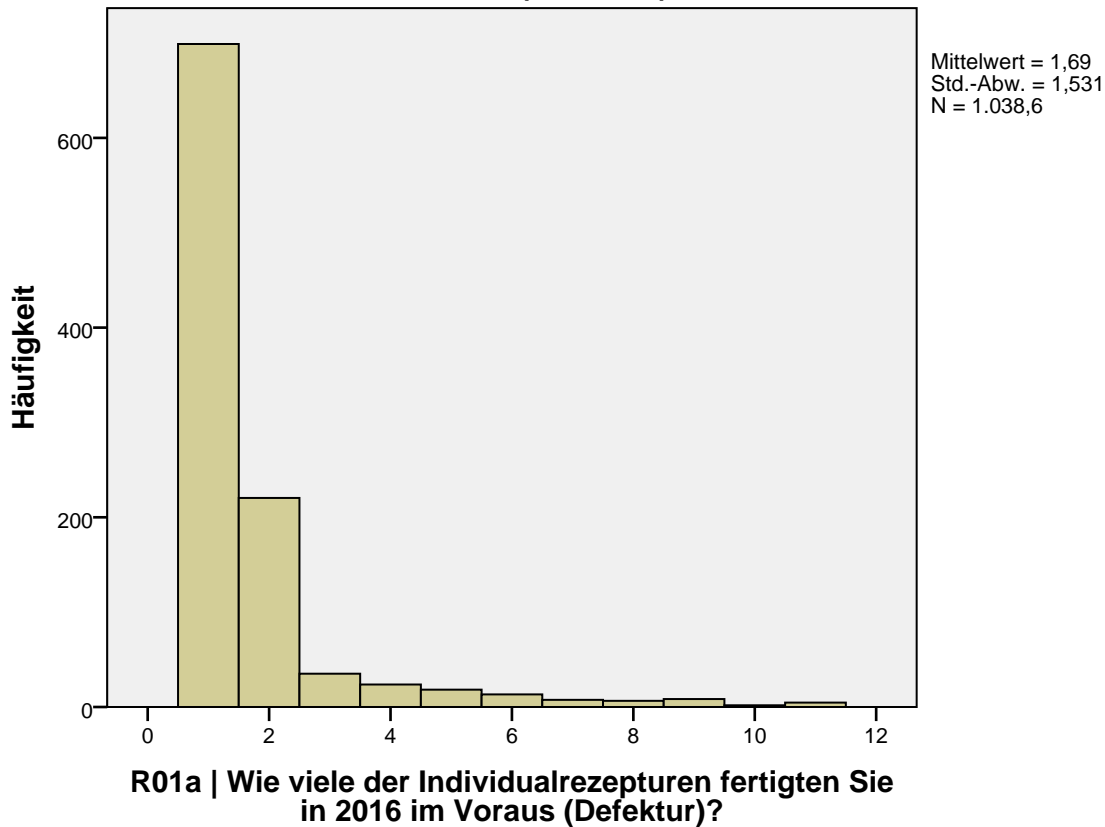


Fälle gewichtet nach gewichtung

Statistiken

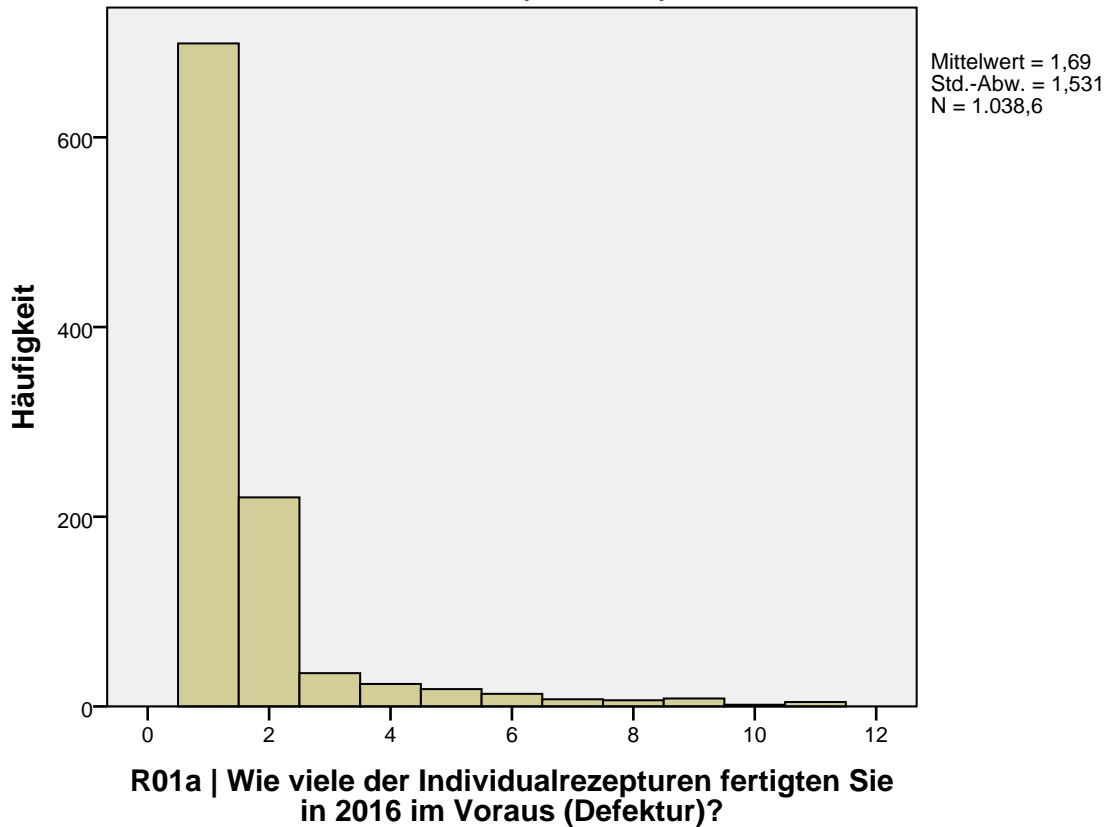
		R01a | Wie viele der Individualrezepturen fertigten Sie in 2016 im Voraus (Defekturen)?
N	Gültig	1039
	Fehlend	1265
Mittelwert		1,69
Median		1,00
Standardabweichung		1,531
Varianz		2,345
Schiefe		3,403
Standardfehler der Schiefe		,076
Kurtosis		13,067
Standardfehler der Kurtosis		,152
Minimum		1
Maximum		11
Perzentile	5	1,00
	25	1,00
	50	1,00
	75	2,00
	95	5,00

R01a | Wie viele der Individualrezepturen fertigten Sie in 2016 im Voraus (Defekter)?



Fälle gewichtet nach gewichtung

R01a | Wie viele der Individualrezepturen fertigten Sie in 2016 im Voraus (Defekter)?

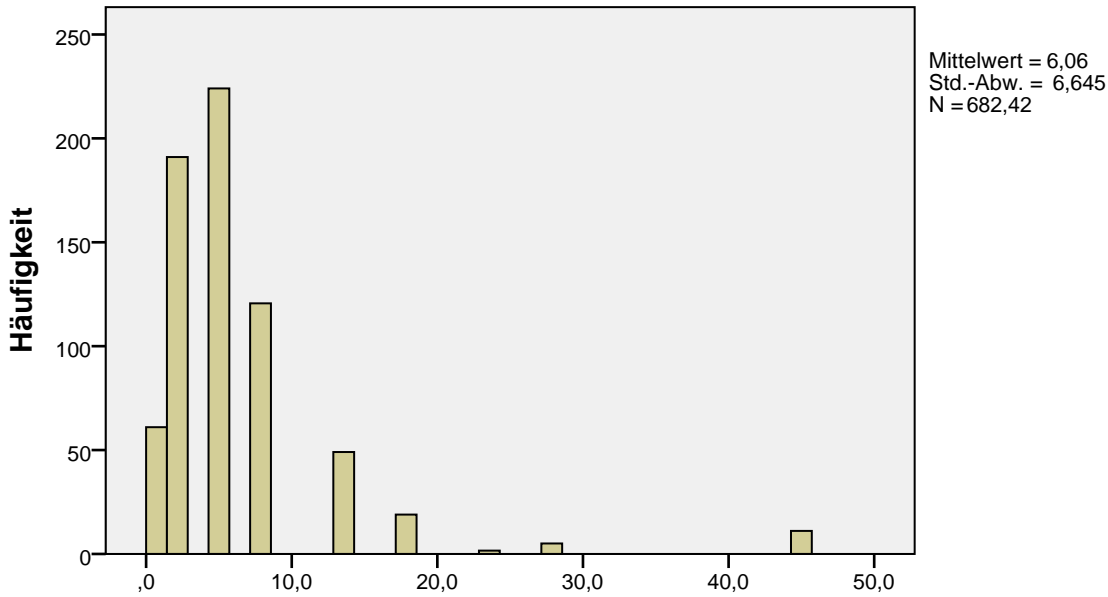


Fälle gewichtet nach gewichtung

Statistiken

		R05_r1_c1_neu | Mittelwert - Gemischter Tee, Lösung ohne Anwendung von Wärme, Mischen von Flüssigkeiten (Grundmenge 300 g) | Mehraufwand pro zusätzlicher Grundmenge | Individualrezept ur Mehraufwand Herstellungspro- zess?	R05_r2_c1_neu | Mittelwert - Puder, ungeteilte Pulver, Salben, Pasten, Suspensionen und Emulsionen (Grundmenge 200 g) | Mehraufwand pro zusätzlicher Grundmenge | Individualrezept ur Mehraufwand Herstellungspro- zess?	R05_r3_c1_neu | Mittelwert - Lösungen unter Anwendung von Wärme, Mazerationen, Aufgüssen und Abkochungen (Grundmenge 300 g) | Mehraufwand pro zusätzlicher Grundmenge | Individualrezept ur Mehraufwand Herstellungspro- zess?	R05_r4_c1_neu | Mittelwert - Pillen, Tabletten und Pastillen (Grundmenge 50 Stück) | Mehraufwand pro zusätzlicher Grundmenge | Individualrezept ur Mehraufwand Herstellungspro- zess?	R05_r5_c1_neu | Mittelwert - Abgeteilte Pulver, Zäpfchen, Vaginal-Kugeln, das Füllen von Kapseln (Grundmenge 12 Stück) | Mehraufwand pro zusätzlicher Grundmenge | Individualrezept ur Mehraufwand Herstellungspro- zess?	R05_r6_c1_neu | Mittelwert - Arzneimittel mit Durchführung einer Sterilisation, Sterilfiltration (Grundmenge 300 g) | Mehraufwand pro zusätzlicher Grundmenge | Individualrezept ur Mehraufwand Herstellungspro- zess?	R05_r7_c1_neu | Mittelwert - Zuschmelzen von Ampullen (Grundmenge 6 Stück) | Mehraufwand pro zusätzlicher Grundmenge | Individualrezept ur Mehraufwand Herstellungspro- zess?
N	Gültig	682	726	562	40	598	197	6
	Fehlend	1622	1578	1742	2264	1706	2107	2298
Mittelwert		6,063	9,351	9,005	22,322	26,651	19,666	31,702
Median		4,500	8,000	4,500	18,000	23,000	13,000	40,444
Standardabweichung		6,6447	8,4718	9,7377	14,7027	15,7048	15,4859	17,9215
Varianz		44,152	71,771	94,823	216,169	246,641	239,813	321,180
Schiefe		3,741	2,506	2,474	,694	,049	,729	-1,041
Standardfehler der Schiefe		,094	,091	,103	,375	,100	,173	,834
Kurtosis		17,793	7,525	6,258	-1,119	-1,587	-,985	-,526
Standardfehler der Kurtosis		,187	,181	,206	,734	,200	,345	1,705
Minimum		,5	,5	,5	4,5	,5	,5	4,5
Maximum		45,0	45,0	45,0	45,0	45,0	45,0	45,0
Perzentile	5	,500	2,500	,500	5,642	4,500	2,500	4,500
	25	2,500	4,500	2,500	11,797	13,000	8,000	13,101
	50	4,500	8,000	4,500	18,000	23,000	13,000	40,444
	75	8,000	13,000	10,746	45,000	45,000	28,000	45,000
	95	18,000	23,000	28,000	45,000	45,000	45,000	.

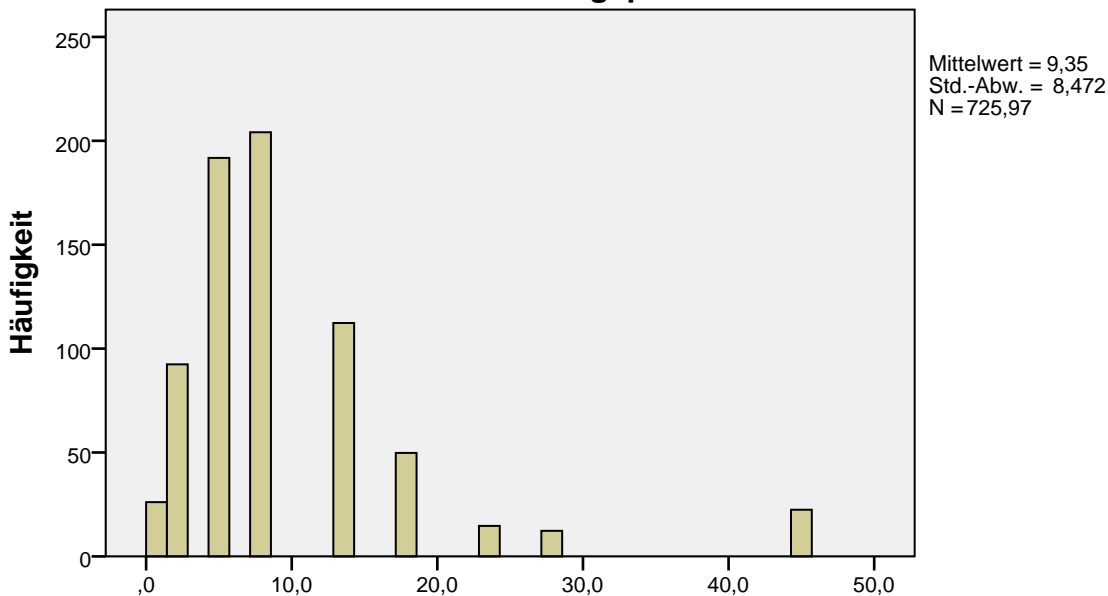
R05_r1_c1_neu | Mittelwert - Gemischter Tee, Lösung ohne Anwendung von Wärme, Mischen von Flüssigkeiten (Grundmenge 300 g) | Mehraufwand pro zusätzlicher Grundmenge | Individualrezeptur Mehraufwand Herstellungsprozess?



R05_r1_c1_neu | Mittelwert - Gemischter Tee, Lösung ohne Anwendung von Wärme, Mischen von Flüssigkeiten (Grundmenge 300 g) | Mehraufwand pro zusätzlicher Grundmenge | Individualrezeptur Mehraufwand Herstellungsprozess?

Fälle gewichtet nach gewichtung

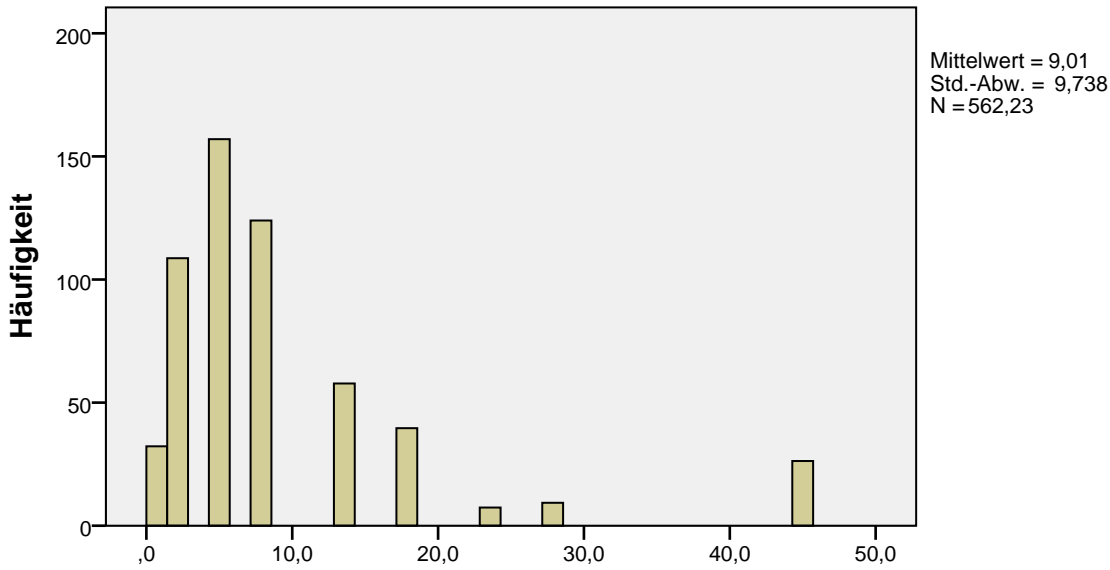
R05_r2_c1_neu | Mittelwert - Puder, ungeteilte Pulver, Salben, Pasten, Suspensionen und Emulsionen (Grundmenge 200 g) | Mehraufwand pro zusätzlicher Grundmenge | Individualrezeptur Mehraufwand Herstellungsprozess?



R05_r2_c1_neu | Mittelwert - Puder, ungeteilte Pulver, Salben, Pasten, Suspensionen und Emulsionen (Grundmenge 200 g) | Mehraufwand pro zusätzlicher Grundmenge | Individualrezeptur Mehraufwand Herstellungsprozess?

Fälle gewichtet nach gewichtung

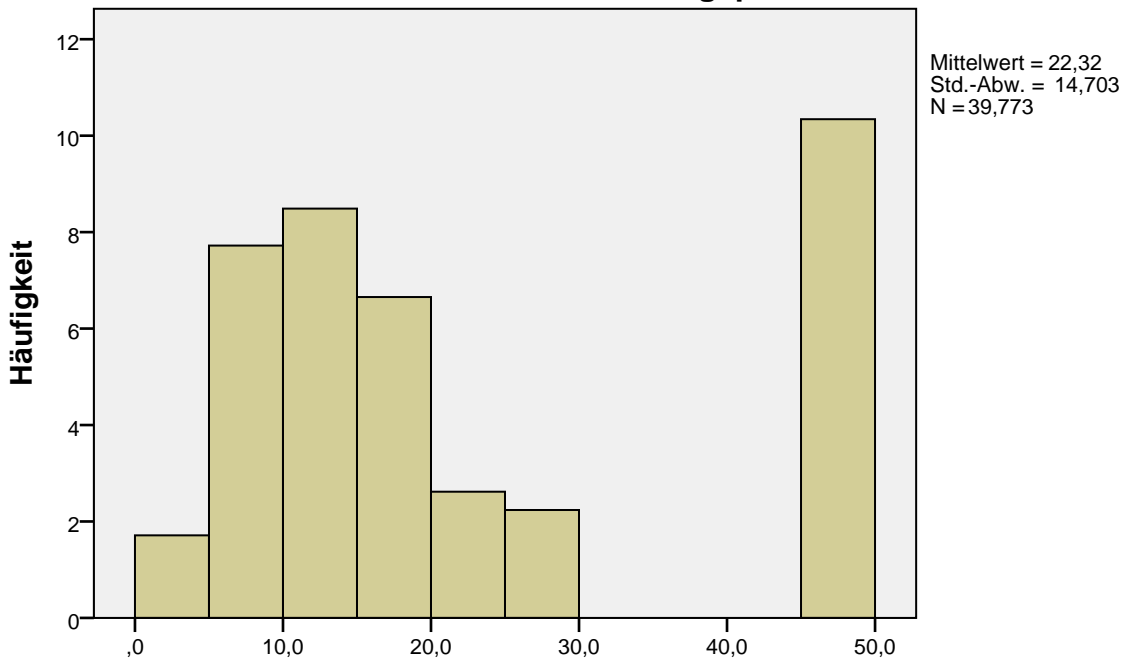
R05_r3_c1_neu | Mittelwert - Lösungen unter Anwendung von Wärme, Mazerationen, Aufgüssen und Abkochungen (Grundmenge 300 g) | Mehraufwand pro zusätzlicher Grundmenge | Individualrezeptur Mehraufwand Herstellungsprozess?



R05_r3_c1_neu | Mittelwert - Lösungen unter Anwendung von Wärme, Mazerationen, Aufgüssen und Abkochungen (Grundmenge 300 g) | Mehraufwand pro zusätzlicher Grundmenge | Individualrezeptur Mehraufwand Herstellungsprozess?

Fälle gewichtet nach gewichtung

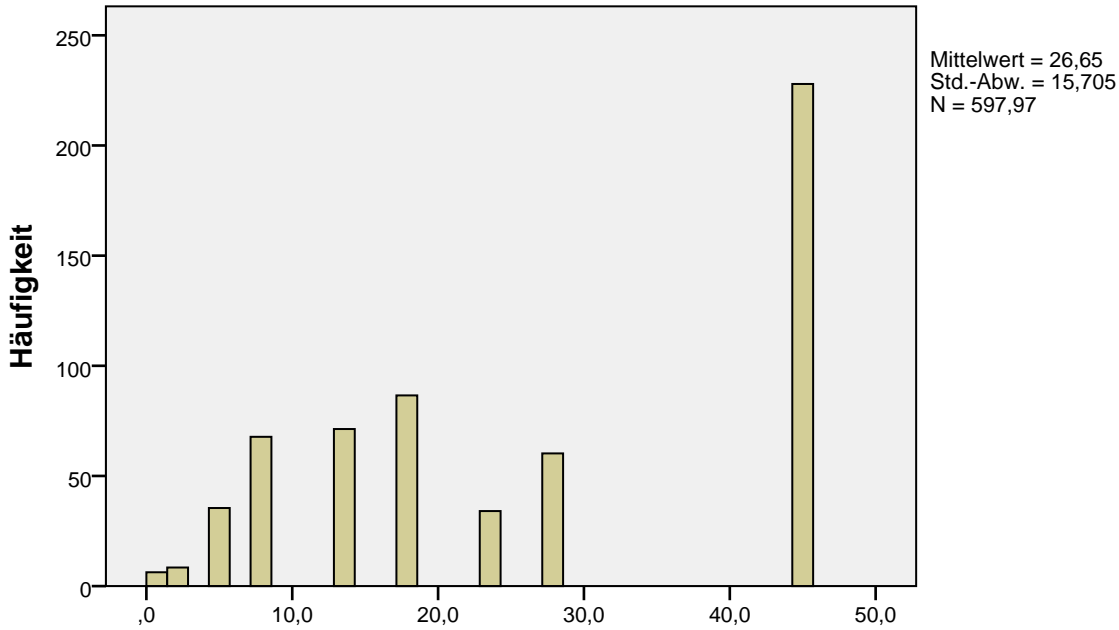
R05_r4_c1_neu | Mittelwert - Pillen, Tabletten und Pastillen (Grundmenge 50 Stück) | Mehraufwand pro zusätzlicher Grundmenge | Individualrezeptur Mehraufwand Herstellungsprozess?



R05_r4_c1_neu | Mittelwert - Pillen, Tabletten und Pastillen (Grundmenge 50 Stück) | Mehraufwand pro zusätzlicher Grundmenge | Individualrezeptur Mehraufwand Herstellungsprozess?

Fälle gewichtet nach gewichtung

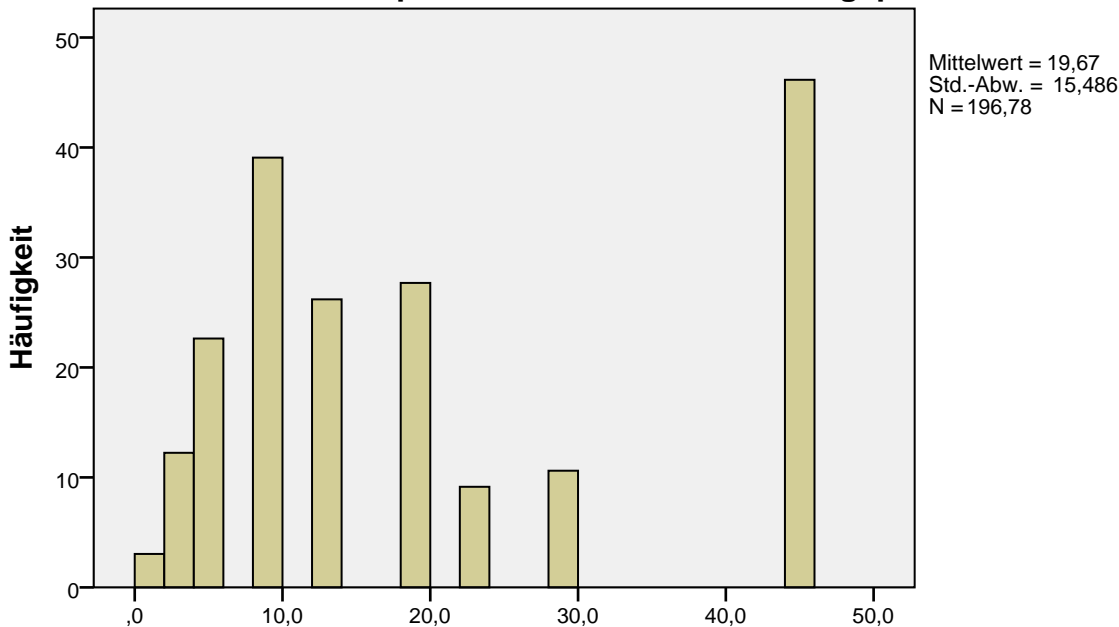
R05_r5_c1_neu | Mittelwert - Abgeteilte Pulver, Zäpfchen, Vaginal-Kugeln, das Füllen von Kapseln (Grundmenge 12 Stück) | Mehraufwand pro zusätzlicher Grundmenge | Individualrezeptur Mehraufwand Herstellungsprozess?



R05_r5_c1_neu | Mittelwert - Abgeteilte Pulver, Zäpfchen, Vaginal-Kugeln, das Füllen von Kapseln (Grundmenge 12 Stück) | Mehraufwand pro zusätzlicher Grundmenge | Individualrezeptur Mehraufwand Herstellungsprozess?

Fälle gewichtet nach gewichtung

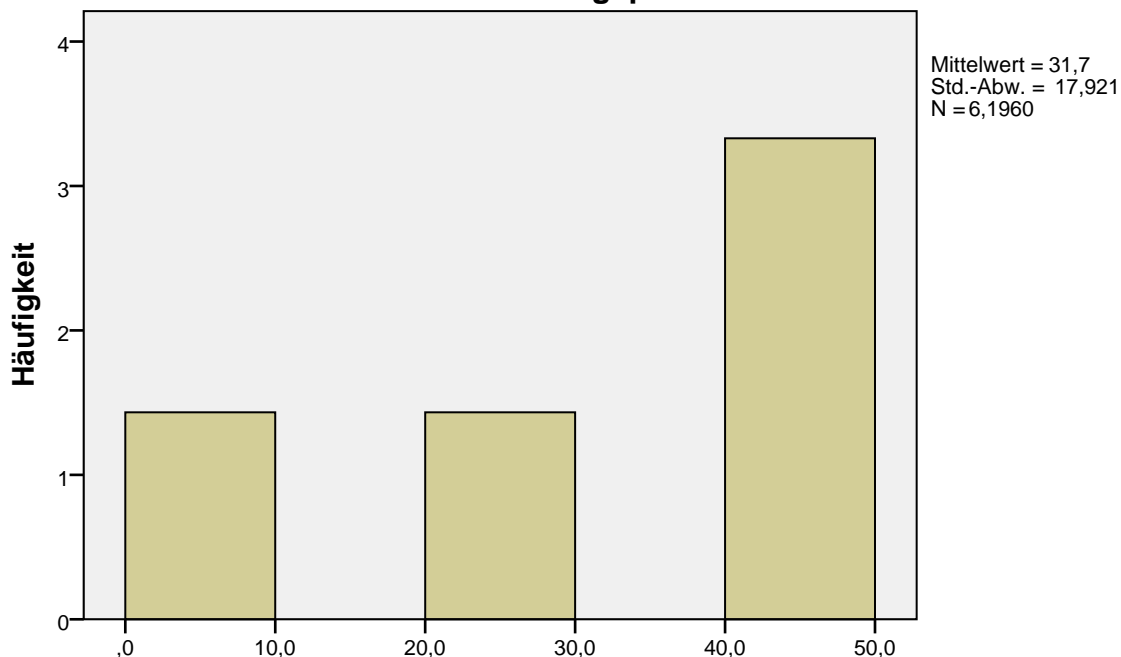
R05_r6_c1_neu | Mittelwert - Arzneimittel mit Durchführung einer Sterilisation, Sterilfiltration (Grundmenge 300 g) | Mehraufwand pro zusätzlicher Grundmenge | Individualrezeptur Mehraufwand Herstellungsprozess?



R05_r6_c1_neu | Mittelwert - Arzneimittel mit Durchführung einer Sterilisation, Sterilfiltration (Grundmenge 300 g) | Mehraufwand pro zusätzlicher Grundmenge | Individualrezeptur Mehraufwand Herstellungsprozess?

Fälle gewichtet nach gewichtung

R05_r7_c1_neu | Mittelwert - Zuschmelzen von Ampullen (Grundmenge 6 Stück) | Mehraufwand pro zusätzlicher Grundmenge | Individualrezeptur Mehraufwand Herstellungsprozess?



R05_r7_c1_neu | Mittelwert - Zuschmelzen von Ampullen (Grundmenge 6 Stück) | Mehraufwand pro zusätzlicher Grundmenge | Individualrezeptur Mehraufwand Herstellungsprozess?

Fälle gewichtet nach gewichtung

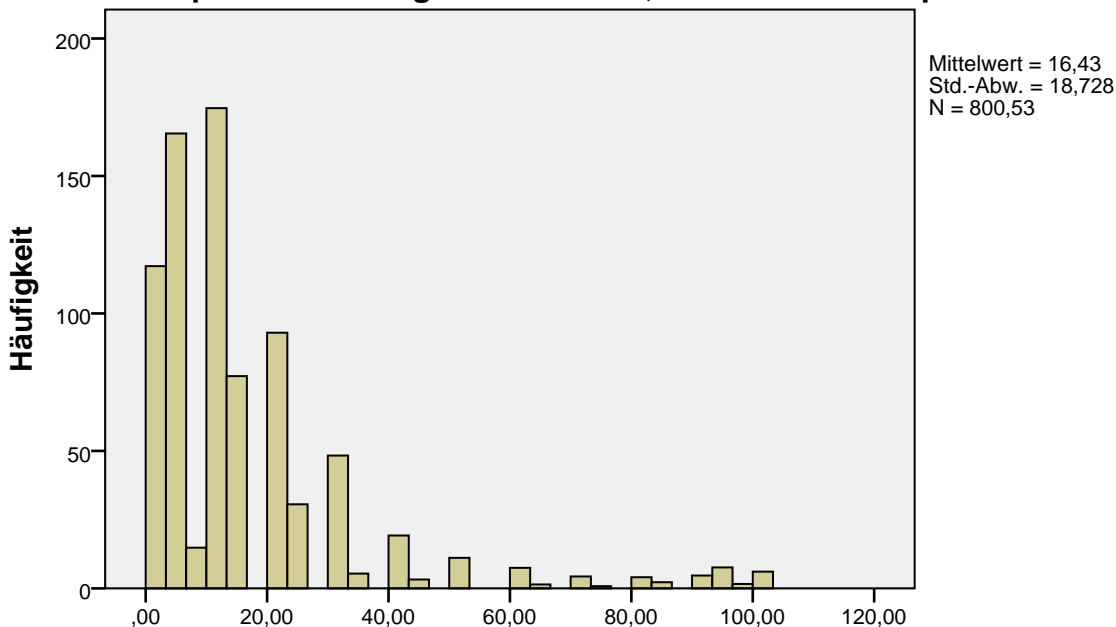
Statistiken

		R06_r1_c1 | % aller Rezepturverordnungen in 2016, bei denen Rücksprache gehalten werden musste und Unklarheiten geklärt werden konnten | Bei wie viel % der Rezepturverordnungen kam es vor, dass diese nicht plausibel waren?	R06a_neu | Mittelwert - Wie lange dauerte die Rücksprache bei unplausiblen Verordnungen mit Patient/Patientin oder Arzt/Ärztin durchschnittlich in 2016?
N	Gültig	801	794
	Fehlend	1503	1510
Mittelwert		16,4280	15,679
Median		10,0000	13,000
Standardabweichung		18,72786	12,6328
Varianz		350,733	159,588
Schiefe		2,606	1,398
Standardfehler der Schiefe		,086	,087
Kurtosis		7,517	,824
Standardfehler der Kurtosis		,173	,173

Statistiken

	R06_r1_c1 | % aller Rezepturverordnungen in 2016, bei denen Rücksprache gehalten werden musste und Unklarheiten geklärt werden konnten | Bei wie viel % der Rezepturverordnungen kam es vor, dass diese nicht plausibel waren?	R06a_neu | Mittelwert - Wie lange dauerte die Rücksprache bei unplausiblen Verordnungen mit Patient/Patientin oder Arzt/Ärztin durchschnittlich in 2016?
Minimum	,00	,5
Maximum	100,00	45,0
Perzentile		
5	1,0000	4,500
25	5,0000	8,000
50	10,0000	13,000
75	20,0000	18,000
95	60,0000	45,000

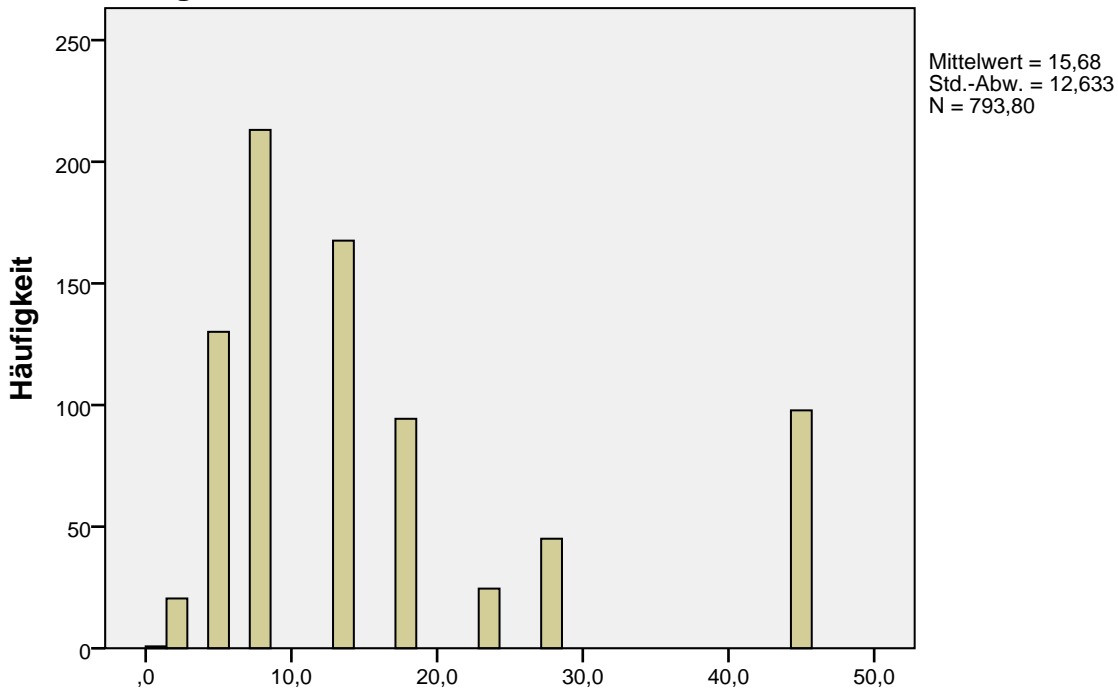
R06_r1_c1 | % aller Rezepturverordnungen in 2016, bei denen Rücksprache gehalten werden musste und Unklarheiten geklärt werden konnten | Bei wie viel % der Rezepturverordnungen kam es vor, dass diese nicht plausibel waren?



R06_r1_c1 | % aller Rezepturverordnungen in 2016, bei denen Rücksprache gehalten werden musste und Unklarheiten geklärt werden konnten | Bei wie viel % der Rezepturverordnungen kam es vor, dass diese nicht plausibel waren?

Fälle gewichtet nach gewichtung

R06a_neu | Mittelwert - Wie lange dauerte die Rücksprache bei unplausiblen Verordnungen mit Patient/Patientin oder Arzt/Ärztin durchschnittlich in 2016?



R06a_neu | Mittelwert - Wie lange dauerte die Rücksprache bei unplausiblen Verordnungen mit Patient/Patientin oder Arzt/Ärztin durchschnittlich in 2016?

Fälle gewichtet nach gewichtung

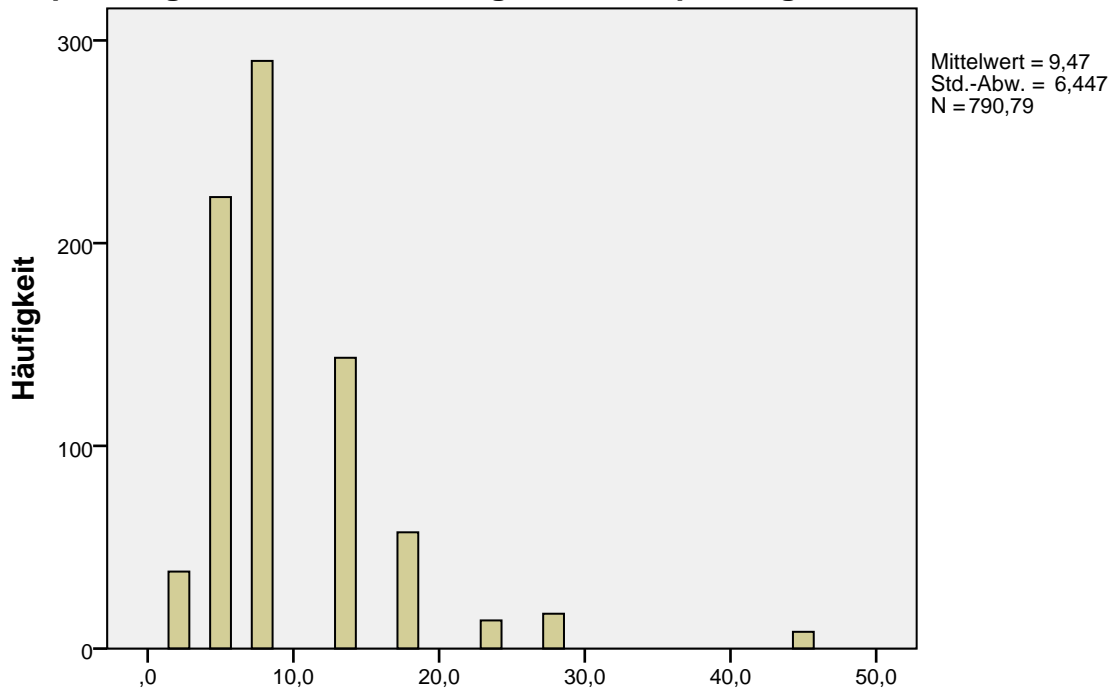
Statistiken

		R00a_neu | Mittelwert - Wie viel Zeit benötigte die Umfüllung, Abfüllung, Abpackung bzw. Kennzeichnung der Stoffe pro Abgabeeinheit durchschnittl.?	R00b_r1_c1 | Stunden | Standgefäßware: Zeitlicher Aufwand ist durch die Herstellung von Standgefäßware zur Vorbereitung der Rezepturherstellung?
N	Gültig	791	965
	Fehlend	1513	1339
Mittelwert		9,468	93,24
Median		8,000	30,00
Standardabweichung		6,4469	226,768
Varianz		41,562	51423,800
Schiefe		2,443	11,603
Standardfehler der Schiefe		,087	,079
Kurtosis		8,976	209,002
Standardfehler der Kurtosis		,174	,157
Minimum		2,5	0
Maximum		45,0	5000
Perzentile	5	4,500	,00
	25	4,500	10,00

Statistiken

	R00a_neu | Mittelwert - Wie viel Zeit benötigte die Umfüllung, Abfüllung, Abpackung bzw. Kennzeichnung der Stoffe pro Abgabeeinheit durchschnittl.?	R00b_r1_c1 | Stunden | Standgefäßwar e: Zeitlicher Aufwand ist durch die Herstellung von Standgefäßwar e zur Vorbereitung der Rezepturherstel lung?
50	8,000	30,00
75	13,000	100,00
95	21,878	333,97

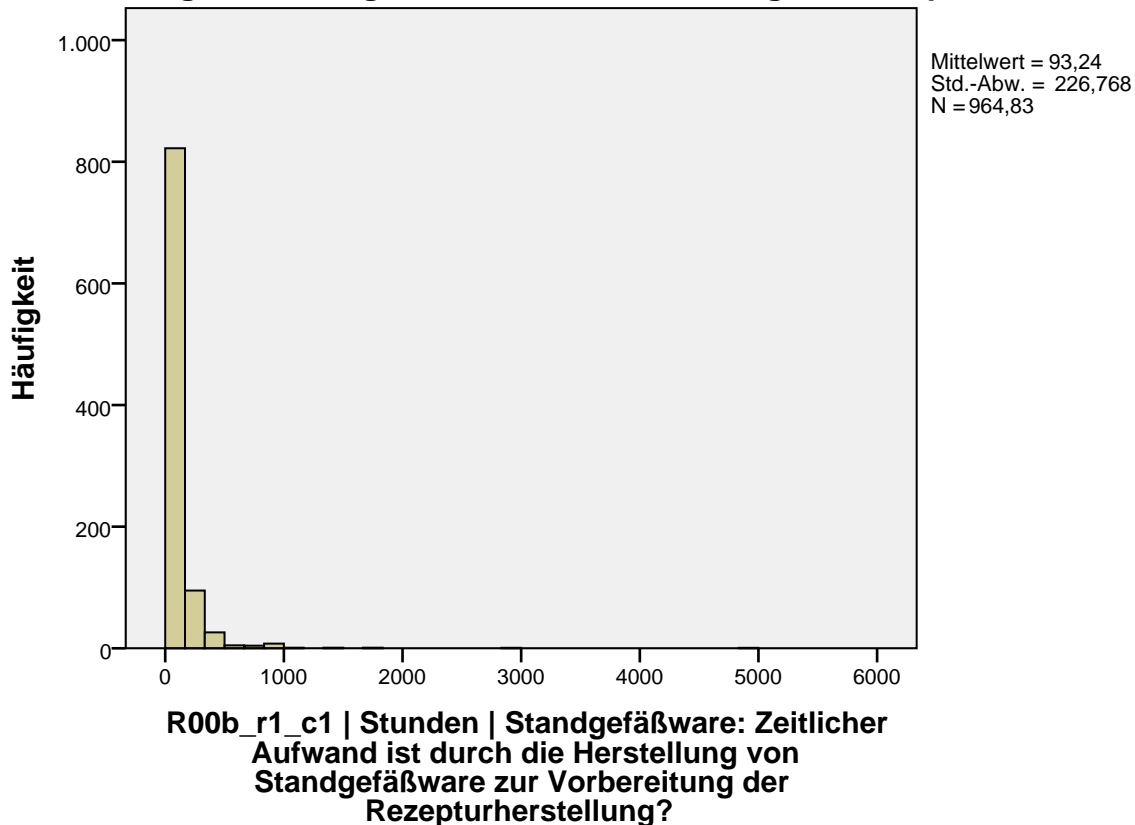
R00a_neu | Mittelwert - Wie viel Zeit benötigte die Umfüllung, Abfüllung, Abpackung bzw. Kennzeichnung der Stoffe pro Abgabeeinheit durchschnittl.?



R00a_neu | Mittelwert - Wie viel Zeit benötigte die Umfüllung, Abfüllung, Abpackung bzw. Kennzeichnung der Stoffe pro Abgabeeinheit durchschnittl.?

Fälle gewichtet nach gewichtung

R00b_r1_c1 | Stunden | Standgefäßware: Zeitlicher Aufwand ist durch die Herstellung von Standgefäßware zur Vorbereitung der Rezepturherstellung?



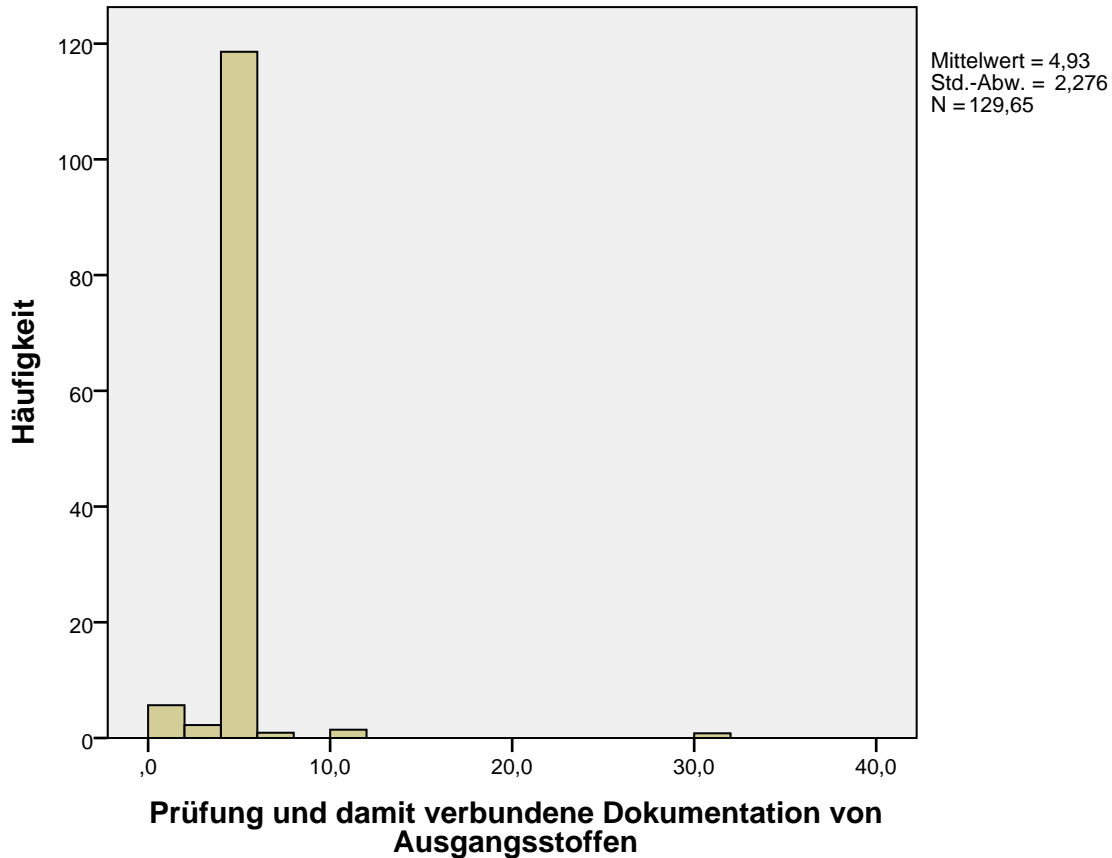
Fälle gewichtet nach gewichtung

Statistiken

Prüfung und damit verbundene Dokumental

N	Gültig	130
	Fehlend	2174
Mittelwert		4,927
Median		4,938
Standardabweichung		2,2756
Varianz		5,178
Schiefe		8,379
Standardfehler der Schiefe		,213
Kurtosis		95,400
Standardfehler der Kurtosis		,422
Minimum		,2
Maximum		30,0
Perzentile	5	2,060
	25	4,938
	50	4,938
	75	4,938
	95	4,938

Histogramm



Fälle gewichtet nach gewichtung

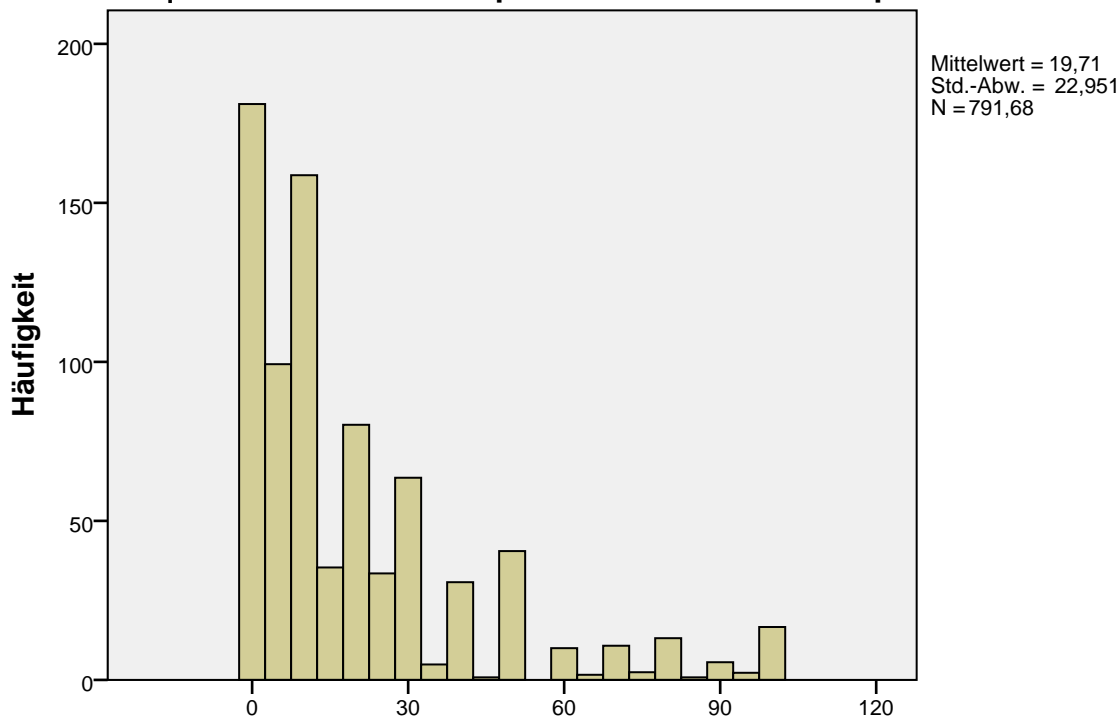
Statistiken

		R14a_1 | Approbierte Apothekerin/ap probiertes Apotheker inkl. Inhaberin/Inhab er | Wer stellte in Ihrer Apotheke in 2016 die Rezepturen her?	R14a_2 | Pharmazeutin/P harmazeut im Praktikum | Wer stellte in Ihrer Apotheke in 2016 die Rezepturen her?	R14a_3 | Apothekerassist entin/Apotheker assistent, Pharmazie- Ingenieurin/Pha rmazie- Ingenieur | Wer stellte in Ihrer Apotheke in 2016 die Rezepturen her?	R14a_4 | Pharmazeutisc h-technische Assistentin, Pharmazeutisc h-technischer Assistent | Wer stellte in Ihrer Apotheke in 2016 die Rezepturen her?	R14a_5 | PTA in der Ausbildung | Wer stellte in Ihrer Apotheke in 2016 die Rezepturen her?	R14a_6 | Sonstige | Wer stellte in Ihrer Apotheke in 2016 die Rezepturen her?
N	Gültig	792	792	792	792	792	792
	Fehlend	1512	1512	1512	1512	1512	1512
Mittelwert		19,71	2,51	4,55	70,59	2,58	,07
Median		10,00	,00	,00	80,00	,00	,00
Standardabweichung		22,951	9,420	14,846	28,875	9,931	,737
Varianz		526,755	88,732	220,390	833,788	98,631	,543
Schiefe		1,767	5,430	3,813	-1,132	6,658	13,538
Standardfehler der Schiefe		,087	,087	,087	,087	,087	,087
Kurtosis		2,868	34,363	15,012	,232	51,984	220,469
Standardfehler der Kurtosis		,174	,174	,174	,174	,174	,174
Minimum		0	0	0	0	0	0
Maximum		100	95	99	100	99	15
Perzentile	5	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	25	5,00	,00	,00	60,00	,00	,00
	50	10,00	,00	,00	80,00	,00	,00

Statistiken

	R14a_1 | Approbierte Apothekerin/ap probiertes Apotheker inkl. Inhaber/Inhaber | Wer stellte in Ihrer Apotheke in 2016 die Rezepturen her?	R14a_2 | Pharmazeutin/P harmazeut im Praktikum | Wer stellte in Ihrer Apotheke in 2016 die Rezepturen her?	R14a_3 | Apothekerassist entin/Apotheker assistent, Pharmazie- Ingenieurin/Pha rmazie- Ingenieur | Wer stellte in Ihrer Apotheke in 2016 die Rezepturen her?	R14a_4 | Pharmazeutisc h-technische Assistentin, Pharmazeutisc h-technischer Assistent | Wer stellte in Ihrer Apotheke in 2016 die Rezepturen her?	R14a_5 | PTA in der Ausbildung | Wer stellte in Ihrer Apotheke in 2016 die Rezepturen her?	R14a_6 | Sonstige | Wer stellte in Ihrer Apotheke in 2016 die Rezepturen her?
75	30,00	,00	,00	90,00	,00	,00
95	75,00	20,00	40,00	100,00	15,00	,00

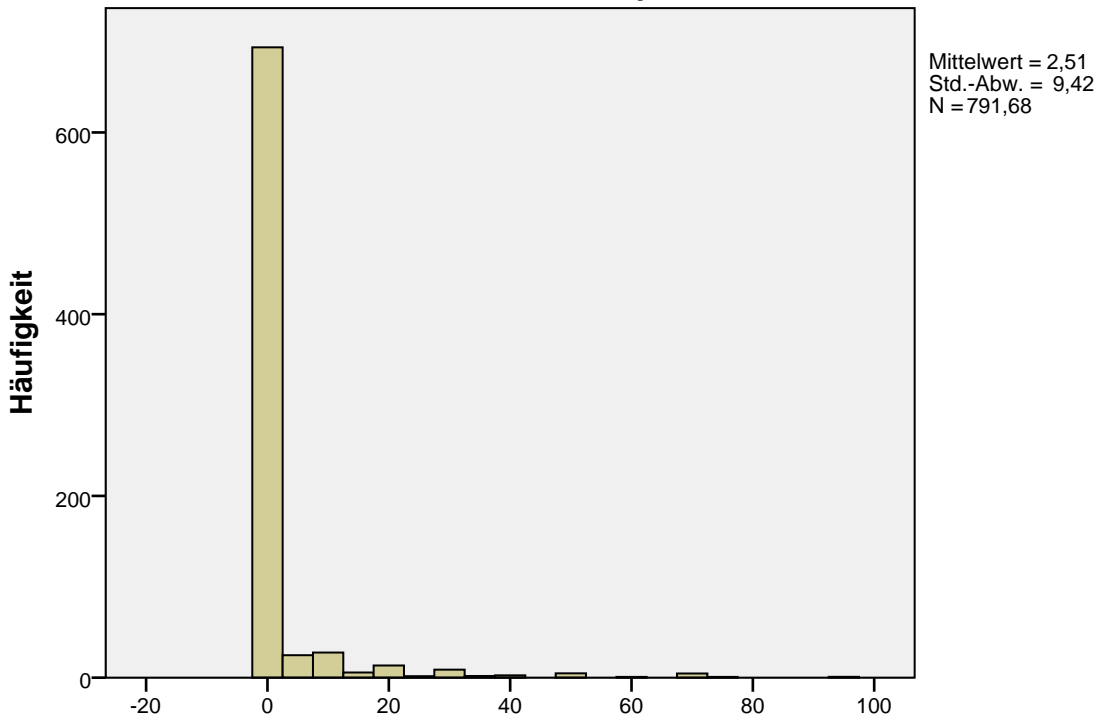
R14a_1 | Approbierte Apothekerin/approbierter Apotheker inkl. Inhaber/Inhaber | Wer stellte in Ihrer Apotheke in 2016 die Rezepturen her?



R14a_1 | Approbierte Apothekerin/approbierter Apotheker inkl. Inhaber/Inhaber | Wer stellte in Ihrer Apotheke in 2016 die Rezepturen her?

Fälle gewichtet nach gewichtung

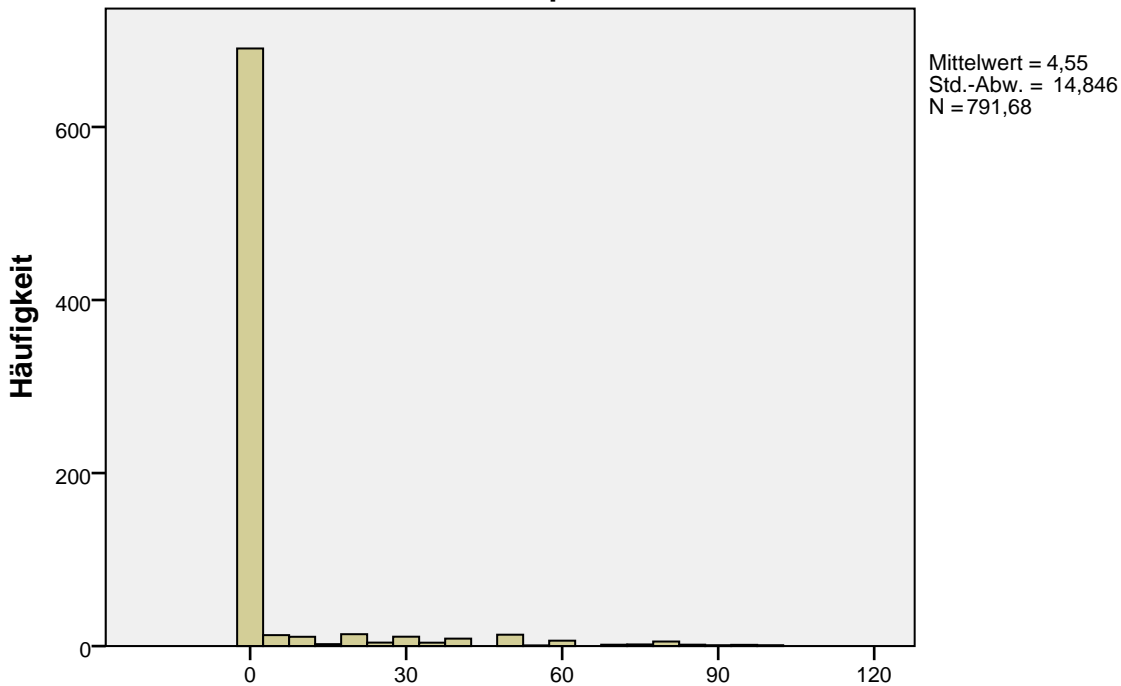
R14a_2 | Pharmazeutin/Pharmazeut im Praktikum | Wer stellte in Ihrer Apotheke in 2016 die Rezepturen her?



R14a_2 | Pharmazeutin/Pharmazeut im Praktikum | Wer stellte in Ihrer Apotheke in 2016 die Rezepturen her?

Fälle gewichtet nach gewichtung

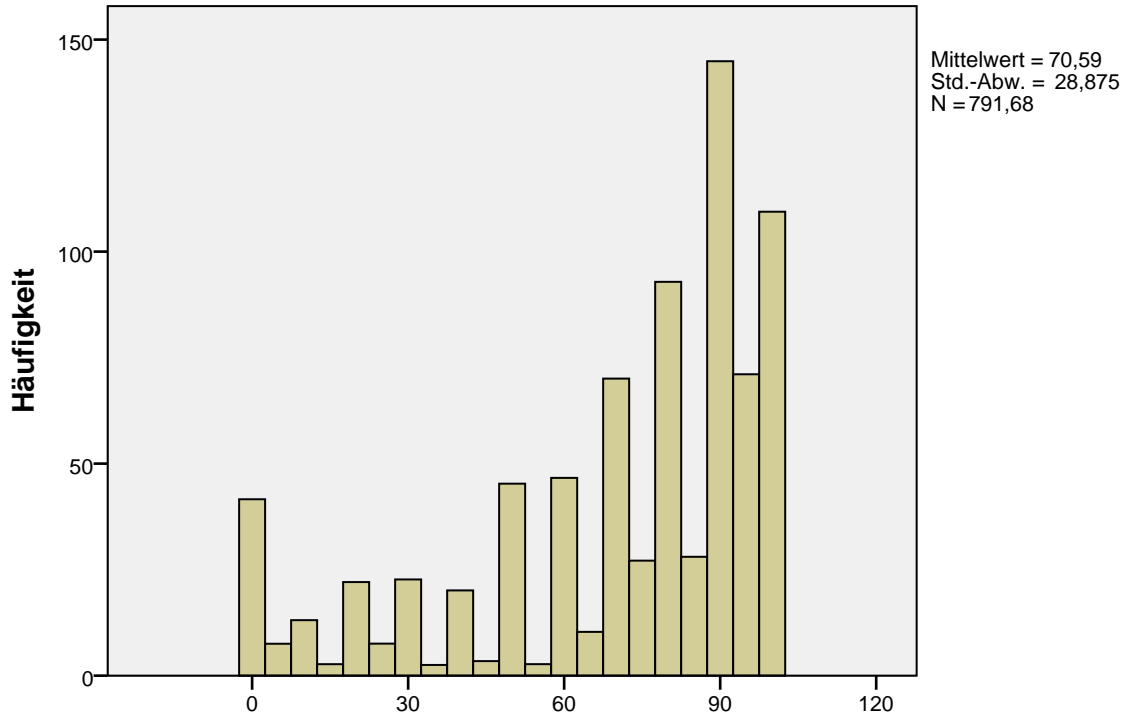
R14a_3 | Apothekerassistentin/Apothekerassistent, Pharmazie-Ingenieurin/Pharmazie-Ingenieur | Wer stellte in Ihrer Apotheke in 2016 die Rezepturen her?



R14a_3 | Apothekerassistentin/Apothekerassistent, Pharmazie-Ingenieurin/Pharmazie-Ingenieur | Wer stellte in Ihrer Apotheke in 2016 die Rezepturen her?

Fälle gewichtet nach gewichtung

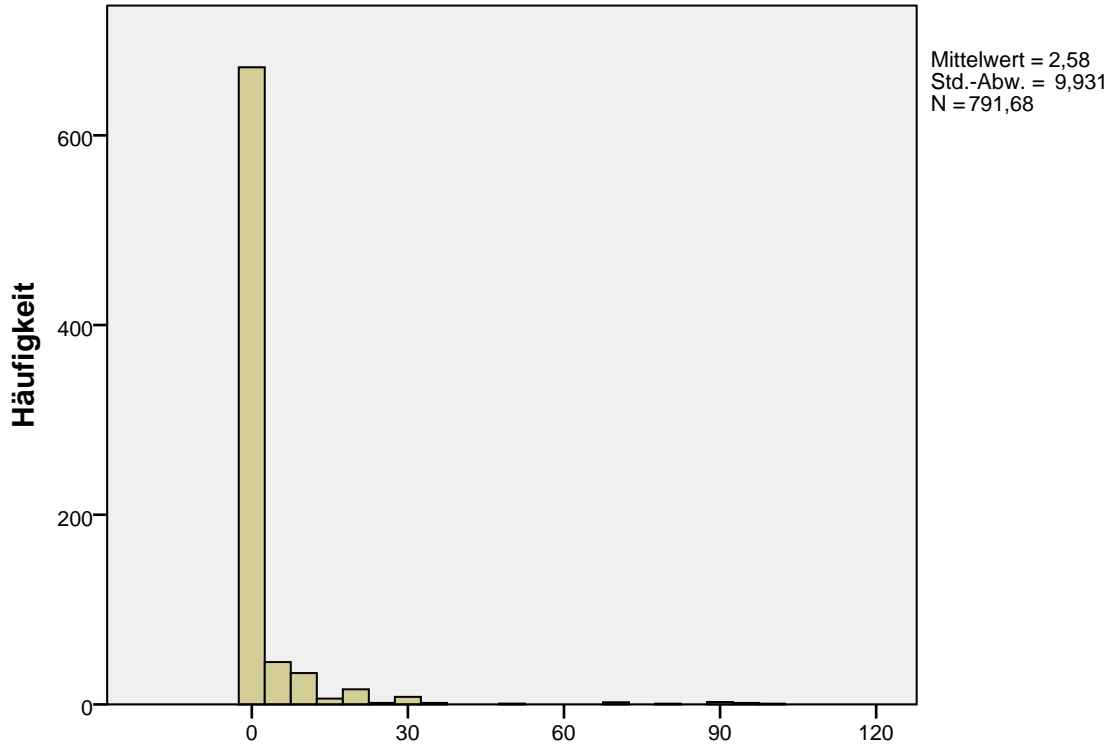
R14a_4 | Pharmazeutisch-technische Assistentin, Pharmazeutisch-technischer Assistent | Wer stellte in Ihrer Apotheke in 2016 die Rezepturen her?



R14a_4 | Pharmazeutisch-technische Assistentin, Pharmazeutisch-technischer Assistent | Wer stellte in Ihrer Apotheke in 2016 die Rezepturen her?

Fälle gewichtet nach gewichtung

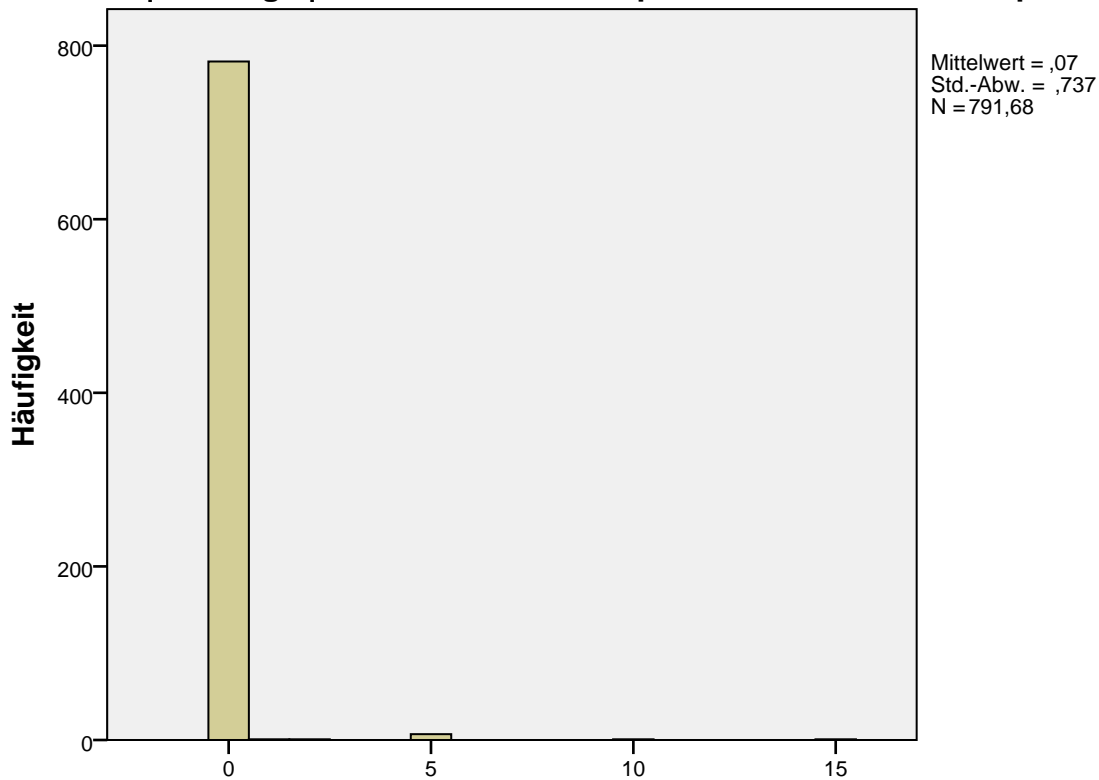
R14a_5 | PTA in der Ausbildung | Wer stellte in Ihrer Apotheke in 2016 die Rezepturen her?



