

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit



Ausschussdrucksache  
18(14)257(6)  
gel. VB zur öAnh am 17.5.  
2017\_Arzneimittelversorgung  
12.05.2017

## **STELLUNGNAHME**

der

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

zum

### **Antrag der Fraktion DIE LINKE.**

Gute und wohnortnahe Arzneimittelversorgung

BT-Drucksache **18/10561**

### **Antrag der Fraktion DIE LINKE.**

Patientinnen und Patienten entlasten – Zuzahlungen bei Arzneimitteln abschaffen

BT-Drucksache **18/12090**

### **Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**

Arzneimittelversorgung an Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten orientieren – Heute und in Zukunft

BT-Drucksache **18/11607**

## **A. Zusammenfassende Bewertung**

Die ABDA – Bundesvereinigung deutscher Apothekerverbände e.V. unterstützt die Forderung nach einem Verbot des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln. Der Antrag „Gute und wohnortnahe Arzneimittelversorgung“ BT-Drucksache **18/10561** verdient daher Zustimmung.

Die Forderung nach der Einführung von lediglich in der Höhe begrenzten Apothekenabgabepreisen für verschreibungspflichtige Arzneimittel lehnen wir ab, weswegen wir den Antrag „Arzneimittelversorgung an Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten orientieren – Heute und in Zukunft“ BT-Drucksache **18/11607** für nicht zustimmungswürdig halten.

Bei der Diskussion über die Abschaffung der Regelungen zur Zuzahlung bei Arzneimitteln, wie im Antrag „Patientinnen und Patienten entlasten – Zuzahlungen bei Arzneimitteln abschaffen“ BT-Drucksache **18/12090** gefordert, sind die Gründe zu berücksichtigen, die den Gesetzgeber zur Einführung der Zuzahlungsregelungen bewogen haben. Das Thema sollte unabhängig von der Frage nach der Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung mit Arzneimitteln diskutiert werden.

## **B. Gründe**

Anlass aller drei Fraktionsanträge ist die Diskussion eventuell notwendiger Gesetzesänderungen nach der Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs vom 19. Oktober 2016 (Rs. C-148/15). Mit ihr wurde die Verbindlichkeit der Arzneimittelpreisverordnung hinsichtlich einheitlicher Apothekenabgabepreise bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln für Anbieter aus anderen EU-Mitgliedstaaten aufgehoben und der Preiswettbewerb im Verhältnis zwischen ausländischen und inländischen Apotheken eröffnet. Als Reaktion auf diese Entscheidung hat sich unter anderem der Bundesrat unter dem 25. November 2016 für ein Verbot des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln ausgesprochen (BR-Drucksache 601/16) und das Bundesministerium der Gesundheit unter dem 17. Februar 2017 den Entwurf eines Gesetzes zum Verbot des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln vorgelegt.

### **I. Grundsätzliche Erwägungen**

Bisher herrscht gesellschaftlicher Konsens darüber, dass es sich bei Arzneimitteln nicht um Konsumgüter, sondern um beratungsbedürftige Waren besonderer Art handelt. Arzneimittel- und Apothekenrecht sehen daher eine Vielzahl von Regelungen vor, die den Patienten vor den potentiellen Gefahren von Arzneimitteln und vor einem falschen Umgang damit schützen. Dazu gehört der Berufsvorbehalt zugunsten des freien Heilberufs des Apothekers. Dieser soll verantwortlich und situationsgerecht beraten, auch wenn der Patient seinen Beratungsbedarf im Einzelfall nicht erkennt. Dabei soll er sich am Patientenwohl orientieren und sein Handeln nicht an kommerziellen Zwängen ausrichten. Die Arzneimittelpreisverordnung und die aus ihr folgende Gleichpreis-

sigkeit verschreibungspflichtiger Arzneimittel soll dies, wie die Gebührenordnungen anderer Freier Berufe, gewährleisten. Zudem hat bestehende System der Arzneimittelpreisbildung eine Vielzahl von Funktionen:

Ausschluss von Preiswettbewerb auf der letzten Handelsstufe schützt

- » Patienten vor Übervorteilung,
- » Apotheker vor ruinösem Wettbewerb,
- » die Bevölkerung vor Lücken in der Versorgung durch Apotheken- und,
- » macht eine funktionieren Ausgestaltung des Sachleistungsprinzips in der gesetzlichen Krankenversicherung bei der Arzneimittelversorgung möglich.

