

Wissenschaftlicher Beirat  
der Betrieblichen Krankenversicherung

# Wegfall des Mehr- und Fremdbesitzverbots: Eine Chance für mehr Wettbewerb im Apothekenmarkt



# **Wegfall des Mehr- und Fremdbesitzverbotes: Eine Chance für mehr Wettbewerb im Apothekenmarkt**

Stefan Fetzler, Verena Liessem, Reinhard Busse, Stefan Felder, Heinz-Dietrich  
Steinmeyer und Jürgen Wasem\*

Juni 2008

---

\* Wir danken Herrn Reza Fathollah Nejad Asl für wertvolle Literaturhinweise sowie Frau Larysa Chekenda für die Auswertung von Daten.

Der Wissenschaftliche Beirat der Betrieblichen Krankenversicherung setzt sich zusammen aus Prof. Dr. Reinhard Busse, Prof. Dr. Stefan Felder (stv. Vorsitzender), Prof. Dr. Heinz-Dietrich Steinmeyer (Vorsitzender) und Prof. Dr. Jürgen Wasem. Dr. Stephan Burger ist Leiter der Geschäftsstelle des Wissenschaftlichen Beirats.

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung</b> .....	<b>3</b>
<b>2. Akteure und Preissetzung auf dem deutschen Apotheken- und Arzneimittelmarkt</b> .....	<b>4</b>
2.1 Akteure.....	4
2.1.1 Die Apotheken.....	5
2.1.2 Die Großhändler.....	6
2.1.3 Die Pharmaunternehmen.....	7
2.2 Gesetzliche Regelungen zur Preisbildung, zu Rabatten und zu Zuzahlungen.....	8
<b>3. Bevorstehende Umwälzungen am Apothekenmarkt</b> .....	<b>15</b>
3.1 Zu erwartende juristische Neuausrichtung.....	15
3.2 Potentielle Wirkungen auf die Struktur des Apothekenmarktes.....	16
<b>4. Wettbewerb auf dem Apothekenmarkt bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln</b> .....	<b>19</b>
4.1 Modifizierte Zuzahlungsregelungen für Versicherte.....	20
4.2 Selektivverträge von Krankenkassen und Apotheken.....	21
4.2.1 Selektivverträge bei planbarem Arzneimittelbedarf.....	23
4.2.2 Selektivverträge bei nichtplanbarem Arzneimittelbedarf.....	24
4.3 Funktioniert ein Wettbewerb mit Selektivverträgen?.....	25
<b>5. Schnittstellen zum Herstellerwettbewerb</b> .....	<b>28</b>
<b>6. Fazit</b> .....	<b>29</b>
<b>Literatur</b> .....	<b>31</b>

## 1. Einleitung

Der deutsche Apothekenmarkt steht vor gewaltigen Veränderungen, denn vermutlich wird der Europäische Gerichtshof das derzeit im Apothekengesetz verankerte Fremd- und Mehrbesitzverbot aufheben. Dies lässt erwarten, dass neue Anbieter in den Apothekenmarkt eintreten und sich somit die Wettbewerbsintensität gegenüber heute deutlich erhöht. In der Folge könnten die Ausgaben der GKV für Arzneimittel über die Hebung von Effizienzreserven im Arzneimittelmarkt sinken.

Allerdings ist der Apothekenmarkt für verschreibungspflichtige Arzneimittel derzeit sehr stark reguliert: Auf der Angebotsseite sind Apotheken in ihrer Preissetzung durch gesetzlich fixierte Margen eingeschränkt. Aber auch auf der Nachfrageseite darf aufgrund der Ausgestaltung der derzeitigen Rabatt- und Zuzahlungsregelungen bezweifelt werden, ob die Versicherten einen Anreiz haben, preisgünstige Apotheken aufzusuchen. Ohne weitere Gesetzesänderung ließe dies befürchten, dass die bevorstehende Neuausrichtung des Apothekenmarkts lediglich dazu führt, dass die Arzneimittelausgaben der GKV unter den zukünftigen Marktteilnehmern neu verteilt werden.

Um mehr Wettbewerb im Arzneimittelmarkt zu erreichen, genügt es also vermutlich nicht, allein auf einen Wegfall des Mehr- und Fremdbesitzverbotes zu setzen. Vielmehr sollte dieser durch weitere flankierende Maßnahmen ergänzt werden. Im vorliegenden Papier wird deshalb ein Reformvorschlag vorgestellt, durch den eine Intensivierung des Wettbewerbs auf dem Arzneimittelmarkt erreicht werden soll. Der Reformvorschlag umfasst zum einen die Streichung der derzeitigen gesetzlichen Vorgaben zur Preissetzung. Zum anderen soll über die Möglichkeit für Krankenkassen, mit Apotheken selektive Verträge auszuhandeln, sowie Modifikationen der bestehenden Zuzahlungsregelungen auch eine Erhöhung der Preisreaktion der Nachfrageseite erreicht werden.

Im Weiteren ist das Papier wie folgt gegliedert: Kapitel 2 stellt die Akteure auf dem deutschen Apothekenmarkt vor und gibt einen Überblick der gesetzlichen Regelungen des Apothekenverkaufspreises. Mit den zu erwartenden Umwälzungen im Apothekenmarkt aufgrund der bevorstehenden Urteile des Europäischen Ge-

richtshofs befasst sich Kapitel 3. In Kapitel 4 wird das Reformmodell vorgestellt. Auf Schnittstellen zum Herstellerwettbewerb wird in Kapitel 5 eingegangen.

## **2. Akteure und Preissetzung auf dem deutschen Apotheken- und Arzneimittelmarkt**

### **2.1 Akteure**

Arzneimittel lassen sich nach ihrer Handelbarkeit unterscheiden, d.h. danach ob sie nicht apothekenpflichtig, apothekenpflichtig oder verschreibungspflichtig (und damit auch apothekenpflichtig) sind. Während erstere im Wesentlichen als frei handelbar gelten, dürfen apothekenpflichtige und verschreibungspflichtige Arzneimittel nur in der Apotheke abgegeben werden.<sup>1</sup> Der Anteil am Gesamtumsatz des Apothekenmarkts betrug 2006 für verschreibungspflichtige Arzneimittel rund 79 Prozent, 14 Prozent waren apothekenpflichtig (aber nicht verschreibungspflichtig) und 7 Prozent frei verkäuflich.<sup>2</sup>

Der Distributionsweg für Arzneimittel ist durch eine dreigliedrige Wertschöpfungskette charakterisiert. Der Verkauf der Arzneimittel an die Endkunden erfolgt in der Regel über Apotheken, die ihrerseits die Arzneimittel im Allgemeinen über Arzneimittelgroßhändler von den Pharmaunternehmen beziehen.<sup>3</sup> Im Folgenden wird ein Überblick über die Akteure gegeben.

---

<sup>1</sup> Zu den nicht apothekenpflichtigen Arzneimitteln gehören Naturheilmittel, wie z.B. Heilwässer, Bademoore, Pflanzen(extrakte), die nicht verschreibungspflichtig sind und nicht als apothekenpflichtig klassifiziert wurden. Weitere Ausnahmen kann das Bundesministerium für Gesundheit (im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie nach Anhörung von Sachverständigen durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates) genehmigen. Auf die gleiche Weise wird die Verschreibungspflicht von Arzneimitteln geregelt. Für den Einzelhandel mit nicht apothekenpflichtigen Arzneimitteln bedarf es „erforderlicher Sachkenntnis“ jeweils mindestens einer Person der verkaufenden Betriebsstelle, die durch Fortbildungen, etc. erlangt werden kann, d.h. Arzneimittel dürfen nicht durch Automaten oder andere Formen von Selbstbedienung in den Verkehr gebracht werden.

<sup>2</sup> Vgl. Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V. (2007).

<sup>3</sup> Pharmazeutische Unternehmer und Großhändler dürfen apothekenpflichtige Arzneimittel außer an Apotheken nur an andere pharmazeutische Unternehmer und Großhändler abgeben oder – in Ausnahmefällen, wie z.B. Impfstoffen, Blutzubereitungen, etc. (siehe § 47 AMG) – an Krankenhäuser und Ärzte, Impfzentren, Gesundheitsämter und -behörden. Eine Sonderregelung gilt für Arz-

### 2.1.1 Die Apotheken

Im Jahr 2006 gab es in Deutschland 21.551 Apotheken (Quelle: ABDA), darunter 1.796 Filialapotheken. Im Durchschnitt kamen damit 3.820 Einwohner auf eine Apotheke. Diese Zahl variiert allerdings nach Bundesländern.<sup>4</sup> Geschätzt lag der Umsatz je Apotheke im Jahr 2006 bei 1.619.000 € (ohne Mehrwertsteuer).

Niedergelassene Apotheken unterliegen dem Apothekengesetz (ApoG). Darin ist das Fremdbesitzverbot (§ 2 ApoG) festgeschrieben, das besagt, dass Apotheken nur von Apothekern besessen und betrieben werden dürfen.<sup>5</sup> Das ebenfalls aus dem Apothekengesetz stammende Mehrbesitzverbot (§§ 1, 2 ApoG) besagt, dass ein Apothekenbesitzer nur bis zu drei Filialen gründen darf. Voraussetzungen dafür sind unter anderem, dass die Filialen in demselben oder einem benachbarten Landkreis (entsprechende Regelung für kreisfreie Städte) liegen müssen, dass der Filialbetreiber persönlich eine Apotheke führt und dass jede Filiale mit einem verantwortlichen Apotheker besetzt ist (§§ 1, 2 ApoG).

Grundsätzlich gestattet ist der Versandhandel von Arzneimitteln (§ 11 a ApoG); dies wird aber ebenfalls an Voraussetzungen geknüpft: Nur Apotheker dürfen einen Versandhandel betreiben und dies nur zusätzlich zum normalen Betrieb einer öffentlich zugänglichen Apotheke. Der Versandhandel hat den für den sonstigen Apothekenbetrieb üblichen Vorschriften zu folgen. Dazu gelten weitere Regelungen wie insbesondere über Qualität und Schnelligkeit der Belieferung.

Eine Apotheke hat ein Vollsortiment an Arzneimitteln zur Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung der Bevölkerung vorzuhalten. Der § 15 der

---

neimittelmuster (§ 47 Abs. 3 und 4 AMG).

<sup>4</sup> Berechnungen auf Basis von ABDA (2007) und Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2007). Die höchste Apothekendichte weist Thüringen mit 2972, die niedrigste Brandenburg mit 4582 Einwohnern pro Apotheke auf.

<sup>5</sup> Mehrere Personen zusammen können eine Apotheke nur in der Rechtsform einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts oder einer offenen Handelsgesellschaft betreiben, in diesen Fällen bedürfen alle Gesellschafter der Erlaubnis zum Betreiben einer Apotheke; Beteiligungen an einer Apotheke in Form einer Stillen Gesellschaft und Vereinbarungen, bei denen die Vergütung für dem Erlaubnisinhaber gewährte Darlehen oder sonst überlassene Vermögenswerte am Umsatz oder am Gewinn der Apotheke ausgerichtet ist, insbesondere auch am Umsatz oder Gewinn ausgerichtete Mietverträge, sind unzulässig.

Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) regelt hierbei, welche Arzneimittel die Apotheke vorrätig zu halten bzw. innerhalb einer kurzen Frist vom Großhandel oder den Herstellern zu beschaffen hat. Des Weiteren darf sich ein Apotheker nicht dazu verpflichten, bestimmte Arzneimittel ausschließlich oder bevorzugt anzubieten oder anderweitig die Auswahl von Arzneimitteln auf das Angebot bestimmter Hersteller, Großhändler oder Gruppen von Großhändlern zu beschränken (§ 10 ApoG). Außerdem dürfen Apotheker oder deren Personal außerhalb der integrierten Versorgung keine Absprachen mit Ärzten oder anderen behandelnden Personen treffen, die die bevorzugte Lieferung bestimmter Arzneimittel, die Zuführung von Patienten oder die Zuweisung von Verschreibungen beinhalten (§ 11 ApoG).<sup>6</sup>

Für Krankenhausapotheken gibt es weitere Regelungen. So können Krankenhäuser wählen, ob sie ihre Arzneimittelversorgung durch eine interne Apotheke, die Apotheke eines anderen Krankenhauses oder eine externe Apotheke gewährleisten. In den letzteren beiden Fällen hat das Krankenhaus einen Vertrag zu schließen, der der Genehmigung der zuständigen Behörde bedarf. Die Krankenhäuser wiederum dürfen die Arzneimittel nur zur „internen“ Therapie verwenden; sie dürfen z.B. Patienten Arzneimittel nur mitgeben, falls auf deren Entlassung ein Feiertag oder ein Wochenende folgt.

Darüber hinaus gibt es Sonderregelungen für Bundeswehraphotheken, Zweigapotheken und Notapotheken.<sup>7</sup> Grundsätzlich unterliegen Apotheken einer Überwachung durch die zuständige Behörde.

### **2.1.2 Die Großhändler**

Die Großhändler kaufen Arzneimittel von den Pharmaunternehmen und verkaufen diese weiter an die Apotheken. Ein großer Teil der Existenzberechtigung der Pharmagroßhändler beruht auf der Tatsache, dass viele Arzneimittel aufgrund der Größe des Sortiments „auf Lager“ gehalten werden müssen, da sie nicht häufig

---

<sup>6</sup> Diese Regeln gelten nicht, wenn eine Pandemie ausbricht.

<sup>7</sup> Für Bundeswehraphotheken, Zweigapotheken und Notapotheken gibt es Sonderregelungen, die entweder durch das Verteidigungsministerium getroffen werden oder die dann in Kraft treten, wenn in einem Gebiet keine ausreichende Versorgung mit Apotheken zustande kommt (hier werden die

und regelmäßig nachgefragt werden, aber dennoch im Bedarfsfall rasch verfügbar sein müssen. Außerdem übernimmt der pharmazeutische Großhandel durch die Lagerhaltung eine Art „Pufferfunktion“, die saisonale Unterschiede in der Nachfragehäufigkeit von Arzneimitteln überbrückt (z.B. werden Erkältungsmedikamente zwar das ganze Jahr über produziert, aber in der kalten Jahreszeit deutlich mehr nachgefragt). Die meisten der pharmazeutischen Großhändler vertreiben das Vollsortiment der Arzneimittel und halten dieses in regional verteilten Lagern vor. Apotheken werden täglich mehrfach durch den pharmazeutischen Großhandel beliefert. Grundsätzlich können Apotheken aber Arzneimittel auch direkt von den Herstellern beziehen.

Der Betrieb von Großhandelsunternehmen für apothekenpflichtige Arzneimittel bedarf einer Erlaubnis und unterliegt der Überwachung durch die zuständige Behörde. Es gibt in Deutschland 15 vollsortierte pharmazeutische Großhändler, die insgesamt 110 Niederlassungen betreiben. Sie decken ca. 90 Prozent des Bedarfs der Apotheken an Arzneimitteln und apothekenüblichen Waren. Die vollsortierten pharmazeutischen Großhändler beschäftigen über 12.000 Mitarbeiter und erzielten 2007 einen Umsatz von über 22 Milliarden €.<sup>8</sup>

### 2.1.3 Die Pharmaunternehmen

Pharmazeutische Unternehmen benötigen eine Herstellungserlaubnis für Arzneimittel durch die zuständige Behörde des Bundeslandes, in dem die Betriebsstätte liegt oder liegen soll.<sup>9</sup> Die Arzneimittel bedürfen in den allermeisten Fällen ihrerseits wiederum einer Zulassung durch die zuständige Bundesoberbehörde (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte) oder einer EU-Genehmigung.<sup>10</sup>

---

Zulassungsvorschriften gelockert).

<sup>8</sup> Vgl. [www.phagro.de](http://www.phagro.de).

<sup>9</sup> Die Herstellungserlaubnis ist an Bedingungen geknüpft, wie z.B. die, dass mindestens eine Person die „nötige Sachkenntnis“ hat, die durch eine Apothekerapprobation, ein spezielles Hochschulstudium und praktische Berufserfahrung belegt werden muss. Außerdem wird die Herstellungserlaubnis dem Unternehmen nur für eine bestimmte Betriebsstätte, bestimmte Arzneimittel und bestimmte Darreichungsformen erteilt.

<sup>10</sup> Einfuhren von Arzneimitteln bedürfen einer Erlaubnis und – wenn die Wirkstoffe aus Ländern kommen, die nicht Mitgliedstaaten der EU oder andere Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sind – in der Regel einer Zertifizierung.



Darüber hinaus werden die Pharmaunternehmen durch die zuständigen Behörden überwacht und unterliegen der Gefährdungshaftung.<sup>11</sup>

Der Bruttoumsatz mit Fertigarzneimitteln zu Apothekenverkaufspreisen (inkl. Mehrwertsteuer) betrug 2006 26,3 Mrd. € (zu Herstellerpreisen 20,6 Mrd. €).<sup>12</sup> Marktführer 2005 war Aventis (heute Sanofi-Aventis) mit einem Anteil von 6,8 Prozent am Gesamtumsatz, gefolgt von Ratiopharm, Hexal (Tochterfirma von Novartis), Novartis, Astra / Zeneca und Pfizer. Pharmaunternehmen handeln weitgehend international; insgesamt wurden 2005 nur knapp 21 Prozent des Umsatzes in Deutschland von deutschen Herstellern erwirtschaftet.<sup>13</sup> Bezüglich der Marktkonzentration sagen diese Zahlen allerdings relativ wenig aus, da man die Marktkonzentration wirkstoffbezogen ermitteln müsste.

## **2.2 Gesetzliche Regelungen zur Preisbildung, zu Rabatten und zu Zuzahlungen**

Grundsätzlich frei ist die Preisbildung – neben dem Bereich der nicht apothekenpflichtigen Arzneimittel – für nicht verschreibungs-, aber apothekenpflichtige Arzneimittel (sog. OTCs), die die GKV nicht erstattet.<sup>14</sup> Die Preisbildung für verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel ist hingegen stark reguliert. Vorgaben zur Preissetzung und für Rabatte finden sich auf allen drei Distributionsstufen. Darüber hinaus gibt es bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln Zuzahlungsbestimmungen für Versicherte.

Hinsichtlich der Preissetzung von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln ist allein der Hersteller frei,<sup>15</sup> die Preissetzung für den Großhandel und die Apotheken hingegen gesetzlich festgeschrieben. Die Zuschläge des Großhandels unterliegen

---

<sup>11</sup> Diese tritt ein, wenn ein Mensch infolge der Anwendung eines Arzneimittels des Herstellers Schaden erleidet (§ 79 AMG).

<sup>12</sup> Vgl. Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V. (2007).

<sup>13</sup> Vgl. Nink und Schröder (2006).

<sup>14</sup> Für OTCs, die die GKV erstattet (z.B. für Kinder unter 12 Jahren und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen sowie OTC-Präparate auf einer Ausnahmeliste des Gemeinsamen Bundesausschusses), wurde die bis zum 31.12.2003 gültige Arzneimittelpreisverordnung fortgeschrieben.

<sup>15</sup> Allerdings dürfte für Arzneimittel, die der Festbetragsregulierung unterliegen, sein Preisgestaltungsspielraum wesentlich von außen determiniert sein.

hierbei einer Höchstgrenze. So dürfen nach § 2 AMPreisV Großhändler vor Umsatzsteuer Zuschläge zwischen 15 Prozent und 6 Prozent erheben, die mit steigendem Herstellerpreis relativ abnehmen.

Abbildung 1: Absolute Zuschläge in Abhängigkeit des Herstellerpreises

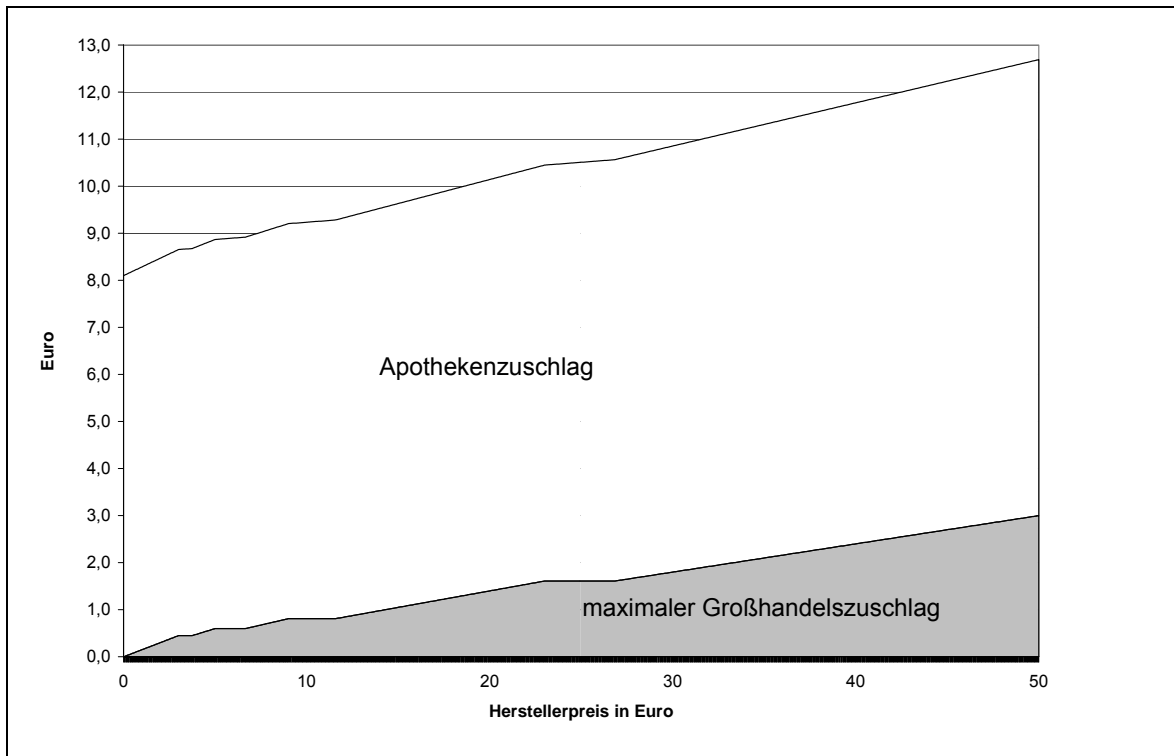


Abbildung 1 illustriert diese Zuschläge in Abhängigkeit eines Herstellerpreises zwischen 0 und 50 Euro. Für Herstellerpreise über 50 Euro beträgt der Höchstzuschlag 6 Prozent, ist aber bei 72 Euro, d.h. einem Herstellerpreis von 1200 Euro gedeckelt. Die Apotheken haben nun nach § 3 AMPreisV auf den Großhandelspreis (Herstellerpreis zzgl. Großhändlerhöchstzuschlag) einen Festzuschlag i.H.v. 3 Prozent zzgl. 8,10 Euro zu erheben.<sup>16</sup> Dieser ist ebenfalls in Abbildung 1 veranschaulicht.<sup>17</sup>

<sup>16</sup> Die bis zum 31.12.2003 gültige Arzneimittelpreisverordnung enthielt rein prozentuale Apothekenzuschläge. Der Absolutanteil von 8,10 Euro wurde eingeführt, weil Apotheken bei Verkauf eines Arzneimittels unabhängig vom Preis den gleichen Aufwand für Personal, Lagerung usw. haben.

