



Witte / Zur Mühlen

# Apotheken- management

Kosten senken – Ertrag steigern –  
Zukunft sichern

2. AUFLAGE



Deutscher  
Apotheker Verlag



Witte / Zur Mühlen

---

# Apotheken- management

**Kosten senken – Ertrag steigern –  
Zukunft sichern**

Axel Witte, Essen  
Doris Zur Mühlen, Essen

2., vollständig überarbeitete Auflage

Mit 16 Abbildungen und 47 Tabellen



Deutscher  
Apotheker Verlag

## **Anschriften der Autoren**

**Dipl.-Kfm. Axel Witte**

**Dipl.-Bw. Doris Zur Mühlen**

RST Steuerberatungsgesellschaft mbH

Alfredstr. 66

45130 Essen

Alle Angaben in diesem Buch/Werk wurden sorgfältig geprüft. Dennoch können die Autoren und der Verlag keine Gewähr für deren Richtigkeit übernehmen.

Ein Markenzeichen kann warenzeichenrechtlich geschützt sein, auch wenn ein Hinweis auf etwa bestehende Schutzrechte fehlt.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet unter <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Jede Verwertung des Werkes außerhalb der Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Übersetzungen, Nachdrucke, Mikroverfilmungen oder vergleichbare Verfahren sowie für die Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen.

2., vollständig überarbeitete Auflage 2013

ISBN 978-3-7692-5271-2

© 2013 Deutscher Apotheker Verlag  
Birkenwaldstraße 44, 70191 Stuttgart  
[www.deutscher-apotheker-verlag.de](http://www.deutscher-apotheker-verlag.de)

Printed in Germany

Satz: primustype Hurler GmbH, Notzingen  
Druck und Bindung: Kösel, Krugzell  
Umschlagabbildung: 4designersart/fotolia  
Umschlaggestaltung: deblik, Berlin

## Vorwort

---

Die Markt- und Rahmenbedingungen der Apotheken haben sich in den vergangenen Jahren grundlegend verändert und der Prozess geht weiter. Er ist verbunden mit der Neuformierung des gesamten Gesundheitssystems. Getrieben werden die Veränderungen in erster Linie durch die Politik, die Globalisierung, den Wettbewerb, die Technik und andere Innovationen sowie durch die demografische Entwicklung.

Gesundheitsreformen haben tiefe Spuren in der Entwicklung der Apotheken hinterlassen. Versandhandel, Filialisierung und Preiswettbewerb wurden legalisiert. Hinzu kamen Novellierungen der AMPPreisV, Reglementierungen im Bereich des Wareneinkaufs der Apotheken und Veränderungen in den Beziehungen zu den Krankenkassen. Und die Neuformierung der Arzneimittelversorgung und der Apothekenbranche geht weiter. Nichts ist so beständig wie der Wandel. Marktstrukturen ändern sich. Branchenfremde Anbieter drängen in den Gesundheitsmarkt. Der Versandhandel polarisiert Umsatzpotenzial aus der Peripherie. Die wirtschaftliche Differenzierung der Apotheken wächst und befördert den Konzentrationsprozess im Apothekenmarkt.

Vorausschauendes Denken und Handeln ist in diesem Umfeld mehr denn je notwendig, um akute Unternehmenskrisen zu vermeiden und um die Apotheke sicher in die Zukunft zu führen. Der international anerkannte Wirtschaftsexperte Charles Handy bringt es auf den Punkt: „Das wirklich Faszinierende an der Zukunft ist, dass wir sie aktiv gestalten können.“ Das trifft uneingeschränkt für die Apotheke zu. So gesehen kann man die neuen Entwicklungstendenzen für eine(n) aktive(n) Apotheker/in auch als Chance begreifen.

Viel zu oft ist das Tagesgeschäft allerdings das Hauptproblem, sodass die Auseinandersetzung mit strategischen Fragen zu kurz kommt. Dieses Buch soll Anregungen vermitteln und Ansatzpunkte aufzeigen, um aus der Apotheke mehr als eine Rezeptabgabestelle zu machen. Ziel muss sein, die Apotheke zu einer leistungsfähigen und nachhaltig tragfähigen Apothekenunternehmung zu entwickeln. Dabei wandelt sich der Apotheker, wenn er sich den neuen Herausforderungen stellt, immer mehr vom Pharmazeuten und Apothekeninhaber zum Manager seines Unternehmens. Zu seinen Aufgabenbereichen gehört die Sicherung und vor allem zukunftsorientierte Weiterentwicklung des Unternehmensstandortes genauso, wie die Entwicklung und Umsetzung eines am Kunden orientierten Marketingkonzepts. Strategisch denken – unabhängig vom Tagesgeschäft – heißt auch: Die Reformmaßnahmen im Gesundheitssystem analysieren und, so weit möglich, hieraus einen Nutzen für sich ziehen. Insoweit möchte das Buch den interessierten Leser für das Zukunftsszenario sensibilisieren und ihm gleichzeitig Handlungskonzepte an die Hand geben. Voraussetzung, um sich strategisch mit der Zukunft zu befassen, ist eine solide wirtschaftliche Basis. Liquidität und Rentabilität sind das A und O. Hierfür soll das Buch eine Reihe von Anregungen geben. Das beginnt im Umsatzbereich, denn die Marktposition einer Apotheke steht und fällt mit der Entwicklung ihrer Umsatzerlöse. Die langfristige Einzelkundenbindung und die Entwicklung sowie Umsetzung des Leistungsangebotes der Apotheke, in der Einheit von Sortiment, Service- und Dienstleistungen, Beratung und Kompetenz der Mitarbeiter, wird ausführlich – mit einer Fülle von Beispielen – beschrieben. Den Autoren ist es ein großes Anliegen, hier nicht mit Einzelmaßnahmen aufzuwarten, sondern das Ganze als geschlossenes System zu betrachten, hinter dem ein Konzept stehen muss. Ohne Konzept ist keine Apotheke auf Dauer erfolgreich zu führen. Die Entwicklung eines solchen Konzepts und dessen Umsetzung ist das eigentliche Ziel dieses Buches.

Die Entwicklung der Umsatzerlöse im Rahmen einer Strategie bildet die eine Seite des wirtschaftlichen Erfolges. Die andere Seite liegt in der Rentabilität der eingesetzten Ressourcen, die nur durch ein straffes Kostenmanagement – ebenfalls im Rahmen eines Gesamtkonzepts – erreicht werden kann. Deshalb setzt sich dieses Buch weiterhin schwerpunktmäßig mit Führungs- und betriebswirtschaftlichen Fragen auseinander.

In vielen Fällen wird die Bedeutung des Controllings in Apotheken immer noch unterschätzt oder durch die Bewältigung von Alltagsaufgaben verdrängt. Wirksames Controlling bildet neben dem Umsatz und dem Kostenmanagement die dritte Säule, auf der der Erfolg einer Apotheke langfristig ruht. Aus diesem Grunde werden bei den einzelnen Themen Möglichkeiten des Controllings aufgezeigt und beschrieben.

Apotheken, die sich in einer akuten Unternehmenskrise befinden, erhalten in einem gesonderten Kapitel grundlegende Orientierungen für die Lösung dieser Situation. Dazu gehört sowohl die Prüfung der Sanierungsfähigkeit, als auch die Entwicklung und Umsetzung eines Sanierungskonzepts unter Einbeziehung eines in der Apothekenbranche erfahrenen Sanierers.

