

## **STELLUNGNAHME**

der

**ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V.**

zum

**XXII. Hauptgutachten der Monopolkommission „Wettbewerb 2018“**

**(Kapitel I: Reformen im Vergütungssystem für die Versorgung  
mit Arzneimitteln durch Großhändler und Apotheken)**

**vom 20. September 2018**

## I. Vorbemerkung

Die Monopolkommission untersucht in ihrem diesjährigen Hauptgutachten unter dem Titel „Wettbewerb 2018“ unter anderem das geltende Vergütungssystem für die Arzneimittelversorgung durch öffentliche Apotheken und pharmazeutische Großhändler. Sie greift dabei maßgeblich auf frühere Empfehlungen aus ihren Hauptgutachten der Jahre 2006 und 2010 zurück, wobei sie auch jüngere Entwicklungen mit in den Blick nimmt. Dies betrifft namentlich das Urteil des Europäischen Gerichtshofs vom 19. Oktober 2016 zur grenzüberschreitenden Geltung der Arzneimittelpreisbindung (Rs. C-148/15 „*Deutsche Parkinson Vereinigung*“), das Urteil des Bundesgerichtshofs vom 5. Oktober 2017 zu Großhandelsrabatten (Az. I ZR 172/16 „*Großhandelszuschläge*“) sowie das Gutachten der Beratungsgesellschaft 2HM vom 27. November 2017 zur „*Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung festgelegten Preise*“, das im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie erstellt wurde.

Zu den oben genannten früheren Hauptgutachten hat die ABDA bereits Stellung genommen. Da die Monopolkommission in ihren jetzigen Äußerungen ausdrücklich auf diese Gutachten Bezug nimmt und sich insbesondere weiter für ihr dort vorgestelltes Modell eines „sanften Preiswettbewerbs“ einsetzt, verweisen wir auf unsere frühere grundsätzliche Kritik an den entsprechenden Vorstellungen der Monopolkommission und erhalten sie aufrecht. Diese grundsätzlich ablehnende Haltung teilten auch die damaligen Bundesregierungen ausdrücklich, die in ihren Stellungnahmen folgendes festhielten:

*„Die Monopolkommission geht davon aus, dass es sich bei der Tätigkeit der öffentlichen Apotheken im Wesentlichen um eine Tätigkeit des Einzelhandels handelt. Dabei würdigt sie zwar, dass im Bereich der Arzneimittelabgabe gewisse Besonderheiten herrschen, hält aber die derzeitigen Regulierungsmaßnahmen für zu restriktiv. Die Bundesregierung teilt diese Auffassung nicht. Die dargestellten wettbewerblichen und ökonomischen Aspekte können nicht gegen die Anforderungen der Arzneimittelsicherheit und der ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung aufgewogen werden. Insoweit wird der Arzneimittel- und Apothekenmarkt auch in Zukunft gewissen Regulierungen unterliegen. [...] Nach Auffassung der Bundesregierung berücksichtigt dieser Vorschlag nicht den Kontext der Sozialgesetzgebung. Mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz 2003 wurden Zuzahlungsregelungen für Leistungen, die zu Lasten der GKV erbracht werden, in einer Norm zusammengefasst. Damit wurde die Eigenbeteiligung der Versicherten, die einer verantwortungsbewussten Inanspruchnahme von GKV-Leistungen dienen und zur finanziellen Entlastung der Krankenkassen beitragen soll, übersichtlich und rechtsklar geregelt. Eine Herausnahme der Arzneimittel aus dieser Regelung würde diese Systematik durchbrechen, ohne dass dies mit der sachlichen Abgrenzung zu den anderen Leistungsbereichen begründet werden könnte. Zudem fehlen zuverlässige Berechnungen möglicher finanzieller Auswirkungen auf die Gesetzliche Krankenversicherung sowie Einschätzungen der Effekte auf die Steuerungsfunktion der Zuzahlung sowie mögliche Auswirkungen einer veränderten Inanspruchnahme pharmazeutischer Beratungsdienstleistungen.“*  
(BT-Drs. 16/5881, S. 15 f.)