R14a_5 | PTA in der Ausbildung | Wer stellte in Ihrer Apotheke in 2016 die Rezepturen her?

Fälle gewichtet nach gewichtung

R14a_6 | Sonstige | Wer stellte in Ihrer Apotheke in 2016 die Rezepturen her?



R14a_6 | Sonstige | Wer stellte in Ihrer Apotheke in 2016 die Rezepturen her?

Fälle gewichtet nach gewichtung

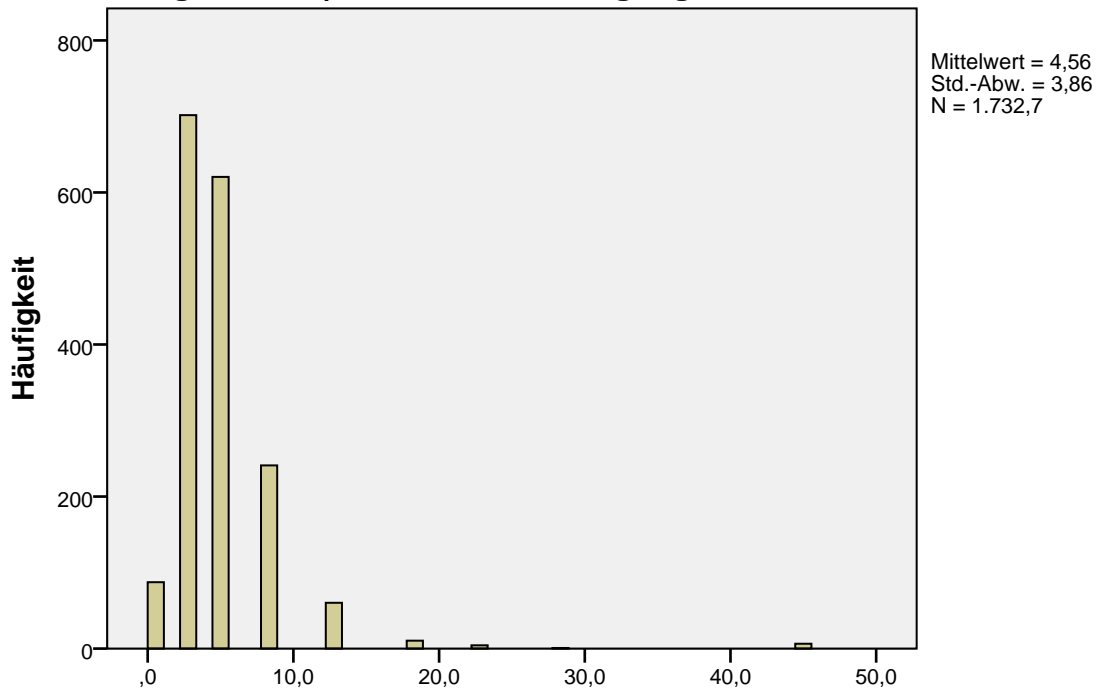
Statistiken

		B02_r1_c1_neu | Mittelwert - Annahme und Dokumentation des Zugangs eines Betäubungsmitt els | Zeit für die Versorgung eines Patienten mit einem BtM?	B02_r2_c1_neu | Mittelwert - Besondere Prüfung des Rezeptes und ggf. damit verbundene Rücksprachen | Zeit für die Versorgung eines Patienten mit einem BtM?	B02_r3_c1_neu | Mittelwert - Dokumentation des Abgangs eines Betäubungsmitt els | Zeit für die Versorgung eines Patienten mit einem BtM?
N	Gültig	1733	1722	1728
	Fehlend	571	582	576
Mittelwert		4,558	5,302	4,615
Median		4,500	4,500	4,500
Standardabweichung		3,8598	5,4356	4,0268
Varianz		14,898	29,546	16,215
Schiefe		5,219	4,108	5,577
Standardfehler der Schiefe		,059	,059	,059
Kurtosis		45,386	23,679	47,979
Standardfehler der Kurtosis		,118	,118	,118
Minimum		,5	,5	,5
Maximum		45,0	45,0	45,0
Perzentile	5	,500	,500	2,500
	25	2,500	2,500	2,500

Statistiken

	B02_r1_c1_neu | Mittelwert - Annahme und Dokumentation des Zugangs eines Betäubungsmitt els | Zeit für die Versorgung eines Patienten mit einem BtM?	B02_r2_c1_neu | Mittelwert - Besondere Prüfung des Rezeptes und ggf. damit verbundene Rücksprachen | Zeit für die Versorgung eines Patienten mit einem BtM?	B02_r3_c1_neu | Mittelwert - Dokumentation des Abgangs eines Betäubungsmitt els | Zeit für die Versorgung eines Patienten mit einem BtM?
50	4,500	4,500	4,500
75	4,500	8,000	4,500
95	8,000	13,000	8,000

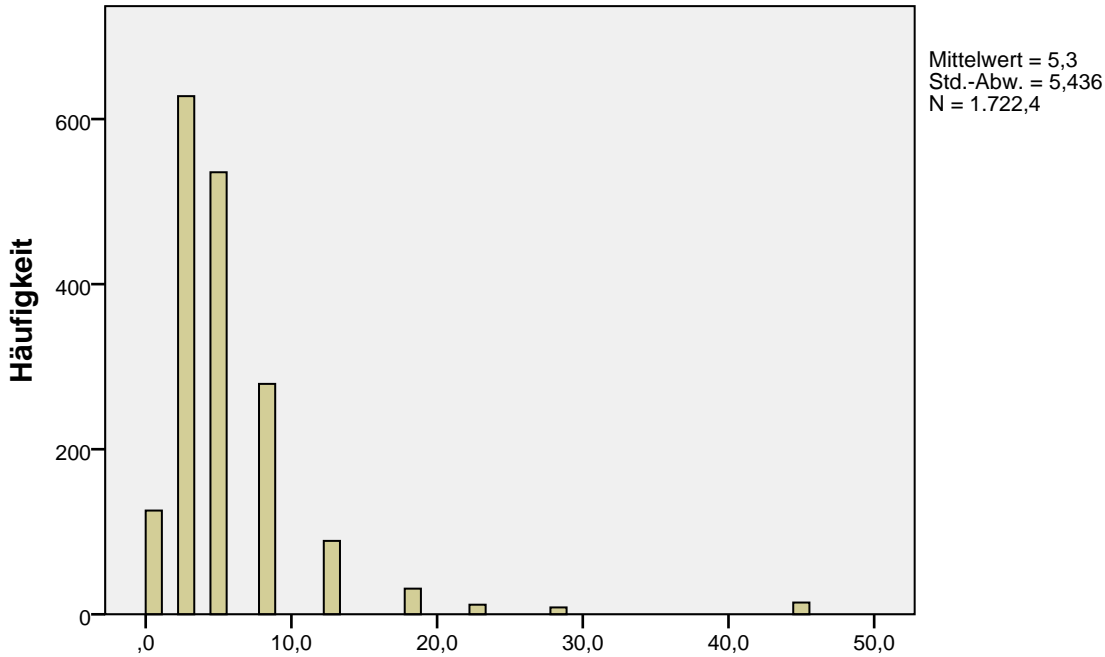
B02_r1_c1_neu | Mittelwert - Annahme und Dokumentation des Zugangs eines Betäubungsmittels | Zeit für die Versorgung eines Patienten mit einem BtM?



B02_r1_c1_neu | Mittelwert - Annahme und Dokumentation des Zugangs eines Betäubungsmittels | Zeit für die Versorgung eines Patienten mit einem BtM?

Fälle gewichtet nach gewichtung

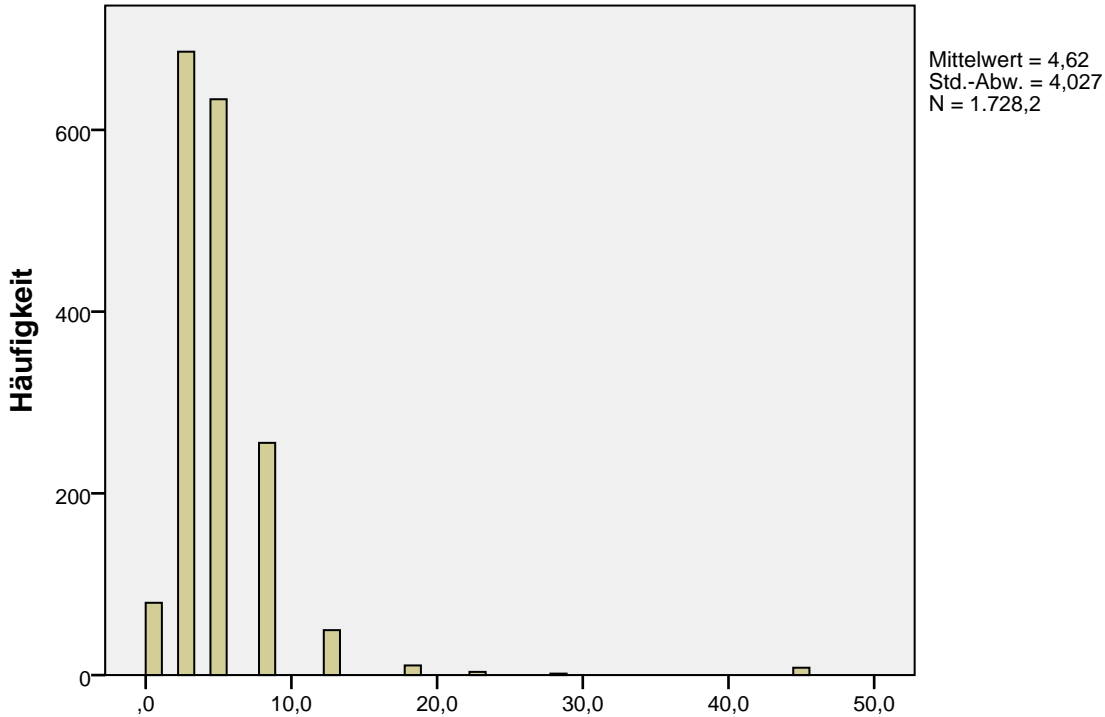
B02_r2_c1_neu | Mittelwert - Besondere Prüfung des Rezeptes und ggf. damit verbundene Rücksprachen | Zeit für die Versorgung eines Patienten mit einem BtM?



B02_r2_c1_neu | Mittelwert - Besondere Prüfung des Rezeptes und ggf. damit verbundene Rücksprachen | Zeit für die Versorgung eines Patienten mit einem BtM?

Fälle gewichtet nach gewichtung

B02_r3_c1_neu | Mittelwert - Dokumentation des Abgangs eines Betäubungsmittels | Zeit für die Versorgung eines Patienten mit einem BtM?



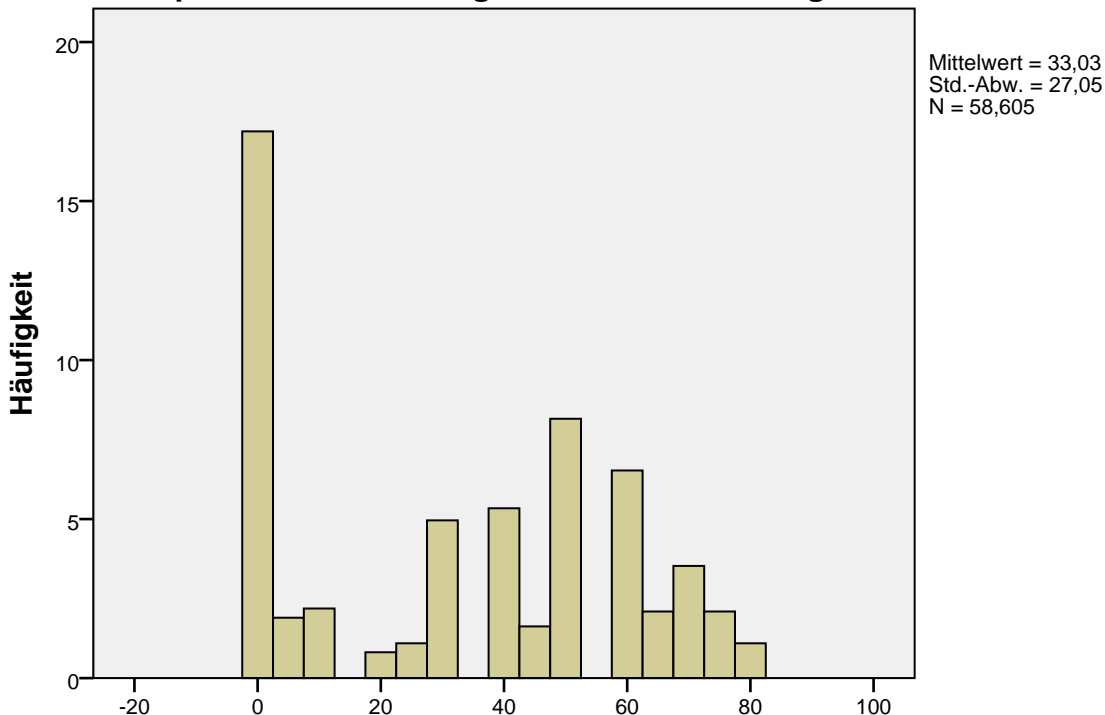
B02_r3_c1_neu | Mittelwert - Dokumentation des Abgangs eines Betäubungsmittels | Zeit für die Versorgung eines Patienten mit einem BtM?

Fälle gewichtet nach gewichtung

Statistiken

		A08_1 | Zytostatikahaltige Lösungen | Wie verteilt sich die gesamte Anzahl an parenteralen Lösungen in 2016 auf die folgenden Arten?	A08_2 | Lösungen mit monoklonalen Antikörpern | Wie verteilt sich die gesamte Anzahl an parenteralen Lösungen in 2016 auf die folgenden Arten?	A08_3 | Antibiotika- und virustatikahaltige Lösungen | Wie verteilt sich die gesamte Anzahl an parenteralen Lösungen in 2016 auf die folgenden Arten?	A08_4 | Lösungen mit Schmerzmitteln | Wie verteilt sich die gesamte Anzahl an parenteralen Lösungen in 2016 auf die folgenden Arten?	A08_5 | Ernährungslösungen | Wie verteilt sich die gesamte Anzahl an parenteralen Lösungen in 2016 auf die folgenden Arten?	A08_6 | Calciumfolinatlösungen | Wie verteilt sich die gesamte Anzahl an parenteralen Lösungen in 2016 auf die folgenden Arten?	A08_7 | Sonstige parenterale Lösungen | Wie verteilt sich die gesamte Anzahl an parenteralen Lösungen in 2016 auf die folgenden Arten?
N	Gültig	59	59	59	59	59	59	59
	Fehlend	2245	2245	2245	2245	2245	2245	2245
Mittelwert		33,03	20,63	8,30	12,51	2,57	6,09	16,88
Median		40,00	20,00	,00	1,00	,00	5,00	,00
Standardabweichung		27,050	19,229	22,647	26,357	12,556	6,996	33,764
Varianz		731,685	369,748	512,888	694,682	157,648	48,943	1140,003
Schiefe		-,013	1,092	3,349	2,666	6,976	1,359	1,947
Standardfehler der Schiefe		,312	,312	,312	,312	,312	,312	,312
Kurtosis		-1,494	1,939	10,892	6,129	53,530	2,024	2,062
Standardfehler der Kurtosis		,615	,615	,615	,615	,615	,615	,615
Minimum		0	0	0	0	0	0	0
Maximum		78	90	100	100	100	30	100
Perzentile	5	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	25	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	50	40,00	20,00	,00	1,00	,00	5,00	,00
	75	59,34	30,00	5,00	10,00	,00	10,00	10,00
	95	75,00	60,00	81,86	100,00	20,00	20,00	100,00

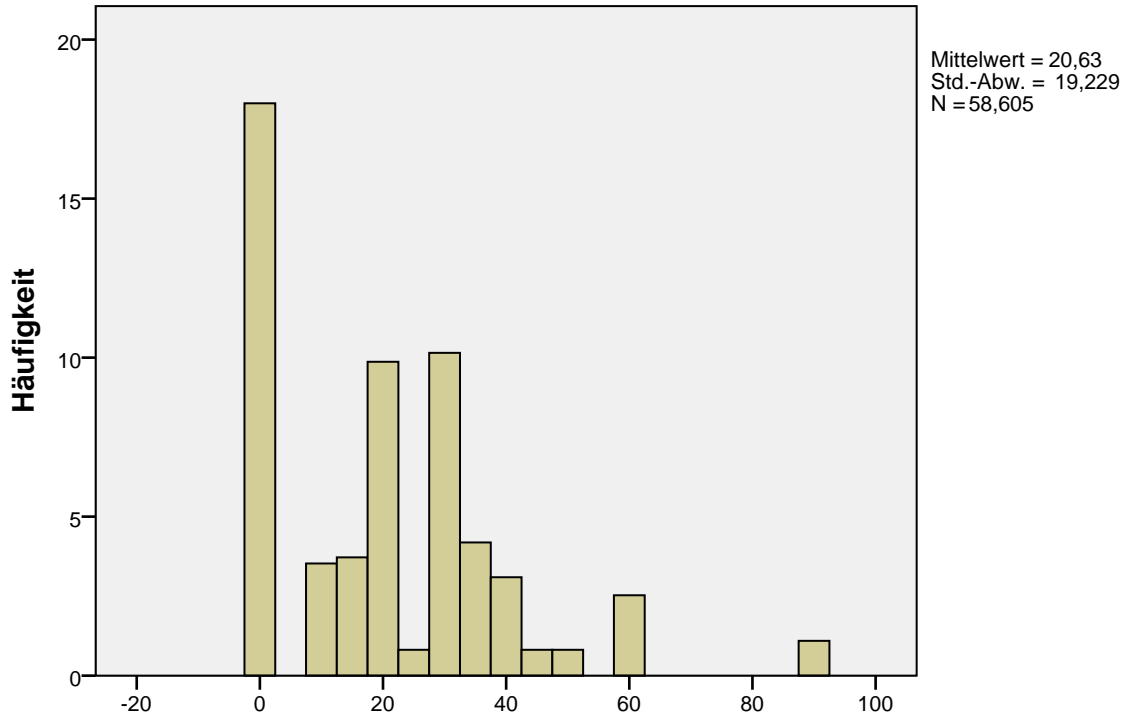
A08_1 | Zytostatikahaltige Lösungen | Wie verteilt sich die gesamte Anzahl an parenteralen Lösungen in 2016 auf die folgenden Arten?



A08_1 | Zytostatikahaltige Lösungen | Wie verteilt sich die gesamte Anzahl an parenteralen Lösungen in 2016 auf die folgenden Arten?

Fälle gewichtet nach gewichtung

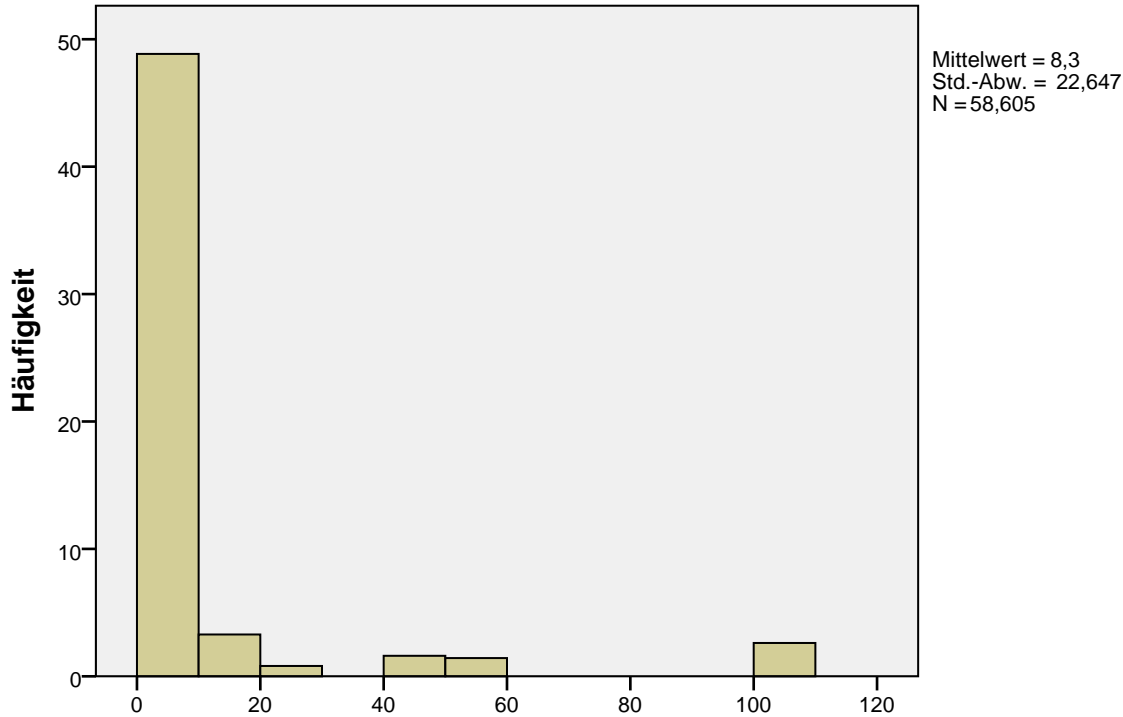
A08_2 | Lösungen mit monoklonalen Antikörpern | Wie verteilt sich die gesamte Anzahl an parenteralen Lösungen in 2016 auf die folgenden Arten?



A08_2 | Lösungen mit monoklonalen Antikörpern | Wie verteilt sich die gesamte Anzahl an parenteralen Lösungen in 2016 auf die folgenden Arten?

Fälle gewichtet nach gewichtung

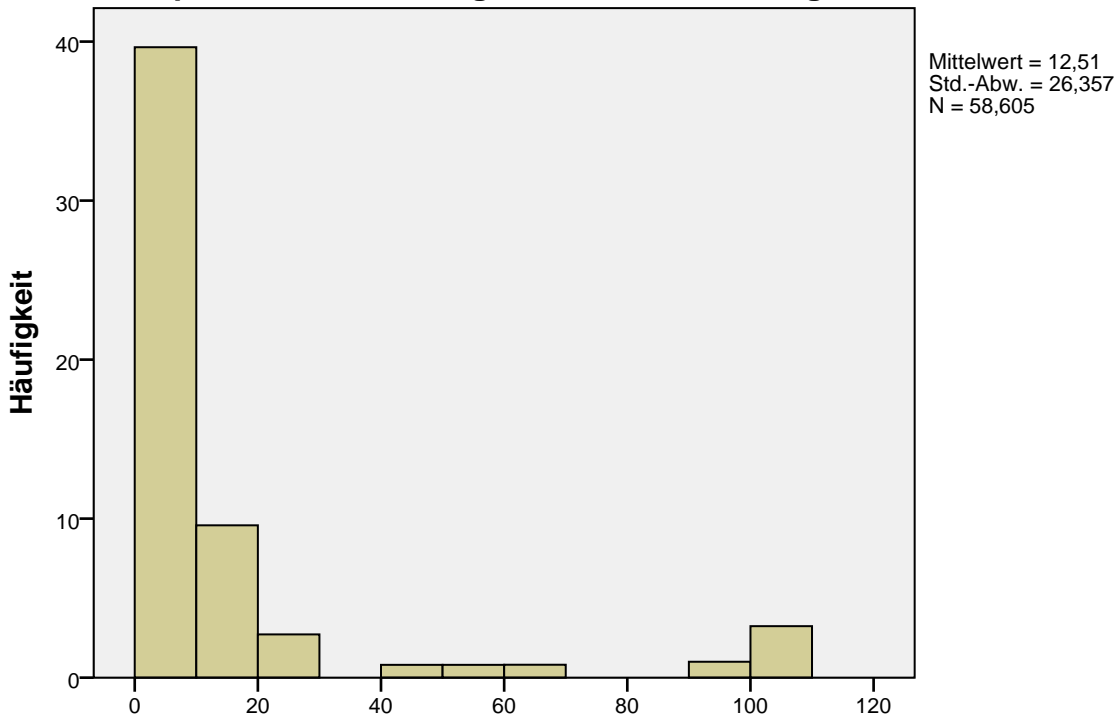
A08_3 | Antibiotika- und virustatikahaltige Lösungen | Wie verteilt sich die gesamte Anzahl an parenteralen Lösungen in 2016 auf die folgenden Arten?



A08_3 | Antibiotika- und virustatikahaltige Lösungen | Wie verteilt sich die gesamte Anzahl an parenteralen Lösungen in 2016 auf die folgenden Arten?

Fälle gewichtet nach gewichtung

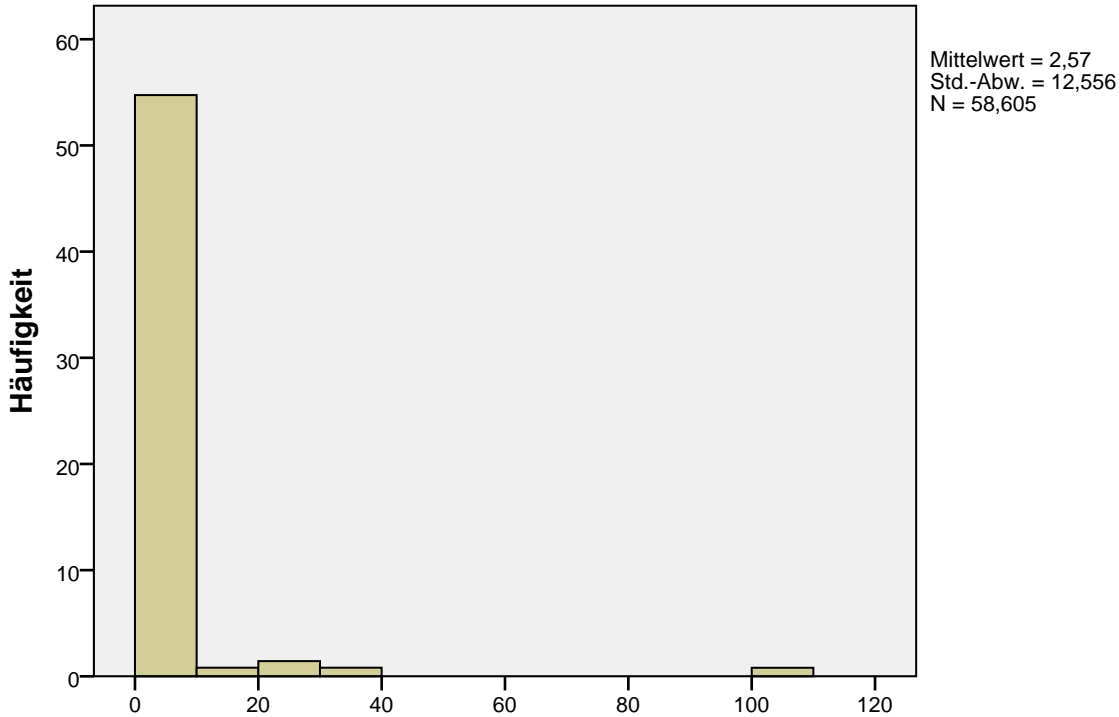
A08_4 | Lösungen mit Schmerzmitteln | Wie verteilt sich die gesamte Anzahl an parenteralen Lösungen in 2016 auf die folgenden Arten?



A08_4 | Lösungen mit Schmerzmitteln | Wie verteilt sich die gesamte Anzahl an parenteralen Lösungen in 2016 auf die folgenden Arten?

Fälle gewichtet nach gewichtung

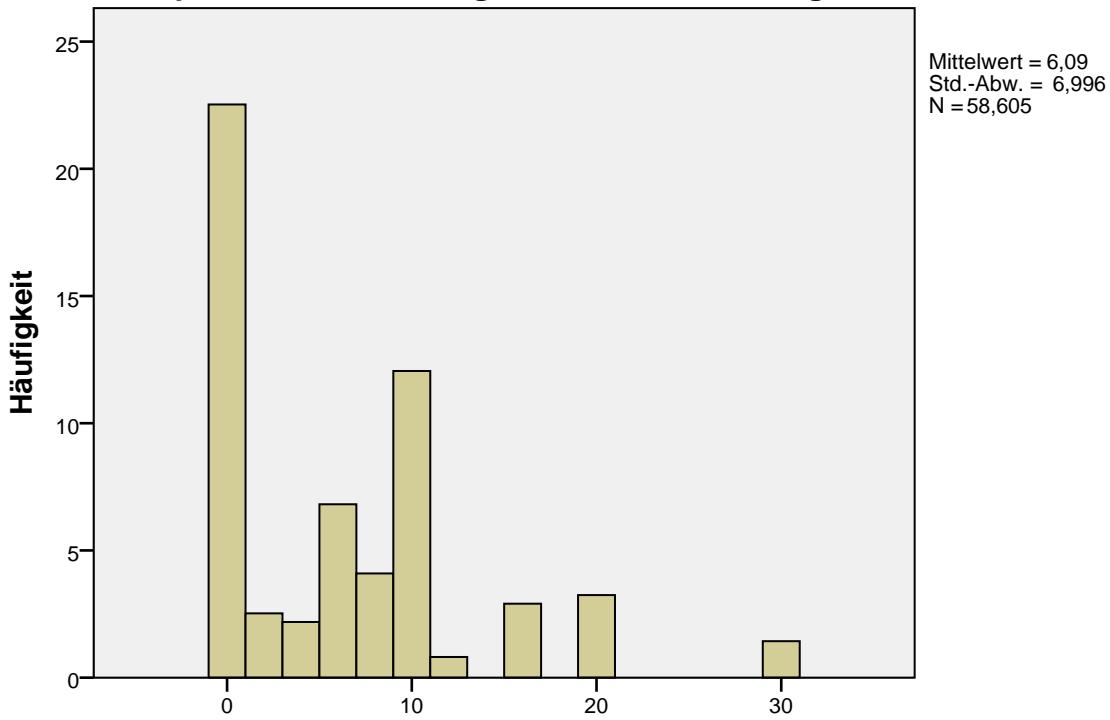
A08_5 | Ernährungslösungen | Wie verteilt sich die gesamte Anzahl an parenteralen Lösungen in 2016 auf die folgenden Arten?



A08_5 | Ernährungslösungen | Wie verteilt sich die gesamte Anzahl an parenteralen Lösungen in 2016 auf die folgenden Arten?

Fälle gewichtet nach gewichtung

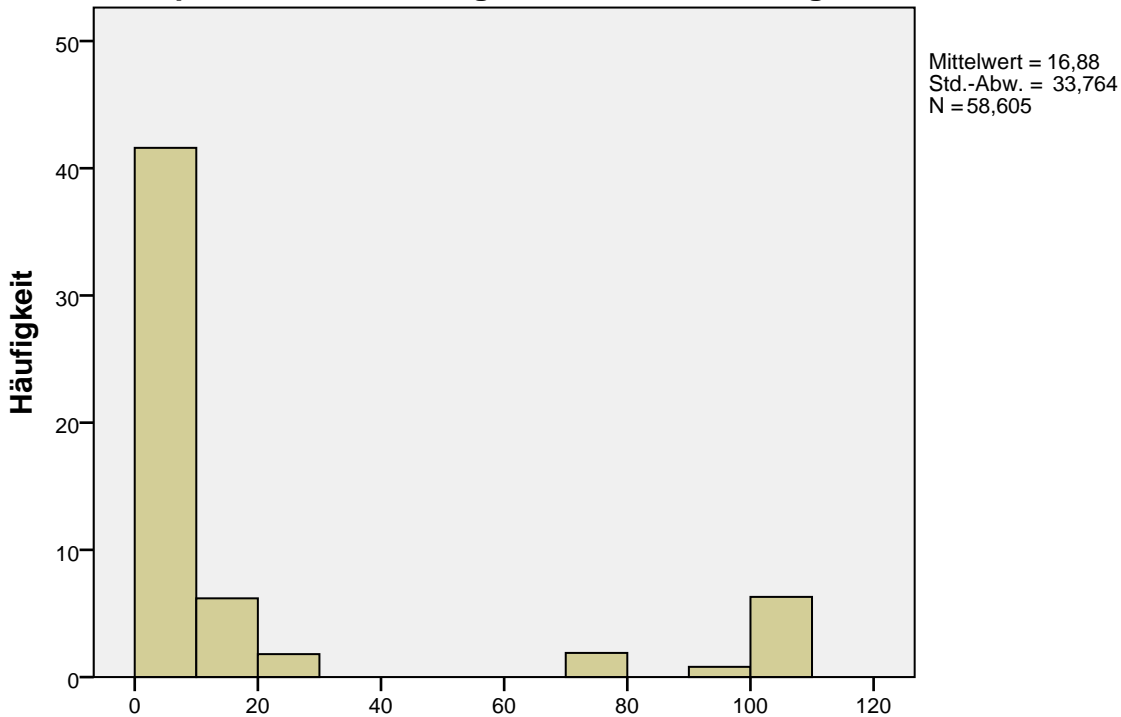
A08_6 | Calciumfolinatlösungen | Wie verteilt sich die gesamte Anzahl an parenteralen Lösungen in 2016 auf die folgenden Arten?



A08_6 | Calciumfolinatlösungen | Wie verteilt sich die gesamte Anzahl an parenteralen Lösungen in 2016 auf die folgenden Arten?

Fälle gewichtet nach gewichtung

A08_7 | Sonstige parenterale Lösungen | Wie verteilt sich die gesamte Anzahl an parenteralen Lösungen in 2016 auf die folgenden Arten?



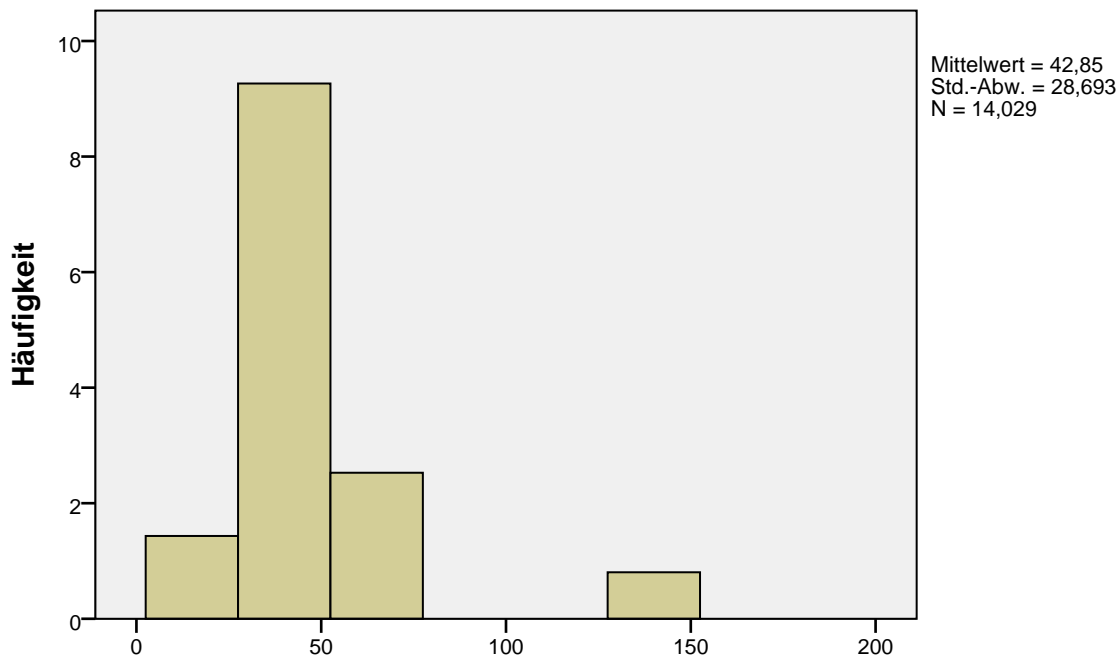
A08_7 | Sonstige parenterale Lösungen | Wie verteilt sich die gesamte Anzahl an parenteralen Lösungen in 2016 auf die folgenden Arten?

Fälle gewichtet nach gewichtung

Statistiken

		P04_r1_c1 | Zytostatikahaltige Lösungen | Bitte geben Sie an, wie lange im Durchschnitt der gesamte Zubereitungsprozess einer der folgenden Lösungen dauert.	P04_r2_c1 | Lösungen mit monoklonalen Antikörpern | Bitte geben Sie an, wie lange im Durchschnitt der gesamte Zubereitungsprozess einer der folgenden Lösungen dauert.	P04_r3_c1 | Antibiotika- und virustatikahaltige Lösungen | Bitte geben Sie an, wie lange im Durchschnitt der gesamte Zubereitungsprozess einer der folgenden Lösungen dauert.	P04_r4_c1 | Lösungen mit Schmerzmitteln | Bitte geben Sie an, wie lange im Durchschnitt der gesamte Zubereitungsprozess einer der folgenden Lösungen dauert.	P04_r5_c1 | Ernährungslösungen | Bitte geben Sie an, wie lange im Durchschnitt der gesamte Zubereitungsprozess einer der folgenden Lösungen dauert.	P04_r6_c1 | Calciumfolinatlösungen | Bitte geben Sie an, wie lange im Durchschnitt der gesamte Zubereitungsprozess einer der folgenden Lösungen dauert.	P04_r7_c1 | Sonstige parenterale Lösungen | Bitte geben Sie an, wie lange im Durchschnitt der gesamte Zubereitungsprozess einer der folgenden Lösungen dauert.
N	Gültig	14	18	9	21	3	18	16
	Fehlend	2290	2286	2295	2283	2301	2286	2288
	Mittelwert	42,85	49,62	71,00	62,78	92,26	39,95	71,18
	Median	30,79	39,27	59,27	45,00	72,07	26,97	43,74
	Standardabweichung	28,693	43,232	53,030	61,030	67,065	36,169	80,768
	Varianz	823,308	1868,975	2812,141	3724,623	4497,752	1308,218	6523,507
	Schiefe	2,701	2,298	1,474	2,293		3,071	2,354
	Standardfehler der Schiefe	,597	,534	,728	,499		,539	,561
	Kurtosis	9,315	5,307	1,534	4,787		11,949	5,460
	Standardfehler der Kurtosis	1,153	1,034	1,424	,968		1,042	1,085
	Minimum	15	15	30	10	45	10	10
	Maximum	140	180	180	240	180	180	300
Perzentile	5	15,00	15,00	30,00	10,07	45,00	10,00	10,00
	25	30,00	25,99	30,00	30,00	45,00	20,00	30,00
	50	30,79	39,27	59,27	45,00	72,07	26,97	43,74
	75	53,62	60,00	105,46	63,47	.	50,05	82,63
	95	.	.	.	240,00	.	.	.

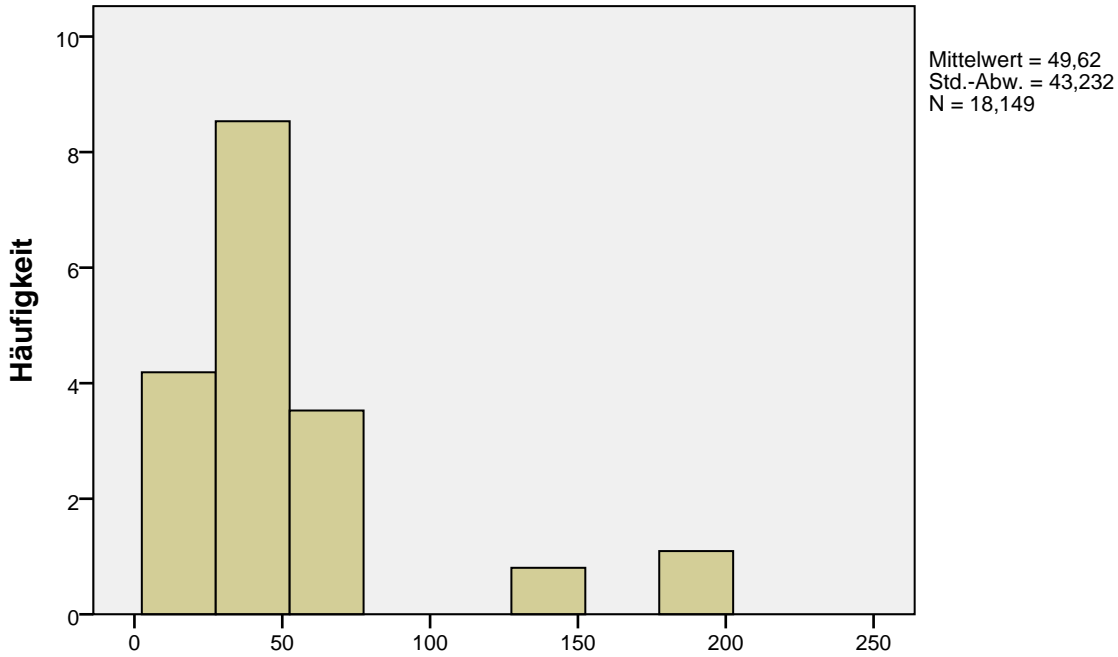
P04_r1_c1 | Zytostatikahaltige Lösungen | Bitte geben Sie an, wie lange im Durchschnitt der gesamte Zubereitungsprozess einer der folgenden Lösungen dauert.



P04_r1_c1 | Zytostatikahaltige Lösungen | Bitte geben Sie an, wie lange im Durchschnitt der gesamte Zubereitungsprozess einer der folgenden Lösungen dauert.

Fälle gewichtet nach gewichtung

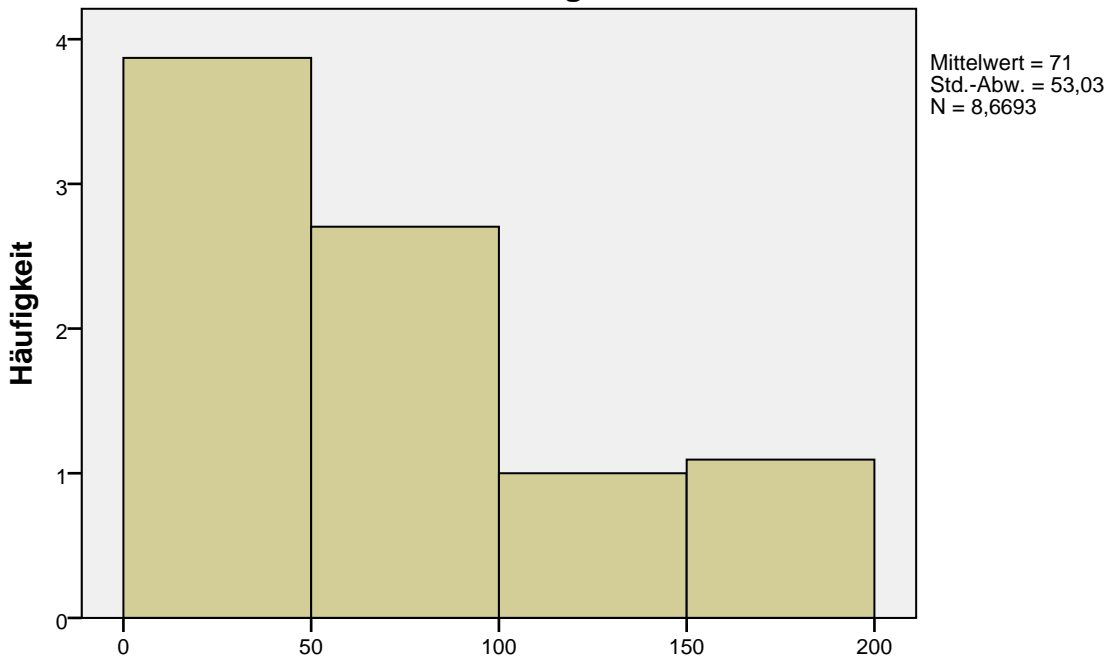
P04_r2_c1 | Lösungen mit monoklonalen Antikörpern | Bitte geben Sie an, wie lange im Durchschnitt der gesamte Zubereitungsprozess einer der folgenden Lösungen dauert.



P04_r2_c1 | Lösungen mit monoklonalen Antikörpern | Bitte geben Sie an, wie lange im Durchschnitt der gesamte Zubereitungsprozess einer der folgenden Lösungen dauert.

Fälle gewichtet nach gewichtung

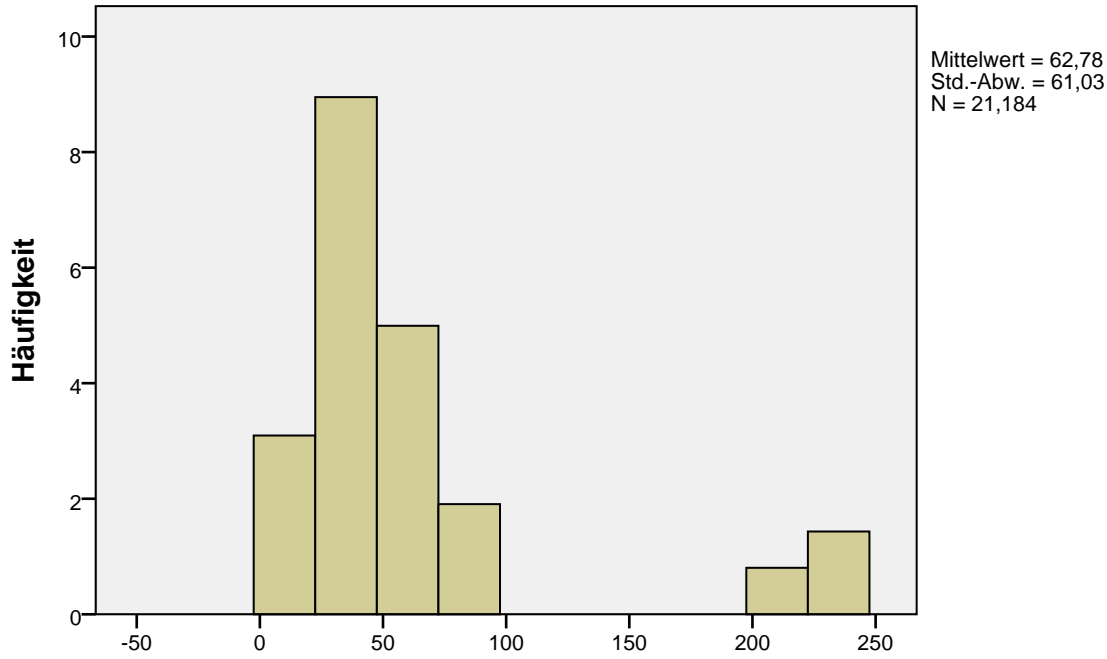
P04_r3_c1 | Antibiotika- und virustatikahaltige Lösungen | Bitte geben Sie an, wie lange im Durchschnitt der gesamte Zubereitungsprozess einer der folgenden Lösungen dauert.



P04_r3_c1 | Antibiotika- und virustatikahaltige Lösungen | Bitte geben Sie an, wie lange im Durchschnitt der gesamte Zubereitungsprozess einer der folgenden Lösungen dauert.

Fälle gewichtet nach gewichtung

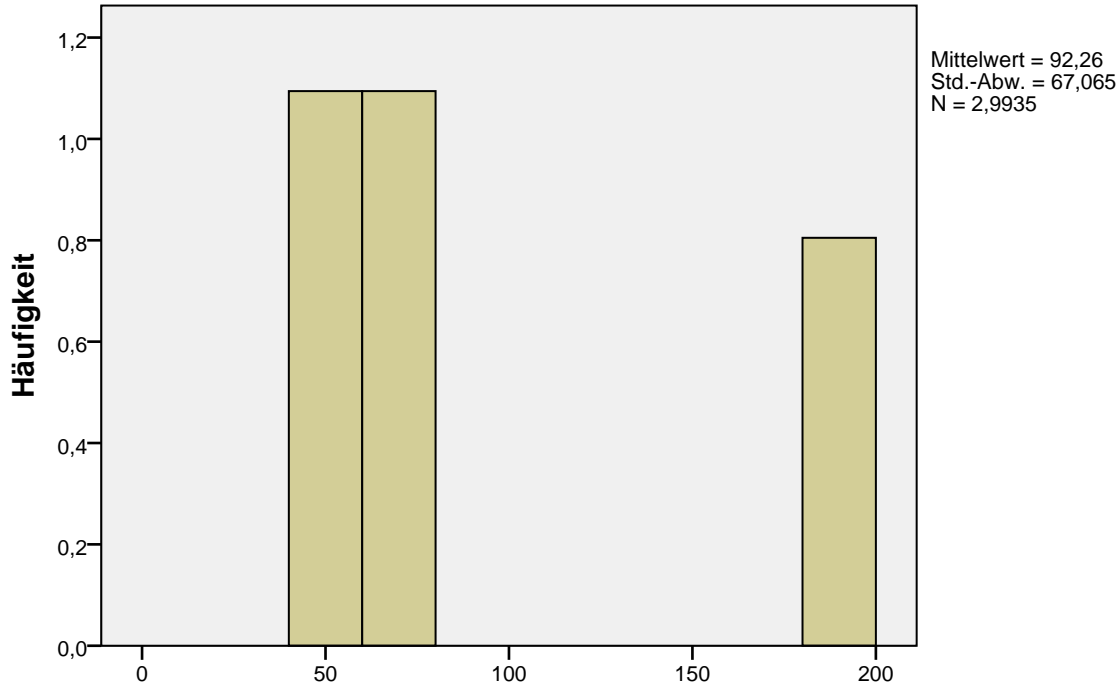
P04_r4_c1 | Lösungen mit Schmerzmitteln | Bitte geben Sie an, wie lange im Durchschnitt der gesamte Zubereitungsprozess einer der folgenden Lösungen dauert.



P04_r4_c1 | Lösungen mit Schmerzmitteln | Bitte geben Sie an, wie lange im Durchschnitt der gesamte Zubereitungsprozess einer der folgenden Lösungen dauert.

Fälle gewichtet nach gewichtung

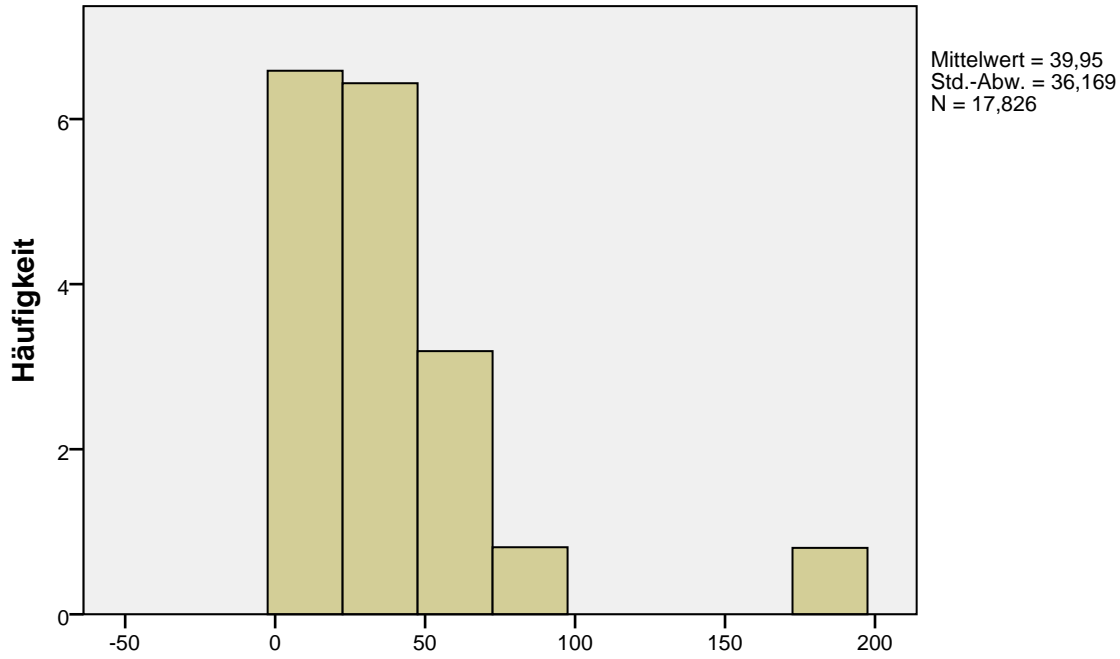
P04_r5_c1 | Ernährungslösungen | Bitte geben Sie an, wie lange im Durchschnitt der gesamte Zubereitungsprozess einer der folgenden Lösungen dauert.



P04_r5_c1 | Ernährungslösungen | Bitte geben Sie an, wie lange im Durchschnitt der gesamte Zubereitungsprozess einer der folgenden Lösungen dauert.

Fälle gewichtet nach gewichtung

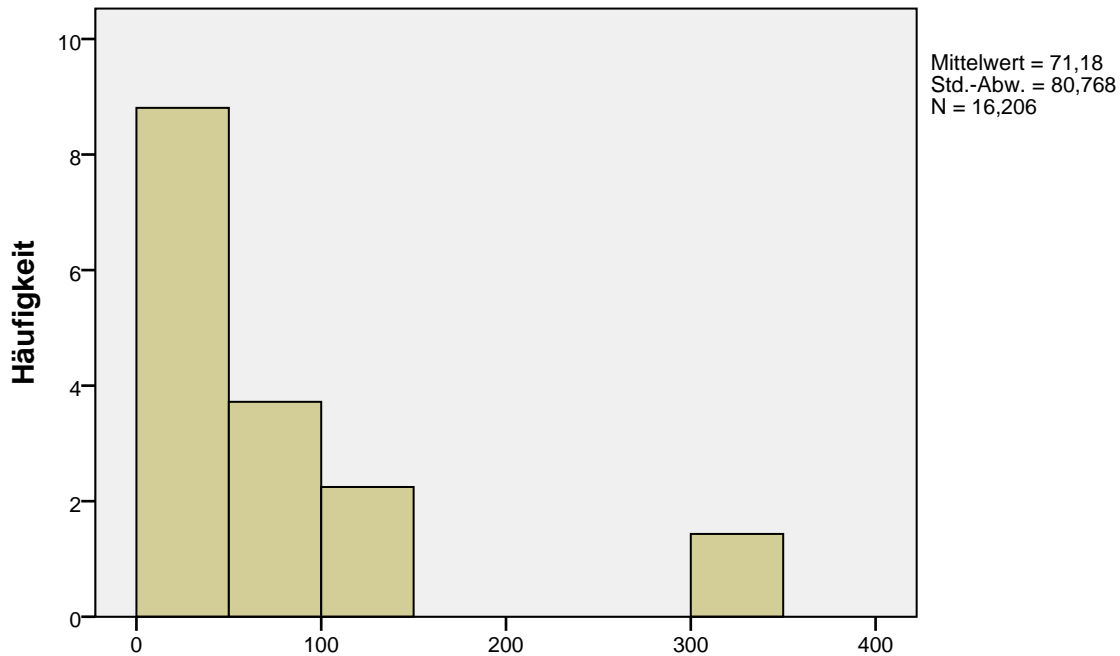
P04_r6_c1 | Calciumfolinatlösungen | Bitte geben Sie an, wie lange im Durchschnitt der gesamte Zubereitungsprozess einer der folgenden Lösungen dauert.



P04_r6_c1 | Calciumfolinatlösungen | Bitte geben Sie an, wie lange im Durchschnitt der gesamte Zubereitungsprozess einer der folgenden Lösungen dauert.

Fälle gewichtet nach gewichtung

P04_r7_c1 | Sonstige parenterale Lösungen | Bitte geben Sie an, wie lange im Durchschnitt der gesamte Zubereitungsprozess einer der folgenden Lösungen dauert.



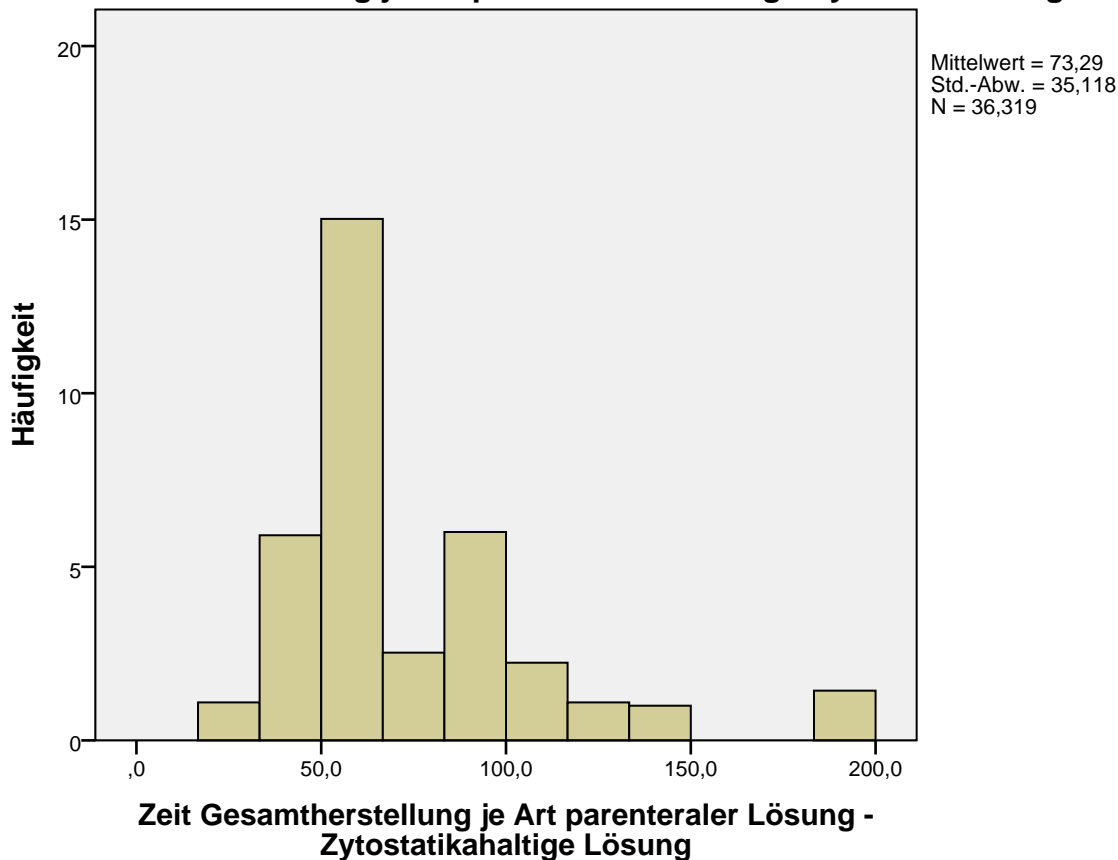
P04_r7_c1 | Sonstige parenterale Lösungen | Bitte geben Sie an, wie lange im Durchschnitt der gesamte Zubereitungsprozess einer der folgenden Lösungen dauert.

