



Die öffentliche Apotheke ist die vertrauenswürdige Bezugsquelle für Arzneimittel und zugleich die kompetente, niederschwellige Anlaufstation für Fragen rund um das Thema Medikation.

Foto: Imago/Contrast/Streubel

APOTHEKEN-WIRTSCHAFTSBERICHT 2015

# Erfolg ist die Belohnung für schwere Arbeit

Von Claudia Korf\*, Eckart Bauer\*, Berlin / Weder das im GKV Versorgungsstärkungsgesetz angelegte Entlassrezept, für welches bis heute die Rahmenbedingungen zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern strittig sind, noch das Präventionsgesetz haben zu einer Kraftentfaltung auf die deutsche Apothekerschaft geführt.

Mit Blick auf das allseits geteilte politische Bekenntnis zur Rolle der Prävention für die gesundheitliche Zukunft der Bevölkerung ist es völlig unverständlich, warum sich der GKV-Spitzenverband beharrlich weigert, Apotheken als potenzielle Vertragspartner der Krankenkassen in den Leitfaden Prävention aufzunehmen. Öffentliche Apotheken sind in den Lebenswelten der Menschen flächendeckend verankert und genießen seitens der Patienten ein hohes Maß an Vertrauen. Dies wurde gerade wieder durch eine aktuelle Umfrage der GfK bestätigt: Apotheker liegen auf Platz drei hinter Feuerwehrleuten, Sanitätern und Krankenschwestern, aber vor Ärzten. Der hintergründige Hinweis des GKV-Spitzenverbandes, dass Apotheker zwar Heilberufler, aber eben auch Kaufleute seien und von daher nicht infrage kämen, erschließt sich niemandem solange Ärzte, die IGeL verkaufen, nicht ausgeschlossen sind.

Der einzig mittelbar wirksame Impuls kam vonseiten des e-Health-Gesetzes über die Einführung des – ab 2018 auch elektronischen – Medika-

tionsplans sowie die Stärkung des gematik-Projekts zur Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS).

Wie wir sehen können, gilt also der Impulserhaltungssatz auch für das Apothekenwesen. Demnach behält ein

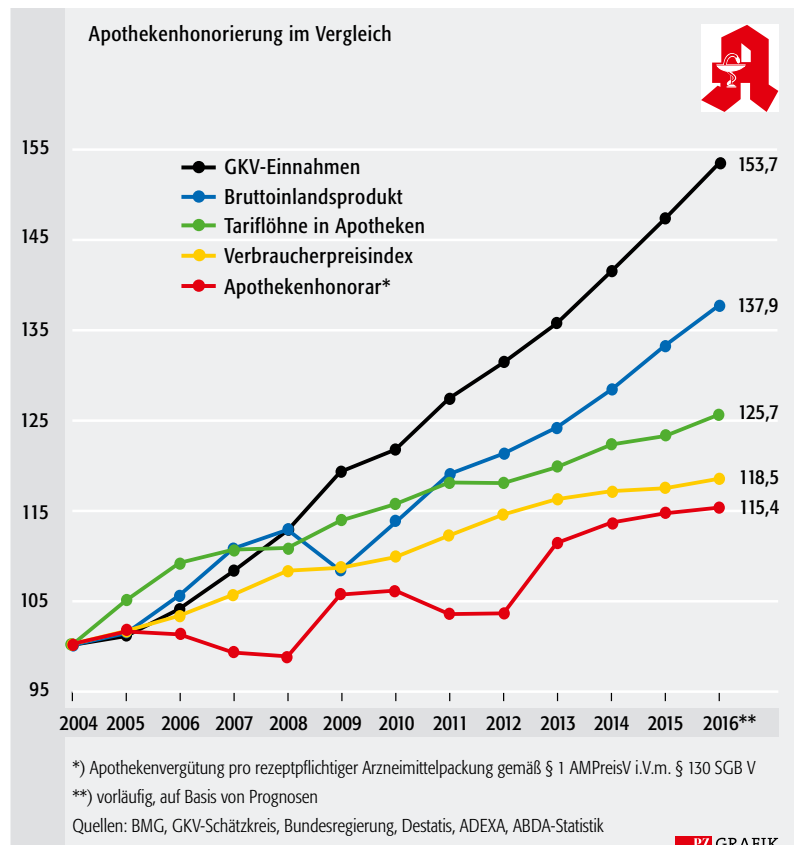


Abbildung 1: Apothekenhonorierung im Vergleich

\*) Claudia Korf ist Geschäftsführerin Wirtschaft, Soziales und Verträge der ABDA. Dr. Eckart Bauer leitet die Abteilung Wirtschaft und Soziales.

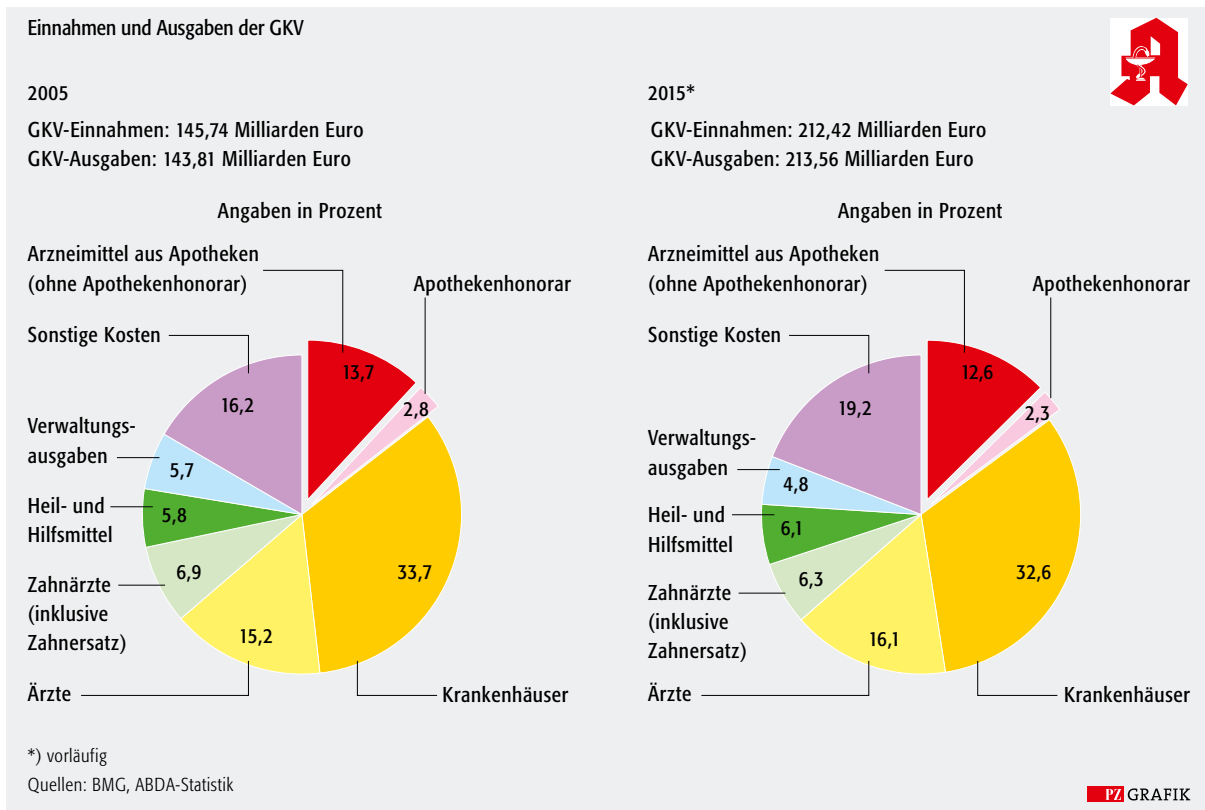


Abbildung 2: Einnahmen und Ausgaben der GKV

Objekt (hier: öffentliche Apotheken), auf das von außen (hier: Gesundheitspolitik) keine Kräfte wirken, unabhängig von etwaigen inneren Vorgängen, seinen Gesamtimpuls nach Betrag und Richtung bei. Es wundert daher nicht, dass sich langfristige Trends auch 2015 fortgesetzt haben.