*„Die Monopolkommission empfiehlt, einen „sanften“ Preiswettbewerb auch bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln durch eine Beteiligung des Patienten am*

*Entgelt für die Apothekenleistung zu ermöglichen (Tz. 45). Dies setze für die Patienten den Anreiz, die Arzneimittel bei einer preisgünstigen Apotheke zu beziehen. Für die Apotheken verstärke es den Anreiz, sich in vergleichsweise schwach mit Apotheken besetzten Gegenden mit geringerer Wettbewerbsintensität anzusiedeln. Die Bundesregierung hält an der bestehenden Regelung des einheitlichen Apothekenabgabepreises für verschreibungspflichtige Arzneimittel fest. Im Sachleistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung werden verschreibungspflichtige Arzneimittel bis auf wenige Ausnahmen von den gesetzlichen Krankenkassen und nicht direkt vom Endverbraucher finanziert.“*  
(BT-Drs. 17/4306, S. 4)

Diese grundsätzliche Ablehnung der Vorschläge der Monopolkommission wird nach unserer Auffassung auch durch die im jetzigen Hauptgutachten erfolgte Ergänzung der Argumentation nicht in Frage gestellt. Nach wie vor leidet die Idee eines „sanften Preiswettbewerbs“ an grundlegenden Mängeln, die ihre Realisierbarkeit massiv bezweifeln lassen (vgl. hierzu eingehend Teil III dieser Stellungnahme). Vielmehr steht zu erwarten, dass gravierende Verschlechterungen der Arzneimittelversorgung durch öffentliche Apotheken eintreten würden.

## **II. Bedeutung der geltenden Preisbindung für verschreibungspflichtige Arzneimittel**

Die Gleichpreisigkeit verschreibungspflichtiger Arzneimittel ist ein integraler Bestandteil des geltenden Systems der Arzneimittelversorgung der Bevölkerung und deren Finanzierung. Die Einrichtung dieses in sich stimmigen, im Gestaltungsspielraum des deutschen Gesetzgebers<sup>1</sup> liegenden Systems hat sich in der Praxis als funktionsfähig und im Ergebnis auch als kostensparend erwiesen. Einzelne tragende Elemente wie die Preisbindung von Arzneimitteln können nicht ohne Schaden für das System, das auf den Apotheker als freien Heilberuf setzt, entfernt werden.

### *Sicherstellung der Qualität der apothekerlichen Leistung*

Begleitend zur Arzneimittelabgabe haben die Apotheken umfassende Aufwendungen zu tätigen, die für die angemessene Qualität der Versorgung unverzichtbar sind. Hierfür müssen in den Apotheken die nötigen sächlichen und personellen Voraussetzungen erfüllt sein. Beispielfhaft genannt seien die Beratungsgespräche, die Bevorratung und die Fortbildung/Qualifizierung des Personals. Bei Preiswettbewerb kann der Apothekenleiter dem Zwang ausgesetzt sein, diese Leistungen über das gebotene Maß hinaus zu reduzieren, um seine wirtschaftliche Existenz zu sichern. Er hat hierbei auch einen vom Patienten kaum zu kontrollierenden Spielraum, weil diesem die Kenntnisse fehlen, um die Angemessenheit und Qualität der Beratungsleistung im Einzelfall bewerten zu können, so dass die Marktmechanismen hier versagen. Der Ausschluss des Preiswettbewerbs verhindert solche Fehlanreize zu qualitätsmindernden Maßnahmen.

---

<sup>1</sup> Der Gesetzgeber hat im Rahmen dieses Spielraums einen Preiswettbewerb bereits insoweit ermöglicht, wie es ihm systemverträglich vertretbar erscheint: nämlich begrenzt auf das OTC- und Randsortiment.

Unter Geltung der Gleichpreisigkeit besteht darüber hinaus kein Grund für Apotheken, Patienten durch Zugaben oder Rabatte unsachlich zu beeinflussen. Im Preiswettbewerb ist dagegen zu befürchten, dass die Gewährung dieser Vorteile das maßgebliche Kriterium für die Auswahl einer Apotheke darstellt, weil der Patient das Kriterium einer guten Beratung und Versorgung hintanstellt. Dies widerspräche dem gewünschten Leistungs- und Qualitätswettbewerb.

#### *Vermeidung eines Mehr-, Fehl- und Mindergebrauchs*

Die mit Arzneimitteln verbundenen Risiken fordern einen verantwortungsvollen und zurückhaltenden Einsatz. Die geltende Preisbindung sichert die Unabhängigkeit des Apothekers bei der Beratung von Patienten. Bei einem Preiswettbewerb und daraus resultierendem wirtschaftlichem Druck könnten sich Apotheken veranlasst sehen, Einkommensverluste durch höhere Verkäufe von OTC-Arzneimitteln auszugleichen, was einen Fehlanreiz zu übermäßigem Arzneimittelgebrauch setzen könnte.

