

Liberalisierung des Arzneimittelmarktes

Von Holger Goetzendorff / Am 14. März 2017 hat die Bundesvereinigung der deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) eine Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zum Verbot des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln an den Bundestagsausschuss für Gesundheit übersandt. Die Tarifgemeinschaft der Apothekenleiter Nordrhein nahm das zum Anlass, in einem Gespräch die Anliegen der Patienten und der Mitarbeiter in öffentlichen Apotheken zu verdeutlichen.

Versandhandel verbieten

Der Titel dieser Stellungnahme: „Arzneimittelmarkt liberalisieren statt Versandhandel verbieten“, ist irreführend. Der Referentenentwurf befasst sich lediglich mit dem Versandhandelsverbot von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln (sog. Rx-Präparate). Die Legalisierung des Versandes der Rx-AM durch das EuGH-Urteil vom 19. Oktober 2016 begünstigt einseitig ausländische Versandapotheken, weil Rabatte bzw. Boni bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln durch inländische deutsche Apotheken aufgrund der Preisspannenverordnung nicht gewährt werden können. Ein Verbot des Versandhandels mit freiverkäuflichen Arzneimitteln stand niemals zur Debatte. Ein Großteil dieser Arzneimittel wird heute auch im Versandwege außerhalb der Apotheke vertrieben.

In der Stellungnahme führt die BDA im Einzelnen aus: „Ein Verbot des Versandhandels würde die Versicherten zusätzlich belasten. Sie hätten dann keine Chance mehr, sich Arzneimittel zu geringeren Preisen im Ausland zu besorgen und auf diese Weise Zuzahlungen zu sparen bzw. zu verringern.“ Gleichzeitig wird die Möglichkeit der Selektivverträge von Krankenkassen mit Apotheken und die Aufhebung des Mehr- und Fremdbesitzverbotes gefordert. Auch zur Zahl der Apotheken in Deutschland wird Stellung genommen: „Zudem wäre auch bei einem deutlichen Rückgang der Zahl der Präsenzapotheken noch eine ortsnahe Versorgung gewährleistet. In Deutschland kommen auf jeden Einwohner vier Mal so viele Apotheken wie in Dänemark, wo dennoch die Arzneimittelversorgung gewährleistet ist.“ (Zum Vergleich: Deutschland hat auf 357.000 km² 83 Mio. Einwohner, Dänemark auf 42.921 Quadratkilometer {ohne Grönland!} 5,8 Mio. Einwohner, also nur halb so viele wie Deutschland; außerdem lebt 1/5 der Bevölkerung Dänemarks in Kopenhagen!)

Liberalisierung des Arzneimittelvertriebs

Schon im Februar 2015 hat die BDA ein „Konzept zur Neuordnung der gesetzlichen Krankenversicherung“ herausgegeben. Unter dem Punkt Arzneimittelversorgung wird dort gefordert: „Die Preisbindung durch die Arzneimittelpreisverordnung muss daher beseitigt werden.“

Neben der Forderung nach Selektivverträgen zwischen Apotheken und Krankenkasse wird auch der Fall des Mehr- und Fremdbesitzverbotes gefordert. Die Begründung: „Es bedeutet eine Ausschließlichkeit der eigentümergeführten Präsenzapotheke und verhindert Apothekenketten und den Betrieb von Apotheken durch Kapitalgesellschaften.“

Unter dem Punkt „Eigenverantwortung ausbauen“ wird eine Ausweitung der Selbstbeteiligung des Patienten gefordert. Dazu gehören die Anhebung der Belastungsobergrenze von 2 auf 3 Prozent und die Wiedereinführung der Praxisgebühr.

Das Steuerungsinstrument der Selbstbeteiligung hat die BDA bei ihrer jüngsten Stellungnahme zum Verbot des Rx-Versandhandels wieder aus den Augen verloren. Sie schreibt, dass bei einem Verbot des Rx-Versandhandels die auf Arzneimittel angewiesenen Patienten „nicht mehr die Chance hätten, die von ihnen benötigten Arzneimittel so günstig wie bislang möglich zu beschaffen,“ (Anmerkung:

Seit dem EuGH-Urteil) und vermischt damit den Versand freiverkäuflicher mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln.