Deutlich wird dies an der Verlaufsdarstellung von GKV-Einnahmen, Bruttoinlandsprodukt (BIP), Tariflöhnen, Verbraucherpreisindex und Apothekenhonorar (Abbildung 1). Die Einnahmen der GKV sind auch 2015 deutlich gestiegen. Das hohe sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsniveau (mit nahezu Vollbeschäftigung in Süddeutschland) und die kontinuierliche Anpassung von Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze nach oben sorgen für eine äußerst positive Einnahmentwicklung der GKV. Die positive konjunkturelle Entwicklung kommt dabei im Wachstum des BIP zum Ausdruck. Während die Tariflöhne 2015 noch moderat gewachsen sind, ist im laufenden Jahr mit einem höheren Anstieg zu rechnen (aufgrund der bereits vorliegenden Abschlüsse im öffentlichen Dienst sowie in anderen Branchen). Der Verbraucherpreisindex ist gekennzeichnet durch eine schwache Inflationsrate, maßgeblich beeinflusst von der aktuellen Zinssi-

tuation und Energiekosten. Das Apothekenhonorar, gemessen als Apothekenvergütung pro rezeptpflichtiger Arzneimittelpackung, weist nur ein schwaches, aber kontinuierliches Wachstum auf, welches hauptsächlich durch die Strukturkomponente der Arzneimittelpreise gespeist wird.

In Abbildung 2 wird jedoch deutlich, dass sich die Kosten für Arzneimittel sowie das Apothekenhonorar im 10-Jahres-Vergleich unterdurchschnitt-

lich entwickelt haben. Das Apothekenhonorar ist sogar von 2,8 Prozent an den Gesamtausgaben der GKV auf 2,3 Prozent gefallen; selbst die Ausgaben der GKV für Arzneimittel aus Apotheken sank anteilig von 13,7 Prozent auf 12,6 Prozent. Ursache dafür sind deutlich gewachsene Honorare der Ärzte sowie Steigerungen in den Bereichen Heil- und Hilfsmittel sowie Krankengeld und andere sonstigen Kosten. Dies sind letztlich die Konsequenzen

### Einsparvolumina der GKV im Arzneimittelbereich

Angaben in Milliarden Euro

	2015
Festbeträge	7,1
Rabattverträge	3,6
Patientenzuzahlungen	2,2
Herstellerabschläge	1,6
Apothekenabschlag	1,1
Erstattungsbeträge	0,8
<b>Einsparungen insgesamt</b>	<b>16,4</b>
zum Vergleich: effektive GKV-Arzneimittelausgaben	31,8

Quelle: BMG, GKV-Spitzenverband, IMS Health

**PZ** GRAFIK

Abbildung 3: Einsparvolumina der GKV im Arzneimittelbereich

von politischem Handeln und der Alterung der Bevölkerung.

In absoluten Zahlen stieg das Apothekenhonorar von 4,8 Milliarden Euro in 2014 auf 4,9 Milliarden Euro in 2015.

Die Apotheken leisten andererseits einen enormen Beitrag zur Schöpfung der 16,4 Milliarden Euro Einsparungen, die die GKV 2015 im Arzneimittelbereich erzielt hat. Abbildung 3 macht dies deutlich.

Die Umsetzung der Vielzahl kassenindividueller Rabattverträge bedeutet für die Apotheken einen erheblichen bü-

rokratischen Aufwand. Auch wenn sich die Versicherten bereits an die Tatsache gewöhnt haben, kommt es im Falle der immer wiederkehrenden Wechsel bei den Rabattvertragspartnern zu einem hohen Beratungsbedarf. Erschwert wird dies durch Probleme bei der Lieferfähigkeit. Hier droht letztlich nicht nur den Patienten Ungemach, einzelne Krankenkassen nehmen dies zum Anlass von unberechtigten Retaxationen. Rabattvertragsausschreibungen müssen daher den Aspekt der Lieferfähigkeit stärker in den Fokus nehmen.

Die Zuzahlungen der Patienten wachsen seit Jahren um durchschnittlich 10 Cent pro Jahr und Packung auf nunmehr 2,80 Euro. Das Zuzahlungsinkasso tragen dabei die Apotheken für die GKV. Gleiches gilt für die Herstellerabschläge. Diese liegen seit der gesetzlichen Absenkung wieder bei insgesamt rund 1,6 Milliarden Euro. Auch der Apothekenabschlag ist nahezu unverändert seit seiner Festschreibung bei rund 1,1 Milliarden Euro pro Jahr.

Die Erstattungsbeträge nach AMNOG-Preisverhandlungen lassen sich für 2015 auf rund 800 Millionen Euro berechnen. Damit liegt die Gesamtersparnis durch diese Instrumente einschließlich der Festbeträge bei 16,4 Milliarden Euro; das ist mehr als die Hälfte der effektiven Ausgaben der GKV für Arzneimittel.

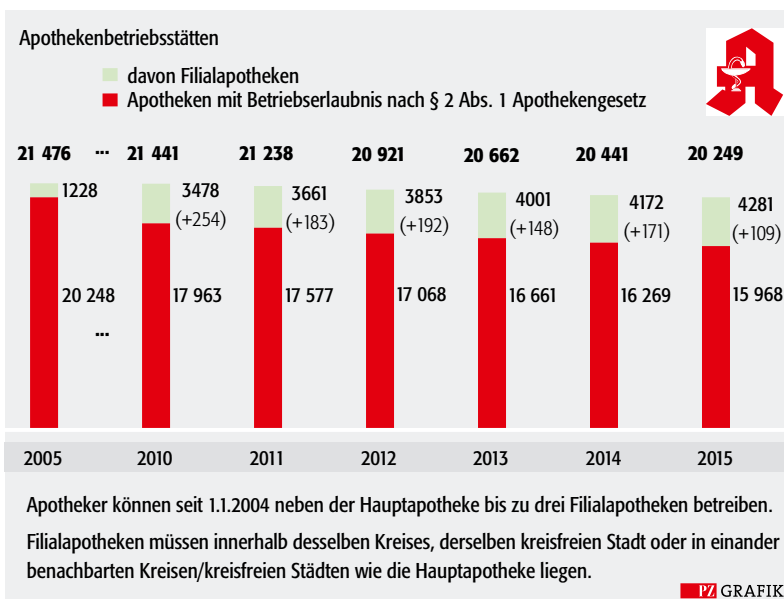


Abbildung 4: Apothekenbetriebsstätten

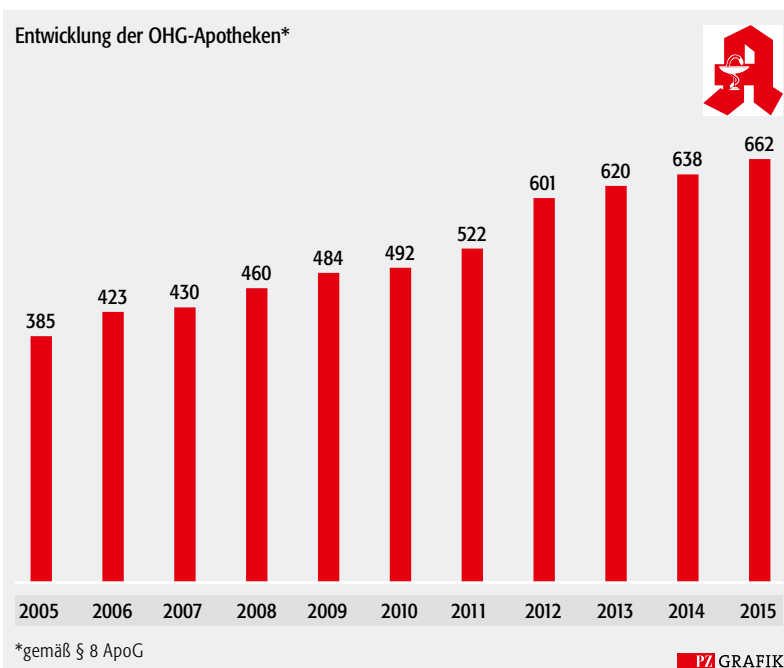


Abbildung 5: Entwicklung der OHG-Apotheken

### Flächendeckende Versorgung gesichert

Abbildung 4 zeigt, dass sich der Rückgang der Apothekenbetriebsstätten auch 2015 wieder verlangsamt hat. Insgesamt sank die Zahl der Apothekenbetriebsstätten in 10 Jahren um 6 Prozent. Dies ist vor allem die Folge eines Strukturwandels. Zum einen steigt die Zahl der Hauptapotheken mit maximal drei Filialen, zum anderen gilt es ein Größenwachstum hin zu höheren Umsatzklassen.