Fälle gewichtet nach gewichtung

Statistiken

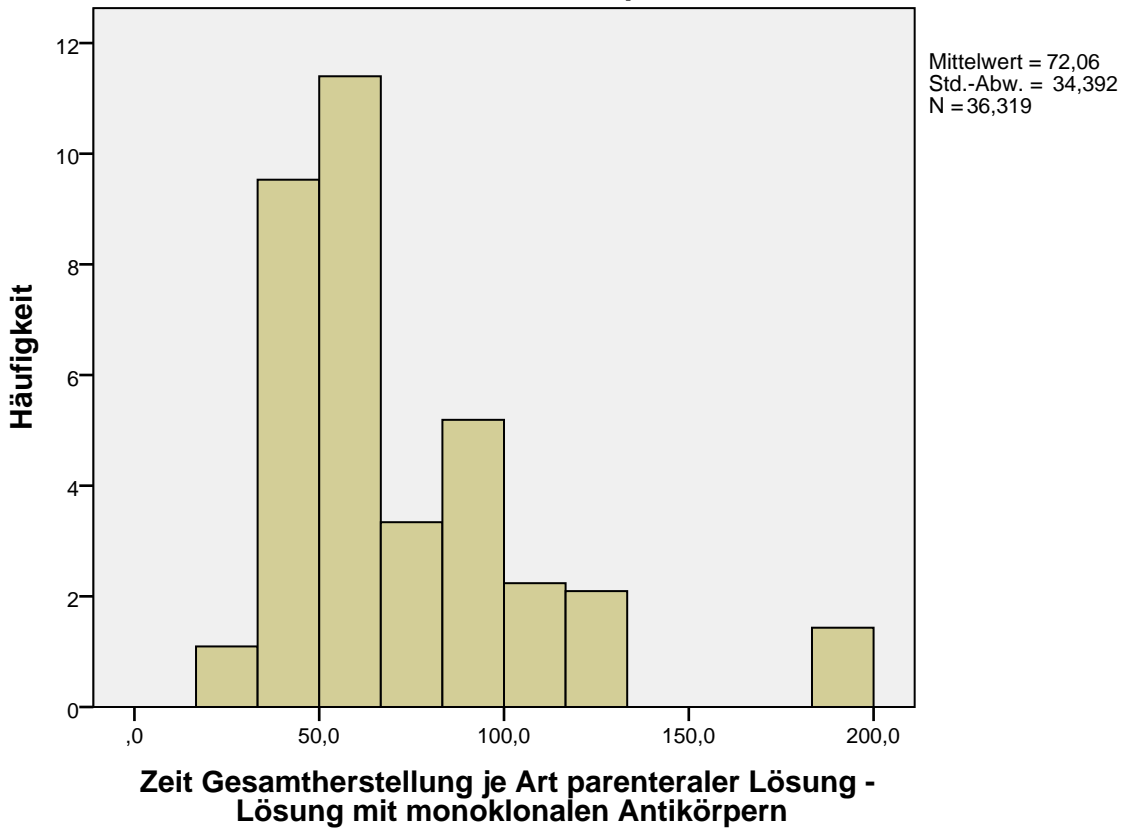
		Zeit Gesamtherstellung je Art parenteraler Lösung - Zytostatikahaltige Lösung	Zeit Gesamtherstellung je Art parenteraler Lösung - Lösung mit monoklonalen Antikörpern	Zeit Gesamtherstellung je Art parenteraler Lösung - Antibiotika- und virustatikahaltige Lösung	Zeit Gesamtherstellung je Art parenteraler Lösung - Lösung mit Schmerzmitteln	Zeit Gesamtherstellung je Art parenteraler Lösung - Ernährungslösung	Zeit Gesamtherstellung je Art parenteraler Lösung - Calciumfolinatlösung	Zeit Gesamtherstellung je Art parenteraler Lösung - Sonstige parenterale Lösung
N	Gültig	36	36	15	31	7	31	24
	Fehlend	2268	2268	2289	2273	2297	2273	2280
Mittelwert		73,288	72,059	85,511	89,213	127,614	68,384	89,722
Median		60,751	61,000	74,004	73,029	109,628	57,105	78,338
Standardabweichung		35,1178	34,3916	37,7559	54,7744	108,1110	35,2062	50,2872
Varianz		1233,263	1182,783	1425,505	3000,233	11687,992	1239,475	2528,804
Schiefe		1,716	1,589	,955	2,804	2,631	1,739	1,445
Standardfehler der Schiefe		,391	,391	,584	,418	,787	,421	,469
Kurtosis		3,769	3,374	,340	9,593	8,732	3,240	2,565
Standardfehler der Kurtosis		,765	,765	1,129	,817	1,570	,821	,912
Minimum		26,5	26,5	37,0	29,0	38,0	26,5	26,5
Maximum		191,5	186,5	169,0	300,0	397,0	176,5	234,0
Perzentile	5	33,059	33,059	37,000	32,571	38,000	30,791	28,838
	25	51,500	47,569	62,251	59,008	67,360	44,997	52,859
	50	60,751	61,000	74,004	73,029	109,628	57,105	78,338
	75	91,078	93,184	116,063	102,649	120,863	84,353	121,430
	95	167,905	160,740	.	274,524	.	171,848	234,000

Zeit Gesamtherstellung je Art parenteraler Lösung - Zytostatikahaltige Lösung



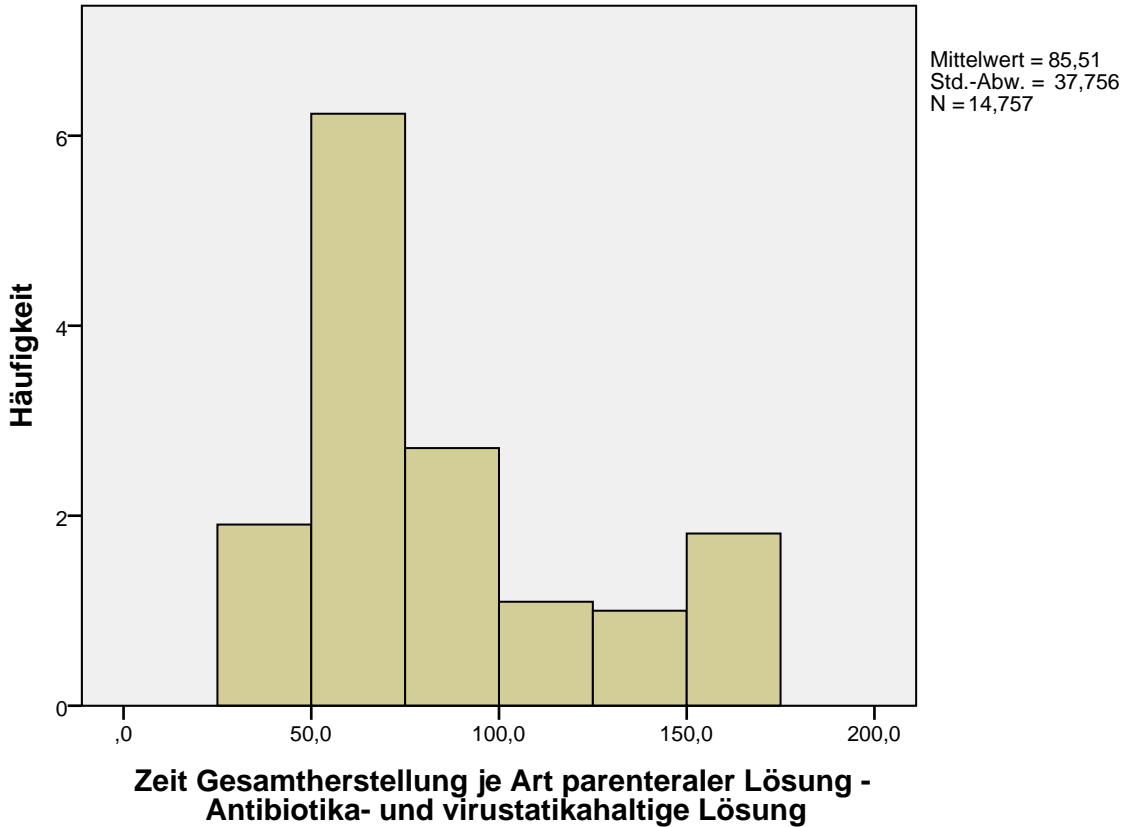
Fälle gewichtet nach gewichtung

Zeit Gesamtherstellung je Art parenteraler Lösung - Lösung mit monoklonalen Antikörpern



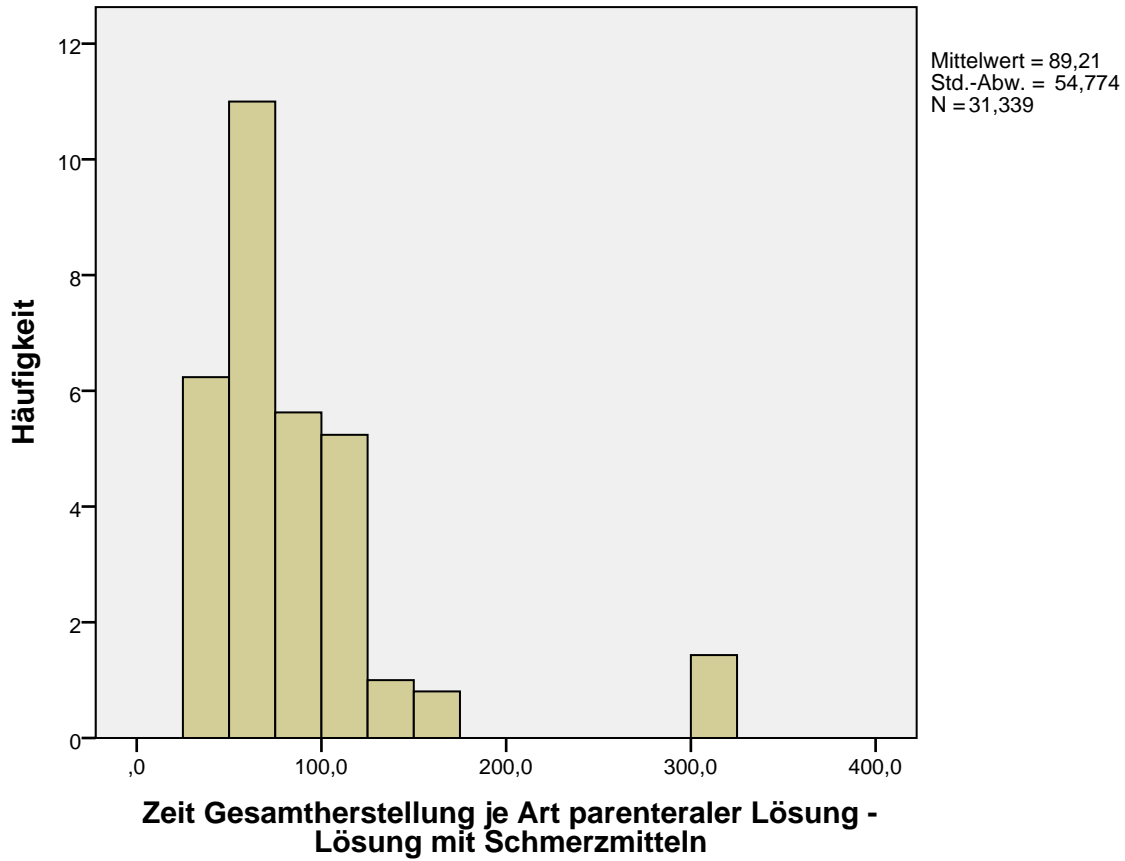
Fälle gewichtet nach gewichtung

Zeit Gesamtherstellung je Art parenteraler Lösung - Antibiotika- und virustatikahaltige Lösung



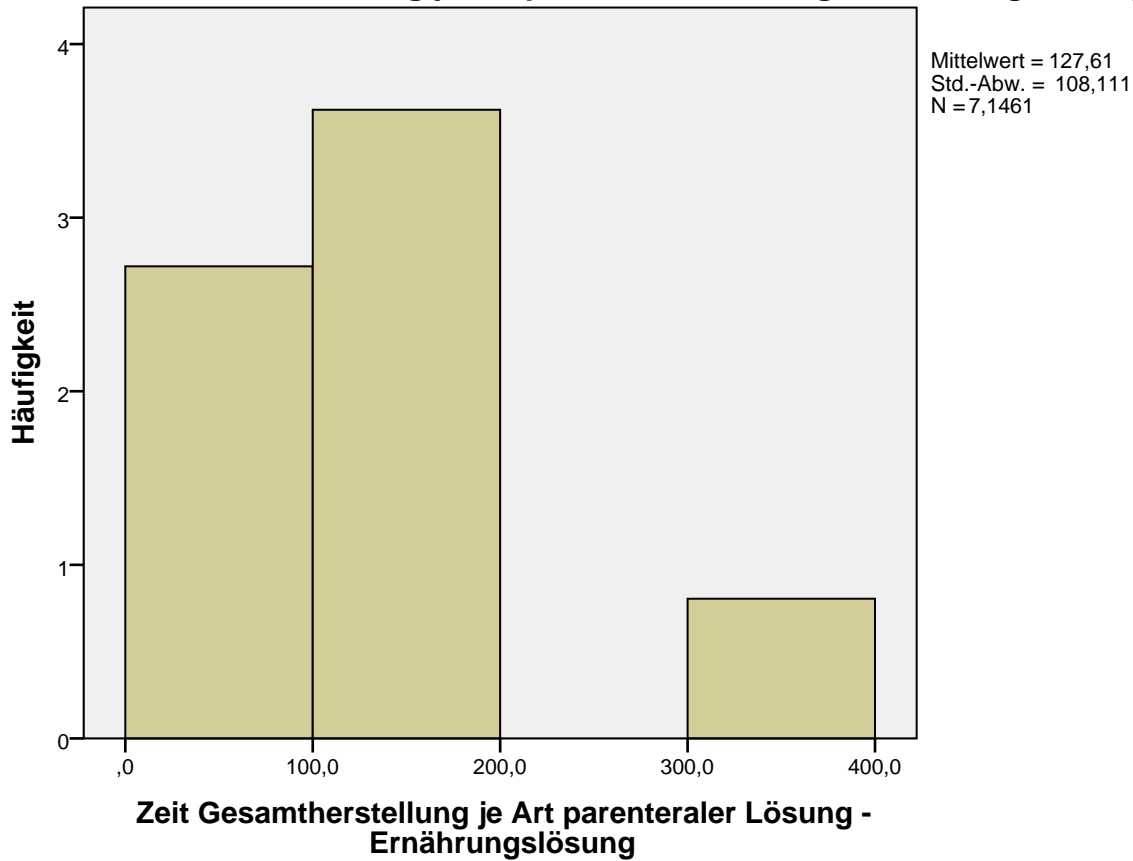
Fälle gewichtet nach gewichtung

Zeit Gesamtherstellung je Art parenteraler Lösung - Lösung mit Schmerzmitteln



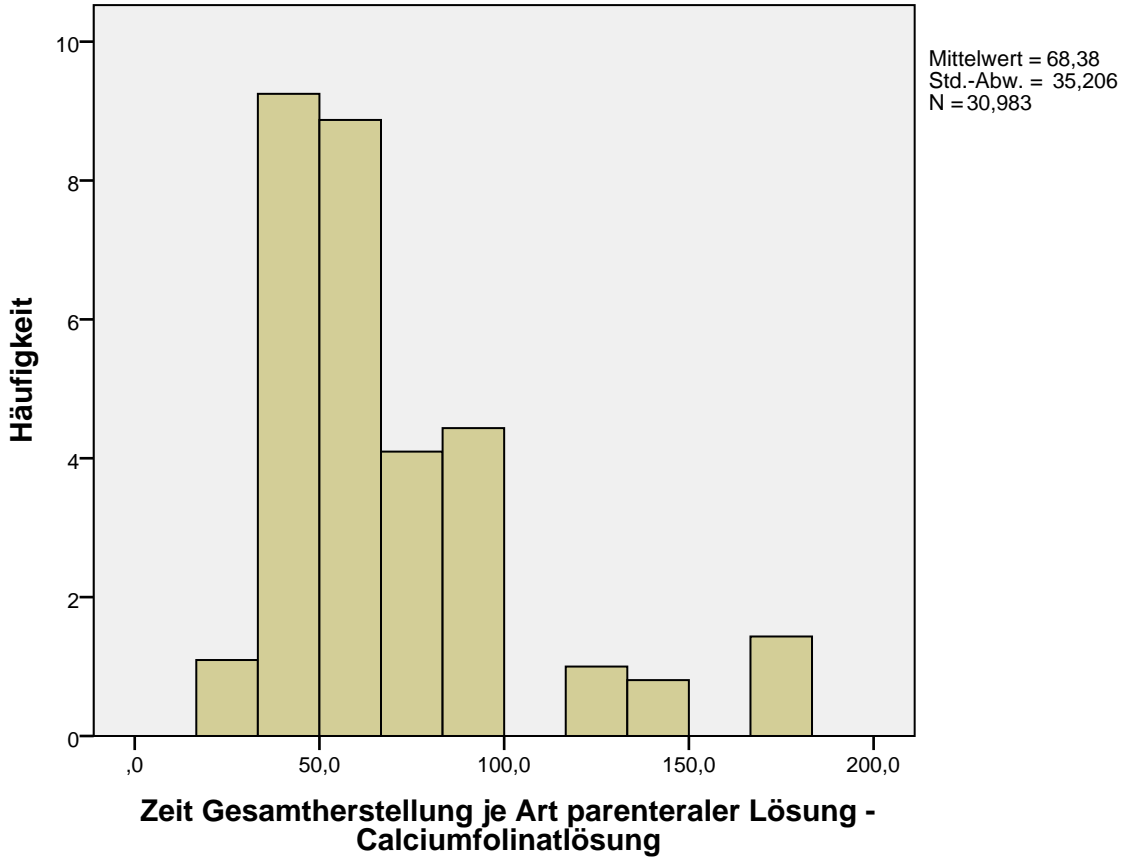
Fälle gewichtet nach gewichtung

Zeit Gesamtherstellung je Art parenteraler Lösung - Ernährungslösung



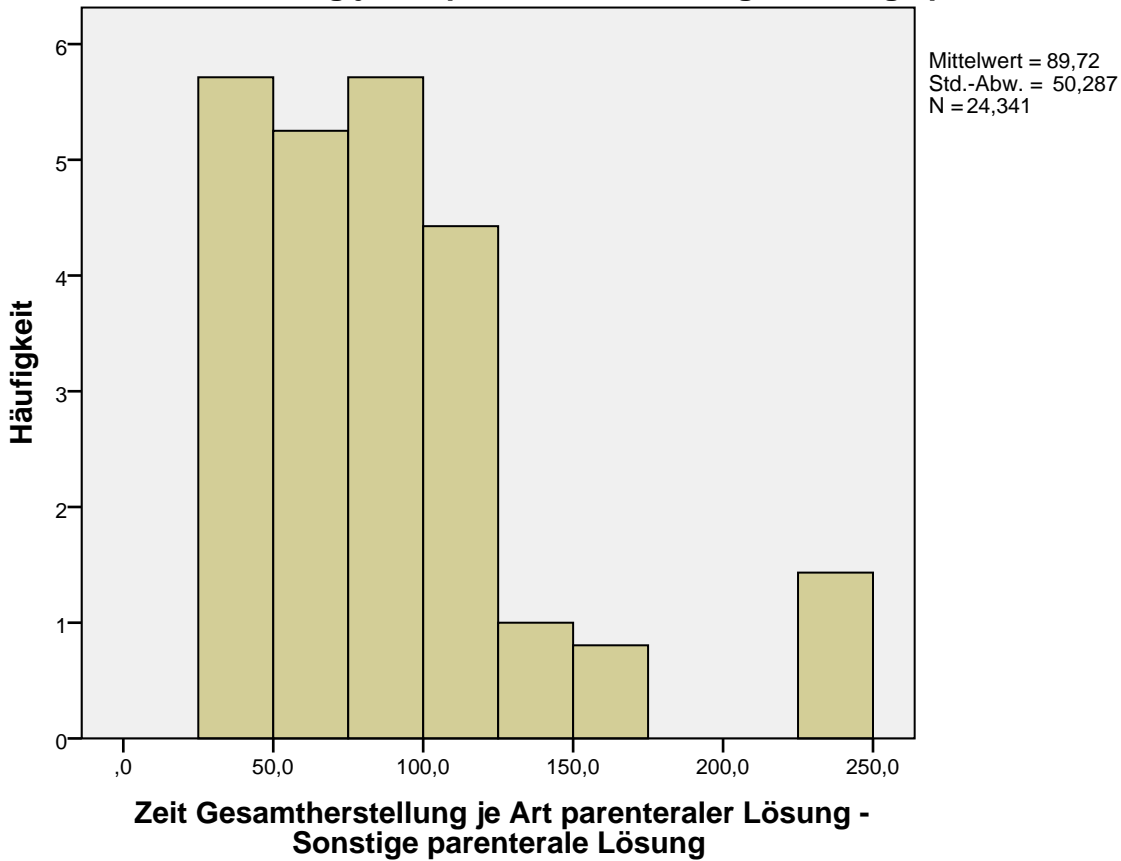
Fälle gewichtet nach gewichtung

Zeit Gesamtherstellung je Art parenteraler Lösung - Calciumfolinatlösung



Fälle gewichtet nach gewichtung

Zeit Gesamtherstellung je Art parenteraler Lösung - Sonstige parenterale Lösung

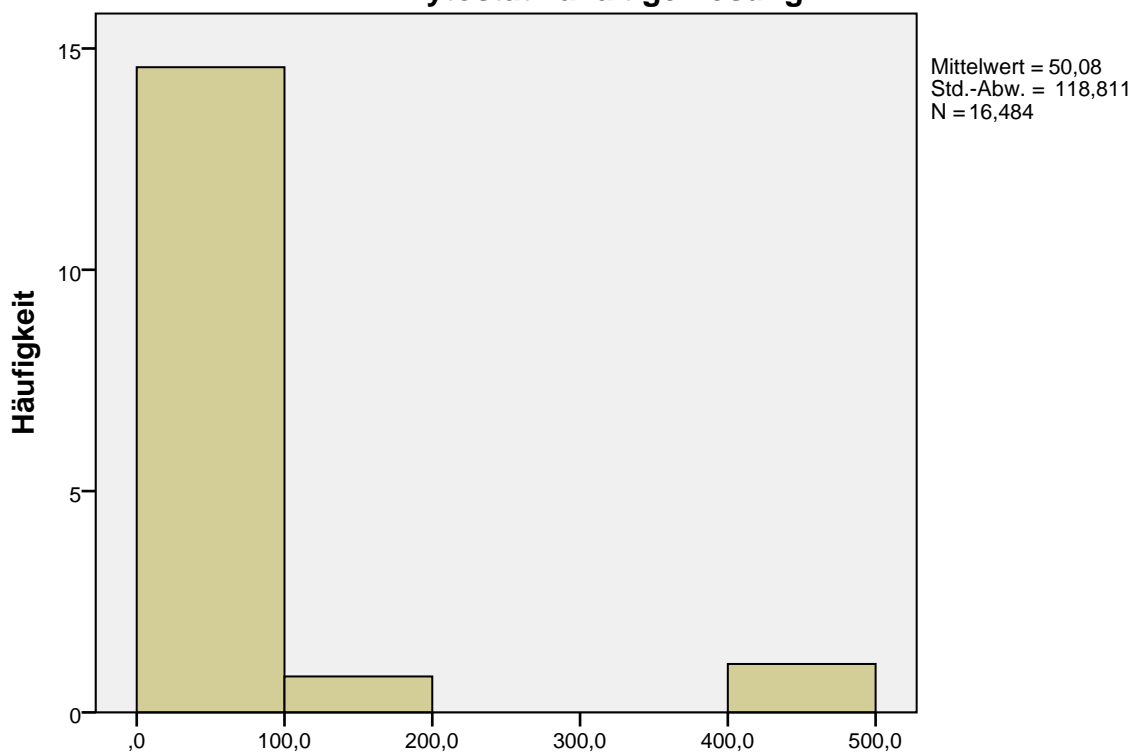


Fälle gewichtet nach gewichtung

Statistiken

		Zeit für eine parenterale Lösung, die zusammen zubereitet wurde je Art - Zytostatikahaltige Lösung	Zeit für eine parenterale Lösung, die zusammen zubereitet wurde je Art - Lösung mit monoklonalen Antikörpern	Zeit für eine parenterale Lösung, die zusammen zubereitet wurde je Art - Antibiotika- und virustatikahaltige Lösung	Zeit für eine parenterale Lösung, die zusammen zubereitet wurde je Art - Lösung mit Schmerzmitteln	Zeit für eine parenterale Lösung, die zusammen zubereitet wurde je Art - Ernährungslösung	Zeit für eine parenterale Lösung, die zusammen zubereitet wurde je Art - Calciumfolinatlösung	Zeit für eine parenterale Lösung, die zusammen zubereitet wurde je Art - Sonstige
N	Gültig	16	16	8	11	2	13	14
	Fehlend	2288	2288	2296	2293	2302	2291	2290
Mittelwert		50,077	47,464	5,230	62,533	5,665	22,256	24,800
Median		9,239	9,719	2,453	7,263	5,875	8,650	7,580
Standardabweichung		118,8115	110,5267	7,3437	152,3498		42,3451	42,5423
Varianz		14116,171	12216,148	53,930	23210,475		1793,105	1809,851
Schiefe		3,295	3,227	2,364	3,015		3,438	2,311
Standardfehler der Schiefe		,557	,557	,747	,658		,619	,599
Kurtosis		11,057	10,583	6,786	8,955		13,236	4,842
Standardfehler der Kurtosis		1,077	1,077	1,468	1,275		1,196	1,157
Minimum		,2	,2	,2	,6	3,9	,5	,1
Maximum		459,0	424,5	24,0	497,0	7,0	170,5	137,0
Perzentile	5	,246	,239	,246	,555	3,867	,483	,075
	25	2,022	2,022	,733	1,928	3,867	3,047	,705
	50	9,239	9,719	2,453	7,263	5,875	8,650	7,580
	75	26,700	23,125	8,017	35,804	.	21,526	25,650
	95	.	.	.	.	.	.	.

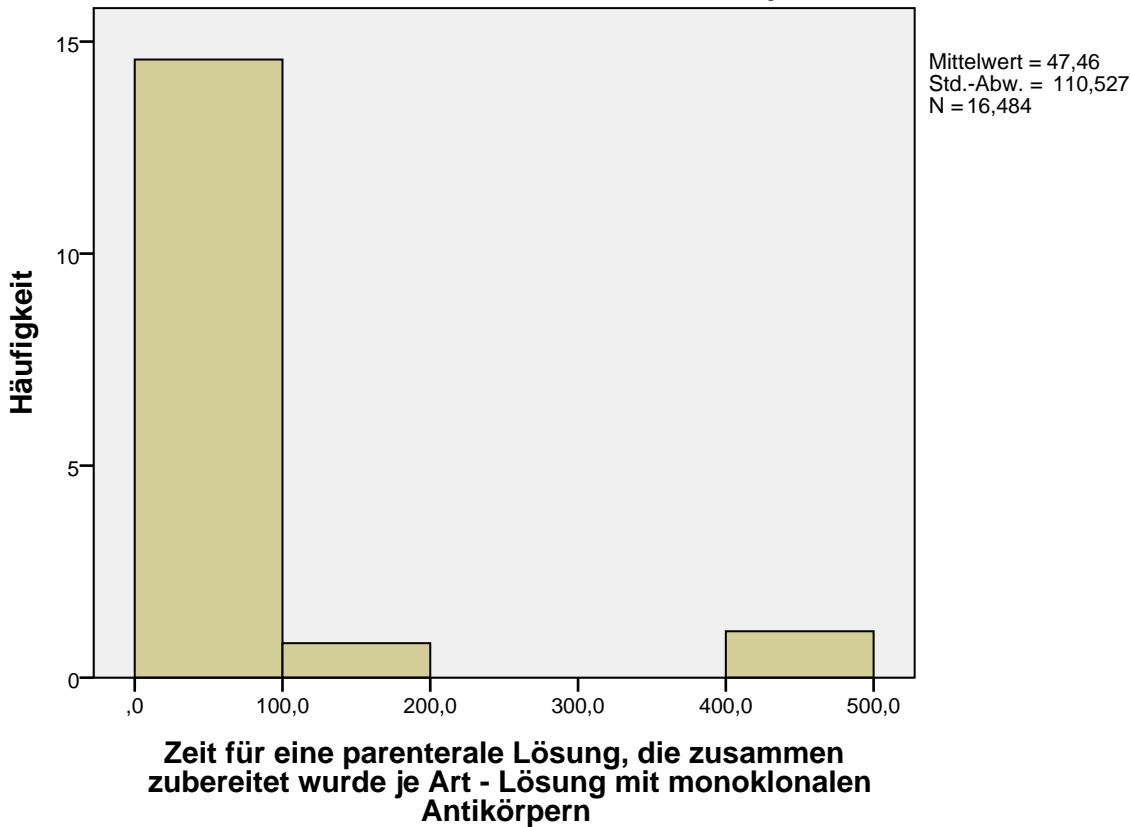
Zeit für eine parenterale Lösung, die zusammen zubereitet wurde je Art - Zytostatikahaltige Lösung



Zeit für eine parenterale Lösung, die zusammen zubereitet wurde je Art - Zytostatikahaltige Lösung

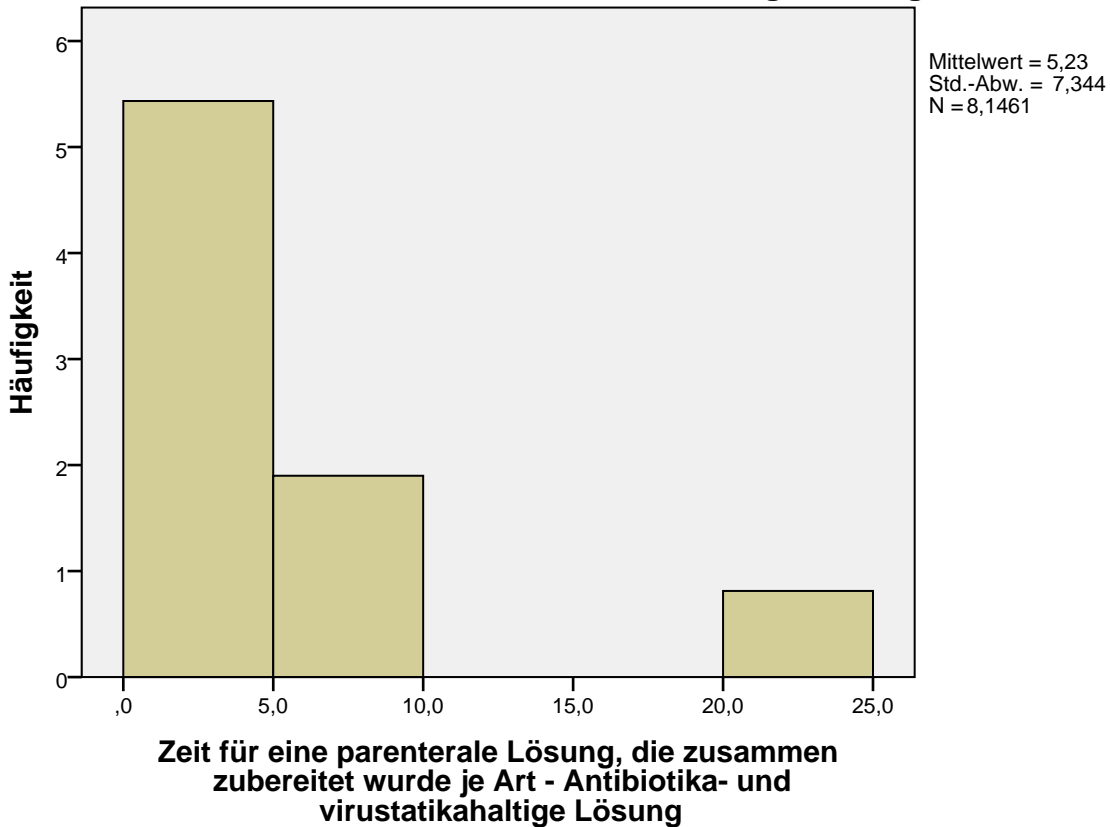
Fälle gewichtet nach gewichtung

Zeit für eine parenterale Lösung, die zusammen zubereitet wurde je Art - Lösung mit monoklonalen Antikörpern



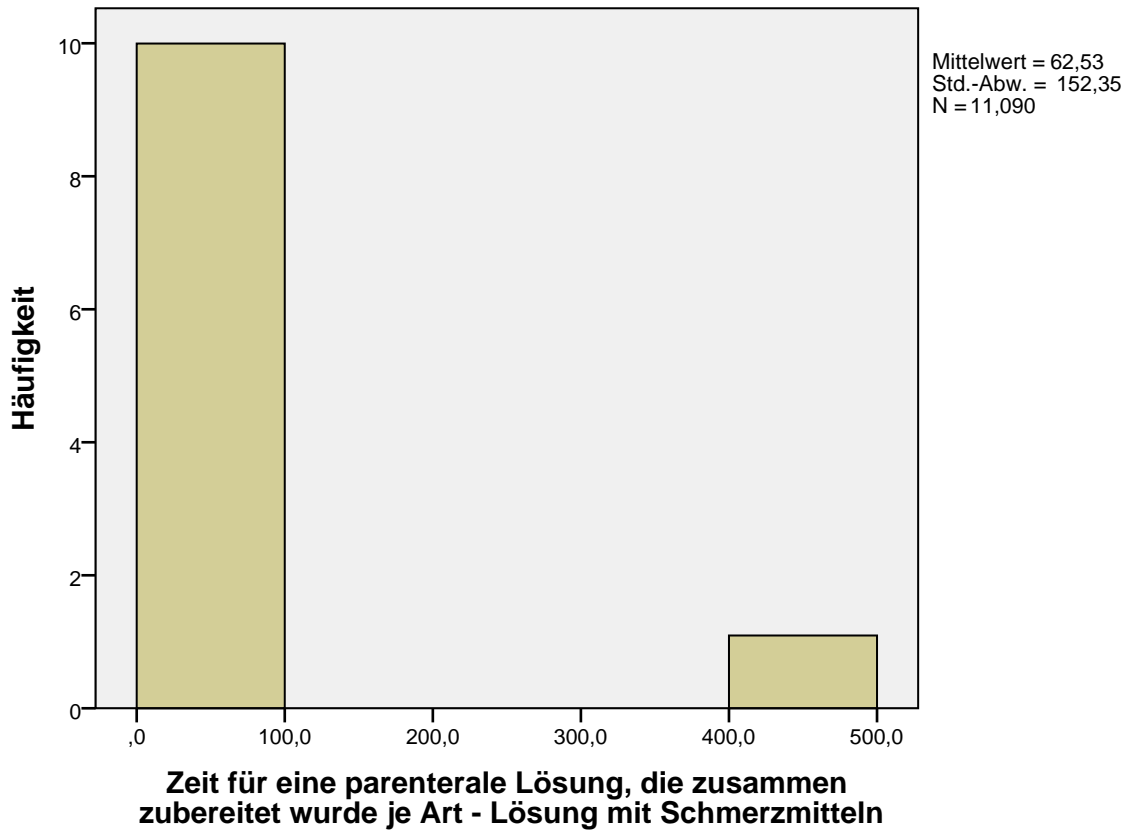
Fälle gewichtet nach gewichtung

Zeit für eine parenterale Lösung, die zusammen zubereitet wurde je Art - Antibiotika- und virustatikahaltige Lösung



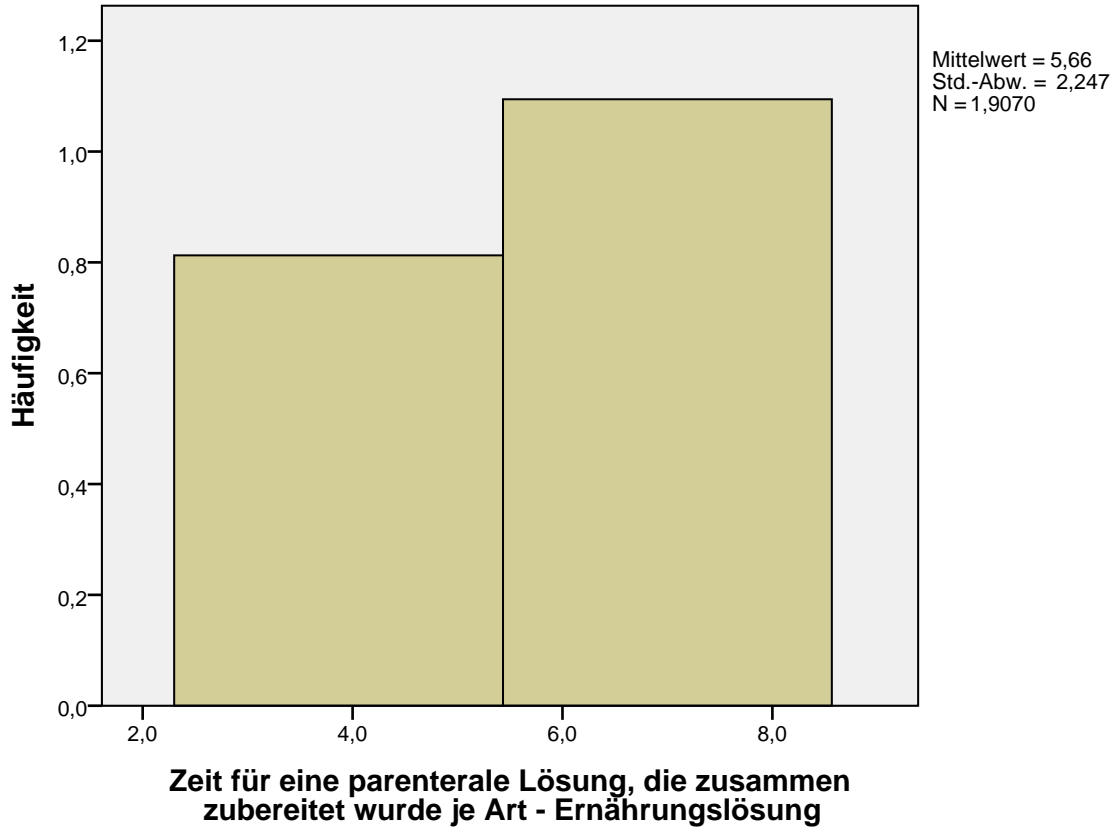
Fälle gewichtet nach gewichtung

Zeit für eine parenterale Lösung, die zusammen zubereitet wurde je Art - Lösung mit Schmerzmitteln



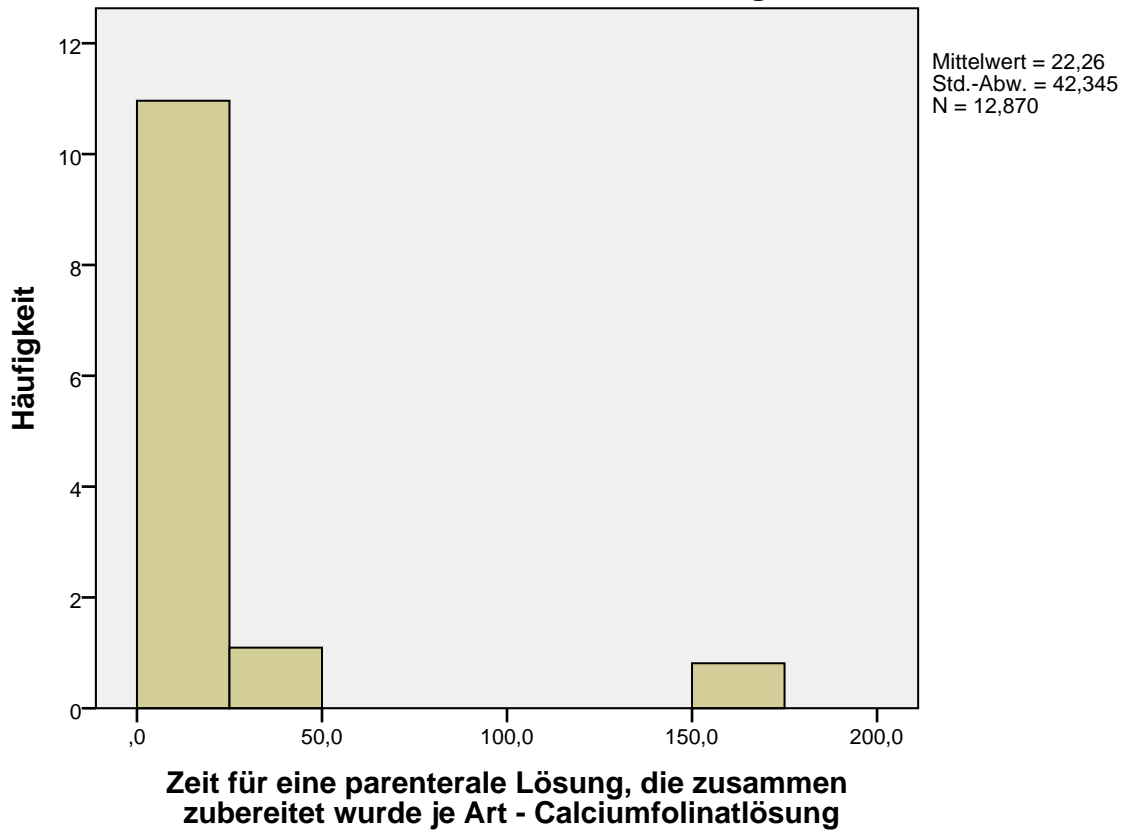
Fälle gewichtet nach gewichtung

Zeit für eine parenterale Lösung, die zusammen zubereitet wurde je Art - Ernährungslösung



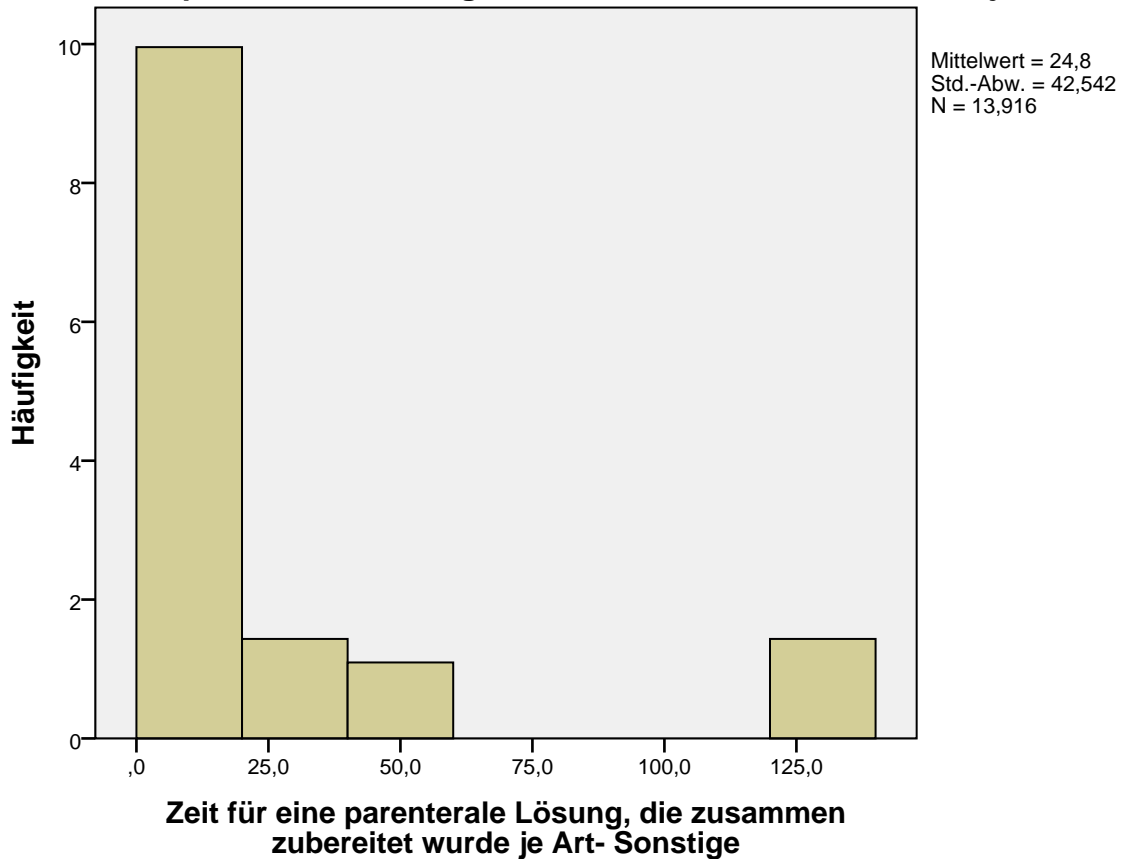
Fälle gewichtet nach gewichtung

Zeit für eine parenterale Lösung, die zusammen zubereitet wurde je Art - Calciumfolinatlösung



Fälle gewichtet nach gewichtung

Zeit für eine parenterale Lösung, die zusammen zubereitet wurde je Art- Sonstige

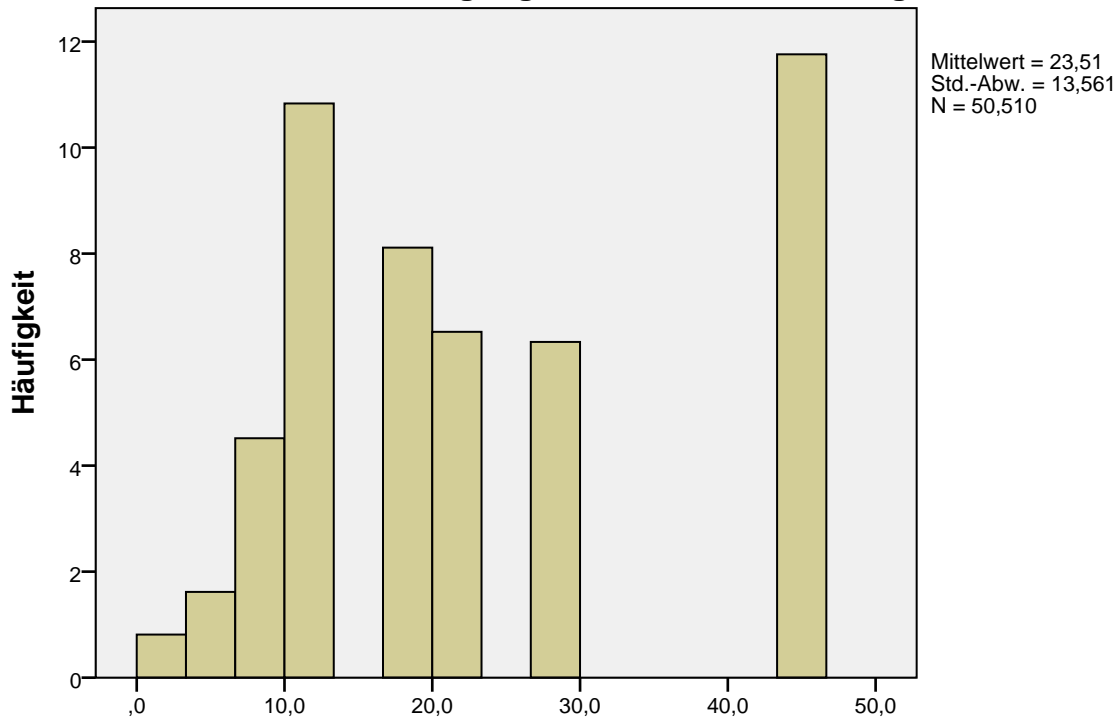


Fälle gewichtet nach gewichtung

Statistiken

		P07_neu | Mittelwert - Wie viel Zeit wird durchschnittlich für eine arbeitstägliche Rutinereinigung des Sterillabors benötigt?	P06_r1_c1 | Mal täglich durch Fachpersonal | Häufigkeit arbeitstägliche Rutinereinigung bei Zubereitung von parenteralen Lösungen?	P08a_neu | Mittelwert - Wie lange dauerte die Rücksprache bei unplausiblen Verordnungen durchschnittlich in 2016?
N	Gültig	51	49	44
	Fehlend	2253	2255	2260
	Mittelwert	23,506	13,95	13,298
	Median	18,000	2,00	8,000
	Standardabweichung	13,5607	73,957	11,0012
	Varianz	183,893	5469,621	121,026
	Schiefe	,553	6,683	1,987
	Standardfehler der Schiefe	,335	,338	,356
	Kurtosis	-,931	44,537	3,475
	Standardfehler der Kurtosis	,659	,665	,699
	Minimum	,5	1	2,5
	Maximum	45,0	500	45,0
Perzentile	5	5,009	1,00	3,790
	25	13,000	1,07	8,000
	50	18,000	2,00	8,000
	75	28,000	3,74	15,018
	95	45,000	16,01	45,000

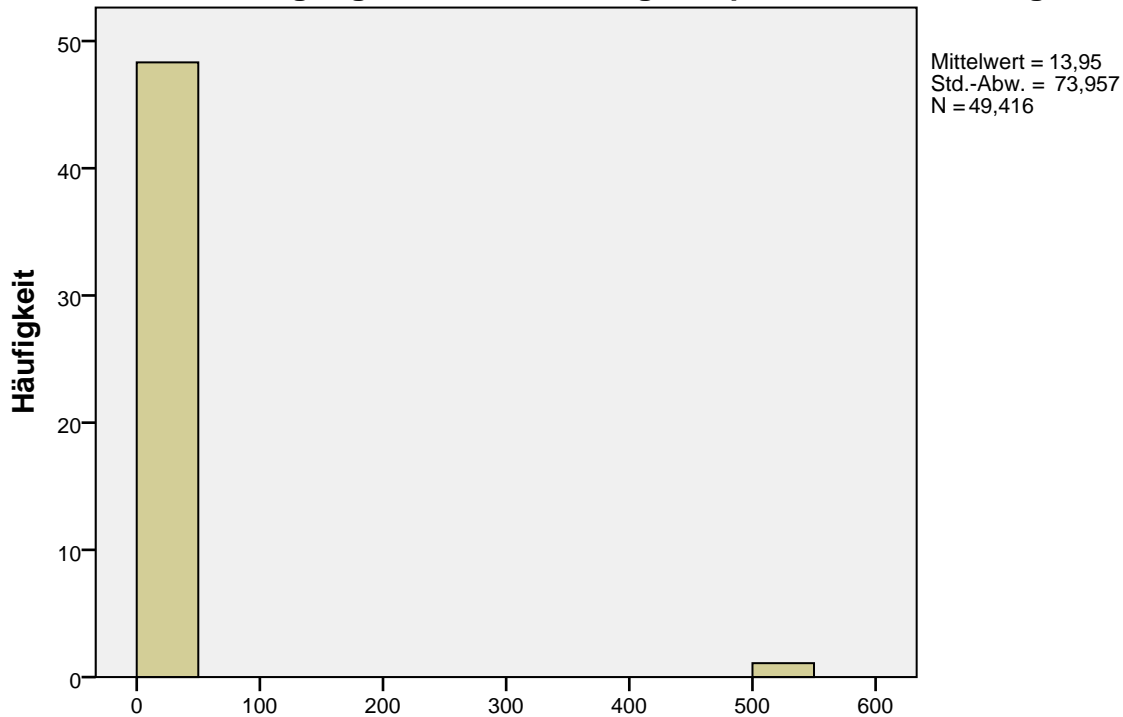
P07_neu | Mittelwert - Wie viel Zeit wird durchschnittlich für eine arbeitstägliche Routinereinigung des Sterillabors benötigt?



P07_neu | Mittelwert - Wie viel Zeit wird durchschnittlich für eine arbeitstägliche Routinereinigung des Sterillabors benötigt?

Fälle gewichtet nach gewichtung

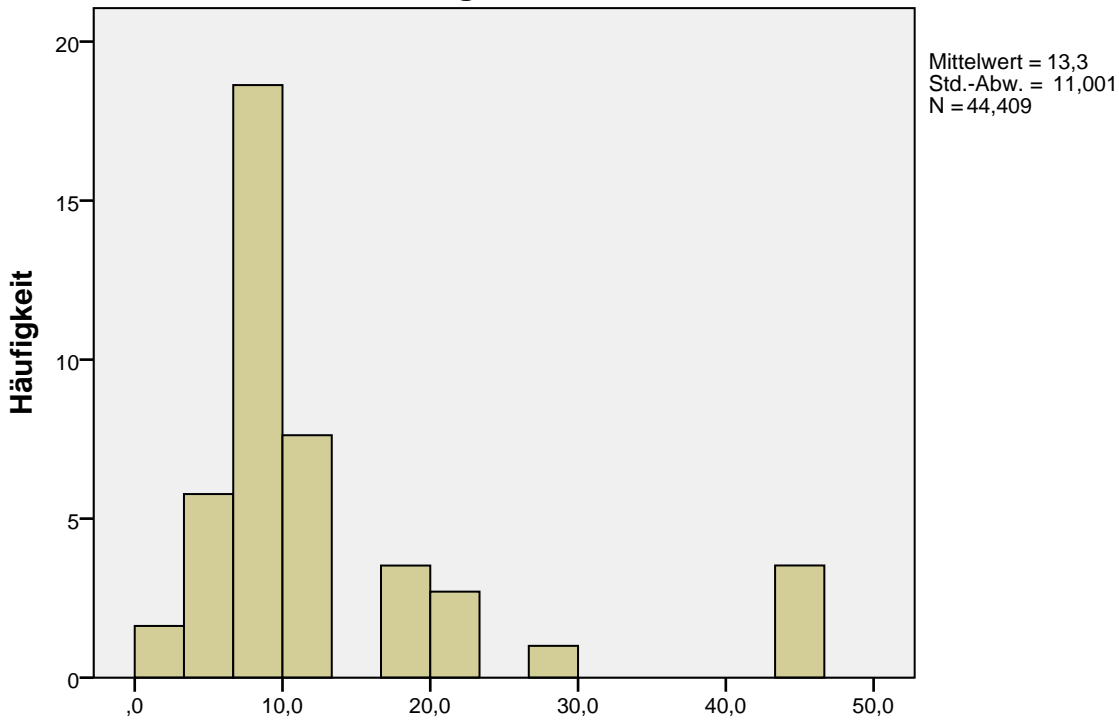
P06_r1_c1 | Mal täglich durch Fachpersonal | Häufigkeit arbeitstägliche Routinereinigungen bei Zubereitung von parenteralen Lösungen?



P06_r1_c1 | Mal täglich durch Fachpersonal | Häufigkeit arbeitstägliche Routinereinigungen bei Zubereitung von parenteralen Lösungen?

Fälle gewichtet nach gewichtung

P08a_neu | Mittelwert - Wie lange dauerte die Rücksprache bei unplausiblen Verordnungen durchschnittlich in 2016?



P08a_neu | Mittelwert - Wie lange dauerte die Rücksprache bei unplausiblen Verordnungen durchschnittlich in 2016?

Fälle gewichtet nach gewichtung

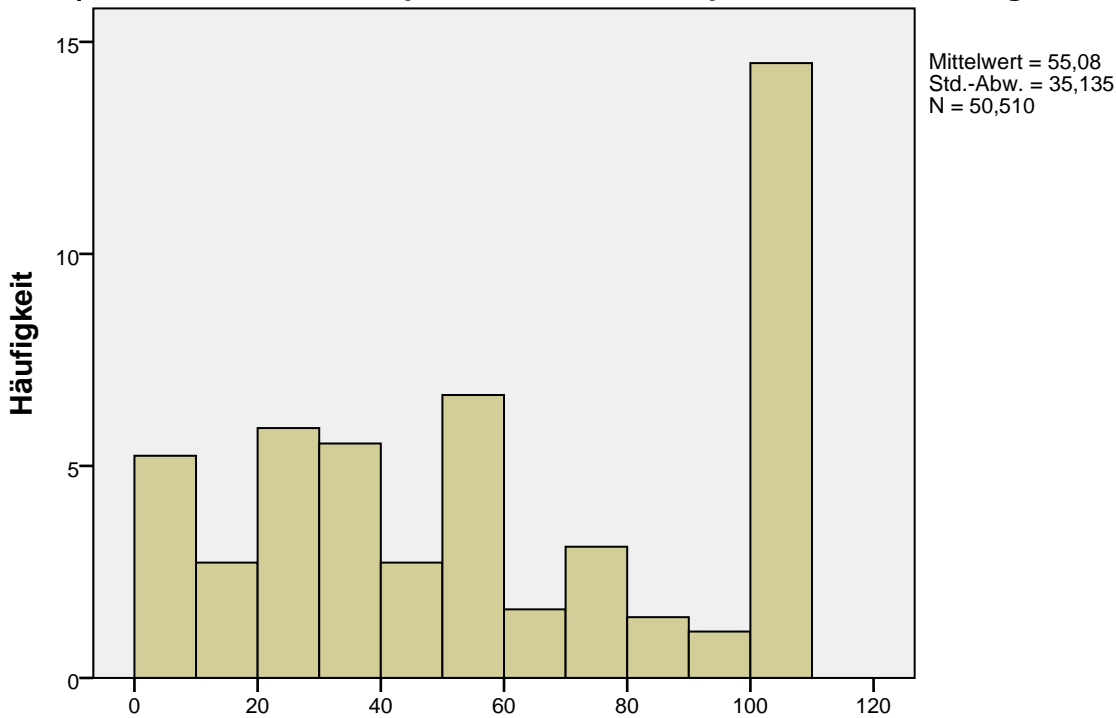
Statistiken

		P12a_1 | Approbierte Apothekerin/ap probierter Apotheker inkl. Inhaberin/Inhab er | Wer stellte in Ihrer Apotheke in 2016 die parenteralen Lösungen her?	P12a_2 | Pharmazeutin/P harmazeut im Praktikum | Wer stellte in Ihrer Apotheke in 2016 die parenteralen Lösungen her?	P12a_3 | Apothekerassist entin/Apotheker assistent, Pharmazie- Ingenieurin/Pha rmazie- Ingenieur | Wer stellte in Ihrer Apotheke in 2016 die parenteralen Lösungen her?	P12a_4 | Pharmazeutisc h-technische Assistentin, Pharmazeutisc h-technischer Assistent | Wer stellte in Ihrer Apotheke in 2016 die parenteralen Lösungen her?	P12a_5 | PTA in der Ausbildung | Wer stellte in Ihrer Apotheke in 2016 die parenteralen Lösungen her?	P12a_6 | Sonstige | Wer stellte in Ihrer Apotheke in 2016 die parenteralen Lösungen her?
N	Gültig	51	51	51	51	51	51
	Fehlend	2253	2253	2253	2253	2253	2253
Mittelwert		55,08	,87	3,18	39,37	,28	1,22
Median		50,00	,00	,00	34,63	,00	,00
Standardabweichung		35,135	3,147	11,790	34,187	1,677	5,260
Varianz		1234,478	9,906	139,000	1168,765	2,812	27,668
Schiefe		,084	4,661	3,812	,244	5,857	5,313
Standardfehler der Schiefe		,335	,335	,335	,335	,335	,335
Kurtosis		-1,448	24,570	14,089	-1,398	33,632	30,528
Standardfehler der Kurtosis		,659	,659	,659	,659	,659	,659
Minimum		0	0	0	0	0	0
Maximum		100	20	60	100	10	33
Perzentile	5	4,79	,00	,00	,00	,00	,00
	25	24,63	,00	,00	,00	,00	,00

Statistiken

	P12a_1 | Approbierte Apothekerin/ap probiertes Apotheker inkl. Inhaber/Inhab er | Wer stellte in Ihrer Apotheke in 2016 die parenteralen Lösungen her?	P12a_2 | Pharmazeutin/P harmazeut im Praktikum | Wer stellte in Ihrer Apotheke in 2016 die parenteralen Lösungen her?	P12a_3 | Apothekerassist entin/Apotheker assistent, Pharmazie- Ingenieurin/Pha rmazie- Ingenieur | Wer stellte in Ihrer Apotheke in 2016 die parenteralen Lösungen her?	P12a_4 | Pharmazeutisc h-technische Assistentin, Pharmazeutisc h-technischer Assistent | Wer stellte in Ihrer Apotheke in 2016 die parenteralen Lösungen her?	P12a_5 | PTA in der Ausbildung | Wer stellte in Ihrer Apotheke in 2016 die parenteralen Lösungen her?	P12a_6 | Sonstige | Wer stellte in Ihrer Apotheke in 2016 die parenteralen Lösungen her?
50	50,00	,00	,00	34,63	,00	,00
75	100,00	,00	,00	70,42	,00	,00
95	100,00	8,35	40,61	95,00	,00	10,00

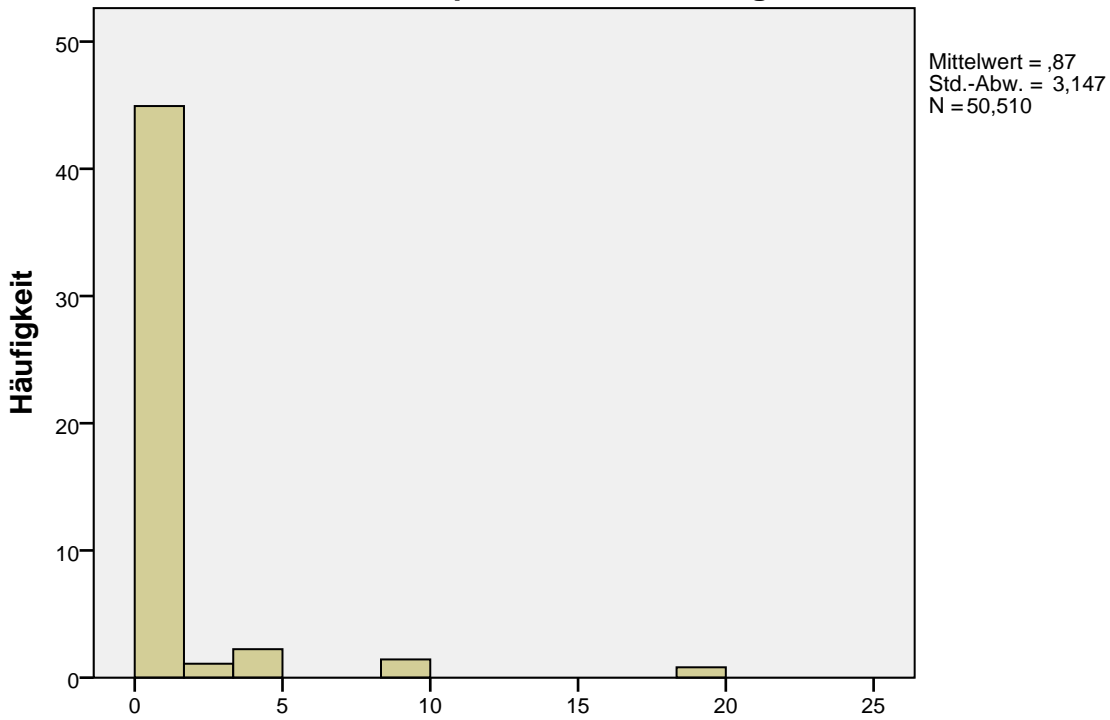
P12a_1 | Approbierte Apothekerin/approbierter Apotheker inkl. Inhaber/Inhaber | Wer stellte in Ihrer Apotheke in 2016 die parenteralen Lösungen her?



P12a_1 | Approbierte Apothekerin/approbierter Apotheker inkl. Inhaber/Inhaber | Wer stellte in Ihrer Apotheke in 2016 die parenteralen Lösungen her?

Fälle gewichtet nach gewichtung

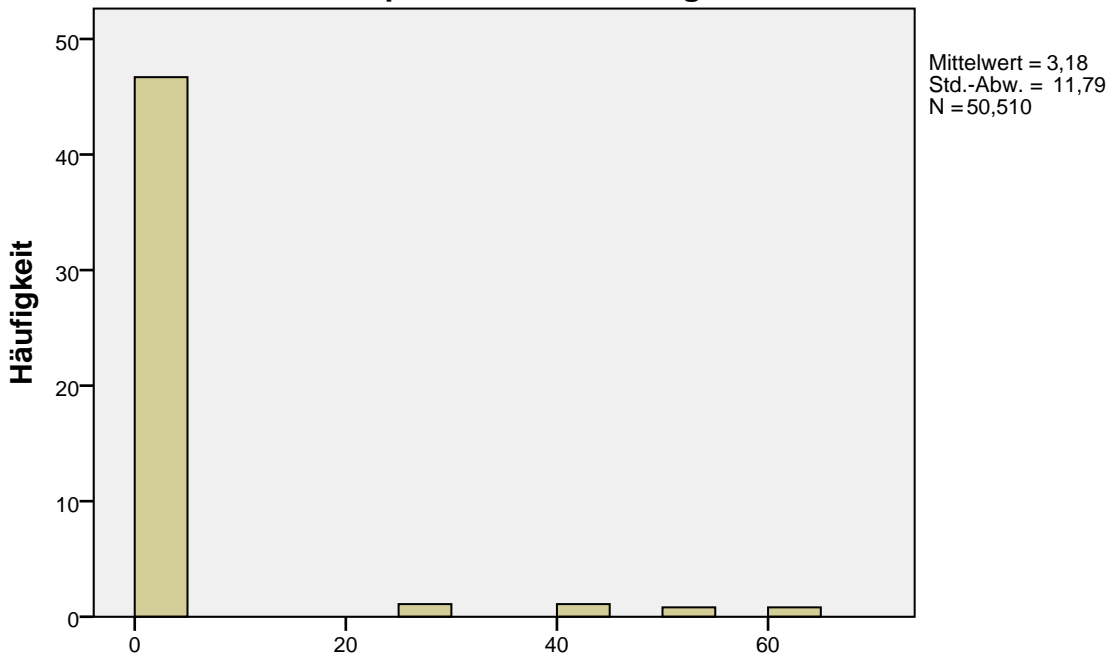
P12a_2 | Pharmazeutin/Pharmazeut im Praktikum | Wer stellte in Ihrer Apotheke in 2016 die parenteralen Lösungen her?



P12a_2 | Pharmazeutin/Pharmazeut im Praktikum | Wer stellte in Ihrer Apotheke in 2016 die parenteralen Lösungen her?

Fälle gewichtet nach gewichtung

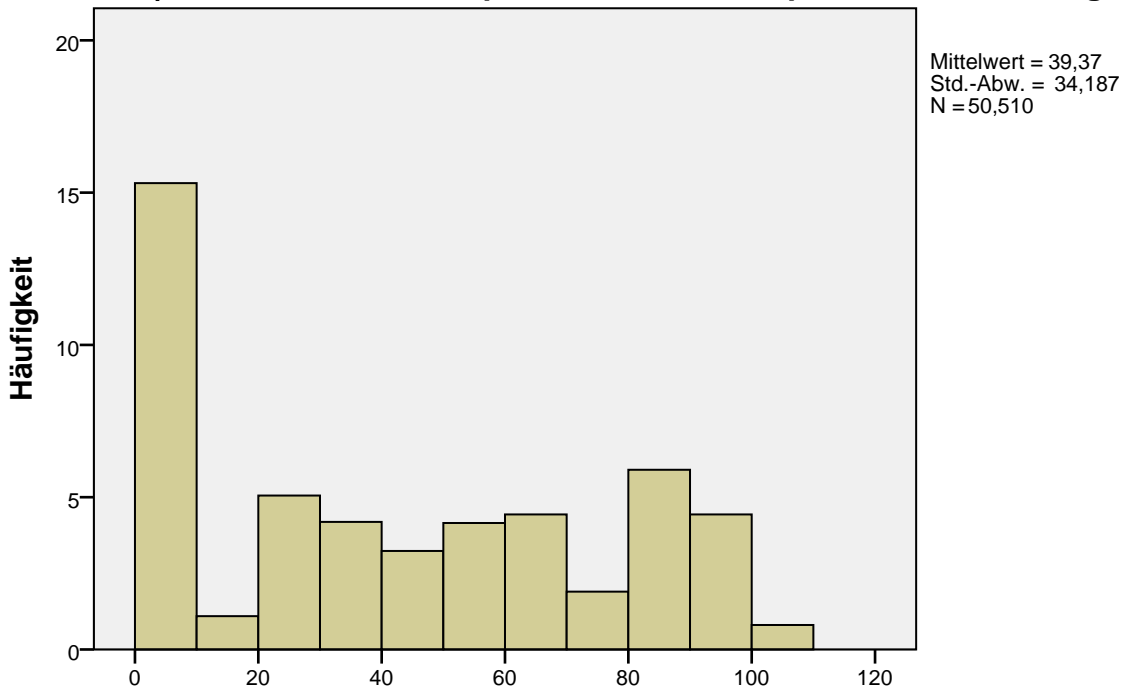
P12a_3 | Apothekerassistentin/Apothekerassistent, Pharmazie-Ingenieurin/Pharmazie-Ingenieur | Wer stellte in Ihrer Apotheke in 2016 die parenteralen Lösungen her?



P12a_3 | Apothekerassistentin/Apothekerassistent, Pharmazie-Ingenieurin/Pharmazie-Ingenieur | Wer stellte in Ihrer Apotheke in 2016 die parenteralen Lösungen her?

Fälle gewichtet nach gewichtung

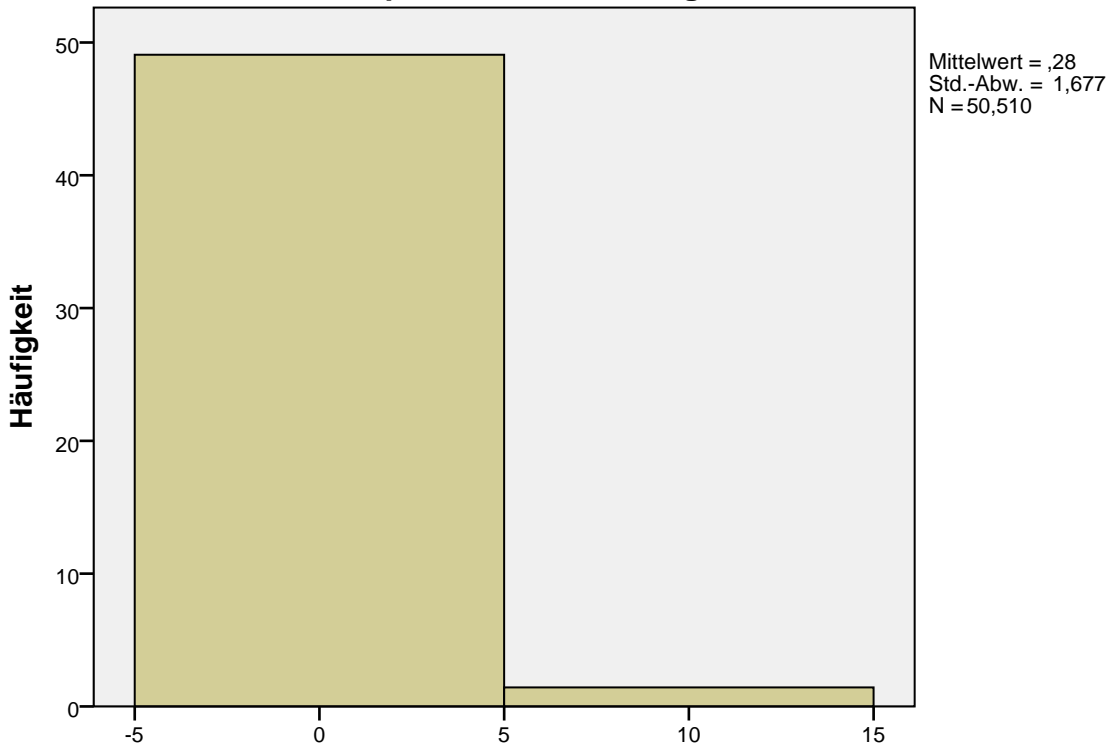
P12a_4 | Pharmazeutisch-technische Assistentin, Pharmazeutisch-technischer Assistent | Wer stellte in Ihrer Apotheke in 2016 die parenteralen Lösungen her?



P12a_4 | Pharmazeutisch-technische Assistentin, Pharmazeutisch-technischer Assistent | Wer stellte in Ihrer Apotheke in 2016 die parenteralen Lösungen her?

Fälle gewichtet nach gewichtung

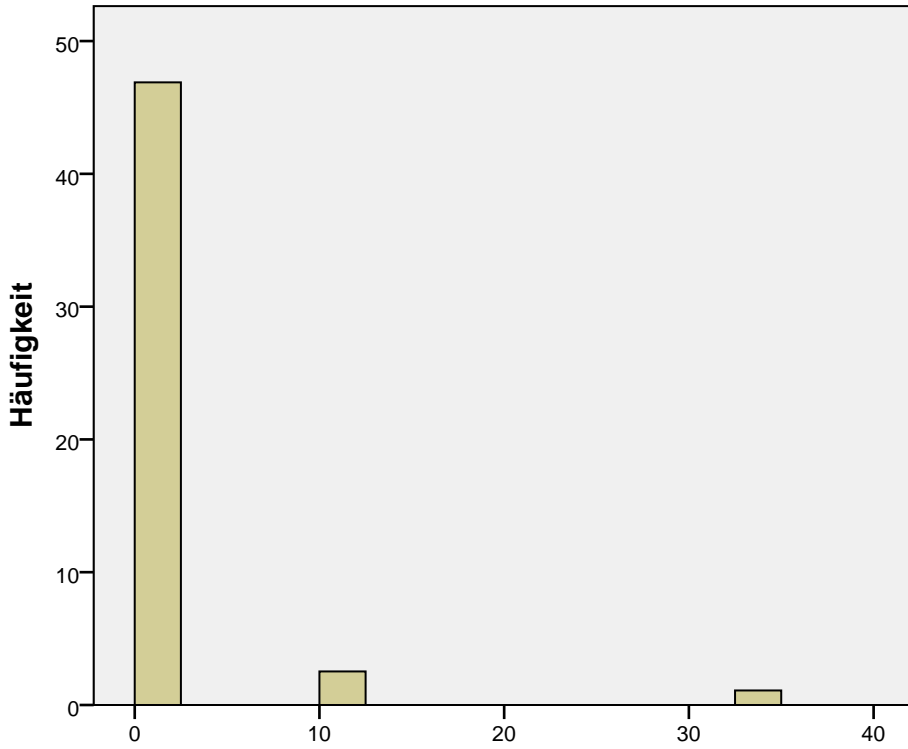
P12a_5 | PTA in der Ausbildung | Wer stellte in Ihrer Apotheke in 2016 die parenteralen Lösungen her?