Die Gleichpreisigkeit schließt auch die Gefahr aus, dass Patienten aus rein finanziellen Gründen längere Bezugswege wählen und so den Beginn der Arzneimittelbehandlung verzögern.

#### *Erhalt des freiberuflichen Handlungsspielraums im Interesse des Patienten*

Der Ansatz der Preisregulierung folgt dem Grundgedanken einer Mischkalkulation: es werden nicht einzelne Leistungsbestandteile separat ermittelt und vergütet, sondern es werden allgemein gültige Preise pauschal festgesetzt, die insgesamt zu einer hinreichenden (Gesamt-)Vergütung der Leistungen führen. Dies entspricht dem berufsübergreifend anzutreffenden Konzept bei Honorarordnungen freier Berufe, die ebenfalls nicht auf eine in jedem Einzelfall kostendeckende Vergütung abzielen. Ergänzt wird dies durch konkrete Zuschläge für besonders aufwändige Gemeinwohlpflichten (z.B. Nacht- und Notdienste und Rezepturherstellung). Der Heilberufler wird damit in die Lage versetzt, den Leistungsumfang in jedem einzelnen Fall dem gebotenen Maß anzupassen, ohne auf die Zahlungsbereitschaft und -fähigkeit des Patienten Rücksicht nehmen zu müssen.

#### *Schutz der Patienten vor finanzieller Überforderung*

Im akuten Krankheitsfall sind Patienten auf eine schnelle und zuverlässige Arzneimittelversorgung angewiesen. Sie sind nicht in der Lage, erst Preisvergleiche unter verschiedenen Anbietern anzustellen. Ohne Preisvergleiche kann ein Preiswettbewerb aber nicht funktionieren und riskieren die Patienten, überhöhte Preise zahlen zu müssen.

#### *Einheitlicher Preis als Grundlage für Steuerungselemente in der GKV*

Der Hauptkostenträger für verschreibungspflichtige Arzneimittel ist die Gesetzliche Krankenversicherung. Sie basiert auf dem Solidarprinzip sowie dem Sachleistungsprinzip. Dementsprechend zahlen Versicherte in der Apotheke allenfalls die individuelle Zuzahlung, ohne die konkreten Kosten des Arzneimittels zu erfahren, während die Abrechnung direkt zwischen Apotheke und Krankenkasse erfolgt. Sozialrechtliche Steuerungselemente, die der Kostenreduzierung dienen, greifen vor allem bei der Abrechnung bzw. in Verhandlungen mit den Herstellern und setzen einen einheitlichen Abgabepreis voraus (z.B. Apothekenabschlag, Rabattverträge

etc.).

#### *Vermeidung von Fehlanreizen*

Heute können Patienten im System der Kollektivverträge frei zwischen allen Apotheken wählen. Die Gleichpreisigkeit verhindert, dass Kostenträger ihre Versicherten unter rein finanziellen Aspekten zu bestimmten Apotheken lenken. Bei Preiswettbewerb werden jedoch Krankenkassen im Wettbewerb untereinander im Interesse der Kostensenkung ihre Versicherten dazu anhalten, preisgünstige Angebote wahrzunehmen. Die oben geschilderten Fehlanreize würden damit massiv verstärkt.

#### *Erleichterung des Abrechnungsverfahrens, Steuerung des Patientenverhaltens zur Kostendämpfung*

Durch die Gleichpreisigkeit werden finanzielle Ressourcen der Krankenversicherung geschont, da sie nicht für komplizierte Preisfindungs- und Abrechnungsverfahren eingesetzt werden müssen.

Durch die geltenden Zuzahlungsregeln (Selbstbehalt / Rabattverträge / Festbeträge etc.) können Krankenkassen ihre Versicherten dahingehend beeinflussen, den Bezug möglichst günstiger Arzneimittel zu akzeptieren. Diese effiziente Steuerungsmöglichkeit entfielen bei einem möglichen Zuzahlungsverzicht durch Apotheken.

