

Arzneimittel – transparente Preise sinnvoller als Versandhandelsverbot

von Iris an der Heiden¹

ABSTRACT

Im Koalitionsvertrag hat sich der Einsatz für ein Verbot des Versandhandels mit rezeptpflichtigen Arzneimitteln (Rx)

gegen ein erhöhtes Beratungs- und Sicherstellungshonorar bei drohender Unterversorgung durchgesetzt. Im Gutachten „Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) geregelten Preise“ wurden wesentliche neue Erkenntnisse zur flächendeckenden Versorgung mit Apotheken, zu der Struktur der Honorierung für Apotheken und dem pharmazeutischen Großhandel sowie Daten zur aktuellen Entwicklung nach dem EuGH-Urteil im Marktanteil der Versender gewonnen. Es zeigt sich, dass ein Rx-Versandverbot allein den großen, wirtschaftlich bedrohten Anteil der Apotheken nicht im Bestand bewahren kann. Vielmehr fehlt eine Problemdefinition für die flächendeckende Versorgung mit Apotheken; Maßnahmen zur Sicherstellung sind bereits gesetzlich verankert. Ganz im Gegensatz dazu steht das aktuell zu lösende Problem der zu hohen Kosten im Gesundheitsbereich, das unmittelbar eine transparente und gerechte Vergütung über die AMPreisV verlangt.

Schlüsselwörter: AMPreisV, Apothekenhonorar, Rx-Versandverbot, flächendeckende Versorgung, Gutachten BMWi

In the coalition agreement, the ban on mail-order sales of prescription medicines (Rx) has prevailed against an increased consultancy and guarantee fee in the event of imminent shortages. Within the scope of the expert opinion “Determination of the necessity and extent of changes in the prices regulated in the Pharmaceutical Price Ordinance (AMPreisV)” significant new findings have been made on the nationwide provision of pharmacies, the structure of fees for pharmacies and pharmaceutical wholesaling, and the current development in the market share of mail order companies according to the decision of the European Court of Justice. It turns out that a Rx shipping ban cannot save the large, economically threatened portion of pharmacies. Rather, there is no problem definition for the nationwide supply of pharmacies, measures to ensure are already enshrined in law. In stark contrast, the current problem of over-cost health care must be solved, which directly requires transparent and equitable remuneration through the AMPreisV.

Keywords: AMPreisV, pharmacy fee, prohibition on sales by mail order, area-wide supply, BMWi

1 Einführung: Ziel des Koalitionsvertrages

Flächendeckung ist ein übergeordnetes Ziel der Gesundheitsversorgung der neuen Regierung. In der Verhandlung des Koalitionsvertrages waren in Bezug auf die Apotheken lange zwei Aspekte zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgungsleistung in der Diskussion: ein Verbot des Versandhandels mit rezeptpflichtigen Arzneimitteln (Rx) und ein erhöhtes Beratungs- und Sicherstellungshonorar bei drohender Unterversorgung. Letztlich hat sich das Rx-Versandverbot im Koalitionsver-

trag durchgesetzt, wenn auch nur als weiches Ziel, dass sich die Regierung dafür einsetzt. Gleichwohl gibt es seitdem eine weitergehende Debatte darüber, ob das für die Apotheken eine günstige Entscheidung war, selbst wenn ein Verbot umsetzbar ist. Die Reform des Honorars ist als Thema erhalten geblieben und wird weiterhin als Alternative im Erhalt der Flächendeckung gehandelt, sollte sich das Verbot als nicht umsetzbar erweisen.

Zu den möglichen Folgen des Urteils C-148/15 des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) vom 19. Oktober 2016 zur Er-

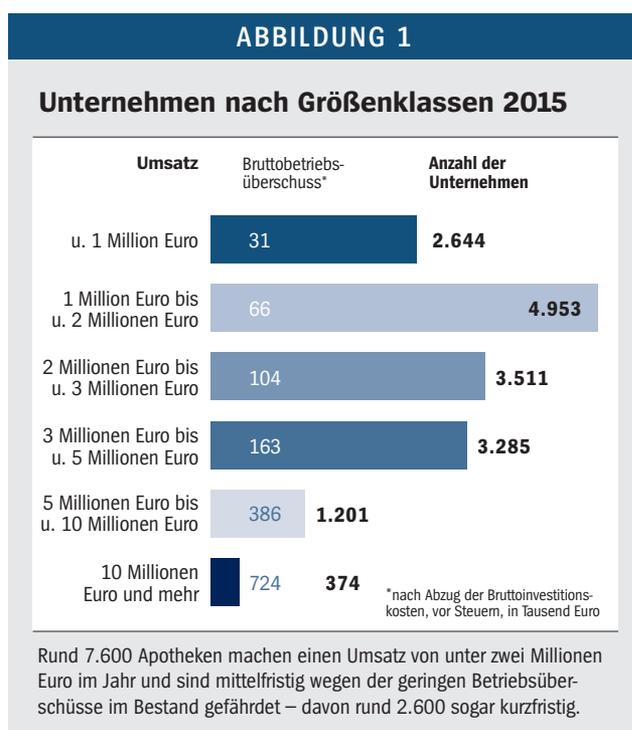
¹ Iris an der Heiden, IF! Institut für sozioökonomische Forschung/2HM & Associates GmbH · Dekan-Laist-Straße 17a · 55129 Mainz
Telefon: 06131 328090 · E-Mail: iris.anderheiden@2hm.de