Wer einen großen Teil des anhand von vielen Beispielen beschriebenen Konzepts realisiert und die eingeleiteten Maßnahmen nachhaltig kontrolliert, wird den bestehenden Herausforderungen gewachsen sein – und vielleicht sogar auf sie warten, um neue Ufer zu erreichen. Alle beschriebenen Konzepte und Ideen orientieren sich an Erfahrungen der Besten der Branche (Benchmarking), sind realisierbar und haben in einer Vielzahl von Apotheken nachweislich zu Erfolgen geführt. Konzeptionelle Arbeit ist nicht einfach und nebenbei getan. Deshalb möchten wir der Fairness halber den Schlusssatz des Buches zitieren: „Dies alles neben dem aufreibenden Tagesgeschäft zu bewerkstelligen – das war nicht Gegenstand der Betrachtungen in diesem Buch. Vielleicht sollte hierfür als erstes ein Time-System-Seminar besucht werden“.

Am Zustandekommen dieses Buches hat eine Vielzahl von Fachleuten mitgewirkt. Wir bedanken uns insbesondere bei den Mitarbeitern der RST Steuerberatungsgesellschaft mbH, mit Hauptsitz in Essen, die uns bei der Erstellung des Buches unterstützt haben. Insbesondere ist hier Frau Dipl. Ök. Dipl. Pharm. Ing. (FH) Dorothea Bergmann, die zusammen mit Herrn Dipl.-Ök., Dipl.-Arbeitswissenschaftler André Butterweck die betriebswirtschaftliche Abteilung der RST bundesweit leitet, zu erwähnen.

Essen, im Frühjahr 2013

Axel Witte  
Doris Zur Mühlen

## Inhaltsverzeichnis

Vorwort .....	V
Inhaltsverzeichnis.....	VII
Abkürzungsverzeichnis .....	XIII

### Teil I Betriebswirtschaftliche Situation im Apothekenbereich

<b>1</b>	<b>Entwicklung der Apotheken unter den Bedingungen massiver Kostendämpfung im Gesundheitsbereich .....</b>	<b>3</b>
1.1	Zehn Thesen zur Wettbewerbssituation der Apotheken .....	3
1.2	Der Umsatz im Wandel – Konsequenzen.....	8
1.3	Zur Ertragslage der Apotheken .....	15
1.4	Kostenentwicklung der Apotheken.....	17
1.4.1	Kurzer Überblick zur Kostensituation (Aufwandsbereich) .....	17
1.4.2	Der Wareneinsatz.....	18
1.4.3	Mitarbeitersituation im Apothekenbereich – Personalkosten der Apotheke .....	20
1.4.4	Wareneinsatz–Personalkosten–Koeffizient.....	22
<b>2</b>	<b>Entwicklung eines Unternehmenskonzepts und Analyse der Leistungsfaktoren – zentrale Führungsaufgabe des Apothekers.....</b>	<b>24</b>

### Teil 2 Krisenmanagement im Apothekenbereich

<b>3</b>	<b>Krisenmanagement – Anliegen und methodisches Vorgehen.....</b>	<b>31</b>
<b>4</b>	<b>Ausgangspunkt für das Krisenmanagement im Apothekenbereich..</b>	<b>35</b>
4.1	Der Ertrag – Existenzgrundlage der Apotheke .....	35
4.2	Entwicklung der Rahmenbedingungen .....	36
<b>5</b>	<b>Krisenmanagement in Form einer Sanierung von Apotheken mit Liquiditätsproblemen .....</b>	<b>38</b>
5.1	Vorbemerkungen .....	38
5.2	Merkmale der Unternehmenskrise, Hilfe durch den Sanierer.....	39
5.3	Ursachen von Unternehmenskrisen.....	41
5.4	Der Weg aus der Krise.....	43
5.4.1	Liquiditätsstatus .....	44
5.4.2	Schwachstellenanalyse.....	44
5.4.3	Feststellung, ob Sanierungsfähigkeit gegeben ist.....	44

5.4.4	Maßnahmenplan/Entwicklung eines Sanierungskonzepts .....	46
5.4.5	Zahlungsfähigkeitsprognose .....	47

<b>6</b>	<b>Die Geldverwendungsrechnung – Instrument zur Prüfung, Überwachung und Planung der Liquidität.....</b>	<b>49</b>
----------	--	-----------

### Teil 3 Sicherung der Erlöse

<b>7</b>	<b>Strategien zur Umsatzstabilisierung und Umsatzerhöhung .....</b>	<b>57</b>
<b>7.1</b>	<b>Standortanalyse und Standortsicherung als permanente Aufgabe des Apothekers .....</b>	<b>57</b>
7.1.1	Standortanalyse, Standortfaktoren .....	57
7.1.2	Standortsicherung .....	60
7.1.3	Guter, stabiler Standort – Standortsicherung .....	62
7.1.4	Langfristig gefährdeter Standort – Standortverbesserung .....	62
7.1.5	Erhöhung der Standortqualität – zielgerichtete Entwicklung der betrieblichen Leistungsfaktoren .....	65
<b>7.2</b>	<b>Festigung der Marktposition der Apotheke durch Marketing .....</b>	<b>66</b>
7.2.1	Zukunftsorientierte Marketingstrategien .....	66
7.2.2	Ganzheitliches Marketingkonzept der Apotheke .....	74
<b>7.3</b>	<b>Die Profilierung der Apotheke als Gesundheitseinrichtung .....</b>	<b>76</b>
7.3.1	Profilierung in Bezug auf das Alter von Hauptkundengruppen .....	78
7.3.2	Indikationsbezogene Profilierung .....	78
7.3.3	Profilierung in Bezug auf globale Bedürfnisbereiche von Kunden .....	79
7.3.4	Profilierung in Anlehnung an spezielle Sortimente und an das Serviceangebot .....	80
7.3.5	Weitere Profilierungsmöglichkeiten .....	80
<b>7.4</b>	<b>Das Erscheinungsbild der Apotheke – Corporate Identity .....</b>	<b>80</b>
<b>7.5</b>	<b>Komplettierung des Angebots der Apotheke durch Service- und Dienstleistungen .....</b>	<b>83</b>
7.5.1	Funktion und Arten .....	83
7.5.2	Zur Kalkulation von Dienstleistungen .....	87
<b>7.6</b>	<b>Sortimentsplanung als Voraussetzung für eine hohe Lieferfähigkeit .....</b>	<b>90</b>
7.6.1	Lieferfähigkeit/Leistungsbereitschaft .....	90
7.6.2	Sortimentsplanung .....	91
7.6.3	Sortimentskennzahlen – ein Instrument der Sortimentsgestaltung und des Controllings .....	94
7.6.4	ABC-Analyse als Vermarktungsprinzip .....	101
<b>7.7</b>	<b>Umsatzsicherung und Ertragsoptimierung durch Qualitätsmanagement (QM) .....</b>	<b>102</b>
<b>7.8</b>	<b>Werbung und Public Relations .....</b>	<b>105</b>
7.8.1	Tendenzen, Anliegen und Möglichkeiten der Apothekenwerbung, das Werbekonzept .....	105