#### *Sicherstellung flächendeckender Arzneimittelversorgung*

Der Versorgungsauftrag ist gesetzlich den öffentlichen Apotheken zugewiesen, die in diesem Zusammenhang das volle Leistungsspektrum einschließlich der Erfüllung von Gemeinwohlpflichten vorzuhalten haben.

Die verfassungsrechtlich bedingte Niederlassungsfreiheit für Apotheker schließt eine staatliche Bedarfsplanung der Apothekenstandorte und -dichte aus. Der Staat hat daher nur über die insgesamt zur Verfügung stehende Vergütung eine maßgebliche Einflussmöglichkeit, die Anzahl der Apotheken zu regulieren. Die verschreibungspflichtigen Arzneimittel machen einen Anteil von ca. 80% am Umsatz der Apotheken aus und sind damit die wesentliche wirtschaftliche Grundlage der Apotheken. In den vergangenen Jahrzehnten hat sich so eine allgemein anerkannte Versorgungssituation mit ca. 20.000 Apothekenbetriebsstätten entwickelt (Tendenz in den letzten Jahren sinkend).

Wenn Patienten aus finanziellen Gründen vermehrt lange Bezugswege in Kauf nehmen und ihre gesundheitlichen Belange dabei zurückstellen, würde dies einerseits zu einer weiteren Schwächung von Apotheken führen, die sich in Regionen mit relativ geringer Patientendichte befinden. Andererseits würden Apotheken in wirtschaftlich schwachen Regionen geschwächt, in denen eine Finanzierung des Apothekenbetriebs durch einen Ausbau des Ergänzungssortiments nicht denkbar ist. Der Preiswettbewerb würde sich damit auf wirtschaftlich weniger lukrative Apothekenstandorte besonders nachteilig auswirken.

### **III. Kritik zu ausgewählten Aspekten des Hauptgutachtens**

#### *Grundsätze zur Bestimmung einer angemessenen Vergütung*

Die Monopolkommission geht in ihrem Gutachten auf die in § 78 AMG normierten Grundsätze für die Bestimmung einer angemessenen Vergütung der Apotheken und des Großhandels ein. Ihre Feststellung, dass den berechtigten Interessen aller Marktbeteiligten Rechnung getragen werden muss und Aspekte wie die Sicherstellung der Versorgung und das Wirtschaftlichkeitsgebot gegeneinander abgewogen werden müssen, ist dabei grundsätzlich zutreffend. Zu kritisieren ist allerdings, dass diese Abwägung nach Auffassung der Monopolkommission offenbar den Aspekt der Sicherstellung der Versorgung nicht besonders berücksichtigen soll, sondern allenfalls gleichrangig zu anderen Punkten wie z.B. einem günstigen Preisniveau einbeziehen soll. Eine solche Sichtweise verkennt grundlegend den Ansatz des Gesetzgebers, der seine grundrechtlich zwingend vorgegebenen Schutzpflichten gegenüber der Bevölkerung im Arzneimittelgesetz und im Apothekengesetz umgesetzt und dort einen gemeinwohlorientierten Versorgungsauftrag für die öffentlichen Apotheken verankert hat. Das von der Monopolkommission zitierte sozialrechtliche Wirtschaftlichkeitsgebot ist zudem seinerseits nicht nur auf ein möglichst niedriges Preisniveau ausgerichtet, sondern setzt eine Abwägung und einen Ausgleich unterschiedlicher und teils gegenläufiger Grundrechtspositionen voraus. Genau diese Abwägungen hat der Gesetzgeber durchgeführt und in den geltenden Gesetzen umgesetzt. Die Auffassung der Monopolkommission, dass der Zielkonflikt durch das bestehende Regulierungsmodell nicht effizient gelöst werde, berücksichtigt die genannten Grundentscheidungen des Gesetzgebers nicht und greift daher zu kurz.

#### *Konzept des „sanften Preiswettbewerbs“: Qualitative Verschlechterung der Versorgung*

Die Argumentation der Monopolkommission baut im Wesentlichen auf dem Modell des „sanften Preiswettbewerbs“ und den daraus abgeleiteten zu erwartenden Folgen für die Niederlassung öffentlicher Apotheken auf. Die Monopolkommission überschätzt diese, sodass die darauf basierende weitere Argumentation nicht belastbar ist.

