

Gründe für die deutsche Arzneimittelpreisbindung

Die in Deutschland geltende Preisbindung für verschreibungspflichtige Arzneimittel gilt nicht für **Versandapotheken, die aus dem europäischen Ausland** ihre Kunden in Deutschland beliefern. Das ist in Kurzfassung die Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs (EuGH - Rechtssache C-148/15), die aktuell am 19.10.2016 ergangen ist.

Der deutsche Gesetzgeber hat aus vielerlei guten Gründen die Preisbindung für verschreibungspflichtige Arzneimittel erlassen. Im Mittelpunkt standen immer das Wohl der Patienten sowie eine stabile, planbare und zukunftsfähige wirtschaftliche Arzneimittelpolitik.

Hier finden Sie zusammengefasst die wesentlichen Gründe, warum die deutsche Preisbindung für verschreibungspflichtige Arzneimittel sinnvoll und wichtig ist.

1. Die Arzneimittelpreisbindung schützt den Patienten vor einer Übervorteilung.

Gerade Kranke sind - aus naheliegenden Gründen - zu einem Vergleich von Preisen kaum in der Lage. Ein kranker Patient ist kein frei handelnder Nachfrager. Deshalb gilt für den Arzneimittelmarkt die Theorie einer freien Marktwirtschaft nicht, die sich bekanntermaßen auf Angebot und Nachfrage stützt. In einem unregulierten System ließe sich nur schwer verhindern, dass diese Notlage von Anbietern ausgenutzt wird. Bei einheitlichen Apothekenabgabepreisen muss sich dagegen kein Kranker Sorgen machen, er würde womöglich übervorteilt. Die Arzneimittelpreisbindung sorgt also dafür, dass den Patienten das gleiche verschriebene Arzneimittel in jeder Apotheke zum selben Preis abgegeben wird. Der EuGH sieht das anders und fordert Landapotheken geradezu auf, Kunden abzuzocken! In seiner Urteilsbegründung hat der EuGH ausgeführt:

Randziff. 38:

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

Aber: Die Preisbindung bei Arzneimitteln dient dem Schutz der Bevölkerung und der Sozialsysteme. Nur durch die Preisbindung kann das System der Kostenübernahme von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln durch die Krankenkassen mittels einer geringeren Zuzahlung durch den Patienten aufrechterhalten bleiben. Wenn die Preisbindung aufgegeben würde, könnten die Preise willkürlich festgesetzt werden, dies würde allerdings keineswegs bedeuten, dass die Preise für Arzneimittel fallen würden. Vielmehr könnte auch der gegenteilige Effekt eintreten und die Preise für einzelne Arzneimittel unverhältnismäßig in die Höhe gehen. Bereits jetzt beklagen wir deutschlandweit Lieferengpässe bzw. Totalausfälle für einzelne Arzneimittel, insbesondere Impfstoffe. Ohne die Preisbindung könnten Apotheken Arzneimittel „meistbietend“ verkaufen. Provokant gefragt: Sollen nur noch wohlhabende Bürger sich nicht in ausreichender Anzahl verfügbare Arzneimittel leisten können? Die Preisbindung schützt damit Patienten davor, dass die Preise von Arzneimitteln willkürlich festgelegt werden können und so Notlagen, insbesondere auch in der apothekerlichen Dienstbereitschaft, durch überteuerte Preisforderungen ausgenutzt werden könnten. Des Weiteren sorgt die Preisbindung dafür, dass auch die Landapotheke gestärkt wird und nicht durch den Preiskampf zur Schließung gezwungen werden würde.

2. Die Arzneimittelpreisbindung schützt die Apotheker vor einem ruinösen Wettbewerb.

Gleichzeitig verhindert ein einheitlicher Preis von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln aber nicht den Wettbewerb zwischen den Apotheken. Er lenkt ihn dagegen in andere, dem Erkrankten dienlichere Bahnen - nämlich hin in Richtung eines Qualitäts-, Leistungs- und Servicewettbewerbs zwischen mehr und weniger kundenorientierten Apotheken. Mithin wird dem Patienten eine individuelle Beratung angeboten.