laubnis von Boni bei ausländischen Versandapotheken auf die mittelfristige Wettbewerbssituation gibt es aktuell wenige Daten, da es sich bei dem Bezug von rezeptpflichtigen Arzneimitteln um sehr komplexe Produkte, Versorgungssituationen und Preiszusammensetzungen handelt, die Wettbewerbsvorteile schwer prognostizierbar machen. Im folgenden Beitrag werden auf der Grundlage des Gutachtens der 2HM zur Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) (an der Heiden und Meyrahn 2017) die bestehenden Daten zum Rx-Versandhandel, zur flächendeckenden Versorgung mit Apotheken sowie die Herausforderungen für Anpassungen der Preise in der AMPreisV beschrieben.

2 Die Flächendeckung

Im Fokus der befürchteten Konsequenzen des EuGH-Urteils für die Flächendeckung steht die Bedrohung der wirtschaftlichen Situation der Vor-Ort-Apotheken und nicht die Leistung der Versandhändler an sich, die durch eine Lieferung nach Hause grundsätzlich der Flächendeckung dienen, wenn auch nur ergänzend, da nicht in der akuten Versorgung. Die wirtschaftliche Situation vieler Apotheken ist jedoch bereits vor dem EuGH-Urteil für ein langfristiges Bestehen gefährdet, wie die Jahresstatistik im Handel der amtlichen Statistik zeigt: Rund 7.600 Apothekenunternehmen erwirtschafteten bereits im Jahr 2015 einen Bruttobetriebsüberschuss vor Steuern und nach Bruttoinvestitionen von unter 100.000 Euro. Mit diesen 7.600 Apothekenunternehmen waren damit zirka 48 Prozent aller Apothekenunternehmen im Jahr 2015 mittelfristig im Bestand gefährdet, 2.600 davon waren mit einem Ergebnis von durchschnittlich nur 30.000 Euro kurzfristig gefährdet (Abbildung 1). Diese Apotheken sind durch ein Rx-Versandverbot zwar gegebenenfalls vor sich weiter verstärkendem Wettbewerbsdruck geschützt, jedoch auch im Verbotsfall immer noch für eine Geschäftsübergabe als Einzelunternehmen zu unrentabel, und damit ist eine weitere Konsolidierung der Apotheken sehr unwahrscheinlich.

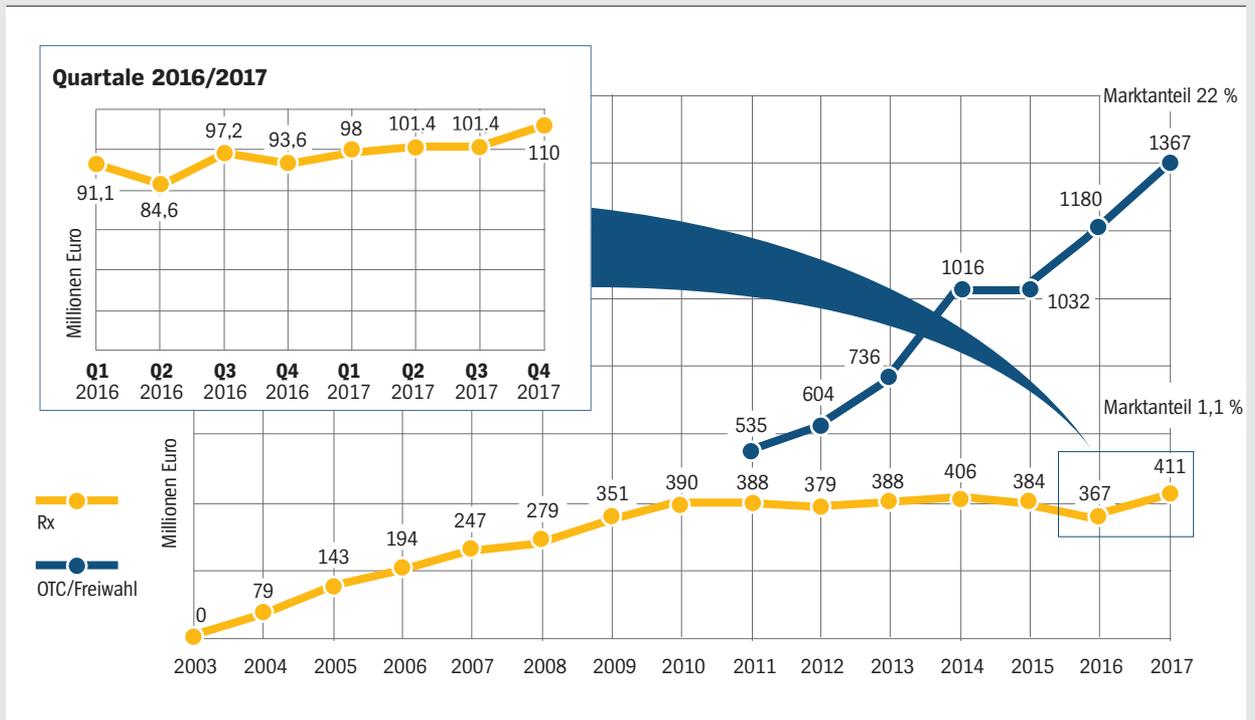
Aktuell ist die flächendeckende Versorgung durch Apotheken nicht gefährdet, für gegebenenfalls zukünftig in der Fläche fehlende Apothekenstandorte existieren gesetzliche Sicherungsmechanismen: Rezeptsammelstellen, Zweig- und Notapotheken. Die Reduktion der Apothekenstandorte in den vergangenen zehn Jahren findet verstärkt in großstädtischen Kreisen statt, die aufgrund der höheren Apothekendichte dort und der besseren Erreichbarkeit weniger Bedeutung für die Bedrohung der Flächendeckung besitzen. Über den von den Apothekerkammern verwalteten Nacht- und Notdienst ist eine kontinuierliche Versorgung der Bevölkerung sichergestellt. Wirtschaftlich geht es den Apotheken in dünn besiedelten Kreisen am besten, sie haben durchschnittlich die höchsten Betriebsergebnisse (Abbildung 2). Von den 7.600 wirt-