7.8.2	Grundsätze der Werbung.....	109
7.8.3	Ausgewählte Aspekte der Öffentlichkeitsarbeit – Public Relations (PR) .....	112
<b>8</b>	<b>Zusammenarbeit mit medizinischen Einrichtungen und größeren Bedarfsträgern .....</b>	<b>114</b>
<b>8.1</b>	<b>Der Apotheker als pharmazeutischer Fachberater des Arztes.....</b>	<b>114</b>
8.1.1	Versorgungsmanagement.....	114
8.1.2	Hinweise zur Zusammenarbeit von Arzt und Apotheker .....	116
<b>8.2</b>	<b>Zusammenarbeit mit größeren Bedarfsträgern – Key-Account-Management.....</b>	<b>118</b>
<b>8.3</b>	<b>Heimversorgung und Verblisterung .....</b>	<b>120</b>
<b>9</b>	<b>Ausgewählte Möglichkeiten individueller Kundenbindung .....</b>	<b>123</b>
<b>9.1</b>	<b>Vorbemerkungen .....</b>	<b>123</b>
<b>9.2</b>	<b>Individuelles Kundengespräch.....</b>	<b>124</b>
<b>9.3</b>	<b>Kundenseminare .....</b>	<b>126</b>
<b>9.4</b>	<b>Pharmazeutische Betreuung .....</b>	<b>126</b>
<b>9.5</b>	<b>Weitere individuelle Kundenbindungsinstrumente .....</b>	<b>128</b>
9.5.1	Kundenkarten .....	128
9.5.2	Kundenrabatte.....	130
9.5.3	Einsatz von Zugaben, Warenproben, Werbegeschenken usw. zur individuellen Kundenbindung.....	133
<b>9.6</b>	<b>Aktivität am Markt durch Aktionen.....</b>	<b>135</b>
9.6.1	Hinweise zur Nutzung von Aktionen.....	135
9.6.2	Aktionsformen .....	137
<b>10</b>	<b>Preisstrategie und Kalkulation .....</b>	<b>143</b>
<b>10.1</b>	<b>Vorbemerkungen .....</b>	<b>143</b>
<b>10.2</b>	<b>Der Preis als Marketinginstrument – Preisstrategie.....</b>	<b>144</b>
<b>10.3</b>	<b>Preisbildung – Orientierungen für die Kalkulationen im OTC-Bereich.....</b>	<b>146</b>
<b>11</b>	<b>Filialisierung .....</b>	<b>150</b>
<b>11.1</b>	<b>Anliegen und Anforderungen der Filialisierung im Apothekenbereich .....</b>	<b>150</b>
<b>11.2</b>	<b>Ausgewählte apothekenrechtliche Vorgaben .....</b>	<b>152</b>
<b>11.3</b>	<b>Das Filialunternehmen – ein einheitlicher Wirtschaftsmechanismus .....</b>	<b>153</b>
<b>11.4</b>	<b>Controlling.....</b>	<b>155</b>

## Teil 4 Kostenoptimierung

<b>12</b>	<b>Führung der Apotheke nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen</b>	<b>159</b>
12.1	Vorbemerkungen	159
12.2	Möglichkeiten und Instrumentarien der Kostenoptimierung	161
12.2.1	Fixe und variable Kosten	162
12.2.2	Ermittlung des Break-even-Points	163
12.2.3	Zeitreihenanalyse	165
12.2.4	Externer Betriebsvergleich	165
12.2.5	Kostenanalyse anhand der betriebswirtschaftlichen Auswertung (BWA)	165
<b>13</b>	<b>Der Wareneinsatz – Schlüsselfrage der Rentabilität der Apotheke</b>	<b>168</b>
13.1	Faktoren, die den Wareneinsatz der Apotheke beeinflussen	168
13.1.1	Begriffsbestimmungen	168
13.1.2	Absatzfaktoren	172
13.1.3	Warenwirtschaftsfaktoren	176
13.2	Wareneinsatzanalyse	177
13.3	Optimierung des Wareneinsatzes durch effektive Warenwirtschaft	179
13.3.1	Großhandelsbezug oder Direkteinkauf	179
13.3.2	Einkaufscontrolling	194
13.4	Lagerhaltung, Warenverluste	197
<b>14</b>	<b>Effektiver Personaleinsatz – Personalkosten</b>	<b>199</b>
14.1	Personalsituation, Personaleinsatz	199
14.2	Stellenbeschreibung und Strukturplanung – Instrumente zur Erschließung von Arbeitszeitreserven	202
14.3	Wege zur Optimierung der Personalkosten – Maßnahmenkatalog	203
14.4	Mitarbeitermotivation – leistungsorientierte Vergütung	205
<b>15</b>	<b>Optimierung weiterer ausgewählter Kosten durch Kostenanalyse</b>	<b>208</b>
15.1	Räumliche Gegebenheiten effektiv nutzen – Raumkosten	208
15.1.1	Weiterentwicklung des Raumkonzepts	209
15.1.2	Sicherung des Mietvertrags	210
15.1.3	Einflussnahme auf die Höhe der Raumkosten und der Raumnebenkosten	210
15.2	Werbung und Werbekosten	211
15.2.1	Planung und Realisierung der Werbung	211
15.2.2	Controlling von Werbemaßnahmen	214

<b>15.3</b>	<b>Materielle Ressourcen</b> .....	<b>215</b>
15.3.1	Refinanzierung von Ausgaben durch Mehrumsatz oder Kostenersparnis (Investitionsrechnung) .....	215
15.3.2	Vorbereitung von Investitionen.....	217
15.3.3	Finanzierungsmöglichkeiten für Investitionen.....	218
<b>15.4</b>	<b>Möglichkeiten der Optimierung weiterer Kostenarten</b> .....	<b>226</b>
15.4.1	Finanzierungskosten (Zinsen).....	226
15.4.2	EDV-Kosten.....	227
15.4.3	Rechts- und Beratungskosten.....	228
15.4.4	Kommunikation, Büromaterial .....	228
<b>16</b>	<b>Zusammenfassung</b> .....	<b>229</b>
<b>Literaturverzeichnis</b> .....		<b>232</b>
<b>Sachregister</b> .....		<b>235</b>
<b>Die Autoren</b> .....		<b>245</b>

## Abkürzungsverzeichnis

---

AABG	Arzneimittel-Ausgabenbegrenzungsgesetz (2002)
AAP	Apothekenabgabepreis
ABDA	Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände
ABL	Alte Bundesländer
AIDA	Attention Interest Desire Action
AM	Arzneimittel
AMNOG	Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (2011)
AMPreisV	Arzneimittelpreisverordnung
AO	Abgabenordnung
ApoG	Apothekengesetz
ApBetrO	Apothekenbetriebsordnung (Verordnung über den Betrieb von Apotheken)
ApU	Abgabepreis pharmazeutischer Unternehmen
AVWG	Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (2006)
AWA	Aktueller Wirtschaftsdienst für Apotheker
BRTV	Bundesrahmentarifvertrag
BSSichG	Beitragsatzsicherungsgesetz (2003)
BtM	Betäubungsmittel
BWA	betriebswirtschaftliche Auswertung
DAV	Deutscher Apothekerverband
DMP	Disease-Management-Programm
DRV	Deutsche Rentenversicherung
EBITDA	earnings before interest, taxes, depreciation and amortization Gewinn vor Zinsen, Steuern, Abschreibungen
EStG	Einkommensteuergesetz
GH	Großhandel
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-WSG	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (2007)
GMG	Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (2004)
GWG	geringwertige Wirtschaftsgüter
HAP	Herstellerabgabepreis
HSP	Handelsspanne
HV	Handverkauf
HWG	Heilmittelwerbegesetz
IGEL	individuelle Gesundheitsleistungen (Privatliquidationen)
IMS	Institut für Medizinische Statistik
ISO-Norm	International Organization for Standardization – Norm
KVA/BA	Kaufverhalten/Bestellausgleich = Handelsspannenausgleich
MVDA	Marketing Verein Deutscher Apotheker e. V.
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
MwSt.	Mehrwertsteuer
NI	Normgröße 1 (kleinste Packungseinheit bei Arzneimitteln)
NBL	Neue Bundesländer
Non-Rx	apothekenpflichtig, nichtverschreibungspflichtig
OTC	over the counter (Selbstmedikationsmarkt)

PK	Personalkosten
PKA	pharmazeutisch kaufmännisch Angestellte
PKV	Private Krankenversicherung
POR	Point of Reordering
POS	Point of Sale
PZN	Pharmazentralnummer
QM	Qualitätsmanagement
Rx	apothekenpflichtig und verschreibungspflichtig
Rx-FAM	verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel
SGB	Sozialgesetzbuch
UK	Unternehmenskrise
USP	Unique selling proposition (Alleinstellungsmerkmal)
UVP	Unverbindliche Preisempfehlung
UWG	Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb
VK	Verkaufspreis
VZK	Vollzeitkraft
WEK	Wareneinkauf
WES	Wareneinsatz

# Teil I: Betriebswirtschaftliche Situation im Apothekenbereich

I

II

III

IV

# 1 Entwicklung der Apotheken unter den Bedingungen massiver Kostendämpfung im Gesundheitsbereich

## 1.1 Zehn Thesen zur Wettbewerbssituation der Apotheken

Die Rahmenbedingungen der Arzneimittelversorgung und des Apothekenmarktes haben sich in den letzten Jahren erheblich verändert und zu einer Dynamisierung des Apothekenmarktes geführt.