In dem vorgeschlagenen Modell wird ein Teil der derzeitigen einheitlichen Preise für den Preiswettbewerb geöffnet. Eine packungsbezogene Pauschale bleibt bestehen, hiermit soll die pharmazeutische Beratungsleistung des Apothekers als Vertrauensgut vergütet werden. Diese stellt nach Bewertung der Kommission die einzige Leistung dar, bei der Informationsasymmetrien zwischen Pharmazeut und Patient bestehen. Da der Patient die Leistung des Pharmazeuten in der Fachberatung nicht einschätzen könne, sei er auch nicht in der Lage, diese adäquat im Rahmen seiner Zahlungsbereitschaft zu honorieren. Nach Einschätzung der Monopolkommission ist die sonstige Leistung und Tätigkeit der Apotheker im Bereich der „Serviceleistungen“ zu verorten, in den nach ihrem Konzept auch Faktoren wie die Entfernung zur öffentlichen Apotheke oder Wartezeiten fallen sollen. Zu beachten ist dabei jedoch, dass in entsprechenden Situationen (besonders für relativ immobile Patienten) diese Faktoren mehr als nur einen „Service“ darstellen und die gesundheitliche Situation der Patienten beeinflussen können. Die Monopolkommission meint, aufgrund fehlender Informationsasymmetrien seien diese „sonstigen Leistungen“ nicht über die Preisbindung zu schützen und ihre Wertigkeit durch den Patienten im Rahmen der Zahlungsbereitschaft zu bewerten. An Stelle der derzeitigen gesetzlichen Zahlung soll eine apothekenindividuelle Servicepauschale erhoben werden, die in den Grenzen

der derzeitigen Zuzahlungshöhe, ggf. auch in engerer Eingrenzung, zu definieren ist. Als Alternative könnten apothekenindividuelle Rabatte auf die derzeitige Zuzahlung ermöglicht werden.

Bei den in der Honorierung der Zahlungsbereitschaft des Patienten unterworfenen sogenannten Serviceleistungen wird von der Monopolkommission erwartet, dass Patienten die Nähe der öffentlichen Apotheke als Solche honorieren werden. In Gegenden dichter Versorgung genießen Patienten eine geringe Nähe zu verschiedenen Anbietern. Entsprechend des Modelles wählen sie denjenigen mit der aus ihrer Sicht besten Kombination aus Preis und „Service“ aus. Es entstehe somit über die Servicepauschale<sup>2</sup> ein (sanfter) Preiswettbewerb zwischen öffentlichen Apotheken, im Rahmen dessen die Servicepauschale sukzessive verringert und im Extremfall nicht erhoben würde. In Gebieten geringer Versorgung hingegen ist die einzelne Apotheke nach Erwartung der Monopolkommission einem geringeren Wettbewerb ausgesetzt und kann daher eine höhere Servicepauschale erheben. Ansässige Patienten wären bereit, im Vergleich zu Patienten mit Wohnsitz in gut versorgten Gebieten, mittels einer höheren Servicepauschale unter Annahme ansonsten gleicher Leistungen den Service einer wohnortnahen Arzneimittelversorgung zu entgelten. Dies stärke laut Gutachten die Anreize zum (wirtschaftlichen) Betrieb einer öffentlichen Apotheke in einem unterversorgten Gebiet, während gleichzeitig die Anreize in einem Gebiet dichter Versorgung abgeschwächt würden. Entsprechend würde die Arzneimittelversorgung in bisher versorgungschwachen Gegenden gestärkt und gleichzeitig eine mögliche ineffiziente Überversorgung in anderen Gebieten reduziert.

Die Bewertung des dargestellten Preismechanismus muss unter verschiedenen Aspekten erfolgen. In einem reinen Wettbewerb regionaler Anbieter erscheint der dargestellte isolierte Preismechanismus grundsätzlich schlüssig, wenn auch seine Wirkung höherer Preise im ländlichen und strukturschwachen Raum unter regionalpolitischen Gesichtspunkten kritisch zu hinterfragen ist. Die Monopolkommission berücksichtigt aber an dieser Stelle die Wirkung des von ihr unterstützten Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln nicht:

Der Nähefaktor wird vom gleichen Patienten in unterschiedlichen Situationen des Arzneimittelbedarfes unterschiedlich bewertet. Patienten mit akutem Arzneimittelbedarf sind bereit, den von der Monopolkommission so genannten „Service“ einer geringen Entfernung zur Apotheke und zu einer schnelleren und direkteren Verbesserung ihrer gesundheitlichen Situation durch Arzneimittel stärker zu entgelten, da ihre Präferenz für die zeit- und ortsnahe Versorgung die Präferenz für einen geringen Preis überwiegt. Handelt es sich jedoch um Chroniker, so ist der Arzneimittelbedarf zeitlich in der Regel nicht dringlich, beispielsweise da Verordnungen Anschlussrezepte darstellen und die vorhandene Medikation noch einen gewissen Zeitraum überbrückt. Der Fokus liegt in dem Fall auf der Minimierung der privat zu leistenden Zahlung. Darüber hinaus ist anzunehmen, dass der chronische Patient aufgrund der wiederholt zu leistenden Zuzahlungen eine höhere Bereitschaft zum Vergleich dieser hat. Zusammenfassend ist daher anzunehmen, dass Chroniker sensitiver auf Preissteigerungen reagieren als Akutpatienten. Genau diese Chroniker sind aber eine wesentliche Grundlage für die ökonomische Überlebensfähigkeit einer Apotheke.

Der Mechanismus des „sanften Preiswettbewerb“ auf die Anreize zur Apothekenniederlassung

---

<sup>2</sup> Der Übersichtlichkeit halber wird hier nur auf die Version der Servicepauschale eingegangen. Eine Ausgestaltung mit Erlaubnis der Rabattierung der Zuzahlung folgt einem analogen Mechanismus: Im Wettbewerb würden Kunden Serviceleistungen nicht durch die Zahlungsbereitschaft, sondern durch die Bereitschaft, auf Rabatte zu verzichten, honorieren.

wirkt hier nicht. Der Patient wird eine verringerte Distanz zur öffentlichen Apotheke nicht mit einer höheren Zahlungsbereitschaft honorieren, sondern sich im Rahmen des Preiswettbewerbes zugunsten des Versandhandels entscheiden. Der durch die Monopolkommission proklamierte „Distanzvorteil“ öffentlicher Apotheken in unterversorgten Gebieten existiert deshalb nicht. Vielmehr würde der Versuch der Apotheken in diesen Gebieten, ihn in Form höherer Preise zu realisieren, ihn in sein Gegenteil umkehren: Die zu erwartende Abwanderung der Patienten mit planbarem Bedarf entzöge den öffentlichen Apotheken gerade in ländlichen und strukturschwachen Gebieten sukzessive die wirtschaftliche Grundlage für die Fortführung des Betriebes. Der von der Monopolkommission erwartete ausgleichende Effekt des Preismechanismus in der variablen Vergütung funktioniert daher nicht, mit entsprechender Wirkung für Folgeargumentationen und -vorschläge.

Die Monopolkommission stuft den Marktanteil des Versandhandels bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln derzeit nicht als Gefahr für die öffentlichen Apotheken ein. Dies könne sich jedoch bei einer Verringerung von Hürden zur Nutzung des Versandhandels ändern (beispielsweise im Zuge der Einführung elektronischer Rezepte) sodass sich die Zahl öffentlicher Apotheken verringern würde. Eine Gefahr für die flächendeckende Versorgung wird in Konsequenz durch die Kommission jedoch nicht erwartet, da der bereits beschriebene Mechanismus des sogenannten „sanften Preiswettbewerbs“ greifen würde und Versandhandel und weitere „Stützen“ wie Pick-up-Stellen oder Dispensierautomaten eine Versorgung ermöglichen.

An dieser Stelle zeigt sich deutlich der „logistisch“ geprägte Blick der Monopolkommission auf die Arzneimittelversorgung. Über Pick-up-Stellen und Dispensierautomaten könnte gegebenenfalls sichergestellt werden, dass der Patient die Arzneimittelpackung erhält. Der persönliche Kontakt zu einem qualifizierten Heilberufler entfällt hierbei aber. Und gleichzeitig gilt auch hier das oben gesagte: Eine „Abwanderung“ von Packungen aus öffentlichen Apotheken hin zu Pick-up-Stellen und Dispensierautomaten entzöge den verbleibenden öffentlichen Apotheken sukzessive die wirtschaftliche Existenzgrundlage. Eine flächendeckende Versorgung nicht nur mit Packungen, sondern auch mit Apothekenleistungen würde damit evident gefährdet. Ein rein telekommunikativer Kontakt zu einer Versandapotheke wäre kein adäquater Ersatz für den Apotheker vor Ort.