schaftlich gefährdeten Apotheken liegen nur 2.300 in ländlichen Kreisen. Diese Daten des Statistischen Bundesamtes widerlegen damit eindeutig ein eindimensionales Bild der „armen Landapotheke“. Eine aktuelle systematische Analyse der flächendeckenden Erreichbarkeit von Apotheken liegt nicht vor, genauso wenig eine Legaldefinition für die Zumutbarkeit der

ABBILDUNG 3

Bisheriges Wachstum des Rx-Versandhandels



Nach dem Start des Medikamentenversandhandels stieg der Onlineverkauf von Rx-Produkten zunächst kräftiger, ab 2010 jedoch kaum noch an. Auch das EuGH-Urteil zum grenzüberschreitenden Arzneiversandhandel vom Oktober 2016 führte bisher nur zu einem geringen weiteren Anstieg (Detailbetrachtung). Stark gewachsen ist der Umsatz mit OTC/Freiwahl-Präparaten: Von 2011 bis 2017 stieg er von 535 Millionen auf 1,367 Milliarden Euro.

Entfernung zu einer Apotheke oder die richtige Anzahl an Apotheken, sodass eine Problemlage schwer zu beschreiben wäre. Dies ist auch insofern bisher nicht notwendig, als dass eine Aufhebung der Niederlassungsfreiheit oder Bedarfsplanung von den Akteuren nicht angestrebt wird. Für die Bewertung der Gefahr des Rx-Versandhandels für die flächendeckende Versorgung wäre daher genauer zu definieren, welche Struktur erhalten werden soll. Diese Frage wird bereits heute für die unabhängig vom Rx-Versandhandel bestehende Gefährdung von 7.600 Apothekenunternehmen nicht beantwortet.

3 Der Rx-Versandhandel

Der Marktanteil der Versender ist für rezeptpflichtige Arzneimittel nach 14 Jahren Versenderlaubnis marginal und wuchs in den 1,5 Jahren nach dem EuGH-Urteil mit Steigerungsraten von zirka zehn Prozent ebenfalls gering (Abbildung 3). Fortgeschrieben wäre bei gleicher Steigerungsrate im Jahr 2026 ein

Marktanteil von rund 2,4 Prozent erreicht. Letztlich ist eine zukünftig stärkere Steigerung des Marktanteils grundsätzlich möglich, zum Beispiel bei Einführung des E-Rezeptes, jedoch kaum vorhersagbar. Die Steigerungen des Marktanteils bei Rx müssten jedoch zunächst jährlich mindestens 40 Prozent betragen, um mittelfristig zu bedrohlichen Marktanteilen der europäischen Versender gegenüber den Vor-Ort-Apotheken zu führen – vergleichbar zu den Marktanteilen apotheken-, aber nicht rezeptpflichtiger Arzneimittel (*over the counter* oder OTC) und der Apotheken-Freiwahlartikel. Übrigens sind die OTC/Freiwahl-Marktanteile der Versender von 2004 auf 2011 auf zehn Prozent gewachsen (also mit durchschnittlich zirka 50 Prozent jährlichem Wachstum), und auf dieser dann bereits hohen Ausgangsbasis konnten die Versender mit durchschnittlich 13 Prozent jährlichem Wachstum ihren Marktanteil in einem ähnlichen Zeitraum von sieben Jahren auf 22 Prozent Marktanteil im Jahr 2017 noch einmal mehr als verdoppeln.