<sup>17</sup> Für die erneute Abgabe von zurückgegebenen Arzneimitteln beträgt der Festzuschlag 5,80 Euro. Andere, wesentlich höhere Festzuschläge ergeben sich in §4 AMPreisV für Stoffe, die in Apotheken in unverändertem Zustand umgefüllt werden, und nach §5 AMPreisV für Stoffe, die in der Apotheke zubereitet werden (Festzuschlag zzgl. Rezepturzuschlag). Ebenfalls anderes ist für den Bereich der Anwendung von Arzneimitteln bei Tieren bestimmt.

Auf den durch den Apothekenzuschlag entstehenden Nettoapothekenpreis wird die Umsatzsteuer (19 Prozent) erhoben, wodurch sich insgesamt der Apothekenverkaufspreis wie in Tabelle 1 beschrieben ergibt.

Tabelle 1: Zusammensetzung des Apothekenverkaufspreises

Herstellerpreis	HP	
+ Großhandels(höchst)zuschlag	GHZ	
= Großhandels(höchst)preis	GHP*	= $HP \cdot (1 + GHZ)$
+ Apothekenzuschlag	AZ	= $GHP \cdot 0,03 + 8,10$
= Apothekennetto- Verkaufspreis	ANP	= $HP \cdot (1 + GHZ) \cdot (1,03) + 8,10$
+ Umsatzsteuer	UST	= $0,19 \cdot ANP$
= Apothekenverkaufspreis	AP	= $(HP \cdot (1 + GHZ) \cdot (1,03) + 8,10) \cdot 1,19$

\* Der tatsächliche Großhandelspreis kann niedriger sein; der Unterschied zwischen tatsächlichem Großhandelspreis und Großhandelshöchstpreis wird allerdings bei der Berechnung des Apothekenzuschlags und damit des Apotheken-Verkaufspreises mit berücksichtigt.

Die Erstattungshöhe des Apothekenverkaufspreises durch die GKV hängt nun im Wesentlichen davon ab, ob das betreffende Arzneimittel der Festbetragsregelung nach § 35 SGB V unterliegt oder nicht. Festbeträge sind maximale Beträge für die Erstattung von Arzneimittelpreisen durch die gesetzlichen Krankenkassen. Diese werden für Gruppen vergleichbarer Arzneimittel festgesetzt.<sup>18</sup>

Außerdem existieren Rabattregelungen, die den Krankenkassen Rabatte beim „Einkauf“, oder besser ausgedrückt bei der Erstattung von Arzneimitteln einräumen. Für alle verschreibungspflichtigen Arzneimittel erhalten Krankenkassen nach § 130 SGB V von den Apotheken einen Abschlag i. H. v. 2,30 Euro vom Apothekenverkaufspreis. Einen weiteren gesetzlich vorgeschriebenen Rabatt von Herstellern i. H. v. sechs Prozent des Herstellerpreises erhalten Krankenkassen für Arzneimittel ohne festgesetzten Festbetrag über die Apotheker von den Herstellern (§ 130a Abs. 1 SGB V).

<sup>18</sup> Die Umsetzung der Festbetragsregelung (§ 35 SGB V) erfolgt in zwei aufeinander aufbauenden Verfahrensschritten: Erst beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss für ausgewählte Arzneimittel sogenannte Festbetragsgruppen, dann setzen die Spitzenverbände der Krankenkassen für diese Gruppen Festbeträge fest.

Neben den gesetzlich vorgegebenen Rabatten können Krankenkassen und ihre Verbände mit den Arzneimittelherstellern Rabatte verhandeln, die diese unmittelbar an die Kassen vergüten (Rabatte nach § 130a Abs. 8 SGB V). Die Apotheken sind nach §129 Abs. 1 SGB V verpflichtet, ein rabattiertes Arzneimittel an den Versicherten abzugeben, wenn dieses günstiger als andere wirkstoffgleiche Arzneimittel ist. Damit ist der Versicherte bzgl. der Wahl des Herstellers de facto eingeschränkt, wenn seine Krankenkasse einen Rabattvertrag geschlossen hat. Im Gegensatz zum gesetzlichen Herstellerrabatt i. H. v. 6 Prozent werden diese Rabatte direkt zwischen Krankenkassen und Herstellern verrechnet. Die Krankenkassen können allerdings Leistungserbringer oder Dritte an den Rabattverträgen beteiligen bzw. diese mit dem Abschluss beauftragen. Daher können Apotheken prinzipiell auch heute schon in selektivvertragliche Rabattformen eingebunden werden.<sup>19</sup>

Zuzahlungsregelungen für Versicherte gibt es im Bereich der Arzneimittel von zwei Seiten. Zum einen ist in § 31 Abs. 2 SGB V geregelt, dass Versicherte bei Arzneimitteln mit Festbeträgen den Differenzpreis zum Festbetrag bezahlen müssen, wenn sie ein Präparat von der Apotheke beziehen, dessen Preis über dem Festbetrag liegt. Ärzte, die solche Medikamente verschreiben, müssen ihre Patienten entsprechend informieren.

Zum anderen ist in § 61 SGB V geregelt, dass Versicherte 10 Prozent des Apothekenverkaufspreises selbst zahlen müssen, jedoch mindestens 5 Euro und maximal 10 Euro. Daher gibt es im derzeitigen System für Versicherte nur einen Anreiz zur Wahl eines günstigeren Arzneimittels im Preisintervall zwischen 50 und 100 Euro. Falls der Preis bei Arzneimitteln mit Festbeträgen allerdings mindestens 30 Prozent niedriger ist als der gültige Festbetrag, können nach § 31 Abs. 3 SGB V die Spitzenverbände der Krankenkassen die Versicherten von der Zuzahlung freistellen. In ähnlicher Weise können bei den Rabattverträgen nach § 130a Abs. 8 SGB V Krankenkassen auf die Erhebung der Zuzahlung ganz verzichten oder die Zuzahlung halbieren.

---

<sup>19</sup> Vgl. Wasem und Orlowski (2007).

Die Summe aller geleisteten Zuzahlungen (neben den oben beschriebenen Zuzahlungen zu Arzneimitteln sieht § 61 SGB V noch Zuzahlungen zu anderen Leistungsbereichen vor), die ein Versicherter innerhalb eines Kalenderjahres zu leisten hat, ist nach § 62 Abs.1 SGB V allerdings auf 2 Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen beschränkt.<sup>20</sup> Für chronisch Kranke beträgt diese Belastungsgrenze 1 Prozent.<sup>21</sup> Tabelle 2 fasst die Regelungen zu den verschreibungspflichtigen Fertigarzneimitteln zusammen.

Tabelle 2: Regelungen für verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel

	Kein Festbetrag	Festbetrag	Rabattverträge §130a Abs. 8
Großhandelszuschlag	Ja	Ja	Ja
Apothekenzuschlag	Ja	Ja	Ja
Herstellerrabatt §130a Abs. 1	Ja	Nein	Nein
Apothekenrabatt §130	Ja	Ja	Ja
Zuzahlung Versicherte §61 SGB V	5 – 10 Euro	5 – 10 Euro kann entfallen, bei Preis ≤ 70% des Festbetrages	kann halbiert oder aufgehoben werden
Zuzahlung Versicherte über den Festbetrag	Nein	Ja	Nein

Für die weitere Analyse sei noch genauer dargestellt, wer letztendlich welche Anteile am Apothekenverkaufspreis verursacht. Hierzu sollen exemplarisch die Regelungen für verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel ohne Festbetrag (Fall in der ersten Spalte von Tabelle 2) herangezogen werden. Dabei werden neben den Zuschlägen auch die Rabatte betrachtet, die die GKV von Herstellern (RKH) und Apotheken (RKA) erhält. In Tabelle 3 ergibt sich der Apothekenverkaufspreis aus der Summe der jeweils den Handelsstufen verbleibenden Nettoanteile, der Um-

<sup>20</sup> Die Belastungsgrenze gilt allerdings nicht für die Zuzahlung, die aufgrund der Abgabe eines Arzneimittels über dem Festbetrag anfällt.

<sup>21</sup> Die Definition der schwerwiegenden chronischen Krankheiten findet sich in § 2 der „Chroniker-Richtlinie“ des Gemeinsamen Bundesausschuss.

satzsteuer und den Rabatten der Krankenkassen. Zu beachten ist, dass die Rabatte umsatzsteuerpflichtig sind.

Tabelle 3: Anteile am Apothekenverkaufspreis

Herstelleranteil	HP – RKH	= $HP \cdot (1 - 0,06)$
+ Großhandelsanteil		= $HP \cdot GHZ^*$
+ Apothekennettoanteil	AZ-RKA	= $HP \cdot (1 + GHZ) \cdot (0,03) + 8,10 - 2,30$
+ Umsatzsteuer auf die Anteile		= $((HP \cdot (1 + GHZ) \cdot (1,03) + 8,10) - HP \cdot 0,06 - 2,30) \cdot 0,19$
+ Rabatte der Kassen (inkl. Umsatzsteuer)	RKH*(1,19) RKA*(1,19)	= $HP \cdot 0,06 \cdot 1,19$ = $2,30 \cdot 1,19$
= Apothekenverkaufspreis	AP	= $(HP \cdot (1 + GHZ) \cdot (1,03) + 8,10) \cdot 1,19$

\* Hier wird wiederum davon ausgegangen, dass von den Großhändlern der Höchstzuschlag erhoben wird.

