

(13) Ausschuss für Ge-
sundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache

0012

15. Wahlperiode

Stellungnahme

**zum Gesetz zur Sicherung der Beitragssätze
in der gesetzlichen Krankenversicherung
und in der gesetzlichen Rentenversicherung
(Beitragssatzsicherungsgesetz – BSSichG)**

und

**zum Entwurf eines Zwölften Gesetzes
zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
(Zwölftes SGB V-Änderungsgesetz – 12. SGB V ÄndG)**

Tauting / Berlin, 8. November 2002

0. Vorbemerkung

Die Bundesregierung begründet ihre Sparmaßnahmen mit der Notwendigkeit zunächst Luft zu schaffen für eine große Gesundheitsreform. Der Deutsche Generikaverband hofft, daß die richtige Ursachenanalyse in Bezug auf die Verursachung der Kostenproblematik im Arzneimittelbereich bei den anstehenden Strukturreformen vorgenommen wird.

Der Deutsche Generikaverband nimmt im folgenden nur Stellung zu den den Arzneimittelmarkt betreffenden Regelungen:

1. Beitragssatzsicherungsgesetz (BSSichG) zu Artikel 1, Ziffer 7 (Änderung § 130 SGB V)

Jeder Eingriff in die bestehende Arzneimittelpreisverordnung muß nach Auffassung des Deutschen Generikaverbandes sorgfältigst **alle wirtschaftlichen und sozialen Auswirkungen berücksichtigen**. Die häufig vorgetragene Alternative einer „Drehung“ ist **keine!** Sie ist nicht sachgerecht:

1. Die Drehung der Arzneimittelpreisverordnung ist **unsozial**, weil die Patienten unnötig mit höheren Zuzahlungen belastet werden.
2. Die Drehung der Arzneimittelpreisverordnung ist **ordnungspolitisch verfehlt**, weil sie Anreizmechanismen etabliert, die zu steigenden Arzneimittelkosten führen.
3. Die Argumente für eine Drehung der Arzneimittelpreisverordnung bzw. der Handelsspanne sind **betriebswirtschaftlich nicht stichhaltig**. Die Behauptung die Aufschläge für niedrigpreisige Präparate seien zu niedrig, ist falsch.

Der Deutsche Generikaverband lehnt deshalb **eine** Drehung der Arzneimittelpreisverordnung entschieden ab. Das dieser Stellungnahme als **integraler Bestandteil** beiliegende Positionspapier des Deutschen Generikaverbandes erläutert ausführlich die obigen drei Thesen.

zu Artikel 1, Ziffer 8 (Einfügung § 130a SGB V)

- § 130a Abs. 3 -

1. 1 Für den Deutschen Generikaverband ist es zwingend erforderlich, daß alle Arzneimittel, die der Festbetragsregelung und der Aut-idem-Regelung unterliegen vom Herstellerrabatt befreit werden (vgl. hierzu insbesondere auch die Gesetzesbegründung). Der Deutsche Generikaverband begrüßt, daß die Bundesregierung hierbei erstmals der vom Deutschen Generikaverband von Anbeginn an vertretenen Auffassung der **Unmöglichkeit einer Teilanwendung der Aut-idem-Regelung folgt**. Denn sonst wäre es nicht logisch, die Ausnahmen von der Herstellerrabattregelung auf die Arzneimittel zu beschränken, für die obere Preislinien veröffentlicht wurden **und** auf Arzneimittel, die der 5er-Sonderregelung unterliegen (vgl. § 130a, Abs. 3, Ziffer 2). So richtig diese Logik bezüglich der Anwendbarkeit der Aut-idem-Regelung ist (vgl. hierzu auch das Urteil des Landgerichts Hamburg vom 4. September 2002, Aktenzeichen 312 O 451/02), so wenig sachgerecht ist sie bei der Definition der Rabattausnahmetatbestände:

- In der Gesetzesbegründung werden die Ausnahmetatbestände mit bestehendem Preiswettbewerb begründet sowie damit, daß die ausgenommenen Bereiche eine wirtschaftliche Versorgung ermöglichen. Diese Begründungen gelten jedoch auch für generische Märkte, die noch nicht der Festbetragsregelung und der Aut-idem-Regelung unterliegen wie die Anlage 2 eindrucksvoll zeigt. Erfolgt hier keine Ausdehnung der Ausnahmetatbestände, so wird die durch Festbeträge

und Aut-idem bereits genug gebeutelte Generikaindustrie um weitere 35 Mio. € belastet. Insbesondere wird jedoch gerade der nach der Gesetzesbegründung auszunehmende Teil der Arzneimittel getroffen.