Eine zentrale Rolle spielen dabei die **Gesundheitsreformen**. Das GMG (Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung), das im Jahr 2004 in Kraft trat, das AVWG (Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz) aus dem Jahr 2006 und das AMNOG (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz), gültig AMNOG I seit 2011, AMNOG II seit 2012, dürften dabei die gravierendsten Einschnitte bei den Apotheken bewirkt haben. Im Wesentlichen haben folgende Regelungen die **fundamentale Veränderung des Apothekenmarktes** und der wirtschaftlichen Situation der Apotheken herbeigeführt:

- **Aufhebung der generellen Festpreisbindung** für apothekenpflichtige Arzneimittel, Schaffung differenzierter Regelungen (2004),
  - weiterhin Festpreise für Rx-Arzneimittel,
  - Festpreise Non-Rx-Arzneimittel bei Abgabe an Krankenkassen,
  - Freigabe der Preise von Non-Rx-Arzneimitteln für den OTC-Bereich/Selbstmedikation.
- **Einführung des Kombimodells** für Rx-Fertigarzneimittel auf der Apothekenstufe (2004). **Erhöhung des Fixaufschlags** (2013).
- **Aufhebung bzw. Einschränkung der GKV-Erstattungsfähigkeit** für Non-Rx- und andere Arzneimittel (2004).
- **Freigabe des Versandhandels** für Arzneimittel (2004).
- **Zulassung der Filialisierung (begrenzter Mehrbesitz)** (2004).
- **Verbot von Naturalrabatten und Begrenzung von Barrabatten** für den Einkauf apothekenpflichtiger Arzneimittel durch die Apotheken (2006).
- **Änderungen des GKV-Abschlags** z. T. durch den Gesetzgeber (z. B. Festsetzung 2,30 € im Jahr 2007 und 2,05 € für die Jahre 2011 und 2012; für 2009 und 2010 und nach 2012 Vereinbarung des GKV-Abschlag zwischen GKV-Spitzenverband und DAV, also nicht mehr durch Gesetzgeber; voraussichtlich 1,75 €).

- Zunehmender Druck auf:
  - die **Hersteller** (Preismoratorien; Herstellerrabatte; Verträge zwischen Krankenversicherungen und Herstellern sowie anderen Leistungserbringern, Rabattverträge),
  - den pharmazeutischen **Großhandel** (z. B. 2004: „Halbierung“ GH-Aufschlag; 2011: Reduzierung GH-Aufschlag um 0,85 % Punkte; 2012: Kombimodell auf GH-Stufe),
  - die **Ärzte**, Verordnung, Abgabe und auf die **Verbraucher** (z. B. Richtgrößen/ Arztregress; Import- und Aut-idem-Regelung; Einschränkung der Erstattungsfähigkeit; Festbetragsabsenkungen; Veränderung der Zuzahlungen usw.).

Erkennbar ist, dass sich die Gesundheitsreformen immer wieder auf die Arzneimittelausgaben fokussieren und insofern direkt die Apotheken, ihre Einnahmen und den mit der Versorgung anfallenden Aufwand tangieren. Sinkende Erträge kennzeichnen den Verordnungsmarkt. Der Stellenwert des Selbstmedikationsmarktes für die Apotheke nimmt zu. Die Apotheke muss durch Ausweitung des Versorgungsbereichs gegensteuern. Das dürfte durchaus auch das Ansinnen des Gesetzgebers sein. Ihm geht es, vermittelt über die Reduzierung der GKV-Ausgaben für die Arzneimittelversorgung, um die Durchsetzung eines **Konzentrationsprozesses** in Analogie zur Entwicklung des Facheinzelhandels. Diese Tendenz spiegelt sich in der Entwicklung der Anzahl der Apotheken wider (■ Tab. 1.1).

Im Hinblick auf die mit den Gesundheitsreformen erfolgten drastischen Eingriffe in die wirtschaftliche Situation der Apotheken ist **längerfristig** von einer nicht unerheblichen **Reduzierung der Anzahl an Apotheken** auszugehen. Man spricht von einer bundesweiten Reduzierung zwischen 3 000–4 000 Apotheken, die politisch gewollt ist. Das würde einem Rückgang der Apothekenanzahl um ca. 15–20 % entsprechen.

#### These 1

Die Rahmenbedingungen der Arzneimittelversorgung bewirken einen Rückgang der Anzahl an Apotheken und eine Vergrößerung des Umsatzes/Absatzes bei den verbleibenden Apotheken.

Aus der Sicht des Verbrauchers war die Entwicklung des Apothekenbereichs **bislang** mit einer kontinuierlichen Verbesserung der Zugänglichkeit der pharmazeutischen Versorgung für die Bevölkerung verbunden. Eine Apotheke versorgt durchschnittlich etwa 3 900 Einwohner. Eine Größenordnung, die mit der Apothekendichte in Europa, die bei rd. 3 300 Einwohnern je Apotheke liegt, in etwa vergleichbar ist.

Insgesamt hat sich im Apothekenbereich der Wettbewerb zwischen den Apotheken verschärft. Eine sukzessive Lockerung der rechtlichen Rahmenbedingungen, die nicht zuletzt immer wieder durch Apotheker erstritten wurden, hat das **Spektrum der einsetzbaren Werbemöglichkeiten und Marketinginstrumente** permanent erweitert. Dieser Prozess ist bei Weitem nicht abgeschlossen. Mit dem Ziel, den eigenen Marktanteil zu erhöhen, experimentieren Apotheken, Kooperationen, Franchisekonzepte, Versandapotheken usw. immer wieder mit neuen (radikaleren) Maßnahmen, die dann z. T. im Nachhinein durch Rechtsprechungen legalisiert oder auch untersagt werden.



■ **Tab. 1.1** Entwicklung Apothekenanzahl und Apothekendichte. Eigene Darstellung nach: ABDA-Zahlen (Lit. 1)

Jahr	Anzahl Apotheken	Neugründungen	Schließungen	$\Delta^4$	Apothekendichte <sup>1</sup>
1990	20 054 <sup>2</sup>				3 977 <sup>3</sup>
2000	21 592	187	185	+ 2	3 800
2001	21 569	186	209	-23	3 810
2002	21 465	140	244	-104	3 840
2003	21 305	122	282	-160	3 875
2004	21 392 <sup>3</sup>	343	256	+ 87	3 858
2005	21 476	326	242	+ 84	3 842
2006	21 551	346	271	+ 76	3 825
2007	21 570	370	351	+ 19	3 810
2008	21 602	360	328	-32	3 806
2009	21 548	298	352	-54	3 800
2010	21 441	263	370	-107	3 800
2011	21 138	221	424	-203	3 800
2012	20 921	184	501	-317	3 900

<sup>1</sup>Einwohner je Apotheke

<sup>2</sup>Ermittelt aus: ABDA-Zahlen für die alten Bundesländer (18 029 öffentliche Apotheken) und Zahlen, die für die neuen Bundesländer, hier allerdings bezogen auf das Jahr 1989 (NBL: 2 025 Apotheken) zur Verfügung standen.