P12a_5 | PTA in der Ausbildung | Wer stellte in Ihrer Apotheke in 2016 die parenteralen Lösungen her?

Fälle gewichtet nach gewichtung

P12a_6 | Sonstige | Wer stellte in Ihrer Apotheke in 2016 die parenteralen Lösungen her?



Mittelwert = 1,22
 Std.-Abw. = 5,26
 N = 50,510

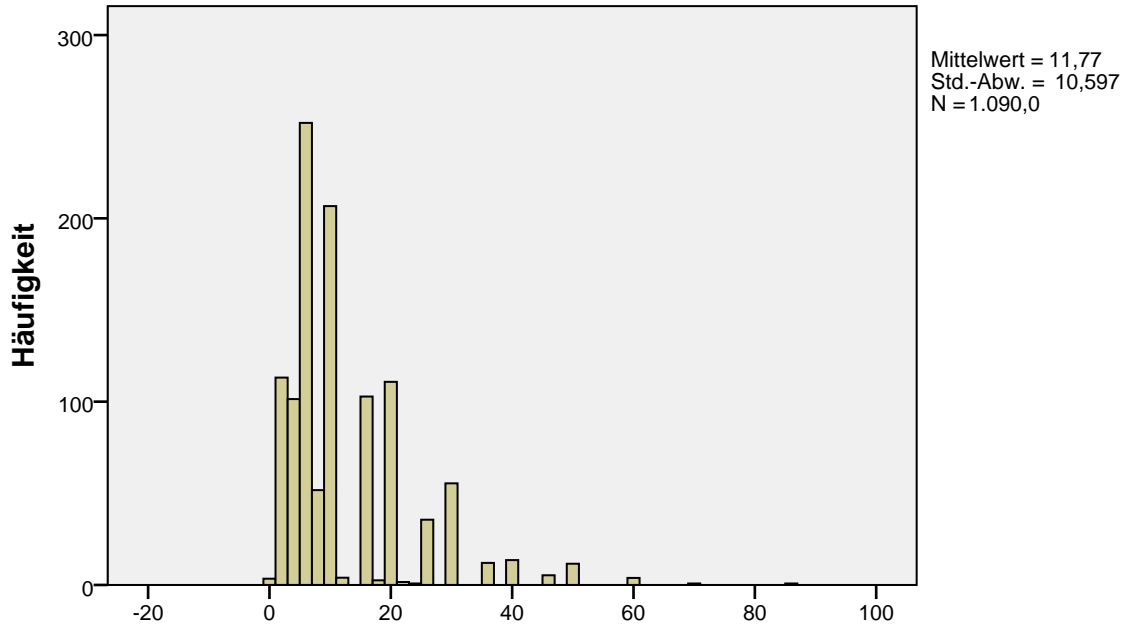
P12a_6 | Sonstige | Wer stellte in Ihrer Apotheke in 2016 die parenteralen Lösungen her?

Fälle gewichtet nach gewichtung

Statistiken

		G01_r1_c1 | % aller Rx-Packungen musste für die Abgabe Rücksprache erfolgen. | % Packungen Fertigarzneimittel bei der es bei Abgabe zu Unklarheiten kam, die Rücksprache mit Arzt/Praxen, Krankenkassen od. Großhandel erforderte?	G02_1 | Nicht-Verfügbarkeit von Import-Arzneimitteln | Verteilung Rücksprache darf bzgl. Rx-Fertigarzneimittel ein auf folgenden Anlässe?	G02_2 | Nicht-Verfügbarkeit von Rabatt-Arzneimitteln | Verteilung Rücksprache darf bzgl. Rx-Fertigarzneimittel ein auf folgenden Anlässe?	G02_3 | Nicht-Verfügbarkeit von sonstigen Rx-Fertigarzneimittel ein (ohne Import- und Rabatt-Arzneimittel) | Verteilung Rücksprache darf bzgl. Rx-Fertigarzneimittel ein auf folgenden Anlässe?	G02_4 | Fehlerhaft ausgestellte Rezepte | Verteilung Rücksprache darf bzgl. Rx-Fertigarzneimittel ein auf folgenden Anlässe?	G02_5 | Retaxationen | Verteilung Rücksprache darf bzgl. Rx-Fertigarzneimittel ein auf folgenden Anlässe?	G02_6 | Zuzahlungs-Befreiung von Patienten | Verteilung Rücksprache darf bzgl. Rx-Fertigarzneimittel ein auf folgenden Anlässe?	G02_7 | Sonstige Anlässe | Verteilung Rücksprache darf bzgl. Rx-Fertigarzneimittel ein auf folgenden Anlässe?	G02_7_other | Sonstige Anlässe, und zwar: | Verteilung Rücksprache darf bzgl. Rx-Fertigarzneimittel ein auf folgenden Anlässe?	G02_8 | Sonstige Anlässe | Verteilung Rücksprache darf bzgl. Rx-Fertigarzneimittel ein auf folgenden Anlässe?	G02_8_other | Sonstige Anlässe, und zwar: | Verteilung Rücksprache darf bzgl. Rx-Fertigarzneimittel ein auf folgenden Anlässe?	G02_9 | Sonstige Anlässe | Verteilung Rücksprache darf bzgl. Rx-Fertigarzneimittel ein auf folgenden Anlässe?	G02_9_other | Sonstige Anlässe, und zwar: | Verteilung Rücksprache darf bzgl. Rx-Fertigarzneimittel ein auf folgenden Anlässe?	G03_neu | Grobe Einschätzung, wie viel zusätzliche Zeit durchschnittlich in 2016 pro betroffener Rx-Fertigarzneimittelpackung benötigt wurde, um das Problem zu lösen.	G04_r1_c1 | % aller OTC-Abgaben/Verkäufe erfolgte in 2016 eine Anamnese in der Apotheke. | OTC. Bei wie viel Prozent der OTC-Abgaben war eine Anamnese notwendig?	G05_neu | Einschätzung, wie lange durchschnittl. pro betroffener OTC-Packung eine Anamnese im Vorfeld dauerte. (Ohne Besprechung von Wechselwirkungen, Nebenwirkungen, weitere Beratung.
N	Gültig Fehlend	1090 1214	1081 1223	1081 1223	1081 1223	1081 1223	1081 1223	1081 1223	1081 1223	2304 0	1081 1223	2304 0	1081 1223	2304 0	1087 1217	1082 1222	1086 1218
Mittelwert		11,77	10,76	18,95	15,11	31,30	7,03	8,23	5,52	2,11	,99	,00	,00	,00	10,740	67,89	4,801
Median		10,00	10,00	20,00	10,00	30,00	5,00	5,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	8,000	75,00	4,500
Standardabweichung		10,597	10,202	14,662	12,206	20,655	7,856	8,246	9,256	5,342	3,798	5,342	3,798	10,3523	24,171	3,4949	4,500
Varianz		112,291	104,078	214,986	148,992	426,636	61,720	67,990	85,668	28,537	14,422	28,537	14,422	107,170	584,257	12,214	12,214
Schiefte		1,870	1,896	1,213	1,948	,882	3,318	2,769	2,673	3,666	5,161	3,666	5,161	3,868	-,659	3,993	3,993
Standardfehler der Schiefe		,074	,074	,074	,074	,074	,074	,074	,074	,074	,074	,074	,074	,074	,074	,074	,074
Kurtosis		4,806	6,231	2,070	6,419	,230	20,133	14,676	10,579	17,872	32,074	17,872	32,074	19,108	-,475	31,183	31,183
Standardfehler der Kurtosis		,148	,149	,149	,149	,149	,149	,149	,149	,149	,149	,149	,149	,149	,148	,149	,148
Minimum		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	,5	0	,5
Maximum		85	80	80	90	100	80	80	80	55	39	55	39	39	75,0	100	45,0
Perzentile																	
	5	1,00	,00	,00	,00	5,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	2,500	20,00	2,500
	25	5,00	5,00	10,00	7,17	15,00	2,00	3,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	4,500	50,00	2,500
	50	10,00	10,00	20,00	10,00	30,00	5,00	5,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	8,000	75,00	4,500
	75	15,00	15,00	30,00	20,00	40,00	10,00	10,00	10,00	,00	,00	,00	,00	,00	13,000	90,00	4,500
	95	30,00	30,00	50,00	35,00	70,00	20,00	20,00	25,00	10,00	10,00	10,00	10,00	28,000	100,00	13,000	13,000

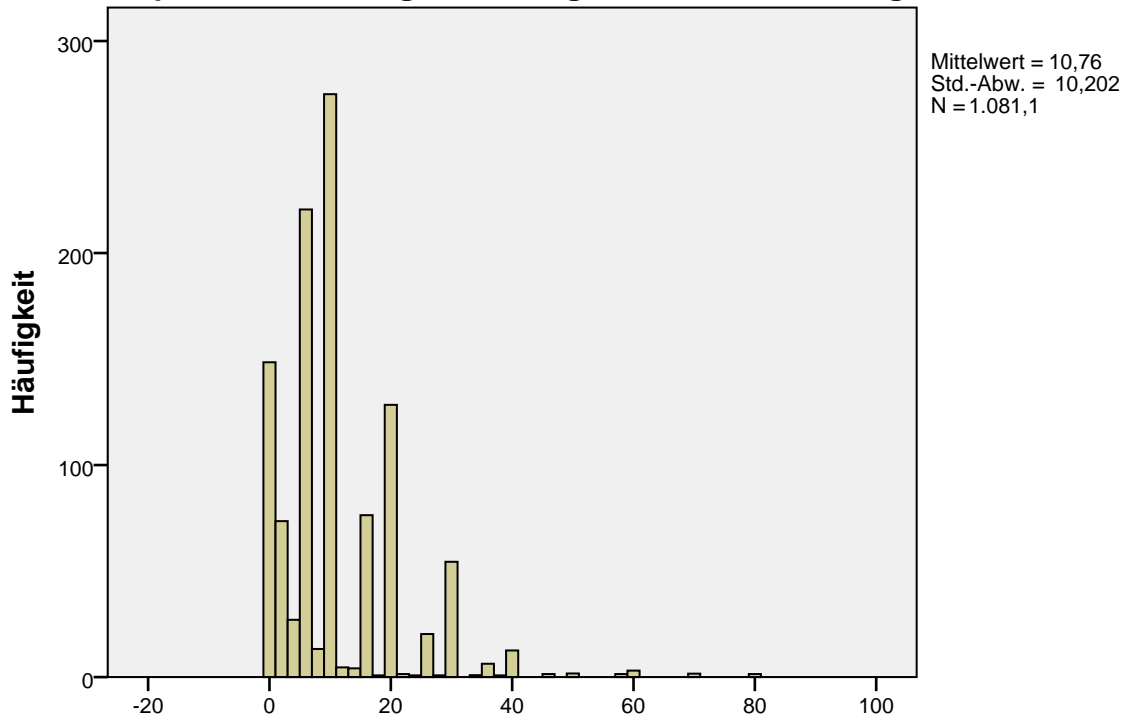
**G01_r1_c1 | % aller Rx-Packungen musste für die Abgabe Rücksprache erfolgen.
| % Packungen Fertigarzneimittel bei der es bei Abgabe zu Unklarheiten kam, die
Rücksprache mit Arztpraxen, Krankenkassen od. Großhandel erforderte?**



**G01_r1_c1 | % aller Rx-Packungen musste für die
Abgabe Rücksprache erfolgen. | % Packungen
Fertigarzneimittel bei der es bei Abgabe zu
Unklarheiten kam, die Rücksprache mit Arztpraxen,
Krankenkassen od. Großhandel erforderte?**

Fälle gewichtet nach gewichtung

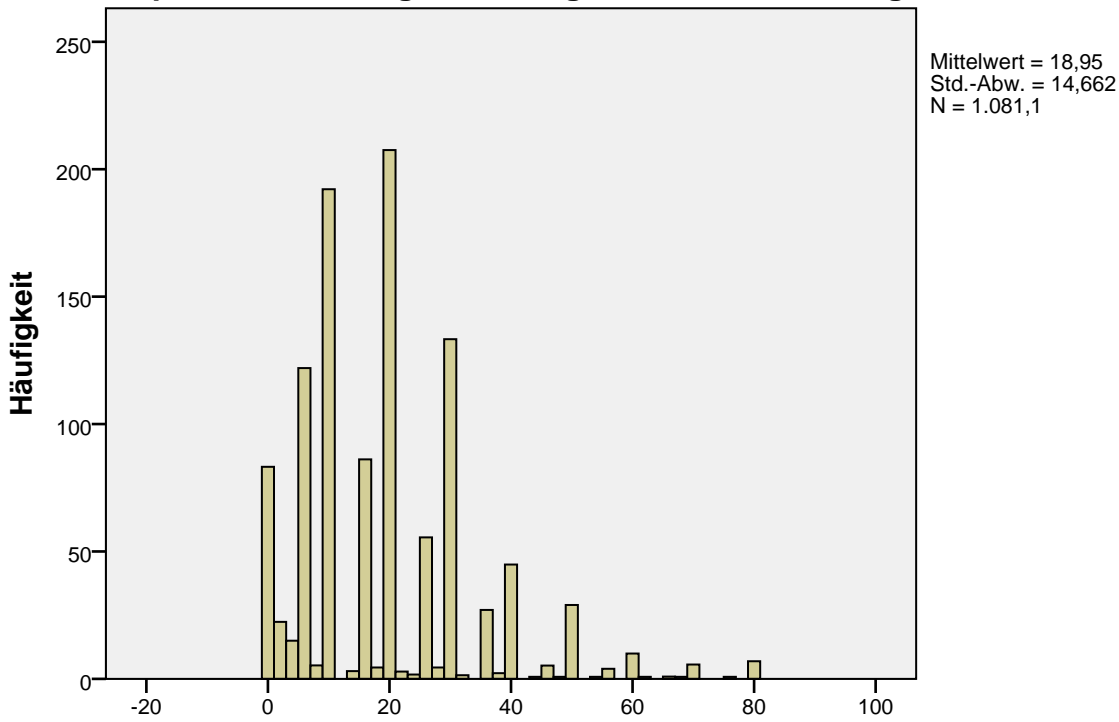
**G02_1 | Nicht-Verfügbarkeit von Import-Arzneimitteln | Verteilung
Rücksprachebedarf bzgl. Rx-Fertigarzneimitteln auf folgenden Anlässe?**



**G02_1 | Nicht-Verfügbarkeit von Import-Arzneimitteln |
Verteilung Rücksprachebedarf bzgl. Rx-
Fertigarzneimitteln auf folgenden Anlässe?**

Fälle gewichtet nach gewichtung

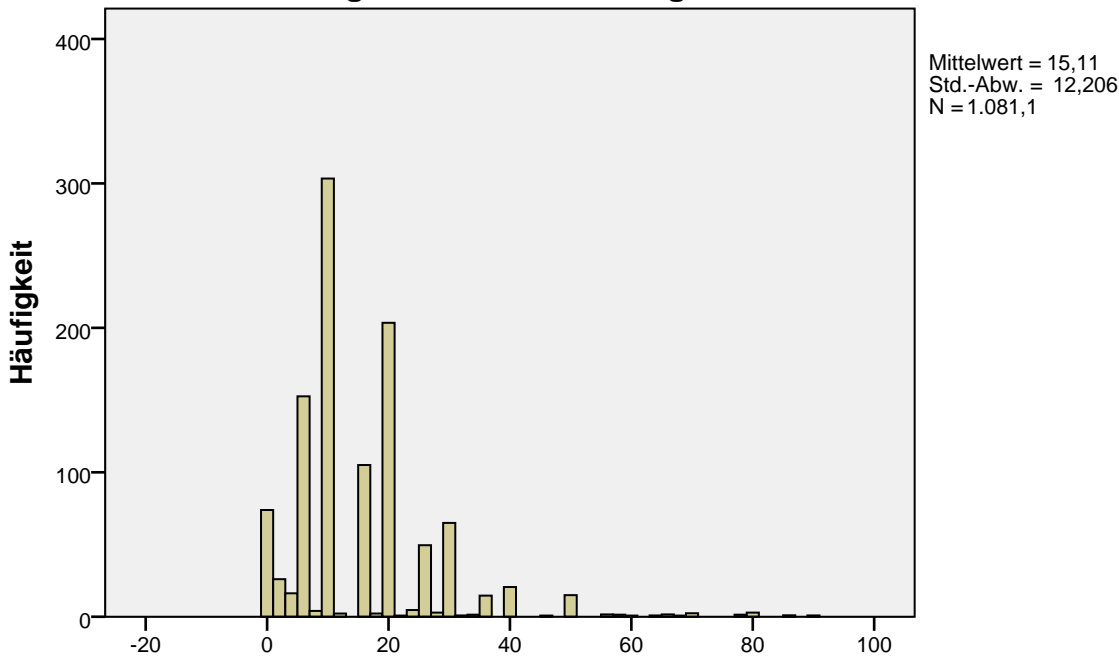
G02_2 | Nicht-Verfügbarkeit von Rabatt-Arzneimitteln | Verteilung Rückspachebedarf bzgl. Rx-Fertigarzneimitteln auf folgenden Anlässe?



G02_2 | Nicht-Verfügbarkeit von Rabatt-Arzneimitteln | Verteilung Rückspachebedarf bzgl. Rx-Fertigarzneimitteln auf folgenden Anlässe?

Fälle gewichtet nach gewichtung

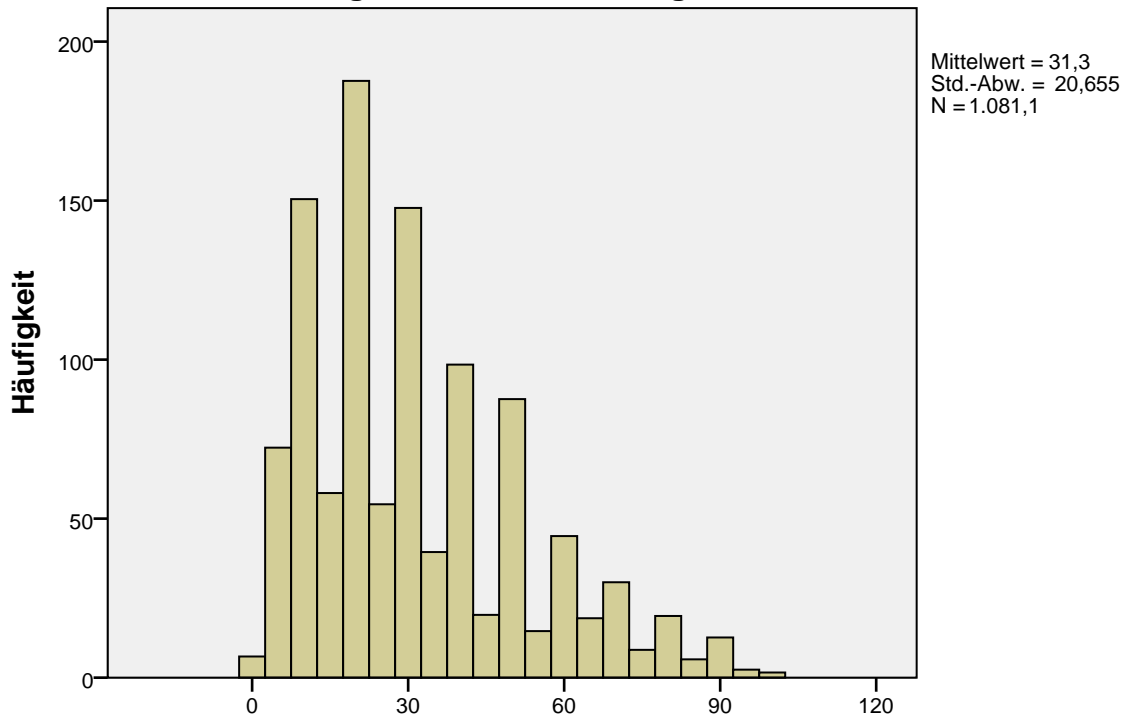
G02_3 | Nicht-Verfügbarkeit von sonstigen Rx-Fertigarzneimitteln (ohne Import- und Rabatt-Arzneimittel) | Verteilung Rückspachebedarf bzgl. Rx-Fertigarzneimitteln auf folgenden Anlässe?



G02_3 | Nicht-Verfügbarkeit von sonstigen Rx-Fertigarzneimitteln (ohne Import- und Rabatt-Arzneimittel) | Verteilung Rückspachebedarf bzgl. Rx-Fertigarzneimitteln auf folgenden Anlässe?

Fälle gewichtet nach gewichtung

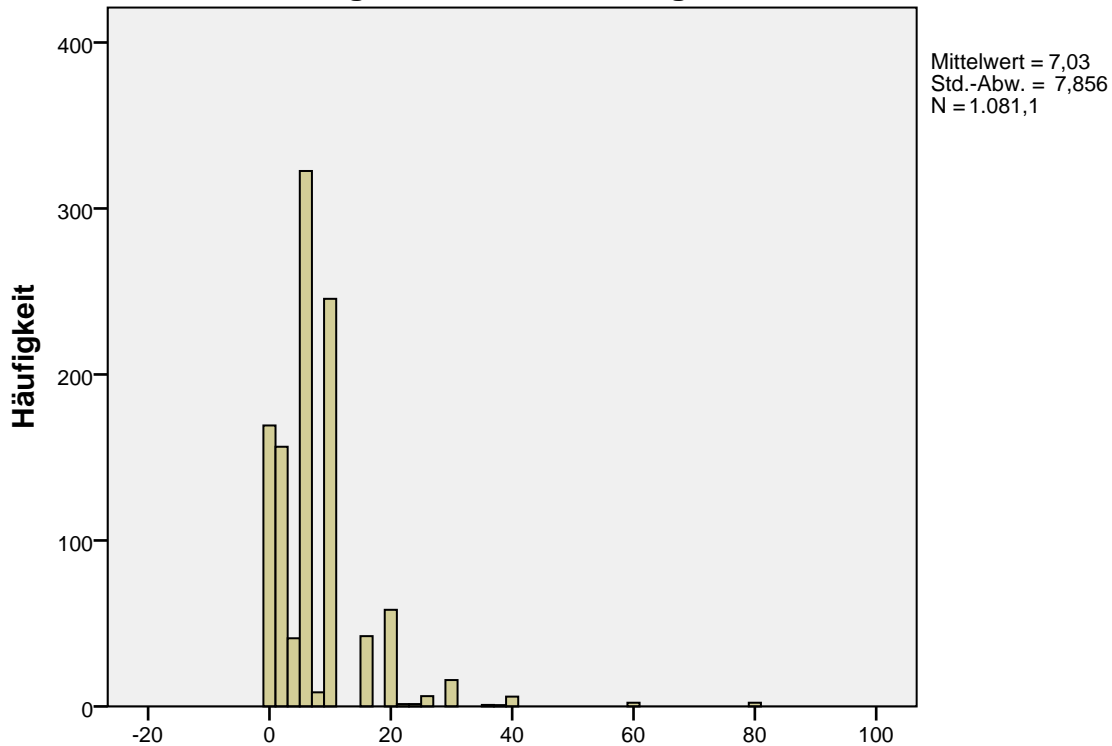
G02_4 | Fehlerhaft ausgestellte Rezepte | Verteilung Rückspachebedarf bzgl. Rx-Fertigarzneimitteln auf folgenden Anlässe?



G02_4 | Fehlerhaft ausgestellte Rezepte | Verteilung Rückspachebedarf bzgl. Rx-Fertigarzneimitteln auf folgenden Anlässe?

Fälle gewichtet nach gewichtung

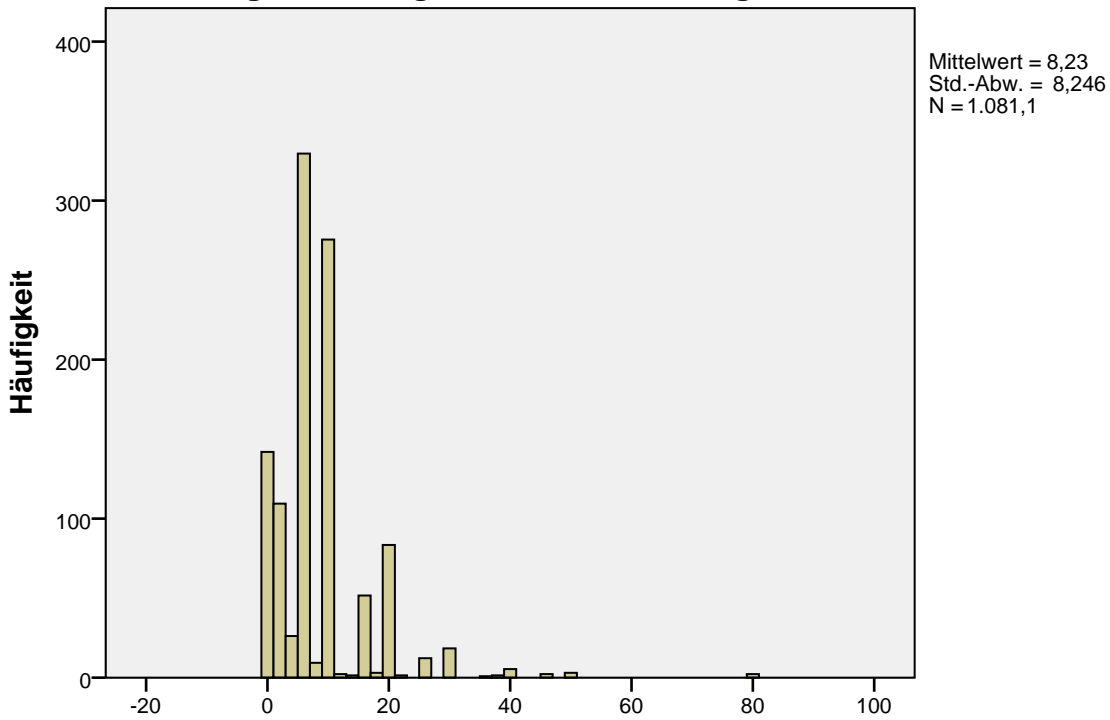
G02_5 | Retaxationen | Verteilung Rückspachebedarf bzgl. Rx-Fertigarzneimitteln auf folgenden Anlässe?



G02_5 | Retaxationen | Verteilung Rückspachebedarf bzgl. Rx-Fertigarzneimitteln auf folgenden Anlässe?

Fälle gewichtet nach gewichtung

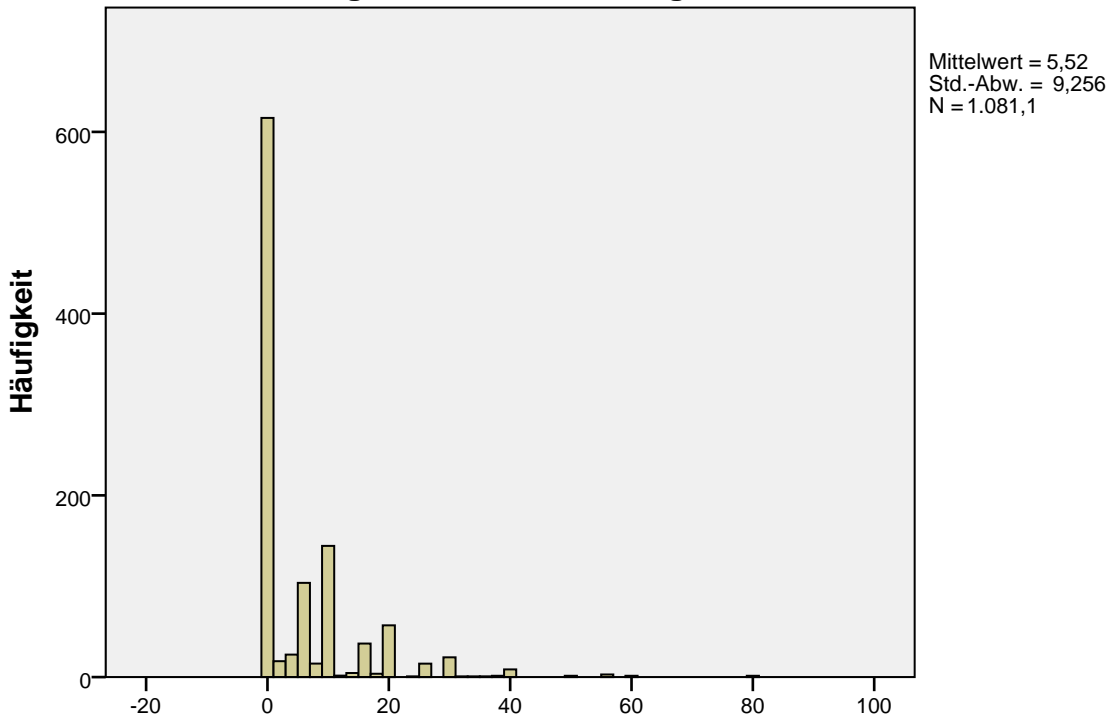
G02_6 | Zuzahlungs-Befreiung von Patienten | Verteilung Rückspachebedarf bzgl. Rx-Fertigarzneimitteln auf folgenden Anlässe?



G02_6 | Zuzahlungs-Befreiung von Patienten | Verteilung Rückspachebedarf bzgl. Rx-Fertigarzneimitteln auf folgenden Anlässe?

Fälle gewichtet nach gewichtung

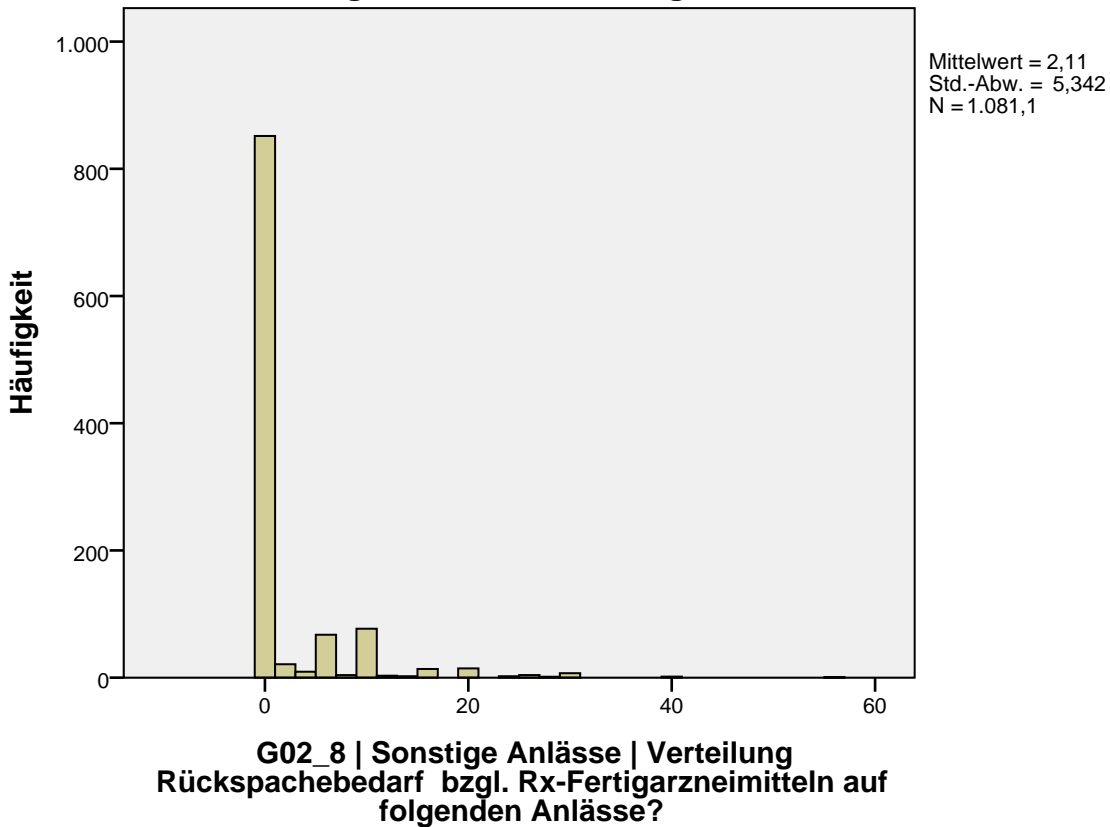
G02_7 | Sonstige Anlässe | Verteilung Rückspachebedarf bzgl. Rx-Fertigarzneimitteln auf folgenden Anlässe?



G02_7 | Sonstige Anlässe | Verteilung Rückspachebedarf bzgl. Rx-Fertigarzneimitteln auf folgenden Anlässe?

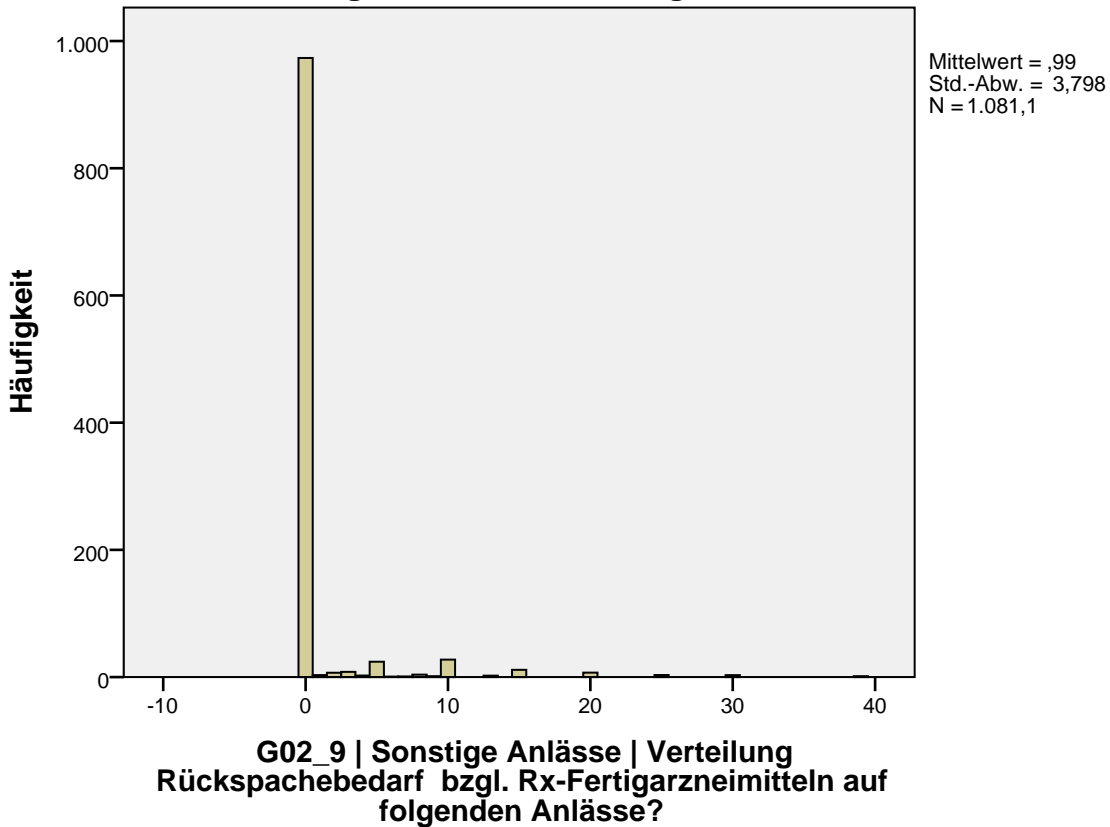
Fälle gewichtet nach gewichtung

G02_8 | Sonstige Anlässe | Verteilung Rückspachebedarf bzgl. Rx-Fertigarzneimitteln auf folgenden Anlässe?



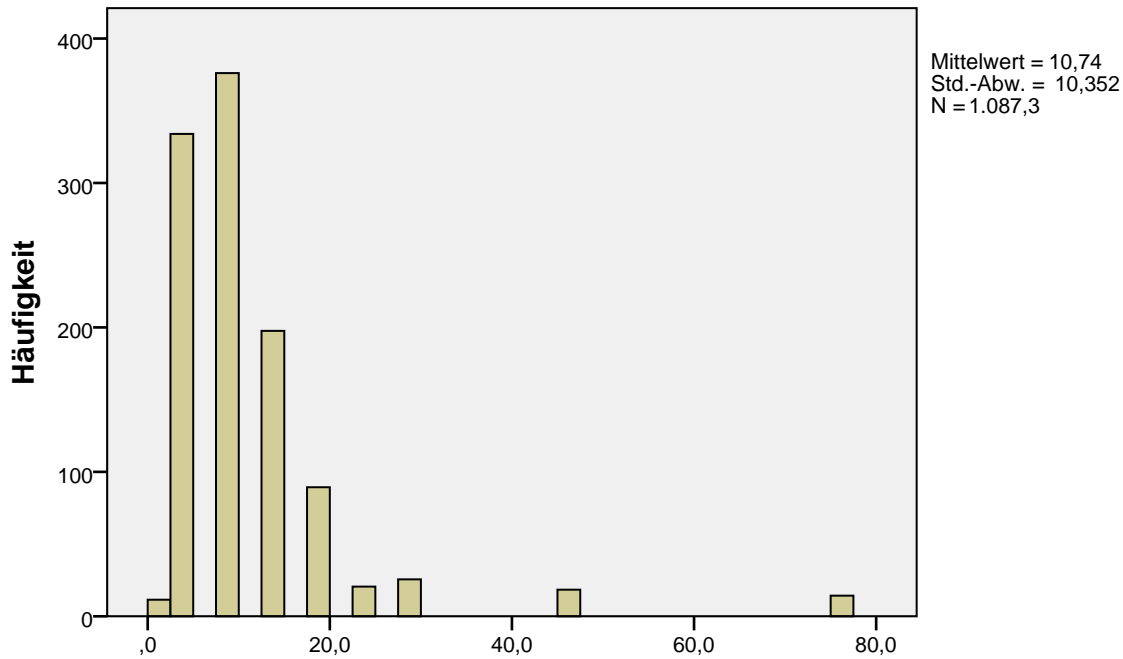
Fälle gewichtet nach gewichtung

G02_9 | Sonstige Anlässe | Verteilung Rückspachebedarf bzgl. Rx-Fertigarzneimitteln auf folgenden Anlässe?



Fälle gewichtet nach gewichtung

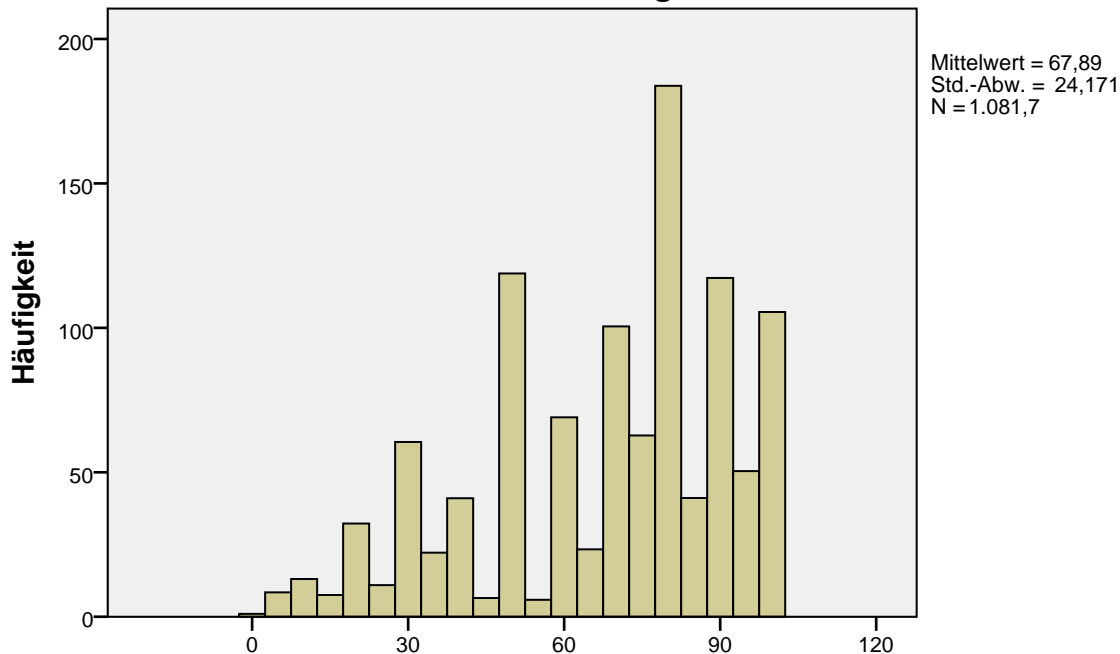
G03_neu | Mittelwert - Grobe Einschätzung, wie viel zusätzliche Zeit durchschnittlich in 2016 pro betroffener Rx-Fertigarzneimittelpackung benötigt wurde, um das Problem zu lösen.



G03_neu | Mittelwert - Grobe Einschätzung, wie viel zusätzliche Zeit durchschnittlich in 2016 pro betroffener Rx-Fertigarzneimittelpackung benötigt wurde, um das Problem zu lösen.

Fälle gewichtet nach gewichtung

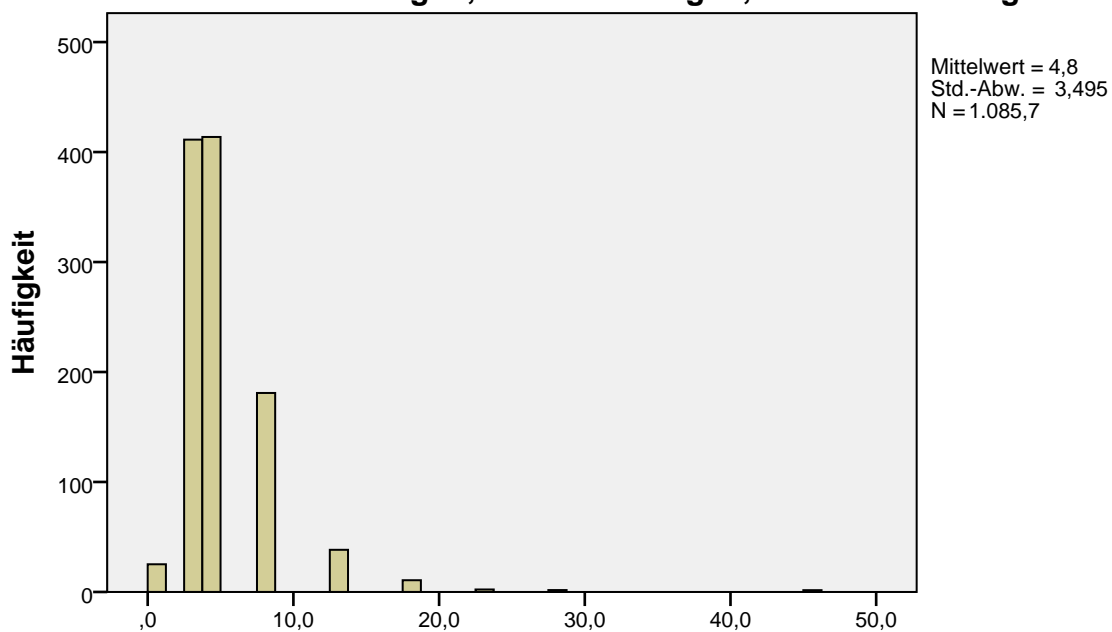
G04_r1_c1 | % aller OTC-Abgaben/Verkäufe erfolgte in 2016 eine Anamnese in der Apotheke. | OTC: Bei wie viel Prozent der OTC-Abgaben war eine Anamnese notwendig?



G04_r1_c1 | % aller OTC-Abgaben/Verkäufe erfolgte in 2016 eine Anamnese in der Apotheke. | OTC: Bei wie viel Prozent der OTC-Abgaben war eine Anamnese notwendig?

Fälle gewichtet nach gewichtung

G05_neu | Mittelwert - Einschätzung, wie lange durchschnittl. pro betroffener OTC-Packung eine Anamnese im Vorfeld dauerte. (Ohne Besprechung von Wechselwirkungen, Nebenwirkungen, weitere Beratung.



G05_neu | Mittelwert - Einschätzung, wie lange durchschnittl. pro betroffener OTC-Packung eine Anamnese im Vorfeld dauerte. (Ohne Besprechung von Wechselwirkungen, Nebenwirkungen, weitere Beratung.

Fälle gewichtet nach gewichtung

Gültig	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
- Die Zeit für Rezepturen kann im besten Fall durch „Multitasking“ um wenige Minuten kürzer sein als angegeben. Alles in allem ist aber 30-40 Minuten (Salbe) realistisch. - Zeitlicher Zusatzaufwand bei BTM war nicht zahlenmäßig richtig in ihre Tabellen eingebbar. Bitte Text lesen! - Zahl bei Anamnese ist hoch wegen unseres gesetzlichen Beratungsauftrags, auch wenn Kunde das nicht verlangt - Anzahl Hilfsmittelrezepte ca 1200, Packungen sind kaum ermittelbar! Z.B. größere Packungszahlen pro Rezept in der Inko-Versorgung. - Apothekengröße: 150 m2 Ladenlokal, 120 m2 Keller- und Lagerräume (mit 1/4 gerechnet)	1813	78,7	78,7	78,7
- für die nötigen Lieferscheine für BTM ist jeweils 1,00 Euro zu entrichten - leider wird der Dokumentationsaufwand für Blutprodukte und T-Rezepte außer Acht gelassen - ebenso wird auf die Bearbeitung anderer "Problem"-Rezepte (Importe , Defekte , ungerechtfertigte Retax. usw.) nicht eingegangen	1	,1	,1	78,8
- Sehr hoher Zeitaufwand durch verschiedene Hilfsmittelverträge - zeitraubende schriftliche Kostenvoranschläge für Hilfsmittel bei Krankenkassen - sehr hoher Aufwand für Gegenzeichnen durch Ärzte auf Verordnungen	1	,0	,0	78,8
---	1	,0	,0	78,9
-Das Risiko von Vollretaxationen wegen formaler Fehler muss eingepreist werden. Wenn Sie ein Arzneimittel abgeben und retaxiert werden, zB. weil der Arzt die Telefonnummer vergessen hat, bekommen Sie 0 €, haben aber das Arzneimittel eingekauft und dafür bezahlt. Bei hochpreisigen Arzneimitteln kann das Existenzbedrohend sein. -bei kleineren Apotheken schlägt der regulatorische, bürokratische Aufwand prozentual mehr zu Buche - bei geringer Apothekendichte werden die Fahrzeiten für die Patienten bzw. die Dienstintervalle für die Apotheker unzumutbar. Hier wären sinnvolle Unterstützungen in infrastrukturell benachteiligte Gebiete wichtig.	1	,0	,0	78,9
-Die "Herstellung von Pillen", welche in den Fragen zuvor auftauchte ist in obsoletter Vorgang, da Pillen eine historische Zubereitungsform darstellen. Der Schöpfer der Frage nach den Pillen hätte diese Frage einmal durchdenken sollen. -Wenn mit der Frage nach der "Herstellung von Bulkware" die Prüfung und damit verbundene Dokumentation von Ausgangsstoffen gemeint ist, so muss der Zeitasatz höher gesetzt werden: 75h	1	,0	,0	78,9
-erhalte ich eine auswertung? -nehmen versandapotheken an dieser umfrage teil ? -	1	,0	,0	79,0
:(	1	,0	,0	79,0
... nur -by the way - es gibt keine NICHT dokumentationspflichtigen Rezepturarzneimittel ... war so eine Formulierung in einer Ihrer ersten Fragen ... (Rezeptur = immer sehr zeitaufwändige Dokumentation) Beste Grüße	1	,0	,0	79,0
"Wartezeiten" gibt es nicht. Diese Zeit wird für Kontrollen, Dokumentationen und zur Information genutzt(z.B. -Kontrolle der belieferten Rezepte 4-Augen-Prinzip. - Kontrolle der Herstellungsprotokolle, -für Dokumentationen, welche die Apothekenbetriebsordnung vorschreibt oder das QMS fordert, -zur Information über wichtige Mitteilungen der Arzneimittelkommission, Rückrufe, Rote Hand Briefe, Kammerrundschreiben, ... und vieles mehr).	1	,0	,0	79,1
1.Wir haben einen Inkontinenzversorgungsvertrag mit der AOK (s.Hilfsmittel) 2.Ich habe das externe Lager für Inko-Ware (25qm) mit berücksichtigt. 3.Ich habe die Umsätze/ Räume als 11.3er Apotheke (Zyto durch KH-Apotheke) nicht mit einkalkuliert.	1	,1	,1	79,1
1)Dr Hüsgens hat eine Studie zum zeitlichen Mehraufwand bei Betäubungsmitteln erstellt. Sie erhalten diese kostenlos bei der Apothekerkammer Nordrhein (www.aknr.de) 2)Weder BTM noch Rezepturen werden Mengenmäßig erfasst. Die von mir angegebenen Mengen stellen daher eine geschätzte Minimalmenge dar. Die tatsächliche Abgabemenge kann bis zu 20% erhöht sein!	1	,0	,0	79,2
1)Tragen Sie bitte dazu bei , dass Versand von Rx verboten wird. 2)Pauschalbeträge für Inko-produkte von der Krankenkassen , sind nicht Human. 3)Rabattverträge sind die größte Unsinn , die ich in letzten Arbeitsjahren erlebt habe. 4) Apo-kammer u. Apo-verband . Was tun die wirklich ???	1	,0	,0	79,2
20 min sind nicht zu schaffen ! Abstufungen teilweise nicht zutreffend z.B. 0-1 min , 2-3 min fehlt 1-2 min	1	,0	,0	79,2
20 Minuten stimmt nicht ganz. Die Präzision der Fragestellungen war oft unzureichend. Hier war kein Fachmann/Frau am Werke, das kostet uns Zeit. Ich hoffe dennoch die Komplexitäten in unserem Apothekenalltag etwas herrüber gebracht zu haben. Bei den Hilfsmittel haben wir mittlerweile so einen Wust von Verträgen, dass es einer Halbtagskraft bedarf die das ganze in die Hand nimmt. Die müsste aber auch die fachlichen Kenntnisse haben, was eine sehr aufwendige Schulung erfordert. Ich habe mich dazu entschieden es selbst zu machen, was mich allerdings auch in der Summe mit anderen Tätigkeiten auf eine 60 bis 65 Stunden-Woche in den letzten beiden Jahren brachte. Selbst den Krankenkassen fehlen Ansprechpartner um immer eine befriedigende Antwort zu diversen Fragestellungen aus dem Hilfsmittelbereich zu beantworten. Defekturen spielen heutzutage bei uns nur noch eine untergeordnete Rolle bei der Anfertigung von Rezepturen.	1	,0	,0	79,3
Alle Angaben grob geschätzt. Vielen Dank für Ihr Interesse an unserem Leid	1	,0	,0	79,3
Alle, die über die Honorierung unserer Arbeit zu entscheiden haben, sollten ein bis zwei Tage in einer Durchschnitts!! Apotheke einmal mitgearbeitet haben, um zu verstehen, an wie vielen Fronten man gleichzeitig beschäftigt ist und was einem das Leben schwer macht, um seine Patienten trotzdem optimal zu betreuen!	1	,0	,0	79,4
Als AMTS aktive Apotheke ist der zeitliche Aufwand gar nicht berücksichtigt worden.	1	,1	,1	79,4
Als besonders belastend empfinde unbedingt den ständig steigenden bürokratischen Mehraufwand bei gleichzeitig vorhandener wirtschaftlicher Unsicherheit. Die Vegangenheit hat gezeigt, wie schnell Gesetze verschlossen werden, die sich nachhaltig und sofort wirtschaftlich verschlechternd auf die Lage der Apotheken auswirktrn. Investitionen zu planen ist kaum möglich, da es fraglich ist, ob diese sich noch jemals amortisieren werden. Hinzu kommt auch die über die Jahre gewachsene psychische Belastung, da Apotheken seit vielen Jahren nur noch als Fußballtreter im Geundheitssystem gesehen werden. Wie kann es bitte sein, dass wir für Fehler von Ärzten zur Kasse gebeten werden? Wie kann es sein, dass wir das Inkasso der Hersteller Rabatte unentgeltlich für die Krankenkassen übernehmen müssen und im zweifelsfalle dafür gerade zu stehen haben? Ich habe diesen Beruf und auch die Selbstständigkeit vor über 25 Jahren bewußt gewählt, jetzt bin ich froh, wenn ich überhaupt bis zur Rente darin tätig sein kann... Motivation geht anders. Mit freundlichen Grüßen	1	,0	,0	79,4
Als Landapotheke sind wir Ansprechpartner für unsere Kunden für alle Fragen zur Gesundheit; werden also oftmals vor dem Arztbesuch aufgesucht. Deshalb decken wir auch das gesamte Apothekensortiment (Himi u.ä.) ab. Für viele ältere Kunden sind wir einer der ganz wenigen Sozialkontakte, die sie im Alter noch haben. Die fehlende Mobilität decken wir durch 3 Rezeptsammelstellen ab, mit denen wir die umliegenden Ortschaften mit Arzneimitteln versorgen.	1	,0	,0	79,5
Am meisten (ohne Prozentangabe, eher gefühlt) zu schaffen machen die Diskussionen mit den Patienten bei neuen Rabattverträgen und der Erfassung der Plausibilität von pharmazeutischen Bedenken	1	,0	,0	79,5
An einer schriftlichen Auswertung bin ich sehr interessiert, nach Abschluss der Studie	1	,0	,0	79,6
Angabe der Aufteilung nach Arbeitsbereichen zu aufwändig. Für diese Erhebung fehlt mir die Zeit.	1	,0	,0	79,6
Angaben zu wirtschaftlichen Themen werden aus grundsätzlichen Gründen nicht gemacht	1	,0	,0	79,6
Apothekenmiete 2016 ca. 5000€ für 210 qm, 10 jähriger Mietvertrag	1	,1	,1	79,7
Apothekentyp Landapotheke gibt es leider nicht in Ihrer Befragung. Die Rezeptursubstanzen müssen aufwendig nach Arzneibuch geprüft werden. Änderungen bei Rezeptfehlern wurden nicht berücksichtigt. Wir müssen die Rezepte dann zum Arzt bringen/schicken. Auf dem Land sind das manchmal sehr weite Wege. Fragen zur Menge sind nur mit grösserem Aufwand beantwortbar.	1	,1	,1	79,7
Arzneimittel sind keine Waren auf die man Rabatte und Aktionen machen sollte! Warum unterliegen Bücher einer Preisbindung? Wenn ich tot krank bin, benötige ich AM und keine Bücher? Warum zahlen wir auf AM den Vollen Mwst Satz? Wo zahlen die Ausländischen Versandapotheken Ihre Steuern? Ich habe im letzten Jahr 1 Mitarbeiterin entlassen müssen! Die Einnahmen sinken und die Ausgaben für Verwaltung und Administration werden immer größer! Wenn man bedenkt, daß wir dazu noch der Willkür der Kassen bei Retaxationen ausgesetzt sind,... Die Existenz der Apotheke wird immer mehr gefährtet! Schade! Dabei sieht man in Meinungsumfrage immer, welch hohes Ansehen der Apotheker besitzt! Durch die sinkenden Erträge ist auch die Qualität in der Beratung gefährdet,....!	1	,0	,0	79,8

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Auffallend ist, daß die Anzahl nicht lieferbarer Artikel und damit der Zeitaufwand für die Belieferung eines Rezeptes laufend zunimmt. Die Diskussionen mit Patienten über die Abgabe von Arzneimitteln anderer Hersteller, sei es wegen neuer Rabattverträge oder Nicht-Lieferbarkeit, nehmen ebenfalls zu. Zusätzlich nehmen die Sprachkenntnisse der Kunden immer mehr ab, so dass das Erklären einfacher Sachverhalte immer aufwendiger wird. Beispiel: "Nehmen Sie die Tabletten bitte drei mal täglich ein." Antwort: "Einmal trinken?" Desweiteren erschweren immer neue Dokumentationspflichten die tägliche Arbeit.	1	,1	,1	79,8
Aufgrund des EUGH Urteils ist ein Rx Versandverbot unumgänglich. Es kann nicht sein, dass ausländische Großapotheken ganze Patientengruppen durch Lenkung via Krankenkassen abfischen, während die Apotheke vor Ort nur noch für Akutbelieferung und für Nacht- und Notdienste gut genug sind. Die Vergütung pro Packung muss planbar pro Jahr angehoben werden. Es kann nicht sein, dass sämtliche Kosten jährlich steigen, über die Vergütung der Apotheker nur in Dekaden nachgedacht wird, ohne zu handeln. Die Macht der Krankenkassen muss eingeschränkt werden und gleichzeitig das Mitspracherecht der Apotheker ausgeweitet werden. Krankenkassen orientieren sich weder am Patientenwohl noch an der Sinnhaftigkeit wie eine Versorgung vor Ort möglich ist (siehe Hilfsmittelverträge). Die Hilfsmittelverträge sind absurde Konstrukte, die Apotheker z.T. zwingen wollen HM unter Einkaufspreis abzugeben.	1	,0	,0	79,9
Aufwand für Beratung über AM, Interaktion, Einnahme, Medikationsanalyse, Intervention, Rücksprachen etc. ist in keinster Weise mit dem derzeitigen "Honorar" abgegolten; ebenso nicht die auferlegten Gemeinwohlpflichten. Der Aufwand zur ordnungsgemäßen Versorgung der Patienten mit AM oder MP ist enorm gestiegen (siehe Rabattverträge; Lieferverträge bezgl. Hilfsmittel, MP).	1	,1	,1	80,0
Aufwand für Pflege des QMS Systems fehlt.	1	,0	,0	80,0
Aufwand zur Prüfung von Arzneistoffen ca 20 min mit Protokoll wurde nicht abgefragt Wünschen uns klare kurze Regeln zur Abgabe von Arzneimitteln auf Rezept !!!! zu Lasten der Krankenkasse !!!!	1	,1	,1	80,0
aufwändiges Hilfsmittel Genehmigungsverfahren, Präqualifizierung und Kostenübernahmeerklärung	1	,1	,1	80,1
Aus meiner Sicht müsste die BTM-Abgabe nicht höher vergütet werden. Rezeptur ist in der Tat ein erheblicher Kostenfaktor, der ausschließlich durch die überbordende Dokumentation und das Vorhalten von Einrichtung, Schulung, Berufsgenossenschaftsvorschriften, Gefahrsstoffrecht etc. befeuert wird. Hier wäre Änderung nötig, nicht in der Honorierung. Wir verdienen genug.	1	,1	,1	80,2
Befragung war angenehm!!	1	,0	,0	80,2
Befragung wurde als E-Mail Spam betrachtet. Erst durch Anmerkungen von Kollegen in den sozialen Medien, danach Stellungnahme der Verbände/Kammern, mit denen diese Befragung nicht abgestimmt gewesen ist, wurde diese Befragung als legitim erkannt. In Zeiten von Spam und Phishing, bitte sprechen Sie ihre Aktionen mit den Verbänden ab, damit diese die Befragung ankündigen und als authentisch legitimieren können!	1	,0	,0	80,2
Befragung zu oberflächlich, um alle Arbeitsbereiche abzudecken, Kosten für die Rezepturherstellung, z.B. Handschuhe, Desinfektionsmittel etc. werden nicht abgefragt, Zeit-Schätzungen im Nachhinein schwierig...	1	,0	,0	80,3
Bei den allgemeinen Rezepturfragen wurde der große zeitliche Aufwand der vorgeschriebenen Eingangsprüfungen nicht berücksichtigt. Es fehlen viele Aspekte der täglichen Arbeit.	1	,0	,0	80,3
Bei den Begrifflichkeiten merkt man, dass Betriebsfremde die Fragen gestellt haben. Berufsangehörige würden andere Definitionen verwenden!! M.E. bekämen Sie so exaktere Angaben.	1	,0	,0	80,4
Bei den zeitlichen Aufwänden für die Zubereitung von parenteralen Lösungen sind noch die Zeiten für die Lieferung in die Arztpraxis, für die Beteiligung an Fachkongressen und für die berufspolitische Arbeit zu erwähnen.	1	,0	,0	80,4
Bei der Beantwortung der Fragen war es schwierig ,einen Mittelwert zu finden .Für manche Abläufe muss ein hoher Aufwand betrieben werden (zB. Rezeptur-Plausibilität etc.) der aber bei Wiederholung dann weniger Zeit in Anspruch nimmt.	1	,1	,1	80,5
bei der Berechnung des Zeitaufwands für Rezepturen ist der Zeitaufwand zur Prüfung der Ausgangsstoffe zu berücksichtigen. Dies ist sehr unterschiedlich, da von den häufiger vorkommenden Substanzen ja Anbrüche da sind. mitunter gibt es aber Rezepturen für sogar mehrerer Substanzen geprüft werden müssen, da selten vorkommende Wirkstoffe der Haltbarkeit wegen natürlich nicht vorgehalten werden können. der Zeitaufwand schwankt pro Rezeptur von 0 min, wenn alles da ist bis zu 3-4 Stunden, wenn mehrerer Sustanzen geprüft werden müssen und/oder einzelnen Prüfungen sehr aufwendig sind.	1	,0	,0	80,5
Bei der Betrachtung der Gesamtkosten für die Bereitstellung eines Arzneimittels / eines Versorgungsgutes ganz allgemein müssen viele weitere, hier nicht abgefragte Kostenarten mit berücksichtigt werden wie Instandhaltung, Management, Personalverwaltung, Buchhaltung u.v.m... Dies kommt immer noch dazu!!	1	,0	,0	80,5
Bei der Klärung von Unklarheiten wird nicht berücksichtigt, wieviel Zeit man wirklich benötigt und welche Kosten entstehen um letztendlich die verantwortliche Person zu erreichen, z.B. Öffnungszeiten, Besetztscheiben des Telefons, Verantwortlicher nicht erreichbar, Rückruf erfolgt nicht, Wege zum Arzt um die Änderungen/Klärungen unterschreiben zu lassen (Zeitbedarf, Benzin- und Botenkosten, Porto etc.)	1	,1	,1	80,6
Bei der Lage der Apotheke fehlte die "Vorort-Apotheke" und die "Landapotheke", es werden nicht der persönliche Einsatz, der heutzutage notwendig ist und die soziale Absicherung berücksichtigt. Wie viele Stunden pro Woche sind sie in Ihrer Apotheke präsent. Wieviel Tage haben Sie im letzten Jahr Urlaub gemacht,.... usw. Sonst manchmal schwer zu schätzen...	1	,1	,1	80,7
Bei der Lagebeschreibung der Apotheke sind die Auswahlmöglichkeiten nicht ausreichend. Die normale durchschnittliche Landapotheke ohne Aertztelhaus und 1A Lage, dennoch nicht im reinen Wohngebiet fehlt . Abgesehen davon wäre eine Unterscheidung zwischen Land- und Stadtapotheke sehr sinnvoll, da auf dem Lande z.B. durch fehlenden ÖPNV andere Voraussetzungen als in der Stadt herrschen.	1	,0	,0	80,7
Bei der OTC Beratung wird nicht nur eine Anamnese durchgeführt, sondern auch überprüft, ob der Kundenwunsch auch das richtige Medikament ist, diese Überprüfung dauert auch ca. 3-5 Min und erfolgt ca. bei 70 % der Kunden mit Präp.-wunsch.	1	,1	,1	80,8
Bei der Zuordnung der Apothekenstandorte wurde NUR von städtischen bzw. Ideallagen ausgegangen. Offensichtlich ist nicht bekannt, dass der größte Teil der deutschen Apotheken von solchen Standorten mit idealen Voraussetzungen bestenfalls träumen kann. Es fehlt z.B. "Landapotheke/ xx Ärzte im Umkreis von xx km" Aus diesem Grund wurde von mir "keine Angabe" angegeben. Fragen, die den Zeitraum eines ganzen Jahres erfassen und "ca Packungen insgesamt" oder "ca Std insgesamt" betreffen, wären wesentlich genauer zu beantworten, wenn aufgrund von Ankündigung Ihrerseits Aufzeichnungen geführt worden wären. Es fehlt völlig die Frage nach dem erhöhten Aufwand für Rezepturen aufgrund der kürzlich hinzugekommenen unsäglichen Dokumentationspflichten, Der allein hierfür zusätzliche Zeitaufwand beträgt ca. 20min Arbeitszeit einer/s PTA je Rezeptur !!! Weiterhin kommen seit der Zwangseinführung der Führung eines QMS (für KLEINE Apotheken praktisch ein reiner Zusatzaufwand ohne Nutzen)im günstigsten Fall ca.50 Stunden Arbeitsaufwand im Jahr hinzu. Typische, immer noch unentgeltliche Tätigkeiten einer Landapotheke werden in Ihrem Fragekatalog nicht erfasst, z.B. persönliche Besuche von Patienten durch Apotheker oder PI auch vor oder nach der Arbeitszeit, Hilfe für ältere Patienten beim Ausfüllen von Formularen etc.	1	,0	,0	80,8
Bei der Frage zum Standort fehlt mir die Landapotheke	1	,0	,0	80,8
Bei einigen Fragen hätte man sich ein Bemerkungs-Feld gewünscht, so dass individueller geantwortet werden könnte. Allerdings kann man dies dann wahrscheinlich nicht hinreichend automatisiert auswerten.	1	,1	,1	80,9
Bei einigen Fragen wären Prozentangaben sinnvoller mit < bzw. 0,x (vor allem bzgl BTM)	1	,1	,1	81,0
Bei OTC Anamnese Frage: Eine Indikationsermittlung findet bei uns immer statt. Die 20% nicht-Anamnese-Kunden sind die, die unsere Beratung nicht wünschten (z.B. Boten, expliziter Medikamentenwunsch).	1	,0	,0	81,0
Beratung bei Umstellung auf neue Rabattarzneimittel wird immer zeitaufwendiger und Ablehnung durch die Versicherten nimmt zu, diese Aufwendung an Arbeitszeit ist nicht erfaßt.Belastung der pharm.Teams durch Prä- und Zertifizierung , ständig neue Vertragsänderungen zur Abgabe von Heil- und Hilfsmitteln und deren zusätzliche Dokumentation.	1	,0	,0	81,0