Als Treiber des Marktanteils der europäischen Versender werden die vom EuGH erlaubten Boni gesehen, die auf

Rx gewährt werden. Der Versandhandel ist jedoch unter anderem auch deshalb in der Lage, Boni zu zahlen, weil die Preise für Apothekenleistungen verstärkt die Abgabe von Fertigarzneimitteln honorieren. Leistungen, die im Allgemeinen deutlich seltener oder nie von Versandhändlern erbracht werden, müssen dagegen überwiegend von Vor-Ort-Apotheken deutlich unter Kostendeckung erbracht werden: die Abgabe von Betäubungsmitteln, die Herstellung von Rezepturen sowie die Leistung des Nacht- und Notdienstes.

Für die Preise in der AMPPreisV ergibt sich also aus dem EuGH-Urteil, die bereits im Mai 2017 mit Anhebung der Rezeptur- und Dokumentationszuschläge verfolgte Strategie weiterzuverfolgen, nicht nur den absoluten Festzuschlag für Fertigarzneimittel, sondern alle Leistungsbestandteile der AMPPreisV kostendeckend zu vergüten. Darüber hinaus besteht kein Anpassungsbedarf für die Preise in der AMPPreisV, da für den deutschen Markt nach wie vor Preisbindung gilt und auch in diskutierten Höchstpreismodellen Preise zu definieren sind.

Die Frage eines Versandhandelsverbotes für Rx berührt darüber hinaus vielfältige, über die erwähnten Punkte hinausgehende rechtliche und politische Fragen, die hier nicht vertiefend aufgegriffen werden können, wie zum Beispiel die Ungleichbehandlung von ausländischen und inländischen Versandhandelsunternehmen. Während sich die Politik im Koalitionsvertrag für ein Entweder-oder zu Verbot und Honorar entschieden hat, sind die beiden Themen letztlich größtenteils unabhängig voneinander. Beide Themen tangieren nur am Rande die flächendeckende Versorgung, die, wie bereits beschrieben, zunächst einer Problemdefinition bedürfte und bei einer zukünftigen tatsächlichen Bedrohung über Maßnahmen wie beispielsweise eine Bedarfsplanung wesentlich direkter angegangen werden könnte. Bis dahin dient die Vision eines flächendeckenden Apothekensterbens der Ablenkung von differenzierteren Fragestellungen wie der Fachkräftegewinnung oder der gerechten Preissetzung in der sicheren und kontinuierlichen Distribution und Abgabe von rezeptpflichtigen Arzneimitteln. Gerade weil es in Deutschland eine gute flächendeckende Versorgung mit Apotheken und Großhändlern gibt, ist die Preissetzung auch aus Sicht der Kosten für die Patienten zu hinterfragen und weiterzuentwickeln.

Wie das EuGH beim Thema Preisbindung kommen auch wir in unserem Gutachten (*an der Heiden und Meyrahn 2017*) zu dem Schluss, dass die aktuelle Preissetzung nicht konsequent den gesetzlichen Zielsetzungen folgt und daher im Sinne der berechtigten Interessen der Arzneimittelverbraucher die Preise anzupassen sind. Im Folgenden wird dargestellt, warum die Preise in der AMPPreisV für Apotheken nach unten anzupassen sind. Die Hintergründe der Preissetzung für die Leistungen der vollversorgenden pharmazeutischen

Großhändler werden ebenfalls beschrieben. Zum Abschluss des Beitrages wird noch einmal auf die Sicherstellung der Flächendeckung eingegangen.

4 Nötige Preisanpassungen

Die Preise in der AMPPreisV vergüten die Leistungen der Großhändler und Apotheken, die Bevölkerung kontinuierlich und sicher mit rezeptpflichtigen Arzneimitteln zu versorgen (Tierarzneimittel wurden übrigens aus der Betrachtung ausgeschlossen). Es obliegt dem Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi), diese Preisspannen in der Arzneimittelpreisverordnung festzulegen (§ 78 (1) AMG iVm AMPPreisV), und zwar unter Berücksichtigung der berechtigten Interessen der Arzneimittelverbraucher, der Apotheken und des Großhandels (§ 78 (2) AMG).

Während die berechtigten Interessen von Apotheken und Großhandel im Wesentlichen in der angemessenen wirtschaftlichen Vergütung ihrer Leistungen bestehen, liegen die berechtigten Interessen der Arzneimittelverbraucher einerseits in der Sicherstellung der Versorgung (seit Mai 2017 explizit im AMG festgeschrieben: § 78 (2) AMG) sowie andererseits in angemessenen Preisen. Der Arzneimittelverbraucher wird in seinen Interessen dabei überwiegend von den gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen vertreten. Die Balance dieser Interessen setzt die AMPPreisV seit 2004 für die Apotheken und seit 2012 für den Großhandel mit einer Berechnungsweise der Preise um, die Fertigarzneimittel durch Kostendeckung vergütet. Das Kostendeckungsprinzip stellt so einerseits sicher, dass die Qualität der Leistung auch unter sich verändernden Kosten weiterhin erbracht werden kann, und schützt andererseits die Verbraucher vor überhöhten Preisen. In den vergangenen Jahren wurden zusätzlich weitere Preisbestandteile in Richtung einer besseren Kostendeckung erhöht beziehungsweise ergänzt, um die flächendeckende Versorgung zu fördern (zum Beispiel der Nacht- und Notdienstfonds im Jahr 2013 und höhere Rezeptur- und Dokumentationszuschläge im Jahr 2017).