An das Preisbildungssystem knüpfen diverse gesetzliche Steuerungsmechanismen zugunsten der gesetzlichen Krankenversicherung an, wie

- » gesetzliche Zuzahlung des Patienten
- » Festbeträge,
- » Regelungen zur Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung.

Die aus dem System resultierende Transparenz der Preisbildung ist Voraussetzung für Kostendämpfungsmaßnahmen zugunsten der Solidargemeinschaft.

Die neue Situation nach der Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs vom 19.10.2016 ist dadurch geprägt, dass

- » sie unmittelbare rechtliche Folgen nur für ausländische Anbieter hat,
- » die nationale Preisbindung fortbesteht und
- » die Verlagerung erheblicher Umsätze auf ausländische Versandapotheken mit negativen Folgen für die flächendeckende Versorgung mit Arzneimitteln im Inland zu erwarten ist.

## **II. Anforderungen an ein Lösungsmodell**

Es darf als politisch allgemein anerkannt gelten, dass die vorstehend beschriebene Situation politischen Handlungsbedarf auslöst. Alle diskutierten Lösungsansätze müssen sich daran messen lassen, ob sie die vielfältigen Funktionalitäten der Arzneimittelpreisverordnung und des einheitlichen Apothekenabgabepreises aufrechterhalten können.

### **1. BT-Drucksache 18/10561**

#### **Antrag der Fraktion DIE LINKE.**

##### **„Gute und wohnortnahe Arzneimittelversorgung“**

Die mit dem Antrag geforderte, europa- und verfassungsrechtlich zulässige Begrenzung des Versandhandels auf nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel ist ohne Zweifel eine systemerhaltende Lösung und damit eine sinnvolle Handlungsoption.

Zu bewerten ist allerdings der Umfang der Beeinträchtigung der Interessen der Inhaber einer Apothekenbetriebslaubnis, die additiv eine Versandhandelserlaubnis für den Versand verschreibungspflichtiger Arzneimittel nutzen. Dieser ist in Relation zum Verlust der Funktionalität des einheitlichen Apothekenabgabepreises zu setzen. Der Bundesrat, das Bundesministerium für Gesundheit und - neben vielen weiteren gesellschaftlichen Gruppen – die verfasste Apothekerschaft bewerten aus vielerlei Gründen die Vorteile aus dem Erhalt des bestehenden Preisbildungssystems für Patienten, Versorgungssystem und Gesellschaft höher als die relativ geringen Nachteile, die wenige Betriebserechtsinhaber in einem vergleichsweise kleinen Geschäftsfeld hinnehmen müssten. Die bisher öffentlich vorgetragenen Ansätze für andere Lösungen reichen hierzu nicht aus (vgl. insbesondere sogleich die Ausführungen unter 2.).

Dem Antrag „Gute und wohnortnahe Arzneimittelversorgung“ BT-Drucksache **18/10561** ist deshalb zuzustimmen.

### **2. BT-Drucksache 18/11607**

#### **Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**

##### **„Arzneimittelversorgung an Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten orientieren – Heute und in Zukunft“**

Dieser Antrag lehnt eine Begrenzung des Versandhandels auf nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel ab. Kurzfristig fordert er die Festlegung von Höchstpreisen, die im Wettbewerb unterschritten werden dürfen, um damit vordergründig einer Inländerdiskriminierung entgegen zu treten. Aus den un-

ten dargestellten Gründen halten wir diesen Lösungsansatz nicht nur für ungeeignet, sondern auch für schädlich in Bezug auf eine qualitativ hochwertige Versorgung.