Initiative der Tarifgemeinschaft der Apothekenleiter Nordrhein (TGL)

Die TGL ist Mitglied bei *unternehmer nrw* (Landesvereinigung der Unternehmerverbände Nordrhein-Westfalen), die gleichzeitig der *Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände* (BDA) angehört.

Nach der Diskussion der BDA-Stellungnahme zum Referentenentwurf der Bundesregierung im Vorstand der TGL wurde die Vorsitzende Dr. Heidrun Hoch beauftragt, mit dem Hauptgeschäftsführer der *unternehmer nrw*, Dr. jur. Luitwin Mallmann, Kontakt aufzunehmen. Dabei sollte insbesondere die Sichtweise der Mitglieder der TGL zum EuGH-Urteil vom 19. Oktober 2016 sowie die Erwartungen an ein Verbot des Rx-Versandhandels aus der Sicht der Beschäftigten dargelegt werden. In einem weiteren Schritt sollten die flächendeckende Versorgung der Patienten und die Apotheke als Anlaufstelle kranker Menschen vor dem Hintergrund ungleicher Wettbewerbsbedingungen (Preisspannenverordnung gilt nicht für ausländische Versender von Rx-AM) angesprochen werden.

In der Folge konnte auf Initiative von Dr. Mallmann ein Gespräch mit der zuständigen Fachabteilung ‚Soziale Sicherung‘ bei der BDA in Berlin vereinbart werden.

Vorbereitung des Treffens am 6. Oktober in Berlin

In Vorbereitungen hatte sich herausgestellt, dass die Papiere der BDA ohne Mitwirkung pharmazeutisch ausgebildeter Experten verfasst worden waren. Außerdem war die Publikation: *Versandverbot für verschreibungspflichtige Arzneimittel - Wettbewerbsökonomische und gesundheitspolitische Begründetheit* von Uwe May, Cosima Bauer und Heinz-Uwe Dettling im Deutschen Apothekerverlag noch nicht erschienen.

Die Vorsitzende der TGL, Dr. Heidrun Hoch, erarbeitete demzufolge gemeinsam mit Dr. Holger Goetzendorff aus Pulheim, Arbeitsmaterialien als Grundlage für die Besprechung, die im Folgenden auszugsweise wiedergegeben werden:

1. Welche volkswirtschaftlichen Belange sind bei der Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln zu berücksichtigen?
 - Der eigene Staat hat die Pflicht und die Gestaltungshoheit, seine Bürger zu versorgen.
 - Die Versorgung der Bevölkerung muss flächendeckend erfolgen, hier wirkt sich ein Apothekensterben kontraproduktiv aus. Normative an die Qualität der Infrastruktur und Gebot der gleichen Lebensverhältnisse werden nicht eingehalten.
 - Die Versorgung mit Arzneimitteln muss nach deutschem Recht erfolgen, denn gesundheitspolitische Entscheidungen gehören in die Hände der Nationalstaaten (vom EuGH bestätigt).
 - Die deutsche Arzneimittelpreisverordnung schreibt einen einheitlichen Abgabepreis für alle verschreibungspflichtigen Arzneimittel vor. Dieser garantiert zurzeit noch die flächendeckende Versorgung und die Erfüllung der Gemeinwohlpflichten, also auch die Qualität.
 - Der Apotheker haftet in Deutschland persönlich für Fehler. Internationale Konzerne können diese Haftung begrenzen.
 - Steuerliche Aspekte: Mehrwertsteuer - und Gewerbesteuer ausfälle
 - Gewinne fallen im Ausland an und werden dort versteuert.

- Volkswirtschaftlich kann, trotz des EuGH-Urteils, Boni und Rabatte auf Rx-Arzneimittel freizugeben, nicht toleriert werden, dass ausländische Marktteilnehmer Vorteile gegenüber inländischen haben. (Gleichlange Spieße, Inländerdiskriminierung).
- Der Arzneimittelkonsum bei Rx wird in Deutschland durch die Zuzahlungsregelungen eingedämmt. Bonusregelungen führen zu einer erhöhten Nachfrage (Marktversagen durch externe Effekte, Moral-Hazard-Phänomen und Free-Rider-Verhalten - wird durch Zuzahlungsregelungen entgegengewirkt).