Die Anteile aus Tabelle 3 sind in Prozent des Apothekenverkaufspreises für einen Bereich von 10 bis 140 Euro in Abbildung 2 veranschaulicht. Aufgrund des absoluten Anteils des Apothekenzuschlags von 8,10 Euro ist bei geringen Herstellerabgabepreisen der Apothekenverkaufspreis weitgehend durch die Apothekenzuschläge geprägt. Erst bei höheren Herstellerabgabepreisen geht der Einfluss des Apothekenzuschlages auf den Apothekenverkaufspreis zurück. Obwohl die prozentualen Zuschläge für Großhändler mit zunehmendem Herstellerpreis geringer werden (vgl. Abbildung 1), nehmen diese gemessen am Apothekenverkaufspreis leicht von 3,5 Prozent bei 20 Euro auf 4,2 Prozent bei 100 Euro zu, weil die Anteile der Apothekenzuschläge noch stärker zurückgehen.

Abbildung 2: Zusammensetzung des Apothekenverkaufspreises

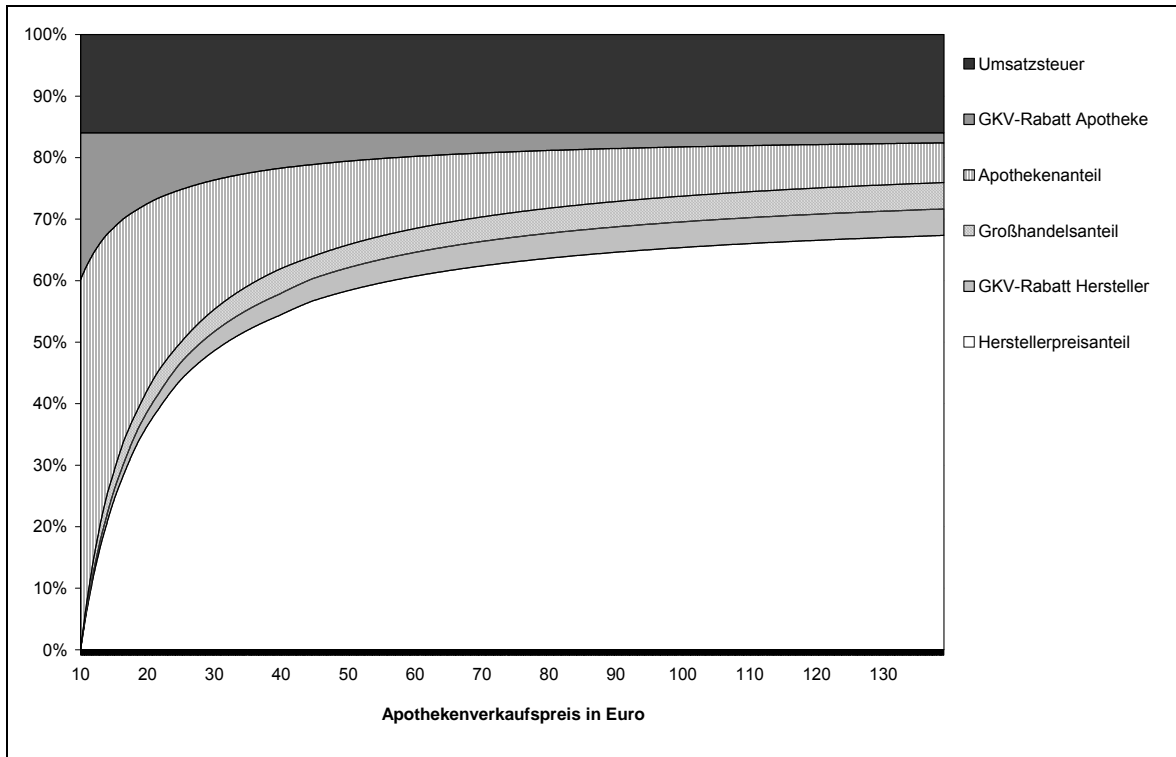
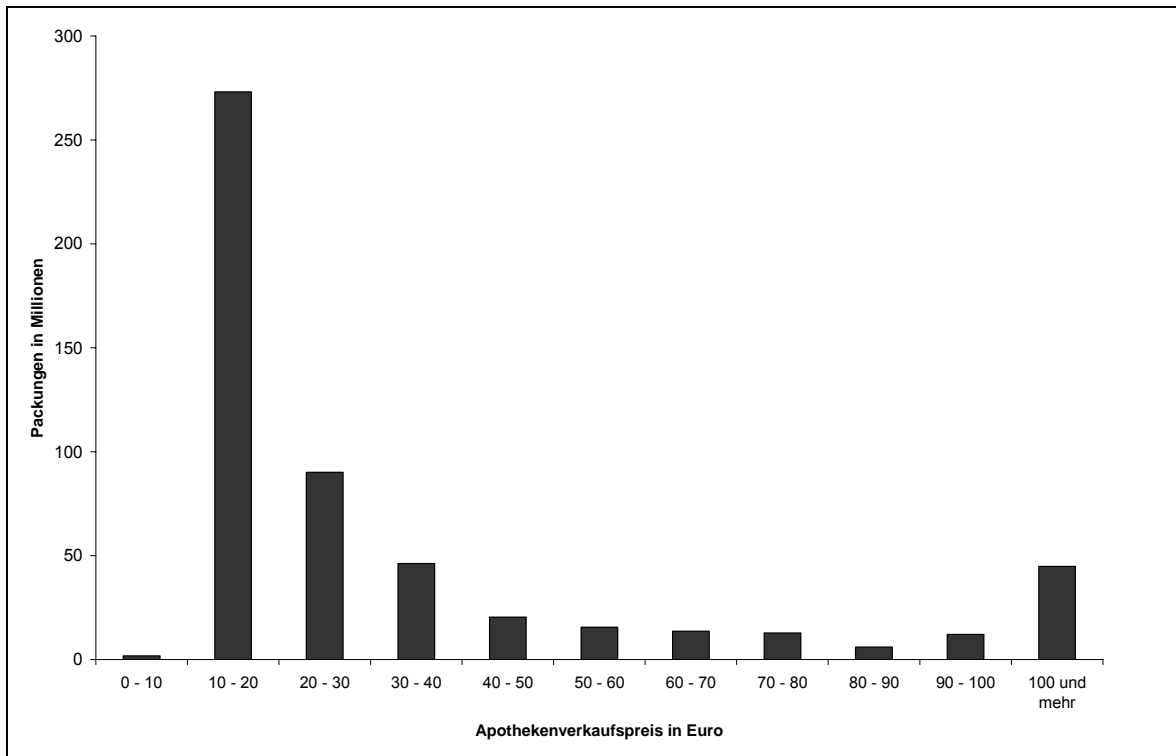


Abbildung 3: Abgegebene Packungen verschreibungspflichtiger Arzneimittel 2007



Quelle: Berechnungen der Abteilung Vertragsanalyse des BKK-Bundesverbandes

Abbildung 3 zeigt für das Jahr 2007 die Verteilung der von den Apotheken abgegebenen Packungen an verschreibungspflichtigen Arzneimitteln nach dem Apothekenverkaufspreis in Zehn-Euro-Bereichen. Die meisten abgegebenen Packungen (273 Millionen) liegen in einem Bereich zwischen 10 und 20 Euro. Weiterhin fallen 90 bzw. 46 Millionen Packungen in einem Bereich zwischen 20 und 30 bzw. 30 und 40 Euro an. Für die Zehn-Euro-Bereiche bis 100 Euro ist die Anzahl abgegebener Packungen deutlich geringer. Die gesamten abgegebenen Packungen über 100 Euro beliefen sich 2007 auf 45 Millionen.

Für die im Folgenden diskutierte Intensivierung des Wettbewerbes auf dem Apothekenmarkt ergibt sich aus den Abbildungen 2 und 3 eine nützliche Information: Vor allem für geringere Arzneimittelpreise wird ein Großteil des Apothekenverkaufspreises durch die Margen der Apotheken und des Großhandels verursacht (schraffierte Flächen in Abbildung 2), gerade in diesem Preissegment wird aber ein Großteil der Packungen abgegeben. Gelänge es durch eine Intensivierung des Wettbewerbs auf dem Apothekenmarkt die Großhandels- und Apothekenmargen zu senken, könnte die GKV in Form von niedrigeren Erstattungen profitieren und damit ihre Arzneimittelausgaben reduzieren.

### **3. Bevorstehende Umwälzungen am Apothekenmarkt**

#### **3.1 Zu erwartende juristische Neuausrichtung**

Derzeit liegen dem Europäischen Gerichtshof zwei Rechtssachen vor, die sich mit dem deutschen Fremdbesitzverbot befassen. Auslöser ist in beiden Fällen Doc Morris, die zum einen im Saarland eine eigene Niederlassung eröffnete, obwohl das deutsche Fremdbesitzverbot dies für Kapitalgesellschaften untersagt, und zum anderen eine Vertriebsvereinbarung mit einer saarländischen Apotheke traf.<sup>22</sup> In beiden Fällen geht es um die Frage nach Niederlassungsrechten von Doc

---

<sup>22</sup> Im einen Fall hat der Apothekerverband gegen das Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales des Saarlands geklagt, das wegen Zweifel hinsichtlich der Vereinbarkeit mit Europarecht das Fremdbesitzverbot nicht mehr anwenden wollte und deshalb Doc Morris die Tätigkeit erlaubte. Dies wurde dann angegriffen. Im anderen Verfahren ging es faktisch um die gleiche Konstellation.



Morris, da Kapitalgesellschaften nach europäischem Recht Niederlassungsfreiheit in der gesamten EU genießen, die nur aus zwingenden Gemeinwohlbelangen beschränkt werden dürfen.

Darüber hinaus leitete die EU-Kommission Vertragsverletzungsverfahren gegen Italien, Österreich, Spanien und neuerdings auch Frankreich ein, die sich auf das Mehrbesitzverbot beziehen. Diese und ähnliche Regelungen verstoßen nach Ansicht der Kommission gegen die Niederlassungsfreiheit und den freien Kapitalverkehr.<sup>23</sup>

Es wird erwartet, dass das deutsche Fremd- und Mehrbesitzverbot aufgrund dieser Verfahren fallen wird.<sup>24</sup> Dagegen ist es eher unwahrscheinlich, dass weitere Regelungen, wie die Vorgabe zur Haltung des Vollsortiments und die Leitung der Apotheke durch einen verantwortlichen Apotheker, aufgehoben werden. Denn der aktuelle Stand einer juristischen Auseinandersetzung zwischen der Europäischen Kommission und der Bundesrepublik Deutschland, in der es um die Auswirkung der Regelungen von Krankenhausapotheken auf den freien Warenverkehr geht, weist darauf hin, dass dem nationalen Recht durchaus noch ein Gestaltungsspielraum bleibt, wenn dieser gesundheitspolitisch zu rechtfertigen ist.<sup>25</sup>

### **3.2 Potentielle Wirkungen auf die Struktur des Apothekenmarktes**

Falls Fremd- und Mehrbesitzverbot fallen, wird sich die Struktur des deutschen Apothekenmarkts aller Wahrscheinlichkeit nach stark wandeln. Schon jetzt drängen Drogeriemärkte wie dm oder Schlecker mit Versandhandelsangeboten auf den Markt. Nach Medienberichten haben auch große deutsche Lebensmittelketten

---

<sup>23</sup> Siehe dazu auch Eichenhofer (2007).