Gleichzeitig steigt die Zahl der Apotheken, die als OHG gemäß § 8 ApoG betrieben wird (Abbildung 5). In 10 Jahren stieg die Zahl der OHG-Apotheken um über 70 Prozent. Gründe für diese Entwicklung sind in der zunehmenden Feminisierung auch bei den Apothekeninhabern, der Marktkonzentration und der Finanzierungslasten beim Übergang auf einen Nachfolger zu finden.

Betrachtet man die Apothekendichte nach Landkreisen (Abbildung 6), so wird deutlich, dass diese aus vielerlei Gründen schwankt. Die höchste wie die niedrigste Apothekendichte findet sich dabei in der Oberpfalz. Während in Weiden in der Oberpfalz 46 Apotheken auf 100 000 Einwohner kommen, versorgen im Landkreis Amberg-Weizbach nur 19 Apotheken die gleiche Bevölkerungszahl. Im Bundesdurchschnitt liegt die Apothekendichte bei 25 Apotheken je 100 000 Einwohner.

Im europäischen Vergleich liegt Deutschland (mit 25 Apotheken) dabei unter dem EU-Durchschnitt (mit 31 Apotheken) je 100 000 Einwohnern.

Abbildung 7 macht deutlich, dass die Versorgung durch Apotheken in den skandinavischen Ländern noch konzentrierter ist, während in Spanien viele und in Griechenland die meisten Apotheken zu finden sind.

einem Umsatzwachstum zum anderen. Abbildung 9 veranschaulicht, dass Apotheken gerade für Frauen besonders attraktive Arbeitsplätze bieten. Rund die Hälfte aller Beschäftigungsverhältnisse sind in Teilzeit.

**Öffentliche Apotheken als attraktiver Arbeitsplatz**

Fünf von sechs PharmazeutInnen arbeiten in öffentlichen Apotheken. Abbildung 8 macht dies eindrücklich deutlich. Das Berufsbild des Offizin-Apothekers ist nach wie vor attraktiv für Studienabgänger.

Die Zahl der in Apotheken Beschäftigten wächst sowohl absolut als auch je Apotheke. Dies ist Ausfluss der hohen Anforderungen an Beratung, aber auch Dokumentation zum einen und der Konzentration in Verbindung mit

**Absatz und Umsatz von Arzneimittelpackungen**

Absolut betrachtet wurden 2015 rund 1,4 Millionen Packungen abgegeben.

2015 hat es sowohl im rezeptpflichtigen als auch im rezeptfreien Markt ein moderates Wachstum der abgegebenen Packungen gegeben (Abbildung 10). Im langfristigen Trend wächst der Absatz um 1 Prozent. Die rezeptfreien Arzneimittel dienen in drei Viertel aller Fälle der Selbstmedikation; nur rund 20 Prozent werden zulasten der Kostenträger verordnet.