Ein Kostendeckungsprinzip impliziert eine Anpassung der Vergütung nach Kostenentwicklung. In der Vergangenheit sind die Preise entsprechend mehrfach angepasst worden – zunächst im Einvernehmen der Leistungs- und Kostenträger realisiert über die Höhe des Rabatts für die gesetzliche Krankenversicherung, der im SGB V festgelegt wird. Der im Jahr 2004 auf zwei Euro festgelegte Rabatt änderte sich 2005 auf 1,85 Euro, 2006 wieder auf zwei Euro, 2009 auf 2,30 Euro, dann auf 1,75 Euro, 2011 auf 2,05 Euro, dann 1,85 Euro, bis der Rabatt letztlich auf 1,77 Euro festgeschrieben wurde. Obwohl der „Abschlag

[...] so anzupassen [ist], dass die Summe der Vergütungen [...] leistungsgerecht ist unter Berücksichtigung von Art und Umfang der Leistungen und der Kosten der Apotheken bei wirtschaftlicher Betriebsführung“ (§ 130 (1a) SGB V in der vor dem 29. August 2005 geltenden Fassung), machen die Schwankungen des Rabatts nach oben und unten deutlich, dass nicht nur die Kostenentwicklung in die jeweiligen Festlegungen eingeflossen sind, sondern auch zum Beispiel Einsparziele der jeweiligen gesundheitspolitischen Gesetzesreformen. Von Beginn an findet also eine Mischung von datenbasierten mit politischen Anpassungsmotiven in der Preissetzung statt. Die gesetzliche Festschreibung des GKV-Rabatts im SGB V auf 1,77 Euro manifestiert diesen Konflikt und die dem datenbasierten Anspruch des Modells zuwiderlaufende Anpassungspraxis: Man konnte sich auf keine gemeinsame Datenbasis einigen. In der Anpassungsberechnung auf Kostenebene im Jahr 2012, die ab diesem Zeitpunkt über die AMPPreisV erfolgen sollte, wurde durch das BMWi und das Statistische Bundesamt ebenfalls eine unvollständige Datenbasis für die dem absoluten Festzuschlag für Fertigarzneimittel zugrunde liegenden Kosten festgestellt (*BMWi 2016*). Im Ergebnis wurde damals der absolute Festzuschlag von 8,10 Euro auf 8,35 Euro angehoben. Diese Berechnung wurde jedoch von Apothekerseite kritisiert und offenbarte neben der Notwendigkeit eines konsensuellen Datensatzes auch Differenzen in der Bewertung und Umsetzung der im Jahr 2004 entwickelten Berechnungslogik.

Die Anpassungsrechnungen zeigen insgesamt die bis heute nicht erreichte Umsetzung eines mit der aktuellen AMPPreisV sowie dem § 130 SGB V angestrebten Paradigmenwechsels in der Preisbestimmung: die Preise leistungs- und kostenbezogen zu berechnen, anstatt sie anhand von Margen der Vergangenheit politisch zu verhandeln.

Inkonsistenzen in den Ausgangsberechnungen 2004 und 2012

Die Analyse der Datengrundlagen und Berechnungswege der Preise in der AMPPreisV zeigt bereits für die ersten Berechnungen Inkonsistenzen mit dem Leistungs- und Kostenbezug. Dieser sollte mit dem sogenannten Kombimodell 2004 implementiert werden, also dem damaligen Wechsel von prozentualen Zuschlägen hin zu einer Kombination aus einem absoluten und einem prozentualen Zuschlag. Während die Gesetzesbegründungen und die weiteren Quellen zum Kombimodell das Prinzip der Kostendeckung als Hintergrund der Preisbildung beschreiben, zeigen die dafür verwendeten Berechnungswege eine nur geringe Verankerung an leistungsbezogenen Kostendaten:

- Für folgende Leistungsbausteine, für die es auch Preise in der AMPPreisV gibt, gab es gar keine Daten zu Aufwänden oder Kosten: drei Prozent prozentualer Aufschlag

für Fertigarzneimittel, Herstellung von Rezepturen, Zubereitung von parenteralen Lösungen sowie die Abgabe von Betäubungsmitteln (BtM) und den Nacht- und Notdienst. Das allein ist noch mit dem Kombi-Modell vereinbar, da sich dieses nur auf die rezeptpflichtigen Fertigarzneimittel bezieht. Nicht angemessen ist jedoch, für die genannten Tätigkeiten gar keine Kosten für die Apotheke in der Berechnung anzunehmen. Das heißt, es wurden von den Gesamtkosten nur Kosten für OTC abgezogen, bevor der absolute Festzuschlag für Rx berechnet wurde.