<sup>24</sup> Die Bundesregierung hat in einer Stellungnahme vom 26.03.2008 gegenüber der Europäischen Kommission erklärt, dass wenn der EuGH das Fremdbesitzverbot für nicht mit dem europäischen Recht für vereinbar erklären würde, sie eine Anpassung auch beim Mehrbesitzverbot betreiben werde, vgl. Regierung der Bundesrepublik Deutschland (2008).

<sup>25</sup> Im konkreten Fall klagte die Europäische Kommission gegen die Bundesrepublik Deutschland. Die gesetzlichen Vorschriften für externe Apotheken zur Arzneimittelversorgung eines Krankenhauses (§ 14 Abs. 4 bis 6 ApoG) implizieren nämlich eine örtliche Nähe der Apotheke zum Krankenhaus und dies, so die Europäische Kommission, entspräche einer Maßnahme mit gleicher Wirkung wie eine mengenmäßige Einfuhrbeschränkung. Die Schlussanträge des Generalanwalts lassen aber erkennen, dass diese Klage zurückgewiesen wird. Vgl. Schlussanträge Generalanwalt

Pläne für den Vertrieb von Arzneimitteln bereit liegen. Ebenso wird erwartet, dass deutsche Pharmagroßhändler wie Celesio oder Phoenix, die in anderen Ländern bereits Apothekenketten betreiben, in Deutschland aktiv werden. Die heutigen Apotheker reagieren nach Berichten zum Teil mit Plänen zur Bildung von (Einkaufs- und Marketing-)Genossenschaften darauf. Solche Kooperationen existieren teilweise schon heute.

Auf dem Apothekenmarkt kann somit künftig ein deutlich höherer Konzentrationsgrad als heute erwartet werden. Zudem könnte auch die bisherige dreigliedrige Vertriebskette „Hersteller, Großhändler, Apotheke“ ins Wanken geraten. Denn einerseits würde der Eintritt auf den Apothekenmarkt für Großhändler und Hersteller möglich. Andererseits könnte es für Apothekenketten attraktiv sein, die bislang durch den Großhandel gewährleistete Vorhaltung des Vollsortiments selbst zu organisieren.

Die Folgen einer Neuausrichtung des Apothekenmarkts sind vielfältig. Zum einen bedeuten sie, dass der Anbieterwettbewerb für die apothekenpflichtigen OTCs durch den Eintritt von neuen Akteuren zumindest anfänglich verschärft wird.<sup>26</sup> Da die OTCs ausschließlich von den Konsumenten bezahlt werden (die Krankenkassen übernehmen die Kosten nicht) und die Preisbildung nicht gesetzlich reguliert wird, ist es vorhersehbar, dass der klassische Wettbewerb aus dem Zusammenspiel von Angebot und Nachfrage intensiviert wird.<sup>27</sup>

Vermutlich wird es hier vor allem zu einem reinen Preiswettbewerb kommen. Denn Hersteller wirkstoffgleicher Arzneimittel stehen auch heute schon auf dem OTC-Markt im Wettbewerb und können neben dem Preis auch spezielle Produkteigenschaften gestalten. Neu wird aber sein, dass ein zunehmendes Angebot auf dem

---

Bot (2008).

<sup>26</sup> Wird die Konzentration auf dem Markt für OTCs zu hoch, verkehrt sich dieser Effekt ins Gegenteil.

<sup>27</sup> Allerdings haben die Preise für OTC seit 2004 nicht merkbar nachgegeben. Stargardt, Schreyögg und Busse (2007) haben festgestellt, dass von 1215 Preisen in 256 Berliner Apotheken nur 7,5% vom empfohlenen Preis abwichen, und zwar nach oben und unten. So schwankte der Preis für Paracetamol um einen Mittelwert von 1,96 Euro von 1,80 Euro bis 2,98 Euro. Im Regressionsmodell zeigte sich, dass die Anzahl der konkurrierenden Apotheken im Umkreis von 500 m statistisch signifikant *negativ* mit der Wahrscheinlichkeit einer Preisänderung korrelierte, d.h. in Gebieten mit höherer Apothekendichte die Preise eher gleich lagen.

Absatzmarkt zu einer Intensivierung des Wettbewerbs um das Produkt eines bestimmten Herstellers, also um ein Gut mit vollkommen identischen Eigenschaften, führt.

Im Bereich der verschreibungspflichtigen Arzneimittel stellen sich die Konsequenzen anders dar. Auf der Angebotsseite lassen die derzeit in der Arzneimittelpreisverordnung geregelten Festzuschläge (abzgl. der Rabatte für die GKV) für Apotheken keinen Spielraum zur Preisvariation zu, wohingegen durch die Vorgabe von Höchstzuschlägen für den Großhandel ein Preiswettbewerb grundsätzlich in Gang gesetzt werden könnte, an dem sich dann auch die Apothekenketten, die für ihr Eigengeschäft die Aufgaben des Großhandels übernehmen würden, beteiligen könnten.

Auf der Nachfrageseite führen die derzeit gültigen Regeln dazu, dass der Versicherte als Nachfrager nicht die vollen Arzneimittelkosten tragen muss. Beschränkte Anreize für den Versicherten, ein billigeres Medikament in Anspruch zu nehmen, bestehen durch die zehnpromtente Zuzahlung nach § 61 SGB V für Arzneimittel mit einem Apothekenverkaufspreis zwischen 50 und 100 Euro und die Zuzahlung für Arzneimittel, die über dem Festbetrag liegen. Allerdings liegen nach Thanner (2007) de facto 93 Prozent aller Festbetragsarzneimittel nicht oberhalb des Festbetrags. Eine Anreizwirkung kann für Festbetragsarzneimittel aber nur entstehen, wenn der Preis des Arzneimittels 30 Prozent unterhalb des Festbetrages liegt und wie in Abschnitt 2.2 beschrieben die Spitzenverbände der Krankenkassen die Zuzahlungen außer Kraft setzen.

Insgesamt dürfte die Nachfrage der Versicherten nach verschreibungspflichtigen Arzneimitteln auf dem Apothekenmarkt daher gegenwärtig relativ preisunelastisch sein, zumal ab der Belastungsgrenze für Zuzahlungen von zwei Prozent der Bruttoeinnahmen des Versicherten (ein Prozent bei Chronikern) bei höherem Arzneimittelkonsum die Anreize entfallen, ein günstigeres Arzneimittel zu wählen.<sup>28</sup> Ohne weitere Reformen würde daher ein Wegfall des Mehr- und Fremdbesitzverbotes aller Wahrscheinlichkeit nach dazu führen, dass Anbieter von Arzneimitteln die

---

<sup>28</sup> Die Belastungsgrenze gilt allerdings nicht für die Zuzahlung, die aufgrund der Abgabe eines

bestehenden Zuschläge größtenteils ausreizen könnten, da der Preiswettbewerb aufgrund der in großen Teilen preisunelastischen Nachfrage keinen großen Effekt hätte. Damit würden die in Abbildung 2 dargestellten Großhandels- und Apothekenmargen lediglich zwischen den heutigen und zukünftigen Akteuren umverteilt.<sup>29</sup>

Damit die GKV und deren Versicherte von den Änderungen profitieren können, bedarf es also einer Neuausrichtung auf dem Gebiet der verschreibungspflichtigen Arzneimittel, die den Wettbewerb intensivieren. Hierzu soll im folgenden Kapitel ein Reformvorschlag, mit Fokus auf den Apothekenmarkt, vorgestellt werden. Auf die Schnittstellen zum Herstellerwettbewerb wird in Kapitel 5 eingegangen.

#### **4. Wettbewerb auf dem Apothekenmarkt bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln**

Auf der Angebotsseite des Apothekenmarktes könnte der Wettbewerb dadurch intensiviert werden, dass die bislang bestehenden angebotsseitigen Regelungen zum Großhandelszuschlag und Apothekenfestzuschlag in ihrer heutigen Form sowie der derzeitige Apothekenrabatt der GKV i. H. v. 2,30 Euro aufgehoben werden. Damit wird die Preissetzung für Arzneimittel auf dem Apothekenmarkt freigegeben und Raum für neue Gestaltungsmöglichkeiten geschaffen. Die Freigabe der Preissetzung in Zusammenhang mit einem verstärkten Wettbewerb zwischen den Apotheken soll zu Wettbewerbspreisen für die Arzneimittel führen.

Als nachfrageseitige Elemente umfasst der Reformvorschlag eine Modifikation der Zuzahlungsregelungen sowie die Möglichkeit für Krankenkassen zum Abschluss von Selektivverträgen mit Apotheken. Alle anderen gesetzlichen Regelungen, soweit diese nicht vom Reformvorschlag direkt tangiert sind, können in ihrer jetzigen Form erhalten bleiben.

---

Arzneimittels über dem Festbetrag anfällt.

<sup>29</sup> Dieser Prozess ist heute schon in Gang gesetzt. So bietet die Versandapotheke Vitalsana, ein Partner von Schlecker, Ihr Platz und Drospa, für jedes bei ihr bestellte Medikament (egal ob rezeptpflichtig oder nicht) einen Warengutschein i. H. v. drei Euro bei den oben genannten Ketten an, vgl. [www.vitalsana.eu](http://www.vitalsana.eu)

#### 4.1 Modifizierte Zuzahlungsregelungen für Versicherte

Maßgeblich für die Nachfrage nach Arzneimitteln ist neben dem verschreibenden Arzt der Versicherte. Er kann grundsätzlich, nachdem ihm sein Arzt ein Arzneimittel bzw. einen Wirkstoff verordnet hat, wählen, in welcher Apotheke (wobei hier auch nach dem Wegfall des Mehr- und Fremdbesitzverbotes neue mögliche Geschäftskonstruktionen gemeint sind) er das Arzneimittel kauft. Deswegen könnte es ein Reformansatz sein, dem Versicherten mehr Anreize zu geben, eine möglichst günstige Apotheke zu wählen. Die entsprechend preiselastischere Nachfrage könnte den Preiswettbewerb zwischen den Anbietern intensivieren.

Dieses kann etwa durch eine Ausweitung der preisabhängigen Zuzahlungsregeln geschehen. Die derzeitigen in § 61 SGB V bestehenden Zuzahlungsregeln geben - wie oben ausgeführt - einen Anreiz zum Kauf eines preisgünstigeren Arzneimittels nur für Apothekenverkaufspreise zwischen 50 und 100 Euro. Eine Erhöhung der Obergrenze würde auch die Nachfrage für Arzneimittel mit höheren Apothekenverkaufspreisen preiselastisch gestalten. Ebenso würde eine Senkung bzw. Aufhebung der Mindestzuzahlung i. H. v. 5 Euro und ihre Ersetzung durch eine (dafür etwas höhere) prozentuale Zuzahlung auch im unteren Preissegment Anreize für die Versicherten schaffen, ein günstigeres Arzneimittel zu wählen.<sup>30</sup> Wollte man darüber hinaus die Anreize über das gesamte Preissegment ausweiten, so müsste die Zuzahlung i. H. v. derzeit 10 Prozent angehoben werden.