2. Wie wirken sich die durch das EuGH-Urteil eingeleiteten systemrelevanten Veränderungen auf die Personalsituation und die Qualität der Arzneimittelversorgung in deutschen Apotheken aus?

- Zurzeit arbeiten bundesweit ca. 156.000 Menschen in deutschen Apotheken.
- Es handelt sich mehrheitlich um Frauen, die Beruf und Familie durch Teilzeitangebote wohnortnah verbinden können. Letzteres ist volkswirtschaftlich und familienpolitisch erwünscht.
- Wenn die qualitätsgesicherte, patientenbezogene Arbeit durch Preisfreigabe im Rx-Bereich oder wegen zu gewährender Rabatte nicht mehr finanziert werden kann (für die Mehrheit der bundesdeutschen Apotheken besteht bei fortgesetzt legalisierter Rosinenpickerei ausländischer Großkapitalgesellschaften ein erhebliches Schließungsrisiko), stehen tausende Arbeitsplätze sowie Steuer- und Sozialabgaben zur Disposition.
- Die daraus resultierende reduzierte bzw. im ländlichen Bereich eradizierte persönliche Beratung hat eine deutliche Senkung der Versorgungsqualität und Patientensicherheit zur Folge.
- Digitalisierung ersetzt die persönliche pharmazeutische Betreuung nicht.
- Das elementare Grundrecht aller Menschen auf Gesundheitsschutz wird somit unterlaufen.

3. Wie könnte sich die Arzneimittelversorgung aus der Sicht der Patienten ändern, wenn die örtliche Präsenzapotheke (vorzugsweise die Solitärapotheke außerhalb der großen Zentren) wegfällt?

- Wegfall der persönlichen Beratung und Betreuung.
- Sofortbelieferung oder per Bote entfällt.
- Face to face wird durch Telefonleitung ersetzt
(eine persönliche Einschätzung durch sichtbare oder bekannte Fakten entfällt).
- Sprachprobleme bei Migranten sind nur schwer händelbar (s.a. Beratungsbogen des Autors).
- Rechnungskontrolle auf Bonusabrechnung und Sonderrabatte, Versandkosten etc. erhöhen den Aufwand für den Patienten.
- Häusliche Anwesenheit bei Zustellung erforderlich.
- Abholung wegen Eilbedürftigkeit auf der Post.
- Barzahlung nicht möglich, stattdessen Überweisung.
- Preisrecherche im Internet, wer gewährt die höchsten Rabatte und Nachlässe z. B. beim Porto (ggf. Anbieterwechsel, um Boni auszunutzen).
- Nur wer bei einer ausländischen Versandapotheke Rx- Medikamente bestellt, kann Boni erhalten.
- Es gibt keine Stammapotheke mehr, die den Überblick über die Gesamtmedikation hat (AMTS), ein Abgleich des Medikationsplanes mit den inländischen Ärzten entfällt.
- Die ausländische Versandapotheke unterliegt nicht dem Kontrahierungszwang und liefert nicht alles, z. B. keine Betäubungsmittel (sog. Rosinenpickerei), häufig werden Rezepturen abgewiesen.

- Im Notfall gibt es keine Nacht – und Notdienstapotheke in der Nähe, weil die flächendeckende Versorgung zusammengebrochen ist.
- Lieferung kühlkettenpflichtiger AM, Impfstoffe problembehaftet.
- Rezepturen entfallen weitgehend.

4. Wirtschaftliche Rahmenbedingungen für Apotheken in Deutschland und im Ausland unter der Berücksichtigung der Gewährung von Boni und anderen Rabatten

Ist-Situation in Deutschland (Auswahl):

Seit vielen Jahren schließen in Deutschland 200 Apotheken pro Jahr, die Zahl der Mitarbeiter ist auf 156.000 gestiegen, nicht zuletzt um die Mehrarbeit für die Rabattverträge der Kassen aufzufangen, die damit 2016 fast 3 Milliarden Euro der Arzneimittelkosten einsparten. Eine mittlere Apotheke (nur Rechenbeispiel) beliefert etwa 24.000 Rezepte pro Jahr. Der Gewinn vor Steuern beträgt ca. 5-6 Prozent vom Umsatz (davon sind Steuern, Krankenkasse und Altersversorgung zu zahlen).