Von einem „sanften Preiswettbewerb“ ist daher im Interesse des auch von der Monopolkommission ausdrücklich bestätigten Zieles der flächendeckenden Arzneimittelversorgung abzuraten. Die empirische Erfahrung aus anderen Branchen belegt, dass das Überleben von Einzelhandelsgeschäften nicht allein auf die Weise gesichert werden kann, dass man auf die Bereitschaft der Bevölkerung zur adäquaten Honorierung der „Nahversorgung“ setzt. Darüber hinaus widersprechen das Modell und die intendierten Mechanismen klar dem Solidarprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung, da Patienten je nach Wohnort unterschiedliche Kostenbelastungen zu tragen hätten.

Schließlich erwägt die Monopolkommission als Ausweg gegen drohende Versorgungslücken, die bestehende Option für Notapotheken in kommunaler Trägerschaft (§ 17 ApoG) derart zu modifizieren, dass Gemeinden Ausschreibungen für den Betrieb einer solchen Apotheke vornehmen sollten, um möglichst geringe Förderzuschläge zu erreichen. Ein solches Modell wird in der Praxis nicht funktionieren. So stellt sich bereits die Frage, welcher Apotheker (als freier Heilberufler und Kaufmann) überhaupt bereit wäre, den Betrieb einer Apotheke nur für die überschaubare Dauer des Ausschreibungszeitraums zu übernehmen, ohne eine halbwegs sichere Aussicht auf eine rentable Weiterführung nach Ablauf dieses Zeitraums. Die erforderli-

chen Investitions- und Beschaffungskosten lassen diese Möglichkeit als unpraktikabel erscheinen. Darüber hinaus wird sich die Frage stellen, welches Personal eine solche Apotheke anwerben könnte. Bereits heute gibt es im ländlichen Raum erhebliche Schwierigkeiten, qualifiziertes Fachpersonal zu finden. Umso größer wären diese Probleme für eine Apotheke, deren Betrieb nur für eine beschränkte Zeitspanne gewährleistet ist.

#### *Potenzial von Einschreibemodellen*

Um die Attraktivität der Apotheke vor Ort insbesondere in unterversorgten Gebieten für Patienten zu verbessern, empfiehlt die Monopolkommission die Ausweitung von Beratungsleistungen und Einschreibemöglichkeiten. Letztere sollten pauschal je Patient vergütet werden, um möglichen Fehlanreizen vorzubeugen. Grundsätzlich kann ein Einschreibemodell mit vielen Vorteilen verbunden sein. Die Monopolkommission überschätzt jedoch auch hier das Potenzial zum wirtschaftlich nachhaltigen Betrieb einer öffentlichen Apotheke in Gegenden mit zunehmend schwacher Infrastruktur und abnehmender Bevölkerungsdichte. Während Einschreibemodelle die Attraktivität der öffentlichen Apotheke für Patienten deutlich erhöhen können, so können diese ausbleibende Rezepteinlösungen (s.o.) und die ausbleibende Nachfrage nach OTC Produkten nicht abfedern und sind daher nur als ergänzende Maßnahme zu bewerten. Eine „Verpflichtung“ der Patienten, sich für eine einzelne Apotheke zu entscheiden, kann gerade für Apotheken, in deren Nähe die Arztdichte abnimmt, schnell zu weiteren Umsatzverlusten führen.

Die Forderung nach einer Pauschalvergütung für eingeschriebene Patienten verkennt darüber hinaus die Tatsache, dass in erster Linie der verordnende Arzt die Menge der abzugebenden Packungen bestimmt. Die von der Monopolkommission vorgebrachten Anreizprobleme bei packungsbezogener Vergütung bestehen daher nicht. Gleichzeitig würde die Pauschalvergütung jedoch bedeuten, dass das Mengenrisiko für die Leistung je Patient auf die Apotheke überwälzt würde. Trotz einer höheren Zahl von abgegebenen Packungen und damit einhergehendem höheren Beratungsaufwand bliebe die Vergütung nämlich unverändert.

Modelle mit Pflichteinschreibung sind außerdem mit einer Vielzahl weiterer Probleme verbunden, z.B. erforderlichen Regelungen für einen ausnahmsweisen Bezug bei anderen Apotheken (z.B. im Nacht- und Notdienst, Urlaub, Geschäftsreise etc.). Lösungen hierfür sind entweder mit erheblichen wirtschaftlichen Belastungen des Patienten oder aber mit signifikanten Transaktionskosten verbunden.