- **Die Generikaindustrie und der Generikawettbewerb sind die Problemlöser, wie die nachstehenden Zahlen eindrucksvoll verdeutlichen:**

- Im Jahr 2001 sind die Umsätze der Unternehmen zu Herstellerabgabepreisen im generikafähigen Markt um 3,2 Prozent gestiegen, im patentgeschützten Bereich dagegen um 15,8 Prozent. Diese Entwicklung hat sich in 2002 fortgesetzt. In den Monaten Januar bis September 2002 legten die Umsätze im generikafähigen Markt um nur noch 0,9 Prozent zu, im patentgeschützten Bereich dagegen um 12,2 Prozent. Diese Zahlen zeigen eindrucksvoll, wo die Kostenprobleme im Arzneimittelsektor herrühren.
- Die Generikaindustrie ist jedoch nicht nur Nichtverursacher der Kostenprobleme, sondern **Teil der Problemlösung**: Im Jahr 2001 hat die Verordnung von Generika den gesetzlichen Krankenversicherungen in einer rein statischen Betrachtungsweise **2,3 Mrd. €** eingespart. Diese Zahl ist schon an sich sehr hoch. Sie unterschätzt jedoch den tatsächlichen Einsparbeitrag der Generikaindustrie. Die vom Arzneiverordnungsreport veröffentlichten Einsparungen durch Generika berücksichtigen nicht die dynamischen Wirkungen des Preiswettbewerbs. Der vom Deutschen Generikaverband vorgenommenen **Hochrechnung der dynamischen Entlastungseffekte** liegt die Tatsache zugrunde, daß seit 1989 die Preise im Festbetragsmarkt durch den Generikawettbewerb um 30 Prozent zurückgegangen sind und im Nichtfestbetragsmarkt im gleichen Zeitraum um 25 Prozent gestiegen sind. **Ohne diese Wettbewerbseffekte müssten die Kassen etwa**

6,8 Mrd. € mehr im generikafähigen Markt an Kosten erstatten. Diese Zahl verdeutlicht die eigentliche Bedeutung der Generikaindustrie. Insgesamt erspart die deutsche Generikaindustrie den gesetzlichen Krankenkassen Arzneimittelkosten in der Größenordnung von **9 Mrd. €.** **Ohne Generika läge der Beitragssatz der GKV um fast einen Prozentpunkt höher.**

1.2 Die im § 130 a Abs. 3 Ziffer 2 formulierte Ausnahmeregelung weist eine Unschärfe auf. Dort heißt es „Arzneimittel, für die aufgrund von § 129 Abs. 1 Satz 4 die obere Preislinie des unteren Preisdrittels veröffentlicht **wurden** oder Arzneimittel, für die gemäß § 129 Abs. 1 Satz 5 keine obere Preislinie des unteren Preisdrittels veröffentlicht **wird**. [Fettung durch den Verfasser]“ unterliegen nicht der Rabattregelung.

„**Wurden**“ suggeriert jedoch, daß die Ausnahmeregelung nur für Arzneimittel gelten soll, für die zum 1. Januar 2003 obere Preislinien gelten, für danach gebildete obere Preislinien jedoch nicht. Dies kann jedoch aus zwei Gründen nicht intendiert gewesen sein:

- Es ist völlig **inkompatibel mit der Begründung**, die explizit feststellt, daß der Aut-idem-Regelung unterstellte Arzneimittel nicht der Rabattregelung unterfallen sollen.
- Bei der Herausnahme vom **5er-Regelungs-Arzneimittel** wird dagegen im **Präsenz formuliert**.