Diese individuelle Beratung kann der Versandhandel auch nach Meinung des EuGH nicht leisten. In seiner Urteilsbegründung hat der EuGH ausgeführt:

Randziffer 24:

„Im vorliegenden Fall ist festzustellen, dass traditionelle Apotheken,, grundsätzlich besser als Versandapotheken in der Lage sind, Patienten durch ihr Personal vor Ort individuell zu beraten Da Versandapotheken mit ihrem eingeschränkten Leistungsangebot eine solche Versorgung nicht angemessen ersetzen können, ist davon auszugehen, dass der Preiswettbewerb für sie ein wichtigerer Wettbewerbsfaktor sein kann als für traditionelle Apotheken, ...“

Dass der EuGH aber nunmehr diese ‚schlechte‘ Beratung zum Anlass nimmt, ausländischen Versandapotheken Preisvorteile einzuräumen, ist in keiner Weise nachvollziehbar. Hier spielt der EuGH mit der Gesundheit der Patientinnen und Patienten!

3. Die Arzneimittelpreisbindung macht vieles, was uns fast selbstverständlich erscheint, überhaupt erst möglich.

So zum Beispiel die Herstellung von Rezepturen und die Arzneimittelversorgung auch an Sonntagen, Feiertagen und in der Nacht. Denn aus einem festgelegten Teil des fixierten Arzneimittelpreises werden diese apothekerlichen Nacht- und Notdienste, die täglich von etwa 1.300 Apotheken geleistet und von rund 20.000 Menschen täglich in Anspruch genommen werden, gegenfinanziert.

Das leistet der Versandhandel nicht! Nach Ansicht des EuGH soll er das auch nicht! In seiner Urteilsbegründung hat der EuGH ausgeführt:

Randziffer 24:

„Da Versandapotheken mit ihrem eingeschränkten Leistungsangebot eine solche Versorgung (hier: Nacht- und Notdienst) nicht angemessen ersetzen können, ist davon auszugehen, dass der Preiswettbewerb ein wichtigerer Wettbewerbsfaktor sein kann als für traditionelle Apotheken, ...“

Randziffer 40:

„Ferner liegen dem Gerichtshof in der vorliegenden Rechtssache keine hinreichenden Nachweise dafür vor, dass sich ein Preiswettbewerb bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln nachteilig auf die Wahrnehmung bestimmter Gemeinwohlverpflichtungen wie die Herstellung von Rezepturarzneimitteln und die Bereitstellung eines gewissen Vorrats und Sortiments von Arzneimitteln durch die traditionellen Apotheken auswirken würde.“

Ergebnis: Den deutschen Apotheken werden (zurecht) Gemeinwohlverpflichtungen wie der Not- und Nachtdienst und die Herstellung von Rezepturen aufgebürdet. Aber: Weder der

Not- und Nachtdienst noch die Herstellung von Rezepturen sind auf Basis der gesetzlich festgelegten Honorierung kostendeckend zu erbringen. Vielmehr erfolgt, und dies ist allen Akteuren bekannt und bewusst, eine Quersubventionierung dieser Gemeinwohlpflichten über die Arzneimittelpreisverordnung und die darin gesetzlich festgelegte Vergütung für die Abgabe von Fertigarzneimitteln. Diese Arzneimittelpreisverordnung wurde aber vom EuGH gekippt. Dass der EuGH nunmehr in diesen nicht kostendeckend zu erbringenden Gemeinwohlverpflichtungen einen Wettbewerbsvorteil für die Apotheken vor Ort sieht ist nicht nachvollziehbar! Im Gegenteil: Da ausländische Versandapotheken in diese Gemeinwohlverpflichtungen wie Not- und Nachtdienst und Herstellung von Rezepturen nicht einbezogen werden, können diese dank ihres „eingeschränkten Leistungsangebots“ günstigere Preise anbieten. Sowas nennt man Rosinenpickerei! Um es klar zu sagen: Wir als Apotheken vor Ort stehen zu unseren Gemeinwohlverpflichtungen! Wir wollen den Not- und Nachtdienst versehen, denn nur so können die Patienten auch im Notfall ausreichend versorgt werden! Wir wollen Rezepturen herstellen, denn nur so können Patienten individuell versorgt werden! Aber: Es kann nicht sein, dass es der deutsche Gesetzgeber zulässt, dass ausländische Versandapotheken diese Gemeinwohlverpflichtungen nicht wahrnehmen und daraus auch noch preislich Wettbewerbsvorteile ziehen.