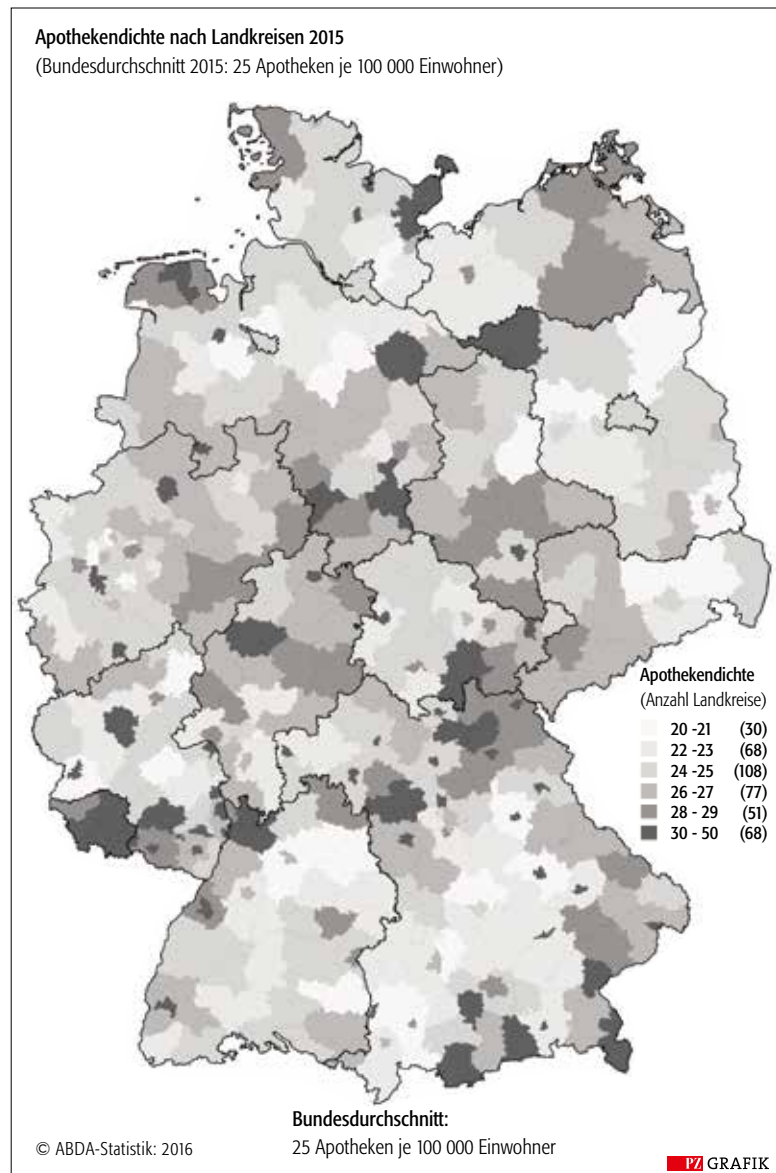


Abbildung 6: Apothekendichte nach Landkreisen 2015

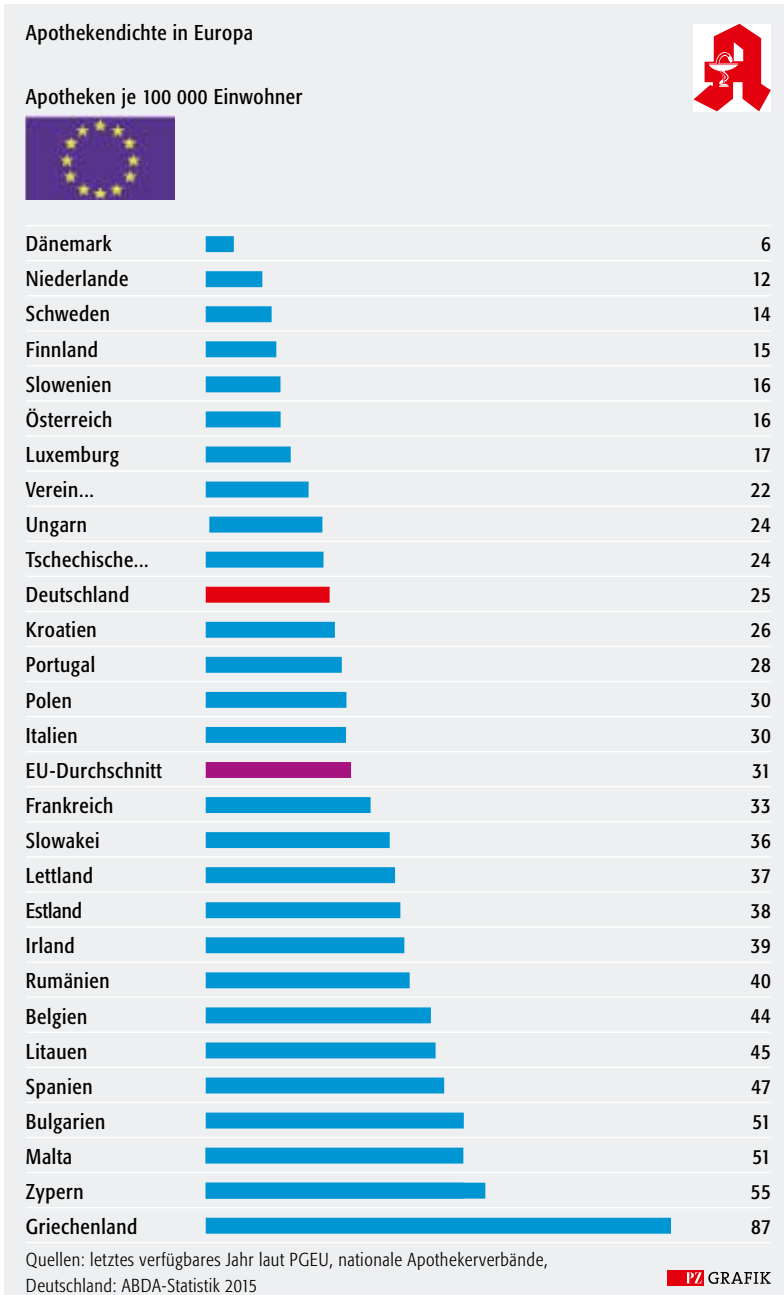


Abbildung 7: Apothekendichte in Europa

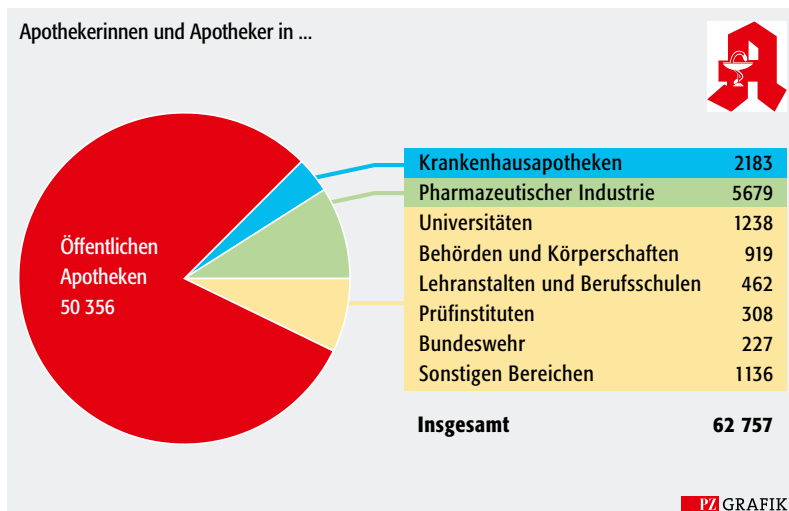



Abbildung 8: Apothekerinnen und Apotheker in ...

**Weniger Apotheken – mehr Personal** Angaben in Prozent



	2013	2014	2015	Frauenanteil
Beschäftigte in Apotheken	150 692	152 750	154 528	89,1
...davon Apotheker	49 288	49 821	50 356	71,2
...davon Ausbildungsplätze	7 729	7 556	7 449	90,8
...davon Teilzeitkräfte	72 583	74 602	75 250	-

**PZ GRAFIK**

Abbildung 9: Weniger Apotheken – mehr Personal

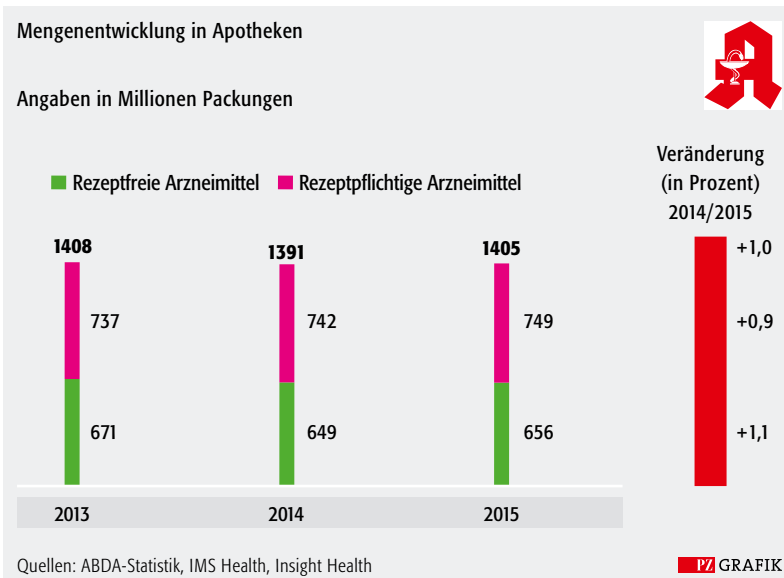


Abbildung 10: Mengenentwicklung in Apotheken

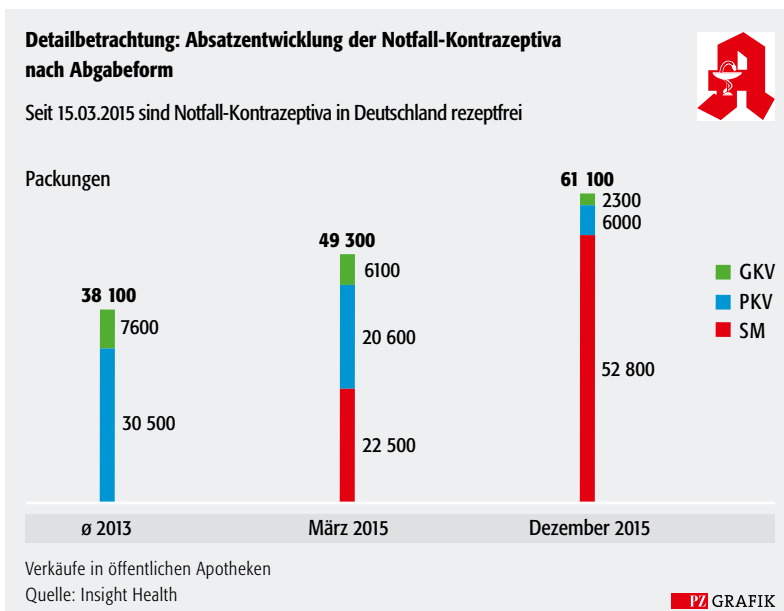


Abbildung 11: Absatzentwicklung der Notfall-Kontrazeptiva nach Abgabeform

Als Sondereffekte in 2015 sind einerseits eine starke Grippe- und Erkältungswelle sowie andererseits der Masernausbruch im Frühjahr (vor allem in Berlin) zu berücksichtigen.

Eine Besonderheit 2015 war der Switch der »Pille danach«. Seit dem 15. März 2015 sind Notfall-Kontrazeptiva auch in Deutschland rezeptfrei. Dies hat zu einem deutlichen Anstieg der im Bereich der Selbstmedikation abgegebenen Packungen geführt. Zugleich sank die Zahl der zulasten der GKV (bis zum 20. Lebensjahr erstattungsfähig) wie auch zulasten der PKV abgegebenen Packungen. Abbildung 11 zeigt das Wachstum und die strukturellen Veränderungen.

Bezogen auf den Umsatz machen rezeptpflichtige Arzneimittel mit über 83 Prozent den größten Teil aus (Abbildung 12).

### Hochpreisige Arzneimittel im GKV-Markt

Abbildungen 13 und 14 zeigen am Beispiel von Hepatitis C Therapeutika und von Onkologika im GKV-Markt wie sich der Absatz und der Umsatz von hochpreisigen (in der Regel neuen, innovativen) Arzneimitteln im Zeitraum 2013 bis 2015 zulasten im Markt befindlicher preiswerterer Arzneimittel verändert haben.

Insgesamt gibt es circa 48 000 zugelassene verschreibungspflichtige Arzneimittel (bezogen auf PZN, das heißt unter Berücksichtigung verschiedener Packungsgrößen und Wirkstärken).