1.3 Der Deutsche Generikaverband schlägt deshalb vor den Hintergrund der in Punkt 1. 1 **und** 1.2 vorgebrachten Argumente folgende Textänderung vor:

§ 130a Abs. 3 Ziffer 2:

*„Arzneimittel, für die aufgrund von § 129 Abs. 1 Satz 4 die obere Preislinien des unteren Preisdrittels veröffentlicht **sind** oder Arzneimittel, für die gemäß § 129 Abs. 1 Satz 5 keine obere Preislinie des unteren Preisdrittels veröffentlicht wird **oder Arzneimittel mit einer bezugnehmenden Zulassung nach § 24a AMG.**“*

Begründung zu § 130a Abs. 3 Ziffer 2:

*„ Festbetragsarzneimittel ~~und~~, Arzneimittel, die der aut-idem-Regelung unterliegen **sowie Arzneimittel mit einer bezugnehmenden Zulassung**, werden vom Herstellerrabatt nicht erfasst, weil in diesen Marktsegmenten bereits ausreichend Preiswettbewerb vorhanden ist und dieser eine wirtschaftliche Versorgung ermöglicht.“*

2. Zwölftes SGB-V-Änderungsgesetz zu Artikel 1, 12. SGB V-ÄndG, Ziffern 2 und 3

2. 1 Unabhängig davon, ob man die Festbetragsregelung befürwortet oder nicht, enthält die jetzige Regelung einen schwerwiegenden **handwerklichen Fehler**. Die jetzige Formulierung ermächtigt die Bundesregierung dazu, den **gesamten Festbetragsmarkt** noch vor Ende 2003 erneut einer Anpassung gemäß § 35 a zu unterziehen. Dies kann jedoch aus drei Gründen nicht der Wille der Bundesregierung sein:

- Eine solche Regelung widerspräche dem FBAG, in dem ausdrücklich nur **eine** Anpassung bis Ende 2003 vorgesehen ist, sowie den im politischen Prozeß gegebenen verbindlichen Zusagen der Bundesregierung.

- Zudem steht dies dem in der Begründung geäußerten Willen des Gesetzgebers entgegen. Ziel soll es lediglich sein, „patentgeschützte Wirkstoffe, die nach dem 31. Dezember 1995 zugelassen worden sind, in bestehende Festbetragsgruppen einzuordnen oder Gruppen neu zu bilden sowie die entsprechenden Festbeträge zu bestimmen.“
- Die Ziffer 1 ist auch nicht notwendig, um das gerade zitierte Ziel zu erreichen, da es keiner Festbetrags**anpassung**, sondern nur einer Neufestsetzung von Festbeträgen bedarf.

2.2 Der Deutsche Generikaverband fordert daher folgende Streichung und Präzisierung im Gesetzesvorschlag für den § 35a Absatz 1 Satz 1 SGB V:

„Abweichend von § 35 wird das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung bis zum 31. Dezember 2003 ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates

- ~~1. einmalig die Festbeträge für Arzneimittel anzupassen,~~
- 2. Gruppen von Arzneimitteln mit patentgeschützten Wirkstoffen, die nach dem 31. Dezember 1995 zugelassen wurden neu zu bestimmen und für diese Festbeträge festzusetzen.“**

Anlagen

1. Positionspapier des Deutschen Generikaverbandes: Die Drehung der Arzneimittelpreisverordnung - zukunftsweisendes Konzept oder gesundheitspolitischer Irrweg? –
2. Wettbewerb ohne Festbeträge und aut-idem: Das Beispiel Ciprofloxacin

Anlage 1

Positionspapier zur Drehung der Arzneimittelpreisverordnung - zukunftsweisendes Konzept oder gesundheitspolitischer Irrweg? –

Zur Zeit wird in verschiedenen Zusammenhängen immer wieder der Vorschlag diskutiert, die Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) dahingehend zu ändern, daß die Apothekenhandelsspannen - aufkommensneutral für die Apotheken - für preiswerte Arzneimittel erhöht und für teure gesenkt werden. Insbesondere propagiert wird dieses Konzept von der ABDA^[1], vom VfA^[2], vom PHAGRO^[3] und auch vom Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen^[4]. Der Runde Tisch hat auf seiner 3. Sitzung am 28. Januar 2002 eine „Empfehlung“ zur Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) „verabschiedet“, wonach „weiter geprüft und ggf. verfolgt werden [soll, ob die] Drehung der Arzneimittelpreisverordnung, d. h. Senkung der Zuschläge im Hochpreissegment und Anhebung im Bereich der Arzneimittel mit niedrigeren Preisen [...] sinnvoll ist“^[5]. Der Deutsche Generikaverband hat diese Prüfung vorgenommen und kommt zu einem eindeutigen Ergebnis:

1. Die Argumente für die Drehung der AMPreisV sind nicht stichhaltig.
2. Die Drehung der AMPreisV ist unsozial, weil die Patienten unnötig mit höheren Zuzahlungen belastet werden.
3. Die Drehung der AMPreisV ist ordnungspolitisch verfehlt, weil sie Anreizmechanismen etabliert, die zu steigenden Arzneimittelkosten führen.