- Warenwirtschaft und Verkauf der Arzneimittel und Produkte in der Freiwahl wurden in der Berechnung der Kosten ebenfalls nicht abgezogen, also wurde in der Berechnung angenommen, dass damit kein Aufwand beziehungsweise Deckungsbeitrag entsteht.
- Die Berechnungen für den absoluten Festzuschlag bezogen sich auf den Rohertrag und nicht auf die Kosten und beziehen somit den damaligen Gewinn mit ein. Dadurch wurde die Definition eines kalkulatorischen Unternehmerlohns umgangen und die Aufwände der Inhaber sind zwar eingeflossen, aber nicht als Bestandteil der Kosten definiert oder transparent gemacht worden.
- Obwohl es den klar umsatzbezogenen prozentualen Zuschlag von drei Prozent gibt, wurde auch im absoluten, als preisunabhängig definierten Zuschlag der Umsatz einberechnet. Mit der pauschalen Hälftigen-Absatz-Umsatz-Methode müssen rezeptpflichtige Arzneimittel, die durchschnittlich teurer sind als OTC, mit dem absoluten Festzuschlag deutlich höhere Kosten abdecken, als für diesen Zuschlag in der AMPPreisV vorgesehen ist, da dieser nicht preisgebunden sein sollte.

Im Ergebnis der damaligen Berechnung wurden mit dem absoluten Zuschlag für Rx-Fertigarzneimittel über 70 Prozent aller Kosten und Gewinne in der Apotheke vergütet, obwohl der Zuschlag eigentlich nur die preisunabhängigen Kosten der Abgabe, und ausschließlich der preisunabhängigen Abgabe von Rx-Fertigarzneimitteln, abdecken sollte. Der Absatz von Rx machte auch in der Berechnung 2012 jedoch maximal 40 Prozent in der Apotheke aus.

Für die Großhandelspreise wurde 2012 ebenfalls ein Kombimodell mit Kostendeckungsprinzip eingeführt. Beim Großhandel wurden die Rx-Kosten ausschließlich anhand der Packungszahl sowie des Zusatzaufwandes für Kühlung und BtM bestimmt, der Umsatz war hier sachgerecht im Gegensatz zu der Apothekenberechnung kein Zuordnungskriterium. Jedoch wurden auch beim Großhandel, statt wie beschrieben variable und fixe Kosten mit den prozentualen und absoluten Zuschlägen zu decken, bereits alle anfallenden Kosten für Rx durch den absoluten Zuschlag gedeckt. Die gedeckelten 3,15 Prozent wurden ohne Kostenbezug als „Marge“ dazugerechnet.

Neuberechnung mit umfassender Kostendeckung

Im Rahmen des Gutachtens „Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) geregelten Preise“ wurde neben der bisher beschriebenen Analyse eine Neuberechnung der Preise durchgeführt. Spezifische Leistungen der Apotheke wurden so berechnet, dass sie eigenständig kostendeckend vergütet werden und nicht überwiegend über den Zuschlag der Fertigarzneimittel. Diese leistungsgerechtere Vergütung, die wie bereits erwähnt auch im Vergleich zum Versandhandel gerechter ist, war nur möglich, indem der Aufwand für diese Leistungen erstmalig bestimmt wurde. Mit Datenerhebungen bei Apotheken und dem vollversorgenden Großhandel wurden die spezifischen Aufwände erfasst und in Kostensätze umgerechnet. Auch der Nacht- und Notdienst wurde in Bezug auf die erbrachten Zeiten und die Kosten für das qualifizierte Personal und die Ausstattung der Apotheken kostendeckend berechnet. Die Kosten für Rx-Fertigarzneimittel ergeben sich in der Neuberechnung trennscharf ohne die anderen Deckungsbeiträge der AMPreisV sowie in Abgrenzung zu Aufwänden für OTC und Freiwahl. Aufwände der Inhaber fließen als kalkulatorische Kosten mit ein, ebenso Bruttoinvestitionen der Apotheken und Großhandlungen.

Berechnungsergebnis

Die Leistungen für Rezepturen, Notdienst und erhöhten Dokumentationsaufwand sind für eine kostendeckende Vergütung um rund 500 Millionen Euro pro Jahr zu erhöhen. Beim zeitlichen Aufwand für die Zubereitung von parenteralen Lösungen sind die Prozesse effizienter geworden, hier liegt eine kostendeckende Vergütung zirka 250 Millionen Euro niedriger als bisher. Die Vergütung für rezeptpflichtige Fertigarzneimittel liegt mit absolutem und prozentualem Zuschlag zusammen rund 1,25 Milliarden Euro über Kostendeckung. Beim Großhandel ist zwar der absolute Zuschlag zu erhöhen, da die Kosten seit 2012 gestiegen sind. Der prozentuale Zuschlag ist jedoch kostenbezogen berechnet deutlich geringer anzusetzen, sodass auch hier die aktuelle Vergütung über Kostendeckung liegt. Insgesamt könnten trotz Kostendeckungsprinzip für alle Leistungsbestandteile mindestens eine Milliarde Euro geringere Kosten für die Arzneimittellendverbraucher (also gesetzlich Versicherte, privat Versicherte und Selbstzahler) realisiert werden.