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Beratungsdauer steigt durch Kunden, die schlecht/wenig deutsch können Fachkräftemangel insbesondere PTA, Apotheker; keine echte Personalauswahl möglich dadurch höhere Lohnforderungen um Personal zu halten, teilweise nicht realistisch Lagerwertverluste durch Artikel, die aus Rabattvertrag fallen (zeit und Geld)	1	,1	,1	81,1
Berechnung der Arbeitskräfte zu kompliziert . Da fehlt einfach die Zeit..	1	,0	,0	81,1
Berücksichtigen Sie den erheblichen Aufwand für die Prüfung von Ausgangsstoffen und bei der Hilfsmittelbelieferung den enormen bürokratischen Aufwand für die Präqualifizierung. Änderungen bei Rezepten erfordern nicht nur die telefonische Rücksprache, sondern auch den Botengang zur Arztpraxis . Wir beschäftigen zwei Fahrer zu Auslieferung von AM oder Fahrten zu entfernt liegenden Arztpraxen .	1	,0	,0	81,2
Berufung, unendlich viel Geduld, viel Fleiß, Empathie, Kreativität((Deko,Aktionen,...)),immer auf dem neusten Stand der Technik sein, schlaflose Nächte und den Tag drauf Top fit, nie krank, Lesen und Fortbildung als Hobby und zum Glück keine Zeit zum Geldausgeben,welches nicht da ist. BTM Doku 26 cent, der Großhändler verlangt 1 € für die Bestellung. Kapselherstellung und Doku 2.5 Stunden, Arbeitslohn 7,50€, Einkaufswert der Zutaten teurer als der Gesamtpreis der Rezeptur. Investitionen in Präqualifizierung und dann kündigen die KK doch die Verträge,..... 20.45Uhr Feierabend	1	,0	,0	81,2
Beschaffung von gängigen Medikamenten bereitet mehr und mehr Probleme. Zum einen sind häufig Rabattvertragsmedikamente nicht verfügbar, zum anderen müssen inzwischen sehr viele patentgeschützte Arzneimittel (scheinbar aufgrund der Erstattungsbeträge) im "Minidirektgeschäft" besorgt werden. Dies führt zur Zeit zu einem extremen Mehraufwand (pro Medikament ca 5-10 min).Die Zeit resultiert daraus, dass die Bestellung häufig nur über bestimmte WEB-Portale (z.B. Pharma-Mall) getätigt werden können, die keine direkte Schnittstelle zu Warenwirtschaft haben. Jede einzelne Rechnung muss zusätzlich buchhalterisch verarbeitet werden,und und und. Hier liegt die prozentuale Quote dürfte inzwischen bei 5% liegen.	1	,0	,0	81,2
beseitigen sie diesen ganzen bürokratischen Aufwand und geben sie den Ärzten und Apotheken wieder Ihre Verantwortung zurück.Beispiel Rabattverträge gehören abgeschafft Einsparungen von 2 Milliarden bei den KK (2 Milliarden flossen der Pharmaindustrie wieder zu zur Unterstützung der Forschung)Riesiger Arbeitsmehraufwand bei den Apotheker Zusatzkosten wegen vermehrter Krankenhausbehandlungen durch falsche Arzneimitteleinnahme -wechselnde Vertragsfirmen führen zu andersfarbigen Tabletten dies wiederum zur Doppel oder nicht Einnahme Folge Krankenhaus -auf der einen Seite wird durch Mehrbelastung der Apotheker optisch eingespart.Im Krankenhaus entstehen Mehrkosten durch falsche Arzneimitteleinnahme (Patient hat schon ewig 2 weisse tabletten am Morgen genommen Rabattarzneimittel ist jetzt rot und er nimmt die rote zusätzlich) und die Industrie holt sich das Geld auf anderen Wegen wieder zurück Rabattverträge führen zu einem gewaltigen Anstieg der Retaxationen.Aus meiner Sicht eine ungerechtfertigte Bereicherung der KK die dies als Einsparerfolg der Rabattverträge verkaufen.	1	,0	,0	81,3
Besonders die Bereiche Retaxation und Hilfsmittel beschäftigen einen auch außerhalb des zeitlichen Rahmens in der Apotheke. Als Apothekeninhaber versucht man die Patienten bestmöglich zu versorgen, was bei Hilfsmitteln dazu führt, dass diese zum Teil zu Preisen abgegeben werden die in keinem Verhältnis zum betriebenen Aufwand stehen. Alles zum Wohl des Patienten, schnellstmöglich, mit einem Lächeln im Gesicht ohne den Patienten mit weiteren Details zu behelligen und auch noch nicht im Klaren darüber ob es überhaupt eine Vergütung geben wird. Dazu kommen noch die zu 90% ungerechtfertigten Retaxationen. Die Einsprüche werden dann auch noch zum Großteil abgewiesen. Das ist frustrierend und erweckt den Eindruck, dass einige Krankenkassen versuchen, mit Hilfe von Nullretaxationen ihre Kosten zu senken. Die Nichtbezahlung erbrachter Leistungen gibt es meines Wissens nur im Gesundheitssektor.	1	,0	,0	81,3
Bin mal gespannt, wie Sie mit diesem Fragebogen unseren gestiegenen Aufwand adäquat ermitteln wollen. Bin sehr enttäuscht.	1	,1	,1	81,4
bitte fragen Sie den Zeitaufwand für Prüfungen der Ausgangsstoffe ab.	1	,0	,0	81,4
Bitte haben Sie Verständnis dafür, daß ich auch in einem anonymisierten Tool keine Aussagen zu Umsatz und Mitarbeitern mache.	1	,0	,0	81,5
Bitte schauen Sie sich diverse Apotheken von innen an und bilden Sie sich dann eine Meinung. Der Tagesablauf ist wesentlich komplexer, als man ihn in Prozenten darstellen könnte. Jeder arbeitet hier in seinem Gebiet und anderen Gebieten, da kann man nicht 100% auf WaWi, Beratung etc auf alle Köpfe inkl Inhaber verteilen. Es gibt auch viel mehr Aufgaben als dargestellt wurden. Mir ist unbegreiflich, wie ein externer Unternehmensberater anhand solch einer oberflächlichen Umfrage, den Apothekenalltag auswerten möchte. Mit freundlichen Grüßen.	1	,1	,1	81,5
Bitte übersenden Sie mir die Umfrageergebnisse. Vielen Dank.	1	,1	,1	81,6
Bitte vergessen Sie nicht die soziale Funktion einer Apotheke. Wir klären viele Fragen aus dem täglichen Leben. Eine gute Apotheke hat einen Überblick über die sozialen und familiären Strukturen der Kunden.Es wird in der Politik zuviel über Geld bzw Kosten gesprochen,aber die Belange der Menschen fallen dabei hinten runter. Nicht alles lässt sich durch freien Wettbewerb im guten Sinne für die Menschen regeln. Die Krankenkassen haben ein bürokratisches Betätigungsfeld für Apotheken geschaffen,dass weder den Kunden noch Apotheken oder Krankenkassen nützt. Das könnte man deutlich entschlacken. In der Apotheke geht es zuviel um Einhaltung aller bürokratischer Krankenkassenregeln und es bleibt oft zuwenig Zeit für die Belange der Menschen. In meiner Apotheke steht noch der Mensch im Mittelpunkt, bei der Krankenkasse scheint es die bürokratische Regel zu sein!	1	,1	,1	81,6
BTM: Wir bezahlen wie fast alle Apotheken pro BTM 1€ an den Großhandel. Rezeptur: Wir fertigen unsere Rezepturen zeitnah, dh am selben spätestens darauffolgenden Tag an. Da die Anzahl der Rezepturen sehr schwankend ist führt dies dazu, dass ich generell dafür Sorge eine ausreichende Personaldecke einzuteilen. Mein Personal bekommt deutlich (20-40%) über Tarif und besucht sehr viele Fortbildungen. Zudem nehmen wir uns Zeit alle Probleme unserer Kunden zu lösen. Dadurch ist der Gewinn der Apotheke "nur" im oberen fünfstelligen Bereich, was bei unserem Umsatz ungewöhnlich ist. Qualität hat seinen Preis. Wenn wir in absehbarer Zeit nicht besser vergütet werden, muss ich diese Qualitätsorientierung leider aufgeben.	1	,0	,0	81,7
bürokratischer Aufwand im Zusammenhang mit fehlerhaften Rezepten wird nicht beachtet. Klarstellung und d.Änderung der Verordnung zu Lasten d.GKV nirgendwo erfasst. Rezepte aus Krankenhäusern zu 50 Prozent fehlerhaft,Änderungen sehr schwierig mangels kompetenter Ansprechpartner u.fehlerhafter Software	1	,1	,1	81,7
Da der Anteil von Frauen mit Kindern sehr hoch ist, entstehen viele Teilzeitstellen, die die Abläufe,Kommunikation im Betrieb erschweren und zusätzlichen Zeitaufwand bedingen. Außerdem steigen die Ausfallzeiten wegen Krankheit der Kinder, was organisatorisch ein Problem darstellt und nur durch eine zusätzliche Teilzeitstelle kompensiert werden kann.	1	,0	,0	81,8
Danke	1	,0	,0	81,8
Danke für die Möglichkeit einen Überblick über einen Anteil der üblich in der Apotheke anfallenden Arbeitsaufwand geben zu können. Bisher nicht befragt wurde der Bürokratieaufwand für restliche Abläufe in der Apotheke, wie Personalplanung, Homepageerstellung, Retaxationen, Beantragungen, Dokumentationen... der gerade den Chef die meiste Zeit in Anspruch nimmt.	1	,0	,0	81,8
Das Betätigungsfeld von Apothekern in öffentlichen Apotheken ist geprägt von Überregulierung. Die Verpflichtung zur Dokumentation, die immer schwieriger werdende Beschaffung von Arzneimitteln (Nichtverfügbarkeiten von sog. Kontingent-Arzneimitteln, Ausschöpfung von Skonti bei Direktlieferung von Hochpreiserern usw.), die Auseinandersetzung mit Retaxationen, die Vertragsverhandlungen mit Krankenkassen inkl. Präqualifizierung, Vertragsbeiträge, Kostenvorschläge für Hilfsmittel, QMS, Besuch von der Aufsichtsbehörde, uvm. erschweren den Berufsalltag. Gleichzeitig erschwert der deutlich wahrnehmbare Wettbewerb im OTC-Bereich durch Versandhandelsangebote das Tagesgeschäft.	1	,1	,1	81,9
Beratungsdiebstahl ist mittlerweile normal: Beratung erfolgt in der Apotheke vor Ort, der Kauf im Internet! Die Notdienstbelastung in ländlichen Gebieten ist schon heute erheblich. Ich leiste mit meinen 3 Apotheken 107 Nacht- und Notdienste im Jahr. Eine deutliche Anpassung der Honorierung ist lange überfällig: 8,35 € pro RX-Packung sind kein Garant für das Überleben kleinerer Apotheken, die aber deswegen nicht weniger zum Gemeinwohl beitragen.	1	,1	,1	81,9

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Das Mehr an abgegebenen Packungen darf nicht abgezogen werden (das wird auch nicht bei Ärzten oder sonst wo so gemacht!), denn es bedeutet auch ein Mehr an Arbeit. Das wäre so als würde man bei einer Gehaltserhöhung damit argumentieren, dass z.B. der Arbeitnehmer ja wöchentlich 10 Überstunden ableistet und diese mehr bezahlt bekommt, also schon mehr bekommt als zu dem Zeitpunkt, als er noch keine Überstunden gemacht hat.	1	,1	,1	82,0
Das momentane Apothekenhonorar ist absolut ungerecht. Beweis dafür sind die massenhaften über 3.000 Apothekenschließungen bundesweit. Auf die damit verbundenen persönlichen Schicksale der Apothekeninhaber möchte ich hier nicht näher eingehen. Wenn das jetzige Honorarsystem bestehen bleibt, ist mit weiteren massiven Schließungen zu rechnen. Die dann für die Bevölkerung entstehenden Versorgungslücken sind massiv und irreparabel. Um diese verhängnisvolle Entwicklung zu stoppen, müsste meines Erachtens folgendes geschehen: eine vernünftige Honorierung der Apothekeninhaber und zwar durch Rückführung auf das Arzneimittel- preisverordnungsgesetz aus dem Jahr 2000. Alles andere ist Augenwischerei.	1	,0	,0	82,0
Das nicht kalkulierbare Verhalten der gestzlichen Krankenkassen im Hinblick auf die Einhaltung der Rabattverträge und eines immer größer werdenden Chaos bei der vertraglichen Änderungen erzeugt nicht kalkulierbare Kosten und Zeitaufwendungen Die Koordination von Herstellerdefekten, Rabattartikeln Dokumentation zur eigenen Absicherung von Rechts- und Zahlungsansprüchen ist weder berechen- noch planbar (Keine Planungs- und Handlungssicherheit in Weisung und Arbeitsleistung). Das tut sich kein junger Mensch mehr an. Deshalb wird es immer schwerer insbesondere approbierte Apotheker als Angestellte oder Nachfolger zu finden. Unsere gut ausgebildeten Fachkräfte arbeiten lieber im Ausland !!!!!	1	,0	,0	82,0
Das Retaxrisiko wurde bei Rezeptur- und BTM-Verordnungen von den Krankenkassen bislang besonders stark genutzt. Und die Stolperfallen bzgl. der Aufsichtsbehörde, bei eingegangenen Fehlern, ziehen sich durch die Dokumentation über mehrere Jahre hin. Möglicherweise eingeschlichene Fehler sind damit noch nach Jahren nachweis- und strafbar!	1	,0	,0	82,1
Das von mir als Apothekenleiter/-inhaber eingesetzte und gebundene Kapital steht wie auch meine wöchentliche Arbeitszeit von mehr als 70 Wochenstunden nicht in einem betriebswirtschaftlich sinnvollen Verhältnis! Auch wird das unternehmerische Risiko und die Führungsverantwortung keineswegs angemessen vergütet! Alleine der Nettowert des Warenlagers beträgt etwa 270.000 €. Es müssten mehr wirtschaftliche Reserven für eine kontinuierliche Modernisierung, Weiterentwicklung und Anpassung an gesetzliche Vorgaben erwirtschaftet werden können. Dies sollte künftig nicht mehr voll zulasten einer auskömmlichen Vergütung des Inhabers möglich sein. Ein erdrückendes Problem der Branche ist, dass Approbierte und PTAs so gut wie nicht zu finden sind. Systematisch klinken sich Kommunen und Bundesländer aus der (Mit)finanzierung von PTA-Schulen aus, greifen aber im Gegenteil selber auf diese ausgebildeten Arbeitskräfte zurück. Eine in der Fläche lückenlose und qualifizierte Arzneimittelversorgung braucht also deutlich bessere finanzielle und personelle Ressourcen. Eine überalternde Bevölkerung wird nicht durch den wachsenden Versandhandel und damit einhergehende unflexible Versorgung ohne zwischenmenschliche Hilfsbereitschaft adäquat versorgt werden können!	1	,0	,0	82,1
Dauer um die Zahlen einigermaßen mit Daten unterfüttert einzugeben: 60 min. Besitzen aber einen sehr hohen Organisationsgrad bezüglich unserer Abverkaufs, Bewegungs- und betriebswirtschaftlichen Daten. Kann auf alles von diesem Eingabeort -vorbereitet und oft genutzt - zugreifen.	1	,1	,1	82,2
Der Anteil zeitfressender Bürokratie steigt immer noch mehr an. Besonders hervorzuheben unsinniges Qualitätsmanagement aufgepöppelt auf eh schon hohe Regelungsdichte und Detailvorschriften. Hoher Zusatzaufwand durch Rabattverträge der Krankenkassen mit dadurch bedingter höherer Defektquote und vermehrten Botenfahrten. Ständige Anpassung des Warenlagers an veränderte Rabattvertragssituationen der jeweiligen Krankenkassen erforderlich. Dadurch hoher Erklärungsbedarf (Zeitaufwand) bei Präparatwechseln den Patienten gegenüber! Extrem bürokratische Hilfsmittelversorgung. Genehmigungsanträge zur Hilfsmittelversorgung benötigen sehr viel Zeit bei in der Regel kleiner Marge! Hoher Dokumentationsaufwand für Rezepturen bei geringer Vergütung.	1	,1	,1	82,2
Der Apothekerberuf ist sehr komplex ,daher ist diese Umfrage sehr "schlank". Zum anderen kann auch eine Apotheke ,die nur 1 Rezeptur pro Jahr herstellt,ein Leben retten !	1	,0	,0	82,3
Der Aufwand für die Belieferung eines normalen Rezeptes hat sich durch die Vielzahl an Rabattverträgen im Vergleich zu dem Aufwand von vor 10 Jahren verdreifacht, weil es nicht aus fachlichen aber aus softwaredarstellungsrelevanten Gründen zwingend notwendig ist, die genaue Verordnung des Arztes bei der Auswahl einzugeben. Da die Arzt-und Apothekensoftware nicht identisch sind, kann das einen überdurchschnittlich hohen Zeitaufwand bedeuten, welchen wir leisten müssen, da durch die Retaxationspraxis Fehler in diesem Bereich direkte wirtschaftliche Folgen haben. Zusätzlich dazu ist durch die nahezu inzwischen nicht mehr akzeptable Defektquote nicht nur im Rabattarzneimittelbereich eine dauernde zeitliche Mehrbelastung durch Onlineabfrage oder Rezeptnachbearbeitung in nicht mehr vernachlässigbarem Ausmaß zu dokumentieren. Weiterhin ist durch die Zunahme der unfreiwilligen Direktbestellungen (Kontigentartikel, nicht über den GH gelieferte neue Arzneimittel)und bei diesen auch häufig allein über Internet(Fax bedeutet 1 min, Internet mindestens 5 min zzgl. Dokumentation der Zugangsdaten in in Übereinstimmung mit dem Datenschutz), der Zeitaufwand für die Belieferung eines normalen Rezeptes gestiegen. Die erhöhten Direktbestellungen bedeuten auch eine finanzielle Vorleistung z.T. in Größenordnungen von mehreren 10000 Euro. Die zwangsweise Verlagerung von Dokumentation (Rechnung per Mail)auf das Internet kostet ebenfalls zusätzlichen Zeitaufwand und natürlich werden auch Kosten auf den Empfänger verlagert. Als letzter Hinweis...die dramatische Erhöhung des Versandes egal welcher Güter halte ich für eine umweltschutzrelevante Fehlentwicklung (Verpackung,CO2), die durch gewerbesteuerliche Ausfälle zusätzlich noch unsere Infrastrukturentwicklung belastet!	1	,0	,0	82,3
der Aufwand für Dolumentationen , Anträge an die Krankenkassen, Fehler ausmerzen für Ärzte ist zu groß geworden. Der Kostendruck ist für Apotheken in Konkurrenzlage immens. Als Apotheker mit zusätzlicher Heilpraktiker-Ausbildung bin ich mehr Kaufmann und Bürokratie - Erelidiger (QMS / Praequalifizierung / Lagerhaltung / Buchführung etc.), als das ich meine Hauptaufgabe der Kundenbetreuung ausführen kann. " Wir sparen uns zu Tode " mfG. Ingo M. Walz	1	,1	,1	82,4
Der aufwändige Bereich Rabattverträge und Lieferengpässe ist gar nicht oder nur kaum abgebildet, ebenso weitere aufwändige bürokratische Bereiche wie QMS, Rezepturerstellung, Proben und Qualitätsprüfungen etc. Es erscheint nicht wirklich klar, was aus diesen Fragen herausgezogen werden kann, zumal ein Vergleich bzw. eine Entwicklung der letzten Jahre fehlt. Auch der Zeitaufwand für pharmazeutische versus rein vertragliche Beratung hinsichtlich SGB-V-Regeln ist nicht vorhanden, genauso wie Retaxationen und Rezeptformalitäten nicht Bestandteil der Befragung sind. Auch die Zeitvorgaben sind wenig präzise. 2-3 und 4-5 Minuten schließt 3-4 Minuten aus usw. Insgesamt bleibt man ein wenig ratlos nach der Umfrage sitzen...	1	,0	,0	82,4
Der Bedarf für das Ausfüllen dauerte deutlich länger als die angegeben 20 min. denn die Auswertelisten müssten teilweise neu erstellt werden, um die Felder korrekt zu füllen. Manche Felder konnten allerdings nur geschätzt werden	1	,1	,1	82,5
Der benötigte Zeitaufwand betrug für die Beantwortung der Fragen 1 Stunde, die Erhebung der abgefragten Zahlen dauerte ca. 2 Stunden! Nach Angaben unserer Kunden sollte bei der politischen Diskussion auch berücksichtigt werden, dass der Versandhandel keine Teillieferungen von Rezepten macht. Die Kunden bekommen bei Nichtlieferfähigkeit von nur einem Medikament dafür keinen Ersatz (was bei uns durch Rücksprache mit dem Arzt geschieht) und die gesamte Bestellung wird nicht ausgeliefert. Die Rezepte werden aber abgerechnet und können nicht vom Versicherten zurückgefordert werden. Es entstehen dann riesige Folgekosten durch Krankenhauseinweisungen und gesundheitliche Folgen, wenn keine Medikamente eingenommen werden können. Leider haben Sie auch nicht abgefragt, wie oft ein Patient ein falsches Rezept vom Arzt bekommt oder wie oft sich der Arzt mit einem Medikament oder der Stärke des Medikaments vertut, was von uns auf kleinem Dienstweg geheilt wird. Auch für Patienten mit Sonden ist ein sehr hoher Zeitaufwand für uns da, um einen Hersteller zu finden, der ein Präparat herstellt, das sondengängig für diesen Patienten ist oder um eine Ersatzdarreichungsform zu finden, mit dem Arzt alles abzusprechen und die neue Dosierung mit dem Patienten/Angehörigen zu klären. Es gibt auch immer mehr Patienten, die ihre Tabletten teilen sollen. Da nicht alle Tabletten teilbar sind, müssen wir hier auch tätig werden, ohne zusätzliches Honorar.	1	,0	,0	82,5
Der Beratungsbedarf steigt, der Dokumentationsaufwand ist sehr hoch und die Vergütung wird nicht ausreichend angepasst OTC über 10.-praktisch null da über Versand insbesondere aus dem Ausland mit geringerer Umsatzsteuer	1	,0	,0	82,5

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Der Betrieb einer Apotheke erfordert sehr hohen persönlichen, organisatorischen und finanziellen Einsatz. Rabattverträge, Nichtlieferbarkeiten, Kundenberatung, Auskünfte, Recherchen, Rezepturen und Plausibilitätscheck, Nullretaxationen, Öffnungszeiten, Nacht- und Notdienste, Personalführung, Betriebswirtschaft und Planung. Behördliche und technische Ausstattung, Kontakte zu Arztpraxen, Auslieferungen, Ausbildung von Mitarbeitenden. u.v.m. Die Apotheke vor Ort wird es immer brauchen. Ob wir grosse versorgende Player am Markt brauchen, das muss die Politik verantworten. Ich will und brauche diese Art von Apotheken nicht. Die wollen keine direkte Kunden-Beratung und Dienstleistung leisten. Die wollen nur möglichst grosse Marktanteile! Erst wenn die Präsenzapotheke geschlossen wird, dann merken auch die Menschen, was die Apotheke täglich leistet!!! Und billiger wird es auch nicht. Vor allem nicht für die Bevölkerung und die Volksgesundheit. Das gleiche gilt für die vielen Allgemeinpraxen.	1	,1	,1	82,6
Der bürokratische Aufwand für die Abgabe von Arzneimittel ist enorm hoch. Nur 5 Euro pro Medikament sind echt zu wenig. Der persönliche Kontakt zu den Patienten ist nicht zu unterschätzen, da man die Kunden schon sehr lange kennt und man oft auch die Krankengeschichte kennt. Insbesondere bei schwer erkrankten Personen ist der persönliche Kontakt wichtig, damit man schnell handeln kann (Telefonate mit Krankenkassen/ Arzt/ Medikamente/Hilfsmittel nach Hause bringen).	1	,0	,0	82,6
Der bürokratische Aufwand auf Grund von Rabattverträgen ist in meinen Augen unnötig und dient den Krankenkassen nur dazu Einnahmen zu generieren (modernes Raubrittertum). Kleine Formfehler werden mit einer Nullretax geahndet, obwohl der Patient im Sinne des Verordners schnellstens und bestens versorgt wurde. Der verursachende Mitarbeiter muss damit leben eine zum Teil 5 stellige Negativ- Summe verursacht zu haben, was sich im schlimmsten Fall in Kürzungen des Weihnachtsgeldes für alle Mitarbeiter niederschlägt.	1	,0	,0	82,7
Der bürokratische Aufwand hat sich in den letzten 10 Jahren mindestens vervierfacht, dabei ist die Marge kontinuierlich gesunken.	1	,0	,0	82,7
Der bürokratische Aufwand in der Apotheke hat sich in den letzten 10 Jahren mindestens verdoppelt (zeitlich!), durch QMS, Präqualifizierung, Hilfsmittel-Genehmigungsanträge bei der GKV (selbst einfachster Diabetikerbedarf muss inzwischen beantragt und genehmigt werden!), Retaxationen der GKV ausgelöst durch Formfehler der Ärzte. Zeitliche Ressourcen verschlingt auch der stoffliche Umgang mit dem Rezept, der längst durch das digitale Rezept erledigt sein könnte.	1	,1	,1	82,8
Der bürokratische Aufwand ist in den letzten Jahren stark gestiegen. Lieferschwierigkeiten, fehlerhafte Verordnungen, Packungsgrößenverordnungen, sich ständig ändernde Rabattverträge, Importe, QMS, Handbuchführung, Dokumentation jedes kleinsten Lobes, Fehlers, Vorgangs., der Aufwand und die Personalkosten schießen in die Höhe, während die Erträge immer mehr schrumpfen - und der Patient sollte doch eigentlich im Mittelpunkt stehen...	1	,0	,0	82,8
Der bürokratische Aufwand sowohl bei der Herstellung von Rezepturen als auch bei der Dokumentation von BTM ist viel zu hoch und sollte sowohl reduziert als auch besser vergütet werden. Falls Ihre letzte Frage darauf abzielt, ob wir uns nach dem EuGH-Urteil so wie ausländische Versandapotheken RX-Boni erlauben könnten, ist die klare Antwort: das werden wir nicht überleben. Zur Information: wir sind eine mittelgroße Apotheke knapp 2 Mio. Netto-Umsatz. Wie sollen das kleinere Apotheken schaffen!!! Bitte sorgen Sie dafür, dass der Anreiz zu Tätigkeiten in öffentlichen Apotheken erhöht wird. Wir leiden unter extremem Personalmangel. Danke für Ihr Interesse.	1	,0	,0	82,8
Der bürokratische Aufwand, der durch die Rabattverträge (Beratung des Patienten), durch die Hilfsmittelverträge (Dürfen wir liefern? Genehmigungsverfahren), durch die höheren Anforderungen im Rezepturbereich (Plausibilität) und durch die Nichtverfügbarkeit von gängigen Arzneimitteln, durch Retaxation und durch mangelhaft ausgestellte Verordnungen, die Rückfragen oder nachträgliche Änderung nach sich ziehen, hat sich in den letzten 5 Jahren vervielfacht!!!	1	,1	,1	82,9
Der bürokratische Mehraufwand ist in den letzten Jahren enorm gestiegen. Gerne sind wir bereit, Prüfungen und Dokumentationen zu leisten, so es denn der Qualität dienlich ist und die Bezahlung dafür angemessen ist. Welche Kompetenz hinter der einfach erscheinenden Abgabe des jeweiligen Arzneimittels steckt, ist aber den meisten Menschen nicht bewußt und wird auch in der Öffentlichkeit (Politiker/Medien) überhaupt nicht kommuniziert. Stattdessen werden stets alte Vorurteile bedient.	1	,0	,0	82,9
Der Dokumentationsaufwand für Rabattartikel ist furchtbar groß geworden. Die Beschaffung an sich ist schon ein Problem, die Dokumentation der Nichtverfügbarkeit ein Weiteres. Dies sind Arbeiten, die im Abgabeprozess erfolgen sollen, aber ein häufiges Nacharbeiten erfordern, um retaxationssicher zu sein. Regelungen sind das Eine, Auslegungen von Rechtsabteilungen ein Anderes.	1	,0	,0	83,0
Der enorme Zeitaufwand für Erläuterungen im Zusammenhang mit Rabattverträgen, Problemen mit nicht lieferbaren Impfstoffen und anderen Versorgungsfeldern (Hilfsmitteln, Pflegehilfsmitteln, Inkontinenzversorgung) wird durch die Befragung nicht abgebildet.	1	,0	,0	83,0
Der größte Fehler im Gesundheitswesen war die Erlaubnis zum Versand von Rx-Präparaten.	1	,1	,1	83,1
Der Inhaber und seit 36 Jahren leitende Apotheker nimmt sich tagtäglich mehrere Stunden Zeit für kostenfreie, ganzheitliche Intensiv-Beratungen.	1	,1	,1	83,1
Der Mehraufwand bei Hilfsmitteln ist kaum exakt zu beziffern. Er bleibt für alle Beteiligten im Gesundheitswesen enorm.	1	,0	,0	83,2
Der Sinn einiger Fragen war nicht nachvollziehbar!	1	,0	,0	83,2
der tatsächliche Zeitaufwand bei Beratung und / oder Herstellung von Arzneimittel steht in keinem Verhältnis zu Bezahlung - gesetzliche Abschläge oder Rabatte für die KK sind nicht nachvollziehbar oder beziehen sich auf Reichsgesetze !!!!! tatsächliche Kosten für Grundstoffe stehen in keinem Verhältnis zu bestehen Taxations-EKs welche abgerechnet werden müssen !	1	,0	,0	83,2
Der Verwaltungsaufwand für Quality Managment , Präqualifizierung, redundante Vielfachinformationen , gesetzliche Ansprüche , Stichproben aus dem Warenlager, Schülerpraktikantenausbildung , Aufzughbücher, Automatiktürbücher , Sicherheitsdatenblätter , neue Beschriftungssysteme, elektronische Medien , Temperaturerfassungen , Umweltschutzaufgaben , Eingangssubstanzkontrollen , soziale Informationspflichten , Erfassung von Arbeitszeiten zur Mindestlohnkontrolle und Vieles mehr sind in existenzgefährdender Menge gewachsen. Gesetzliche Informationen , amtliche Schreiben , Veröffentlichungen und vieles Anderes gelten als uns bekannt , obwohl ein Wahrnehmung dieser Datenmengen völlig unmöglich ist.	1	,0	,0	83,3
Der Wert einer Apotheke für die Gesellschaft lässt sich nicht nur durch betriebswirtschaftliche Parameter (Kosten)einer Arzneimittelabgabe ausdrücken, sondern sie muss auch als soziale Anlaufstelle für die Lösung aller Arten von Problemen der Patienten Anerkennung finden. Die Honorierung für die vielfältigen Aufgaben und Leistungen einer Apotheke hängt schon sehr lange den Bedürfnissen hinterher, deshalb gibt es auch diesen großen Nachwuchsmangel. Zu Recht will kein junger Pharmazeut mehr diese schlecht bezahlte Arbeit als Offizinapotheker mit maximaler Fremdbestimmung durch Krankenkassen und Politik übernehmen. Das aktuelle Berufsbild eines typischen Selbstständigen zeigt überwiegend Selbstausbeutung als weisungsgebundener "Beamter" bei vollem wirtschaftlichen Risiko als "Unternehmer". Wie kann es sein, dass bei der Entwicklung der Einkommen der Gesundheitsberufe in den letzten Jahren immer alle etwas bekommen, nur den Apothekern bleibt nicht einmal der Inflationsausgleich? Wann kapiert ihr endlich, dass unser Einkommen nicht mit Umsatzsteigerungen (Hochpreiser) wächst, sondern nur an Packungszahlen hängt, wobei mehr Packungen auch mehr Arbeit und Aufwand bedeuten? Wenn in Deutschland Apotheken nicht mehr gewünscht sind, dann sollen die politisch Verantwortlichen dies auch so kommunizieren UND bessere Modelle anbieten!	1	,0	,0	83,3
der Zeitaufwand für Hilfsmittel beruht z.T. auf der stetigen Veränderung und den Voraussetzungen, die manchmal nicht in die Computerprogramme implementierbar sind, unsinnigen Vorschriften (z.B. Angabe des Versorgungszeitraumes für Insulininjektionen taggenau - was völlig unmöglich ist) ,wobei einem die Retaxationsgebahren mancher Krankenkassen im Nacken sitzen!	1	,0	,0	83,4
Der Zeitaufwand pro Jahr ist sehr schwer abzuschätzen, ebenso die Anzahl Verordnungen pro Jahr.	1	,0	,0	83,4

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Der Zeitaufwand wird pro Patient immer höher, Erklärungsbedarf zu Medikamenten, Krankheiten, Inhaltsstoffen, Spezialmedikamente, Unverträglichkeiten nehmen zu, Allergien, Zuzahlungen und Befreiungen, ausländische Patienten...	1	,0	,0	83,4
Der Zeitbedarf bei der Rezepturerstellung ist sehr unterschiedlich, und von der Anzahl der benötigten Substanzen abhängig. Auch benötigen neue Individualrezepturen bei der Ersterstellung mehr Zeit; häufig vorkommende Rezepturen dagegen etwas weniger, da die Plausibilitätsprüfung bereits erfolgt ist. Vergessen wurde in Ihrer Studie die Eingangsprüfung der eingekauften Substanzen. Diese Laboruntersuchungen können zusätzlich bis zu 30 Minuten pro Substanz umfassen. Meine Zahlen basieren auf den Daten des Abrechnungszentrums und umfassen nur die GKV. Für die PKV sowie den Handverkauf schätze ich zusätzlich 150-200 Rezepturen, ca.200 Teemischungen und 10 BTM-Verordnungen.	1	,0	,0	83,5
Der zeitliche Aufwand bei der Herstellung einer Rezeptur ist in der Regel weniger von der Gesamtmenge als von der Anzahl der Bestandteile, einer ggf. nötigen Erwärmung oder einer pH-Einstellung abhängig.	1	,0	,0	83,5
Der zeitliche Aufwand pro Patient steigt stetig, durch Rabattverträge, Beratungsgespräche und Beachtung der individuellen Medikation, hoher Anteil an Individualrezepturen und Zunahme der Betäubungsmittelverordnung für schwerstkranke Patienten.	1	,1	,1	83,6
Der zeitliche Aufwand und Ertrag stehen bei Rezepturen, BTM und Hilfsmittel in keinem Verhältnis. Bei Hilfsmitteln wurde die Abgabe zwar erleichtert, aber die Vielzahl an KK und deren Ausnahmen ist eine Zumutung. Meist sind die Kk selbst überfordert.	1	,0	,0	83,6
Der zeitliche Mehraufwand für die Abgabe eines Rabattarzneimittels geht voll zu unseren Lasten, vor allem bei Nichtverfügbarkeit, pharm. Bedenken usw. zur Klärung bei derartigen Problemen, wo ein Sonderkennzeichen gesetzt werden muß, wäre eine finanzielle Entschädigung für den Mehraufwand dringend notwendig!	1	,0	,0	83,6
Die 20 Minuten waren stark untertrieben, da ja nicht alle Daten sofort verfügbar sind. Werden die Auswertungen auch für die teilnehmenden Apotheken zugänglich gemacht? Bitte ggf. benachrichtigen.	1	,1	,1	83,7
Die abschätzungen bezogen auf Jahre sind sehr vage und sicher keine validen Daten. Genauso die Prozentualen Schätzungen über Verteilung von Arbeitszeit, sind nur Schätzungen und keine wissenschaftliche Basis. Valide Daten wäre nur durch direkte Begleitung / erfassung möglich. - bei einer ausreichend und gut verteilten Stichprobe.	1	,0	,0	83,7
Die allgemeine Wertschätzung von "Leistungsträgern" in der (deutschen) Gesellschaft erscheint recht unterentwickelt. Kein Wunder, dass immer weniger Ärzte und Apotheker das UNTERNEHMERISCHE Risiko auf sich nehmen und selbständig tätig sein wollen. Der viel zitierte Fachkräftemangel wird durch diese geringe Wertschätzung, die den Fachkräften entgegengebracht wird, verschärft. Es wird auch kaum ausreichen, anderen Ländern - ob nun europäischen oder außereuropäischen - die dort selbst benötigten Fachkräfte abzuwerben - in meiner Jugendzeit hieß das "brain-drain". Eine Zeit lang lief er von Ost nach West - jetzt vermehrt wieder von Süd nach Nord ... Solange den Jugendlichen nicht mehr in der Schule abverlangt wird und sie nur mit eigenartigen Flausen an und von der/die Universität oder sonstige(n) Ausbildungseinrichtungen kommen ... "Gute Nacht Deutschland.", wie Frau M. sagen würde. Zwar bin ich noch nicht wirklich alt, doch habe ich in den 10 Jahren meiner Selbständigkeit so viele Bewerber kennenlernen dürfen und zum Teil müssen, dass es mir für die Zukunft kalt den Rücken herunter läuft. Die jungen Menschen wollen viel Geld für wenig Arbeit - nach dem derzeitigen Stand sind sie da im Gesundheitswesen fehl am Platz - hier heißt es viel und z.T. überflüssige und erniedrigende Arbeit für ein begrenztes Gehalt. Schon allein diese Umfrage hat einen leicht schikanösen Beigeschmack. Der kleine Apothekeninhaber, wie er noch die Mehrheit darstellt, wird mit Fragen konfrontiert, die einen nicht unerheblichen Zeitaufwand bedeuten, dafür, dass bestimmte Prozesse, die seit Jahren und zum Teil Jahrzehnten, noch nicht einmal einen Inflationsausgleich erfahren, sondern im Gegenteil durch Verordnung der Zeitaufwand bei gleicher Vergütung exorbitant erhöht wurde, nun endlich einmal einen Ausgleich erleben dürfen - und das im Grunde ohne die Umfrage, da ja die Punkte Rezeptur und BTM mit einer letztens erfolgten Gesetzesänderung abgearbeitet wurden. Da wird Ihre Befragung wohl keinen Änderungsbedarf ergeben - in Ihrer Branche ist es sehr bequem Geld zu verdienen: man erstellt eine überflüssige Umfrage und bekommt Steuergelder dafür ... ja, ich vermute ich bezahle Ihre Arbeit mit und werde wohl wenig davon haben. So etwas zeugt von ziemlicher Chuzpe. Mir ist klar, das Geld nur einmal ausgegeben werden kann, doch muss es immer auf dem größten Haufen landen? Dann bringt es dem Staat keine Steuereinnahmen, da internationale Unternehmen bekanntermaßen ihre Firmensitze dort haben, wo die Steuern am günstigsten sind, nicht zwangsläufig da, wosie den Gewinn machen ... nach den Drogerien, den Lebensmittelhändlern, den Buchhändlern sind jetzt die Apotheken als kleine Wirtschaftseinheiten dran unterzugehen ... Bevor ich mich noch in weitere Gedankengänge versteige, die mich nur Nerven kosten ohne einen Nutzen zu haben möchte ich hier doch lieber enden.	1	,0	,0	83,8
Die Angaben können nur grobe Mittelwerte sein, besonders der zeitliche Beratungs- und Rezepturaufwand. Es treten nach den ganzen Gesetzesänderungen und dem unkooperativen Verhalten der Krankenkassen immer mehr Probleme auf die z. T. bis zur Lösung mehrerer Tage in Anspruch nehmen (Hängepartien). Wir versorgen in unserer Dorfapotheke (fehlt in ihrer Auswahl der "Lage") Menschen und keinen Statistiken oder Bilanzen. Auch der Druck durch immer mehr unsinnige Formalitäten die zu Vollabsetzungen wegen Kleinigkeiten (Patient wurde im Sinne des Arztes versorgt) durch die Kassen führen ist in ihrer Befragung kaum abzubilden. Der zeitliche Aufwand und Druck ist in der Befragung nicht darstellbar.	1	,0	,0	83,8
Die Angaben sind grobe Schätzungen! Sehr fraglich ob Sie mit diesem Katalog die Realität abbilden! Alles außer BTM erfassen Sie so nicht umfassend!!	1	,0	,0	83,8
Die Angaben zu Stunden / Mengen pro Kalenderjahr 2016 sind in der Abfrage viel zu ungenau. Ich hätte ein kleines Honorar für angemessen empfunden und dann auch korrekte Monatswerte für Sie ermittelt. Mein Zeitaufwand betrug mindestens 30 Minuten.	1	,0	,0	83,9
Die angedachte Erhöhung der Entlohnung für die Abgabe von Betäubungsmitteln oder die Herstellung von Rezepturen kompensiert nicht annähernd die über 10 Jahre dauernde Nichterhöhung der Vergütung für uns Apotheken. Auch Apotheken haben Angestellte, deren Tariflöhne sich regelmäßig erhöhen, auch wir haben steigende Energiekosten oder steigende Mieten. Die Politik und die gesetzlichen Krankenkassen haben uns Durchschnittsapotheken bis an den Rand der Überlebensfähigkeit heruntergespart und die angedachte Vergütungserhöhung ist nur ein Tropfen auf den heißen Stein.	1	,0	,0	83,9
Die Antwortmöglichkeiten zur Lage der Apotheke sind sehr begrenzt.	1	,1	,1	84,0
Die Apotheke ist eine Landapotheke, Einwohnerzahl des Ortes: 670, Umkreis mit Dörfern etwa 15 km in alle Himmelsrichtungen, Einwohnerzahl in diesem Kreis ca. 4000, Botendienst täglich 3-4 Stunden, Rezeptsammelstelle	1	,0	,0	84,0
Die Apotheke liegt in einer Kleinstadt mit ca. 3500 zu versorgenden Menschen incl. aller umliegender Dörfer. Der Einzugsbereich als einzige Apotheke beträgt ca. 250 qkm. 58 Wochenstunden Öffnungszeit, Notdienst neben der Palliativen Dauerversorgung ohne Honorar alle 13 Tage. Die Apotheke beliefert Kompressionsware, Hilfsmittel im Rahmen der Präqualifizierungskriterien, Inhalationsgeräte zur Leihe, Milchpumpen etc.	1	,1	,1	84,1
Die Apotheke wird häufig als kostenlose Informationsstelle ausgenutzt für Dinge, die entweder im Internet anderswo oder Drogeriemarkt erworben wird. Dies ist mit erheblichen zeitlichen und auch teilweise nervlichen Aufwand verbunden, ohne einen Cent Ertrag erzielen zu können. Der Apotheker ist der einzige akademische Beruf, der kostenlos und ohne Voranmeldung sein Wissen und seine Zeit zur Verfügung stellt!	1	,0	,0	84,1

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
die Apotheken sorgen in vielen Fällen für die Vermeidung zusätzlicher Kosten für die Krankenkasse: Verhinderung von Missbrauch, Vermeidung von Wechselwirkungen und somit Vermeidung von unnötigen Krankenhausaufenthalten, Beratung zur Reduktion des Arzneimittelverbrauchs, ebenso wie Beratung der Ärzte zu Alternativen (kostengünstiger oder effizienter). Dies sind alles "nicht messbare" Vorteile für die Krankenkassen - und die Patienten! Was nicht abgefragt wurde, ist die Situation zu den Notdiensten. Diese sind nicht rentabel, wenn der Inhaber sie nicht selbst übernimmt. Ist er aus gesundheitlichen Gründen dazu nicht in der Lage, zahlt er viel viel Geld... Befreiungen sind noch nicht einmal möglich, wenn man schwanger ist. Viel Zeit nehmen im Apothekenalltag auch die Genehmigungen von Hilfsmitteln in Anspruch, die ständigen Telefonate mit dem Landesapothekerverband (was dürfen wir abgeben, was müssen wir beachten, welche neuen Verträge gibt es, etc.) sowie das Bearbeiten der Retaxationen. Die Null-Retaxationen, bei denen der Patient ordnungsgemäß versorgt wurde, aber die Apotheke auf den vollen Kosten sitzen bleibt, fressen außerdem Ressourcen - dringend benötigte.	1	,1	,1	84,2
Die Apothekenmitarbeiter sind durch die Vielzahl der Hilfsmittelverträge pro Krankenkasse bei jeder Abgabe verunsichert. Hier wird jedes Mal eine weitere Kollegin hinzugezogen, was Zeit und Kapazitäten bindet. Ebenso die Mehrfachverordnung des Arztes ohne N-Kennzeichnung führt immer wieder zu Diskussionen. Auch die Mischverordnung von Verbrauchsmaterialien und Hilfsmitteln auf Rezepten, ist den Ärzten und Arzthelfer/innen nicht zu erklären. Zusätzlich haben wir einen hohen Mitarbeitermangel, gerade im etwas ländlichen Bereich, was dazu führt, dass wir selbst und ständig arbeiten müssen und dies zuweilen die eigene Berufswahl überdenken lässt. Eine angepasste Honorierung der Rezeptur wäre sehr zu wünschen, da wir im Umkreis inzwischen die einzigen sind, die überhaupt noch welche herstellen. Die Herstellung einer Rezeptur ist ein Service, das die Kosten den Gewinn deutlich übersteigen. Durch das weitere Schließen von Apotheken steigt die Notdienstbelastung weiter. Sollten die Internetapotheken weiter expandieren, ist es nicht verwunderlich, dass die Vor-Ort-Apotheken nicht mehr existenzfähig sind. Es ist zu wenig Zeit für die Beratung der Kunden vorhanden, zuviel Bürokratie und Vorlagen, die die meiste Zeit in der Apotheke verbrauchen. Mit freundlichem Grüßen	1	,1	,1	84,2
die Arbeitsaufwand / die Abschätzung für bestimmte Produktgruppe in Bezug auf ein ganzes Jahr ist schwer zu beantworten.	1	,0	,0	84,3
Die Arbeitsbelastung (durch QMS, Dokumentationspflichten....) hat drastisch zugenommen, gleichzeitig ist unser Ertrag gesunken. Besonders unsere Leistungen im Sozialen wird viel zu wenig wahrgenommen und schon gar nicht gewürdigt.	1	,0	,0	84,3
Die Aufteilung der Arbeitsgebiete war schwierig einzuschätzen, insbesondere die Felder für die Sonderzeiten bei BTM - Abgabe und Lagerpflege sind hier echte Unschärfen. Da immer nach Durchschnittszeiten bzw. an wievielen Tagen die Durchführung stattfindet, gefragt wurde und dies auch für das Jahr 2016 nur geschätzt werden konnte.	1	,1	,1	84,4
Die Aufteilung nach Haupt- und Filialapotheke ist sinnvoll. Warum gibt es dann die Frage am Ende, ob es sich auf die Hauptapotheke oder alle Apotheken handelt? Musste daher noch einmal alles ändern. Generell sollten auch die Kosten für die Warenwirtschaft berücksichtigt werden (ca. 500 Euro pro Monat pro Apotheke zzgl. regelmäßige Anschaffungen an neuer EDV).	1	,0	,0	84,4
Die Auswahlmöglichkeiten bei der Lage der Apotheke sind sehr ungenau, eigentlich trifft nichts davon zu. Randlage der Stadt bzw. Fußgängerzone, dadurch Vorteil vieler Parkplatzmöglichkeiten.	1	,1	,1	84,5
Die Bearbeitung der Hilfsmittelieferverträge ist mittlerweile so komplex, dass ich 2 pharmazeutische Mitarbeiter zu 50% ihrer Zeit beschäftige (1xPTA und 1X Apothekerin zu je 20h/Woche) damit wir überhaupt in diesem Sortiment lieferfähig sind.	1	,0	,0	84,5
Die Befragung beschränkt sich nur auf BTM und Rezeptur. Die real auftretenden Zeitfresser und Kostentreiber sind darin noch nicht erfasst. Ich hoffe, da kommen noch weitere Befragungen, ansonsten ist der Wert der Studie wohl eher gering.	1	,1	,1	84,6
Die Befragung deckt nicht alle zeitaufwändigen Dokumentation und Verwaltungsaufgaben der Apotheke ab. Desweiteren spiegelt die alleinige Betrachtung einer Filialapotheke nur begrenzt die Aufwände, die im Filialverbund auftreten. Im Rahmen des Apothekenbetriebs ist eine Abgrenzung wie in ihren Fragemodellen angenommen häufig schwierig abzuschätzen, eine individuelle Eingabemöglichkeit von Zeitaufwänden wäre hilfreich gewesen.	1	,0	,0	84,6
Die Befragung hat deutlich länger gedauert als die geschätzten 20 Minuten. Bei allen prozentualen Angaben konnte nur eine grobe Eischätzung über alle Mitarbeiterinnen gegeben werden.	1	,0	,0	84,6
Die Befragung sollte noch ergänzt werden um den nicht unerheblichen zeitlichen Aufwand bezüglich fachlicher Nachfragen beim Arzt und Korrektur von Rezepten wegen unklarer Verordnungen, Verordnungsfehlern, Formfehlern, fehlender auf idem-Kreuzen, etc. der Prozentsatz dieser Fehler kliegt bei uns bei 5-10% mit einem Zeitaufwand von durchschnittlich 10 min pro Fall.	1	,1	,1	84,7
Die Befragung spiegelt nur ganz ansatzweise die Apothekenrealität wider. Die BTM Dokus sind nur die Spitze des Eisbergs überbordender Bürokratisierung der Apothekenlandschaft. Wahre Zeit-, Nerven- und Geldfresser sind Aspekte wie QMS, Präqualifizierung, Lieferdefekte, Retaxierungen (hauptsächlich unberechtigte), Dokumentationen von ALLEM,.....!!!	1	,0	,0	84,7
Die Beratung der Patienten wird für die Patienten immer wichtiger, weil in vielen Fällen die Patienten in der Arztpraxis nicht umfassend informiert werden. Die Einnahmeanweisungen stimmen nicht mit dem Medikationsplan überein oder die Dosierung z.B. 1/2 Tablette ist nicht möglich weil das Medikament bzw. Rabatt-Arzneimittel nicht teilbar ist. Die Überprüfung der Verordnungen nehmen immer eine wichtigere Rolle ein, da es immer wieder vorkommt, dass der Patient ein nicht für ihn bestimmtes Rezept aus den Praxen kommen. Besondere Aufmerksamkeit benötigen wir bei Rezepten die von den Unikliniken kommen. Sehr oft sind diese Rezepte mangelhaft. Es fehlen Stärkeangabe sowie Mengeangabe oder BTM Rezepten oder T Rezepten sind nicht korrekt ausgestellt. Außerdem wird es immer wichtiger die Patienten zu befragen ob diese noch andere Medikamente als die verordnete einnehmen um Wechselwirkungen zu vermeiden. Dieser Teil der Beratung ist sehr sensibel und bedarf viel Einfühlbarkeit und Zeit. Müsste die Apotheke sich nicht ständig damit befassen Rabattverträge einzuhalten und Sondernummer auf die Rezepte aufzubringen bei Rabattarzneimitteln, die nicht lieferbar sind, hätte man mehr Zeit für den Patienten. Das Thema Retaxation bei Formfehlern will ich nicht erwähnen. Bei der Standortangabe hätte man angeben müssen ob es sich um eine Stadt oder Landapotheke handelt. Ich habe eine Landapotheke, bin aber nicht in unmittelbarer Nähe der Ärzte, also musste ich "keine Angabe" ankreuzen.	1	,0	,0	84,8
Die Beratungszeit pro RX Verordnung hat einen oft höheren zeitlichen Anspruch, als eine OTC Beratung. Die s wird nicht ausreichend berücksichtigt. Auch die Vorbereitung einer Rezeptur ist sehr zeitaufwendig. Hier wird nur der Zeitaufwand für den Herstellungsprozess beachtet. Die Prüfung der Ausgangsstoffe benötigt oft viele Stunden in der Woche.	1	,0	,0	84,8
Die Bürokratie hält uns immer mehr vom Arbeiten ab : unbegründete Retaxationen wegen Formalfehler , Hilfsmitteldschungel , die bürokratische Anforderungen (QMS etc) übersteigen jedes vernünftiges Maß !	1	,0	,0	84,8
Die Diskussion um eine Umstellung eines Rabattvertragsmedikamentes nach 2 Jahren erfordert unnötig viel Zeit und teilweise erboste und wütende Patienten.	1	,0	,0	84,9
Die Dokumentation zur Vermeidung von Retaxationen durch die Krankenkassen, aufgrund von unklaren Verordnungen und sich täglich ändernden Vorschriften und deren Auslegung sowie dessen Kontrolle als auch die händische Eingabe und Prüfung der 8 stelligen Krankenkassennummer zur Ermittlung der vorhandenen Vertragsartikel nehmen immer mehr Zeit in Anspruch.	1	,0	,0	84,9
Die Dokumentationspflichten haben in den vergangenen Jahren deutlich zugenommen, die Administration und Beratungsleistungen im Zusammenhang mit den Rabattverträgen nehmen den größten Teil der Beratungsgespräche mit den Kunden in Anspruch und verhindern somit oft eine Beratungsleistung, die sich auf pharmazeutischen Fragestellungen bezieht.	1	,0	,0	85,0

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Die Dokumentationspflichten und reinen Verwaltungsaufgaben stehen in einem krassen Missverhältnis zur klassischen Tätigkeit der Apotheke (Versorgung und Beratung von Patienten) Außerdem gestattet der Gesetzgeber den gesetzlichen Krankenkassen viel zu weitreichende Handlungsfreiheit bei der Retaxation der pharmazeutischen Tätigkeit. Was in unzähligen Fällen zu willkürlichen und absolut nicht nachvollziehbarem Verhalten der gesetzlichen Kassen und der von Ihnen beauftragten Institutionen führt und absolut nichts mit durchaus notwendiger Kontrolle der Apothekertätigkeit zu tun hat. Sondern ausschließlich eine staatlich sanktionierte Bereicherung (durch nicht Bezahlung von korrekt erbrachten Leistungen) der gesetzlichen Krankenkassen darstellt. Hier ist dringend Handlungsbedarf angesagt, um den deutschen Arzneimittelmarkt (und die Patienten) nicht Personen und Institutionen zu überlassen, die ausschließlich wirtschaftlichen Interessen unterliegen - was im übrigen für alle an dem Prozess beteiligte Seiten gilt.	1	,1	,1	85,0
Die durchschnittliche Einschätzung des Arbeitsaufwands für Rezepturen und Bearbeitung der Hilfsmittel ist schwierig. Tatsache ist, dass die Dokumentationspflichten in beiden Bereichen zu erheblichen Mehrbelastungen geführt haben. Die Bearbeitung der Hilfsmittel wie Inkontinenz ist erheblich angestiegen, was dazu führte, dass nur noch wenige Apotheken dies ausführen. Aus wirtschaftlichen Betrachtungen heraus, müssten wir diese Arbeiten einstellen. Die Kunden bitten uns aber darum, weil sie mit der Belieferung durch Versand sehr unzufrieden sind und wesentlich höhere Zuzahlungen leisten müssen.	1	,1	,1	85,1
Die Einführung der Rabattverträge führt immer noch zu unglaublich viel Mehrarbeit. Die Kunden verstehen auch nach 5 Jahren immer noch nicht, warum Sie nicht das vom Arzt verordnete Medikament bekommen. Wenn sie den Arzt nach einem aut-idem-Kreuz fragen, sagen die Ärzte das dürfen sie nicht. Der Frust wird dann am Apotheker ausgelassen. Die Änderung der Rabattverträge großer Krankenkassen bedeutet einen erheblichen Mehraufwand, da dann wieder das Warenlager umstrukturiert werden muss. Neue Rabattarzneimittel müssen eingelagert werden, nicht mehr Rabatt-Vertragsarzneimittel müssen ausgelagert werden. Dafür bekommen wir keinen Cent extra. Die Bezahlung der Rezepturen wurde seit Jahren nicht mehr angepasst, obwohl die Löhne der Mitarbeiter (zu Recht) jedes Jahr steigen. Von der Mehrarbeit durch Plausibilitätsprüfung und Dokumentationswahnsinn möchte ich gar nicht anfangen. Die Vergütung der Arbeit mit BTM-Rezepten mit 0,26 Euro ist ein Witz, wenn in Deutschland ein Mindestlohn von 8,50 Euro gilt. Viele Großhandlungen verlangen eine Bearbeitungsgebühr von 1,- Euro pro BTM. Wir Apotheker tun unsere Arbeit sehr gewissenhaft und gerne, auch nachts und am Wochenende im Notdienst. Da ist eine Anpassung des Honorars (5 Jahre nach Einführung der Rabattverträge un der damit verbundenen Mehrbelastung) längst überfällig.	1	,1	,1	85,1
Die Eingruppierung der Apotheke nach Lage aufgrund der angebotenen Auswahlkriterien trifft für diese Apotheke nicht zu. Wir zeichnen uns durch eine ländliche Lage mit Einkaufsmöglichkeit aus.	1	,1	,1	85,2
die einschätzung des zeitlichen aufwandes für die verschiedenen vorgänge ist sehr subjektiv und ausserdem nur eine sehr grobe einschätzung und vielleicht auch total an der realität vorbeigeraten, ich kann mir nicht vorstellen das so ein ratespiel ihnen viel hilft	1	,1	,1	85,3
Die Einschätzungen zu den Zeiten bilden den realen Zeitaufwand nur sehr grob und idealisiert ab. Bei den Rezepturen ist der Aufwand sehr stark davon abhängig, wieviele Bestandteile eine Rezeptur hat, ob Zwischenschritte erforderlich sind (zerkleinern, Stoffe lösen), ob es eine etablierte Herstellungsmethode gibt oder ob bestimmte Schritte in einer bestimmten Reihenfolge durchzuführen sind. Beispiel Hydrogele: Deren Herstellung dauert besonders lange, da sie viel Vorbereitung benötigen. Zäpfchen gelingen nicht immer auf Anhieb und müssen erneut aufgeschmolzen und gegossen werden. Der Aufwand für sehr kleine Salben (z.B. Nasensalben) ist gemessen am Ertrag überproportional hoch. Auch manche DAC Rezepturen erfordern einen hohen Vorbereitungsaufwand (z.B. Stammverreibungen). Was zudem unzureichend berücksichtigt wird, ist die Dokumentation und Pflege der Ausgangssubstanzen. Die Bestellung, Prüfung, Einstufung und Kennzeichnung nach Gefahrstoffverordnung etc. Es kann durchaus sein, dass die Prüfung und Dokumentation der Ausgangsstoffe den Aufwand der Rezepturerstellung erheblich überschreitet. Leider wird diesem Aspekt nirgendwo Rechnung getragen. Wenn eine ordnungsgemäße Prüfung der Ausgangsstoffe nach Arzneibuch durchgeführt werden soll, kann die Prüfung einer Substanz durchaus 1 Stunde und länger dauern. Zudem kann es passieren, dass solch eine Ausgangssubstanz niemals aufgebraucht werden kann und irgendwann auf eigene Kosten entsorgt werden muss. In die Kosten einer Rezeptur gehört also neben dem Zeitaufwand der reinen Herstellung, wenn schon alles da ist, die Plausibilitätsprüfung bekannt ist und die Herstellungsvorschrift erarbeitet ist (dann geht es schnell) auch insbesondere eine Berücksichtigung des Aufwandes für Rezepturen, die zum ersten Mal und vielleicht nur ein einziges Mal hergestellt werden. Die Anzahl der Bestandteile muss mit eingehen und für jeden Bestandteil eine Prüfungsentgelt, das unabhängig vom Einkaufspreis einer Substanz ist.	1	,0	,0	85,3
Die Einschätzungsfragen zum Prozentualen Anteil der Arbeit sind schwer einzuschätzen da hierzu valide Daten fehlen	1	,0	,0	85,4
Die erste Frage wird erst durch die zweite erklärt. D.h. es geht nur um neu umverpackte Stoffe. Auch bei der Frage zu den Hilfsmittel steht als "Überschrift" zu verordneten Hilfsmitteln, in der Frage selbst steht nichts von verordnet bzw. nicht verordnet. Bei den Mitarbeitern fehlen die Pharmazeutischen Assistenten (DDR-Ausbildung, entspricht etwa der PKA). Ich habe meine so unter Sonstige gezählt.	1	,0	,0	85,4
Die fachliche Beratung zu allg. Verhalten sowie sonstigen Empfehlungen bei Krankheiten wird gar nicht beachtet. Dies benötigt oft auch recht viel Zeit	1	,0	,0	85,4
Die Frage nach dem Rx-Umsatzanteil ist unsinnig, da mich der Rx-Umsatz wenig bis gar nicht interessiert. Unsere Vergütung ist primär packungszahlenbasiert und nur gaaaanz am Rande am Verkaufspreis eines Rx-Artikels. Viele abgegebene Packungen machen automatisch auch mehr Aufwand in der Apotheke, auch wenn das die Politik stets ignoriert. Ich sage nur Rabattartikel, Retaxationsterror, Nichtverfügbarkeit von Präparaten....	1	,0	,0	85,5
Die Frage zu der Anzahl der Hilfsmittel ist für mich leider nicht zu beantworten, da ich sie nicht ausfiltern kann, liegt aber wahrscheinlich im niederen vierstelligen Bereich, aber auch da ist ein Schätzen schwer. Im Alltag sind die Zeitaufwendungen sehr unterschiedlich. Ich habe trotzdem versucht, einen richtigen Mittelwert zu finden.	1	,0	,0	85,5
Die Frage zum Zeitaufwand wegen der Hilfsmittellieferverträge habe ich nicht verstanden. Zeitaufwand für die einzelne Belieferung, für die Recherche ob Genehmigung erforderlich und Beantragung oder für den Beitritt zu den einzelnen Verträgen oder für die Repräqualifizierung ...?	1	,0	,0	85,5
Die Frage zur Apothekenlage berücksichtigt keine Landapotheken im dörflichen Umfeld	1	,0	,0	85,6
Die Fragen decken nicht das Gesamtspektrum der Tätigkeiten ab. Z.B. ist die Zahl der im OTC abgegebenen Packungen etwa 40% gegenüber RX. Medikationsanalysen und Ähnliches sind überhaupt nicht abgebildet. Diese Tätigkeiten, die immer wichtiger werden, sind zur Zeit überhaupt nicht bezahlt. Beratungen zu Naturheilkunde und Nahrungsergänzungsmitteln, Homöopathie werden auch nicht direkt vergütet	1	,0	,0	85,6
Die Fragen dieser Umfrage waren zum großen Teil nicht praxisbezogen und spiegeln in keiner Weise den relevanten Mehraufwand wieder. Ein besserer Ansatz ist eine prospektive Studie. Eine Einbeziehung von Fachleuten insbesondere aus dem Apothekenbereich hätte ihre Fragen deutlich sinnvoller werden lassen.	1	,1	,1	85,7
die Fragen legen nahe, dass die Fragenden wenig Ahnung von den Abläufen in einer Apotheke haben! Wie wäre es mit einem Praktikum?	1	,0	,0	85,7
Die Fragen nach der Zeitschätzung ist nicht sinnvoll. Es ist schlicht unmöglich, sich kontinuierlich ereignende und verflochtene Prozesse über die Dauer eines Jahres zu schätzen.	1	,1	,1	85,8
Die Fragen sind sehr allgemein gehalten.....ich würde Sie gerne einladen, sich den ganzen Tag in der Offizin anzusehen, damit man sich überhaupt ein Bild davon machen kann.....was wir leisten.....und was wir im Verhältnis verdienen.	1	,0	,0	85,8
die Fragen sind sehr allgemein und unspezifisch. Es ist zu wenig Platz für Kommentare! So z.B die Fragen nach Problemen mit Rezepten! Jedes 2 Rezept ist falsch! 1)Formfehler Datum abgelaufen Arztunterschrift fehlt 2)falscher Patient / falsche Stärke / falsche Darreichungsform (Retard oder nicht) / falsches Insulin... 3)Medikamente Verordnet werden die es nicht mehr gibt..... Und dann gibt es echte pharmazeutische Probleme...4) starke Wechselwirkungen mi den Medikamenten die der Patient schon einnimmt. 5)Überprüfung der Verordnung mit seinen OTC Medikamenten.....	1	,1	,1	85,9