1. Die Argumente für die Drehung der AMPreisV sind nicht stichhaltig

Die vorgebrachten Argumente für die Drehung der AMPreisV wechseln von Mal zu Mal, überzeugen kann jedoch keines:

Drehung der AMPreisV und aut-idem:

So sollte im Zusammenhang mit der Aut-idem-Regelung dem Apotheker durch eine Drehung ein größerer Anreiz gegeben werden, preiswerte Arzneimittel abzugeben. Ganz davon abgesehen, daß aufgrund der nun getroffenen gesetzlichen Regelung ein solcher Anreiz zwangsläufig nicht mehr notwendig ist, hätte der Apotheker auch dann noch keinen ausreichenden Anreiz gehabt, da der Verdienst bei teuren Arzneimitteln immer noch höher gelegen hätte. Die Drehung der AMPreisV macht aut-idem nicht rationaler.

Drehung der AMPreisV und Versandhandel:

Im Kontext der Diskussion um die Einführung von Versandhandel taucht die Forderung nach der Drehung der AMPreisV wieder auf. Angeblich sei nur hierdurch ein unfairer Wettbewerb durch Rosinenpicken zu verhindern. Diese Argumentation läßt jedoch unberücksichtigt, daß bereits dann ein fairer Wettbewerb vorliegt, wenn alle Konkurrenten den gleichen Rahmenbedingungen ausgesetzt sind. Dies bedeutet, daß auch für Versandapotheken die deutschen Vorschriften zu den Vertriebswegen, des Apothekenrechts, des Arzneimittelrechts, des Sozialrechts und der Arzneimittelpreisbildung gelten müssen. Um faire Wettbewerbsbedingungen zu erhalten, bedarf es keiner Anpassung der AMPreisV. Es reicht aus, daß die Bedingungen für alle gleich sind.

Drehung der AMPreisV und Kosten:

Schließlich wird mit geänderten Kostenstrukturen argumentiert. So wird behauptet, daß die Aufschläge für niedrigpreisige Präparate nicht kostendeckend seien^[4]. Zudem habe sich die der AMPPreisV von 1978 zugrunde liegende Marktstruktur so verändert, daß die Mischkalkulationselemente inzwischen zu stark ausgeprägt seien^[1, 4]. Diesen Argumentationen liegen jedoch eine Reihe von Fehlschlüssen zugrunde:

1. Überhaupt nicht begründet wird von den Befürwortern der Drehung der AMPPreisV die Behauptung, daß die Aufschläge im niedrigpreisigen Segment – trotz der schon heute bestehenden Degression zugunsten der Hersteller teurer Produkte – nicht kostendeckend seien. In allen Papieren zu diesem Thema^[1, 2, 3, 4] finden sich für diese These keinerlei Belege. Es ist schon erstaunlich, daß es zu der zentralen These für eine Drehung der AMPPreisV keinerlei Beweise, etwa durch differenzierte Kostenstudien gibt. Wie die nachstehenden Ausführungen zeigen werden, ist es sehr lohnenswert der Frage intensiver nachzugehen, ob es eine Mischkalkulation bei preiswerten Arzneimitteln tatsächlich wie behauptet gibt, d. h. ob die Zuschläge wirklich nicht kostengerecht sind.

So stellt sich zunächst die in der bisherigen Diskussion erstaunlicherweise noch nie behandelte Frage, welche Kosten zum Nachweis einer Mischkalkulation berücksichtigt werden dürfen. In vielen Fällen können die Kosten den Produkten gar nicht verursachergerecht zugerechnet werden. Deshalb besteht in der Betriebswirtschaftslehre Übereinstimmung darüber, daß es gar keine objektive Kostenrechnung gibt, sondern diese stets zweckabhängig zu gestalten ist.^[7]

Deshalb stellt sich weiterhin die Frage, welches Kostenrechnungssystem für die Feststellung des Vorliegens einer Mischkalkulation zweckmäßig ist. Für den hier vorliegenden Fall darf zum Beweis einer Mischkalkulation nur auf eine Teilkostenrechnung zurückgegriffen werden, denn überall dort wo, „die Aufgabe der Kostenrechnung in der rechnerischen Fundierung von unternehmenspolitischen Entscheidungen gesehen wird, sind also Teilkostenrechnungen einzusetzen.“^[7] Bei der Frage der Preisbildung um die es hier geht, handelt es sich um eine der zentralsten unternehmenspolitischen Entscheidungen.