Rund 2600 davon liegen mit ihrem Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmens (das heißt ohne MWSt) ApU über 1200 Euro. Diese Marke wird als geläufige Abgrenzung der Hochpreiser genutzt, ist aber willkürlich. 49 Arzneimittel können als sehr teuer bezeichnet werden, da ihr ApU über 10 000 Euro liegt.

Gerade mit Blick auf die Umsatzzahlen erkennt man einen deutlichen Shift hin zu den teureren Arzneimitteln. Während im Bereich der Hepatitis C Therapeutika auch eine klare Marktverdrängung stattfindet, werden die neuen und teuren Onkologika add on verordnet, was zumindest teilweise auf ein neues Indikationsspektrum zurückzuführen ist.

### Nacht- und Notdienst sichert die Versorgung

In Abbildung 15 ist die Entwicklung der Notdienstpauschalen für Volldienste, das heißt von 20 Uhr bis 6 Uhr und an

Sonn- und Feiertagen, dargestellt. Jede Nacht leisten bundesweit über 1100 Apotheken Nachtdienst und sichern die Versorgung von täglich 20 000 Patienten zu diesen Stunden. Unterstützt werden sie dafür durch einen Fonds, der mit dem ANSG eingeführt wurde und sich aus einem Aufschlag von 0,16 Euro je abgegebener verschreibungspflichtiger Packung speist. Diese Umverteilung ermöglicht es gerade kleinen Landapotheken mit geringem Rezeptaufkommen, aber vielen Notdiensten eine teilweise Kostendeckung zu erreichen. Hinzu kommen Teildienste, das heißt Öffnungen in den späten Abendstunden, die nicht unterstützungsfähig sind.

**Ausblick 2016/2017**

Die öffentliche Apotheke ist die vertrauenswürdige Bezugsquelle für Arzneimittel und zugleich die kompetente, niederschwellige Anlaufstation für Fragen rund um das Thema Medikation. Dieses Selbstbild wird uns tagtäglich von den Patienten gespiegelt, die uns ihr Vertrauen schenken. In der öffentlichen, vor allem der politischen, Wahrnehmung werden Apotheker als Heilberufler zumeist unterschätzt. Dabei zeigen die Apotheker an der Basis wie gelebte Kooperation mit Ärzten für die Patienten aussieht. Gerade jüngere Kollegen beider Heilberufe wollen in Versorgungsnetzwerken arbeiten, ohne ihre Selbstständigkeit zu opfern. Expertise auf Augenhöhe ist das Gebot der Zukunft. Wir werden dieses vernetzte Denken und Handeln aktiv fördern und die Chancen der Digitalisierung dazu nutzen.

Auch in Zukunft dürfen die Patienten und die Gesellschaft von uns eine hohe Leistungsqualität und Gemeinwohlorientierung erwarten. Im Gegenzug erwarten die Apotheker eine faire Honorierung. Eine methodisch konsentrierte und regelmäßige Anpassung steht allen Leistungserbringern im deutschen Gesundheitswesen zu – auch uns.

Pharmazeutische Dienstleistungen ergänzen künftig in stärkerem Maße die pharmazeutische Herstellung (Rezepturen) und die pharmazeutische Beratung bei der Abgabe von Fertigarzneimitteln und Rezepturen. Die Einführung des Medikationsplans für Patienten mit mindestens drei zulasten der GKV verordneten Arzneimitteln im Oktober 2016 (§ 31a SGB V) wird dabei nur

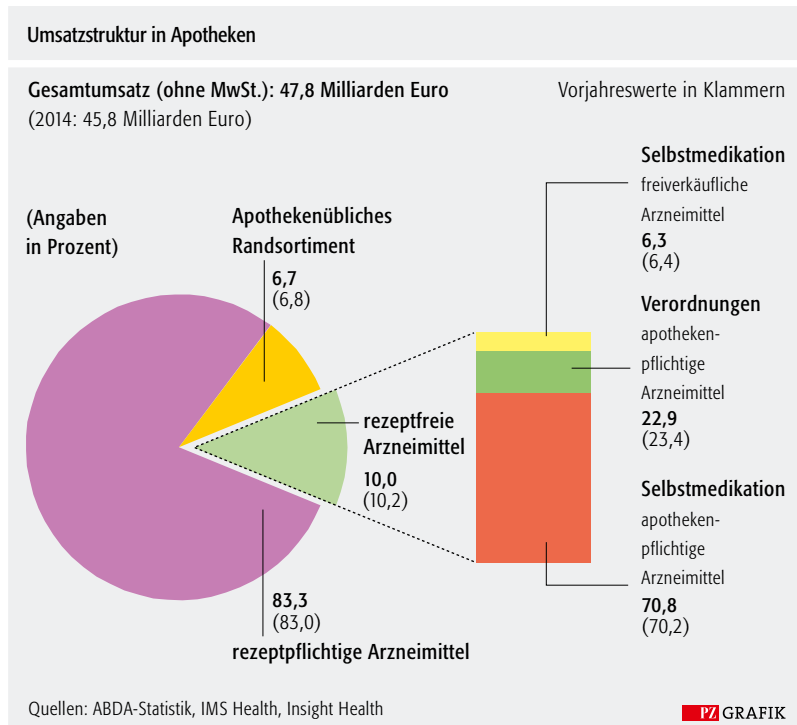


Abbildung 12: Umsatzstruktur in Apotheken

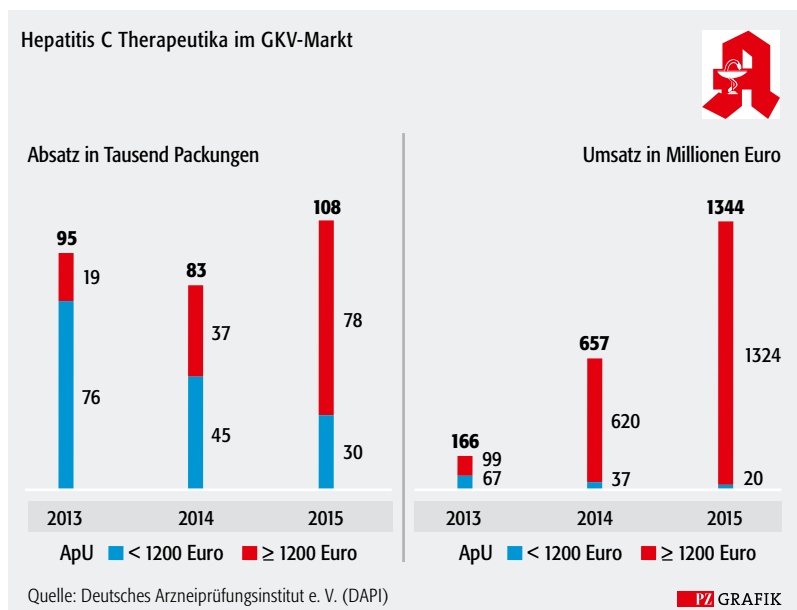


Abbildung 13: Hepatitis C Therapeutika im GKV-Markt

der Startschuss sein. Was folgen muss, ist ein Medikationsmanagement als geldwerte Leistung für die Patienten und mit Mehrwert für die Kostenträger.

Als ersten Schritt zur Verbesserung der Vertragsmöglichkeiten zwischen Krankenkassen und Apotheken braucht es eine Klarstellung im § 129 Abs. 5 SGB V, wonach solche Vereinbarungen über die Erbringung und Vergütung von Leistungen möglich werden, die zusätzlich zur Abgabe von Arzneimitteln erfolgen.

**Betriebswirtschaftliche Perspektive**

Die vorangegangene Darstellung bezieht sich auf – im weiteren Sinne – volkswirtschaftliche Kennzahlen. Diese Perspektive basiert aber selbstverständlich auf der aggregierten Betrachtung einer Vielzahl individueller Gegebenheiten und Entscheidungen. Um die Situation der Branche »Apotheke« besser zu verstehen, ist mithin eine Betrachtung der betriebswirtschaftlichen Gegebenheiten einzelner Apotheken sinnvoll. Bei

über 20 000 Betriebsstätten ist hierfür eine geeignete statistische Zusammenfassung erforderlich.