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Die Fragen sind sehr allgemein und zeugen davon, das die Fragenbogenersteller wenig Ahnung von Apotheke haben. Zudem fördert die Fragestellung und damit die Beantwortung das Missverständnis, wie Fakten richtig einzuordnen sind. Somit ist dringend dafür Sorge zu tragen, dass bei der Auswertung auf die Fachkompetenz der Apothekerschaft zurückgegriffen wird.	1	,0	,0	85,9
Die Fragen waren etwas töricht und zeigten deutlich, dass Sie vom Apothekenalltag nichts verstehen	1	,0	,0	85,9
Die Fragen wirken teils etwas befremdlich und sind nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet.	1	,0	,0	86,0
Die Fragen zu den Arbeitszeiten/zeitlichen Aufwendungen für bestimmte Tätigkeiten lassen sich nur schwierig schätzen, da viele Tätigkeiten parallel laufen bzw. sich nicht strikt trennen lassen.	1	,1	,1	86,0
Die Fragen zur Warenbewirtschaftung waren verwirrend / unklar	1	,0	,0	86,1
Die Fragen zur Warenwirtschaft sind nicht beantwortbar. Grundsätzlich ist die Umfrage sehr zweifelhaft. Das erhaltene Honorar stellt eine Mischkalkulation dar. Der kontinuierliche Anstieg der Mitarbeiterzahl trotz sinkender Apothekenzahl zeigt eindrucksvoll, dass genug zu tun ist. Nehmen Sie bitte zur Kenntnis: Unser Honorar ist in den vergangenen 12 Jahren um lediglich 4,5%(incl.Nacht u.Notdienstfonds)gestiegen, die Rentner liegen im Vergleichszeitraum bei 14%, das mittlere Lohnniveau bei 31,7%. Ertragssteigerungen werden nur durch Mehrarbeit erzielt. Das ist zynisch.	1	,0	,0	86,1
Die Fragestellung ist z.T. unklar. Die Kommunikation vom Ministerium an die Verbände hin zu den Apothekern hätte besser sein müssen/können.	1	,0	,0	86,1
Die Fragestellungen sind teilweise nicht eindeutig und gehen z.T. an der Praxis vorbei. Der Großteil der Arbeitszeit wird mittlerweile für bürokratischen Irrsinn (Dokumentation, QMS, Präqualifizierung, Hilfsmittelverträge etc.) vergeudet, der nicht mehr zielführend ist.	1	,1	,1	86,2
Die Genehmigung und das Bearbeiten / Nacharbeiten von Hilfsmittelrezepten kostet unglaublich viel Zeit. Die Abgabe von Hilfsmitteln ist betriebswirtschaftlich nicht lohnend; wir geben Hilfsmittel v.a. Inkontinenzprodukte hauptsächlich als Service ab. Kann eigentlich nicht sein!!!!	1	,1	,1	86,3
Die gesamte Befragung fordert einen hohen Recherche-, Personal- und Zeit-Aufwand, da die abgefragten Daten nicht so einfach nachzuschlagen sind. Es wäre eine bessere Vorabkommunikation über das Prozedere dieser Umfrage mit uns in der Apotheke wünschenswert gewesen (z.B. in Form einer Information über die Pharmazeutische Zeitung oder unsere Mitglied). Teilweise sind auch im Februar noch nicht alle betrieblichen Daten aus 2016 final in der Apotheke ausgewertet. Der Weg der Kommunikation nur über die E-Mail war dazu sehr gewagt, da der Name "2hm & Associates GmbH" auch Spamverdacht erzeugt hat und Bedenken, ob dieses seriös ist. Erst nach Spamverdacht "Entwarnung" durch unsere Verbände, war ich zur Teilnahme bereit.	1	,1	,1	86,3
Die Haupttätigkeit , Abgabe rezeptpflichtiger AM mit Dokumentation und Beratung sowie die Umsetzung der Rabattverträge inklusive Problemen, würde überhaupt nicht berücksichtigt	1	,0	,0	86,4
Die Herstellung von Rezepturen ist wichtigstes Alleinstellungsmerkmal für Apotheken und kann regelmäßig nur eine Vorort-Apotheke leisten. Der zeitliche Aufwand ist aufgrund der rechtlichen Bestimmungen sehr stark gestiegen. Die Kosten für z. B. Personal, Prüfgeräte, Substanzen werden im Regelfall nicht von den Erstattungsbeträgen gedeckt, weshalb ich z.B. Rezepturen für Parenteralia auf Sprechstundenbedarf zu Lasten der Krankenkasse ablehne. Die Krankenkassen erstatten nicht einmal 5% der Kosten, sie wollen die Parenteralia z.B. Thesit 10% Lösung geschenkt bekommen. Die Apotheke informiert die Mitglieder von Krankenkassen ohne dafür entlohnt zu werden. Wir haben viel Ärger mit uneinsichtigen Kunden.	1	,1	,1	86,4
Die Herstellungszeiten von Zytostatika sind "relativ". Manche Anfertigung dauert 45 oder mehr Minuten (Myocet, Abraxane). Kapselherstellungen in unserer Apotheke umfassen meistens 200 bis 300 Stück. Auch hier ist die Zeitangabe für 12 Stück schwierig. Es wurde umgerechnet.	1	,1	,1	86,5
Die Hilfsmittelverträge sind eine Zumutung. Vor Allem, da wir z.B. Ersatzkassenpatienten nicht mehr mit Diabetikerbedarf (Lanzetten,Pennadeln etc) versorgen können. Der zusätzliche Aufwand für Rezepturen ist zu groß. Unsere Beratungstätigkeit auch im OTC Bereich wird unterschätzt und leider gar nicht honoriert. Durch die Preisfreigabe ist es eigentlich zu einem Minusgeschäft geworden. Leider blüht uns selbiges im Rx Bereich	1	,0	,0	86,5
Die Hoffnung bleibt , dass die Politik erkennt was die Bevölkerung schon lange weiss: Die Apotheke ist ein unverzichtbarer Bestandteil der Gesundheitsversorgung. Wenn dem so ist , bedarf es Rahmenbedingungen durch die Politik die ein Überleben der Apotheke sichern!	1	,0	,0	86,6
Die Inkontinenzversorgung mit den Pauschalen und die Abrechnung pro Monat inclusive Genehmigungen ist betriebswirtschaftlich nicht tragbar. Hier verbringen wir bei der Beratung oft 15 Minute bei der Genehmigung 10 Minuten und bei der monatlichen Abrechnung 5 Minuten mit der Dokumentation. Wir machen das nur, damit unsere Stammkunden gut versorgt sind und nicht von den Versendern der Krankenkassen versorgt werden müssen, die unzuverlässig liefern. Es ist eine Unverschämtheit uns und den Patienten gegenüber, sich dieses System auszudenken. Die Kunden sind hilflos. Und wir legen Geld zu.	1	,0	,0	86,6
Die Kommunikation aller Aspekte der Rabattverträge nimmt immer noch einiges an Zeit in Anspruch. Die Rezeptkontrolle zur Aufdeckung von evtl. Falschabgabe, sowie Vermeidung von Retaxationen nimmt viel Zeit in Anspruch. Durch stetige Absenkung (ich habe noch nie von einer Erhöhung gehört...) der Festbeträge ändern sich die Zuzahlungen oder es entstehen Mehrkosten, dies muss ebenfalls häufig und zeitaufwändig kommuniziert werden. Die Vertragskonforme Abgabe von Hilfsmitteln in der Apotheke ist EXTREM zeitaufwändig. Aufgrund des laschen Genehmigungsverhaltens einiger Krankenkassen auch für die Patienten. Die nach ApBetrO und im Zuge der Präqualifizierung geforderte Etablierung und Pflege von QMS ist EXTREM zeitaufwändig. Es ist schwierig nachzuvollziehen, dass jeder Tarifvertrag jährlich nach oben angepasst wird (ich habe noch nie von einer gegenteiligen Vereinbarung gehört), aber die Vergütungssituation der Apotheken keine jährliche Anpassung erfahren soll. Die Prüfung von Rezeptursubstanzen, sowie der Dokumentationsaufwand der Rezepturerstellung ist enorm gestiegen. In diesem Kontext ist der regelmäßige Weiterbildungsaufwand der Mitarbeiter ebenfalls sehr stark gestiegen. Abschließend, nur um es mal als Relation in den Raum zu stellen: Die möglichen Rabatte im Rx-Bereich sind gesetzlich geregelt und gedeckelt. Tendenz seit Jahren sinkend... Herstellerrabatte werden im Zuge der Rabattverträge von den Krankenkassen abgegriffen. Im Zuge des Antikorruptiongesetzes sind auch anderweitige Zuwendungen (Tüten, Kugelschreiber, Kundenzugaben) seitens der Hersteller streng reglementiert. Naturalrabatte sind im OTC-Bereich ebenfalls verboten. Das Sortiment ist beschränkt auf apothekenübliche Waren, was von der jeweiligen Erlaubnisbehörde im Zuge der Revision auch regelmäßig überprüft wird. Im Gegenzug bin ich als Inhaber zur persönlichen Leitung der Apotheke verpflichtet und darf mich auch nur eine begrenzte Zeit im Jahr vertreten lassen. Nebenaktivitäten müssen der Erlaubnisbehörde gemeldet werden, damit überprüft wird, ob es nicht mit meiner Tätigkeit als Apothekeninhaber kollidiert. Und zuletzt Hafte ich als e.K. immer für alles mit meinem kompletten Privatvermögen. Eine andere Gesellschaftsform ist im Grunde nicht wählbar. Falls Schulden auf der Apotheke lasten, ist eine Pleite damit zwangsläufig immer eine Privatinsolvenz.	1	,0	,0	86,6
Die Lage ist auf Stadtlagen reduziert! Die Bezeichnung ländliche Lage ("Dorfapotheke") fehlt!!!	1	,0	,0	86,7
die Lage kann in Ihrem Schema nicht erfasst werden. Es ist eine Vorstadt Lage, ein Arzt als Nachbar auf einem REWE, neben einem Rossmann, trotzdem 70- 80% Stammkundschaft	1	,0	,0	86,7
Die Personalkosten hängen sehr stark von den ortsüblichen Öffnungszeiten ab. Bitte löschen Sie meine sehr vertraulichen Daten nach der Auswertung. Ich widerspreche hiermit ausdrücklich einer Weitergabe meiner Daten an Dritte.	1	,0	,0	86,7
Die Prozentzahl aller OTC-Abgaben/Verkäufe schließt auch die Abgabe von OTC-AM auf Rezept mit ein, bei denen eine Anamnese durch die Apotheke nicht erforderlich ist. Die Fragen nach der Rezepturerstellung bilden nicht den gesamten Arbeitsumfang an vor- und nachbereitenden Arbeiten ab (Prüfung Ausgangsstoffe, Plausibilitätsprüfung, Herstellungsanweisungen und -Protokoll). Fragen nach sonstigen Dokumentationsaufwand (z.B. Prüfung Fertig-Arzneimittel, Bearbeitung von Rückrufen und AMK-Meldungen, Überwachung Notfallsortiment, Temperaturüberwachung, QMS, Hygienepläne, Arbeitsschutzdokumentationen... usw.) fehlen komplett.	1	,1	,1	86,8

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Die Prüfung der Ausgangsstoffe zur Herstellung von Individualrezepturen müsste als separater Punkt abgefragt werden, da diese auch sehr aufwändig, bzw. kostenintensiv ist.	1	,0	,0	86,8
Die Prüfung und Dokumentation der Prüfung von Ausgangsstoffen zur Herstellung von Rezepturen erfordert einen nicht unerheblichen Zeit-Aufwand. Die Kosten für den Aufwand werden insbesondere durch den Umstand nur die verbrauchten Mengen berechnen zu können, nicht abgebildet. Meist werden nicht unerhebliche Mengen von Ausgangsstoffen am Ende der Haltbarkeit verworfen. Die Dienstleistung der Herstellung wird von Ärzten oft missbraucht um eine kostengünstige Alternative zu Fertigarzneimitteln zu generieren, nicht um alternative Dosierungen oder individuelle Lösungen für Patienten zu generieren. Schon das zeigt die ungenügende Honorierung.	1	,1	,1	86,9
Die Regeln zur Abgabe von Medikamenten zu Lasten der KK sind inzwischen kaum noch zu überblicken. Tägliche Arbeitszeit die für Krankenkassenregeln draufgehen ist locker 40 Minuten pro Mitarbeiter. Die ständige Recherche nach neuen Regeln ist bei mir persönlich auf 30 Min pro Tag angewachsen. Bei Heil und Hilfsmitteln ist inzwischen das völlige Chaos ausgebrochen und reine Willkür bei den Krankenkassen, die noch NIEMALS uns die Regeln sagen konnten, da kein Mitarbeiter der KK sie beherrschen. Aber der Regress erfolgt postwendend! Der Zeitaufwand für Heil und Hilfsmittel ist teilweise 2-3 Stunden pro Abgabe. Wird nur noch als für uns sehr teurer Kundenservice gesehen.	1	,0	,0	86,9
Die Rezeptur Grund Mengen sind zu willkürlich, der Aufwand hängt nicht an der Arzneiform sondern an der Zahl der Bestandteile und Arbeitsschritte, die sehr unterschiedlich sein können, bzw. Erwärmung und Abkühlung. Kapseln werden immer in Ansätzen zu 60-100 gemacht diese bestimmen den Aufwand. Kleine Mengen von 12 sind nicht herstellbar die Mindestmengen sind hier höher um eine ausreichende Qualität zu erhalten. Der Rest ist dann Verwurf, der nicht vergütet wird. Auch andere Arzneimittel haben einen hohen Dokumentationsaufwand, Blutprodukt, Importe. Die monatliche Kontrolle durch den Apothekenleiter kostet die meiste Zeit, da man persönlich strafrechtlich haftet ist die Delegation schwierig. QMS und Selbstinspektion sind gesetzlich vorgeschrieben und kosten viel Zeit!!	1	,0	,0	87,0
Die Rezepturen und Herstellungsprozesse kosten und viel Zeit und der Aufwand ist enorm, aber die Vergütung ist minimal und der Versandhandel braucht sich nicht um diese aufwendigen Dinge zu kümmern und wird von der Politik dafür auch noch hoffiert. Die BTM Dokumentation und die Formalien, die wir bei der BTM Abgabe beachten müssen ist total unterschätzt und untervergütet. Auch hier ist der Versandhandel nicht betroffen und hat keine Kosten. Die Vor-Ort-Apotheke wird voll ausgenutzt und erhält kein adäquates Honorar dafür und der Versandhandel ist wieder fein raus und kann der Vor-Ort-Apotheke weiter Schaden zufügen.	1	,1	,1	87,0
Die Situation der typischen Landapotheke ist nicht differenziert genug erfasst!	1	,0	,0	87,1
Die Umfrage spiegelt den täglichen Ablauf in einer Vor-Ort-Apotheke nur rudimentär wider. Der bürokratische Aufwand in der Rezeptbelieferung nebst Beratung (Stichwort Rabattverträge), Lagerumgestaltung auf Grund neuer Rabattverträge, Vermeidung bzw. Bearbeitung von Retaxationen durch die GKV, vor allem die unübersichtliche Hilfsmittelversorgung zu schlechtesten Konditionen, sind weitere Felder, welche den Alltag prägen und den Personalbedarf extrem steigen lassen.	1	,0	,0	87,1
Die Umfrage umfaßt nicht, dass bei Patienten häufig Verständnis- und Complianceprobleme auszuräumen sind, was enormen Zeitaufwand mit sich bringt. Auch findet keine Berücksichtigung, dass die Medikation immer wieder neu auf unerwünschte Arzneimittelwirkungen abzugleichen ist. Ferner bleibt unberücksichtigt, dass Patienten häufig nur zur Beratung (ohne Kauf) die Apotheke aufsuchen oder ihnen auch ausdrücklich vom Kauf abzuraten ist.	1	,1	,1	87,2
Die Vergütung von Rezepturen deckt nicht die tatsächlichen Kosten wie Personalkosten, Laborbedarf etc., d.h. Rezepturen sind für Apotheken derzeit unwirtschaftlich. Die Bürokratie (Dokumentation) ist zu viel!!!	1	,0	,0	87,2
Die Vergütung von Rezepturen ist ein Witz. Verglichen mit einem nichtakademischen Handwerker ist die Vergütung 5mal zu wenig. Vergleichbar mit einem Akademischen Ingenieur müsste die Vergütung zehnfach höher sein. Pflichtliteratur von 1000€ pro Jahr wird nicht berücksichtigt. Laborausstattung von 10000 € pro Jahr ist nicht berücksichtigt. Von der unendlichen Stunden verschlingenden Bürokratie ganz zu schweigen!	1	,0	,0	87,2
Die vorgegebenen Zeitfenster sind in dem für uns zustreffenden Bereich z.T. zu wenig "gespreizt". Die Beantwortung hat insges. ca. 40 min gedauert!	1	,0	,0	87,3
Die Werte sind schwierig anzugeben, fest steht, dass unsere Arbeit bei pharmazeutischer Herstellung und Dokumentation vollkommen unterbezahlt ist und in kleinster Weise angemessen gewürdigt wird.	1	,1	,1	87,3
die Zeit die wir uns für die persönlichen Sorgen (ohne Beratungszeit) der Kunden nehmen bei unserer alltäglichen Arbeit sollten sie auch mit einbeziehen	1	,0	,0	87,4
Die Zunahme der Bürokratie bedingt durch die gesetzlichen Vorgaben zur Abgabe von AM und Hilfsmitteln, die Nichtlieferbarkeit vieler Produkte und die vielen verschiedenen Hilfsmittellieferverträge lassen bald keinen Raum mehr für ein gesundes wirtschaftliches Arbeiten. Der Zeitaufwand geht zu Lasten der ausführenden Beratung der Patienten. Notdienste sind defizitär und werden durch die Internetkonkurrenz und den dadurch resultierenden Preisdruck nicht mehr aufgefangen. Die psychische Belastung des Personals ist sehr angespannt.	1	,1	,1	87,4
Dien entstehenden Handlingskosten bei der Abgabe von BTM decken den anfallenden Aufwand nicht einmal im absoluten Minimum die tatsächlich entstehenden Kosten. Die bisherige Entlohnung stammt noch aus einer Zeit, als die Gesamtmarge die Quersubventionierung derartiger Kosten zugelassen hat. Seit diesen Zeiten ist aber die Handelspanne bei verschreibungspflichtigen Präparaten von über 35% auf nunmehr 21% gefallen. Da auch eine gut geführte Apotheke Kostenaufwendungen von 20% aufwenden muss, verdienen wir an Rx Präparaten derzeit ca. 1,5 bis maximal 2% im Durchschnitt, d.h. derzeit finanziert das OTC Geschäft fast die gesamte Apotheke. Eine Anhebung der BTM Gebühren, aber auch der Vergütung bei Rezepturen ist seit ca. 20 Jahren überfällig!	1	,0	,0	87,5
Dienstleistungen der Apotheken vor Ort wurden leider nicht abgefragt Dies wird immer mehr vom Kunden verlangt	1	,0	,0	87,5
Diese Befragung hat im laufenden Betrieb 90 Minuten gedauert. Hoffentlich werten diese Befragung ein paar intelligente verständnisvolle Köpfe aus!	1	,0	,0	87,5
Diese Umfragen in der Zeitphase der Wintermonate, in der die höchste Kundenfrequenz herrscht, umgekehrt aber das pharmazeutische Personal genauso von Erkältungskrankheiten erfaßt wird, wie der Bevölkerungsdurchschnitt, das Restpersonal umso mehr auch beratungsmäßig und rezepturmäßig angespannt ist, sind terminlich sehr ungünstig. Die Hauptaufgabe des Apothekers ist die Konzentration auf die gewissenhafte Versorgung seiner Patienten und daß die Abläufe in der Apotheke stimmen. Da bleibt für den engagierten Apotheker im Moment wenig Zeit für die Beantwortung dieses umfangreichen Fragebogens. Gut war, daß er wenigstens Online zur Verfügung stand, man unterbrechen konnte und zwischendurch noch mal die Rezepturfragen mit dem Personal abklären konnte- auch ich habe mir zur letzten Möglichkeit noch die Zeit am Samstag nachmittag genommen zur Beantwortung der Fragen. Ich hoffe, daß der Großteil der rezepturaktiven Apotheker, auch Zeit hierzu gefunden hat.	1	,1	,1	87,6
Differenziertere Nachfrage zu Rezepturaufwand und Vergütung fehlt, zugehörige Laborprüfungen etc fehlt. Umsatz ist nicht mehr aussagekräftig, sondern Rohertrag. Mehraufwand durch Umsetzung der Rabattverträge fehlt (mehr Beratung, schwierige Lagerhaltung, Lagerwertverluste etc.) Konditionskürzungen der Großhändler fehlt. Aufwand bei Retaxationen (Einspruch, Telefonate, Briefe, Faxe etc.) und entstehende zusätzliche Kosten fehlt. Größe des Lagers (Risikokapital), Lagerhaltungskosten, Lagerverluste wurden nicht abgefragt, vor allem im Verhältnis jetzt zu vor Einführung der Rabattverträge. Kein Ausgleich zu gestiegenen Kosten seit 2004, kein Inflationsausgleich. Fragen nach Einbußen beim Rohertrag durch Rabattdeckung und Inflation und gestiegene Kosten allgemein. Nacht- und Notdienst liegt in der Vergütung gerade beim Mindestlohn, Ärzte werden angemessen vergütet, ca 65€/h im Gegensatz zu 8,50€ für Apotheker. Hinterfragen der Rentabilität fehlt. Keine Frage zu dem Umsatz und Rohertrag im Notdienst im Verhältnis zu den Kosten.	1	,0	,0	87,6
Dokumentation bezieht sich tatsächlich nur auf BTM. Viel mehr Dokumentation wird für jede Rezeptur, bzw. für Eingangskontrollen von Rezeptursubstanzen verwendet!! Der Aufwand, den Rabattverträge machen, in bezug auf Abklärung mir Arzt und Patient, aber auch in Bezug auf die Warenhaltung insgesamt, kompletumstellung bei Vertragsänderung, Nichtlieferbarkeiten etc. ist nicht zu unterschätzen. Hier wären allein die Festbeträge ein gutes Mittel!!!	1	,0	,0	87,7

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Dokumentation und bürokratischer Aufwand stellen einen unverhältnismäßig hohen Anteil dar, was die eh schon schlechte Rendite im Verhältnis noch mehr verschlechtert, da dafür auch das Fachpersonal (PTA, Apotheker/Inhaber) gebunden ist! Die Kosten für die BtM-Dokumentation werden bei weitem nicht gedeckt und auch bei der Rezeptur nur selten, da hier ja zu der Herstellung noch der mindestens genauso hohe Beratungsaufwand wie bei Abgabe eines Fertigarzneimittels dazu kommt- ohne Bezahlung!	1	,0	,0	87,7
Dokumentation von Rezeptur, Defektur und Eingangsprüfung und Fertigarzneimittelprüfung sind so umfangreich, dass Defektur und Einzelanfertigung fast nicht mehr machbar ist	1	,0	,0	87,8
Dokumentationspflichten und Einwirkungen von Gesetzesänderungen, wie z.B. Rabattverträge oder Einzelverträge für Hilfsmittel führen mittlerweile zu einem zeitlichen Aufwand, der sich nicht in der Vergütung widerspiegelt.	1	,1	,1	87,8
durch Abbau von Bürokratie, Dokumentationspflicht bei Hilfsmitteln, Reduktion von Genehmigungen bei Hilfsmitteln, Vereinfachung und Zusammenfassung von Hilfsmittellieferverträgen läßt sich wesentlich effektiver arbeiten. Die neuen Regelungen zur Abgabe von Blutzuckermessstreifen sind die Krönung an Bürokratie und Ineffizienz!	1	,0	,0	87,9
Durch den Wegzug eines Arztes werde ich die Apotheke aufgrund der sich daraus ergebenden wirtschaftlichen Schwierigkeiten im Jahr 2017 schließen müssen. Noch eine sehr wichtige Anmerkung: Man kann mit einer Apotheke sehr viel Umsatz machen. Aber: Ein sehr viel aussagekräftiger Wert ist der Rohgewinn. Ausserdem spielt die interne Kostenstruktur eine große Rolle. Sie könnten sich zu diesem Zweck ja auch mal bei der Treuhand Hannover, einem der größten Steuerberatungsunternehmen für Apotheker, informieren. Bei mir sitzt der Frust über die Gesundheitsreformen und die stetig wachsende Bürokratie sehr tief.	1	,0	,0	87,9
durch den weiten einzugsbereich meiner apotheke beliefern wir (unentgeltlich) patienten in einem radius von ca 25 km. taeglich werden ca 20-25 zustellungen organisiert, dabei ca 80-120 km gefahren. daher ist die vor-ort-apotheke besonders auf dem lande auf eine sog. querfinanzierung angewiesen, um diese zusaetzlichen dienste zu bezahlen. seit der erlaubnis 2004 unter ulla schmidt, dass auch non-rx arzneimittel versendet werden duerfen, wird dieser finanzielle spielraum spuerbar geringer. die ueberbordende buerokratie nimmt immer mehr arbeit in anspruch, die mit personellem aufwand zu bewerkstelligen ist. versand-apotheken ohne nacht-und notdienste und ohne den zwang zur rezepturherstellung und vorhalten eines wochenbedarfes an arzneimitteln, keine btm-abgabe betreiben rosinenpickerei, was der vor-ort-apotheke in wachsendem masse schadet.	1	,0	,0	87,9
Durch die vielen Vorschriften, Dokumentationspflichten und die Bürokratie hat man immer weniger Zeit sich ausführlich mit dem Kunden/ Patienten zu unterhalten und zu beraten. Wenn man die unnützen Vorschriften steichen würde, wäre es sehr gut! Wir haben schon den Eindruck, das viele Vorschriften von Menschen gemacht sind, die keine Ahnung von der täglichen Praxis haben. Es wird war immer von Bürokratieabbau gesprochen, aber die Praxis sieht anders aus und viel besser wird die Arbeit dadurch auch nicht, denn jeder ist doch sowieso bestrebt, das Beste für seine Patienten zu leisten.	1	,0	,0	88,0
Durch Rezepturen wird momentan eine Mitarbeiterin durch die extrem aufwändige Dokumentation/Telefonieren den ganzen Tag beschäftigt. Durch die Rabattverträge hat sich das Lager und Bestellverhalten komplett geändert. Es ist unmöglich sämtliche Rabattarzneimittel (die sich auch noch ständig ändern) auf Lager zu haben. Dadurch sind die Prozesskosten (Bestellung/Handling Wareneingang etc.)drastisch gestiegen. U.a. muss nun Ware im Wert von ca. 5.000 Euro pro Jahr vernichtet werden, da bei Änderungen der Rabattverträge kein Abverkauf mehr möglich ist und der Großhandel diese Artikel nicht zurückerhält.	1	,0	,0	88,0
Durch Schätzung sind manche Zahlen nur mit Unschärfe zu ermitteln. Eine durch Apothekendaten gestützte Angabe wäre jedoch mit enormem Zeitaufwand verbunden, der nicht unentgeltlich erbracht werden kann.	1	,0	,0	88,0
Durch wirtschaftliche Gegebenheiten ,keine Margenerhöhung in den letzten 10 Jahren (nur 1x3%)sind bei steigenden Gehältern (in diesem Zeitraum +30 !!! %)auskömmliche Gewinne nur bei extremer Selbstausschöpfung zu erwirtschaften. Die mengenmäßigen Zuwächse können auch nur mit mehr Personal bewältigt werden. Gesetzliche Auflagen wie Notdienste, Beratungspflichten, Dokumentationen, Rezeptur, Pflichtberatung und keine Möglichkeit von Automatisierung lassen keine wirksamen Sparmassnahmen zu	1	,0	,0	88,1
Durchschnitt sind schwer zu beantworten, weil Rezepturdokumentationen oder Genehmigungen oder endlose Diskussionen über Rabattverträge leider inzwischen auch zum täglichen Apothekenablauf gehören und teilweise EIN Rezept uns stundenlang beschäftigt.	1	,0	,0	88,1
Eigentum der Bank, da die Apotheke im Jahr 2014 in einen Neubau verlegt wurde, da sich der Ortskern verschoben hat, durch Ansiedlung von Supermärkten im Randbereich des Dorfes Mit freundlichen Grüßen	1	,1	,1	88,2
Ein erheblicher Zeitaufwand betrifft retaxationen durch krankenkasse welche haefug ungerechtfertigt und ueberzogen sind. Im jahr fallen ca 200 std an um einspruch zu erheben	1	,1	,1	88,2
Ein großer Aufwand im Herstellungsprozess ist die intensive Prüfung der diversen Ausgangsstoffe die durch PTA und Apotheker erfolgt.	1	,1	,1	88,3
Ein großer Teil der täglichen Arbeit wird nicht vergütet und läuft als Service im Hintergrund. Mit viel Engagement arbeiten wir Apotheken täglich für das Wohl unserer Kunden.	1	,0	,0	88,3
Ein großer Teil unserer Zeit geht bei der Dokumentation verschiedener Vorgänge in der Apotheke verloren (z.B. QMS). Aber besonders gravierend bei der täglichen Kommunikation zwischen Apotheke, Ärzten und Krankenkassen. Jeder von uns hängt fast täglich 1 Stunde am Telefon um Rezepte zu korrigieren die nicht korrekt ausgestellt sind oder Medikamente, gerade in letzter Zeit, nicht lieferbar sind. Häufig müssen wir in die Praxen selber, da einige Änderungen vom Arzt gegengezeichnet werden müssen. Das stößt auf wenig Gegenliebe, aber die Krankenkassen warten nur auf solche Fehler um nicht bezahlen zu müssen. Ebenso Rückfragen bei den KK oder LAV weil wieder irgendwelche speziellen Teile der Lieferverträge gekündigt wurden, nichts hat so wenig Kontinuität wie der vertrag mit einer KK. das sind die Zeiten die uns beim Patienten verloren gehen, ganz abgesehen vom täglichen Ärger.	1	,0	,0	88,4
Ein großes Problem ist der Fachkräftemangel. Ein PharmIng ist schon Rentner mit 68 Jahren. Mit mehr Personal wäre alles entspannter und auch die Versorgung der Patienten besser möglich.	1	,1	,1	88,4
Ein Großteil des zusätzlichen Zeitaufwands in der Apotheke ergibt sich aus Medikationsanalysen, Abklärung mit den Ärzten, Dosierungsklärungen, Erklärungen zu Rabattverträgen. Dieser Aufwand wird offensichtlich in der Umfrage nicht genügend berücksichtigt.	1	,1	,1	88,5
Ein Problem bei der Rezepturherstellung ist, dass die Apotheke oft gezwungen ist für nur eine Rezeptur Chmikalien zu bestellen, die häufig nie wieder verwendet werden können, da die rezeptur nicht mehr vorkommt. Hier sollte die Möglichkeit geschaffen werden, diese Ausgangssubstanzen der Kasse komplett in rechnung stellen zu können. Die Vergütung sollte entsprechend dem Zeitaufwand erfolgen. Da es sich bei der rezepturherstellung um eine Handwerkliche Tätigkeit handelt , sollte man sich hier an Stundensätzen aus dem Handwerk orientieren. Ich bezahle für 1 Stunde eines Handwerkers, der in meiner Apotheke Reparaturen vornimmt weit mehr als ich für eine Stunde Rezepturherstellung erhalte.	1	,0	,0	88,5
Ein relativ hoher Zeitbedarf ist für die Beratung gerade älterer Patienten bei Umstellung auf ein anderen Herstellern aufgrund neuer Rabattverträge nötig. Wir sind desweiteren Ansprechpartner für Probleme z.B. mit Blutzuckermeßgeräten (Datum einstellen, Handhabung erklären, Batterien wechseln)	1	,1	,1	88,6
ein sehr großer Zeitfaktor ist die Erklärung von Rabattvertrags-Arzneimitteln, vielleicht könnte die Umsetzung der Rabattverträge (mit enormen Einsparungen für die Krankenkassen) durch die Vor-Ort Apotheken in die Honorierung einfließen	1	,0	,0	88,6
Ein Tag in einer öffentlichen Apotheke verbringen , bringt mehr als alle Statistiken !!!	1	,0	,0	88,7
ein überwiegender Teil des zusätzlichen Zeitaufwandes (Kosten) bei der Abgabe und Prüfung von Arznei- und Hilfsmittel, könnte durch eine Vereinfachung der aufgeblähten Individualrabattverträge und der schikanösen Hilfsmittelsituation, ohne preisliche Verschlechterung für die Leistungserbringer vereinfacht werden.	1	,1	,1	88,7

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Eine Anamnese ist nur Ärzten gestattet . In der Apotheke geht es um das kritische Hinterfragen der Eigendiagnose des Patienten! Das scheint nur eine formaljuristische Feinheit sein. Aber das auftauchen dieses Wortes in der Umfrage lässt mich über die Sachkunde die hinter dieser Umfrage steht kritisch nachdenken.	1	,1	,1	88,8
Eine Angabe der Stückzahl an Hilfsmitteln ist nicht so ohne weiteres möglich. Oft wir eine Packung mit der enthaltenen Stückzahl abgerechnet und statistisch erfasst. Bsp:1 Packung Nadeln für die Insulinspritze enthält 100 Stck. Auf dem Rezept steht in Abhängigkeit vom Liefervertrag 100Stck oder 1 Stck.	1	,0	,0	88,8
Eine Erhöhung des Apothekenhonorars ist längst überfällig. In allen Branchen steigt die Entlohnung kontinuierlich, nur bei uns nicht. Stattdessen steigt immer mehr der Aufwand für Bürokratie etc. sowie alle Kostenbereiche beständig an. Darüber hinaus wird ständig die kaufmännischen Belange vom Staat reguliert und beschnitten!	1	,1	,1	88,9
Eine kostendeckende Honorierung der Dienstleistungen in der Apotheke sind seit Jahrzehnten überfällig	1	,0	,0	88,9
Eine Landapotheke passt nicht in Ihr Schema.	1	,0	,0	89,0
Eine stichprobenartige empirische Erfassung wäre wahrscheinlich sinnvoller als die Abfrage von Schätzwerten.	1	,0	,0	89,0
Eine Vereinfachung der Hilfsmittelabgabe würde eine enorme Zeitersparnis bedeuten. Teilweise lassen sich Abgabemodalitäten und Preise erst durch Nachfrage beim Verband klären, da kein Mensch mehr weiß,welchem Hilfsmittelvertrag er bei welcher Krankenkasse beigetreten ist, ob der noch aktuell ist. Was spricht gegen einen einheitlichen Hilfsmittelvertrag der für alle Krankenkassen gleichermaßen gilt, mit gleichen Preisen. Das wäre wohl zu einfach.	1	,0	,0	89,0
Eine Vereinfachung und Vereinheitlichung des Hilfsmittelsystems würde die EDV-Kosten reduzieren und den Zeitaufwand für Genehmigungen etc. minimieren. EDV-Kosten: Effektives Arbeiten geht nur noch mit kostenintensiver Software. Der gesetzlich geforderte Bürokratiewahn ist nur mit gutem Personal zu bewältigen. Gutes Personal aufs Land zu ziehen geht nur mit Gehältern weit jenseits des Tarifs. Diese Kosten müssen erwirtschaftet werden.	1	,1	,1	89,1
Einfacher wäre, wenn man die Inflationsrate/Teuerungsrate berücksichtigen würde....	1	,1	,1	89,2
Einige Fragen sind zu ungenau. Zu Parenteralia zählen auch herkömmliche Injektionslösungen, Infusionen etc. Eben halt alles, was nicht Enteral aufgenommen wird. Der zeitliche Aufwand zur Prüfung von Änderungen im Gesetzeswesen (z.B. Apothekenbetriebsordnung), Vertragswesen (Krankenkassenrabatte, Hilfsmittelverträge), Umsetzung von EU Richtlinien (z. B. Streitschlichtung) nimmt jährlich weiter zu und ist zu normalen Arbeitszeiten kaum zu bewältigen. Der Stundenlohn des selbstständigen Durchschnittsapothekers liegt inzwischen auf dem Niveau des angestellten Apothekers bei vollem wirtschaftlichem Risiko. Die oberen 10 % der Apotheken, die meistens Sonderverträge haben, lasse ich hierbei unberücksichtigt.	1	,0	,0	89,2
Einige Fragen waren schwer abzuschätzen, da die Varianz z.B. zwischen einzelnen Rezepturen sehr groß sein kann was dir Arbeitszeit betrifft. An Kapselrezepturen kann man schon einmal 2 komplette Tage arbeiten. Da ist das mit > 30 Minuten etwas zu gering bemessen. Der Aufwand für Notdienste fehlte komplett. Warenbeschaffung und z.B. -ausgangsprüfung wurde ebenfalls meiner Meinung nach nicht ausreichend mit berücksichtigt. Ebenso wenig wir der Mehraufwand durch QMS z.B. bei Botenlieferungen.	1	,1	,1	89,3
Einige Fragen zum Zeitbedarf für verschiedene Tätigkeiten (Bsp.Rückfragen wg. Unklarheiten) hätten einer Möglichkeit bedurft, anzugeben, wie oft der Bote in die Arrztpraxen fahren muß, um Rezepte ändern zu lassen!	1	,0	,0	89,3
einige Mengen sind leider sehr Realitätsfern. Normale Kapselmenge ca 60 St. Hauptproblem in der Herstellung sind immer Unklarheiten/Ungenauigkeiten die schwer über eine Umfrage abzudecken sind	1	,1	,1	89,4
Einige Schätzungen besonders im Bereich Rezeptur sind mit großer Unsicherheit behaftet. Nicht verständlich erfragt wurde der Bereich der Wareneingangskontrolle der Rohstoffe, die Entsorgung verfallener Rezepturgrundstoffe (wegen der Unmöglichkeit, in jedem Fall bedarfsgerechte Mengen einkaufen zu können) sowie der gesamte Komplex der Fertigarzneimittelprüfung.	1	,0	,0	89,4
Erbitte Berücksichtigung des hohen zeitlichen und personellen Aufwandes, der bei der Gegenzeichnung bzw Neuausstellung von Rezepten, deren Änderung im Vorfeld telefonisch besprochen wurde, zu erbringen ist (gerade für kleine Apotheken!) Vielen Dank!	1	,0	,0	89,4
Ergänzende Besonderheiten zum Betrieb der Apotheke: 1. Versorgung von wöchentlich 60 bis 100 Patienten im Rahmen der Substitutionstherapie, davon ca. 15% Patienten, die nur eine bis zwei Einzeldosen Substitutionsmittel verordnet bekommen = hoher personeller Aufwand, die Verütung liegt teils unter dem Einkaufspreis der Ausgangsstoffe. Hinzukommt das Vorhalten höherer "Sicherheitsstandards" infolge der Lagerhaltung hochproblematischer Arzneimittel (in Bezug auf deren Mißbrauchspotential, Beschaffungskriminalität). 2. Spezialpraxen in der Nähe der Apotheke fordern die Lagerhaltung hochpreisiger Arzneimittel, deren kurzfristige Anwendung regelmäßig gefordert ist z.B. eine Klinik für Reproduktionsmedizin = hoher Wareneinsatz... 3. Teilnahme/Durchführung von Nacht- und Notdienst. An einem normalen Wochentag suchen die Apotheke nachts ca. 30 Patienten auf, Sonn- bzw-. Feiertags zwischen 200 und 600 - um die Versorgung qualitätsgerecht zu realisieren, ist ein hoher Personaleinsatz notwendig.	1	,0	,0	89,5
Erheblicher Zusatzaufwand entsteht durch Fremdfehler, wie z.B. Verordnungsfehler. Daraus resultiert oft ein zusätzlicher Verwaltungs- und Logistikaufwand (z.B. Botendienst zur Praxis für Rezept-Korrekturen) und Retaxationsaufwand der Krankenkassen (die nicht glauben können, daß auch ein Anbruch Geld kostet).	1	,0	,0	89,5
Erstaunlich ist, daß manche sehr wichtige Aspekte in Ihrer Befragung nicht vorkommen, wie zum Beispiel Aufwand für Inventur bei den PKAs, Aufwand für Auslieferung oder Facility Management bei den sonstigen Mitarbeitern oder Aufwand für das (gesetzlich vorgeschriebene!) QMS in der Apotheke! Es schienen mir nur Teilaspekte beleuchtet zu werden.	1	,1	,1	89,6
Erstmal vielen Dank. Ich muss sagen die Fragen sind zum Teil so abstrakt, dass Sie einfach nicht zu beantworten sind. Es wird versucht Sachverhalte in ein Korsett zu pressen, das funktioniert einfach nicht - es gibt keinen geplanten Durchschnittswert für die Dauer eines Patientengesprächs, genauso wenig für die Korrektur eines falsch ausgestellten Rezeptes, oder für eine Retaxation, genauso wenig wie für den Direkteinkauf. Es gibt im echten Leben zu viele Variablen für solche Situationen. Daher sind die Ergebnisse mit äußerster Vorsicht zu lesen und definitiv keine zuverlässige Quelle.	1	,0	,0	89,6
Es erschliesst sich mir nicht wie sie aus den abgefragten Informationen Antworten auf die Fragestellung "Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) geregelten Preise" gewinnen wollen. Betrachten Sie dazu die Entwicklung der Gehälter in den Apotheken seit 2004 (Änderung der AMPPreisVO) und die Entwicklung von Gehältern von Akademikern und Facharbeitern in anderen Branchen. Beziehen Sie in Ihre Betrachtungen auch den Mehrbedarf an Personal (ca. 20% !)für die Erfüllung der Rabattverträge und sonstigen seit dem dazugekommenen Pflichten (QMS etc.)ein. Die meisten Apothekenleiter würden Ihren Mitarbeitern gerne attraktivere Gehälter zahlen, wenn die wirtschaftliche Situation dies erlauben würde. ca 30% der deutschen Apothekenleiter kann sich selbst weniger Gehalt "zahlen" als seinen angestellten Approbierten bei gleicher Arbeitszeit!! Mittlerweile können Sie als Single-PKA mit mehr als 7 Jahren Berufserfahrung in Vollzeit keinen eigenen Haushalt mehr führen ohne jeden Cent zweimal umzudrehen!! (netto ca. 1200€/m) Betrachten Sie auch die Anpassung der Vergütung der Apotheken für RX- Arzneimittel seit 2004 im Vergleich zur allgemeinen Entwicklung von Löhnen und Gehältern, Energiekosten, Ladenmieten (eben sämtliche Kosten eines Betriebes) und vergessen Sie nicht dass auch dem Inhaber der Apotheke ein Einkommen zusteht!	1	,0	,0	89,6
Es fällt schwer, die zeitliche Einordnung der Tätigkeit meiner Angestellten vorzunehmen, fest steht: Leerzeiten gibt es nicht	1	,0	,0	89,7
Es fehlen Fragen zu Tätigkeiten, die einen erheblichen Mehraufwand betreffen: Dokumentation von Nichtlieferbarkeiten, Reimporten, Interaktionen, Telefonaten zu Hilfsmittelgenehmigungen (teilweise Artikel im Preis von 1,50 €!), Telefonaten mit Krankenkassen wegen Befreiungen von Patienten etc.	1	,0	,0	89,7

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Es fehlen viele Aspekte:z.B. QMS, Fort- und Weiterbildung, Präqualifikation; Pflichtseminare, Besprechung mit Steuerberater, Lohnbuchhalter, EDV Spezialisten, Handwerkern, Reparaturen, kostenloser Botendienst, Kostenlose Abholung von ARZ beim Grosshandel, Ausfüllen von Fragebögen, ca 10 pro Jahr, Teilnahme an berufspolitischen Veranstaltungen, Besuch von Apothekertagen und Fachmessen, ehrenamtliche Tätigkeiten für den Berufsstand, Verhandlungen mit Banken usw., Planungen von neuen Einrichtungen und neuer EDV, Pflege Homepage, Werbung, Planung und Durchführung von Aktionen,	1	,1	,1	89,8
Es fehlt der zeitliche Aufwand für den Nacht- und Notdienst, bei uns auf dem Land alle 16 Tage. Es fehlt der Mehraufwand für hochpreisige Arzneimittel, Vorfinanzierung vor Bezahlung durch die Krankenkassen. Es fehlt der tägliche Aufwand für die Rezeptkorrektur, Kosten für die Rezeptfassung durch Scanner etc. Es fehlt der Aufwand für das Medikationsmanagement, bisher nicht durch Krankenkassen finanziert (ARMIN-Projekt) und das Vervollständigen des Medikationsplans. Es fehlt der Aufwand für das Betreiben eines QMS-Systems samt Zertifizierung. Es fehlt der zeitliche und finanzielle Aufwand für Fort- und Weiterbildung und Ausbildung. Es fehlt der zeitliche und finanzielle Aufwand für das Aufrechterhalten des Botendienstes auf dem Land zur flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln. Es fehlt der zeitliche Aufwand für die Prüfung von Ausgangsstoffen für die Rezeptur. Es fehlt der zeitliche Aufwand für die tägliche Arzneimittelprüfung, Meldung von Arzneimittelrisiken an die Arzneimittelkommission. Es fehlt der zeitliche Aufwand für Doku der Blutprodukte, Importarzneimittel, Tierarzneimittel, T-Rezepte. Vorgeschriebene Mindestgröße und weitere Voraussetzungen lt. ApBetrO gelten nicht für Versandapotheken, genauso wie Pflicht zur Grundversorgung, Notdiensten, Rezepturen,Kontraktionszwang zur Abgabe von Arzneimitteln.	1	,0	,0	89,8
Es fehlt die Frage nach dem Rohertrag. Der Umsatz ist hier eine täuschende Größe. Ferner fehlt die Frage nach den Personalkosten, da erst diese den Mehraufwand durch Bürokratie etc. bei immer weiter sinkenden Roherträgen (trotz Umsatzsteigerung!) messbar machen. Genauso entscheidend ist die Frage, wie sich die Personalkosten entwickeln können. Wieviel Zeit braucht ein Kunde generell, verglichen auch mit früher, um allen Verträgen gerecht zu werden, zusätzlicher Erklärungsbedarf durch Rabattverträge, und Mehrkosten etc. Wieviel Zeit benötigt die Abgabe und die Nacharbeit eines Rezeptes überhaupt? Damit verbunden auch die Frage nach Investitionen z.B. in EDV und Ausstattung, um die Maßnahmen umsetzen zu können, die den Krankenkassen wiederum dazu dienen, Geld zu sparen. Wieviel müssen Apotheken über Tarif zahlen, um den Arbeitsplatz Apotheke im Vergleich z.B. zur Industrie attraktiv halten zu können? (Oder im Falle von PTAs, dass sie überhaupt noch diesen Beruf ergreifen.) Das sind bedeutende Fragen, die leider komplett fehlen.	1	,0	,0	89,9
Es fehlt die Lage Landapotheke! Eine Unterscheidung zwischen Haupt und Filiale ist nicht zielführend Genaue Fragen nach dem vorgeschriebenen QMS fehlen! Die monatliche Kontrolle der BTM ist die meiste Zeit, Auch andere Arzneimittel, wie Blutprodukte erfordern einen höheren Aufwand.	1	,1	,1	89,9
Es fehlt die Rückfrage nach dem Umfang und dem Aufwand für Rezepturen, die in der Regel unterhalb des Mindestlohns hergestellt werden. Zudem die Frage nach Beschaffungskosten von BTM. Wir zahlen 1 Euro an den Großhandel, dürfen der Krankenkasse nur 26 Cent berechnen. Der zeitliche Aufwand eines Genehmigungsverfahrens wird nicht erfragt. Dieses wird bei uns sehr schnell in die Wege geleitet, die Genehmigung seitens der Krankenkassen benötigen 1 - 2 Wochen.	1	,0	,0	89,9
Es fehlt noch die Dokumentation von Importen und T-Rezepten. Beides ist auch aufwendig und bei T-Rezepten gibt es die Gefahr, dass man mit einem Null-Retax gleich mal 7000€ verliert. Das ist auch ein sehr hohes kalkulatorisches Risiko, was nirgendwo dargestellt ist.	1	,0	,0	90,0
Es fehlte die Befragung zum Zeitaufwandes in der kostenlosen individuellen pharmazeutischen Beratung und der Beratung im Hilfsmittelbereich(vor allem in den Bereichen Inkontinenz und Pflegehilfsmittel)	1	,1	,1	90,0
Es gibt einige Apotheken, die nur noch geöffnet sind, um den Mietvertrag zu erfüllen. Durch die vollumfängliche Haftung mit dem gesamten privaten Vermögen, sind einige Kollegen gezwungen, ihre (unverkäufliche) Apotheke weiterhin zu führen. Diese Bedingungen sind durch einen Fragebogen nicht erfassbar.	1	,0	,0	90,1
Es gibt noch ganz viele unterschiedliche Aspekte der Kundenbetreuung, die nicht unmittelbar mit der Abgabe von Medikamenten im Zusammenhang stehen. Und wenn es nur ein freundliches Gespräch oder ein guter Rat ist, oder einfach nur Anteilnahme. Das Thema Apotheke ist eigentlich viel zu komplex um es mit einigen einfachen Fragen zu erfassen. Es hängt natürlich sehr viel davon ab, wie eine Apotheke geführt wird und wieviel Freiraum die Mitarbeiter haben. 20 000 Apotheken in Deutschland: alle verschieden!	1	,0	,0	90,1
es gibt viele zeitaufwändige Aufgaben, wie die gerade erledigte, welche schwer einzuordnen sind. Vor Ort Apothekerinnen sind auch in Arbeitskreisen von Gesundheitsregionen der Stadt, bei Schulen oder Kindergärten in der Prävention, als Vortragende in Seniorenkreisen, Selbsthilfegruppen, Pflegeeinrichtungen u.v.a. tätig. Wartezeiten gibt es bei mir nicht, diese dienen immer dem sozialen Austausch mit meinen Kunden. Diese benötigen manchmal auch Gespräche und persönliches Interesse jenseits des Arzneimittels (Vereinsamung im Alter). Auch diese Komponente meiner Arbeit halte ich für sehr wichtig für die Gesundheit meiner Kunden!	1	,1	,1	90,2
es handelt sich um eine Landapotheke - die Haupt-und Filialapotheke leisteten im Jahr 2016 insgesamt 75 Nachtdienste - bis auf drei wurden alle vom Apothekenleiter durchgeführt. Der Apothekenleiter kommt somit auf eine wöchentliche Arbeitszeit von ca. 50 - 60 Stunden. Das RX-Versandhandelsverbot sollte möglichst schnell kommen, ansonsten könnte es mit Landapotheken, die vor allem vom RX-Umsatz leben, bald vorbei sein ...	1	,0	,0	90,2
Es handelt sich um eine typische Landapotheke	1	,0	,0	90,2
Es ist schwierig, die Zeitangabe zu Rezepturen zu treffen, da wir selten unsere Zeit im Auge haben bzw. oft mehrere Tätigkeiten gleichzeitig/nebenher erledigt werden.	1	,0	,0	90,3
Es ist ungeheuer schwer, eine Apotheke dieser Umsatzgröße im positiven Bereich zu halten auch wegen der völlig überzogenen Retaxationen der Krankenkassen , die rein aus formellen Gründen sich vor der Bezahlung drücken wollen. Eine bessere Vergütung der wissenschaftlich fundierten Arbeiten vor der Herstellung einer Rezeptur ist dringend erforderlich	1	,0	,0	90,3
Es sind sicherlich einige gute Fragen dabei. Allerdings kann sicher nicht jede Apotheke über einen Kamm geschoren werden. Bei mir werden die Umsätze durch großen personellen Aufwand geleistet - da ich viele niedrig-preisige Packungen abgebe. Außerdem wird immer häufiger Lieferung erwartet und gefordert und auch von den Ärzten vorausgesetzt.	1	,1	,1	90,4
Es wäre schön gewesen, bei den Rezepturen in die Herstellung und die Dokumentation zu unterscheiden. Das auch übermäßig aufwändige (weil z.T. schlecht verordnete) Rezepturen für einen Hungerlohn hergestellt werden müssen wird ja zähneknirschend hingenommen, aber dass man sich anschließend entweder zu Tode dokumentiert oder für viel (sauer verdientes) Geld teure Software anschafft, die diese Arbeit teilweise übernimmt - und das wird alles überhaupt nicht abgegolten(!) - kommt so nicht ausreichend ans Licht.	1	,0	,0	90,4

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Es wäre schön, statt der ganzen massiven Änderungen in kurzer Zeit, mal ein System bestehen zu lassen, da Mitarbeiter inkl. der Inhaber mittlerweile ausbrennen bei der Anstrengung nach Rechtskonformität. Datenschutzerfordernungen, Gefahrstoffmanagement CMR-Stoffe, Dokumentationspflichten, Sonder-Nummern für die Abgabe von diesem oder jenem und das für einen immer geringeren Ertrag. -> Langt ja, wenn die Kassen durch unsere Umsetzung an den Rabattverträgen Gewinn machen. Wir als "Umsetzer" nicht mal minimal beteiligt werden. Also sparen wir - in der Apotheke - mal wieder an Arbeitskräften, stecken alles in Technisierung, um überhaupt noch Zeit für den Kunden zu haben... Ich wünsche Ihnen nicht, meinem alltäglichen WAHNSINN ausgesetzt zu sein. Ständig mehrere Dinge parallel tun zu müssen und das mit durchschnittlich 12h/Tag ; 5-6Tage die Woche. Die Balance zwischen Pharmazie, rechtlichen Gegebenheiten, Management von Kunden (Externen und internen) und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen. Sie verlieren die Lust an Ihrem Beruf, denken an Verkauf und überhaupt: Warum tue ich mir das noch an, so viele Mitarbeiter in Beschäftigung zu halten? Ob ich als eigentlich lebensfroher Mensch, nun Anfang 40. schon Depressionen habe nach jahrelangen 55-70h Wochen? Fragen Sie mal sich oder andere Menschen in Deutschland, ob diese bereit dazu sind oder dies überhaupt über 15 Jahre oder länger durchhalten. Aber das Dankeschön liegt ja schon gepackt vor der Tür. Toll der Versand vom Ausland hierher. Der löst bestimmt die Probleme. Arbeitsplätze die im Ausland geschaffen werden und hier abgebaut. MwSt. die anderswo abgeführt werden. Mehr Deutsche aufgrund von Arbeitsplatzverlust in den Sozialsystemen. Das System wird in Bälde kollabieren. Ob mit mir oder ohne mich - ist mir mittlerweile egal. Mehr konnte ich für meine Mitarbeiter und Deutschland nicht machen!	1	,0	,0	90,4
Es wird dringend um Anpassung der Entlohnung für BTMs gebeten. 0,26 EUR sind eine Lachnummer für den ganzen Aufwand und die Retaxationen. Es steht für die Krankenkassen scheinbar nur noch Geldsparen und Apothekenschädigung auf dem Programm und in keinsten Weise die Versorgung und Sicherstellung der Patienten mit Arzneimitteln. Armes Deutschland mit so Kassen!	1	,0	,0	90,5
Es wird sehr viel Zeit gebraucht um aufgrund von bestehenden Rabattverträgen Lieferungen zu prüfen und mit den Kunden zu diskutieren	1	,1	,1	90,5
Es wurde bei Lage nicht nach Landapotheke gefragt. Das ist ein großer Unterschied zu Stadtapotheken. Wir beliefern 2 Rezeptsammelstellen und fahren zu 100 und 120 km am Tag Medikamente aus.	1	,1	,1	90,6
Es wurde nicht nach dem Zeitaufwand bei der Doku von TFG-Artikeln bzw Artikeln, die unter Contergan-Doku fallen, gefragt.	1	,0	,0	90,6
Es wurde nicht nach dem zusätzlichen Lagerrisiko, zusätzlicher Botendienste zusätzlicher Beratungsaufwand , die durch durch Rabattverträge verursacht werden,gefragt. Es wurde nicht nach dem Aufwand gefragt, der durch Hochpreiser verursacht wird. Es wurde nicht nach dem Aufwand gefragt, der durch Impfstoffe verursacht wird. Es wurde nicht nach dem Verlust gefragt, der durch Retaxationen der Krankenkassen entsteht. Es wäre besser gewesen, die Fragen VORHER mit den Berufsverbänden der Apotheker abzustimmen.	1	,0	,0	90,7
Folgen durch die politischen Entscheidungen.	1	,1	,1	90,7
Frage zum Standort: Es gibt auch Apotheken in Dörfern und Kleistädten. Diese nehmen nicht nur eine wichtige Funktion zur Versorgung mit Arzneimitteln wahr, sondern sind auch die letzte Bastion in aussterbenden Ortskernen, wo Menschen sich kümmern und kommunizieren- während bei den "Großen auf der Grünen Wiese" die Frage nach PayBack - Punkten den Höhepunkt der menschlichen Zuwendung darstellt.	1	,0	,0	90,8
Fragen sind zu eng gestellt und spiegeln nicht den Arbeitsalltag wieder, z.B. Lage der Apotheke ist für mich eigentlich unzutreffend, die einzelnen Arbeitsbereiche sind zu holzschnittartig gefasst und was ist mit medizinischem Bereich gemeint???????	1	,1	,1	90,8
Freitext bei den einzelnen Fragen wäre manchmal sehr hilfreich!	1	,0	,0	90,9
Für die Fragen zur Dokumentation beziehen Sie sich lediglich auf Betäubungsmittel. Das ist zur Eruierung von Dokumentationsarbeit zu kurz gegriffen.	1	,1	,1	90,9
Für Rezepturen sollte der zeitliche Aufwand zur Prüfung von Rezeptursubstanzen mit einbezogen werden.	1	,0	,0	91,0
für seriöse Beantwortung der Fragen Zeitaufwand weit über den angegebenen 20 Min. Aber wir dokumentieren (zumindest in diesem Fall) ja gern! Viele Grüße	1	,0	,0	91,0
Generell sehr praxisfremde Fragestellung. Teilweise keine Angabe, weil Fragestellung ungeeignet. Viele Aspekte der täglichen Apothekenarbeit bleiben unberücksichtigt!	1	,0	,0	91,0
Gerade die Rücksprache mit den Ärzten (z.B. wegen fehlerhaften oder unklaren Verordnungen) ist zeitlich SEHR unterschiedlich. Bei gutem kommunikationsmanagement der Praxis dauert es 2-3 min, manchmal sind etliche Anrufe nötig, dann kann der gesamte Vorgang auch fast eine Stunde betragen.	1	,0	,0	91,1
Gerade im Abschnitt "Abgabe von Fertigarzneimitteln" zeigt sich, dass offensichtlich die Kenntnis über die tatsächliche Apothekenpraxis fehlt. Hier sind ständig in der Apotheke auftretende Probleme überhaupt nicht gelistet. Eine Anfrage bei den Fachleuten hätte hier einen besseren Fragenkatalog hervorgebracht.	1	,1	,1	91,1
Grundsätzlich sollte auch die Überprüfung der Grundsubstanzen, die grundsätzlich stattfindet und viel Zeit braucht mit berücksichtigt werden - da wir ja KEINERLEI!! Substanzen ungeprüft in einer Apotheke verwenden dürfen.	1	,0	,0	91,2
Gucken Sie sich den "alltäglichen Wahnsinn" in den Apotheken ruhig mal an!! Umfragen zeigen sehr wenig! Sie müssen sich diverse Vor-Ort-Apotheken während des Betriebes "angucken"/mitarbeiten.	1	,0	,0	91,2
habe ca. 60 Minuten für die Befragung benötigt und nicht die von Ihnen genannten 20.	1	,1	,1	91,3
Habe die Fragen nach bestem Wissen beantwortet und versucht im Zeitrahmen von ca 25min. zu bleiben, dadurch schleichen sich jedoch auch Ungenauigkeiten ein. Möglicherweise unterliegen wir(die Apotheker) alle einem systemischen bias. But anyway	1	,1	,1	91,3
	1	,0	,0	91,4
Hätte ich geahnt, welche Knüppel einem selbstständigen Apotheker von Politik und Krankenkassen zwischen die Füße geworfen werden, hätte ich nie eine eigene Apotheke eröffnet. Durch teils rein schikanöse Retaxationen trägt man ein nicht mehr zu kalkulierendes wirtschaftliches Risiko und wird durch die eigene Standesvertretung (Apothekerverein Bremen) in keiner Weise mehr unterstützt. In der Presse wird man als geldgeiler Betrüger dargestellt, der nichts weiter kann, als Bonbons zu verkaufen. Den Rest tut die Werbung der Versandhändler dafür, dass man jedem jungen Menschen nur noch empfehlen kann, alles zu studieren - nur nicht Pharmazie!	1	,0	,0	91,4
Häufig werden in der Apotheke Beratungsgespräche geführt und zahlreichen Fällen wird durch das Apothekenpersonal von einem Kauf abgeraten, ein umgehender Arztbesuch empfohlen oder ein anderes Arzneimittel als das nachgefragte bzw. eine andere Therapie vorgeschlagen. Bei allen anderen Freiberuflern ist diese Beratung selbstverständlich kostenpflichtig. Bei Apotheken dagegen führt korrektes Verhalten zu Umsatzverlusten bei gleichzeitig deutlich erhöhtem Kostenaufwand: Die nach einer Beratung in der Apotheke als zielführend erkannten Medikamente werden billiger (da ohne Beratungsaufwand) über das internet bezogen, ggf. beim empfohlenen Arztbesuch von diesem als Ärztemuster ausgehändigt und oftmals teure, aber intensiv beworbene OTC-Präparate durch vergleichbare, billigere Medikamente ausgetauscht. Das bestehende Vergütungssystem wird dem Beruf Apotheker in keiner Weise gerecht: Für keine - auch noch so aufwändige - Beratungsleistung wie z. B. bei Homöopathika, Hilfsmitteln, Interaktionschecks oder adjuvanten OTC-Präparaten ist auch nur 1 Cent abrechenbar: Der Apotheker wird in diesem Honorarsystem zum akadem. Schubladenzieher degradiert. ... und dafür bekommt er eine angemessene Schubladenziehgebühr. Ich würd gerne die pro Notdienst durchschnittlich anfallenden 10 x 2,50 € Notdienstgebühr spenden, wenn ich dafür schlafen dürfte. Eine Vertretung kostet das 10-fache. Als Gegenleistung genieße ich den "Schutz" durch die AMPPreisVO des Staates, der RX-Boni aus dem Ausland toleriert, im Inland gleiches Verhalten sanktioniert und Apotheken mit zahllosen (für die meisten kleinststrukturierten Betriebe völlig unverhältnismäßig belastenden) Regelwerken unter Aufsicht eines Pharmazierates sanktioniert, wie es in keinem zweiten Beruf in Deutschland stattfindet. Kein Wunder, dass ein vorausschauender, junger Kollege sich unter diesen Umständen nicht als selbständiger Unternehmer niederlassen möchte.	1	,0	,0	91,4

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Herstellung von Rezepturarzneimittel ist überhaupt nicht kostendeckend! Für das Abraten von Arzneimittelwünschen von Patienten gibt es keine Vergütung! Zahlreiche Fehler durch falsche ärztliche Verschreibungen, die von Apothekern erkannt und abgestellt werden, sparen der GKV Millionen Euro, ohne dass der Aufwand vergütet wird. Die Kommunizierung der Rabattverträge an Patienten, die sehr zeitaufwendig ist, wird trotz des großen Sparpotentials für die GKV nicht honoriert. APOTHEKER SIND HEILBERUFER UND KEINE KAUFLEUTE! Die Apotheke ist kein "Spezial- oder Fachgeschäft", sondern als Instituim im Gesundheitswesen Vermittlungsstätte zwischen Arzt und Patient, Patient und GKV und letztendlich eine unverzichtbare soziale Einrichtung für alle Fragen im Bereich der Gesundheit, auch für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von 2hm!	1	,0	,0	91,5
Hilfsmittel werden aufgrund der immer schwieriger werdenden Bedingungen immer häufiger an andere Leistungserbringer weitergegeben.	1	,0	,0	91,5
Hilfsmittel: Auswertung nach ABDA-Warengruppe BA ergab 2016: STÜCK:22363. Das beinhaltet med.-tech.-Hilfsmittel aber auch Inko, Stoma, und Verbandstoffe. Konkretisierung der Frage wäre notwendig, ob Auswertung via WaWi-Software möglich wäre, bleibt jedoch fraglich	1	,0	,0	91,6
Hilfsmittelabgabe mit zunehmender Zahl von Einzelgenehmigungnen, Präqualifizierung und Angaben zu Versorgungszeitraum und Diagnose hat sich zu einem bürokratischen Monster entwickelt..	1	,0	,0	91,6
Hilfsmittelverträge sind furchtbar, vor allem für die Patienten	1	,0	,0	91,6
hoher Beratungsaufwand durch ständige Änderungen der Rabattverträge, Kostendruck bei Hilfsmitteln (wie sollen wir korrekt versorgen zu dem gebotenen Preis?), hohes Retax Risiko bei kleinsten Fehlern. Ich soll Kaufmann sein, darf aber nicht Handeln wie einer auf der Einkaufsseite. Tarife der Mitarbeiter steigen und man selber bekommt von der Krankenkasse und dem Staat nur mehr Druck	1	,0	,0	91,7
Hohes Retaxrisiko in der Zytostatikaherstellung, der Patient wurde versorgt, aber es findet sich ein Formfehler. Ausfall von Zahlungen : Privatpatienten, Rezeptgebühren. Die Kassen bezahlen die Verwürfe nicht, obwohl Sie nach der Hilfstaxe verpflichtet wären und dem einzelnen Apotheker bleibt nur der jahrelange Weg über die Sozialgerichte. BTM Gebühren beim Großhändler betragen schon lange 1 Euro.	1	,0	,0	91,7
Ich arbeite wechselweise in beiden Apotheken, allerdings habe ich die Antworten auf die Filialapotheke bezogen, in der ich mit 2/3 der Arbeitszeit tätig bin, diese Auswahl konnte ich nicht ankreuzen. Die Arbeitsgebiete des Personals sind klar gegliedert und z.T. personenbezogen zugeordnet, z.B. kümmert sich eine Approbierte um die BtM Doku, die andere um Retaxationen, eine PTA vorwiegend Rezeptur und HV, die andere Labor und HV, Management mache ich mit meiner OHG Partnerin zusammen, sie Personalwesen und Kommunikation mit Behörden, Vermieter, Handwerkern etc., ich Marketing, Patientenvorträge und inhouse Fortbildungenfür das Team. So sind zwar alle Allrounder, aber jeder betreut einen Schwerpunkt (der ihm liegt)	1	,0	,0	91,8
Ich beschäftige mich seit Jahren mit der Optimierung von Prozessen in der Apotheke und der Automatisierung wo immer möglich. Das ist inzwischen überlebensnotwendig geworden, um mit extremem technischen Aufwand den immer unsinniger werdenden Vorschriften der Krankenkassen im Vertragsbereich (sei es Rabattverträge oder Hilfsmittelverträge) auch nur annähernd gerecht zu werden. Was sich insgesamt in den letzten 10 Jahren verschlechtert hat ist die Kundenorientierung der Regelungen (gesetzlich / vertraglich). Es geht den Krankenkassen um den letzten Cent und es wird völlig ausser acht gelassen, dass der Mensch im Mittelpunkt stehen sollte. Wir leisten tagtäglich enorme Arbeit um unsere Kunden noch menschlich zu versorgen - werden dafür aber nicht annähernd gerecht entlohnt. Jedes Jahr steigen die Ausgaben für die Verwaltung der Krankenkassen, die Vergütung der Ärzte und ja auch der Arzneimittel (!) ABER NICHT die Vergütung der selbständigen Apotheker, die das System am laufen halten.	1	,1	,1	91,8
Ich bin der Meinung , dass die Bürokratie in der Apotheke in den letzten Jahren enorm zugenommen hat. Durch die große Anzahl an Substitutionspatienten bin ich fast nur noch im Büro anzutreffen.. die Vergütung entspricht dem Aufwand nicht... die Macht der Krankenkassen bezüglich null-Retax ist absurd..ich selbst habe einem Krebs Patienten die Medikamente bezahlt, da ein Formfehler auf dem Rezept zu einem Null retax führte ... Schaden.. 2300,00€... so etwas finde ich ungerecht, absurd und nicht zu akzeptieren...	1	,1	,1	91,9
Ich fand die Fragen teilweise nicht klar formuliert, so dass ich das Gefühl habe, nicht wirklich in jeder Beziehung korrekt Auskunft gegeben zu haben.	1	,1	,1	91,9
ich fände es gut, wenn die Arbeit der Apotheker(innen) nicht nur bei der Frage der Arzneimittelabgabe, sondern vor allem bei der Beratung und sozialen Kompetenz mehr Aufmerksamkeit bekäme bzw. auch honoriert würde. Ich kenne keinen akademischen Beruf, wo der Kunde/Patient so einfach und kostenlos eine fundierte Beratung bekommt.	1	,1	,1	92,0
Ich finde es prima, dass Angaben der Apotheker einbezogen werden. Allerdings fände ich es wichtig, "ihr" Modell der Apotheke mit der Realität abzugleichen. Ich meine NICHT dass sie ein falsches Modell haben , aber möglicherweise ein verzerrtes. Dieses sollte "geradegerückt" werden.	1	,0	,0	92,0
Ich frage mich wie Sie mit solch rudimentären Fragen eine Aussage im Zusammenhang mit der Arzneimittelpreisverordnung treffen wollen. So haben Sie zum Beispiel keine Frage über das Rezepturaufkommen gestellt. Aber vielleicht ist ja bekannt, dass die Herstellung hoch defizitär ist.	1	,0	,0	92,1
Ich fühle mich im Vergleich mit anderen Berufen, meiner Berufserfahrung, meinem Arbeitseinsatz und aufgrund der nicht stattgefundenen adäquaten Anpassung der Apotheken-Aufschläge unterbezahlt (seit 10 Jahren keine Änderung, die gegebenen 3% zwischenrindr wären lächerlich, fragen Sie mal die Gewerkschaften!), un der öffentlichen Wahrnehmung falsch dargestellt und zudem falsch eingesetzt - wir können mehr, als nur den Leuten zu erklären, warum ihre Krankenkasse mal wieder etwas nicht bezahlt! Wir sind Heilberufler, denen komischerweise zwar jeder höchstes Vertrauen entgegenbringt, denen aber offensichtlich keiner gönnt, was sie verdienen (und das ist für einen akademischen Beruf verdammt niedrig, und für die Angestellten Nicht-Apotheker rutscht es langsam, aber sicher in Richtung Niedriglohn- ist ja auch "nur" ein Frauenberuf), die in der öffentlichen Meinung, sprich Presse, systematisch niedergemacht werden und die unsere Politiker offenbar für überflüssig halten. Irgend etwas müssen wir in den vergangenen 700 Jahren falsch gemacht haben ...	1	,0	,0	92,1
Ich führe seit 30 Jahren eine Landapotheke im Bayerischen Wald. Die Bedeutung als niedrigschwellige und immer verfügbare Anlaufstelle bei Gesundheitsproblemen hat in den letzten Jahren enorm zugenommen. Auch bei der Belieferung von Rezepten übernehmen wir immer mehr Beratungs- und Informationsfunktionen die entscheidend sind für Compliance, Akzeptanz und auch Wirksamkeit der verordneten Medikamente beim patienten. Aus Zeitmangel beschränken sich viele Ärzte auf die kommentarlose Ausstellung von Rezepten. Diese Aufgabe übernehmen wir als letztes Glied der Kette. Eine angemessene Honorierung für diese Leistung ist längst überfällig. Auch der vom Gesetzgeber geforderte Dokumentationsaufwand hat enorm zugenommen. Ohne deutlichen finanziellen Ausgleich ist es bald unmöglich, die geforderte Qualität bei der Vielzahl von Aufgaben zu gewährleisten.	1	,0	,0	92,1
Ich habe Aufwand (finanziell) bzw. Zeitaufwand für Rezepturen vermisst. Gerade hier ist der bürokratische Aufwand sehr groß wg. der Plausibilitätsprüfung bzw. Protokollierung ! Der durchschnittliche zeitliche Aufwand beträgt ca. eine halbe Stunde. Mit freundlichen Grüßen !	1	,0	,0	92,2
Ich habe die Eingangsstoffprüfung als zusätzlichen Aufwand erwähnt. In einigen Fällen kann die Substanz nur einmal verwendet werden (seltene Rezepturen) , in anderen Fällen reicht die Menge durchaus für mehrere Rezepturen. Ich habe dies mit einem Mittelwert "3 Minuten" für den Prüfungsaufwand berücksichtigt. Nicht selten müssen Stoffmengen bezogen werden, die über das benötigte Mass hinaus gehen. Dennoch kann nur die tatsächliche Verbrauchsmenge mit 90% Aufschlag in Ansatz gebracht werde. In einigen Fällen entspricht dies dann einem Bruchteil des Einstandspreises. Diese rein betriebswirtschaftlichen Aspekte müssen bei der echten Kalkulation berücksichtigt werden. MfG	1	,0	,0	92,2
Ich habe es durch meine Antworten schon angedeutet: die beiden größten Zeitfresser sind fehlerhaft ausgestellte Rezepte (insbesondere BtM-Rezepte) und Rabattverträge. Letztere lagern die Einsparungen der Krankenkassen komplett auf die Apotheken um, sei es durch Mehraufwand bei der Lagerhaltung oder (Non-)Compliance der PAtienten. Beides trifft insbesondere die Apotheken, die (wie meine) auf intensive Beratung setzen. Denn bei den anderen (Vorstuften von Apothekenketten und Internetapotheken) heißt es: "Nimm oder geh". Ich weiß, wovon ich spreche -- ich habe früher bei einer Art Apothekenkette gearbeitet..	1	,1	,1	92,3