Eine Argumentation – wie von Befürwortern der Drehung der AMPPreisV offensichtlich vorgenommen – mit Vollkosten ist dagegen betriebswirtschaftlich falsch. „Die Vollkostenrechnungen dominiert das Anliegen, alle Periodenkosten lückenlos auf die Produkte zu verteilen, und wo dieses „oberste Ziel“ im Konflikt mit dem strengen Kostenverursachungsprinzip gerät, hat sich letzteres im Zweifel unterzuordnen.“ Die Vollkostenrechnung hat vornehmlich eine Verrechnungsfunktion von Kosten. „Da es hierfür aber keine allgemeingültigen, theoretisch zu rechtfertigenden Regeln gibt, wird dadurch zugleich hingenommen, daß ein erhebliches Element der Willkür in die Kostenrechnung hineingetragen wird.“ Die Vollkostenrechnung ist demnach aus zwei Gründen für den Nachweis einer Mischkalkulation nicht geeignet: Sie ist nicht für die Fundierung von Preisbildungsentscheidungen geeignet und sie beinhaltet zweitens politisch und betriebswirtschaftlich nicht akzeptable Willkürelemente.

Vor diesem Hintergrund lässt sich nun die eingangs gestellte Frage beantworten, welche Kosten bei der Feststellung, ob eine Mischkalkulation vorliegt oder nicht, zu Grunde zu legen sind. Nachstehende Abbildung zeigt die Abgrenzung zentraler Kostenkategorien in der Betriebswirtschaftslehre, ergänzt um einige Beispiele aus dem Apothekenbereich.

Abbildung 1: Zentrale Kostenkategorien

Zurechenbarkeit auf Produkteinheit	Einzelkosten	Gemeinkosten	
Veränderlichkeit bei Beschäftigungsänderungen	Variable Kosten		Fixe Kosten
Beispiele	Kosten für Werkstoffe (außer bei Kuppelprozessen), Verpackungskosten, Provisionen	Kosten des Kupplungsprozesses, Kosten für Energie und Betriebsstoffe bei mehr-	Kosten der Produktart und Produktgruppe, Kosten der Fertigungsvorbereitung

		dimensionalen Kosten- funktion	und Betriebsleitung, Abschreibungen (Lohnkosten)
Beispiele aus dem Apothekenbereich	Apotheken-EK-Preis, Kapitalbindungskosten, Verfallsrisiko	-	Personalkosten, Miete, Heizkosten, Wasser, Abwasser, Nacht- und Notdienst, Abschreibungen, etc.

Quelle: In Anlehnung an Schierenbeck, H. (1989), Grundzüge der Betriebswirtschaftslehre, 10. Aufl., München, Wien, S. 603; letzte Zeile ergänzt durch die Verfasser.

Bei einer Teilkostenrechnung gibt es ebenfalls verschiedene Systeme. Das Konzept, welches die theoretischen Anforderungen, bei einer Verwendung der Kostenrechnung für dispositive Zwecke am besten erfüllt, ist das System der relativen Einzelkostenrechnung. Danach dürfen bei der uns hier vorliegenden Frage nur sogenannte Einzelkosten, d. h. Kosten, die dem Produkt direkt, ohne Willkür zuordnungsfähig sind, Berücksichtigung finden. Dies sind in der Apotheke insbesondere der Apothekeneinkaufspreis sowie die Kapitalbindungskosten und Verfallsrisiken.

Keine Berücksichtigung dürfen jedoch die Personalkosten, die Mietkosten, die Heizkosten, etc. (vgl. auch die Abbildung 1) finden, weil sie den einzelnen Produkten nicht verursachungsgerecht zugeordnet werden können. Der nicht zurechenbare Gemeinkostenblock ist in Apotheken insgesamt besonders groß.