<sup>3</sup>Ab 2004 Filialapotheken eingeschlossen

<sup>4</sup>Differenz zwischen Neugründungen und Schließungen

## These 2

Der Wettbewerb der Apotheken am regionalen Markt ändert sich quantitativ und qualitativ (Intensität, Nachhaltigkeit, eingesetzte Instrumentarien).

Außerdem führt die Entwicklung der Apothekenbranche an sich zu einer **Veränderung des Wettbewerbs**. Die Gründung und Aktivität von Apothekenkooperationen (z. B. „Linda“, „vivesco“, „parmapharm“, „curadies“), von Franchisekonzepten (z. B. „DocMorris“, „easy“, „avie“) führen zur Veränderungen des Wettbewerbs innerhalb der Branche. Größere Einheiten (Verbünde) entstehen. Sie verfügen über die notwendigen Strukturen sowie finanziellen und personellen Voraussetzungen. Ihr Einzugsbereich ist zum Teil re-

gional begrenzt, zum Teil agieren sie bundesweit. Das heißt, der Wettbewerb wird innerhalb der Branche zunehmend professionalisiert.

### These 3

Apotheken stehen im Wettbewerb mit größeren Einheiten der Branche, bzw. sie suchen und nutzen selbst Allianzen dieser Art.

Weitere Anbieter (z. B. Drogerie- und Verbrauchermärkte, Reformhäuser, diverse Versandhändler, Tankstellen) haben die Produktgruppe der freiverkäuflichen Arzneimittel für sich als Umsatzpotenzial erkannt und drängen in den Markt.

### These 4

Das Spektrum der Marktteilnehmer am regionalen Gesundheitsmarkt erweitert sich. Die Apotheke wird mit professionellem Marketing großer Unternehmen konfrontiert.

Hinzu kommt, dass sich die Anzahl der am **regionalen Markt** agierenden Apotheken erhöht. Voraussetzungen wurden durch den Einsatz der elektronischen Medien geschaffen. Bei der Nutzung dieser Medien dürfte die Apothekenbranche jedoch noch am Anfang der Möglichkeiten stehen. Zum einen wird die Apotheke vor Ort konfrontiert mit den Aktivitäten von Versandapotheken (auch ausländischer Versandapotheken) sowie anderen Anbietern und Akteuren. Zum anderen bietet sich der Apotheke selbst die Chance, größere, weit über ihr traditionelles Einzugsgebiet hinausgehende Märkte zu erschließen.

### These 5

Der Markt für Apotheken globalisiert sich. Durch den Versandhandel wächst die Anzahl der Mitbewerber am eigenen Standort. Von der Apotheke selbst können ebenfalls größere Märkte bedient werden.

Elektronische Medien beeinflussen die Marktbedingungen und den Wettbewerb vielfach. So ist das Leistungsangebot und jede neue Idee, die eine Apotheke für ihre Kunden ins Netz stellt, zeitgleich und ohne große Mühe für Mitbewerber sichtbar und führt nicht selten zur Nachahmung. Es ist überaus schwierig, eine neue Idee längerfristig für sich allein als Wettbewerbsvorteil zu nutzen.

### These 6

Die Rahmenbedingungen der Apotheke sind durch steigende Markttransparenz gekennzeichnet. Ideen werden schneller kopiert.

Auch der Kunde/Patient nutzt mehr und mehr elektronische Medien mit diversen Internetportalen zum Thema Gesundheit, Wellness usw. Zum Teil tauscht er hierzu Informationen und Erfahrungen in sozialen Netzwerken aus. Das gegenüber der Vergangenheit veränderte und sich ständig weiterentwickelnde **Anspruchsniveau der Kunden** ist für die nachhaltige Akzeptanz der Apotheke am Markt ein wichtiges Kriterium.

**These 7**

Die Apotheke ist mit einer schrittweisen Änderung des Kundenprofils konfrontiert. Mehr und mehr steht ihr der informierte und mehrere Vertriebskanäle nutzende Kunde gegenüber.

Auswertungen verschiedener profilierter Kundenbefragungen zu dem Thema: „Warum kommen Verbraucher in die Apotheke?“ lassen die Akzeptanzkriterien für Apotheken erkennen. Mit einer Häufigkeit von über **90 %** stehen die **Fachkompetenz** der Apotheken und die **Beratung** an erster Stelle, dicht gefolgt vom Service, den die Apotheken anbieten. Mit über **70 %** folgt die gute und schnelle **Erreichbarkeit** der Apotheken. Das belegten in Marktstudien Befragte mit den Charakteristika Standort und Bequemlichkeit. Beides sind Aspekte, die für die wohnortnahe Apotheke sprechen. Ein weiterer Grund für die hohe Akzeptanz der Apotheken ist, mit einer Nennung von mehr als **60 %**, das **Sortiment**. Der überwiegende Teil des Handelssortiments aller Apotheken rekrutiert sich, allein aus der Rechtslage<sup>1</sup> heraus, aus apothekenpflichtigen Arzneimitteln. Apotheken werden von den Kunden primär als Fachgeschäft für Arzneimittel betrachtet und momentan immer noch überwiegend mit dem Begriff **Krankheit** in Verbindung gebracht.

Für die Marktposition der einzelnen Apotheke ist die ganz konkrete Ausprägung der genannten Akzeptanzkriterien in dieser Apotheke entscheidend. Hierin liegen die Chancen für die einzelne Apotheke.

**These 8**

Dienst- und Serviceleistungen sind Just-in-time-Leistungen, sie werden individuell für den Kunden durch den einzelnen Mitarbeiter erbracht.

Das bestehende Krankenversicherungssystem sowie die für einen großen Teil des Arzneimittelsortiments bestehende Verschreibungspflicht führen dazu, dass, im Gegensatz zu anderen Produkten, der Verbraucher/der Patient vielfach nicht selbst den Bedarf nach einem Arzneimittel bestimmt und diesen in der Apotheke formuliert. Der Bedarf wird bei Arzneimitteln in erheblichem Maße durch den Arzt und im weitesten Sinne durch medizinische und soziale Einrichtungen festgelegt und über Krankenversicherungen finanziert. Von entscheidender Bedeutung ist dabei die Finanzlage der GKV, sodass unter dem Aspekt der Kostendämpfung ständig versucht wird, das weitere Wachstum der Ausgaben für Arzneimittel zu begrenzen, ja sogar zu reduzieren. Verschiedene gesetzliche Restriktionen wirkten sich in der Vergangenheit, z. B. über die Rabattverträge, die Fixierung von Festbeträgen, von Zuzahlungen für Arzneimittel und über die Erhöhung des Krankenkassenrabatts, zum einen direkt auf die Arzneimittelversorgung und damit auf die Einnahmen der Apotheken aus. Zum anderen führten sie aber auch erzwungenermaßen zu nachhaltigen Änderungen im Ordnungsverhalten der Ärzte.

1 Rechtsgrundlage ist im Wesentlichen das Arzneimittelgesetz: Nach § 43 AMG dürfen Arzneimittel, die durch Rechtsverordnung nicht für den Verkehr außerhalb der Apotheke zugelassen sind, im Einzelhandel nur in Apotheken in den Verkehr gebracht werden. Die Möglichkeit darüber hinausgehender Sortimente ist nach der ApBetrO begrenzt.

Drastische Eingriffe in das System der Arzneimittelversorgung haben zu erheblichen Strukturveränderungen der Versorgungsaufgabe der Apotheken geführt.

Die Probleme im Gesundheitsbereich werden weiterhin – sozusagen additiv – verstärkt durch die soziodemographische Entwicklung der Bevölkerung.