- Großhandelsrabatt und Handlungskosten sind gedeckelt.
- Industrierabatte auf Rx-Medikamente sind verboten.
- Die Gewährung von Rabatten, Boni oder andere Leistungen dieser Art an Patienten sind bei Rx-Arzneimitteln verboten, der Preis ist demzufolge in allen Apotheken gleich.
- Es besteht eine Abgabepflicht bei verordneten Arzneimitteln.
- Es ist Nacht - und Notdienst zu leisten.
- Es gibt ein Fremd- und Mehrbesitzverbot (max. 4 Apotheken).

Die Pflicht zur persönlichen Beratung des Patienten ist gesetzlich vorgeschrieben.

Ist-Situation ausländischer Versandapotheken

- Großhandelsrabatt und Rabattgewährungen der Industrie unterliegen keinerlei Beschränkung.
- Die ausländischen Apotheken sind von der Nacht – und Notdienstverpflichtung ausgenommen.
- Die Abgabeverpflichtung besteht nicht, so dass unwirtschaftliche Verordnungen nicht beliefert werden müssen (s.a. Rezepturanfertigung).
- Betäubungsmittelrezepte sowie kühlkettenpflichtige Arzneimittel werden nicht beliefert.
- Die Pflicht einer pharmazeutischen Beratung (personal – und kostenintensiv) ist nicht vorgeschrieben, allenfalls gibt es eine Hotline.

Rechenbeispiel

Boni und Rabatte ausländischer Versandapotheken (Beispiel aus der Werbung von Doc-Morris, Tochterunternehmen der schweizerischen Aktiengesellschaft Apotheke Zur Rose Group):

10 Euro Erstkundenrabatt, bei Newsletter-Bestellung 5 Euro Gutschein.

2,50 Euro Bonus pro Rx-Medikament, bis 15 Euro pro Rezept laut Werbung (In Deutschland dürfen nicht mehr als drei Arzneimittel auf dem Rezept stehen!).

Portofreie Einsendung der Rezepte.

Portofreie Sendung bei Mindestbestellsumme von 19 Euro.

Auswirkung von Boni auf das Ergebnis einer deutschen Apotheke (Beispielrechnung):

24.000 Rezepte jährlich, davon 20 Prozent zukünftiger Versandanteil bei durchschnittlich zwei Rx-Medikamenten und einem Bonus von 2,50 Euro pro Medikament ergibt $4.800 \times 5,00 = 24.000$ Euro Bonuszahlungen im Jahr.

Nebenkosten z.B. für Porto, Versandgebühren und Erstkundenbonus bleiben außer Ansatz.

Das Ergebnis der Beispielpotheker (bei 1,5 Mio. Jahresumsatz Gewinn 70-90.000 Euro) ermäßigt sich auf 46.000-66.000 Euro brutto. Da ein angestellter Apotheker durch die Übernahme der hälftigen Sozialabgaben und den Nichteinsatz von Privatkapital mehr als ein Apothekenleiter verdient, ist die Schließung vorprogrammiert.

Die vorstehenden Arbeitsmaterialien wurden den Teilnehmern des Gesprächs zu Beginn nebst der Publikation von May/Bauer/Dettling übergeben.

An der Besprechung nahmen für die BDA teil: Alexander Hagen, Dr. Volker Hansen (Leitung Soziale Sicherung), Dr. Luitwin Mallmann (Hauptgeschäftsführer *unternehmer nrw*) und Dominik Naumann. Für die *TGL Nordrhein* nahmen teil: Dr. Heidrun Hoch [H] (Vorsitzende TGL) und Dr. Holger Goetzen-dorff [G]

Fragen an die Vertreter der BDA:

Für die Sitzung hatten die Vertreter der Tarifgemeinschaft mehrere Fragen vorbereitet, die neben den bereits erwähnten Arbeitsmaterialien den Focus auf die flächendeckende Versorgung, die Patientenbedürfnisses sowie auf die die Versorgung leistenden Beschäftigten richten sollten.