Im Jahr 2012 hat die ABDA sich dazu entschlossen, eine neue Datengrundlage einzuführen. Hierzu wurde mit der Treuhand Hannover Steuerberatungsgesellschaft ein Vertrag über die regelmäßige Lieferung von betriebswirtschaftlichen Daten geschlossen. Die ABDA erhält nur aggregierte Daten, mithin keine Information über die wirtschaftlichen Gegebenheiten konkreter Apotheken. Dies ist für die Datennut-

zung auch völlig unproblematisch, denn es soll ja gerade über die Lage der Branche und nicht die einzelner Betriebe berichtet werden. Und genau hierzu sind die Daten aussagefähig.

Das ABDA-Datenpanel umfasst zurzeit über 2500 verschiedene Betriebsstätten – aus allen Bundesländern, aus allen Größenklassen, Einzel-, Haupt- und Filialapotheken. Die betriebswirtschaftlichen Zahlen entstammen der Finanzbuchhaltung des jeweiligen Betriebs. Es sind die Zahlen, die von der Steuerberatungsgesellschaft geprüft

werden und die Grundlage für die Meldung an das Finanzamt bilden. Sie beziehen sich ausschließlich auf den jeweiligen Apothekentrieb und das Berichtsjahr, hier also das Jahr 2015. Sonstige Einkünfte des Inhabers finden keinen Niederschlag.

**Die durchschnittliche Betriebsstätte**

Über viele Jahre stand die sogenannte »typische Apotheke« im Fokus der Betrachtungen. Diese befindet sich in der Netto-Umsatzgrößenklasse, in der die meisten Betriebsstätten liegen. Das war im Jahr 2015 der Bereich von 1,5 bis 1,75 Millionen Euro; 12,3 Prozent aller Apotheken liegen in diesem Umsatzbereich. Ein Blick auf Abbildung 16 verdeutlicht dass auch in den beiden benachbarten Netto-Umsatzgrößenklassen jeweils ein großer Anteil der Apotheken liegt. Über 35 Prozent aller Apotheken befinden sich im Netto-Umsatzbereich von 1,25 bis 2,0 Millionen Euro.

In den letzten Jahren hat die ABDA, auch auf entsprechende Forderungen der Politik und des Bundesministeriums für Gesundheit hin, die »durchschnittliche Apotheke« in den Mittelpunkt ihrer betriebswirtschaftlichen Berichterstattung gerückt. Für das ABDA-Datenpanel liegt der durchschnittliche Netto-Umsatz im Jahr 2015 bei 2,110 Millionen Euro und damit deutlich über dem der typischen Apotheke.<sup>1</sup> Für die Bewertung ist wichtig: Mehr als 60 Prozent der Betriebsstätten weisen einen Netto-Umsatz auf, der unter dem Durchschnittswert liegt. Dieser Anteil hat sich in den letzten Jahren auch kaum geändert.

Die Betrachtung der durchschnittlichen statt der typischen Apotheke führt zu einer stärkeren Berücksichtigung umsatzstarker Betriebsstätten. Dies geht aber damit einher, dass Apotheken im Umsatzbereich der durchschnittlichen Apotheke deutlich selte-

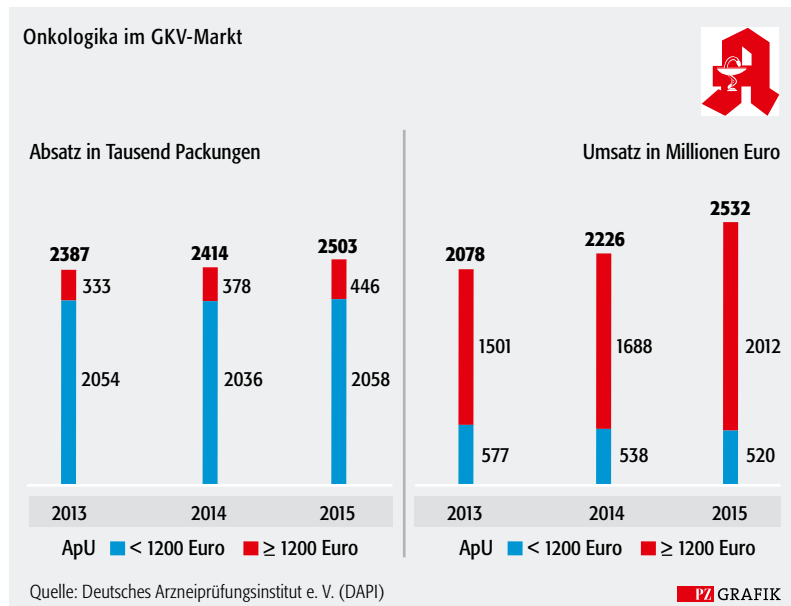


Abbildung 14: Onkologika im GKV-Markt

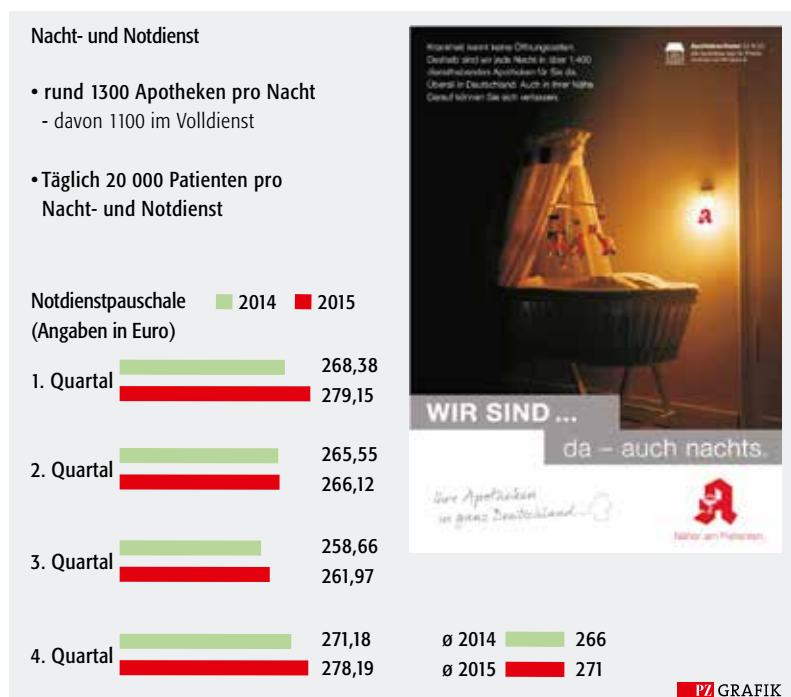


Abbildung 15: Nacht- und Notdienst

1) Es handelt sich um eine sogenannte linkssteile oder rechtsschiefe Verteilung: Der Mittelwert liegt rechts des Medians und auch rechts des Modalwertes.



ner anzutreffen sind als die im Umsatzbereich der typischen Apotheke.

### Steuerliches Betriebsergebnis

Das steuerliche Betriebsergebnis erhält man, wenn man vom Netto-Umsatz den Wareneinsatz und die Kosten des Apothekenbetriebs abzieht. Betrachtet man das steuerliche Betriebsergebnis als prozentualen Anteil des Netto-Umsatzes, so ist es im Zeitraum von 2002 bis 2012 um circa ein Drittel auf 5,7 Prozent gesunken, um dann im Jahr 2013 auf 6,7 Prozent anzusteigen. Der Anstieg war das Ergebnis einer Vielzahl von Faktoren. Schon im Jahr 2014 sank das steuerliche Betriebsergebnis auf 6,6 Prozent, und im Jahr 2015 lag es bei 6,5 Prozent. Damit sind die Tiefstwerte der ›Vor-AMNOG-Zeit‹ wieder erreicht (Abbildung 17).