4. Die Arzneimittelpreisbindung schützt den Staat vor einer lückenhaften Versorgung durch Apotheken.

Statistisch gesehen versorgt eine deutsche Apotheke, von der es gut 20.000 in Deutschland gibt, rund 3.800 Bürgerinnen und Bürger mit Arzneimitteln. Rund 80 Prozent des Umsatzes einer Apotheke erwirtschaftet die Apotheke dabei mit rezeptpflichtigen Arzneimitteln. Wenn in dieses Segment ein Preiswettbewerb eingeführt würde, käme es in kurzer Zeit zu einem Verdrängungswettbewerb, dessen Effekte vorhersehbar sind: Vor allem kleinere Apotheken und solche an eher unlukrativeren Standorten würden schnell vom Markt verschwinden. Mit einem Wegfall der Arzneimittelpreisbindung würde also der Anfang vom Ende einer flächendeckenden Versorgung eingeleitet. Deswegen haben nur 7 von 28 aller EU-Staaten den Versandhandel mit rezeptpflichtigen Arzneimitteln erlaubt. Neben Deutschland gehören dazu Dänemark, Estland, Finnland, die Niederlande, Schweden und Großbritannien.

In einer früheren Entscheidung hatte der Europäische Gerichtshof (EuGH) im Jahr 2003 geurteilt, dass jeder EU-Mitgliedstaat den Versandhandel zwar mit rezeptfreien, nicht jedoch mit verschreibungspflichtigen Medikamenten freigeben müsse. Diese Möglichkeit wurde auch durch die EU-Richtlinie 2011/62 zur Bekämpfung von Arzneimittelfälschungen bestätigt. Nota bene: Die Apothekendichte in den 28 Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU) liegt im Durchschnitt bei 31 Apotheken pro 100.000 Einwohner. Mit 25 Apotheken pro 100.000 Einwohnern liegt Deutschland unter diesem Durchschnitt. Derweil hat Frankreich mit 33 Apotheken eine leicht überdurchschnittliche Apothekendichte, während Italien und Polen mit jeweils 30 Apotheken zwar unter dem EU-Schnitt, aber immer noch über Deutschlands Apothekendichte liegen.

5. Die Arzneimittelpreisbindung ist Kennzeichen eines solidarischen Gesamtsystems.

In diesem System haben alle Patientinnen und Patienten die Sicherheit, im Krankheitsfall unabhängig von ihrem Einkommen, ihrem Alter oder ihrer sozialen Stellung gleichberechtigt mit Arzneimitteln versorgt zu werden. Wäre es nicht schlimm, wenn Patienten ein Arzneimittel nicht erhalten würden, weil es ihrer Krankenkasse zu teuer ist? Der einheitliche Abgabepreis sorgt dafür, dass bei der Arzneimittelversorgung kein Unterschied zwischen Arm und Reich gemacht wird.

Aber: Die Aufhebung der Arzneimittelpreisverordnung kann dazu führen, dass Arzneimittel teurer werden. Gerade für Arzneimittel, die nicht in ausreichendem Maß zur Verfügung stehen, zu denken ist hier insbesondere an lebensnotwendige Impfstoffe, könnten, dem Prinzip Angebot und Nachfrage folgend, ohne Geltung der Arzneimittelpreisverordnung höhere Preise vom Patienten verlangt werden. Dem kann aber auch nicht durch eine viel zitierte Höchstpreisverordnung entgegen gewirkt werden. Denn diese gilt, das EuGH-Urteil zugrunde gelegt, auch nicht im Ausland!

6. Die Arzneimittelpreisbindung ist die Grundlage des Sachleistungsprinzips der gesetzlichen Krankenversicherung bei Arzneimitteln.