#### *Aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse zur Wirkung regulierter Preise bei Freien Berufen*

Lediglich in einer Fußnote (Nr. 76) ihres Gutachtens erwähnt die Monopolkommission neuere wissenschaftliche Erkenntnisse zur Wirkung regulierter Preise (insbesondere Preisuntergrenzen) in Vertrauensgütermärkten. Der frühere Vorsitzende der Monopolkommission, Prof. Dr. Justus Haucap, hat zu diesem Thema im Jahr 2017 eine Studie im Auftrag des Bundesverbandes der Freien Berufe veröffentlicht.<sup>3</sup> Er analysiert darin experimentelle und theoretische Untersuchungen und kommt zu dem Ergebnis, dass in diesen Märkten – zu denen auch nach Auffassung der Monopolkommission der Arzneimittelmarkt zählt – stark abweichende Wirkungen

---

<sup>3</sup> Haucap/Rasch/Waibel, „Aspekte der Deregulierung bei den Freien Berufen“, Studie im Auftrag des Bundesverbandes der Freien Berufe e.V., abrufbar unter <https://www.freie-berufe.de/wordpress/wp-content/uploads/2017/07/Dice-AB.pdf>

einer Preisregulierung gegenüber klassischen Märkten zu beobachten sind. Als Fazit hebt er hervor, dass eine Einschränkung des Preiswettbewerbs hier zu besseren Ergebnissen im Hinblick auf die Gesamtwohlfahrt führe. Während bei gebundenen Preisen die Leistungsqualität die entscheidende Größe darstelle, sei dies im Preiswettbewerb der Preis der Leistung. Es zeige sich, dass Preiswettbewerb sowohl zu einer niedrigeren Leistungsqualität als auch zu einer verringerten Markteffizienz führe. Anbieter könnten Gewinne in der Folge nur noch durch Bereitstellung niedriger Qualität realisieren.

Diese Erkenntnisse bestätigen das bestehende und bewährte Regelungskonzept einheitlicher Preise in der Arzneimittelpreisverordnung. Eine Auseinandersetzung hiermit findet bei der Monopolkommission nicht statt. Sie äußert sich nur allgemein dahingehend, die Frage sei „nicht eindeutig“ und „nicht abschließend“ zu klären. Jedenfalls will sie eine Preisregulierung auf solche Leistungen der Apotheken beschränken, bei denen das Vertrauensgutproblem tatsächlich vorliege. Eine solche Spaltung verkennt aber den ganzheitlichen Versorgungsauftrag der Apotheken, wie er in § 1 Abs. 1 ApoG niedergelegt ist: „*Den Apotheken obliegt die im öffentlichen Interesse gebotene Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung der Bevölkerung.*“ Die Arzneimittelversorgung der Bevölkerung ist als wichtiger Bestandteil des Gesundheitssystems entsprechend schutz- und förderbedürftig. Die damit zusammenhängenden Gemeinwohlpflichten, für die Apotheker die Verantwortung übernehmen, werden u.a. aus den bereits beschriebenen Gründen über den Markt nicht adäquat honoriert und können der Öffentlichkeit dann nicht mehr in ausreichendem Umfang zur Verfügung gestellt werden.

#### *Bezugnahme auf Datenbasis des 2HM-Gutachtens*

Die Monopolkommission bezieht sich im Gutachten stellenweise auf das o.g. Gutachten von 2HM und gibt Handlungsempfehlungen ab, die auf Berechnungen dessen basieren. Gleichzeitig werden die Berechnungsgrundlagen und Methoden von 2HM im Gutachten der Monopolkommission deutlich kritisiert. Angesichts fundamentaler methodischer Fehler und einem fehlenden Grundverständnis der Materie im 2HM-Gutachten fällt der inkonsistente Umgang der Monopolkommission mit diesem negativ auf. Schon das fehlende Verständnis dessen, was Apotheken leisten und welche Rahmenbedingungen sie dabei zu beachten haben, macht das 2HM-Gutachten als Grundlage für Handlungsempfehlungen unbrauchbar. Die Bezugnahme auf das von ihr selbst als defizitär dargestellte Gutachten schwächt die Aussagekraft der Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen der Monopolkommission zusätzlich.