Die Verbesserung des steuerlichen Betriebsergebnisses im Jahr 2013 hatte verschiedene Ursachen: So etwa den erstmaligen Rückgang des Wareneinsatzes, gemessen als Anteil am Netto-Umsatz. Die Einkaufskonditionen beim

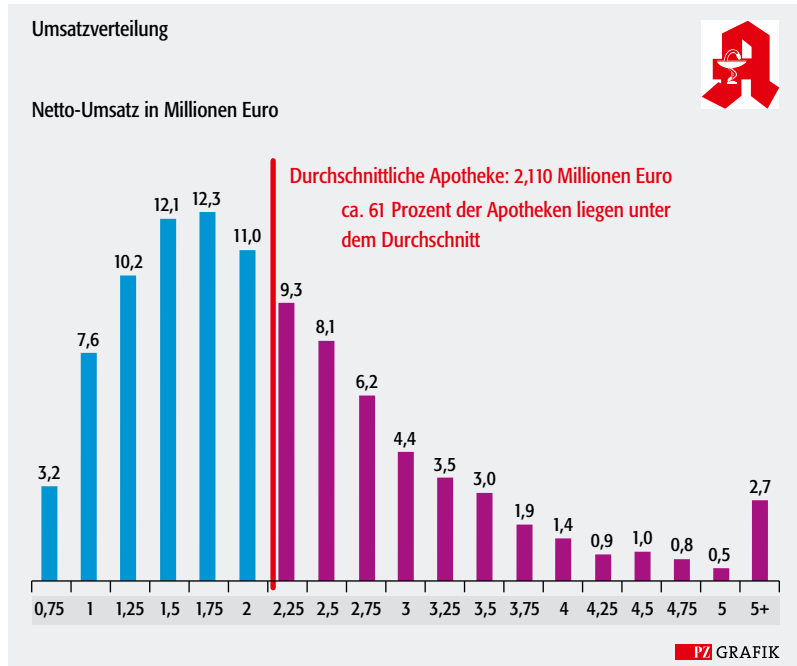


Abbildung 16: Umsatzverteilung

pharmazeutischen Großhandel waren damals besonders gut, die Entgeltung der Apothekenleistung im Rahmen der

Arzneimittelpreisverordnung stieg, der GKV-Abschlag wurde zurückgeführt. Seitdem ist einiges passiert – und an-

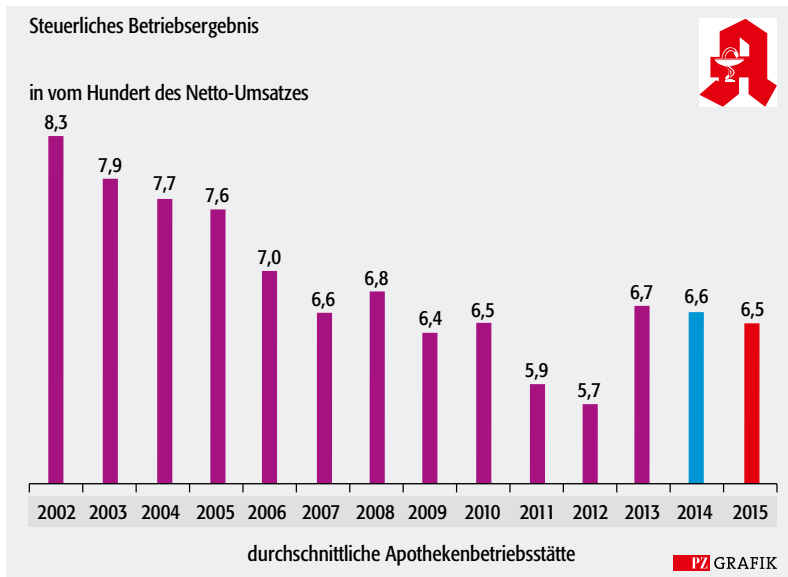


Abbildung 17: Steuerliches Betriebsergebnis

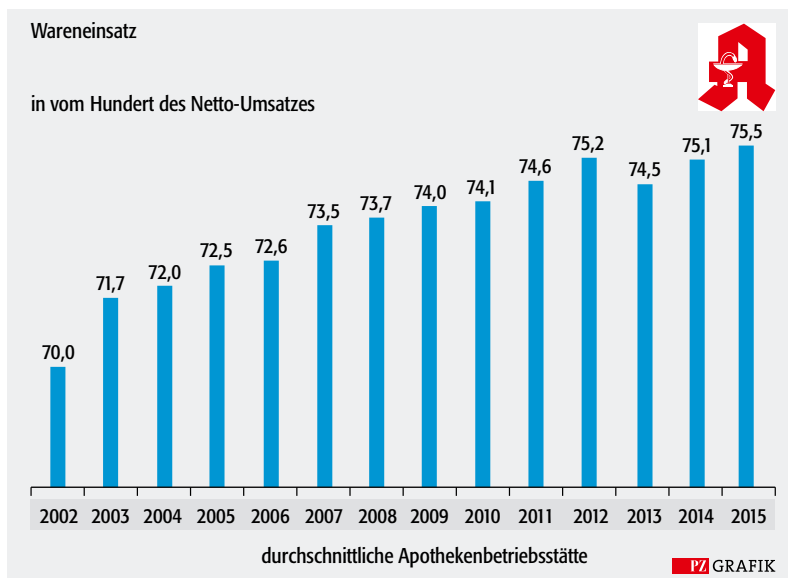


Abbildung 18: Wareneinsatz

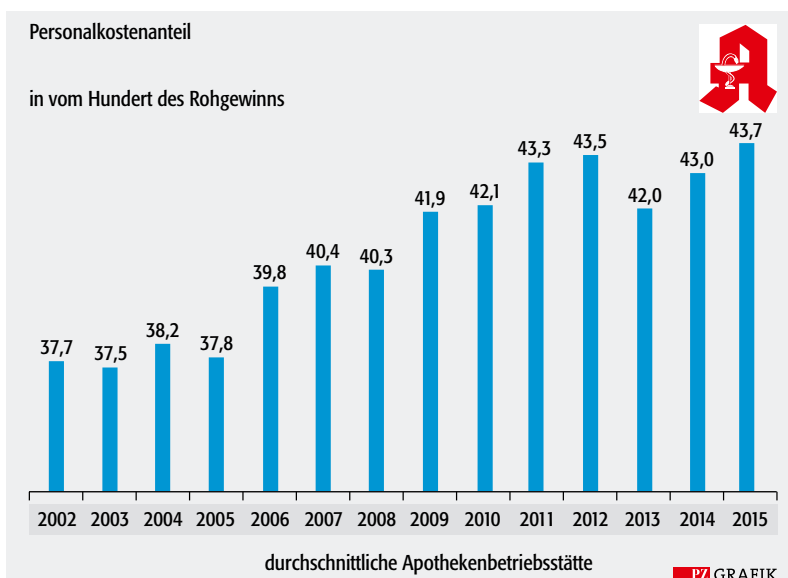


Abbildung 19: Personalkostenanteil

deres nicht: Die Einkaufskonditionen haben sich zulasten der Apotheken verschlechtert, das Fixum nach Arzneimittelpreisverordnung hingegen blieb unverändert. Hinzu kommt die zunehmende Bedeutung hochpreisiger Arzneimittel, bei denen der Apothekenanteil am Verkaufspreis gering ist und Einkaufsvorteile nur in sehr beschränktem Ausmaß erzielt werden können. Zusammen ergibt dies einen deutlichen Wiederanstieg der Wareneinsatzquote, die im Jahr 2015 mit 75,5 v. H. einen neuen Höchststand erreicht (Abbildung 18).

### Personalkosten

Der Wareneinsatz dominiert die Kostenseite des Apothekenbetriebs. Damit diese Dominanz nicht andere, interessante Entwicklungen verdeckt, ist es in einigen Fällen sinnvoll, den Rohgewinn als Bezugsgröße zu nutzen, also das, was vom Netto-Umsatz der Apotheke nach Abzug des Netto-Wareneinsatzes übrig bleibt.

Abbildung 19 weist den Anteil der Personalkosten am Rohgewinn aus. Die Personalkosten werden dabei als Kosten der Arbeitgeberseite, also inklusive dem Arbeitgeberanteil an der Sozialversicherung, gerechnet. Natürlich gibt es auch hier Schwankungen, da die Personalkosten nicht so kurzfristigen Änderungen unterworfen sind wie die Wareneinsatzquote und damit auch indirekt der Rohgewinn. Aber der Blick auf die Gesamtentwicklung zeigt einen im Zeitablauf sehr deutlich steigenden Personalkostenanteil.