Als weitere Punkte werden ein Monitoring des Apothekenmarktes und der Arzneimittelversorgung sowie die Einsetzung einer Expertenkommission zur Weiterentwicklung der Arzneimittelversorgung gefordert.

a) Zu Nummer 1

Die Forderung nach in der Höhe begrenzten, aber ansonsten nicht verbindlich festgelegten Apothekenabgabepreisen für verschreibungspflichtige Arzneimittel beinhaltet keine Problemlösung. Sie trägt im Gegenteil dazu bei, dass die in der Begründung des Gesetzentwurfs des Bundesministeriums für Gesundheit zutreffend dargestellten zunehmende Verschiebung der Marktanteile hin zu Versandapotheken verstärkt wird und zu einer damit einhergehenden Ausdünnung des bestehenden Netzes öffentlicher Apotheken zusätzlich beiträgt. Das folgt daraus, dass dem ungleichen Preiswettbewerb zwischen in- und ausländischen Apotheken nach der EuGH-Entscheidung auch noch ein ruinöser Wettbewerb der deutschen Apotheken untereinander zur Seite gestellt würde.

In der Begründung geht dieser Vorschlag zudem von unzutreffenden Annahmen aus. So wurde etwa die Preisbindung für verschreibungspflichtige Arzneimittel nicht erst durch die entsprechende Ergänzung des § 78 Arzneimittelgesetz im Jahr 2012 auf ausländische Versandanbieter erstreckt. Vielmehr galten nach dem Willen des Gesetzgebers auch für diese Anbieter bereits seit Einführung des Versandhandels für Arzneimittel im Jahr 2004 die deutschen Preisvorgaben, soweit sie Patienten in Deutschland versorgten. Dies belegen sowohl die Entscheidung des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes (Beschluss vom 22. August 2012, Az. GmS-OGB 1/10) als auch die Gesetzesbegründung zum Zweiten Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften, wo sich der Hinweis findet, dass die Ergänzung lediglich klarstellenden Charakter hat (BR-Drucksache 91/12, Seite 108).

Das Verbot des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln ist entgegen der Darstellung in der Begründung des Antrags sowohl europaauch verfassungskonform auszugestalten. Demgegenüber wäre die ebenfalls in der Begründung des Antrags dargestellte Boni-Begrenzung unter Zugrundelegung des obengenannten EuGH-Urteils erheblichen rechtlichen Bedenken. Zudem stellt diese Maßnahme gerade keine Lösungsoption dar, da sie die aktuell im Hinblick auf die ausländischen Versandapotheken ohnehin bestehende Sachlage auf die deutschen Apotheken ausweitet und somit zu einer Verschärfung der Problemlage und nicht zu deren Lösung beiträgt.

Die Forderung nach der Einführung eines Höchstpreismodells wurde zuvor zudem bereits von einigen Krankenkassenverbänden erhoben, flankiert von der Vorstellung, Einzelverträge mit Versandapotheken abzuschließen, um vermeintliche Wirtschaftlichkeitsreserven im Arzneimittelversorgungssystem zu erschließen. Die Verbindung dieser beiden Forderungen zeigt deutlich, dass in