Des Weiteren begrenzen die oben genannten Belastungsgrenzen, die die Gesamthöhe der Zuzahlungen deckeln, die Preiselastizität der Nachfrage. Dies gilt insbesondere für die Chronikerregel, die bei Versicherten mit hoher Arzneimittelananspruchnahme die gesamten Zuzahlungen auf ein Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen begrenzt. Wollte man diesen Effekt abschwächen, müssten die Grenzen nach oben ausgeweitet werden.

---

<sup>30</sup> Das untere Preissegment dürfte hierbei, wie in Abbildung 3 gezeigt, eine wesentliche Rolle einnehmen. Zudem wurde in Abbildung 2 beschrieben, dass gerade bei niedrigen Preisen die Apotheken- und Großhandelsmargen einen Großteil des Apothekenverkaufspreises verursachen.

Allerdings stehen ausgeweitete Zuzahlungen in einem Spannungsverhältnis zur sozialen Umverteilung in der GKV. Eine Erhöhung der Belastungsgrenzen ist in Deutschland sozialpolitisch ebenso unwahrscheinlich wie eine deutliche Erhöhung des Prozentsatzes von derzeit zehn Prozent.<sup>31</sup> Mithin erscheint also die Ausweitung der Anreize für Versicherte und die Etablierung einer preiselastischeren Nachfrage nur in Grenzen möglich.

Wir wollen im Folgenden daher davon ausgehen, dass sich die Modifikationen in den Zuzahlungsregelungen auf die Ober- und Untergrenzen sowie möglicherweise auf eine leichte Erhöhung des Prozentsatzes (vor allem im unteren Preisbereich bei Fall der Untergrenze) beschränken. Deswegen umfasst der Reformvorschlag als zweite Komponente die Möglichkeit für Krankenkassen, mit Apotheken Selektivverträge abzuschließen. Damit können neben den Versicherten auch Krankenkassen in die Nachfragesteuerung mit eingebunden werden.

#### **4.2 Selektivverträge von Krankenkassen und Apotheken**

Im derzeit gültigen Gesetzesrahmen besteht für Krankenkassen schon die Möglichkeit, mit Herstellern Rabattverträge nach § 130 a Abs. 8 SGB V (Arzneimittelrabattverträge) abzuschließen. Neben diesen, auf den Hersteller bezogenen, Rabattverträgen sollte man den Krankenkassen im „neuen Markt“ die Möglichkeit zum Abschluss von Selektivverträgen mit Apotheken einräumen. Damit würde dem Gedanken Rechnung getragen, dass Apotheken durch die Marktkonzentration in der Lage wären, eigenständig Rabatte zu verhandeln und auch zu vergeben.<sup>32</sup>

---

<sup>31</sup> Andere Länder verzichten dagegen auf einkommensbezogene Härteregelnungen und begrenzen dafür die Selbstbeteiligung der Versicherten. In der obligatorischen Krankenversicherung der Schweiz bspw. liegt die maximale Zuzahlung eines Versicherten pro Jahr bei 700 Franken. Welches System man vorzieht und bei welcher Höhe man Zuzahlungen begrenzt, ist vorwiegend eine verteilungspolitische Frage und soll hier nicht weiter diskutiert werden.

<sup>32</sup> Krankenkassen können grundsätzlich heute schon Apotheken an Rabattverträgen mit Arzneimittelherstellern (Rabatte nach § 130a Abs. 8 SGB V) beteiligen. Darüber hinaus können Apotheken nach § 129 Abs. 5b SGBV an leistungsbereichsübergreifenden Selektivverträgen (Modellvorhaben, Integrierte Versorgung) beteiligt werden. Allerdings bedingt dies nicht eine Abweichung vom Apothekengesetz und der Arzneimittelpreisverordnung. Vgl. Cassel et al. (2006).

Für einen erfolgreichen Abschluss von Selektivverträgen ist aber auf der Nachfrageseite die Steuerbarkeit von Versicherten hin zu einem bestimmten Anbieter eine zwingende Voraussetzung. Denn nur, wenn es Krankenkassen gelingt, ihre Versicherten zu einem gewünschten Anbieter zu steuern, können sie dem Anbieter in den Verhandlungen mit einer entsprechenden Nachfragemenge entgegentreten, die sie bei Nichtzustandekommen eines Vertrages an einen anderen Anbieter vergeben können. In diesem Fall würde sich – abhängig von der Anzahl der steuerbaren Versicherten und der Intensität ihres Arzneimittelbedarfs – der Preiswettbewerb auf dem Apothekenmarkt intensivieren.

Um dem Wettbewerbsgedanken Rechnung zu tragen, müssen den Versicherten Anreize gesetzt werden, ihre Arzneimittel von einer Vertragsapothekende ihrer Krankenkasse zu beziehen. Hierfür sieht der Reformvorschlag vor, Versicherte von den Zuzahlungen nach § 61 SGB V (teilweise oder ganz) zu entbinden, falls sie sich in einen Tarif einer Krankenkasse einschreiben, der nur Vertragsapotheken beinhaltet. Weichen sie von den Vertragsapotheken ab, entfielen die Zuzahlungsbefreiung. Damit bestimmen die Zuzahlungsregelungen auch maßgeblich den Anreiz für Versicherte, die Vertragsapothekende aufzusuchen, denn durch diese wird bestimmt, was sie bei einem Besuch der Vertragsapothekende sparen. Dabei ist die absolute Höhe der Zuzahlung und nicht die prozentuale entscheidend. Auch die Belastungsgrenzen sind aus Anreizgesichtspunkten weniger problematisch, da gerade Versicherte mit hohem Arzneimittelbedarf durch die Zuzahlungsbefreiung hohe Summen einsparen können, wenn sie einen Vertragspartner ihrer Kasse aufsuchen (siehe 4.2.1 Selektivverträge bei planbarem Arzneimittelbedarf).

Bislang sind Zuzahlungsbefreiungen allerdings möglich für Rabattverträge zwischen Herstellern und Krankenkassen nach § 130 a Abs. 8 SGB V sowie bei Inanspruchnahme von Arzneimitteln, die 30 Prozent unter dem Festbetrag liegen. Auf diese Problematik soll in Abschnitt 5 eingegangen werden, der das Verhältnis von Herstellerrabatten und Selektivverträgen zwischen Apotheken und Krankenkassen behandelt.

#### 4.2.1 Selektivverträge bei planbarem Arzneimittelbedarf

Bei „planbarem“ Arzneimittelbedarf ist eine regelmäßige Arzneimittelversorgung mit bekannten Medikamenten bei einem Versicherten gegeben. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn Versicherte chronisch krank sind und über einen längeren Zeitraum dieselben Medikamente einnehmen müssen. Bei diesen Arzneimitteln ist die Nachfrage für eine Krankenkasse und Apotheke gut abschätzbar, weswegen sie sich gut für Verhandlungen von Mengenrabatten o. ä. eignen sollten. Hierbei könnte die Kasse spezielle Versorgungsformen oder langfristige (Liefer-) Verträge für einen Versicherten schließen, wie es derzeit zum Beispiel in der Integrierten Versorgung oder den Disease Management Programmen teilweise schon geschieht.

Hinsichtlich der Art des potentiellen Vertragspartners besteht ein relativ großer Spielraum für die Krankenkasse. Denn neben Apotheken „vor Ort“ würden sich insbesondere auch Vertriebsformen wie z.B. der Versandhandel oder neue Formen von Lieferdiensten eignen, da bei planbarem Arzneimittelbedarf der Zeitpunkt, zu dem ein Medikament benötigt wird, gut absehbar ist.<sup>33</sup> Auch erscheint eine ausgiebige Beratung des Apothekers vor Ort nicht jedes Mal zwingend notwendig zu sein, denn Versicherte dürften bei einer längeren Einnahme des gleichen Arzneimittels ein Routinewissen aufgebaut haben.<sup>34</sup>

Die Anreize für Versicherte, sich in einen Tarif mit einer eingeschränkten Apothekenauswahl einzuschreiben, sollten beim planbaren Arzneimittelbedarf relativ hoch sein. Versicherte mit einem planbaren Arzneimittelbedarf dürften nämlich mengenmäßig überproportional am Arzneimittelkonsum beteiligt sein. Deswegen könnten diese Versicherten vergleichsweise hohe Zuzahlungssummen einsparen, falls sie sich für das eingeschränkte Apothekenangebot ihrer Krankenkasse entscheiden.

---

<sup>33</sup> Auch bei diesen Formen der Zustellung bleibt es bei der Regelung, dass ein verantwortlicher Apotheker involviert ist.

<sup>34</sup> Für detaillierte Fragen über die Arzneimittel könnten sie dann entweder den verschreibenden Arzt aufsuchen oder den verantwortlichen Apotheker des entsprechenden Lieferdienstes bzw. Ver-



#### 4.2.2 Selektivverträge bei nichtplanbarem Arzneimittelbedarf

Im Gegensatz zum planbaren Arzneimittelbedarf steht der nichtplanbare Arzneimittelbedarf, bei dem verschiedene Versicherte akut verschiedene Arzneimittel in Anspruch nehmen. Hier entsteht der Arzneimittelbedarf zu „zufälligen“ Zeitpunkten und meist muss die Einnahme des Arzneimittels zeitnah zur Verschreibung erfolgen.

Der Aufbau von Selektivverträgen erscheint hier für die Kasse schwieriger (wenngleich nicht grundsätzlich unmöglich), als dies für planbare Arzneimittel der Fall ist. Denn zum einen ist eine Regelmäßigkeit der Nachfrage eines Versicherten nicht gegeben, so dass hier Mengenrabatte allenfalls in Gebieten mit vielen Versicherten einer bestimmten Krankenkasse über das „Gesetz der großen Zahlen“ zu erreichen wären.<sup>35</sup> Zum anderen erscheint es aber auch schwieriger, Versicherte mit nichtplanbarem Arzneimittelbedarf zum Besuch der Vertragsapothekes zu bewegen. Ein Versicherter wird hier vermutlich abwägen zwischen der Zuzahlung und dem zeitlichen und räumlichen Aufwand, der ihm durch den Besuch der Vertragsapothekes entsteht.

Ist das Netz der Vertragspartner seiner Kasse zu weitmaschig ausgelegt, so wird er wohl lieber eine Zuzahlung in Kauf nehmen und eine nahe (zum Arztbesuch bzw. zum Wohnort) gelegene Apotheke als eine entfernt gelegene Vertragsapothekes aufsuchen. Ein engmaschiges Netz an Vertragsapothekes würde aber für die Krankenkasse – abhängig von der zukünftigen Marktstruktur – wohl bedeuten, dass sie Verträge mit unterschiedlichen Vertragspartnern abschließen müsste. Falls die Kasse vielen unterschiedlichen Vertragspartnern gegenüberstehen würde, könnte sie diesen aber nur wenig Nachfrage zusichern. Deswegen dürfte auch der Rabatt relativ niedrig ausfallen. Letztendlich stellt sich hier die Frage, ob der Aufwand zur Herstellung eines engmaschigen Netzes an Selektivverträgen für die Krankenkasse lohnend ist.