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Ich habe lange gezögert diese Anfragen zu beantworten, da die Fragen viel zu ungenau sind. Um die tatsächlichen Arbeitszeiten zu ermitteln bedarf es mehr Details. Solche Erhebungen sollten IMMER mit Fachleuten aus der Praxis erstellt werden!!	1	,1	,1	92,3
Ich habe zwar geholfen, bin mir aber sehr bewußt, dass es keine Auswirkungen auf irgendein Handeln der "Verantwortlichen" haben wird. Leider wird die Arbeit in unseren Apotheken nicht richtig geschätzt. Wenn wir mal Praktikanten haben, heißt zum Schluß dann immer: Das habe ich aber nicht gewußt, mit welch großem Aufwand hier gearbeitet wird. Wie ist eigentlich die Mehrw.steuerzahlung an die Kr,kassen bei Lieferungen aus dem Ausland? Beste Grüße	1	,0	,0	92,4
Ich hoffe, die Befragung trägt zu einer besseren Vergütung unserer Arbeit bei,da auch die Beantwortung der Fragen sehr zeitaufwändig war.	1	,0	,0	92,4
Ich kann nur anmerken, dass die momentane Vergütung des Dokumentationsaufwandes von BitM bzw. der Rezepturherstellung deutlich defizitär ist.	1	,0	,0	92,4
Ich möchte darauf hinweisen,daß diese Apoth. seit 150 J. hier ist ;ich selbst bin seit 30 J. hier.In den letzten Jahren ist insbes. durch die Heil+Hilfsmittel -Verträge ein sinnloser bürokratischer Aufwand entstanden,den ich nur mitmache weil ein Urologe im Haus tätig ist.In Bezug auf die Rabattverträge behaupte ich ,daß eine Versorgung der Bevölkerung bei strikter Einhaltung nicht mehr angemessen möglich ist.Völlig unverständlich ist dabei ,daß Arztpraxen EDV-technisch nicht eingebunden sind ;dieses verfahren entspricht abs.nicht dem techn. Standard und ist im Hinblick auf die Kassenretaxationen eine Unmöglichkeit ,die eine zusätzl. sehr zeitaufwändige kontrolle aller Rezepte nötig macht (mit Kodak Dialog-Center über Rechenzentrum)Insbes.aber ist unverst.,daß gerade Notfallpraxen /-center und Unikliniken /Krankenhäuser offenbar sich nicht bewußt sind,daß Rezepte Dokumente sind für die detaillierte Vorschriften zu beachten sind ,was für Pat. u. Apoth. Probleme bereitet.	1	,0	,0	92,5
Ich möchte gern über Ergebnisse und meine Angaben im Verhältnis zum Durchschnitt aufgeklärt werden.	1	,0	,0	92,5
Ich müßte für die Filiale auch eine Befragung ausfüllen. Sie sind herzlich eingeladen einen Arbeitsalltag bei mir zu erleben. Es fehlen Fragen zur Kostenstruktur.	1	,0	,0	92,6
Ich vermisse Frage zum extrem höheren zeitlichen und nervlichen Aufwand nach der Einführung der Rabattverträge im Vergleich zu vorher-bei praktisch gleichem Honorar	1	,0	,0	92,6
Ich würde gerne wissen, wer diese Umfrage entwickelt hat. Die Fragen sind z.T. kaum zu beantworten. Das lässt darauf schließen, dass niemand involviert war, der die Situation in der Vor-Ort-Apothek kennt. Und dass die Apotheken-Vereinigungen nicht mit einbezogen und sogar gar nicht informiert waren über diese für uns unglaublich wichtigen Aspekte ist nicht sehr vertrauenswürdig! Ich hoffe, ich habe die Fragen so beantwortet, Wie Sie das meinen! Dass der ganze Aufwand für die SÜbstanzprüfung bei den Rezepturfürfragen überhaupt nicht auftaucht, stimmt bedenklich. Aber ich habe alles nach bestem Wissen beantwortet und die Angaben nach realistischen Einschätzungen angegeben!	1	,0	,0	92,6
Ihre angekündigte Ausfülldauer von 20 min ist stark untertrieben - ich habe fast 2 Stunden gebraucht, um die Fragen genau zu beantworten! Es wurden nur die Aufwendungen zur BTM-Dokumentation abgefragt - es gibt noch viel mehr Dokumentationsaufwand in Apotheken: AM nach Transfusionsgesetz, Einzelimporte, Tier-AM, T-Rezepte, Meldung vom AM-Risiken, Gefahrstoffe, Labor-Identitätsprüfungen, Hygieneplan-Abzeichnungslisten, Kühlschränk- und Lagertemperaturen, Primärpackmittel u.v.m.	1	,0	,0	92,7
Ihre Frage beziehen sich nicht auf die pharmazeutische Betreuung bei Abgabe von Rx Arzneimittel. Dort ist ein großer Arbeitszeitanteil um Compliance und Adherence beim Patienten zu erreichen, Der Arzt allein kann und wird dies nicht leisten.	1	,0	,0	92,7
Ihre Fragen zeugen von z.T. wenig Kenntnis über die Apothekenpraxis bzw. -alltag.	1	,0	,0	92,7
Ihre Umfrage ist kompliziert und dauert viel länger als 20 Minuten.	1	,0	,0	92,8
Im Bereich Beratung, sehe ich eine Anteil von ca. 25%, der sich mit der Klärung von Fragen mit Arztpraxen und Heilung, sowie Klärung von Formfehlern beschäftigt.	1	,1	,1	92,8
Im Nachhinein sind diese Angaben sehr schwer zu erfassen. Besser wäre es, die Studie am Jahresanfang anzukündigen, damit die Daten direkt gesammelt werden können.	1	,0	,0	92,9
Im Rahmen der Sprechstundenbedarfslieferung regelmäßige (1x im Quartal) Besprechung mit 26 Ärzten, mit weiteren 3-5 ca 1-2x im Jahr. Im Rahmen der Heimbeflieferung Besprechungen mit Heimleiter und Pflegedienstleitung von 10 Heimen 2-4 x im Jahr. Dies erfolgt von mir persönlich zusätzlich zu den Kontakten/Besuchen die meine Altenheim PTA durchführt (ist alle 2 Wochen auf jeder Station)	1	,0	,0	92,9
immense Zunahme der Bürokratie und damit auch Kosten in den letzten Jahren z.B. QMS, viele neue zeitaufwändige Regelungen die bei Arzneimittelabgabe auf Kassenrezept zu beachten sind es erfolgte nicht einmal ein Inflationsausgleich während Miete, Gehälter etc. angestiegen sind	1	,0	,0	92,9
In Abfrageteil Rezeptur wird nur ein Teil der Arbeitszeit und damit verbundener Nebenkosten abgefragt. Arbeitszeit und Nebenkosten zur Einsatzfähigmachung der Ausgangssubstanzen, insbesondere die material- und zeitaufwendige Laborprüfung, beiben somit leider unberücksichtigt.	1	,0	,0	93,0
In den letzten zwei Jahren hat sich der Zeitaufwand für die Bearbeitung (und daraus resultierende Dokumentationen) zu Nichtlieferfähigkeiten von Impfstoffen, Importen, Kontingentartikeln und diversen Rabattartikeln vervielfacht. Desweiteren muß ich als Apothekenleiterin viel Zeit aufwenden für die Ergreifung / Realisierung von Maßnahmen zur Verhinderung von Retaxationen (speziell existenzbedrohende Nullretaxationen von Hochpreisen durch die GKV).	1	,0	,0	93,0
In der Befragung sind viele wichtige Aspekte nicht beachtet worden. 1) Krankenkassen - Widerspruch gegen unberechtigte Retaxationen - Defektbescheinigungen vom Hersteller oder von 2 Großhandlungen erforderlich - Rezertifizierung 2) Altenheimbeflieferung - Stationskontrolle 2 x pro Jahr - Schulung der Mitarbeiter - besondere Kennzeichnungen der Arzneimittelumkartons 3) Pflegedienst - Zusammenarbeit mit Pflegediensten - Abholenvon Rezepten und Auslieferung von Medikkamenten 4)Mitarbeiter - Schulung der Mitarbeiter -- Unterweisung Tritte und Leitern DGUV 208-16 -- Unterweisung der Mitarbeiter gem §3 Abs.1 ApBetrO -- Jährliche Überprüfung des Gefahrstoffverzeichnis -- Dokumentation der arbeitsbereichs- und tätigkeitsbezogenen Unterweisung gem. §14 Gefahrstoffverordnung -- Neudruck von Etiketten des Reagentiensatzes wegen Änderung der Gafahrstoffverordnung -- Gefährdungsbeurteilung Chemikalien -- Allgemeine Unterweisung aller Mitarbeiter nach BGV A1 -- Explosionsschutzdokumentation -- Verschwiegenheitserklärung - Fort- und Weiterbildung - Ersthelferkurs für mindestens 2 mitarbeiter - Dokumentation der Inforamtions- und Beratungsbezugnis für PTA QM - Teilnahme an Ringversuchen - QM Audit - Selbstinspektion - Kundenumfragen - Penible Zweitkontrolle aller Rezepte - Erstellung und Einhaltung eines Hygieneplans - Wartung der Limaanlage - Führung von Gerätebüchern - Sicherheitstechnische Kontrolle aller Elektrogeräte - Dokumentation der Temperaturen in Lagerräumen und Kühlschränken - Eichung der Waagen - Erstellung und Pflege des QM-Handbuches - Revision der Apotheke durch die Zertifizierungsgesellschaft Kundenservice - Beachtung von Wechselwirkungen und Kontraindikationen - Dokumentation der Kundeneinwilligung zu Speicherung der personenbezogenen Daten - Erklärung der handhabung von erklärungsbedürftigen Arzneimitteln - Messung von Blutzucker und Ernährungsberatung - Hinweis auf die korrekten Einnahmezeitpunkte der Arzneimittel und Beschriftung der AM-Verpackungen - Beratung der kunden zum Thema freiverkäufliche Arzneimittel und zur Einordnung von Werbeaussagen der Hersteller (gelebter Verbraucherschutz) Verschiedenes - Besuchen von Fortbildungsveranstaltungen und Selbststudium - Literaturbeschaffung für Ärzte, Pflegedienste und Kunden - Intensive Kundengespräche zum Thema Rabattverträge und Austausch von Arzneimitteln - Kontrolle des Warenlagers erforderlich wegen geänderte Rabattverträge - Bearbeitung der Meldungen der AMK der Deutschen Apotheker - Bearbeitung von Rückrufen - Kontrolle der Apotheke durch den Amtsapotheker Ohne Anspruch auf Vollständigkeit mit freundlichem Gruß Winfried Mühe	1	,0	,0	93,0
In der Befragung wurden die Abwälzung der erhöhten Dokumentations und Lagerkosten des Großhandels auf die Apotheken über höhere Besorgungsgebühren des Großhandels nicht abgefragt. Diese dürfen Apotheken nicht den Kassen in Rechnung stellen! Eine Ungerechtigkeit.	1	,0	,0	93,1

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
In der Regel sollten die Arbeitsschritte ohne Unterbrechung erfolgen. So sind sie auch angegeben. Die erforderliche Beratungs- bzw. Versorgungszeit variiert in der Praxis erheblich und muss zur "Rezeptur- und BtM-Zeit" dazu gerechnet werden.	1	,0	,0	93,1
in unserer Apotheke herrscht ein hoher Anspruch in der Rezeptur. Dies erfordert hohe Qualifikation der Mitarbeiterinnen und ständige Fortbildung um eine hohe Qualität aufrecht zu erhalten. Diese Arbeitszeit in der Fortbildung wurde hier nicht erfasst. Wir müssen während der Arbeitszeit ständig aufmerksam sein, um Menschen stets mit Rat und Tat zur Seite zu stehen. Der Aufwand und das Infragestellung von falschen Internet- Eigendiagnosen im Face-to-face Kontakt, die Aufklärung über tatsächliche Zusammenhänge nehmen zunehmend Zeit in Anspruch. Ende der Selbstbehaltung d.h. jemanden real zum Arzt schicken sind Teilaspekt unserer Verantwortung. Apotheke ist mehr ...als Warenwirtschaft !	1	,1	,1	93,2
Inhaber und Inhaberinnen kommen auf weit mehr als 40 Stunden pro Woche - geschweige denn 30 Tage Urlaub im Jahr. Diese Selbstaussbeutung ist allgegenwärtig in den Apotheken. Mehr Personal ist bei der derzeitigen Honorarsituation nicht möglich - auf Dauer befürchte ich, dass das auf Kosten der guten Beratung geht, für die mich die Kunden so schätzen. Eine Honorarerhöhung ist überfällig.. alle Branchen bekommen Jahr um Jahr satte Gehaltserhöhungen, was sich einzig in den Apotheken nicht wiederfindet. Der Gewinn der Apotheken ist dabei direkt ausschlaggebend für die Gehälter der Angestellten. Die derzeitige Lage lässt da kaum Spielraum. Man darf die Kuh, die man melken will nicht schlachten -- > das Apothekensterben läuft bereits.	1	,0	,0	93,2
Insbesondere bei Hilfsmitteln übersteigt der Zeitaufwand den Ertrag, da oft geringe Pauschalen angesetzt werden die auch noch genehmigt werden müssen. Auch die Präqualifizierungsanforderungen, z.B. behindertengerechte Toilette bei Abgabe von Bandagen sind teilweise unsinnig und scheinen für andere Anbieter z.B Sanitätshäuser nicht zu gelten. Ich kenne vor Ort Sanitätshäuser die Bandagen abgeben aber keine Kundentoilette haben. Nach Rezepturen wurde hier nicht gefragt aber auch hier übersteigt der Aufwand die Vergütungssätze.	1	,1	,1	93,3
Insgesamt tritt die ursprüngliche Aufgabe, nämlich die Beratung und umgehende Versorgung der Bevölkerung, immer mehr in den Hintergrund. Die Kernaufgaben werden immer mehr durch bürokratische und teilweise völlig unsinnige Vorschriften in ihrem zeitlichen Rahmen beschnitten. Der wirtschaftliche Rahmen wird zudem immer enger, da gerade der pharmazeutische Großhandel seine ihm auferlegten Kürzungen an die Apotheken durchreicht. Bestes Beispiel ist die BTM-Gebühr, die Apotheke bekommt 0,26 Euro, der Großhandel verlangt dafür 1,50€ Bearbeitungsgebühr von den Apotheken pro BTM. Die Bezahlung der Rezeptur ist ebenfalls in keinstem Maße angemessen, der zeitliche Aufwand durch Plausibilitätsprüfung, Rezepturplanung, Rezepturdurchführung und Rezepturdokumentation sprengt jeglichen wirtschaftlichen Rahmen. Bei neuen Rezepturen, die bisher nicht vorkamen kommt es sogar vor, dass zwei pharmazeutische Mitarbeiter zusammen etwa 3-4 Stunden! mit der ordnungsgerechten Durchführung beschäftigt sind und dies für 5,-€ Arbeitspreis!	1	,0	,0	93,3
Kaum ein Rezept ohne Beratung	1	,1	,1	93,4
Keine Abfrage ob Stadt oder Land. Land ist nicht unbed. reines Wohngebiet. Allgemeines: Der Anteil nicht unmittelbar ertragsrelevanter Tätigkeiten wie Erfüllung von Dokumentationspflichten, Rezeptkontrolle zur (Null)-Retaxvermeidung, QMS usw. an den Personalkosten ist in den letzten 3-4 Jahren massiv gestiegen. Dh. gestiegener Personalbedarf für deckungsbetragfreie Tätigkeiten bei steigenden Betriebskosten. Gleichzeitig sind die bereits geringen theoretisch mögl. Einkaufskonditionen im RX-Bereich weiter gesunken (Ausschlüsse, Kontingentartikel, Direktbestellzwang ohne Konditionen beim Hersteller, Skontokürzungen). Preisdruck durch rosinenpickenden Onlinewettbewerb, wo nur Preise statt Leistung und Qualität und persönliche Kundennähe zählen, verstärkt das Selbstaussbeutungsniveau. Volkswirtschaftlich nicht unbedeutende Faktoren wie unternehmerisches Risiko mit persönlicher Haftung, Schaffung wohnortnaher, qualifizierter und familienfreundlicher (Teilzeit-)Arbeitsplätze wird zu wenig berücksichtigt.	1	,1	,1	93,4
Keine Angaben zur zusätzlichen Qualifikation der Mitarbeiter Fortbildungszertifikat. Weiterbildung. Zertifizierte Weiterbildung für disbetea asthm parkinson etc	1	,1	,1	93,5
Keine Apotheke kann rein aus den Rezepterlösen leben. Ich habe 15% Rezeptertrag, 20% Kosten, das geht nur, wenn die Frau mitarbeitet, Miete gering ist, Rentenzahlung halbiert, Kredite abbezahlt. 2004 haben wir übernommen und seitdem nur noch draufgezahlt, es macht so keinen Spass mehr, von der Bürokratie ganz zu schweigen....	1	,0	,0	93,5
Keine Erfassung der Zeit für Identitätsprüfung der Aufgangsstoffe für Abgabe von Stoffen, Stoffgemischen und Rezepturen. Keine Frage nach den Kosten der Entsorgung für Prüfmittel und Chemikalien. Keine Erfassung der Zeit für den Beratungsbedarf von Rezepturarzneimitteln. Keine Erfassung der Zeit für Dokumentation Chemikalien- & Gefahrstoffrecht, Hygiene- sowie Qualitätsmanagementsystems. Keine Erfassung der Zeit für Dokumentation T-Rezepte, Blutprodukte nach Transfusionsgesetz, Einzelimporte, Tierarzneimittel. Keine Erfassung der Zeit für Ausbildung, Weiterbildung, Botenlieferungen. Keine Erfassung der Zeit für Beratung OTC-AM Neben- & Wechselwirkungscheck, Einnahmehinweise. Keine Erfassung der Zeit für RX-AM, Neben- & Wechselwirkungscheck RX-AM sowie OTC-AM, Einnahmehinweise, Medikationsplan. Keine Erfassung der Zeit für Beratung der Arztpraxen bzw. Heilberufler. Keine Erfassung der Zeit für Sprechstundenbedarfsbelieferung. Keine Frage nach der Geschäftsausstattung Rezeptur/Labor bzgl. Investitions- und Wartungskosten.	1	,0	,0	93,6
Klasse dass Sie uns gefragt haben	1	,0	,0	93,6
Kleinbetrieb, Inhaber ist für alles zuständig, großer Zeitaufwand für nichtproduktive Dinge oftmals nicht eindeutige Regelungen, ständig neue Vorschriften (Krankenkasse, Behörden usw.) Wir sind öfter überfordert: darf ich das abgeben, muß jetzt der Arzt angerufen werden, welche gestzl. Regelungen greifen jetzt, Packungsgrößen-VO, Reimportregelung, Teststreifen (welch KK will es wie) Hilfsmittel erst genehmigen lassen? usw. usw. und dann hört man, im Internet ist alles beschaffbar, keine Kontrolle, kein Qualitätsmanagement	1	,1	,1	93,7
Komplett nicht beachtet wurden die Betriebsfelder Heimversorgung, die einen enormen zeitlichen Faktor darstellen. Dementsprechend ist der Stücknutzen pro abgegebener Packung wesentlich geringer. Aufgrund der Überalterung der Gesellschaft wird dieser Geschäftszweig jedoch immer wichtiger, ohne den Bestand durch "Vor-Ort" Apotheken würde die Versorgung der Pflegeheime komplett zusammenbrechen.	1	,1	,1	93,7
Können die teilnehmenden Apotheken über das Gesamtergebnis der Befragung und über die Gesamtzahl der Apotheken, die teilgenommen haben, informiert werden ???	1	,1	,1	93,8
Kosten pro BTM-Abgabebeleg 1€ Netto (im Schnitt befinden sich 1,2 BTM-Packungen auf einem BTM-Abgabebeleg, pro Jahr entstehen dadurch Kosten in Höhe von etwa 600€ Netto).	1	,0	,0	93,8
Kostenvoranschläge für Hilfsmittel ca. 100 Std Apothekenlage: Land, kein Ärztehaus, keine Fachärzte	1	,0	,0	93,9
Landapotheke stand leider nicht zur Auswahl	1	,0	,0	93,9
Landapotheke mit Hilfsmittelabgabe, was sehr wichtig ist für die Landbevölkerung. Dadurch sehr hoher Verwaltungsaufwand mit ständigen Retaxationen. Die wöchentliche Arbeitszeit der Inhaberin beträgt einschließlich Notdienste 60 Stunden.	1	,0	,0	94,0
Leider deckt diese Umfrage nur einen Teil der Aufgaben ab, die im Apothekenalltag vorkommen. Die gesamte Rezeptur, sämtliche Dokumentationen zu Arzneimitteln, Rezepturen, QMS, Apothekenbetriebsordnung etc. fehlen komplett. Diese sind zeitaufwendig, oft unsinnig und rauben sehr viel Arbeitszeit. Sie sind aber gesetzliche Vorschrift und können deshalb bei der Betrachtung nicht ignoriert werden, nur weil sie nicht direkt einem Abverkauf oder der Warenwirtschaft zuzuordnen sind. Sie stellen jedoch eine sehr hohe personelle und somit auch finanzielle Belastung dar!	1	,0	,0	94,0

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Leider hat die Befragung nicht wirklich die kompletten Aufgaben und Pflichten an eine normale Apotheke abgedeckt. Es fehlten komplett Arbeiten im Labor (z. B. Prüfung von Ausgangsstoffen), sämtliche gesetzlich vorgeschriebenen Prüfungen (z.B. Fertigarzneimittelprüfungen), Dokumentationsaufgaben (Transfusionsgesetz, Importe, Tierarzneimittel, QMS, sonstige dokumentationspflichtige Arzneimittel, Temperaturkontrollen, Hygienemanagement, wöchentliche Chargenrückrufe). Allein die vorgeschriebenen Dokumentationsaufgaben und deren Überwachung rauben sehr viel Zeit im Alltag und werden immer mehr, werden allerdings nur gefordert, nicht entlohnt. Verwaltung des Notfalldepots (wird eigentlich nur gelagert und bei Verfall erneuert, aber nur äußerst selten benötigt). All diese ganzen Punkte, und noch viele weitere mehr, werden bei Ihrer Befragung nicht betrachtet! Wäre ich ein rein wirtschaftlich denkendes Unternehmen, würde ich die Aufgaben sicherlich nicht alle machen! Da Sie mir aber gesetzlich vorgeschrieben werden, erledige ich Sie natürlich! Frage mich aber, ob dies auch Versandapotheken im Ausland tun. Sicher nicht, sie werden dafür ja nicht entlohnt und stehen nicht unter der Aufsicht deutscher Behörden! Hoffentlich finden diese Punkte bei Ihrer Betrachtung noch eine Würdigung.	1	,1	,1	94,0
Leider nicht wirklich in Ihrer Umfrage dokumentierbar ist der gesamte administrative Aufwand verbunden mit der Abgabe von Azneimitteln und die hier notwendige externe Kommunikation sowohl in Richtung Verschreiber, Patient & Kostenträger	1	,0	,0	94,1
Leider spiegelt die Befragung die Realität nicht ganz wieder.Ob ich 12 oder 60 Kapseln herstelle, spielt zeitlich gesehen keinen Unterschied. Wieso wird die Rezeptkontrolle nicht angesprochen??? bei uns wdem die rezepte 3-4 x kontrolliert bevor das Medikament zur Abrechnung kommt. Erste Kontrolle beim Patienten, zweite (sehr viel zeitaufwendigere) Kontrolle durch den approbierten und dritte Kontrolle (Rabatevtragsprüfung --> Rezepte werden gesamt und einzeln nach Rabattverträge kontrolliert). Gesamtdauert pro Rezept ca. 2 min!!! Es ist auch nicht leicht, Rezepturen eines ganzen Jahres zu bewerten.	1	,0	,0	94,1
Leider wird beim derzeitigen Honorarsystem nur die massenhafte Abgabe möglichst billiger Arzneimittel belohnt, eine zeitaufwändige Beratung der Patienten(unerlässlich für die Compliance und damit kostensparend für das Gesundheitssystem) wird nicht vergütet. Auch die Einkaufskonditionen beim Großhandel zielen darauf ab, möglichst viele niedrigpreisige Rx- Präparate zu liefern und deshalb wird jeden Monat der durchschnittliche Packungswert ermittelt: liegt der über 20€, bekommt der Apotheker einen Malus(mir wurden z.B.für einen Monat 650€ berechnet) Die gesamten pharmazeutischen Arbeiten müssen von teurem Fachpersonal durchgeführt werden, sie werden aber z.T. nicht oder nur minimal vergütet.Z.B. Herstellung einer Salbe:Zeitaufwand mit Prüfung und Dokumentation= 3 Stunden ,Arbeitspreis für eine Salbe: 5€	1	,0	,0	94,2
Leider wird der Beratungs-Mehraufwand durch Rabattverträge und deren Änderungen nicht erfasst. Die Gedulds und Nervenleistung läßt sich ja leider gar nicht wirklich erfassen....	1	,1	,1	94,2
Leider wird nicht nach den Vollzeitäquivalenten der Apothekenleitung gefragt (ca. 1,75!) Für die Dokumentation der Ausgangsstoffprüfung und die Rezepturdokumentation nutzen wir das Lennartz Laborprogramm, was zu zeitlichen Einsparungen führt (diese sind bei der Beantwortung der Fragen berücksichtigt), jedoch beachtenswerte Kosten verursacht. Uns fehlt die Frage nach dem zusätzlichen Zeitaufwand, der durch Klärungs- und Diskussionsbedarf mit den Patienten aufgrund von Rabattverträgen, Lieferengpässen etc. entsteht. Danke!	1	,0	,0	94,3
Leider wurde in der Befragung die Zeit für die Dokumentation der Rezeptur-Herstellung nicht gefragt und gewürdigt: 3 DIN A 4 Seiten für z.B. 30 g (!) Salbe aus Eigenherstellung lt. Rezept mit 5-jähriger Aufbewahrungs-Frist sind schon ein ziemlicher Aufwand, der durch die abrechenbaren Herstellungskosten der Rezeptur (5,-- €) natürlich nicht abgedeckt wird, zumal die Anforderungen an die Räumlichkeiten auch stetig steigen . . .	1	,0	,0	94,3
Leider wurde in keinster Weise berücksichtigt, was für laufende Kosten im Labor / Rezeptur anfallen, angefangen Pflichtliteratur, Kosten für Überprüfung der technischen Geräte, Eichkosten der Waagen,steigende Kosten Verpackungsmaterialien und Ausgangsstoffe (die in der Taxe zu niedrig festgelegt sind), Kosten für Fortbildungen des Personals, Zeitaufwand zur Information in Bezug auf Änderungen der Rabattverträge, Hilfsmittel - und Arzneimittellieferverträge, Bearbeitungsaufwand Retaxationen. 30 % meiner Arbeitszeit investiere ich um defekte Arzneimittel aufzutreiben und für die Patienten und indirekt für die Krankenkassen lieferfähig zu sein. Keine Abfrage zu Notdiensten, wie oft, wieviel Kundschaft, wieviel telefonische Anfragen, ohne Umsatz..., wieviel Notdienstbestellungen beim GH, wieviel hoch die Lieferkosten sind, die Krankenkasse bzw. Patient nicht bezahlen. Keine Abfrage, wieviel Stunden ich als Inhaber in der Apotheke arbeite und wie "leicht" es ist Personal zu finden...	1	,0	,0	94,3
Man hat ja nicht nur viel Papierkram durch Betäubungsmittel, sondern auch durch die gesamten Dokumentationspflichten die anliegen: Tierarzneimittel, Auslandsfertigarzneimittel, Prüfprotokolle erstellen, Herstellungsanweisungen erstellen, Herstellungsprotokolle erstellen, Fertigarzneimittelkontrolle,natürlich QMS nimmt sehr viel Zeit in Anspruch, Pflegehilfsmittelbelieferung, permanente Invertur um nur nocheinmal einige zu nennen.	1	,0	,0	94,4
Man sollte auch mal eine Studie durchführen, welche Kosten für das Gesundheitswesen entstehen, weil sich ständig Rabattverträge ändern, und Patienten aufgrund von Verwechslungen oder anderer Unverträglichkeiten ins Krankenhaus müssen.	1	,0	,0	94,4
Manche Fragen sind etwas umständlich gestellt.	1	,0	,0	94,4
Manche Fragen sind schwierig zu beantworten. Vorallem der Aufwand der Hilfsmittelverträge in Apotheken. Eine zeitaufwendige Sache die eigentlich Jahre gebraucht hat um zu entwickeln wie wir am besten jeden darüber informieren welche Verträge wir haben. Außerdem ist es auch keine Erleichterung für den Kunden und mit mehr Zeitaufwanf selbst für Kunden beauftragt. Mehrere Tage warten bis Kasse genehmigt	1	,0	,0	94,5
Manche Fragen sprechen nicht für ein Wissen über Apotheken. Wie kommt sonst ein Frage zustande wieviel Zeitein PKA für Arzneimittelabgabe benötigt? Eine PKA darf nämlich rechtlich keine Arzneimittel abgeben! Mit freundlichen Grüßen	1	,1	,1	94,5
Manche Probleme sind nur Einzelfälle, aber mit erheblichem Aufwand. Für diese sind keine Prozentangaben möglich	1	,0	,0	94,6
Manche Zeitaufwände kann man schwer schätzen, weil wir diese Daten bislang nicht erhoben haben. Bei OTC: Es ist immer eine Anamnese erforderlich, außer jemand holt ein OTC-Arzneimittel für eine fremde Person.	1	,0	,0	94,6
Manchmal hätte ich mir noch ein Ergänzungsfeld gefehlt wie hier jetzt. Oder noch ein paar Angeben mehr.	1	,0	,0	94,6
Medikationsmanagement auf dem Lande haben Sie nicht berücksichtigt! Das Vertrauen ist hier sehr groß. Rabattpartner vorstellen, Allergien klären, Interaktionen mit Lebensmitteln und Reformhausprodukten klären Viel Zeit..., aber auch ein gutes Verständnis für die Gesundheit unserer Patienten vor Ort :))	1	,1	,1	94,7
Mehraufwand, der in den letzten Jahren deutlich zugenommen hat und durch die Rezeptpauschale eigentlich nicht abgedeckt sein kann: - Retaxbearbeitung (Formfehler, die die ärztliche Verorgung enthält, müssen von uns bearbeitet werden oder werden von Krankenkassen retaxiert) - Fehlerkorrektur bei Rezepten (Falsch oder nicht korrekt ausgestellte Rezepte müssen von uns zu Patientensicherheit überprüft und durch den Arzt geändert werden) - Ersatzbeschaffungsaufwand bei ständiger nicht-Lieferbarekeit von Arzneimitteln - Arztkommunikation bei nicht-Rezeptur-Rezepten - Aufgeblähte Lagerhaltung auf Grund unzähliger Rabattverträge - Lagerwertverluste bei Festbetragsanpassung bei gleichzeitiger Verpflichtung zur Lagerhaltung (Wochenbedarf)	1	,0	,0	94,8
Mehrbelastung durch Doku von Tier-AM, Einzelimporten, Höherpreisiger Versorgung, Transfusionsgesetz; Mehrbelastung durch ständige Änderungen bei Hilfsmittellieferverträgen; Mehrbelastung durch QMS bzw. Selbstinspektionspflicht, Mehrbelastung durch Präqualifizierungsverfahren; Mehrbelastung durchPflichtschulungen der Mitarbeiter; Mehrbelastung ohne Bezahlung für Medikationsanalyse.	1	,0	,0	94,8
Meine Angaben sind gefühlsmäßige Schätzungen	1	,0	,0	94,8
Meine Apotheke liegt in ländliche Lage. Es ist nun schon mehrere Jahre unmöglich eine Apotheker in Anstellung zu finden! Als Approbierte muss ich die gesamte Öffnungszeit + Notdienst allein abdecken!	1	,1	,1	94,9
Meine Apotheke versorgt sehr viele Substitutionspatienten mit Substitutionsmitteln, die individuell hergestellt werden müssen.Der bürokratische Aufwand für diese Btm ist für die Apotheke daher überdimensional und wird dagegen kaum vergütet. Eine Erhöhung der Rezepturzuschläge und der Btm- Gebühr sind dringend von Nöten, da der Arbeitsaufwand dafür enorm ist.Der Nutzen für die Gesellschaft ist dafür riesig!	1	,1	,1	94,9

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Meine Apotheke weicht von der Durchschnittsapotheke ab: Wir haben 6600 Rezepturen, davon ca. 6300 als Defekturen, abgabefertige FAM. Zusätzlich 1100 Methadonrezepte, Bulkware (Standgefäß) als Defekturen. Zusätzlich 3000 L-Polimidonrezepte, Weiterverarbeitung nach NRF Bulkware (Standgefäß) als Defekturen. Zusätzlich 1450 Abgaben Subutex/Suboxone take home, Auseinzelung von Tabletten. Die Umsätze mit obigen Artikeln sind nicht in der Umsatzverteilung Rx/Non-Rx enthalten. Für das Ausfüllen des Fragebogens habe ich nicht "20" Minuten sonder eher 4 Stunden gebraucht. Leider sind die Fragen unter obigen Aspekten schwierig zu beantworten. Bitte berücksichtigen Sie auch die Anregungen aus dem Artikel "Viele Fragen - schwierige Antworten" der Deutschen Apothekerzeitung Nr. 6.	1	,0	,0	95,0
Meine Kolleginnen haben Ihre Fragen überwiegend beantwortet, schwierig ist für mich die abgegebene Zahl an Hilfsmitteln, das mit Abstand grösste Problem ist aber der Zeitaufwand, der zur Nachbearbeitung der Rezepte erforderlich ist, ca. 4 Stunden pro Tag werden dafür aufgewendet, dass die Apotheke keine Retaxationen seitens der Krankenkassen erfährt, es fehlt der Vorname des Arztes oder die Telefonnummer, Messzahlgrößen werden überschritten, Zeit, die anders besser genutzt werden könnte; liebe grüsse	1	,0	,0	95,0
Mir ist der Zweck dieser Umfrage nicht klar! Die Aussagekraft ist doch sehr zweifelhaft. Wenn die finanzielle Situation der Apotheken beurteilt werden soll, gibt es Fakten, welche klar sind. Seit ich mich 1993 selbstständig gemacht habe hat sich mein Ertrag halbiert. Die restliche Gesellschaft bekommt jedes Jahr Lohnerhöhungen/Rentenanpassungen. Die 2008 zugestandenen 8,10 Euro pro Rx Packung wurden gnädigerweise auf 8,35 Euro erhöht, was nicht mal ein Ausgleich des Inflationsverlustes ist. Das Ganze bei einer wahnsinnig gewachsener Bürokratie. Ich habe mal ca.60% meiner Zeit mit der Kundenberatung verbracht. Jetzt sind es noch ca.30%. Der Rest geht meist mit Verwaltung etc. drauf. QM, Prequalifizierung, unendliche Rezepturprotokolle um nur ein paar überflüssige (natürlich unbezahlte) Dinge zu nennen. Mehr möchte ich nicht sagen sonst rege ich mich bloss noch auf und das schafft die Politik nicht !!!	1	,0	,0	95,1
Mit Rezepturen, Hilfsmitteln, Betäubungsmitteln, Genehmigungen bei den Krankenkassen, Retaxationen durch die Krankenkassen, Gefahrstoffen etcetera ist unser Gesamtaufwand an Dokumentationen in der Summe überbordend	1	,0	,0	95,1
Mit wem wurden diese Fragen abgestimmt?	1	,1	,1	95,2
Monatliche BTM Inventur, das zählen aller Packungen und Tabletten benötigt ca. 4H einer Fachkraft. Da wir Methadon/Polamidon abgeben möchte ich noch einen Hinweis zur Hilfstaxe machen die ebenfalls seit Jahren nicht geändert wurde. Der Rezepturzuschlag der evtl. erhöht würde, betrifft meiner Meinung nach nicht die Herstellung von Methadon, die nach Hilfstaxe abgerechnet wird. Kosten: Der Grosshandel berechnet seinerseits pro BTM Artikel 1 Euro Gebühr und ist bei vielen Großhändlern zusätzlich von der Rabattierung ausgeschlossen.	1	,0	,0	95,2
Nach 30 Jahren Berufserfahrung erkennt man, dass der bürokratische Aufwand bei QMS, Personalkostenabrechnung, Rabattvertragsregelungen, Stückelungsregelungen / Rezeptabrechnungsmodalitäten, Krankenkassengenehmigungen, Gefahrstoffverordnungsanwendung usw. usw. immer noch steigerbar ist. Traurig! Über 80% der eingesetzten Zeit bei Patientengesprächen werden für Abrechnungsfragen und Rabattgesetzregelungen verbraucht! Krankenkassen nutzen Formfehler um auf schäbige Weise durch Retaxationen Geld zu sparen! Der Rohgewinn bei der Abgabe bestimmter Substitutions-Btm liegt unter 5 Euro...	1	,0	,0	95,2
Nach bestem Wissen und Gewissen.	1	,1	,1	95,3
Nacht- und Notdienst, sowie Rezepturerstellung und Teilnahme am BTM-Verkehr sind seit Jahren chronisch unterfinanziert und längst nicht einmal kostendeckend. Eine Anpassung ist dringend erforderlich, da der GKV-Umsatz lediglich noch die Kosten einer Apotheke trägt, aber längst nicht mehr zum Einkommen des Inhabers beiträgt.	1	,0	,0	95,3
Neben dem Hilfsmittelchaos ist auch der zusätzliche Aufwand durch Rabattverträge und deren Änderung zu berücksichtigen, der nicht unerheblich ist. Letztendlich sind immer die Patienten die Leidtragenden, besonders die, die sich nicht wehren (können)!!	1	,0	,0	95,4
Nein	1	,0	,0	95,4
Nicht befragt wurde nach bisher unentgeltlichen Dokumentationen zB nach Transfusionsgesetz, Tierarzneimittel, sowie er Rezepturdokumentation	1	,1	,1	95,5
Nicht gefragt wurde bezüglich des Zeitaufwandes bei Rabattarzneimitteln. Die Umstellung der Patienten bei Wechsel der Rabattarzneimittel (auch BTM) kostet immens viel Zeit bezüglich Aufklärung, Überzeugungsarbeit, Unverträglichkeiten müssen geklärt werden, es besteht häufig die Gefahr von Doppelinnahmen, Noncompliance, Gefährdung des Therapieerfolges. Hier werden die Beratungsleistung und der hohe Personalkostenaufwand durch die bestehende Arzneimittelpreisverordnung nicht ausreihend honoriert.	1	,1	,1	95,5
nicht gefragt wurde nach Gebühren des Großhandels für BTM Lieferungen und Retouren. Diese belaufen sich auf 1€ je Beleg. Nicht berücksichtigt wurde die Abgabe von T Rezepten samt Dokumentation	1	,0	,0	95,5
Nicht lieferbare Arzneimittel sowie die Kommunikation mit Arztpraxen hinsichtlich fehlerhafter Verordnungen nimmt immer mehr Zeit in Anspruch.	1	,1	,1	95,6
nicht nachgefragt wurden der immense Verwaltungsaufwand den Apotheken KOSTENLOS für Kassen erbringen müssen (Rabattvertrag einhalten bzw. Doku falls nicht lieferbar;; Inkasso der Rezeptblattgebühr inklusive mahnwesen;; unsinnige Retaxschikanen mit aufwändigem Schriftwechsel;;	1	,1	,1	95,7
Nullretaxierung aufgrund der Rabattverträge sind nicht hinnehmbar, da eine Gegenleistung und Belieferung stattgefunden hat!!! Retaxierungen wegen Bagatellen sind eine Zumutung!!!	1	,0	,0	95,7
Nur eine Bitte: schauen Sie sich die aktuellen Entwicklungen der Apotheken in Deutschland an ...bald unter 20000!!!! Wer das erkennt und richtig beurteilt (auch ohne BWL zu erkennen) braucht keine Studie oder Umfrage;) ...trotzdem viel Erfolg!	1	,0	,0	95,7
O	1	,1	,1	95,8
Pachtopotheke, Verpächter=Eigentümer des Hauses, Polamidon-Substitution nicht aufgeführt unter Btm (ca 130 Rezepte/Monat = ca. 930 Dosierungen abgefüllt/Monat und doppelt dokumentiert und kontrolliert!!)	1	,0	,0	95,8
persönliche Beratung bei Verschreibungen nimmt immer mehr zu auf Grund von hoher Anzahl ausländischer Mitbürger, denen man mit Piktogrammen Arzneimittelinnahme erklärt. TFG- Rezepte dokumentieren Thalidomid Rez. dokumentieren	1	,0	,0	95,9
Pflege der EDV, QMS, Lieferservice, Rezeptabrechnung sind auch große Zeit und Kostenfaktoren.	1	,0	,0	95,9
Relevant zur Abschätzung der Kosten bzw. Errechnung des Rohgewinns ist nicht der Umsatz sondern die Packungszahl (Fixzuschlag!)	1	,1	,1	96,0
Retaxierungen der Krankenkassen, teils wegen Formfehlern, sind eine Zumutung. Nulltaxe aufgrund nicht eingehaltener Rabattverträge sind nicht hinnehmbar, da eine Belieferung und Wareneinsatz erfolgt ist.	1	,1	,1	96,0
Rezepturen sind eine wichtige Aufgabe der Apotheke. Wir haben sehr viele Kinder, für die es auch angepasste Dosierungen geben muss, da keine Präparate auf dem Markt sind. eine große verantwortungsvolle Aufgabe, die wir gerne annehmen. Der Zeitaufwand ist enorm geworden, wird aber leider nicht honoriert, für das was geleistet wird. da ist Nachbesserung erforderlich und wichtig. Gerne noch mehr solcher Umfragen, damit Sie sich ein positives Bild von dem machen können was wir Apotheker leisten um eine qualitative hochwertige Versorgung zu gewährleisten. Arzneimittel sind nun mal keine Smarties und keine Ware die es an der Tankstelle, Drogerie- oder Supermarkt geben darf. Wir haben da eine große Verantwortung, die wir sehr ernst nehmen!	1	,0	,0	96,1
Rezepturen und Betäubungsmittel müssen besser vergütet werden. Dokumentationen müssen zurückgefahren werden. Die Krankenkassen haben zuviel Macht seit Ulla Schmidt. Wir möchten unsere Angestellten vernünftig bezahlen können.	1	,0	,0	96,1
Rezepturerstellung und BTM sind eine Einzigartige Leistung der Vor-Ort-Apotheke, genau wie der Not- und Nachtdienst. Häufig werden Rezepturen verordnet um Geld zu sparen, nicht weil es kein FAM geben würde. Hier wäre eine Entlastung (für die Apotheke ist eine Rezepturerstellung teuer) wünschenswert. Besonders unwirtschaftlich sind dabei die BTM-Rezepturen.	1	,1	,1	96,2
Rezepturerstellung, Dokumentation, Laborarbeiten sehr aufwändig, dafür eine komplette Arbeitskraft nötig.	1	,1	,1	96,2

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Rücksprachen zu Rezepturen kommen sehr häufig vor. Die Angabe der Dosierung ist fast immer ein Thema. Sogar HAUTARZTPraxen wissen nicht Bescheid und reagieren ungehalten. Vielleicht noch 15 Minuten anrechnen für das anschließende Ärgern!!!	1	,0	,0	96,3
Sämtliche Ausgangsstoffe, die zur Herstellung von Rezepturen verwendet werden, müssen von uns zuvor im Apothekenlabor nach dem Arzneibuch zunächst gepüft werden. Das ist sehr Zeit- und Kostenintensiv (und in Ihrer Befragung nicht berücksichtigt). Erst dann dürfen wir damit Rezepturen anfertigen. Und es gibt in der Apotheke weitere dokumentationspflichtige Prozesse wie Arzneimittel, die dem Transfusionsgesetz unterliegen, Importarzneimittel, tägliche Prüfung von Fertigarzneimitteln, Überprüfung und Dokumentationen von Arzneimittelrückrufen,....	1	,0	,0	96,3
Schätzungen sind zum Teil schwer, da nur der Chef zB über genaue Auswertung bezüglich Anzahl Retaxationen (er "akzeptiert" einige zähneknirschend), Anteil RX/OTC usw verfügt	1	,0	,0	96,3
schuetzen sie inländische apotheken und ihren wert	1	,1	,1	96,4
Schwierig das Internet besonders für kleine Apotheken wie unsere, Großpackungen werden immer öfter bei DocMorris bestellt. Verpachtung bzw. Verkauf dadurch praktisch unmöglich geworden.	1	,0	,0	96,4
Sehr geehrte Damen und Herren, bzgl. des Arbeitsaufwands wäre es sinnvoll neben Rezeptur, BTM und Hilfsmitteln noch die Abfrage des Arbeitsaufwands für die Bearbeitung und Dokumentation bei T-Rezepten und Blutprodukten (Transfusionsgesetz) zu erfassen. Diese machen zwar nur einen geringen Teil der Verordnungen aus, erfordern aber prozentual einen erhöhten Arbeitsaufwand. Auch wäre es sinnvoll das Thema Hilfsmittel noch näher zu erfassen. In meinen Augen sind Hilfsmittel in der Apotheke der kleine böse Bruder der Arzneimittel. Arzneimittel sind in der Regel "stärker" (wirksamer, auch gefährlicher wenn falsch angewendet), werden passabel vergütet, einfach erfasst und abgerechnet. Hilfsmittel hingegen erfordern eine deutlich erhöhte Dokumentation, werden miserabel vergütet und verursachen einen nicht mehr gerechtfertigten Mehraufwand. Bei Inkontinenz überlegt sich mittlerweile jede Apotheke zweimal ob man dem Vertrag mit einer Krankenkasse beiträgt oder nicht. Manchmal entsteht sogar eine Quersubvention, dass ein Patient mit Inkontinenzmaterial versorgt wird, die Apotheke nicht einmal Ihre Kosten deckt und diese Kosten dann über die Abrechnung der Arzneimittel des Patienten wieder reinholt. Das Problem wird noch durch die Details in den Verträgen der diversen Krankenkassen zu den diversen Hilfsmittelgruppen verstärkt. Das alle Mitarbeiter in der Apotheke immer auf dem aktuellen Stand der Vertragslage sind, halte ich fast für ausgeschlossen. Bzgl Kosten müsste auch das Thema Retaxationen abgefragt werden. Über Retaxationen freut sich natürlich keine Apotheke. Ich persönlich aber sehe eine Retaxation auch als gerechtfertigt an, wenn in der Apotheke ein Rezept nicht genügend geprüft wurde. Das ist der Job der Apotheke eine Verordnung auf Richtigkeit zu prüfen. Sollte man dieser Pflicht nicht nachgekommen sein (aus welchen Gründen auch immer), dann ist eine Retaxation auch gerechtfertigt. Nicht gerechtfertigt ist allerdings die Höhe. Ich spiele damit auf die sog. 0-Retaxationen ab. Es wäre fair einem Apotheker seine Vergütung für eine abgerechnete fehlerhafte Verordnung zu streichen. Aber es ist nicht nur unverhältnismäßig sondern, in meinen Augen, auch existenzbedrohend wenn hochpreisige Arzneimittel (ab 250€ aufwärts bis hin zu 25.000€ oder mehr) ganz legal durch die Krankenkassen auf 0€ retaxiert werden dürfen. In meinen Augen sollte dieses Vorgehen auch einmal "überprüft" werden. Herzliche Grüße und danke für Ihre Arbeit	1	,0	,0	96,5
Sehr geehrte Damen und Herren, die mir vorliegenden Fragen aus Ihrer Umfrage kann ich nicht alle beantworten. Was ist das Ziel dieser Umfrage? Ich habe den Eindruck, daß Sie bewußt mehrdeutige Fragen stellen, um die Ergebnisse in eine gewünschte Richtung zu lenken. Die Umfrage kann in dieser Form in keinsten Weise den Apothekenalltag widerspiegeln. Man merkt hier leider deutlich, daß völlig Branchenfremde die Fragen erstellt haben. Die Frage ist, für wen ein Nutzen aus einer solchen Umfrage resultiert, für uns Apotheker wohl in keinsten Weise, für die Patienten und die Arzneimittelsicherheit vermutlich auch eher nicht! Wen unterstützen Sie also? Wenn Sie seriöse Daten wünschen, wenden Sie sich doch bitte an die ABDA! Leider haben Sie wohl die Fragen in keinsten Weise mit Branchenkennern abgestimmt. Wir, das heißt meine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zusammen mit mir, leisten neben der rein pharmazeutischen Arbeit, nämlich der hochwertigen Arzneimittelversorgung der Bevölkerung, die mehr oder weniger schlecht honoriert wird, die verschiedensten Arbeiten zum Wohle unserer Patienten. Wir hinterfragen nicht jede dieser Leistungen nach betriebswirtschaftlichem Nutzen, dann müssten wir z.B. jede Rezepturerstellung abweisen. Gern können Sie sich persönlich ein Bild davon machen! Sicher gibt es in Ihrem Umfeld auch (noch) Apotheken, die die Patienten hochwertig pharmazeutisch versorgen und nicht mit Preiskämpfen Schnäppchenjäger bedienen. Leider hat die Gesundheitspolitik der letzten Jahre dazu beigetragen, die hochwertige Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln immer mehr zu gefährden. Schauen Sie sich nur die Zahl der vom Zoll gefundenen Arzneimittelfälschungen an. Wollen Sie dazu beitragen, daß zukünftig nur noch merkantile Interessen die Versorgung der Bevölkerung bestimmen? Ich wünsche Ihnen persönlich, daß Sie auch in Zukunft eine pharmazeutisch geprägte Apotheke in Ihrem Umfeld haben, die Sie hochwertig versorgt, ohne sich auszurechnen, welchen finanziellen Nutzen Sie gerade in diesem Moment erbringen.	1	,0	,0	96,5
Sehr geehrte Damen und Herren, ich hoffe, dass diesmal der Mehraufwand für die Vorortapotheken durch die regulatorischen Vorgaben berücksichtigt wird. Diese Vorgaben dienen auch dazu die Qualität sicherzustellen. Nur dann kann weiterhin eine wohnortnahe und qualitativ hochwertige Versorgung gewährleistet werden. Vielen Dank für ihre Befragung.	1	,1	,1	96,6
Sehr geehrte Damen und Herren, in ihrer Befragung fehlt eindeutig der Part, wie groß der Aufwand zur Einnahme und Handhabung von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln ist bzw. wie groß der Aufwand zum individuellen Medikationsplan eines Patienten ist. In der heutigen Zeit kommt es leider immer häufiger vor, dass die Patienten vom Arzt ein Rezept in die Hand bekommen ohne zu wissen für was die Medikamente sind oder wie sie angewendet werden. Diese Aufgabe übernimmt in der heutigen Zeit immer mehr der Apotheker vor Ort. Auch hier kann man davon ausgehen, dass die durchschnittliche Beratungszeit ca. 15 Minuten in Anspruch nimmt.	1	,0	,0	96,6
Sehr geehrte Damen und Herren. So sehr ich auch eine qualifizierte Datenerhebung begrüße, so kann dieser Fragenkatalog nur ein winziges Mosaikteilchen in Ihrer Gesamt Analyse sein. Zu viele Bereiche und Aspekte werden hier nicht erfasst, und sind bei der Vielfalt an Apothekentypen (Stadt-Land-Center-Ärztelhausapotheke uva.) auch nicht pauschalisierbar. Mit freundlichen Grüßen	1	,0	,0	96,7
Sehr schlecht konzipierte Umfrage zur Ermittlung eines möglichen Apothekenhonorars. Enorm tendenziös und wenig aussagekräftig. Sind Prüfungen von Rezepturausgangsstoffen Bestandteil des Rezepturaufwandes? Meines Erachtens ja, da Prüfungen ja nicht separat vergütet werden und die Rezepturerstellung erheblich defizitär gestalten. Alles in allem muss ich annehmen, dass der Erstellende dieser Umfrage keinesfalls vom Fach sein kann, bzw. sogar gegen die öffentliche Apotheke eingestellt ist. Wer bezahlt Ihnen diese Umfrage? Der Steuerzahler und damit auch ich. Es ist eine Schande!	1	,1	,1	96,7
Sehr ungenaue Fragen...z.B bei den Angestellten.....ich arbeite über 80 Stunden die WOCHE UM DEN LADEN AM LAUFEN ZU HALTEN.....	1	,0	,0	96,8
Sehr Zeitaufwendig ist die Abgabe von Problemrezepten, z.B. Medikament nur vom Hersteller zu beziehen. Ältere Patienten muss die Anwendung zeitaufwendig erklärt werden. Asthmapatienten wollen oft Handhabung erklärt haben. Zeitaufwand bei Patienten wo von Nahrungsergänzungsmitteln oder OTC abgeraten wird, wird nicht erfasst oder vergütet.	1	,0	,0	96,8
Sie denken völlig unpharmazeutisch. Der Organisator hat keine Ahnung von der Zielgruppe und wenig Wissen über die Problematik. Zahlen drücken oft nicht aus, was wir im Alltag leisten. Im nächsten Leben werde ich auch Betriebswirt und mache Weihnachten 14 Tage frei.	1	,0	,0	96,8
Sie dürfen in Ihrer Untersuchung nicht nur die Zeit für die Herstellung der Rezepturen beachten und die Zeit für Abgabe von Betäubungsmitteln, genauso zeitintensiv ist die Kontrolle der Vorräte, das Prüfen der Ausgangssubstanzen, die Überprüfung der BTM-Vorräte und auch die zusätzlichen Kosten für die EDV, sei es ein Laborprogramm oder ein spezielles BTM-Programm, nicht zu vergessen kalkulatorische Kosten wie Tresor und Geräte zur Herstellung der Rezepturen...	1	,1	,1	96,9
Sie haben die klassischen Landapotheken nicht in der Lage erfasst. Ansonsten bin ich überrascht, wieviele unserer nervigsten Sachen Sie mit erfasst haben- es fehlt aber der Dokumentationsaufwand Hilfsmittel, der T-Rezept- Aufwand und vor allem der zeitaufwändigste Aufwand: die Rezeptkontrolle vor der Abrechnung!	1	,1	,1	96,9

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Sie haben in Ihrer Befragung nicht eruiert, wie viele Probleme man in der Apotheke im persönlichen Gespräch mit Kunden aufdeckt, deren Nichtbehebung durchaus eine bedeutende persönliche sowie auch ökonomische Konsequenz (Folgekosten für das Gesundheitswesen) haben.	1	,0	,0	97,0
Sie haben nicht berücksichtigt, daß wir auch Tfg Arzneimittel und Importe dokumentieren müssen. Im Bereich Rezeptur fehlen die Zeiten für Reinigung und Desinfektion, die bei jeder! Rezeptur anfallen.	1	,0	,0	97,0
Sie sollten allgemeine Fragen zum Dokumentationsaufwand stellen, zu Rabattverträgen, zu Genehmigungen, zur Rataxationsbearbeitung und wie viel Zeit wir uns für kostenlose (!!!) Beratungen unserer Patienten nehmen, für Arzt-Apotheker -Gespräche bei Falschverordnungen usw. Vielen Dank !	1	,0	,0	97,1
Sind sehr grobe Schätzungen...	1	,0	,0	97,1
Sinnvoll bei der Befragung wäre z.B. gewesen, wieviel Arbeit und Ärger wir den gesetzlichen Krankenkassen abnehmen (Erklärungen über Zuzahlung, Mehrkosten, Rabattarzneimittelauswahl, Hausarztmodelle etc. plus der dadurch entstehende Frust der Patienten, der nicht bei den KK sondern in der Apotheke abgeladen wird) und dadurch hohe Kosten für die gesetzlichen KK einsparen. Wieviel Berechtigung hat demnach ein Kassenrabatt? Wofür eigentlich?	1	,1	,1	97,1
Substanzen, die für individuelle Rezepturen bestellt werden müssen, verfallen regelmäßig, da sie nur für Einzelfälle bestellt werden. Es darf aber nur die benötigte Menge abgerechnet werden. Die Plausibilitätsprüfung dauert pro Rezeptur, trotz Onlineverfahren sehr lange, da Hautärzte auf Fantasierezepturen bestehen, die oft nicht sinnvoll und/oder instabil sind. Keine Einsicht, keine NRF Rezepturen. Die Vergütung für Arbeitszeit und drumherum sind lächerlich und decken nicht annähernd die entstehenden Kosten	1	,0	,0	97,2
Tatsächlich fallen in der Hauptapotheke deutlich mehr Aufgaben an, die die Rezeptur betreffen. a) Gesamtaufkommen Rezepturen pro Tag: ca. 10 - 15 [Mo- Fr] - davon Sonderrezepturen NICHT Lösungen bzw. Salben Cremes ca. 3 pro Tag - davon 2 pro Tag aus dem Umfeld pädiatrische Kapseln oder Tabletten ca. 1 pro Tag aus dem Umfeld Hormone Kapseln / Tabletten mit "off-label-Use" Charakter b) Sonderrezepturen für Arztpraxen, MVZ, u.ä. - ca. 20 pro Monat c) Sonderbeschaffungswesen für - API - Hilfsstoffe - Packmittel da ebendiese nicht über "normales" Beschaffungswesen der Warenwirtschaft bezogen werden können. Damit einhergehend zusätzlicher Dokumentationsaufwand durch Rezepturen a) Ethanol Zu- und Abgänge (Bundesmonopolverwaltung) b) dokumentierte Arbeitsschutzmaßnahmen (1 x jährliche Feststoffpartikelmessung in der Luft der Herstellungsräume) c) dokumentierte Hygieneüberwachung mittels Luftmessung Keime und Abklatsch (Material & Personalkosten) d) Chargenfreigaben für Defekturen und die damit einhergehenden Prüfungen auf Gehalt via HPLC oder Titrationen e) ggf. externe Chargenfreigaben und Kontrollen durch externe Labore für Prozessoptimierungen (hier auch reale externe Kosten) f) Kosten Entsorgung Lösungsmittel & API g) Dokumentation der Nachweise, dass TRGS Richtlinien umgesetzt wurden (Errechnung der jährlichen Maximalbelastung pro Mitarbeiter) h) und noch vieles mehr . . .	1	,0	,0	97,2
Taxpreise der Wirkstoffe nicht zeitgemäß! Dokumentationsaufwand auch bei TFG-Artikeln, Tierarzneimittel, Importarzneimitteln, Gefahrstoffen. Irrer Aufwand Rezepte durch Rückrufe bei Arztpraxen retaxationssicher zu machen (Formfehler). Dokumentation von nicht lieferbaren Arzneimittel und Rücksprache mit Arzt und Anforderung neuer Rezepte. Genehmigungsaufwand samt Dokumentation für Hilfsmittel. Verschiedene Krankenkassen verlangen dies z.B. sogar für Pennadeln! Zu Ihrer Befragung bei Rezeptur Großmengen keine Wahlmöglichkeit 0%!	1	,0	,0	97,3
Teilweise schwer abschätzbar. Zeitaufwand sehr variierend (Bps. Fehlende Arztunterschrift: Rezept+Anschieben zum Arzt, später wieder abholen - dauert deutlich länger als Telefonat; mehrfache Anrufversuch, weil Praxis nicht erreichbar) Beratungszeiten ebenfalls sehr unterschiedlich, je nach Patient/Erkrankung/sonst. Bedingungen (sozialer Aspekt der persönlichen Betreuung). Ich habe das Gefühl, die Fragen sind nur begrenzt geeignet, die Arbeitsrealität in der Apotheke abzubilden, da auch im Rahmen von Qualitätsmanagementsystemen die Vergleichbarkeit von Abläufen nicht immer gegeben ist.	1	,0	,0	97,3
Teilweise sind die Fragestellungen nicht eindeutig.	1	,1	,1	97,4
Trotz steigender Umsätze die letzten Jahre dramatische Rohertragseinbrüche!!!! Werde auf dieser Grundlage die Apotheke bald schließen, da ich durch Vermietung der Räumlichkeiten mehr "verdienen" kann! Es ist schon fünf nach Zwölf!!!	1	,0	,0	97,4
TSCHÜSS	1	,0	,0	97,4
Typische Landapotheke	1	,1	,1	97,5
Um bei der Abgabe der verschreibungspflichtigen RX- Arzneimittel den Patienten entsprechend compliant zu versorgen , zeigen wir ihm vor der Abgabe die möglichen Rabattpartner vVerordnung ohne aut idem. Zum Teil gibt es 3 Auswahlmöglichkeiten, ist der Hersteller, den der Patient das letzte mal erhalten hat dabei, entscheidet er visuell. Dafür holen wir die entsprechenden Packungen aus dem Generalalphabet. Bei Kundenkartenkunden sehen wir dies auf der Karte. Das sind Vorgänge die auch noch Zeit benötigen.	1	,0	,0	97,5
Um diese Befragung vernünftig durchzuführen benötigt man leider deutlich mehr als 20 Minuten. Ich bezweifle leider auch stark, dass man mit dieser Befragung einen ungefähren Überblick über die Komplexität einer gewöhnlichen "Vor Ort"- Apotheke erhalten kann. MFG	1	,0	,0	97,6
Um diese Daten möglichst genau zu erfassen habe ich zwei Stunden Zeit benötigt.	1	,0	,0	97,6
Umsatz als Berechnungsgrundlage oder Maßstab anzusetzen geht in der heutigen Zeit schlichtweg nicht mehr. Man braucht nur die geringen Margen der Hochpreiser ab 1238,50€ zu betrachten, die jeglichen Kostenrahmen sprengen. Die Vergütung für das hohe Risiko, dass mit Hochpreisern einhergeht ist schlichtweg nicht ausreichend, da es bei Retaxationen schnell zu existenzbedrohenden Szenarien führen kann. Auch wurde in keinerlei Weise hinterfragt, wie Rezepturen in der Apotheke finanziert sind, nämlich Querfinanziert durch alle anderen Abgaben von Arzneimitteln, hauptsächlich durch Abgabe von Rx-Fertigarzneimitteln. Kein Unternehmen kann einzelne Zweige zu Lasten anderer Querfinanzieren!	1	,1	,1	97,7
Umsatz ist kein Erfolgsparameter... es sollte mehr nach Ertrag/ Gewinn gefragt werden	1	,0	,0	97,7
Umsätze, die gerne für die wirtschaftliche Bewertung von Apotheken herangezogen werden, sind weitestgehend aussagegelos. Die Packungszahlen und deren Struktur sind sinnvolle Größen.	1	,0	,0	97,7
Ungefragt bleibt der Anteil an Beratungs - Beschaffungs- und Lageraufwand durch die Rabattverträge der GKV, die seit 01.04.2007 allein zu Gunsten der GKV existieren und sich in keiner Weise in der seit 2004 unveränderten Gebührenordnung niederschlagen. Ungefragt bleiben die Auswirkungen der durch das AMNOG und Folgeverordnung gestiegene Einkaufspreise für die inländischen Apotheken, der durch die Festschreibungen und Verbote seit 2011 enorm gestiegen ist (Rx - Bereich). Ungefragt bleibt der enorme Mehraufwand für die Beschaffung von Arzneimitteln, die aus Globalisierungs-, Rabattvertrags- und Unternehmerpolitikgründen in nicht ausreichender Menge dem deutschen Markt zur Verfügung stehen und entweder direkt vom Hersteller (unter Wegfall der ohnehin schon sehr stark geschrumpften Großhandelsrabatte) oder gar nicht, dann mit der großen Gefahr der Null-Retaxierung durch die entsprechende GKV, beschafft werden muss. Ungefragt bleibt der Aufwand für die Bearbeitung der ungerechtfertigten Retaxierungen (in der Regel) der GKV und der finanzielle Schaden durch Null-Retaxierungen. Ungefragt bleibt der Aufwand für die Erlangung von 2 Großhandelsbestätigungen oder einer Herstellerbestätigung über die Nichtlieferbarkeit von Rabattvertrags-Arzneimitteln.	1	,0	,0	97,8
Unsere Apotheke hat ein deutlich überdurchschnittliches Aufkommen an Individualrezepturen und einen hohen Notdienstanteil. Eine nachhaltige Entbürokratisierung würde den Verwaltungsaufwand deutlich reduzieren. Da der bürokratische Aufwand in gesetzliche Vorschriften festgelegt ist, erwarte ich in naher Zukunft kaum eine Verbesserung.	1	,0	,0	97,8
Unsere eigentliche Arbeit wird durch immer mehr unnötige Bürokratie und das Katz-und-Maus-Spiel der Krankenkassen mit uns verunmöglicht. Wir gehören zu den Apotheken, die auch schlecht bezahlte Leistungen zu ihren Aufgaben zählen, aber es ist schon bezeichnend, dass diese wertvolle Maßarbeit (Anfertigung von Rezepturen) in unserem Land offensichtlich keine Wertschätzung erfährt.	1	,0	,0	97,8