Das bedeutet, dass Patienten gegen Vorlage eines Rezept und gegebenenfalls einer überschaubaren Zuzahlung immer ihr benötigtes Arzneimittel erhalten - unabhängig davon, wie viel ihr Medikament tatsächlich kostet. Bei verordneten Arzneimitteln müssen sie nicht in die finanzielle Vorlage gehen. Denn weil der Preis des Arzneimittels in allen Apotheken gleich ist, hat die Krankenkasse eine absolut verlässliche Kalkulation- und Abrechnungsgrundlage. Ohne Arzneimittelpreisverordnung würde der Preis nach oben oder unten variieren!

7. Auf der Arzneimittelpreisbindung fußen sämtliche Kostendämpfungsmaßnahmen.

Wer die Arzneimittelpreisbindung aufgibt, zerstört gleichzeitig jedes verlässliche Steuerungsinstrument, um die Gesamtausgaben für die Arzneimittelversorgung effektiv zu regulieren. Betroffen wären Festbeträge, Rabattverträge zwischen Krankenkassen und Herstellern, Zuzahlungsregelungen, Apotheken- und Herstellerabschläge und noch vieles mehr. Das zwar sehr komplizierte, aber bewährte und effiziente System der Arzneimittelversorgung würde bei einer freien Preisbildung für verschreibungspflichtige Arzneimittel in sich zusammenbrechen.

Die Arzneimittelpreisverordnung macht das Sachleistungsprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung erst möglich. Und sie ist Basis vieler Steuerungs- und Kostendämpfungsinstrumente im Gesundheitswesen: Beispielsweise fußen die gut 21.000 Rabattverträge zwischen Krankenkassen und Arzneimittelherstellern (Ende 2015) auf einer einheitlichen und transparenten Preisgestaltung. Mit diesen Verträgen sorgen Krankenkassen für niedrige Arzneimittelpreise und erzielen jährliche Einsparungen von 3,6 Mrd. Euro (2015).

Da die Preise für rezeptpflichtige Arzneimittel ohnehin zwischen Krankenkasse und Hersteller verhandelt werden (z.B. Rabattverträge) und die Kostendämpfungsinstrumente in der gesetzlichen Krankenversicherung nur mit Festpreisen funktionieren, wird die EuGH-Entscheidung auch nicht zu sinkenden Krankenkassenbeiträgen via sinkenden Arzneimittelpreisen führen.

Und: In den meisten europäischen Ländern werden die Herstellerabgabepreise für erstattete Arzneimittel nach gesetzlichen Vorgaben bestimmt. Deutschland und Dänemark sind die einzigen Länder mit freier Preisbildung (in Deutschland wird die freie Preisbildung jedoch durch indirekte Regelungen, z.B. Festbeträge, Parallelimporte, gesetzliche Abschläge, vertragliche Rabatte) beeinflusst.

8. „Geld verdienen auf Rezept“ist DAS politisch gewollt?

Zuzahlungen sind eine Form der direkten finanziellen Selbstbeteiligung der Versicherten an den Kosten ihrer individuellen Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. So hat zum Beispiel der Versicherte für jedes verschreibungspflichtige Arzneimittel eine Zuzahlung von

bis zu 10,- €/Arzneimittel zu leisten. Der Gesetzgeber geht davon aus, dass die Zuzahlung ein geeignetes Instrument für eine wirtschaftlichere Leistungsanspruchnahme und eine stärkere Eigenverantwortung der Versicherten ist. In Deutschland ansässige Apotheken sind gesetzlich verpflichtet, die Zuzahlungen beim Versicherten einzuziehen und in voller Höhe (!) an die Gesetzliche Krankenversicherung weiterzuleiten!

Das Urteil des EuGH berechtigt nunmehr im Ausland ansässige Versandapotheken, auf verschreibungspflichtige Arzneimittel einen Bonus zu gewähren. Dieser Bonus wird bei zuzahlungspflichtigen Patienten in der Regel mit der Zuzahlung verrechnet. Zuzahlungsbefreite Versicherte und Kinder bekommen den Bonus auf einem Bonuskonto bzw. Kundenkonto gut geschrieben.