1. H Sind Sie der Meinung, dass Arzneimittel eine x-beliebige Ware sind, die nach gleichen Kriterien wie andere Waren zu handhaben sind?
2. G Neben technischen Voraussetzungen, die gerade für ältere eingeschränkte Personen zum Problem werden könnten, geht mit dem Ende der flächendeckenden Versorgung auch ein sozialer Anlaufpunkt verloren. Wie wollen Sie als Verband die Nichtachtung von alten Menschen begründen, damit nicht das Wort von der sozialen Kälte die Runde macht?
3. H Ein Arbeitgeberverband schafft im Sinne des Wortes auch Arbeitsplätze, so verstehen wir uns als Tarifgemeinschaft der Apothekenleiter. Wir sehen nicht nur die Arbeitsplätze unserer Mitarbeiter bedroht, sondern auch die Existenzen unserer Mitglieder. Wollen sie uns dabei unterstützen, dass nicht in die Taschen ausländischer Konzerne gewirt-

schaftet wird, sondern die Bundesrepublik mit einem in Deutschland gezahlten Steueraufkommen ihren Pflichten gerecht werden kann?

4. G Wenn man sich für den ausländischen Versandhandel stark macht, begünstigt man gerade mal zwei ausländische Kapitalgesellschaften versus 20.000 Apotheken, die im Übrigen hier Steuern und Abgaben zahlen, Personal beschäftigen und jeden Tag fast eine halbe Million Patienten versorgen. Welche Gründe gibt es für diese Haltung?

5. H Welche Bedeutung hat aus Ihrer Sicht die sozial- und familienpolitisch wünschenswerte Erwerbstätigkeit von Frauen, auch vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels?

6. G Ist es nicht an der Zeit, sich in einer alternden Gesellschaft auf die demoskopischen Veränderungen einzustellen? Halten sie es nicht für unmenschlich, dass der kranke Patient gezwungen wird, im Alter in den Preiswettbewerb einzutreten? Deutschland hat eines der besten Gesundheitssysteme der Welt, wollen sie das zu Lasten der Bürger und Patienten verändern? Hat der Markt immer Vorrang vor der Versorgungsqualität?

7. H Sind Sie der Meinung, dass Betreuung durch call-center auf Nachfrage der Patienten, die ihren Beratungsbedarf häufig nicht kennen, den Anforderungen eines Beratungsgesprächs über komplexe Arzneimittelwirkungen, Nebenwirkungen und unerwünschten Wechselwirkungen gerecht wird?

Die Erörterungen fanden in einer offenen und sehr konstruktiven Atmosphäre statt. Volker Hansen, auch alternierender Vorsitzender (für die Arbeitgeber) im Aufsichtsrat des AOK-Bundesverbandes, machte deutlich, dass aufgrund wirtschaftlicher Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen Krankenkassen, Krankenhäuser und Apotheken wirtschaftlich geführt werden müssten. Wettbewerbsgleichheit, also gleichlange Spieße, seien notwendig. Dabei müsse aber die Freiheit des Einzelnen erhalten bleiben, alles das zu bestellen, wann und wo er möchte.

Neben den wirtschaftlichen Rahmenbedingungen sei es volkswirtschaftlich unumgänglich, dass Anreize zum Mehrverbrauch abgeschafft würden.

Ein Verbot des Versandhandels mit Arzneimitteln würde nicht der fortschreitenden Digitalisierung entsprechen.

Unter Bezug auf den Rx-Versandhandel wies Luitwin Mallmann darauf hin, dass auch bei einem marktwirtschaftlichen Preiswettbewerb die gleichen Regeln für inländische und ausländische Apotheken gelten müssen. Er regte an, bei einer Überarbeitung der Papiere der BDA neben den Interessen der Patienten auch die Situation der beteiligten Unternehmen (Apotheken) stärker zu berücksichtigen. Für ihn sei wesentlich, dass alle Beteiligten in fortdauernden Gesprächen bleiben, damit Ergebnisse zum Nutzen der gesamten Gesellschaft erzielt werden können.