Dieser hat drei Ursachen: So gibt es innerhalb der Apothekenteams eine Verschiebung hin zu höher qualifizierten – und damit aus Arbeitgebersicht teureren – Berufen. Dies wird durch die Notwendigkeit, die entsprechenden Berufe in der Apotheke für qualifizierte Beschäftigte finanziell attraktiver zu gestalten, noch verstärkt. Und außerdem gibt es eine Verschiebung vom für selbstständige Apothekeninhaber typischen Residualeinkommen hin zum Kontrakteinkommen angestellter Apothekerinnen und Apotheker.

### Die längerfristige Perspektive

Das steuerliche Betriebsergebnis der durchschnittlichen Apothekenbetriebsstätte liegt im Jahr 2015 mit 136 345 Euro circa 2000 Euro über dem Wert des Vorjahres (Abbildung 20).

Blickt man auf die Grafik, so liegt die Schlussfolgerung nahe, das Jahr 2015 habe das dritte Allzeithoch hintereinander gesehen. Es ist aber zu beachten, dass die in der Grafik aufgeführten Betriebsergebnisse nominal ausgewiesen werden. Damit wird letztlich so getan, als hätte der Euro des Jahres 2015 denselben Wert wie der des Jahres 2002. Auch wenn in den letzten Jahren die Inflationsrate niedrig war: über einen längeren Zeitraum kommt es zu einer sukzessiven Entwertung von Nominalbeträgen. Abbildung 21 zeigt dieselbe Zeitreihe nach Umrechnung auf die konstante Kaufkraft des Jahres 2002 mithilfe des gesamtdeutschen Verbraucherpreisindex des Deutschen Statistischen Bundesamtes.

Diese Betrachtung relativiert die vermeintlich herausragenden Werte der letzten Jahre. Gemessen in konstanten Preisen liegt das Betriebsergebnis der durchschnittlichen Apotheke im Jahr 2015 ungefähr bei den Werten vom Anfang des Jahrtausends. Man kann mithin sagen, dass es keine Partizipation an der allgemeinen Wohlstandssteigerung gegeben hat, sondern nur einen Erhalt es Realwertes.

Bei diesen Zahlen ist zu beachten, dass im Jahr 2002 22 010 Apothekenbetriebsstätten aktiv waren, Ende 2015 hingegen nur noch 20 249. Der Rückgang um über 1750 Apotheken hat zur Folge, dass der Umsatz der am Markt verbleibenden Apotheken tendenziell steigt. Und es sind eben im Durchschnitt die wirtschaftlich schon von vornherein gesünderen Betriebe, die durchhalten. Dieser Effekt macht es umso bemerkenswerter, dass das kaufkraftbereinigte Betriebsergebnis des Jahres 2015 immer noch auf dem Niveau des Jahres 2002 verharrt.

**Ausblick**

Für das laufende Jahr sind keine Faktoren abzusehen, die eine relevante Verbesserung der wirtschaftlichen Situation der Apotheken erwarten lassen: eine Anpassung der Arzneimittelpreisverordnung ist nicht zu erkennen. Die in der Diskussion befindliche Anhebung der Entgeltung für die Versorgung mit Rezeptur Arzneimitteln und die Dokumentationspflichten ist einerseits in der Summe eher überschaubar, und wird andererseits vermutlich erst im Jahr 2017 wirksam. Der GKV-Abschlag ist inzwischen gesetzlich bei 1,77 Euro (brutto) festgeschrieben, die Notdienstpauschale wird ungefähr bei

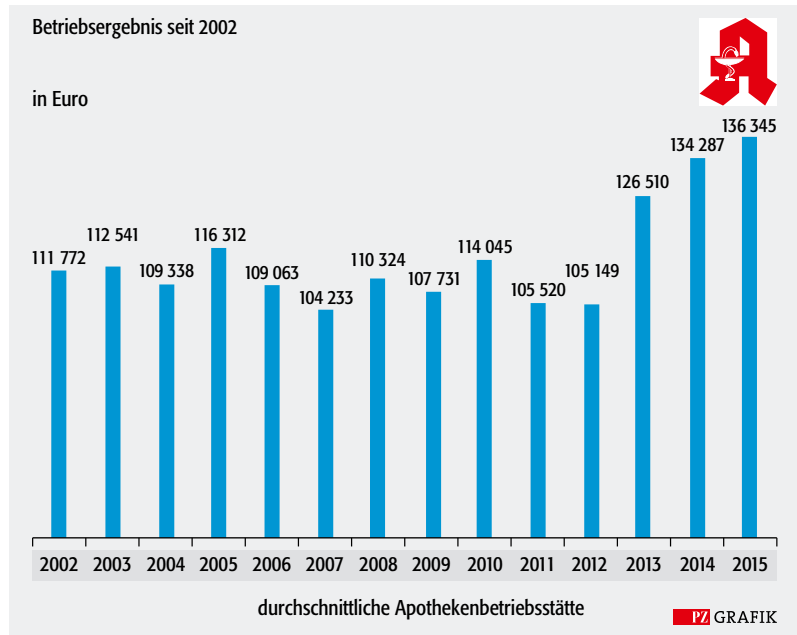


Abbildung 20: Betriebsergebnis seit 2002

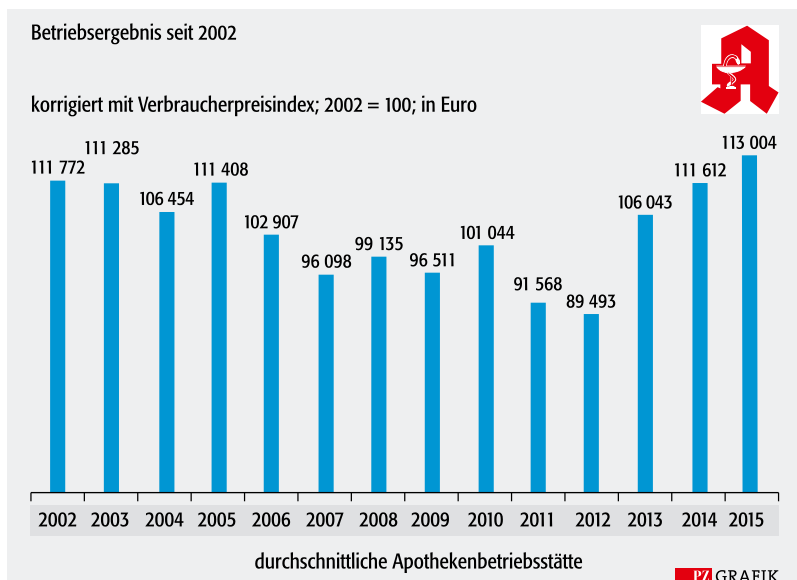


Abbildung 21: Betriebsergebnis seit 2002 korrigiert mit Verbraucherpreisindex

den Werten des letzten Jahres liegen. OTC-Markt und der Absatz verschreibungspflichtiger Arzneimittel wachsen im langfristigen Schnitt. Eine zunehmende Bedeutung hochpreisiger Arzneimittel verschlechtert die durchschnittlichen Einkaufskonditionen.

Die für das Ergebnis positiven Effekte eines gewissen Marktwachstums werden kaum ausreichen, die zu erwartende Zunahme der Lohnkosten auszugleichen: Für das Jahr 2016 haben Arbeitgeber- und Arbeitnehmerseite eine Steigerung der Tariflöhne der in Apotheken Beschäftigten um 1,8 bis 2,5 Prozent vereinbart.

Eine Teilhabe der Apothekeninhaber an der gesamtgesellschaftlichen Wohlstandssteigerung ist weiterhin kaum darzustellen. Es bedarf hierzu entsprechender politischer Impulse. Ergänzend hierzu können natürlich auch sinnvolle Verträge des DAV und der Apothekerverbände der Länder weitere Perspektiven für Einkommensverbesserungen eröffnen. Für die Gesamtbranche ist deren Effekt aber vergleichsweise gering. Und selbstverständlich ist und bleibt es Aufgabe jedes Apothekeninhabers, innerhalb seiner Umgebung wirtschaftliche Entwicklungsmöglichkeiten zu nutzen. /