---

sandhandels kontaktieren.

<sup>35</sup> Krankenkassen könnten natürlich versuchen, Selektivverträge für den nichtplanbaren Arzneimittelbedarf mit solchen für den planbaren Arzneimittelbedarf zu koppeln.

Als potentielle Vertragspartner bei nichtplanbaren Arzneimitteln kommen neben den Anbietern „vor Ort“ aber grundsätzlich auch Lieferdienste in Frage. Diese müssten dann ggf. in der Lage sein, dem Versicherten das Arzneimittel zeitnah zur Verschreibung zu bringen. Zusätzlich müssten sie mit einer adäquaten Beratung durch einen verantwortlichen Apotheker flankiert werden, die entweder durch den Lieferdienst selbst oder die Krankenkasse organisiert werden könnte. Obwohl eine solche Vertriebsform grundsätzlich denkbar ist, dürfte ihre Ausgestaltung doch problembehaftet sein. Es ist zu erwarten, dass Versicherte bei ihnen unbekanntem Arzneimitteln auf eine direkte (face-to-face) Beratung durch einen Apotheker nicht verzichten wollen. Zudem erscheint es fraglich, ob die durch die Steuerung der Versicherten erzielten Rabatte höher ausfallen als der Gesamtaufwand, den ein umfassender Lieferservice nebst Beratungsleistung verursacht.

#### **4.3 Funktioniert ein Wettbewerb mit Selektivverträgen?**

Die Vorteilhaftigkeit eines Systems von Selektivverträgen hängt zum einen davon ab, ob durch dieses ein Vertragswettbewerb in Gang gesetzt werden kann, durch den es gelingt, Effizienzreserven im Apothekenmarkt zu heben. Zum anderen stellt sich die Frage, ob ein Vertragswettbewerb auch einen ausreichenden Qualitätsstandard im Sinne von ausreichender Beratung und Sicherstellung der Versorgung gewährleisten kann. Im Folgenden diskutieren wir zusammenfassend die Chancen von Preis- und Qualitätswettbewerb auf dem Apothekenmarkt.

Ohne administrativ festgelegte Zuschläge ist eine funktionsfähige Angebotsreaktion im Vertragswettbewerb grundsätzlich gegeben. Die im Wettbewerb untereinander stehenden Anbieter auf der letzten Distributionsstufe (Einzelapotheken, Apothekenketten, -genossenschaften, Versandhändler o. ä.) haben einen Anreiz, Verträge abzuschließen, um einerseits über hohe Mengen disponieren zu können und andererseits auch eine gewisse Planbarkeit über die zeitliche Entwicklung ihres Absatzes zu erlangen. Sie haben bei entsprechender Steuerbarkeit der Versicherten durch die Krankenkassen also einen Anreiz, Verträge mit Krankenkassen abzuschließen und dabei auch mit anderen Apotheken um Verträge zu konkurrieren. Versicherte sparen die Zuzahlung, wenn sie ihr Arzneimittel von den Vertragsapotheken der Krankenkassen beziehen. Zumindest für den planbaren Arzneimittel-

bedarf sollten dafür ausreichend Anreize gegeben sein. Bei nichtplanbarem Arzneimittelbedarf hängt die Bereitschaft von Versicherten eine Vertragsapothek aufzusuchen sicherlich von der Engmaschigkeit des Vertragsapothekennetzes der Krankenkassen ab (siehe Kapitel 4.2.2). Entfalten aber die modifizierten Zuzahlungsregeln Anreize bei den Versicherten, so sind die Anbieter auch im nicht selektivvertraglich geregelten Bereich einem Wettbewerb untereinander ausgesetzt.<sup>36</sup> Letzten Endes wären dann also die Voraussetzungen erfüllt, dass sich die effizientesten Anbieter durchsetzen. Dies müssen nicht zwingend die günstigsten Anbieter sein, denn neben dem Preis stellt auch die Beratungsqualität einen entscheidenden Wettbewerbsparameter dar.

Die Nachfrage nach Arzneimitteln ergibt sich im Reformvorschlag aus dem Wechselspiel zwischen Krankenkassen und Versicherten. Durch die Möglichkeit, günstige Verträge mit Apotheken abzuschließen, können die Krankenkassen Kosten sparen. Eine einzelne Krankenkasse hat nun einerseits einen Anreiz besonders günstige Verträge abzuschließen, weil sie sich mit einer attraktiven Zusatzprämie (bzw. Prämienrückzahlung) im Kassenwettbewerb um Versicherte behaupten muss. Andererseits wird sie neben den Preisen auch die (Beratungs-)Qualität ihrer Vertragspartner beachten müssen. Verfehlt eine Krankenkasse mit den abgeschlossenen Selektivverträgen die von ihren Versicherten geforderte Qualität, etwa weil ihre Vertragspartner eine relativ schlechte Beratung aufweisen, so haben Versicherte einen Anreiz, die Vertragsapotheken nicht aufzusuchen. Sie könnten dann entweder zu einer Krankenkasse wechseln, deren Vertragspartner mit einer besseren Beratung ausgestattet sind, oder einen Nichtvertragspartner ihrer Krankenkasse aufsuchen und eine Zuzahlung in Kauf nehmen. Dies würde dann wiederum in höheren Erstattungen der Krankenkasse resultieren. Insgesamt erscheinen daher im Vertragswettbewerb genügend Anreize für eine hinsichtlich Preis und Qualität sensible Nachfrage gegeben zu sein.

---

<sup>36</sup> Sollte man die Meinung vertreten, dass die Nachfrage durch den hier gemachten Vorschlag in nicht ausreichendem Maße preissensibel ist, so könnte man eine veränderte Festbetragsregelung einführen: Bis zum Festbetrag übernimmt dann die GKV die Kosten; verlangen Apotheken mehr als den Festbetrag, so müssten Versicherte die Differenz selbst bezahlen. Einen solchen Vorschlag machen Cassel und Wille (2007). Allerdings würde dies bedeuten, dass der Gesetzgeber den sich neu bildenden Wettbewerb im Apothekenmarkt von vorne herein sehr stark reguliert.

Weiterhin sollten die in anderen Wirtschaftsbereichen gültigen Wettbewerbsgesetze (GWB und UWG) sowie Aufsichtsmechanismen (Bundeskartellamt) Anwendung finden. Denn nach Liessem, Steinmeyer und von Laer (2007) reicht das bestehende rechtliche Instrumentarium auf den GKV-Leistungsmärkten nicht aus, um einen funktionierenden Wettbewerb sicherzustellen. Insbesondere bei Vertragsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern ist ein Vorgehen gegen sich eventuell bildende (Angebots- wie auch Nachfrage-) Kartelle oder Verstöße gegen das UWG mit dem bestehenden Instrumentarium nicht bzw. nur eingeschränkt möglich.

Schließlich sei noch der Frage nachgegangen, ob es bei dem so skizzierten Apothekenmarkt zu einer Gefährdung einer ausreichenden flächendeckenden Versorgung kommen könnte: Gegen einen (zunehmenden) Preiswettbewerb unter den Leistungserbringern der GKV wird oftmals eingewendet, dass dieser zwar in Ballungsgebieten funktionieren, allerdings in schwach besiedelten Regionen zu keinem bzw. zu einem zu geringen Angebot führen würde. Als Hauptursache hierfür werden meistens hohe Kosten für die Vorhaltung von Reservekapazitäten angeführt. Bei den Arzneimitteln ist im Unterschied zu anderen Leistungsbereichen der GKV, wie etwa Krankenhausleistungen, dieses Problem weniger groß.<sup>37</sup> Darüber hinaus sind Arzneimittel lagerfähig und gut transportierbar, so dass die bevorstehenden Umwälzungen auf dem Apothekenmarkt auch in der Fläche z.B. über neue Formen von Lieferdiensten zu einem Preiswettbewerb führen könnten.<sup>38</sup> In dicht besiedelten Regionen dürfte eine mögliche Reduktion der Margen verglichen mit heute aber vermutlich höher ausfallen als in der dünn besiedelten Fläche, da hier letzten Endes höhere Transport- oder Vorhaltungskosten entstehen.<sup>39</sup>

---

<sup>37</sup> Um das derzeitige Niveau an flächendeckender Versorgung mit Arzneimitteln aufrecht zu erhalten, reichen ja offensichtlich die derzeitigen Arzneimittelpreise aus.

<sup>38</sup> Für planbare Leistungen lässt dies erwarten, dass über Selektivverträge auch in der Fläche das Leistungsspektrum abgedeckt werden kann. Aber auch für nicht selektivvertraglich vereinbarte Leistungen wird ein ausreichendes Angebot in der Fläche zu erwarten sein. Denn im Zweifel müssen die Krankenkassen nach § 13 Abs. 3 SGB V ihren Versicherten verschreibungspflichtige Arzneimittel (abzgl. der gesetzlichen Zuzahlung) erstatten. Insofern darf erwartet werden, dass sich höhere Preise in ländlichen Regionen (z.B. aufgrund höherer Lager- oder Transportkosten) auch durchsetzen lassen.

<sup>39</sup> Eine regional unterschiedliche Kostenstruktur könnte allerdings den Kassenwettbewerb beeinträchtigen. Lösungsmöglichkeiten für dieses Problem bestehen in einer Regionalisierung der Beitragssätze bzw. Zusatzprämie und/oder einer Einführung einer Regionalkomponente in den Risikostrukturausgleich. Vgl. hierzu ausführlich Jacobs, Reschke und Wasem (1998) oder Felder (2007).

## 5. Schnittstellen zum Herstellerwettbewerb

Die Kernelemente des hier vorgeschlagenen Reformmodells umfassen bei einem Wegfall des Mehr- und Fremdbesitzverbotes die Aufhebung der gesetzlichen Zuschläge für Apotheken und den Großhandel, eine Modifikation der Zuzahlungen für Versicherte, die Möglichkeit für Krankenkassen, Selektivverträge mit Apotheken zu schließen, und ihre Versicherten von der Zuzahlung zu befreien, wenn sie sich bei einem Selektivvertrag einschreiben. Die bestehenden Zuzahlungsbefreiungen für Festbetragsarzneimittel, die mindestens 30 Prozent unter dem Festbetrag liegen, und für Arzneimittel, mit denen die Krankenkasse einen Rabattvertrag mit einem Hersteller geschlossen hat, müssten demnach entfallen.<sup>40</sup>

Der Wettbewerb zwischen den Herstellern pharmazeutischer Produkte steht nicht im Fokus dieses Papiers. Trotzdem wird er durch die hier vorgeschlagene Reform einer neuen Preisbildung berührt. Insbesondere zu klären ist die Frage, wie sich Rabattverträge mit Herstellern in das Reformmodell integrieren ließen.