Unter Hinweis auf die Beispiele von Volker Hansen, dass Brot notwendig sei, aber nicht einzigartig (keine x-beliebige Ware), oder Autos des Preises wegen aus Südkorea bezogen würden, erläuterte

Holger Goetzendorff die Bedürfnisse von Patienten. So sei es dem gesundheitlich eingeschränkten Patienten oft nicht mehr möglich, am Wettbewerb teilzunehmen, deshalb sei für ihn die wohnortnahe Versorgung besonders wichtig. Diese könne nicht durch eine Hotline und Rabattcoupons ersetzt werden.

Eines der besten Gesundheitssysteme der Welt könne schnell durch Änderungen, deren Auswirkungen niemand abschätzen könne, dauerhaft geschädigt werden. Ausländische Kapitalgesellschaften hätten keinen eigenverantwortlichen Inhaber, sondern Aktionäre, die sich jederzeit (digital) von ihrer Firma trennen könnten. Im Übrigen gebe es bereits einen Wettbewerb zwischen Krankenkassen und Industrie durch die Rabattverträge. Den Wettbewerb auf die Schwächsten im System, die Kranken, auszudehnen, halte er ethisch für nicht vertretbar.

Unter Bezug auf Digitalisierung und Online-Beratung griff Heidrun Hoch kommunikationswissenschaftliche Grundlagen auf und formulierte daraus ein Ergebnis: Durch Blickkontakt, Zuhören sowie gezieltes Nachfragen und dabei die Wahrnehmung des Anderen gelten lassen, komme es erst zum Verstehen. Der Apotheker sei nicht nur Kaufmann, sondern vor allem Heilberufler. Er rate nicht nur zu, sondern, wenn er durch persönlichen Anschein erkenne, dass der Patient nicht richtig handle, auch ab.

Beim Versand von AM gehe es oft um Rabatte, Bonuszahlungen und Erreichen einer Mindestbestellsumme, um Porto zu sparen. Die Folge sei ein zuvor nicht beabsichtigter Mehrverbrauch. Der persönliche Kontakt sei, wenn überhaupt, auf die Hotline beschränkt. Im Gegensatz hierzu sei die persönliche Beratung vor Ort durch pharmazeutisches Fachpersonal alternativlos. Bei allen Wettbewerbsszenarien bliebe außer Ansatz, dass die Apotheke auch eine soziale Anlaufstelle sei und jeden Tag durch Prüfung der Medikation Irrtümer richtig stelle und damit im System erheblich zur Kostenreduktion beitrage.



v. links: Alexander Hagen, Dr. Volker Hansen, Dr. Heidrun Hoch, Dominik Naumann, Dr. Holger Goetzendorff und Dr. Luitwin Mallmann. Foto: BDA

Zusammenfassung

Abschließend waren sich die Teilnehmer der Diskussionsrunde darüber einig, dass einseitige Wettbewerbsvorteile ausländischer Versandapotheken nicht hinnehmbar seien. Markt und Versorgung müssten die Beteiligten in Einklang bringen. Ob ein Rx-AM Versandhandelsverbot, die Novellierung der Preisspannenverordnung, die Aufhebung des Fremd- und Mehrbesitzverbotes und Selektivverträge zwischen Krankenkassen und Apotheken sinnvoll sind, blieb umstritten.

Aus Apothekersicht wurde bekräftigt, dass ein Preiswettbewerb auf der untersten Ebene zwischen Apotheken und Patienten nicht hingenommen werden könne. Das betreffe ausdrücklich nicht den Handel mit freiverkäuflichen Arzneimitteln. Für verschreibungspflichtige Arzneimittel dürfe nicht ein Sonderangebotscharakter durch ausländische Versandapotheken eingeführt werden. Die Hebung weiterer Wirtschaftlichkeitsreserven im Gesundheitswesen durch die von den Kassen angestrebten Systemveränderungen könne nicht nur zu Lasten der Patienten gehen. Der wohnortnahen Versorgung sei Priorität einzuräumen.

Für die Zukunft wünschten sich die Beteiligten eine offene von Sachargumenten geleitete Diskussion. Die BDA sagte zu, die Strategiepapiere zu überarbeiten und Änderungen zu übermitteln.