Die in den Niederlanden ansässige „europa-apotheek“ wirbt z.B. wie folgt:

„Zuzahlungsbefreite Versicherte und Kinder, , bekommen den Bonus auf dem Bonuskonto gutgeschrieben. Dieser wird dann mit der folgenden Bestellung frei verkäuflicher Artikel verrechnet.“

Die ebenfalls in den Niederlanden ansässige Versandapotheke „DocMorris“ wirbt mit folgenden Worten:

„Der Bonus wird direkt mit dem Rechnungsbetrag verrechnet, Restbeträge werden Ihrem Kundenkonto gut geschrieben und ab 30,-- € ausbezahlt.“

Mit dem Instrument der Zuzahlung nimmt der Gesetzgeber den Versicherten wirtschaftlich in die Pflicht. Der Versicherte soll über das Instrument der Zuzahlung zu einem sparsamen Umgang mit Arzneimitteln angehalten werden. Dieses vom Gesetzgeber gewollte Steuerungsinstrument wird nunmehr über den ausländischen Versandhandel umgangen. Werden die Versicherten doch zumindest teilweise von der Zuzahlung befreit, indem Boni mit der Zuzahlung verrechnet werden. Schlimmer noch: Für von der Zuzahlung befreite Versicherte, Ende 2014 immerhin 6,7 Mio. Menschen, werden Anreizstrukturen geschaffen, um sich möglichst viele Arzneimittel vom Arzt verschreiben zu lassen. Erhalten doch von der Zuzahlung Befreite für jedes bei einem ausländischen Versandhändler bestellte Arzneimittel einen Bonus, der dem Kundenkonto gut geschrieben wird. Weist das Kundenkonto eine Gutschrift von 30,-- € auf, wird dieses Geld z.B. von der niederländischen Versandapotheke „DocMorris“ direkt an den Kunden ausbezahlt. Es steht zu befürchten, dass es nicht wenige von der Zuzahlung befreite Versicherte geben wird, die es darauf anlegen, sich z.B. durch sogenanntes „Ärzte-Hopping“ möglichst viele und hochpreisige Medikamente verschreiben zu lassen. Dies nur, um in den Genuss des geldwerten Rezeptbonus zu kommen. Dass dies zu steigenden Arzneimittelausgaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung und damit zu Beitragssteigerungen für alle führt kann und darf nicht sein. Da aber im grenzüberschreitenden Versand von Arzneimitteln der deutsche Gesetzgeber aufgrund des Urteils des EuGH keinerlei (!) Regelungsbefugnis mehr hat, besteht die einzige Möglichkeit, diese falschen Anreizstrukturen abzuschaffen darin, den Versandhandel mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zu verbieten! Dass dies möglich ist, hat der Europäische Gerichtshof bereits im Jahr 2003 geurteilt.

9. Umsätze werden ins Ausland gelenkt, die GKV spart „0“ Euro, Deutschland verliert!

Durch das EuGH-Urteil kann allein der Versicherte „Geld auf Rezept verdienen“. Die GKV generiert keine Einsparungen, im Gegenteil, siehe 8. Aber auch an anderer Stelle wird das solidarische Gesamtsystem unterminiert. Es werden Umsätze und Gewinne ins Ausland

abfließen, im Inland Gewerbesteuern, Einkommenssteuern und (insbesondere Frauen-) Arbeitsplätze wegfallen. Mit verschiedenen Maßnahmen und Kampagnen versuchen insbesondere SPD, Grüne und Linke, die Gleichstellung der Geschlechter in allen Bereichen der Wirtschaft zu fördern. In diesem Zusammenhang ist nicht unwesentlich, dass die rund 160.000 Menschen, die in deutschen Apotheken arbeiten, mehrheitlich Frauen sind – und zwar in allen Berufsgruppen. Arbeitsplätze in Apotheken bieten in besonderem Maße die Möglichkeit, Beruf und Familie zu vereinbaren. Equal Pay ist in Apotheken – anders als in vielen anderen Bereichen der Gesellschaft – längst Realität.

10. Versandhandel ist marginal.

Der Rx-Versandhandel würde nach einem Verbot niemandem fehlen: Von 734 Mio. Rx-Packungen, die im Jahr 2015 abgegeben wurden, entfielen gerade einmal 4 Mio. Packungen auf den Versandhandel. Auf den Versandhandel entfällt im Rx-Bereich also nur ein Marktanteil von 0,5 %. Die Behauptung, der Versandhandel würde eine wichtige Säule der Versorgung bilden, ist schlicht falsch.