all diesen Modellen das Qualitätsniveau und insbesondere die Versorgungssituation der Patienten vor Ort keine tragende Rolle spielen. Der Gesetzgeber hat erst jüngst anerkannt, dass die Vergütungssituation der Apotheken nicht zufriedenstellend ist und daher im GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz die Vergütung für die Herstellung von Rezepturarzneimitteln und die Abgabe dokumentationspflichtiger Arzneimittel angepasst. Diese gesetzgeberische Wertung belegt, dass die von einigen Krankenkassenverbänden ins Auge genommenen „Wirtschaftlichkeitsreserven“ jedenfalls im Bereich der Arzneimittelversorgung der Patienten durch die Apotheken vor Ort nicht bestehen. Der einem Höchstpreissystem immanente Preiswettbewerb würde die Versandapotheken aufgrund des von ihnen vorgehaltenen eingeschränkten Leistungsspektrums begünstigen und zugleich dem Arzneimittelversorgungssystem durch Vor-Ort-Apotheken die benötigten Mittel entziehen, um eine flächendeckende Versorgung auf dem bisherigen Niveau von 24 Apothekenbetriebsstätten pro 100.000 Einwohner aufrechtzuerhalten. Die Apotheken würden im Preiswettbewerb gezwungen, Beratungsleistungen zu reduzieren, so dass Verhaltensanreize genau in die falsche Richtung gesetzt würden. Das Versorgungsniveau in Deutschland würde in diesem Fall deutlich unter den europäischen Durchschnitt abfallen.

Wenn man, wie offensichtlich auch die Antragsteller, richtigerweise davon ausgeht, dass gegenwärtig in Deutschland keine Überversorgung durch Apotheken besteht, ist im Übrigen nicht erklärlich, warum zunächst eine Absenkung des Versorgungsniveaus hingenommen werden soll, um erst anschließend Maßnahmen zu erörtern (siehe Nummern 2 und 3), wie dieses Versorgungsniveau, unter anderem mit neuen Preisbildungsmodellen, gesichert bzw. wieder gehoben werden kann.

#### b) Zu Nummer 2

Die Forderung nach einem flächendeckenden, regelmäßigen und transparenten Monitoring des Apothekenmarktes und der bedarfsgerechten Arzneimittelversorgung suggeriert, dass eine solche Beobachtung gegenwärtig nicht stattfindet. Diese Aussage können wir nicht nachvollziehen. So veröffentlicht die ABDA regelmäßig Zahlen zum Apotheken- und Arzneimittelmarkt frei zugänglich auf ihrer Internetseite (<https://www.abda.de/service/publikationen/zdf/>) und gibt mehrmals jährlich Pressemeldungen zur aktuellen Entwicklung heraus (siehe etwa: Pressemitteilung vom 25. April 2017, <https://www.abda.de/pressemitteilung/artikel/weniger-apotheken-mehr-personal/>; oder Pressemitteilung vom 15. Februar 2017, <https://www.abda.de/pressemitteilung/artikel/apothekendichte-2017-nur-noch-24-betriebsstaetten-pro-100000-einwohner/>). Dabei werden auch Zahlen zu den einzelnen Bundesländern, der Anzahl von Einzel-/Haupt- und Filialapotheken oder etwa zur Apothekendichte nach Landkreisen veröffentlicht. Zudem wird ein breites Spektrum wirtschaftlicher Kennzahlen und sonstiger Daten angeboten. Der Organisation der ABDA folgend, steht dabei die Berichterstattung über ‚deutschlandweite‘ Themen im Vordergrund. Ein vergleichbares Angebot auf Landesebene offerieren viele Landesapothekerkammern (exemplarisch die jährliche Statistikveröffentlichung der Bayerischen Landesapothekerkammer, herunterzuladen unter <http://www.blak.de/>

hintergrundfakten.html?file=tl\_files/blak/upload/dokumente/presse/presse-daten%20und%20fakten/BLAK\_Statistische\_Daten\_2016\_Bayern.pdf).