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Unterschätzen Sie bitte nicht unsere Möglichkeiten und den Bedarf, jeden Tag den Menschen zu helfen die vielen richtigen und falschen Informationen zu interpretieren, denen man durch die Vielfalt der Medien ausgesetzt ist. Man glaubt kaum, wie viel Schwachsinn ungestraft über Zeitungen, Internet und andere Kanäle verbreitet werden darf und die niedrigste Hemmschwelle, um hier Fragen zu stellen gibt es in der öffentlichen Apotheke, mit sehr gut ausgebildeten Mitarbeitern und einer hohen Akzeptanz bei der Bevölkerung. Die Menschen vertrauen uns.	1	,0	,0	97,9
Validität der Angaben ist fraglich. Zeitaufwände für verschiedenste von Ihnen erfragte Teilaspekte können im Einzelfall sehr hoch bzw. sehr unterschiedlich hoch sein. Daraus im Rückblick aufs ganze Jahr verlässliche Durchschnittswerte zu bilden, ist ziemlich viel verlangt.	1	,1	,1	97,9
Verschreibungspflichtige Arzneimittel sind die Grundlage unserer Existenz. Fällt die Preisbindung, können wir weder unseren Service noch die tarifkonforme Bezahlung unserer Mitarbeiter aufrecht erhalten. In den neuen Bundesländern in ländlicher Region werden die Ärzte immer weniger. Hier sichern wir kompetenten Apotheken die Versorgung der Patienten sowie den Nachtdienst. Preisnachlässe im RX-Bereich sind schon lange nicht mehr möglich, wovon sollen wir diese nehmen?	1	,1	,1	98,0
Viel Arbeit für wenig Geld- so beschreibe ich meine Tätigkeit in der Apotheke. Immer mehr Dokumentation und immer weniger Zeit für den Patienten. Immer mehr gesetzliche Regulationen und Beaufsichtigung durch die Apothekerkammern.	1	,1	,1	98,1
Viel Arbeit! Viel Bürokratie! Keine Wertschätzung! Schlechter Ertrag! Kaum noch Gewinnspanne! Apotheker - nie wieder!	1	,0	,0	98,1
Viel Zeit benötigen wir auch für soziale Hilfestellungen unserer Stammkunden. Wie geht es weiter nach einem Krankenhausaufenthalt, welcher Pflegedienst. Patientenverfügungen, Vollmachten für Angehörige Unterstützung der pflegenden Angehörigen zu Hause; Medikation vorbereiten nach Medikationsplan Lieferungen durch pharm.Personal an Kunden/Ärzte Vitalwerte messen Interaktionscheck Rabattverträge prüfen; Warenlager anpassen; Retouren der nicht Rabattpartner Verhandlungen mit dem Großhandel und Vertretern der Firmen Fax und e-mail Verkehr prüfen	1	,0	,0	98,1
viele Angaben sind schwer zu schätzen - Beispiel zusätzliche Zeit Lieferverträge: ich versuchte zu schätzen, wieviel Zeit pro Tag wir für Präqualifizierung/ Formulare für Hilfsmittelabrechnung erstellen, Verträge überfliegen usw brauchen. Die Fragen nach Problemen mit Rezepten war nicht gut: viele Probleme werden ohne Telefonate im Gespräch mit dem Besorger geklärt. Da gibt es fast bei jedem Rezept Erklärungsbedarf. Insgesamt: die Apotheke macht durch das persönliche Handling viel von der Wirkung - das ist halt nur bei dem Teil der Bevölkerung bekannt, die uns als regelmäßige Partner brauchen.	1	,1	,1	98,2
Viele Aspekte einer Apotheke kommen bei dieser Umfrage leider zu kurz: z.B. persönliche Beratungs-Gespräche mit älteren Kunden (vor Ort + am Telefon), die einfach Zeit brauchen; Dienste im Nachtdienst; Beratungen des Arztes vor Ort (Diskussion über Wechselwirkungen), Rezepturvorbereitung,...	1	,1	,1	98,3
Viele Aufgaben und Dienstleistungen wurden nicht erfragt, sind aber Teil der täglichen Arbeit und erfordern einen erheblichen Zeitaufwand wie Heimbeflieferung/-Beratung, Stadtteilverantwortung Kindergärten, Schule (Erste Hilfe bis Prävention), Gerätechecks, Interaktionsmanagement, Polymedikationsberatung, Medikationsplan, Inkontinenzberatung, Präventionsangebote etc. Also viele Dienstleistungen und Hilfen, auf in der Apotheke vor Ort täglich nachgefragt wird.	1	,1	,1	98,3
Viele Fragen können nur sehr grob geschätzt werden.	1	,0	,0	98,4
Viele Fragen nicht ausreichend präzise und somit sind die Zeiterfassungen nicht ausreichend präzise , da eine Salbe nicht gleich einer Salbe ist und es einen Unterschied macht ob 1 oder mehr Substanzen in einer Rezeptur enthalten sind . Viele Fragen zu pauschaliert	1	,0	,0	98,4
Viele Fragen sind leider sehr juristisch formuliert und lassen realitätskonforme Antworten nur umständlich zu...	1	,0	,0	98,4
Viele Fragen sind nur mit vagen Schätzungen zu beantworten. Ein zeitlicher Vorlauf wäre sinnvoll gewesen.	1	,0	,0	98,5
viele Prozentangaben sind seееееehr grob geschätzt, einige Aufgaben wurden sicherlich vergessen einzutragen, z. B. Umfragenbeantwortung	1	,1	,1	98,5
Viele Teilaspekte wurden gar nicht abgefragt, z.B. um nur einen zu nennen der hohe Zeitaufwand für falsch oder unvollständig ausgestellte Rezepte: Dies ist sehr häufig (etwa jedes 4. Rezept, bedeutet hohe Kosten durch Telefonate, Abänderung des Rezeptes beim Arzt (Fahrtkosten, Zeit oder Porto)).	1	,0	,0	98,6
Vielen Dank für die Erhebung! Oft werden missverständliche und fachfremde Begriffe benutzt. Bitte setzen Sie sich mit Apothekern zusammen, um ein klares Bild der einzelnen Tätigkeiten zu bekommen.	1	,0	,0	98,6
Vielen Dank, dass sich endlich jemand dieser Sache annimmt. Sie hätten noch extra den Aufwand für Impfstoffe abfragen sollen,Rückrufe beim Arzt, beim Hersteller, der Alternativen , z.B. bei Recherche RKI, Import-Ausnahme..... Mit freundlichen Grüßen	1	,0	,0	98,6
Vielen Dank, dass Sie diese Umfrage erstellt haben! Sie haben viele wichtige Punkte angesprochen, aber leider wurden bei weitem nicht alle bei uns relevanten Arbeiten von Ihnen mit erfasst. Wir hatten zwar die Gelegenheit zum Ergänzen, aber haben entweder keine weitere Fläche zum Ergänzen gehabt bzw. wahrscheinlich haben wir auch noch weitere Dinge von uns aus nicht berücksichtigt. Aber vielleicht erstellen Sie ja noch eine weitere, ergänzende Umfrage mit den von uns und unseren Kollegen zusätzlich genannten Gesichtspunkten? Des weiteren waren einige Ihrer Fragen missverständlich, doppeldeutig, so dass wir alles andere als nur 20 Minuten zur Beantwortung Ihrer Fragen benötigten. Wir haben diese Aufgabe sehr ernst genommen und wollten, was ohne Vorankündigung im Nachhinein natürlich nicht 100% möglich ist, so wahrheitsgemäß wie möglich antworten. Wir haben für Ihren Fragebogen ca. 3 Stunden Zeit benötigt! Wir freuen uns auf eine ggf. weitergefasste Umfrage, Ihre Auswertung unserer Antworten und eine hoffentlich daraus resultierende angemessenere Honorierung unserer täglichen Arbeitsleistung (denn für Rezepturen bekommen wir nur einen Bruchteil des gesetzlich festgelegten Mindestlohnes für Ungelernte, wobei in einer Apotheke nur gelerntes Personal Rezepturen herstellen und Medikamente abgeben darf!!!) - wofür Sie ja nichts können! Mit freundlichen Grüßen aus der Apothekerwelt.	1	,0	,0	98,7
Von meinen 3 PTA könnte ich eine einsparen, wenn wir nicht extrem viele Rezepturen hätten. Dies führt naturgemäß zu einer extrem schlechten Kostenstruktur, die mir die Wettbewerbsfähigkeit im OTC-Geschäft "verhagelt". Von meinem Betriebsergebnis könnte ich keinen Apotheker in Vollzeit bezahlen (OHNE Berücksichtigung der kalkulatorischen Kosten).	1	,0	,0	98,7
Warum fragen Sie nach Prozenten ? Von was eigentlich ? Fragen Sie doch nach Stunden, die wir tatsächlich in der Apotheke arbeiten, ist doch viel realer. Fragen Sie nach Notdiensten, die abgeleistet werden und nicht nach Wartezeiten ohne Kundenkontakt.	1	,0	,0	98,7
Warum versteht niemand, dass die Umsätze als Bezugsgröße nicht relevant sind. Umsätze und auch steigende Umstände kommen durch Preissteigerungen, die von den Pharmaunternehmen gesteuert werden. Entscheidend ist der Rohertrag, also das Geld was nach Abzug des Wareneinsatzes übrig bleibt um meine Kosten zu decken. Leider steigt eben dieser nicht immer an, wie es beim Umsatz der Fall ist. Das heisst, obwohl ich mehr Umsatz habe, verdiene ich nicht unbedingt mehr daran, weil steigende Kosten (Löhne, Energie, Miete) oder schlechtere Einkaufskonditionen nicht schneller und deutlicher steigen, als meine Einnahmen!	1	,0	,0	98,8
Warum wurde der Aufwand für Notdienste (hier alle 13 Tage[je 24 Std.] und zusätzlich Weiterbildung nicht berücksichtigt? Sowohl zeitlich als auch finanziell sind dies Kosten, die zu Buche schlagen.	1	,0	,0	98,8
Was immer vergessen wird, gerade auf dem Land liefert die Apotheke weite Strecken teilweise bis 15-20 Kilometer -im dringenden Fall mehrmals am selben Tag- aus. Die Bedeutung dieser Dienstleistung ist gerade im strukturschwachen ländlichen Raum immens und auf keinen Fall zu vernachlässigen. Eine Versandapotheke kann niemals so etwas leisten. Es gibt schnelle und kurze Wege zwischen Arzt, Apotheke, Pflegedienst usw. Der Logistische Aufwand einer direkten schnellen standortnahen Versorgung müsste vergütet werden, gerade wenn man Apotheken auf dem Land in Zukunft erhalten will.	1	,0	,0	98,9

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Was nicht abgefragt wurde ist der erhebliche Zeitaufwand der durch die Rabattverträge der Krankenkassen entsteht, weil den Patienten erklärt werden muss warum sie eine anders aussehende Packung bekommen. Dazu kommt die Auseinandersetzung mit den Patienten, die damit nicht einverstanden sind und die Abschätzung ob durch setzen eines Sonderkennzeichens die Situation geklärt werden kann oder die Patienten wieder in die Arztpraxis zurück geschickt werden müssen zur Setzung eines Aut idem Kreuzes. Ähnlich verhält es sich mit den Mehrkosten, die auf Grund der Festbeträge von den Patienten zu leisten sind und hier auch von befreiten Personen bzw. Kindern. Ein erheblicher Aufwand sind auch die Rezepte die über das Sozialamt abgerechnet werden für z.B. Asylanten oder Sozialhilfeempfänger weil die in den seltensten Fällen korrekt gekennzeichnet sind. Bei den Hilfsmitteln kommt hinzu, dass einiger Erklärungsaufwand nötig ist durch die exklusiven Lieferverträge die die Krankenkassen abschließen und wo den Patienten erklärt werden muss, dass sie ihre benötigten Produkte nicht einfach in der Apotheke bekommen können sondern die Rezepte an Versender einschicken müssen. Einiges an Zeitaufwand entsteht auch durch sich ständig ändernde Rahmenbedingungen sei es durch Gesetze und Verordnungen aber insbesondere durch die Änderungen der Lieferbedingungen bzw. Verträge der Krankenkassen zu deren Umsetzung regelmäßige Mitarbeitergespräche zusätzlich nötig sind. Zusätzlicher Zeitaufwand entsteht außerdem durch die Umsetzung des QMS.	1	,0	,0	98,9
Was soll das Ganze? Ich bitte um Erklärung	1	,0	,0	98,9
Was sollen Standgefäßrezepturen sein? Defekturen sind kaum möglich, da Qualitätsuntersuchungen laut Behörde zu tätigen sind. Diese sind zeitlich und materiell so aufwendig, dass diese im normalen Apothekenbetrieb nur sehr schwer zu integrieren sind. Neue EU Richtlinien erschweren unsere Arbeit. Siehe Regelung Isopropanol 70% zur Desinfektion. Seit 30 Jahren von mir hergestellt, jetzt darf ich diesen nicht mehr verwenden.	1	,0	,0	99,0
Weitere bedeutende "Kostentreiber", die ohne Vergütung erbracht werden müssen, wurden leider nicht abgefragt: Dokumentation von TierAM, Einfuhrdokumentation, Dokumentation nach Transfusionsgesetz; Qualitätsmanagement bis hin zur DINISO-Zertifizierung, Gefahr-stoffmanagement und vieles mehr	1	,1	,1	99,0
Wenn es sich um eine höhere Menge als die Grundmenge pro Individualrezeptur handelte, welchen zeitlichen Mehraufwand hatten Sie durchschnittlich dadurch beim Herstellungsprozess? Frage nicht verständlich, bei einer Individualrezeptur steht z. Bsp. 500g oder 50g Salbe, dann wird auch 500g respektive 50 g Salbe gemacht (500g / 50g wären dann die Grundmenge, also kann ich nicht von einem zeitlichen Mehraufwand sprechen) Zeitliche Mehraufwand bei Rezepten, wenn z. Bsp.falsch ausgestellt oder andere Fragen sich ergeben haben, dann ruft man in der Praxis an, hängt vielleicht noch in der Warteschlange oder Herr oder Frau Dr. haben gerade keine Zeit oder sind nicht da oder außerhalb der Sprechzeiten usw... Zählt man diese erfolglosen Versuche mit? Haben ja auch Arbeitszeit gekostet oder nur der tatsächliche Vorgang des Sprechens, wenn man jemanden erreicht hat? Kurz und bündig gesagt sind die Fragen zu offen und bieten zu wenig Möglichkeiten Besonderheiten darzustellen	1	,0	,0	99,1
Wer bitte hat sich diesen Fragebogen ausgedacht? Evtl. wäre es hilfreich gewesen, sich im Vorfeld Hilfe von relevanten Personen zu holen.....	1	,1	,1	99,1
Wie hoch ist der zeitliche und nervliche Zusatzaufwand für die ständige Erklärung der Rabattverträge und daß deren Umsetzung kein Hobby des Apothekers ist und er daran nicht extra verdient.	1	,0	,0	99,2
Wie viel muss der Inhaber pro Woche arbeiten? ca 70 - 80 Stunden, Wie viel Stunden hat die Apotheke in der Woche geöffnet? 65 Stunden Hat die Apotheke Probleme Personal zu bekommen? ja, massiv. eine PTA Schule wurde geschlossen. Das führt zu einer Mehrbelastung des Inhabers und seiner Angestellten. Psychisch und seelische Beschwerden der Apotheker und des Personals nehmen extrem zu. Man wird von allen Seiten unter Druck gesetzt (Ärzte, Krankenkassen, Kunden, Versandhandel). Fühlen Sie Ihre Arbeit wertgeschätzt durch die Politik / Gesellschaft? nein.	1	,0	,0	99,2
Wie wollen Sie sicherstellen, dass tatsächlich der Inhaber die Fragen beantwortet hat? Wie wollen Sie allein anhand pharmazeutischer Fragestellungen auf ein angemessenes Packungshonorar oder Aufschlagsätze, die über die Rentabilität der Apotheke entscheiden, rückschließen?	1	,0	,0	99,2
Wir als Apothekenmitarbeiter hätten gerne mehr Zeit zur Beratung unserer Patienten und würden uns wünschen, wenn Ärzte, Arztpraxen und Krankenkassen in partnerschaftlichem Denken mit uns zusammenarbeiten würden, damit der Patient als Mensch im Vordergrund stehen darf! Und nicht die wertvolle Zeit mit Bürokratie, Anrufen in Arztpraxen und Bearbeitung von Nullretaxationen seitens der Krankenkassen verbringen...	1	,0	,0	99,3
Wir bieten sehr viele kostenlose Dienstleistungen an, Beratung und Service müssen dringend honoriert werden, sonst kollabiert das System	1	,0	,0	99,3
WIR ERSTICKEN IN BÜROKRATISCHEN VORSCHRIFTEN, RABATTVERTRÄGEN, BEHÖRDLICHEN AUFLAGEN UND DAMIT VERBUNDENEN STUNDENLÄNGEN DISKUSSIONEN UND AUFKLÄRENDE GESPRÄCHEN MIT DEN PATIENTEN. DIE VORSCHRIFTEN FÜR DIE HERSTELLUNG VON REZEPTUREN (AUFWENDIGE PLAUSIBILITÄTSPRÜFUNGEN) STEHEN IN DIAMETRALEM GEGENSATZ ZUR KOOPERATIONSBEREITSCHAFT DER ÄRZTE!	1	,0	,0	99,3
Wir haben die Zahlen pro Woche bzw. pro Monat geschätzt und auf das Jahr hochgerechnet. In Sachen Anamnese bei OTC-Arzneimitteln waren wir irritiert. Wir fragen bei jedem OTC-Kauf, für wen das AM ist, gegen welche Beschwerden es gewünscht wird usw.	1	,0	,0	99,4
Wir haben ein für eine normale Apotheke weit überdurchschnittliches Aufkommen an BTM und Rezepturen sowie Sonderbestellungen wg. Spezialisierung auf bestimmte Facharztgruppen und Altenheime. Die Dokumentationsanforderungen sind gewaltig. So haben wir im Jahr mehr als 4000 Rechnungen zu schreiben,davon 60% mit Beträgen bis zu 20.- € einerseits, andererseits einen Rechnungseingang von mehr als 2000 Stück (ohne GH !!) wegen Klein- und Kleinstbesorgungen.	1	,0	,0	99,4
Wir haben einige Krebspatienten, die allein schon mindestens die Hälfte des monatlichen Umsatzes ausmachen, entsprechend ist dann der Rohgewinn.	1	,0	,0	99,4
Wir haben hauptsächlich älterer Klientel in der Apotheke und müssen ihnen immer wieder erklären, dass sich der Rabattartikel geändert hat und darum ist es das richtige Arzneimittel ist, obwohl die Packung anders aussieht. Oft wollen die Kunden dies nicht wahr haben und stellen sich quer. manchmal zu recht, wenn der Arzt eine halbe Tablette verordnet hat und der neue Rabattartikel kapseln sind und keine Tabletten. Die Dokumentation von Defekten ist zeitraubend und störend. Aber die KK wollen alles Erklärungen auf dem Rezept haben und bei Interesse auch die Bestätigung des Großhandels. Es sind viele Schritte nötig, die wir für die KK tun müssen, ohne dass wir etwas davon haben, die uns in der Arbeit eigentlich behindern.	1	,0	,0	99,5
Wir sind eine Apotheke an der Hauptstraße eines Dorfes mit circa 5000 Einwohnern in der Gesamtgemeinde. Im Hauptort (circa 2500 Einwohner) befindet sich eine Gemeinschaftspraxis mit 2 Ärzten. Die Apotheke befindet sich nicht in "unmittelbarer" Nähe der Praxis, also nicht in der direkten Nachbarschaft. Trotzdem habe ich den Punkt eins bei der Lage (Ärztelhaus oder unmittelbare Nähe) angegeben weil dies die örtliche Situation am besten beschreibt.	1	,0	,0	99,5
Wir sind eine Apotheke in dörflicher Struktur. Der Arzneimittelversand (RX, OTC) bereitet uns zunehmend Umsatzprobleme. Die ausufernde Bürokratie (QMS, Dokumentationen, Rabattverträge, Zertifizierung etc.) bindet mehr und mehr personelle und finanzielle Ressourcen, die uns bei der Wahrnehmung der eigentlichen Aufgaben der Apotheke, Beratung und Abgabe von Arzneimitteln und Hilfsmitteln, zunehmend beeinträchtigen.	1	,0	,0	99,6

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Wir sind eine Apotheke in einem größeren Ort. Apotheken haben eine starke soziale Funktion, sind Begegnungsstätte für die Menschen, wir leben im Ort, wohnen im Ort, die Menschen vertrauen uns und können das auch. Wir beraten unabhängig und sind nur dem Wohl des Patienten verpflichtet. Wir beraten und informieren auch ohne Verkauf, raten auch ab. Die Menschen fragen uns von Diagnosen bis zur Pflegeversicherung und Krankenkassenleistungen. Wir liefern jeden Tag mind. 3 Stunden lang Medikamente kostenlos zu den Menschen, die nicht kommen können. Wir haben 60 Stunden in der Woche geöffnet und jeden 8. Tag Not- und Nachtdienst. Wir versorgen mehrere Heime, machen im Jahr 25 Medikamentenkontrollen mit ca. 120 Stunden Zeitaufwand dafür. Wir halten 14 Vorträge und Schulungen für Pflegepersonal und Patienten im Jahr. Wir besorgen fehlende Medikamente dank guter intakter Großhandelsstruktur innerhalb von 3 Stunden. Wir haben Fernreiseimpfberatung. Wir nehmen an Qualitätszirkeln teil, sind in Gesundheitsnetzwerken und Gesundheitsregionen. Es gibt kostenlose firmenunabhängige Infobroschüren, die Umschau kostenlos und wir machen eine eigene Kundenzeitung. Wir führen Gesundheitsaktionen durch wie Venenmessungen, Knochendichtemessungen, Allergietests, Hautmessungen etc. Wir sind für die Menschen auch am Mittwoch und Freitagnachmittag und am Samstag da, wenn ihre Ärzte geschlossen haben. Wir bilden uns in großem Umfang fort, Weihnachtsgeld wird abhängig von den Fortbildungsstunden gezahlt. Wir sind die letzte unabhängige Bastion für die Menschen. Und und und.....	1	,0	,0	99,6
Wir sind eine Landapotheke mit Rezeptsammelstellen. Unsere durchschnittliche Kilometerleistung im Botendienst beträgt täglich 95km. Diese Leistung wird von uns zwangsweise für €0,00 erbracht. Zusätzlich muss der Bote bezahlt werden, der zweimal täglich die Rezepte holt und die Ware ausfährt(Mindestlohn reicht dafür nicht)! FÜR € 0,00!!!!	1	,1	,1	99,7
Wir werden wie politisch gewünscht den Markt unseren Freunden in Europa überlassen müssen und verschwinden	1	,0	,0	99,7
Wo wird der Zeit/Beratungsaufwand mit den Rabattverträgen der GKV abgefragt? Wieviel Zeit wird als Heilberufler täglich gearbeitet im Vergleich zur Tätigkeit als Kaufmann?? Wie oft wird der Patient dahingehend beraten, daß ein konkreter KAufwunsch abgelehnt wird und stattdessen eine bessere Alternative für den patienten in Frage kommt (= pharmazeutische Beratung) Wieviel zeit wird zur Korrektur von fehlerhaften Arztrezepten aufgewendet, wieviel Aufwand wird mit Rezeptänderungen für die GKV Verträge benötigt?	1	,0	,0	99,7
Wünschenswert wäre Entbürokratisierung Richtpreisregelung Abschaffung der Rabattverträge Abschaffung der Hilfsmittelverträge Bessere Vergütung aufgrund der extremen Dokumentation Abschaffung des Kassenabschlags Verkürzung des Retaxationszeitraums auf 6 Monate	1	,0	,0	99,8
Zeitliche Investition in Hilfsmittelabgabe ist hoch und oft kompliziert	1	,0	,0	99,8
Zeitpauschalisierungen sind sehr schwierig, da jeder Fall individuell ist. So macht es zum Beispiel eine großen Unterschied aus, ob ich mit einer kleinen Artprix am Ort etwas zu klären habe oder ob ich versuchen muß an einer großen Klinik (z.B. Charité) eine Spezialsprechstunde zu erreichen. Auf jeden Fall nimmt die Klärung von Rezeptrückfragen und die Einholung von Korrekturen durch Arztpraxen einen großen Zeitwand in Anspruch.	1	,0	,0	99,8
Zu den Kosten des BTM-Verkehrs: Seit langem berechnen alle (!) Großhandlungen für die Formulare der BTM-Lieferung bzw. Rückgabe 1,00 € + MWSt., während die Krankenkassen nur 0,26€ je Medikament erstatten.	1	,0	,0	99,9
zum Teil differenziert sich die angewendete Zeit sehr stark von den durchschnittswerten	1	,0	,0	99,9
Zur Beschreibung der Apothekenlage möchte ich noch ergänzen, dass wir eine Landapotheke sind, in Nachbarschaft zu einem Landarzt. Dies anzukreuzen war leider nicht vorgesehen, sondern nur das Ärztehaus!	1	,0	,0	99,9
Zuviele Statistik-Fragen. ich stoppe die Zeit nicht, die ich bei Ärzten in der Warte-schleife hänge, weil eine Verordnung unklar ist. Ich führe auch keine Strichliste, wieviel Patienten mit konkreten Präparatewunsch kommen oder wie lange ein Beratungs-gespräch dauert. Deshalb nur sehr grobe Schätzungen möglich. Ich unterstelle mal, dass andere Apotheker die selben Schwierigkeiten haben und die Befragung deshalb eigentlich nicht die Wirklichkeit abbildet.	1	,0	,0	100,0
Zwar wurden in dieser Umfrage kritische Punkte zu BTMs, Hilfsmitteln oder Personaleinsatz erfragt, jedoch wurden folgende Punkte gänzlich außer acht gelassen, welche für die finanzielle Betrachtung einer Apotheke von hoher Bedeutung sind: - Hoher Aufwand durch die Umsatzung von Rabattverträgen. Diskussionen, Erklärungen, Inkasso, Lagerwerterhöhungen - Gestiegene Tarifgehälter seit 2004 - Gestiegene Fixkosten wie Miete, Nebenkosten etc. - Trends in der Entwicklung OTC zu RX, Umsatzverschiebungen - Sinkende Margen bei OTC, keine Querfinanzierung, Wettbewerb zu Versendern erlaubt dies kaum - Großpackungen wandern zu Versendern ab - Bürokratiezunahme in der Apotheke ohne Gegenfinanzierung (Plausibilitätsprüfungen, Umsetzung der ApoBetrO, Rabattverträge, HiMi Verträge) - Keine Nachfrage zu retaxationen. Der Umfang und das Ausmaß haben massiv zugenommen. Großteils Retaxation auf Grund von Formfehlern trotz richtiger Belieferung. -Approbierenmangen bringt höhere Löhne und damit höhere Kosten um überhaupt Personal zu bekommen. Dies sind die Punkte die mir in Kürze einfallen.	1	,0	,0	100,0
Gesamt	2304	100,0	100,0	

15.4 Fragebogen Primärerhebung vollsortierter pharmazeutischer Großhandel

- streng vertraulich -

Kontrollierter Datenschutzprozess: Verschlüsselte Lieferung, streng vertrauliche Behandlung durch ausschließlich aggregierte Verwendung der Daten über alle befragten Großhändler, irreversible Löschung der Daten durch Überschreibungsverfahren zum Erhebungsende.

Datenerhebung zum Gutachten „Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) geregelten Preise.“ (Projekt Nr. 74/15) im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie



Teil 1/2 - Bitte füllen Sie alle orange markierten Zellen aus.

Name des vollversorgenden pharmazeutischen Großhändlers:		
Markt: Deutschland; Belieferung öffentlicher Apotheken	2015	Anmerkungen
Absatz (Anzahl Packungseinheiten) Rx		
Absatz (Anzahl Packungseinheiten) OTC		
Absatz (Anzahl Packungseinheiten) Ergänzungssortiment		
Absatz (Anzahl Packungseinheiten) Kühlartikel bis 8 Grad/Kühlkette Rx		
Absatz (Anzahl Packungseinheiten) Kühlartikel bis 8 Grad/Kühlkette Non-Rx		
Absatz (Anzahl Packungseinheiten) BTM		
Absatz (Anzahl Packungseinheiten) Hochpreiser (>1.200 €)		
Ab welchem Preis werden teuren Arzneimitteln einzeln gesondert behandelt (in Euro):		
Absatz (Anzahl Packungseinheiten) Teure Arzneimittel mit Einzelhandling		
Anteil Verwaltungskosten an Gesamtkosten in %		
Fremdkapitalzinssatz		
Transportkosten/Lieferungskosten gesamt 2015		
Anteil fixe Kosten Transport/Lieferung (alle Kosten, die bereits bei einer Lieferung anfallen, z. B. Fuhrpark) in %		
Anteil variable Kosten Transport/Lieferung (Kosten, die zusätzlich anfallen, wenn häufiger geliefert wird, z. B. Personal, Kraftstoff und Wartung) in %		

- streng vertraulich -

Kontrollierter Datenschutzprozess: Verschlüsselte Lieferung, streng vertrauliche Behandlung durch ausschließlich aggregierte Verwendung der Daten über alle befragten Großhändler, irreversible Löschung der Daten durch Überschreibungsverfahren zum Erhebungsende.

Datenerhebung zum Gutachten „Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) geregelten Preise.“ (Projekt Nr. 74/15) im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie



Teil 2/2 - Bitte füllen Sie alle orange markierten Zellen aus.

Name des vollversorgenden pharmazeutischen Großhändlers:		
-----------------------------------------------------------------	--	--

Im Folgenden werden Größen abgefragt, die von Ihnen berechnet oder geschätzt werden können. Bitte beachten Sie, dass Scheingenaugkeiten vermieden werden sollen: Es kann bei diesen komplexen Prozessen meist nicht um eine präzise gemessene Größe gehen. Ihre Experteneinschätzung auf der Basis Ihnen bekannter Unternehmensdaten und Erfahrungen ist maßgeblich. Beziehen Sie ggf. Mitarbeiter in die Schätzung mit ein. Für Nachfragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Markt: Deutschland; Belieferung öffentlicher Apotheken	Aufschlagfaktor pro Packung ("x-fach")	Anmerkungen
---------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------	--------------------

Erhöhte Raum und Betriebskosten Kühlartikel und BTM

Für Kühlartikel und BTM fallen spezifische Betriebskosten und Investitionen im Vergleich zu normalen Arzneimitteln an. Bitte bedenken Sie mindestens die folgenden Aspekte, um einen Schätzwert abzugeben, um wieviel die Raum- und Betriebskosten für Kühl- und BTM-Arzneimittel erhöht sind

- Betriebskosten Kühlung für Kühlartikel (Kühlschränke, Kühlräume, Kühlakku, Froster), Betriebskosten BTM im Vergleich zu Betriebskosten für Heizung und Klimaanlage übrige Hallen-/räume
- Dauer der Kommissionierung Kühlartikel und BTM im Vergleich zu normalen Artikeln
- Bruttoinvestitionen Kühlschränke/Kühlräume, Bruttoinvestitionen BTM-Raum im Vergleich zu allen weiteren Bruttoinvestitionen für sonstige Wareneingangs-, Kommissionierungs- und Lagerhallen

Geschätzter Aufschlagfaktor: Erhöhte Betriebskosten Kühlartikel

(Zum Beispiel Faktor 1,9. Es fallen 1,9-fach Betriebskosten an, die für eine Packung Kühlartikel benötigt werden, als für Packungen in den anderen Bereichen. Zum Beispiel wird wegen der Kühlung doppelt soviel Strom benötigt wie in den nur geheizten und klimatisierten Räumen. Da die Stromkosten zwar den Großteil, aber nicht alle Betriebskosten ausmachen, reduziert sich der Faktor von ca. 2 leicht auf ca. 1,9)

Geschätzter Aufschlagfaktor: Erhöhte Bruttoinvestitionen Kühlartikel

(Zum Beispiel Faktor 5. Es fallen durchschnittlich ca. 20% aller Investitionskosten in Bezug auf die Kühlung an. Wenn nur 4% aller Packungen gekühlte Packungen sind, sind die Bruttoinvestitionen 5-mal so hoch wie für andere Packungen: ca. 20% / ca. 4% = ca. Faktor 5)

Geschätzter Aufschlagfaktor: Erhöhte Betriebskosten BTM

(Zum Beispiel Faktor 2. Es dauert doppelt so lange, ein BTM zu kommissionieren als andere Arzneimittel, d.h. der Raum wird doppelt so lange genutzt und es fallen demnach entsprechend 2-fach Betriebskosten an)

Geschätzter Aufschlagfaktor: Erhöhte Bruttoinvestitionen Kühlartikel

(Zum Beispiel Faktor 25. Es fallen durchschnittlich ca. 25% aller Investitionskosten in Bezug auf die Kühlung an. Wenn nur 1% aller Packungen BTM-Packungen sind, sind die Bruttoinvestitionen 25-mal so hoch wie für andere Packungen: ca. 25% / ca. 1% = ca. Faktor 25)

Erhöhte Personalkosten BTM

Für BTM fallen spezifische zusätzliche Personalkosten. Bitte bedenken Sie mindestens die folgenden Aspekte, um einen Schätzwert abzugeben, um wieviel die Personalkosten BTM erhöht sind

Zusatzprozesse BTM (zunächst ohne Auslieferung!)

Wareneingang:

- Vorrangige und vor allem separate Bearbeitung
- Sofortige verschlussichere Aufbewahrung im BTM-Bereich, übergangsweise kurz-fristig im Wareneingangsbereich ebenfalls unter Verschluss
- Versand der Empfangsbestätigung des BTM auf dem BTM-Formblatt des BfArM an Lieferanten

Lagerung:

- Lagerung im verschlussicheren und alarmgesicherten BTM-Bereich
- Regelmäßige externe Überprüfung der Sicherheitsanlage
- Kühlkettenpflichtige BTM im Kühlschrank im BTM-Bereich
- Regelmäßige Bestandskontrollen (3-4 Wochen)

Kommissionierung:

- Kommissionierung gemeinsam mit BTM-Formblatt (Abgabemeldung, Empfangsbestätigung, Lieferschein und Lieferscheindoppel)
- Abgabemeldung jedes BTM unter Angabe des Erwerbers und der Art und Menge des Betäubungsmittels an BfArM
- Bei Kühlkettenpflichtigen BTM parallele Beachtung der Kühlkettenvorgaben

Vorbereitung Auslieferung:

- Gesonderte Bereitstellung der BTM im Versandbereich
- Weitergabe an Fahrer gegen Unterschrift

Archivierung:

- Archivierung der BTM-Dokumente für drei Jahre

Mitarbeiter:

- Ggf. Qualifiziertere und teurere Mitarbeiter in der BTM-Abteilung als im regulären Wareneingang und in der Kommissionierung
- Höherer Schulungsaufwand

Geschätzter Aufschlagfaktor: Erhöhte Personalkosten BTM (ohne Auslieferung)

(Zum Beispiel Faktor 3. Es fallen 3-fach Personalkosten an, weil die Bearbeitung 2,5-mal so lange dauert wie die Verarbeitung anderer manueller Packungen und das Personal im Beispiel zusätzlich etwas besser bezahlt wird)

BTM Auslieferung

- Weitergabe an Fahrer gegen Unterschrift
- Gesonderte Bereitstellung der BTM im Versandbereich
- Tourenplanung (Nacht / Wochenende)
- Eigener Versandbehälter mit ggf. großem Volumen für eine Packung beim Transport blockiert
- Persönliche Übergabe in der Apotheke gegen Unterschrift der Empfangsbestätigung auf BTM-Formblatt.
- Rückführung der Empfangsbestätigung an Großhandel, Abgleich Lieferscheindoppel mit Empfangsbestätigung zur Kontrolle der korrekten Auslieferung durch den Fahrer
- Umgehende Abgabemeldung des BTM durch den Großhandel
- Dokumentationspflicht der BTM-Abgabe

Geschätzter Aufschlagfaktor: Erhöhte Auslieferungskosten BTM

(Zum Beispiel Faktor 6. Es fallen 6-fach Auslieferungskosten an, weil die Annahme und Abgabe 20-mal so lange dauert wie bei anderen Packungen, aber die Lieferkosten wegen Fahrtzeit und Sachkosten nur zu ca. 30% von der Zeit für Annahme und Abgabe abhängen)

BTM Retoure:

- Telefonische Vorabklärung des Rückkaufs
- Gutschrift erzeugen, BTM-Beleg drucken
- BTM-Beleg Fahrer mitgeben, bei Kühlpflichtigen BTM mit Abholauftrag
- Fahrer bringt Rückkauf sowie BTM-Lieferschein und BTM-Empfangsbestätigung mit
- Ggf. Abgabemeldung, die der GH für die Apotheke beim BfArM einsendet.
- Ab hier Prozess wie Wareneingang, sollte der Artikel durch die Prüfung für den Rückkauf fallen (z.B. telefonische Falschankunft zum Verfall etc.), dann wieder wie Prozess Kommissionierung und Auslieferung

Vernichtung:

- Buchung gemäß Ursache für Dokumentation
- Vernichten der Ware unter Aufsicht von Zeugen mit umfassender Dokumentation
- Meldung an die Bundesopiumstelle

Wieviel % der BTM-Packungen werden durchschnittlich retourniert?		
Geschätzter Aufschlagfaktor: Retoure BTM im Vergleich zu sonstiger Retoure		

Markt: Deutschland; Belieferung öffentlicher Apotheken	Aufschlagfaktor pro Packung ("x-fach")	Anmerkungen
---------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------	--------------------

Erhöhte Personalkosten Kühl-/Kühlkettenartikel

Für Kühl- und Kühlkettenartikel fallen spezifische zusätzliche Personalkosten. Bitte bedenken Sie mindestens die folgenden Aspekte, um einen Schätzwert abzugeben, um wieviel die Personalkosten für Kühl- und Kühlkettenartikel erhöht sind

Zusatzprozesse Kühl-/Kühlkettenartikel

Wareneingang:

- Vorrangige Aussortierung und Weiterleitung zur Bearbeitung
- Überprüfung und Dokumentation der Temperatur
- Archivierung der mitgeführten Loggerausdrucke (elektronisch oder per Papier)
- Im Anschluss an Warenannahme sofortige Bearbeitung und Verbringung in Kühlräume/Kühlschränke

Lagerung:

- Fortlaufende Temperaturüberwachung der Kühlräume/Kühlschränke

Konditionierung von Kühlakkus:

- Kühlakkus im Schockfroster über mehrere Stunden gefrieren lassen.
- Kühlakkus im „Konditionierer“ (gesonderter Kühlraum) über 24 h auf eine Zieltemperatur einstellen, die von der Witterung abhängig ist.
- Innerbetrieblicher Transport der Kühlakkus.
- Vorratshaltung von Kühlboxen und Kühlakkus (Schwund! und Anpassung an Witterungsbedingungen s.u.)

Kommissionierung

- Zusätzliche Kommissionierung von Kühlboxen und Kühlakkus

Vorbereitung Auslieferung:

- Aussortieren und Einschichten der Kühlelemente im Versand und Transport der Kühlelemente zu den Frostern
- Befüllung der Froster und Entnahme der Elemente gemäß Validierung
- Überprüfung, Bereitstellung und Vorkonfektionierung der Kühlboxen (Trenngitter und Styroporboxen)
- Bestückung der Kühlboxen mit Kühlelemente gemäß Validierung (Anzahl Kühlelemente ist abhängig von der Umgebungstemperatur)
- Verpackung der Artikel in die mit Kühlelementen vorbereiteten Kühlboxen

Geschätzter Aufschlagfaktor: Erhöhte Personalkosten Kühl-/Kühlkettenartikel		
------------------------------------------------------------------------------------	--	--

Auslieferung Kühl-/Kühlkettenartikel

- Aussortieren und Einschichten der Kühlelemente im Versand
- Großes Volumen bei der Auslieferung für wenig Ware
- Tourenplanung (Nacht, Wochenende, Schleusensituation)

Geschätzter Aufschlagfaktor: Erhöhte Auslieferungskosten Kühl-/Kühlkettenartikel		
-----------------------------------------------------------------------------------------	--	--

Kühl-Retoure

- Anmeldung der Retoure im Vertriebszentrum
- Dokumentation mittels Abholauftrag (Belegfluss: Kundenretouren an Versand, Ver-sand an Fahrer, Fahrer an Versand oder Kundenretouren)
- Bereitstellung einer der Validierung entsprechenden Kühlbox
- Persönliche Übergabe an Fahrer
- Rückführung in Kühlboxen mit Kühlakkus
- Nach Eingang im Großhandel sofortige Überführung in Kühlraum/Kühlschrank (2-8° Celsius)

Wieviel % der gekühlten Packungen werden durchschnittlich retourniert?		
-------------------------------------------------------------------------------	--	--

Geschätzter Aufschlagfaktor: Kühl-Retoure im Vergleich zu sonstiger Retoure		
------------------------------------------------------------------------------------	--	--

Hochpreiser/Teure Arzneimittel

Geschätzter Aufschlagfaktor: Erhöhte Logistikkosten Hochpreiser/ Teure Arzneimittel (pauschal, alle Leistungsbereiche)		
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

Mögliche weitere Zusatzkosten oder auch geringere Kosten für Rx im Vergleich zu OTC: Bitte beschreiben Sie jeweils, um welche Zusatzkosten es sich handelt, in welcher Höhe sie anfallen und auf welche Anzahl Packungseinheiten Rx sie sich beziehen.

Beschreibung Zusatzkosten 1		
Höhe der Zusatzkosten 1		
Betroffene Anzahl Packungseinheiten Zusatzkosten 1		

Beschreibung Zusatzkosten 2		
Höhe der Zusatzkosten 2		
Betroffene Anzahl Packungseinheiten Zusatzkosten 2		

Beschreibung Zusatzkosten 3		
Höhe der Zusatzkosten 3		
Betroffene Anzahl Packungseinheiten Zusatzkosten 3		

Beschreibung Zusatzkosten 4		
Höhe der Zusatzkosten 4		
Betroffene Anzahl Packungseinheiten Zusatzkosten 4		

15.5 Ergebnisverteilung Primärerhebung vollsortierter Großhandel

Im Folgenden wird zur Transparenz der Primärerhebung des Großhandels Durchschnittswert und Median der Befragungssitems „Aufschlagfaktoren für bestimmte Produktgruppen bzw. Prozessschritte“ der Großhandelsbefragung dargestellt. Aufgrund sehr hohe Datenschutzstandards und zugesicherter strenger Anonymisierung der Daten können keine weiteren Detaildaten veröffentlicht werden.

Markt: Deutschland; Belieferung öffentlicher Apotheken	Durchschnitt	Median
Geschätzter Aufschlagfaktor: Erhöhte Betriebskosten Kühlartikel	5,13	3,00
Geschätzter Aufschlagfaktor: Erhöhte Bruttoinvestitionen Kühlartikel	5,23	4,00
Geschätzter Aufschlagfaktor: Erhöhte Betriebskosten BTM	4,61	4,00
Geschätzter Aufschlagfaktor: Erhöhte Bruttoinvestitionen Kühlartikel	8,70	5,00
Erhöhte Personalkosten BTM	9,45	5,40
Geschätzter Aufschlagfaktor: Erhöhte Personalkosten BTM (ohne Auslieferung)	6,04	3,00
Geschätzter Aufschlagfaktor: Erhöhte Auslieferungskosten BTM	4,11	2,50
Wieviel % der BTM-Packungen werden durchschnittlich retourniert?	0,95%	1,00%
Geschätzter Aufschlagfaktor: Retoure BTM im Vergleich zu sonstiger Retoure	6,07	6,00
Geschätzter Aufschlagfaktor: Erhöhte Personalkosten Kühl-/Kühlkettenartikel	3,01	2,50
Geschätzter Aufschlagfaktor: Erhöhte Auslieferungskosten Kühl-/Kühlkettenartikel	4,39	2,50
Wieviel % der gekühlten Packungen werden durchschnittlich retourniert?	1,14%	1,15%
Geschätzter Aufschlagfaktor: Kühl-Retoure im Vergleich zu sonstiger Retoure	5,76	5,00
Geschätzter Aufschlagfaktor: Erhöhte Logistikkosten Hochpreiser/teure Arzneimittel (pauschal, alle Leistungsbereiche)	4,02	3,00

Aufgrund des relativ kleinen n und der kleinen Grundgesamtheit wirkte sich insbesondere in den orange markierten Zellen ein einzelner Ausreißer, der stark nach oben abweichende Angaben machte, erheblich auf den Median aus. Zugunsten des Großhandels sowie begründet mit der insgesamt geringen Stichprobengröße wurde dennoch der Mittelwert als Basis der Gewichtungsfaktorenberechnung gewählt.

15.6 Korrekturprotokoll Version 1.21

Dokumentweite Rechtschreibkorrektur:

- Apothekenkammer → Apothekerkammer
- Insight Health → INSIGHT Health
- aufwändig → aufwendig (einheitlich)
- Beauftragung des BMWi vom 13. Februar 2016 → Beauftragung des BMWi vom 13. Februar 2017
- Notdienst → Nacht- und Notdienst

S. 7 Übertragungsfehler der prozentualen Packungs- und Umsatzanteile (Korrektur ohne Einfluss auf die berechneten Preise):

- 39,7 → 39,6
- 40,5 → 40,4
- 80 → 77

S. 10 Zahlenbezug im Text auf finale Ergebnisse, statt auf Vorergebnisse:

„Die Erhöhung der Nacht- und Notdienstvergütung um ~~63 Prozentpunkte~~ 106 Prozent kommt verstärkt den Apotheken in ländlichen Regionen zugute, die häufiger Notdienste leisten.“

S. 14 Fehlerhafter Querverweis

- Kapitel 3 und 0 → Kapitel 3 und 4

S. 49 bis 51 Querverweise ergänzt

9,2 Mrd. € Kosten der Apotheken werden als zu decken angesetzt im Vergleich zu von der ABDA benannten Kosten von 7,8 Mrd. € (vgl. Kapitel 8.1.1, S. 99 ff.).

Ca. 480 Mio. € auf 2018 fortgeschriebene Bruttoinvestitionen der Apotheken (vgl. Tabelle 3, S. 104 f.) und ca. 40 Mio. € der vollversorgenden Großhändler (vgl. Tabelle 41, S. 176 f.) sind als Kosten in die kostendeckende Vergütung einberechnet worden.

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 (vgl. Vergütung für das Jahr 2016 in Tabelle 36, S. 168 f. und Tabelle 38, S. 171).

S. 106 Rundungsfehler der Zahl im Text

..., könnten sie im Jahr 2018 in etwa bei ca. ~~10,7~~ 10,8 Mrd. € liegen.

S. 114 Übertragungsfehler Tabelle 6: Falsche Zuordnungen der ersten und zweiten Tabellenzeile von Beschriftung und Zahlen

Falsch:

Rx: Verschreibungspflichtige Arzneimittel (ABDA, in Mio. Pck.)	611,2	610,1	610,0	620,0	607,0	610,0
OTC: Apothekenpflichtige Arzneimittel (ABDA, in Mio. Pck.)	754,0	754,0	754,0	749,0	743,0	737,0

Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) geregelten Preise

Richtig:

Rx: Verschreibungspflichtige Arzneimittel (ABDA, in Mio. Pck.)	754,0	754,0	754,0	749,0	743,0	737,0
OTC: Apothekenpflichtige Arzneimittel (ABDA, in Mio. Pck.)	611,2	610,1	610,0	620,0	607,0	610,0

S. 126 Fehlerhafter Querverweis

Die Stichproben der Gesamtaufwendungen bewegen sich in ähnlich hohem Bereich wie zu den Einzelprozessangaben (vgl. auch Anhang 12.215.3).

S. 126 Abbildung 18 Ergänzung der Abbildungsbeschriftung zur besseren Abgrenzung der Inhalte

Abbildung 18: Durchschnittlich benannter Zeitaufwand für eine durchschnittliche Standardrezeptur in Minuten pro Rezepturart als Gesamtschätzung (Median der offenen Angaben in Minuten). Eigene Darstellung und Berechnung.

S. 139 Tabelle 15: Übertragungsfehler Minutenanzahl Stoffe

- 6 → 8 (Die Berechnungen beruhen auf den richtigen 8 Minuten)

S. 140 Tabelle 16: Übertragungsfehler Minutenkosten pro Berufsgruppe

Falsch:

Tabelle 59: Anteile der Berufsgruppen an der Herstellung von Standardrezepturen und entsprechende Tariflöhne pro Minute (Tarife 2017/2018). Quellen: Primärerhebung; ADEXA. Eigene Berechnung.

Berufsgruppe	Anteil an der Herstellung in %	Tariflohn pro Minute
Approbierte	19,7%	0,95 €
Apothekerassistenten	4,5%	0,55 €
Pharmazeutisch-technische Assistenten	70,7%	0,43 €
Pharmazeuten im Praktikum	2,5%	0,29 €
PTA in Ausbildung	2,6%	0,14 €
Gemeinkosten pro VZÄ	100%	0,31 €

Richtig:

Tabelle 60: Anteile der Berufsgruppen an der Herstellung von Standardrezepturen und entsprechende Tariflöhne pro Minute (Tarife 2017/2018). Quellen: Primärerhebung; ADEXA. Eigene Berechnung.

Berufsgruppe	Anteil an der Herstellung in %	Tariflohn pro Minute
Approbierte	19,7%	0,55 €
Apothekerassistenten	4,5%	0,43 €
Pharmazeutisch-technische Assistenten	70,7%	0,35 €
Pharmazeuten im Praktikum	2,5%	0,14 €
PTA in Ausbildung	2,6%	0,10 €
Gemeinkosten pro VZÄ	100%	0,31 €

S. 142 Ergänzung des Textes zur besseren Verständlichkeit

Die Preise für die Rezeptur müssten im Vergleich dazu stark angehoben werden, um eine kostendeckende Vergütung zu ermöglichen (bei durchschnittlich kostendeckenden 37 € (s. Tabelle 17) um ca. 31 € pro Rezeptur). Die Aufwände liegen für die einzelnen Rezepturarten dann zwischen 31 € und 61 €.

Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) geregelten Preise

S. 148 Übertragungsfehler Tabelle 22 Tabellenwerte

Tabelle 61: Anzahl der parenteralen Zubereitungen nach Inhaltsstoffen der Lösungen im Zeitverlauf. Quelle: GKV. Schätzung der Gesamtzahl an parenteralen Zubereitungen anhand eines pauschalen Faktors (Anteil parenterale Zubereitungen am Gesamtumsatz der GKV angewendet auf die PKV). Helle Felder: anhand des gleitenden Durchschnitts der Veränderungsraten der vorangehenden 3 Jahre, bestätigt durch die Steigerung der Anzahl an Lösungen im ersten Halbjahr 2017 (GKV).

Falsch:

JAHR	2018	2017	2016	2015	2014	2013
Leistungsparameter: Anzahl Verordnungen (Schätzung: GKV-Angaben*Faktor PKV*)						
Zytostatikahaltige Lösung in Mio. Zubereitungen	3,166	3,051	2,852	2,785	2,739	2,672
Lösung mit monoklonalen Antikörpern in Mio. Zubereitungen	0,001	0,001	0,001	0,000	0,001	0,001
Antibiotika- und virustatikahaltige Lösung in Mio. Zubereitungen	0,058	0,055	0,055	0,050	0,045	0,042
Lösung mit Schmerzmitteln in Mio. Zubereitungen	0,965	0,902	0,956	0,791	0,729	0,685
Ernährungslösung in Mio. Zubereitungen	0,351	0,338	0,318	0,307	0,302	0,297
Calciumfolinatlösung in Mio. Zubereitungen	0,167	0,161	0,152	0,146	0,143	0,145
Sonstige parenterale Lösung in Mio. Zubereitungen	0,025	0,024	0,023	0,022	0,020	0,020
Insgesamt Verordnungen Parenterale in Mio. Zubereitungen	4,733	4,531	4,358	4,101	3,979	3,862
*Faktor PKV auf GKV (Anhand der Quote von Parenteralen Lösungen am Gesamtmarkt der GKV berechnet mit über den Gesamtmarkt PKV)	111%	111%	112%	112%	113%	113%

Richtig:

JAHR	2018	2017	2016	2015	2014	2013
Leistungsparameter: Anzahl Verordnungen (Schätzung: GKV-Angaben*Faktor PKV*)						
Zytostatikahaltige Lösung in Mio. Zubereitungen	3,166	3,051	2,852	2,785	2,739	2,672
Lösung mit monoklonalen Antikörpern in Mio. Zubereitungen	0,965	0,902	0,956	0,791	0,729	0,685
Antibiotika- und virustatikahaltige Lösung in Mio. Zubereitungen	0,026	0,024	0,024	0,022	0,021	0,020
Lösung mit Schmerzmitteln in Mio. Zubereitungen	0,058	0,055	0,055	0,050	0,045	0,042
Ernährungslösung in Mio. Zubereitungen	0,167	0,161	0,152	0,146	0,143	0,145
Calciumfolinatlösung in Mio. Zubereitungen	0,351	0,338	0,318	0,307	0,302	0,297
Sonstige parenterale Lösung in Mio. Zubereitungen	0,076	0,074	0,066	0,069	0,068	0,063
Insgesamt Verordnungen Parenterale in Mio. Zubereitungen	4,809	4,605	4,424	4,170	4,047	3,925
*Faktor PKV auf GKV (Anhand der Quote von Parenteralen Lösungen am Gesamtmarkt der GKV berechnet über den Gesamtmarkt PKV)	111%	111%	112%	112%	113%	113%

Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) geregelten Preise

S. 148 Tabelle 23 Übertragungsfehler

- Pharmazeutisch-technische Assistenten 40% → 41%

S. 149 Präzisierung Berechnungsbeschreibung

Personal- und Gemein-
kosten für eine

$$\begin{aligned} \text{parenterale Lösung} &= \text{Minuten gewichtet} \times \text{Tariflohn} \times \text{Zeitanteil Approbierte} + \\ &\text{Minuten gewichtet} \times \text{Tariflohn} \times \text{Zeitanteil Apothekenassistenten} + \\ &\text{Minuten gewichtet} \times \text{Tariflohn} \times \text{Zeitanteil PTA} + \\ &\text{Minuten gewichtet} \times \text{Tariflohn} \times \text{Zeitanteil Pharmaziepraktikanten} + \\ &\text{Minuten gewichtet} \times \text{Gemeinkosten} \end{aligned}$$

S. 149 Tabelle 26 Anwendung der Berechnung nicht nur auf die ergebnisrelevante Spalte 2018, sondern für alle Jahre

Falsch:

JAHR	2018	2017	2016	2015	2014	2013
Zu deckende Kosten = absolute Rezepturzuschläge parenterale Lösungen (Warenwirtschaft, Herstellung, Reinigung, Rückfragen; Personal + Gemeinkosten)						
Zytostatikahaltige Lösung	28 €	25 €	24 €	24 €	23 €	22 €
Lösung mit monoklonalen Antikörpern	28 €	24 €	24 €	23 €	22 €	21 €
Antibiotika- und virustatikahaltige Lösung	34 €	30 €	29 €	28 €	27 €	26 €
Lösung mit Schmerzmitteln	38 €	33 €	32 €	32 €	31 €	30 €
Ernährungslösung	36 €	32 €	31 €	30 €	29 €	28 €
Calciumfolinatlösung	26 €	23 €	22 €	21 €	21 €	20 €
Sonstige parenterale Lösung	31 €	27 €	26 €	26 €	25 €	24 €
Zu deckende durchschnittliche Kosten Herstellung, Personal- und Gemeinkosten, Warenwirtschaft in Zytostatika-Apotheke	33 €	32 €	31 €	33 €	27 €	33 €
inkl. Warenwirtschaftskosten pro Lösung (Rx-FAM-Zuschlag absolut durchschnittlich, s. Tabelle 35 * Kostenstrukturfaktor Zyto-Apotheke, s. Tabelle 25)	2,59 €	2,56 €	2,41 €	2,44 €	2,49 €	2,07 €
Nachrichtlich: Warenwirtschaftskosten parenterale Lösungen insgesamt (in Mio. €)	12,4	11,7	10,6	10,1	9,9	8,0

Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) geregelten Preise

JAHR	2018	2017	2016	2015	2014	2013
Kosten Parenterale Lösungen insgesamt (in Mio. €)	157,6	149,1	137,8	134,5	108,0	125,3
Ø Aktuelle Vergütung pro Lösung	85 €	85 €	85 €	85 €	85 €	85 €
Aktuelle Vergütung insgesamt (in Mio. €)	410,4	391,6	374,7	352,2	340,4	328,4
Differenz zur Kostendeckung (in Mio.€)	252,8	242,6	236,9	217,7	232,4	203,1

Richtig:

JAHR	2018	2017	2016	2015	2014	2013
Zu deckende Kosten = absolute Rezepturzuschläge parenterale Lösungen (Warenwirtschaft, Herstellung, Reinigung, Rückfragen; Personal + Gemeinkosten)						
Zytostatikahaltige Lösung		28 €	27 €	26 €	26 €	23 €
Lösung mit monoklonalen Antikörpern	28 €	27 €	26 €	26 €	25 €	23 €
Antibiotika- und virustatikahaltige Lösung	34 €	33 €	32 €	31 €	31 €	28 €
Lösung mit Schmerzmitteln	38 €	37 €	36 €	35 €	35 €	31 €
Ernährungslösung	36 €	35 €	34 €	34 €	33 €	30 €
Calciumfolinatlösung	26 €	25 €	24 €	24 €	23 €	21 €
Sonstige parenterale Lösung	31 €	30 €	29 €	29 €	28 €	25 €
Zu deckende durchschnittliche Kosten Herstellung, Personal- und Gemeinkosten, Warenwirtschaft in Zytostatika-Apotheke	33 €	32 €	31 €	33 €	27 €	33 €
inkl. Warenwirtschaftskosten pro Lösung (Rx-FAM-Zuschlag absolut durchschnittlich, s. Tabelle 35 * Kostenstrukturfaktor Zyto-Apotheke, s. Tabelle 25)	2,59 €	2,56 €	2,41 €	2,44 €	2,49 €	2,07 €
Nachrichtlich: Warenwirtschaftskosten parenterale Lösungen insgesamt (in Mio. €)	12,4	11,7	10,6	10,1	9,9	8,0
Kosten Parenterale Lösungen insgesamt (in Mio. €)	157,8	149,0	135,7	128,7	127,1	102,1
Ø Aktuelle Vergütung pro Lösung	85 €	85 €	85 €	85 €	85 €	85 €
Aktuelle Vergütung insgesamt (in Mio. €)	410,3	392,9	377,4	355,7	345,3	334,9
Differenz zur Kostendeckung (in Mio.€)	252,5	243,8	241,7	227,0	218,3	232,8

S. 151 Tabelle 24 Übertragungsfehler

- Calciumfolinatlösung 2018: 20 € → 21 €
- Durchschnittliche Kosten der Herstellung 2015: 22 € → 21 €

S. 159 Tabelle 30 Übertragungsfehler: Packungseinheiten müssen hier inkl. parenteraler Zubereitungen dargestellt werden (wie die Beschriftung vorgibt)

Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) geregelten Preise

Falsch:

JAHR	2018	2017	2016	2015	2014	2013
Rx Verschreibungspflichtige Arzneimittel (Quelle: ABDA) in Mio. Packungen	749,2	749,4	749,6	744,9	739,0	733,2
OTC Apothekenpflichtige Arzneimittel (Quelle: ABDA) in Mio. Packungen	611,2	610,1	610,0	620,0	607,0	610,0
Freiwahl/Ergänzungssortiment in Mio. Packungen	469,6	473,1	477,3	481,7	483,7	490,4
Packungszahl Apotheken insgesamt	1.830,0	1.832,6	1.837,0	1.846,6	1.829,7	1.833,5

Richtig:

JAHR	2018	2017	2016	2015	2014	2013
Rx Verschreibungspflichtige Arzneimittel (Quelle: ABDA) in Mio. Packungen	754,0	754,0	754,0	749,0	743,0	737,0
OTC Apothekenpflichtige Arzneimittel (Quelle: ABDA) in Mio. Packungen	611,2	610,1	610,0	620,0	607,0	610,0
Freiwahl/Ergänzungssortiment in Mio. Packungen	469,6	473,1	477,3	481,7	483,7	490,4
Packungszahl Apotheken insgesamt	1.834,8	1.837,2	1.841,3	1.850,7	1.833,7	1.837,4

S. 160 Tabelle 31 Übertragungsfehler

- Pharmazeutisch-technische Assistenten 56% → 57%

S. 161 Präzisierung Berechnungsbeschreibung

Personalkosten

Warenwirtschaft = $\frac{\text{VZÄ Berufsgruppe 1}}{\text{Anteil Zeit}}$ x Personalkosten x Anteil Zeit für Warenwirtschaft +
 $\frac{\text{VZÄ Berufsgruppe 2}}{\text{Anteil Zeit}}$ x Personalkosten x Anteil Zeit für Warenwirtschaft +
 ... bis $\frac{\text{VZÄ Berufsgruppe 8}}{\text{Anteil Zeit}}$

S. 170 Ergänzung Fußnote 14

- Die AMPPreisV enthält zusätzlich einen Wert, der angibt, zu welchem Preis eine Packung Rx-FAM abgegeben wird, wenn sie zurückgegeben wurde, aktuell 5,80 € (vgl. Infobox 1 S. 21). Für den neuen absoluten Festzuschlag bedeutet das prozentual einen Wert von 4,10.

S. 171 Tabelle 39 Übertragungsfehler der berechneten Gesamtdifferenz für den Kostenträger

Falsch:

KOSTENWIRKUNG GKV/PKV/Beihilfe/Selbstzahler 2018	Kosten- deckende AMPPreisV	aktuelle AMPPreisV	Änderung für Kostenträger bei Kostendeckung	Änderung pro Leistung (Packung/ Notdienst)
Insgesamt Vergütung AMPPreisV (in Mio. €)	5.692,5	6.727,1	1.125,0	

Richtig:

KOSTENWIRKUNG GKV/PKV/Beihilfe/Selbstzahler 2018	Kosten- deckende AMPPreisV	aktuelle AMPPreisV	Änderung für Kostenträger bei Kostendeckung	Änderung pro Leistung (Packung/ Notdienst)
Insgesamt Vergütung AMPPreisV (in Mio. €)	5.692,5	6.727,1	-1.034,60	

Wie Tabelle 39 zeigt, sind mit der berechneten Anpassung der AMPPreisV Einsparungen der Kostenträger von insgesamt ~~1,1 Mrd. €~~ ca. 1 Mrd. € verbunden, obwohl in vielen Vergütungskomponenten wesentliche Erhöhungen berechnet sind.

S. 172 Übertragungsfehler: BtM-Zuschlag wird gerundet berechnet

Der für BtM errechnete Zuschlag liegt mit ~~14,30 €~~ 14 € erheblich über dem von Hüsgen bestimmten Wert von 8,31 €.

S. 188 Ergänzung Wert absolute Deckelung Zuschlag Großhandel

Für das Jahr 2018 ergibt sich ein prozentualer bei 1.200 € ApU gedeckelter Höchstzuschlag von 0,53 % (Tabelle 48). Damit liegt dieser Zuschlag maximal bei 6,36 €.

S. 204 Übertragungsfehler Tabelle 51

- Fertigarzneimittel (in Mio. Pck.; s. Tabelle 7) 752,4 → 727,1

S. 204 Übertragungsfehler Aufzählung

- der Notdienstzuschlag von 0,16 € → 0,33 €.

S. 204 Übertragungsfehler aktuellster Wert im Vergleich zu Vorversionen

- Insbesondere die Reduktion des absoluten Festzuschlags auf 5,82 € → 5,84 €

S. 220 Ergänzung Literatur

Wildmann, L. (2007). Einführung in die Volkswirtschaftslehre, Mikroökonomie und Wettbewerbspolitik: Module der Volkswirtschaftslehre Band I. De Gruyter, Oldenbourg 2007.

Vereinzelte ergänzende Korrekturen von Rechtschreibfehlern und Zeichensetzung wurden nicht im Protokoll wiedergegeben.

Weitere Änderungen von Zahlen in Datentabellen, beruhen auf minimalen Unterschieden aufgrund der vielfältigen Versionierungen der Berechnungen. Diese Unterschiede besitzen keinen Einfluss auf die relevanten Berechnungsergebnisse. Deren konkrete Ausweisung im Vergleich würde eine Scheingenauigkeit der Zahlen und Zwischenergebnisse im Nachkommastellenbereich suggerieren. Dies betrifft:

- die Fortschreibungen der VZÄ in Tabelle 5, mit entsprechenden Folgeabweichungen in Zeilen, die sich darauf beziehen;
- die Gemeinkostenangaben in Tabelle 5;

- die Angaben zu Stoffen in den Jahren 2016, 2015 und 2009 in der Tabelle 17, und entsprechend Tabelle 19, sowie dort daraus resultierenden Angaben zu den Kosten zu Stoffen in diesen Jahren;
- den täglichen Abrechnungskosten in Tabelle 28 für die Jahre 2013 bis 2015 und folgende, daraus resultierende Werte in dieser Tabelle und in Tabelle 35;
- die Angaben zu parenteralen Lösungen und Rezepturen in der Tabelle 29 sowie dort daraus resultierend den zu deckenden Gesamtkosten mit Effekten auf die Tabellen 38 und 39;
- die Anzahl Rx und Gesamt inklusive statt ohne parenteraler Lösungen in Tabelle 30;
- den Angaben in Tabelle 33, da wesentlich von vorhergehenden Berechnungen abhängig. Daraus resultierende Anpassungen in Tabelle 35, 36, 38 und 39.