### These 9

Die nachhaltige Verschiebung der Alterspyramide zugunsten der älteren Generationen stellt das bislang funktionierende Solidarsystem zur Finanzierung des Gesundheitsbereiches vor weitere Schwierigkeiten und beinhaltet zugleich Chancen für die Apotheke.

### These 10

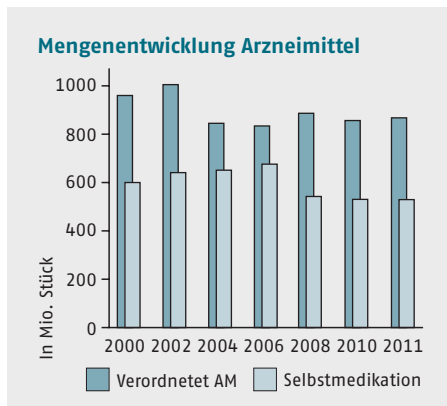
Ständig neue regulierende Eingriffe in das Gesundheitssystem und besonders in die Arzneimittelversorgung kennzeichnen die Marktbedingungen der Apotheke. Permanente Veränderungen, die nicht mehr planbar sind, erhöhen das unternehmerische Risiko.

Insgesamt kann man feststellen: der **Apothekenmarkt** befindet sich durch eine Vielzahl verschiedener gesundheits- und gesellschaftspolitischer aber auch europaweiter Entwicklungen in einer Phase des **Umbruchs** und der **Erneuerung**.

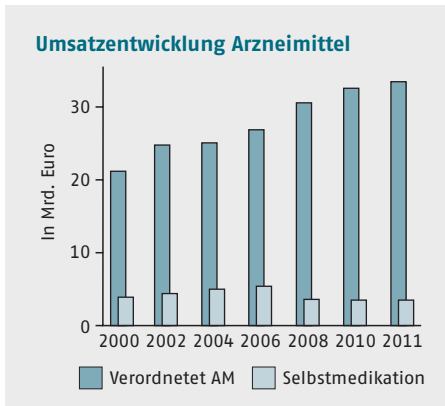
## 1.2 Der Umsatz im Wandel – Konsequenzen

Seit dem Jahr 1996 gab es, bis auf wenige Ausnahmen, jährlich Gesundheitsreformen. Am deutlichsten sind die Einschnitte in den Umsatz- und Absatzzahlen in den Jahren 2004 durch das GMG und ab 2006 durch das AVWG. Weitere Veränderungen haben sich ab 2011 durch das AMNOG ergeben.

Die Gesundheitsreformen beeinflussen die Transparenz des Arzneimittelmarktes. Werte vor und nach 2004, aber auch der einzelnen Jahre nach 2004 sind nur begrenzt vergleichbar. Die mengen- und wertmäßige Entwicklung des Arzneimittelmarktes der Apotheken im Zeitraum 2000–2011 geht aus **Abb. 1.1** und **Abb. 1.2** hervor.



**Abb. 1.1** Mengenentwicklung des Arzneimittelumsatzes (Lit. 1)



○ **Abb. 1.2** Umsatzentwicklung Arzneimittel (Lit. 1)

Die oben dargestellte Entwicklung von Menge und Wert dokumentiert zunächst den Trend zu modernen höherpreisigen Arzneimitteln. Vom Grundsatz her ist der Arzneimittelmarkt der Apotheken in den letzten zehn Jahren durch **Packungsrückgang** und **Umsatzerhöhung** gekennzeichnet. Der Arzneimittelabsatz des Jahres 2011 (ges. rd. 1 396 Mio. Packungen) ist im Vergleich zum Jahr 2000 (rd. 1 560 Mio. Packungen) um rd. 164 Mio. Packungen (10,5%) niedriger. Der Umsatz dagegen ist im gleichen Zeitraum von 25,2 Mrd. € auf 37 Mrd. €, d. h. um rd. 11,8 Mrd. € (46,8%), gestiegen (Lit. 1). Entscheidend für die Apotheke sind die in diesem Zeitraum vollzogenen strukturellen **Veränderungen des Arzneimittel-** und dabei insbesondere des **Verordnungsmarktes**.

Wenn es um die mengen- und wertmäßige Entwicklung der Umsatzkomponente geht, ist die Entwicklung des **Preisniveaus** der Arzneimittel einzubeziehen. Während der allgemeine Verbraucherindex im Verlaufe der Jahre kontinuierlich gestiegen ist, sind bei Arzneimitteln, besonders im Verordnungsbereich, die Preise vielfach **rückläufig**. Bezogen auf das Basisjahr 2005 mit einem Vergleichswert von 100 liegt der allgemeine Verbraucherindex im Jahr 2011 bei 110,7. Das entspricht einer durchschnittlichen Erhöhung der Verbraucherpreise um ca. 11%. Anders ist es bei Arzneimitteln. Bei einem Preisindex von 104,6<sup>2</sup> im Jahr 2005 und etwa 97,2 im Jahr 2011 bedeutet das einen **Rückgang des AM-Preisniveaus** um etwas mehr als 7%. Vom Prinzip her ist das Preisniveau von Arzneimitteln (Gesamtmarkt) seit den 80er Jahren weitgehend stabil. In den 1990er Jahren (im Jahr 1992: Preisindex 114,0) und bis 2003 (Preisindex 109,6) waren die AM-Preise erheblich gestiegen und haben dann aber durch die gesetzlichen Maßnahmen ab 2004 deutlich nachgegeben. Die Zahlen zum AM-Preisindex sind allerdings wenig aussagekräftig, denn im Verlaufe der Zeit hat eine **starke Differenzierung** der Preisentwicklung zwischen Festbetrags- und Nicht-Festbetragsmarkt stattgefunden.

Der **Arzneimittelmarkt** ist ein dynamischer Markt. Seine **Entwicklung** wurde und wird durch **Strukturveränderungen** (sog. Strukturkomponente<sup>3</sup>) und durch **Verände-**

2 Basisjahr für den AM-Preisindex mit Index 100 ist hier das Jahr 1983

3 „Die Strukturkomponente erfasst Umsatzveränderungen im Gesamtmarkt, die auf eine veränderte Struktur der Verordnungen zurückzuführen sind. Hierbei wird zwischen der sogenannten **Intramedikamentenkomponente** – Verschiebung zwischen verschiedenen Stärken, Packungsgrößen und Darreichungsformen des gleichen Medikaments – und der **Intermedikamentenkomponente** – Verschiebungen zwischen verschiedenen Medikamenten unterschieden.“ (Lit. 46)

■ **Tab. 1.2** Durchschnittlicher Packungspreis Nicht-Festbetragsmarkt (Lit. 1, 46)

Nicht-Festbetrags- arzneimittel	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Ø Packungspreis	57,72 €	63,17 €	68,32 €	75,53 €	77,19 €	76,26 €

■ **Tab. 1.3** Durchschnittlicher Packungspreis Festbetragsarzneimittel (Lit. 1, 46)

Festbetrags-AM	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Ø Packungspreis	25,05 €	24,32 €	25,17 €	24,42 €	23,66 €	22,74 €

**rungen bei den Preisen** (Preiskomponente) **geprägt**. Im Wesentlichen geht es bei der Struktur- und Preiskomponente um folgende **Einflussgrößen und Tendenzen**:

**Veränderungen durch hochpreisige Arzneimittel:** Die Verordnung teurerer Arzneimittel schleust den Arzneimittelumsatz hoch. Es findet eine zunehmende Spreizung der Preise von Arzneimitteln statt.