Wenn weitergehende Datenerhebungen und -auswertungen gewünscht sind, ist im Einzelfall zu prüfen, ob sie unter dem Gesichtspunkt des Datenschutzes zulässig sind und für sie eine ausreichende rechtliche Grundlage besteht.

c) Zu Nummer 3

Die Apothekerschaft steht einer Diskussion über die Fortentwicklung des Versorgungs- und Vergütungssystems der öffentlichen Apotheken offen gegenüber. Dass der Bedeutung der pharmazeutischen Beratung dabei in Zukunft mehr Beachtung geschenkt werden soll, ist auch im Interesse der Patientinnen und Patienten sowie der Apothekerinnen und Apotheker. An dieser Diskussion sollten sich selbstverständlich neben den Vertretern der Apothekerschaft auch andere Experten beteiligen. Dabei ist in erster Linie Expertise vonnöten, die sich auf die Erkennung, Beschreibung und Lösung von Problemen in regionalen, patientennahen Versorgungsstrukturen bezieht.

Zur Diskussion über Maßnahmen zur Verbesserung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung in bestimmten Gebieten ist zunächst festzuhalten, dass aktuell in Deutschland keine Probleme in der flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln bestehen. Die von den Antragstellern für möglich gehaltene Konzentration von Apotheken in zentralen städtischen Lagen, muss mit Blick auf die Bevölkerungsdichte relativiert werden. Dort, wo viele Menschen wohnen, existieren auch mehr Apotheken existieren. Unabhängig davon ist es richtig, dass die mittel- und langfristige Entwicklung einer genauen Beobachtung bedarf. Die Preisbindung für verschreibungspflichtige Arzneimittel hat über Jahrzehnte hinweg eine nahezu gleichbleibende Zahl von Apothekenbetriebsstätten und deren flächendeckende Verteilung garantiert. Dass andere Finanzierungsmodelle – etwa der von den Antragstellern angesprochene Sicherstellungszuschlag – ein vergleichbares Versorgungsniveau gewährleisten, halten wir für fernliegend.

Die im Antrag angesprochene gesetzlich vorgegebene Ausstattung der Apotheken stellt sicher, dass jeder Patient überall in Deutschland die gleichen Leistungen in Anspruch nehmen kann. Das betrifft zum Beispiel die Versorgung mit Rezeptur Arzneimitteln in besonderen Situationen, etwa für Kinder. An diesem Versorgungsniveau sollten keine Abstriche gemacht werden.

Die abschließend von den Antragstellern angesprochenen Probleme in der Zusammenarbeit der verschiedenen im Gesundheitsbereich tätigen Professionen sind nach unserer Kenntnis gerade in ländlichen Regionen selten und am besten unter Berücksichtigung der regionalen Besonderheiten vor Ort zu lösen, ohne dass es eines Eingreifens des Bundesgesetzgebers bedarf.

Veränderungen bei der Patientenzuzahlung zu Arzneimitteln können keinen Beitrag zur Lösung der Probleme leisten, die mit dem Urteil des EuGH vom 16.10.2016 entstanden sind, weil sie an der Aufhebung des einheitlichen

Abgabepreises nichts ändert. Die Zuzahlungsregelungen sind geschaffen worden, um die Patienten in einem bestimmten Rahmen an den von ihnen verursachten Arzneimittelkosten zu beteiligen und durch das Angebot zuzahlungsfreier Arzneimittel deren Akzeptanz beim Patienten zu fördern (BT-Drucksache 15/1525, Seite 71). Es obliegt einer gesonderten Debatte, ob diese Ziele nach wie vor verfolgungswürdig sind oder nicht. Für die Frage nach der Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung mit Arzneimitteln hat diese Entscheidung jedoch keine Relevanz und sollte unabhängig davon behandelt werden.

### **3. BT-Drucksache 18/12090**

**Antrag der Fraktion DIE LINKE.**

**„Patientinnen und Patienten entlasten – Zuzahlungen bei Arzneimitteln abschaffen“**

Der Antrag hat die Abschaffung der Regelungen zur Zuzahlung von Patienten bei der Versorgung mit Arzneimitteln zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung zum Ziel.

Wir verweisen insoweit auf unsere Ausführungen zu Ziffer 2 am Ende.

12. Mai 2017

ABDA - Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e.V.