Grundsätzlich lässt sich argumentieren, dass es vermutlich sinnvoller ist, Zuzahlungsbefreiungen bei der Wahl einer bestimmten Apotheke zu gewähren als bei einer Wahl eines bestimmten Herstellers eines Arzneimittels. Denn ein Versicherter dürfte heute erst beim Kauf des Arzneimittels die Information erlangen, ob seine Kasse mit einem Hersteller einen Arzneimittelrabattvertrag überhaupt geschlossen hat. Zudem hat ein Versicherter im derzeitigen System de facto auch gar keine Wahl, dem Rabattvertrag seiner Krankenkasse durch Zuzahlung auszuweichen, denn die Apotheken sind nach § 129 Abs. 1 SGB V verpflichtet, ein rabattiertes Arzneimittel an den Versicherten abzugeben, falls der Arzt nur einen Wirkstoff verschreibt.<sup>41</sup> Die Wahl eines eingeschränkten Angebots an Apotheken

---

<sup>40</sup> Blieben die Zuzahlungsbefreiungen für Festbetragsarzneimittel, die mindestens 30 Prozent unter dem Festbetrag liegen, und für Arzneimittel, mit denen die Krankenkasse einen Rabattvertrag mit einem Hersteller geschlossen hat, für nicht eingeschriebene Versicherte bestehen, so würde sich die Attraktivität der Tarife mit Selektivvertrag reduzieren. Soll der Vertragswettbewerb zwischen Krankenkassen und Apotheken gefördert werden, erscheint es also demnach angezeigt, die bestehenden Zuzahlungsbefreiungen ganz zu streichen und als Instrument für die Steuerung der Versicherten in Selektivverträge zu verwenden.

<sup>41</sup> Die einzige Möglichkeit für den Versicherten, ein anderes wirkstoffgleiches nicht rabattiertes Medikament zu erhalten, besteht darin, seinen Arzt zu bitten, dieses bestimmte Medikament zu verschreiben.

dürfte hingegen eine bewusstere Entscheidung sein, da auch der Inhalt des Selektivvertrags leichter zu kommunizieren ist. Insofern erscheint es zielführender die Versichertensteuerung über Zuzahlungsbefreiungen für eine Intensivierung des Wettbewerbs auf dem Absatzmarkt als auf dem Produzentenmarkt zu nutzen.

Arzneimittelrabattverträgen mit Herstellern ließen sich beim gemachten Vorschlag über andere Steuerungsformen organisieren: Da letztendlich die Apotheken (evtl. über den Großhandel) die Arzneimittel bei den Herstellern nachfragen, könnte man den Apotheken die Möglichkeit einräumen, mit den Herstellern direkt Rabatte auszuhandeln.<sup>42</sup> Alternativ könnte eine Krankenkasse mit einem Hersteller einen Arzneimittelrabattvertrag schließen und die Steuerung erfolgte über die Apotheken, mit denen die Krankenkasse einen Selektivvertrag geschlossen hat.

Allerdings würden solche Rabattverträge mit Herstellern auch bedeuten, dass Versicherte, die sich für einen Tarif mit eingeschränkter Apothekenwahl entschieden haben, auch bzgl. der Wahl des Herstellers de facto eingeschränkt sind. Falls die Apotheke von den Rabattverträgen mit Herstellern profitiert, hätte sie ein Interesse, dem Versicherten Arzneimittel dieses Herstellers zu verkaufen. Dies bedeutet für die Versicherten – nicht zuletzt aufgrund der wahrscheinlichen Unkenntnis von Alternativen – eine Beschränkung ihrer Wahlmöglichkeiten hinsichtlich des Produkts. Diese Beschränkung herrscht aber bei den heutigen Rabattverträgen auch schon vor. Vermutlich müsste man dies in Kauf nehmen, will man – neben dem Apothekenwettbewerb – den Herstellerwettbewerb intensivieren.

## 6. Fazit

Durch den zu erwartenden Wegfall des Mehr- und Fremdbesitzverbots sind auf dem Apothekenmarkt gewaltige Umwälzungen zu erwarten. Es werden neue Akteure in den Markt eintreten und die dreigliedrige Wertschöpfungskette „Hersteller,

---

<sup>42</sup> Falls die Hersteller selbst Apothekenketten betreiben, so hätten sie damit einen doppelten Anreiz mit einer Krankenkasse einen Selektivvertrag abzuschließen. Denn als Apothekenvertragspartner einer Krankenkasse könnten sie noch zusätzlich einen Rabattvertrag über ihre Produkte abschließen. Dies heißt aber nicht, dass die Apotheke eines bestimmten Herstellers nicht das Vollsortiment vorzuhalten hätte.

Großhändler, Apotheke“ ins Wanken bringen. Der vorliegende Beitrag schlägt den politisch Verantwortlichen folgende Reaktion auf diese neue Herausforderung vor: Die bislang geltenden gesetzlichen Margen für den Großhandel und die Apotheken sowie des Apothekenrabatts bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln sollten wegfallen. Dadurch wäre eine Grundvoraussetzung erfüllt, dass Anbieter über Preis und Qualität miteinander konkurrieren. Zweitens muss dafür gesorgt werden, dass die Nachfrager Anreize haben, eine preisgünstige Apotheke aufzusuchen. Hierfür sieht der Reformvorschlag neben einer Modifikation der bestehenden Zahlungsregelungen die Einbeziehung der Krankenkassen in die Nachfrage über die Möglichkeit zum Abschluss von Selektivverträgen mit Apotheken vor. Dies kann über eine Zuzahlungsbefreiung der Versicherten geschehen, wenn diese sich in einem Selektivvertrag binden. Darüber hinaus könnte über den einsetzenden Wettbewerb unter Apotheken auch der Herstellerwettbewerb angefacht werden.

Der hier präsentierte Vorschlag könnte relativ einfach und zügig in das bestehende Geflecht der Regulierungen im Arzneimittelmarkt integriert werden. Angesichts der zeitnah bevorstehenden Umwälzung erscheint die Umsetzung weniger Maßnahmen realistischer als Reformvorhaben, die den kompletten Arzneimittelmarkt neu ordnen wollen. Im weiteren Zeitablauf sollten aber v. a. die den Herstellermarkt betreffenden Regelungen auf den Prüfstand gestellt und ggf. geändert werden. Der Weg zu mehr Wettbewerb und Liberalisierung im Arzneimittelsektor wäre bei Umsetzen des Reformmodells schon vorgegeben. Die „traditionelle“ Alternative, auf die bevorstehenden Herausforderungen mit neuen (Preis-)regulierungen zu reagieren, passt jedenfalls weniger gut zu einem Apothekenmarkt, in welchem in zunehmendem Maße neue Akteure eintreten wollen, um dort ihren (finanziellen) Vorteil zu suchen, und in dem damit die Voraussetzungen für einen Wettbewerb eigentlich gegeben sind.

## Literatur

Bot, Y. (2008), Rechtssache C-141/07, Kommission der Europäischen Gemeinschaften gegen Bundesrepublik Deutschland, Schlussanträge des Generalanwalts Yves Bot vom 10. April 2008.

Cassel, D., Ebsen, I., Greß, S., Jacobs, K., Schulze, S., Wasem, J. (2006), "Weiterentwicklung des Vertragswettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung - Vorschläge für kurzfristig umsetzbare Reformschritte", Gutachten im Auftrag des AOK Bundesverbandes.

Cassel, D., Wille, E. (2007), Für mehr Markt und Wettbewerb in der GKV-Arzneimittelversorgung, G + G Wissenschaft 7, 1/2007, 23-30.

Eichenhofer, E. (2007), Auswirkungen europäischen Rechts auf das deutsche Gesundheitswesen. MedR 25, 329-335.

Felder, S. (2007), Gesundheitsfonds und Preiswettbewerb, in: Göppfarth, D., Greß, S., Jacobs, J., Wasem, J. (Hrsg.), Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2007. Der Gesundheitsfonds, Sankt Augustin (im Druck).

Jacobs, K., Reschke, P., Wasem, J. (1998), Zur funktionalen Abgrenzung von Beitragssatzregionen in der gesetzlichen Krankenversicherung, Baden-Baden.

Liessem, V., Steinmeyer, H., von Laer, C. (2007), Die Anwendbarkeit von Wettbewerbs- und Kartellrecht auf gesetzliche Krankenkassen, Schriftenreihe des Wissenschaftlichen Beirats der Betrieblichen Krankenversicherung, Essen.

Nink, K., Schröder, H. (2006), Ökonomische Aspekte des deutschen Arzneimittelmarktes 2005, in: Schwabe, U., Paffrath, D. (Hrsg.), Arzneiverordnungs-Report 2005 - Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare, 183-244.

Regierung der Bundesrepublik Deutschland (2008), Vertragsverletzungsverfahren gegen die Bundesrepublik Deutschland gemäß Artikel 226 EG-Vertrag, hier Fremd und Mehrbesitzverbot bei Apotheken – Verfahren Nr. 2007 /2359, Mitteilung der Regierung der Bundesrepublik Deutschland an die Kommission der Europäischen Gemeinschaften vom 26.3.2008.

Stargardt, T., Schreyögg, J., Busse, R. (2007), Pricing behaviour of pharmacies after market deregulation for OTC drugs: The case of Germany. Health Policy 84(1), 30-38

Thanner, M. (2007), Arzneimittelversorgung, in: Nagel, E. (Hrsg.), Das Gesundheitswesen in Deutschland - Struktur - Leistungen – Weiterentwicklung, 4. Aufl., 171-186.



Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V. (2007), Statistics 2007 – Die Arzneimittelindustrie in Deutschland.

Wasem, J., Orlowski, U. (2007), Gesundheitsreform 2007 (GKV-WSG), Heidelberg.

[www.phagro.de](http://www.phagro.de), aufgerufen am 9.5.2008.

[www.vitalsana.eu](http://www.vitalsana.eu), aufgerufen am 11.6.2008.



## **Über den Wissenschaftlichen Beirat**

Der interdisziplinär besetzte Wissenschaftliche Beirat der Betrieblichen Krankenversicherung berät den BKK Bundesverband und seine Mitglieder im Hinblick auf die Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland und schafft Wissensbasen für das Management der Betriebskrankenkassen.

Die Schriftenreihe des Wissenschaftlichen Beirats richtet sich mit ihren Diskussionspapieren an die Akteure im BKK-System und mit Beiträgen an eine breitere Fachöffentlichkeit.

Zur Unterstützung der Arbeit des Beirats hat der BKK Bundesverband an seinem Sitz eine Geschäftsstelle eingerichtet. Der Geschäftsstelle gehören Dr. Stephan Burger als Geschäftsführer sowie Frank Brüggemann, Dr. Stefan Fetzer und Dr. Verena Liessem als Wissenschaftliche MitarbeiterInnen an.

## **Kontakt**

Wissenschaftlicher Beirat der  
Betrieblichen Krankenversicherung  
- Geschäftsstelle -  
Kronprinzenstraße 5-7  
45128 Essen  
Telefon: 0201 / 179 - 1873 (Sekretariat)  
Telefax: 0201 / 179 - 261873 (Sekretariat)  
e-mail: [Beirat@bkk-bv.de](mailto:Beirat@bkk-bv.de)  
homepage: <http://www.wiss-beirat.de>