- **Spezialpräparate** (z. B. Immuntherapeutika gegen Rheuma oder Multiple Sklerose, HIV, Onkologika) und verschiedene Orphan Drugs (z. B. Increlex, Myocyme) decken mit vergleichsweise niedrigen Verordnungszahlen sehr hohe Umsatzanteile ab und führen so zu hohen statistischen Durchschnittswerten je Arzneimittel.
- Im **Nicht-Festbetragsmarkt** ist das Preisniveau durch innovative patentgeschützte Arzneimittel gestiegen (vgl. ■ Tab. 1.2). Um die stetige Erhöhung der Preise im Nicht-Festbetragsmarkt zu begrenzen, wurde die Preisbildung für neue innovative Arzneimittel seit dem Jahr 2012 **verstärkt** an die sogenannte Nutzenbewertung gebunden.

**Sortimentsveränderungen:** Zur Strukturkomponente gehören auch Sortimentsveränderungen durch neue Packungen mit anderen Wirkstärken oder Packungsgrößen, die teurer sind als bereits eingeführte Produkte des gleichen Medikaments.

**Festbeträge:** Neue Festbetragsmedikamente, Festbetragsabsenkungen und neue Regelungen bei den Festbeträgen in Verbindung mit Zuzahlungen der GKV-Versicherten haben zu deutlichen Preissenkungen bei Arzneimitteln im Festbetragssegment geführt (vgl. ■ Tab. 1.3).

**Veränderungen durch Generikaverordnungen:** In Deutschland ist der Anteil der Generikaverordnungen am Gesamtmarkt im Vergleich zu anderen Ländern ausgesprochen hoch. Allerdings werden Generika in anderen Ländern (z. B. Frankreich, Großbritannien, Spanien) z. T. deutlich preiswerter angeboten.

Im Jahr 2011 entfielen 72,9 % des Gesamtmarkts auf Generikaverordnungen. Ihr Umsatzanteil lag dagegen nur bei 35,3 % (Lit. 46). Patentabläufe bei Arzneimitteln ermöglichen, dass teure Originalpräparate durch Generika ersetzt werden. Der generikafähige Markt wächst.

■ **Tab. 1.4** Packungsgrößenanteil im Rx-Marktsegment (Lit. 46)

Packungsgrößen	2003	2005	2007	2008	2009	2010	2011
Anteil N1	32,0%	29,0%	26,9%	25,8%	25,2%	23,3%	19,6%
Anteil N2	29,2%	27,7%	26,4%	26,9%	26,0%	25,5%	25,3%
Anteil N3	38,6%	42,9%	46,3%	47,1%	48,5%	51,1%	52,2%

**Umstellung auf größere und höherdosierte Packungen:** Die Umstellung auf größere und höherdosierte Packungen führt i. d. R. zur Reduzierung der Absatzzahlen (der Verordnungen) und zur Erhöhung des Umsatzes je Verordnung.

- Packungsgrößeneffekt: Trend zu größeren Packungen: N1 → N3 (vgl. ■ Tab. 1.4). Bei vielen Dauermedikationen (z. B. bei Herz-Kreislauf-Mitteln) liegt der N3-Anteil nicht selten über 80 % und mehr.
- Strukturveränderungen durch Verschiebung zu höheren Stärken des Arzneimittels oder zu anderen Darreichungsformen (sogenannte Intramedikamentenkomponente) sind häufig mit der Senkung der Absatzzahlen verbunden.

**Rabattverträge:** Gemäß § 130 a Abs. 8 SGB V haben Krankenkassen seit dem Jahr 2003 die Möglichkeit, mit Herstellern **kassenspezifische Rabattverträge** abzuschließen. Diese Rabattverträge führen zur Veränderung der Struktur des Arzneimittelmarktes (Umsatz- und Absatzverschiebung zwischen verschiedenen Medikamenten und Herstellern). Seit April 2007 (§ 129 Abs. 1 Satz 3 SGB V) sind Apotheken im GKV-Bereich verpflichtet, grundsätzlich Rabattarzneimittel abzugeben, sofern der verordnende Arzt eine eventuelle Substitution nicht durch Kennzeichnung auf dem Rezept ausgeschlossen hat. Am Jahresende 2011 gab es z. B. 16 400 Rabattverträge mit 28 500 einbezogenen Arzneimitteln nach PZN (Lit. 1, 2011). In praxi besteht etwa für die Hälfte der verordneten Arzneimittel mindestens ein Rabattvertrag.

Durch den mit den Rabattverträgen induzierten Wettbewerb um Preise und Leistungen zwischen Krankenkassen und Herstellern verliert der GKV-Arzneimittelmarkt an Transparenz. Der **Listenpreis** spiegelt nicht mehr die **realistischen Aufwendungen** für die betreffenden Arzneimittel wider.

Die Weiterentwicklung im Festbetragssystem (s. o.) und die Rabattverträge haben dazu beigetragen, den Preiswettbewerb bei patentfreien generikafähigen Wirkstoffen (Rx) zu fördern.

**Apothekenabschlag:** Die **Veränderungen beim Apothekenabschlag** (GKV-Abschlag) führen, wenn man die Umsatzsegmente der Apotheke betrachtet, ebenfalls zu Veränderungen der Umsatzstruktur. Das muss die Apotheke bei Zeitreihenanalysen wissen und beachten. ■ Tab. 1.5 enthält eine Übersicht zur Entwicklung des GKV-Abschlags.

Die **Preisbildung** für neu zugelassene **innovative Arzneimittel** wird **künftig** „bestimmt“ durch eine zu veranlassende **Nutzenbewertung** (§ 35 a SGB V). Sie ist die Entscheidungsgrundlage dafür, zu welchem Preis ein Hersteller sein **neu zugelassenes Arzneimittel** in Deutschland anbieten kann. Das könnte künftig zu einem geringeren Wachstum im sogenannten Hochpreissegment und des Arzneimittelumsatzes insgesamt führen.

■ **Tab. 1.5** Zur Entwicklung des Apothekenabschlags

Regelungen zum Apothekenabschlag (GKV-Abschlag)	
Ab Februar 2002	6 % des Verkaufspreises
Ab 2004	Modifizierung des Apothekenabschlags; Rx-Fertigarzneimittel 2,00 €/Packung
Ab April 2007	Rx-Fertigarzneimittel 2,30 € pro Packung
2009/2010	Rx-Fertigarzneimittel 2,30 € pro Packung <b>oder</b> (noch nicht entschieden bis 12/2012) 1,75 € pro Packung
2011/2012	Rx-Fertigarzneimittel 2,05 € pro Packung
Ab 2013	Rx-Fertigarzneimittel 1,75 € pro Packung oder? (bis April 2013 stand die Entscheidung noch aus)

**Preisstruktur von Rx-Arzneimitteln:** Änderung der Preisstruktur von Rx-Arzneimitteln durch die Änderung der AMPPreisV (GMG 2004 - Einführung **Kombimodell**): Bei ehemals preiswerten Präparaten kam es zur Preiserhöhung und bei teureren Präparaten zur Preisabsenkung.

Ähnliche Veränderungen hat im Jahr 2012 die Einführung eines Kombimodells auf der Großhandelsstufe (AMNOG II) bewirkt.

**Zunehmender Preiswettbewerb im OTC-Bereich:** Im Jahr 2008 lag der **durchschnittliche** OTC-Packungspreis bei 7,89 € und im Jahr 2011 bei 7,88 € (Lit. 1, 2011). Hinzu kommt die Verlagerung von Umsätzen aus dem Selbstmedikationsbereich der Präsenzapotheken hin zu den Versandapotheken. Versandapotheken bieten OTC-Produkte z. T. mit Preisnachlässen von 10–40 % an.