5 Strukturfonds

Die Apotheken unterscheiden sich sehr stark in ihrem Betriebsergebnis und damit darin, was die Inhaber an Gewinn realisieren. Viele Apotheken sind sehr rentabel in allen drei Geschäftsbereichen (also Rx, OTC und Freiwahl) und als

Heilberufler und Kauflaute erfolgreich. Es gibt keinen Grund, bei gegebenem Monopol, festgelegtem Arzneimittelangebot und stabiler Nachfrage über Kostendeckung hinaus zu vergüten. Die der AMPreisV innewohnende Durchschnittsvergütung kann sich zwangsläufig nicht an der schwächsten Apotheke ausrichten. Dies gilt bei gegebener Flächendeckung, jedoch auch bei Gefährdung der Flächendeckung. Es wäre dann eine Frage der Strukturförderung und nicht eine Frage der Preise für eine Leistung. Denn in den Fällen, wo eine Apotheke nicht rentabel geführt werden kann, kann auch die Leistung nicht in hinreichendem Umfang erbracht werden, da die entsprechende Auslastung nicht gegeben ist. Die AMPreisV lässt jedoch eine Strukturförderung über den Nacht- und Notdienst-Fonds oder weitere mögliche Strukturfonds zu, die gegebenenfalls zukünftig entstehende Probleme der Flächendeckung bewältigen können.

Ein Strukturfonds für alle 2.300 gefährdeten ländlichen Apotheken würde zu zusätzlichen Kosten von 100 Millionen Euro pro Jahr führen, um diesen Apotheken ein Betriebsergebnis von 100.000 Euro zu ermöglichen und sie damit zu erhalten. Über die Erhöhung der allgemeinen Preise wären mit gleichem Ergebnis für die 2.300 Apotheken zirka zwei Milliarden Euro aufzubringen (Abbildung 4). Dieser Vergleich zeigt, wie wichtig es ist, dass Problem und Lösung differenzierter benannt werden als in der aktuellen Debatte und zu pauschale Argumentationen nicht erst vom Oberlandesgericht, Bundesgerichtshof oder EuGH kritisch beleuchtet werden. Für das Rx-Versandverbot stellt sich eine vergleichbar grundlegende Frage: Wie kann ein Rx-Versandverbot 7.600 bereits im Jahr 2015 gefährdete Apotheken-Unternehmen im Bestand erhalten? Was antwortet man dem EuGH auf die Frage, was neben dem Verbot noch für den Erhalt getan wird? Findet man hier keine stichhaltige Antwort, wird der EuGH auch dieses Problem aufgreifen.

6 Kritik am Gutachten

Die Ergebnisse des Gutachtens zur AMPreisV sind in Anbetracht ihrer deutlichen Reduktion von den Leistungserbringern erwartungsgemäß kritisch aufgenommen worden. Die Kritik kann dabei in drei Arten aufgeteilt werden:

1. Kritik, die sich weniger auf die Neuberechnung bezieht als auf die AMPreisV an sich: zum Beispiel Kritik an der Vergütung mit Durchschnittspreisen oder an der Ausrichtung der Vergütung in der AMPreisV an der Arzneimittelpackung. Bei dieser Art der Kritik ist auch die Vorstellung zu verorten, die AMPreisV sei dafür zuständig, den Status quo des Apothekenbestandes zu sichern. Auch das Kostendeckungsprinzip der AMPreisV wird kritisiert, insbesondere vom Großhandel, aber auch von den Apotheken: Es müsste auch ein Gewinn einberechnet werden.

ABBILDUNG 4

Strukturfonds versus Vergütungserhöhung zur Sicherstellung der Flächendeckung

Strukturfonds (100 Millionen Euro)



Vergütungsanhebung (2 Milliarden Euro)



Eine Vergütungsanhebung (unteres Szenario) käme zum größten Teil Apotheken zugute, die gar nicht in ihrem Bestand geschützt werden müssten. Ganz anders bei einem Strukturfonds (oberes Szenario): Hier würden zielgenau ausschließlich ländliche Apotheken gestützt, die im Bestand gefährdet sind.

Quelle: eigene Darstellung und Berechnung. Grafik: G+G Wissenschaft 2018

Dieser Art der Kritik ist nur mit einer neuen Vergütungslogik zu begegnen, aus Datensicht gibt es dafür jedoch keine Notwendigkeit.

2. Kritik, die durch ein falsches Verständnis der AMPPreisV, seiner gesetzlichen Grundlagen und seiner Berechnung entsteht: Das ist zum Beispiel die Vorstellung der Vergütung eines „Versorgungsauftrages“ inklusive OTC. Diese Vorstellung ignoriert die gesetzlichen Vorgaben und Konsequenzen zum Beispiel der Preisfreiheit von OTC und der Niederlassungsfreiheit. Auch in der früheren Berechnung kommt eine „Mischkalkulation mit OTC“ nicht vor. Eine weitere Kritik dieser Art ist, dass die Vergütung nur relativ zum Jahr 2004 nach Kostenentwicklung anzupassen sei, nicht anhand der absoluten Kosten. Diese Art der Kritik verweist auf die politische Verhandlung von Preisen, die mit einer datenbasierten und damit an der Entwicklung von Kosten orientierten Preisberechnung nicht vereinbar ist.
3. Kritik, die die Berechnung zwar grundsätzlich als richtig, aber als zu vereinfacht oder unvollständig ansieht:

Beispielsweise sollten eher Eigenkapitalzinsen in die Berechnung der Kosten für die Inhaber aufgenommen werden, als den Unternehmerlohn an den Leitern der Krankenhausapotheken festzumachen. Oder die Überalterung in der Personalstruktur solle in die Berechnung der Personalkosten berücksichtigt werden. Die Freiwahl könnte mit geringerem Aufwand als Rx und OTC in die Kostenaufteilung aufgenommen werden. Auch die Anzahl der Packungen in der Freiwahl könne überprüft werden, ob es sich tatsächlich immer um Verkaufseinheiten handelt. Kaufmännische Leistungen sollten überwiegend preisunabhängig und damit absolut vergütet werden, was dem Wortlaut der AMPPreisV besser entspricht. Berechnungen sind im Detail zu hinterfragen und gegebenenfalls zu präzisieren. Viele dieser Punkte haben durchaus eine Berechtigung und wären zu prüfen, wenn es denn eine konstruktive Auseinandersetzung sowie den politischen Willen bei den Akteuren für die Umsetzung einer daten- und kostenbasierten Preissetzung gäbe. Dennoch vernachlässigen diese Kritikpunkte, dass die Berechnung

im Gutachten an vielen Stellen zugunsten der Leistungserbringer durchgeführt wurde und sich auch hier ebenfalls eine Präzisierung anschließen muss, wenn die Datenbasis im Detail erweitert werden sollte.

Es bietet sich folgende Umsetzung der Ergebnisse an:

- 1) Erhöhung der Preise für Betäubungsmittel, Rezeptur und Nacht- und Notdienst und entsprechende Reduktion des absoluten Zuschlags für Fertigarzneimittel
- 2) Nur stufenweise nochmalige Reduktion des absoluten Zuschlags für Fertigarzneimittel, um eine konstruktive weitere Diskussion der Preise zu ermöglichen

7 Fazit: Rx-Versandverbot löst Probleme nicht

Auch ohne Prognosen, bereits anhand der aktuellen Datenlage kann festgestellt werden, dass ein Rx-Versandverbot die bestehenden wirtschaftlichen Probleme eines wesentlichen Anteils der Apotheken nicht lösen kann. Angesichts der guten Versorgungslage sollte sich die Politik jedoch nicht von undefinierten und zukünftig möglicherweise eintretenden Problemen leiten lassen, für die selbst die Landesvertretungen bisher keine Lösungsstrategien oder Monitorings entwickeln, sondern sich im Sinne der Arzneimittelverbraucher für die längst in den Gesetzen hinterlegten Prinzipien zur Honorierung der Leistungen von Apothekern und Großhändlern einsetzen: die einer datenbasierten und transparenten Preissetzung. Das Kostendeckungsprinzip stellt eine abschließende Vergütung der Leistungserbringer sicher. In einer

kontinuierlichen Aktualisierung der Vergütung liegt zudem eine Chance für die Apotheken und damit für eine nachhaltige flächendeckende Versorgung: Eine an aktuellen Entwicklungen und Daten orientierte Berechnung ihrer Preise lässt eine angemessene Entwicklung ihres Geschäftes auch auf wirtschaftlicher Ebene trotz anfänglicher Reduzierung zu. Eine reine Besitzstandswahrung auf dem Stand von 2002 wird sich mittelfristig als weniger hilfreich erweisen und, im Gegensatz zu beispielsweise kostendeckender Notdienstvergütung, ungerechte Vergütungsschwerpunkte in Hinblick auf bestimmte Apotheken verschärfen.

Literatur

an der Heiden I, Meyrahn F (2017): 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; www.bmwi.de → Suchbegriff: AMPreisV
BMWi (Bundesministerium für Wirtschaft und Energie) (2016): Ausschreibung: Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) geregelten Preise; https://ausschreibungen-deutschland.de/269243_Ermittlung_der_Erforderlichkeit_und_des_Ausmasses_von_AEnderungen_der_2016_Bonn
INSIGHT Health (2017): OTC-Apothekenmarktentwicklung Juli 2017; www.insight-health.de/sites/default/files/2018-01/OTC-Apothekenmarkt_201712.pdf

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 1. Juni 2018)

DIE AUTORIN



Iris an der Heiden,

Jahrgang 1975, studierte an der Westfälischen Wilhelms-Universität in Münster und ist Diplom-Psychologin. Sie leitet das IFI, das Institut für sozioökonomische Forschung der Strategieberatung ZHM. Bei ZHM hat sie ab 2006 zunächst Beratungsprojekte zu industriellen Fragestellungen durchgeführt. Seit 2010 liegt ihr Schwerpunkt zunehmend auf Forschungsprojekten, die wirtschaftliche Aspekte gesellschaftlicher Fragestellungen beleuchten. Vor ihrer Zeit bei ZHM war sie fünf Jahre im Gesundheitswesen tätig: in der Gesundheitsberichterstattung am Gesundheitsamt der Stadt Münster sowie in der Realisation von Patientenzufriedenheitsstudien am Picker Institut Deutschland.