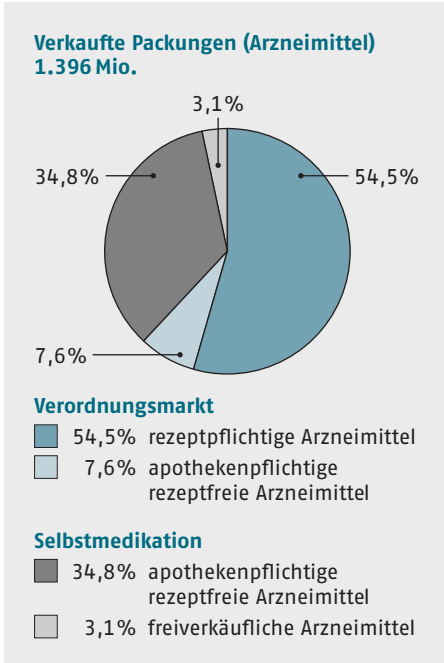
**Struktur- und Preiskomponente der Umsatzentwicklung** (s. o.) haben sich in den letzten Jahren zu einem wichtigen **Wachstums- und Wirtschaftlichkeitsfaktor** der Apotheken entwickelt. Die Auswirkungen spiegeln sich für die einzelne Apotheke in folgenden Tendenzen wider:

- Rückläufige Rezeptzahlen,
- Rückgang der verordneten Packungen p. a. je GKV-Mitglied,
- unterschiedliche Entwicklung der Rezeptdurchschnittswerte in Abhängigkeit von der Arztstruktur im Einzugsbereich,
- Zunahme der Sortimentsbreite nicht nur durch Innovationen, sondern auch durch Generika, Rabattartikel und Reimportartikel,
- zunehmend schwieriger werdende Vorratshaltung,
- tendenzieller Spannenverfall,
- Erhöhung des Arbeitsaufwands in den Apotheken.

Betrachtet man die **Umsatzstruktur der Apotheken** nach dem Ordnungs- und Selbstmedikationsanteil, dann dominiert wertmäßig (umsatzmäßig) der **Verordnungsmarkt**<sup>4</sup>

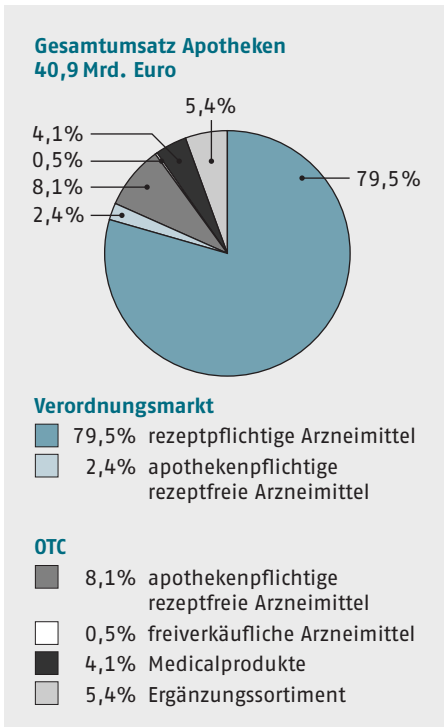
4 Der Verordnungsmarkt beinhaltet die Gesamtheit der rezeptierten Artikel, unabhängig davon, ob diese durch GKV, PKV oder sonstige Quellen finanziert werden.





• **Abb. 1.3** Mengenstruktur verkaufter Arzneimittel im Jahr 2011 (Lit. 1)

1



• **Abb. 1.4** Umsatzstruktur der Apotheken im Jahr 2011 (Lit. 1)

von **Arzneimitteln** mit rd. 82 % (● Abb. 1.4). Bei den insgesamt verkauften Arzneimittelpackungen (● Abb. 1.3) bewegt sich der Verordnungsanteil (Rx und Non-Rx-Arzneimittel) bei nur rd. 62 %.

Welche Entscheidungen zur Sortimentsgestaltung die Apotheke auch immer trifft, die Versorgung mit Arzneimitteln, und zwar überwiegend mit verordneten Arzneimitteln, ist ihre zentrale Aufgabe. Der verantwortungsvolle Umgang mit Arzneimitteln setzt pharmazeutische Fachkompetenz voraus. Sie ist die Chance der Zukunft. Es geht um die weitere Ausprägung der pharmazeutischen Fachkompetenz als Alleinstellungsmerkmal der Apotheke.

Der **OTC-Markt der Apotheken** deckt etwa 18 % ihrer Umsätze ab (● Abb. 1.4). Er setzt sich zusammen aus den verkauften Non-Rx-Arzneimitteln, den freiverkäuflichen Arzneimitteln sowie aus dem Ergänzungssortiment und Medizinprodukten<sup>5</sup>. Circa 38 % der insgesamt verkauften/abgegebenen Arzneimittelpackungen entfallen auf die Selbstmedikation, also auf den OTC-Bereich. Das ist der Umsatzbereich, der durch strategische Konzepte, durch Marketingmaßnahmen, auch in Verbindung mit der Entwicklung des Dienstleistungsangebots, beeinflussbar und ausbaufähig sein dürfte. Der OTC-Bereich umfasst die Sortimente, mit denen sich die Apotheke verkaufsfaktiv zeigt. Sie bestimmen primär den Gesamteindruck, den der Kunde wahrnimmt. Vom Umfang her spiegelt sich dieser Bereich mit einiger Einschränkung im Barumsatz<sup>6</sup> wider.

Geht man von der Zusammensetzung der Versorgungsaufgabe nach der Finanzierungsquelle aus, dann bestehen vom Prinzip her oligopolistische Marktstrukturen. Die Gesetzlichen Krankenversicherungen sind der größte Marktpartner der Apotheken. Immer wieder kommt es zu Fusionen von Krankenkassen, sodass z. B. gerade im Zusammenhang mit den o. g. Rabattverträgen die „Macht“ der Krankenkassen gegenüber Herstellern, Lieferanten und Apotheken wächst. In diesem Zusammenhang wird verwiesen auf das Hin und Her beim GKV-Abschlag für die Jahre 2009 und 2010. Zur Anpassung des GKV-Abschlags für 2009 war eine freiwillige Vereinbarung zwischen dem DAV und dem GKV-Spitzenverband gescheitert. Selbst die anschließende Entscheidung der Schiedsstelle (Absenkung des GKV-Abschlags von 2,30 € auf 1,75 €) wird von den Krankenkassen nicht akzeptiert und auf dem Klageweg weiterverfolgt. Bis April 2013 war der Sachverhalt immer noch nicht entschieden. Für den Apotheker als Unternehmer ist dies nicht zu tolerieren. Weder Rentabilität noch Liquidität sind richtig planbar. Um eine Apotheke erfolgreich zu führen, braucht der Apotheker Planungssicherheit.

Die demografische Entwicklung der Bevölkerung und die finanzielle Situation der Krankenkassen in Verbindung mit der Entwicklung ihrer Arzneimittelausgaben werden auch in Zukunft den Druck auf den GKV-Markt erhöhen, auch wenn, wie z. B. im Jahr 2012, die Krankenkassen über höhere Überschüsse verfügen.

- 
- 5 Die vollständige Zuordnung der Medizinprodukte (hier: Krankenpflege und medizinischer Bedarf) zu diesem Bereich ist, dessen sind sich die Autoren bewusst, nicht ganz korrekt. In praxi wird auch eine Reihe der Medizinprodukte verordnet.
  - 6 In der Apothekenpraxis ist es üblich und notwendig, damit die Kennzahlen für die Apotheke im externen Betriebsvergleich oder für das Benchmarking verwendet werden können, dass die in der Tageskasse vereinnahmten Zuzahlungen der Patienten nicht als Barumsatz erfasst werden. Entsprechend dem Verursachungsprinzip sind die Zuzahlungen rein sachlich Bestandteil des Rezeptumsatzes, besser des GKV-Umsatzes. Der Barumsatz geht aber z. T. über den OCT-Bereich insofern hinaus, als er vielfach vereinnahmtes Geld für Privatrezepte enthält.