Zur Beurteilung der Frage, ob die Aufschläge der AMPPreisV kostengerecht sind, muß nun geklärt werden, ob die Einzelkosten proportional oder wie behauptet überproportional mit dem Wert der Produkte steigen bzw. ob überhaupt ein funktionaler Zusammenhang besteht:

- **Apothekeneinkaufspreis:** Auf den ersten Blick erscheint es völlig klar, daß die Einkaufskosten für ein Arzneimittel proportional zu ihrem Wert steigen. Es muß jedoch bedacht werden, daß der Apothekeneinkaufspreis der AMPPreisV nicht mit den tatsächlichen Apothekeneinkaufspreisen der Apotheken übereinstimmen. Infolge der Rabattgewährung durch die Hersteller und den Großhandel ist der tatsächliche Einkaufspreis geringer als der Apothekeneinkaufspreis nach der AMPPreisV. Die Rabattgewährung ist im niedrigen Preissegment deutlich stärker ausgeprägt als im Gesamtmarkt. Gut 73 Prozent aller gewährten Rabatte entfallen auf den Generikamarkt.^[8] Dies bedeutet jedoch, daß die tatsächlichen Deckungsspannen in diesem Bereich wesentlich höher sind, als in der AMPPreisV angegeben. Insofern ist die AMPPreisV in der Realität ohnehin schon gedreht. Diese Tatsache spricht deshalb eindeutig gegen die These nicht kostengerechter Zuschläge im Niedrigpreissegment sowie gegen eine weitere Drehung der AMPPreisV.
- **Kapitalbindungskosten und Verfallsrisiko:** Diese sind bei preiswerten Arzneimitteln niedriger und rechtfertigen deshalb ebenfalls keine Erhöhung von Zuschlägen im unteren Preissegment. Gleiches gilt für „Schnelldreher“, die sich auch sehr oft im niedrigpreisigen und freiverkäuflichen Segment befinden.

Bei der jetzt schon degressiv ausgestalteten Zuschlagskalkulation bedeutet diese Analyse vielmehr, daß preiswerte Arzneimittel teure subventionieren. Insgesamt läßt sich also feststellen, daß alle wesentlichen Kostenbestandteile bei teuren Produkten tendenziell proportional höher sind, was nicht nur gegen eine Drehung der AMPPreisV in Richtung Verteuerung preiswerter Arzneimittel spricht, sondern ganz im Gegenteil für eine Verbilligung preiswerter Arzneimittel. Die von ABDA, VfA, PHAGRO und Sachverständigenrat vorgeschlagene Drehung der AMPPreisV zu Lasten preiswerter Arzneimittel würde dazu führen, daß die Mischkalkulation sogar noch zunimmt. Ginge es bei den Vorschlägen zur Überarbeitung der AMPPreisV wirklich um Kosten, so müsste diese Reform viel differenzierter sein und sich die Zuschläge nicht nur am Preis sondern auch an weiteren Kriterien (Umschlagsgeschwindigkeit, Verfallsrisiko, etc.) ausrichten. Die absolut geringeren Aufschläge bei preiswerten Arzneimitteln sind durch geringere Kosten mehr als gerechtfertigt.

An diesem Punkt könnten wir eigentlich die Diskussion abbrechen: Die behauptete Quersubventionierung von preiswerten Arzneimitteln durch teure besteht nicht. Eine Drehung der AMPPreisV ist somit nicht begründbar. Allerdings dürfen die Argumente für die Drehung der AMPPreisV, die aufbauend auf der These, es gäbe eine Mischkalkulation, vorgebracht werden, nicht unkommentiert gelassen werden:

2. Zunächst ist es ein Irrglaube, daß sich Preise bzw. Handelsspannen nur an Kosten orientieren. Umsatz ist immer Preis mal Menge und Gewinn ist Preis mal Menge minus Kosten. Insofern hängt der gewählte Preis auch immer von der Preiselastizität der Nachfrage ab. Je elastischer die Nachfrage auf den Preis reagiert, desto geringere Aufschläge lassen sich durchsetzen. Da gerade preiswerte Arzneimittel z. B. wegen der Zuzahlungen sowie ihrer Verwendung in der Selbstmedikation eine tendenziell höhere Preis-

elastizität der Nachfrage aufweisen, ist auch vor diesem Hintergrund zu hinterfragen, ob eine Drehung der AMPPreisV nicht die Marktgegebenheiten auf den Kopf stellt. Jeder gute Einzelhändler richtet seine Zuschläge nicht starr an den Kosten aus, sondern an den Preiselastizitäten. Insofern sind selbst Mischkalkulationen nicht per se marktfern. Die Gegebenheiten des Arzneimittelmarktes sprechen nicht nur dafür, daß rationale Unternehmen auch bei freier Preisbildung eine ähnliche Kalkulation analog der AMPPreisV durchführen würden, vielmehr würden sie die Aufschläge im niedrigpreisigen Segment senken. Eine Drehung in Richtung Verteuerung preiswerter Arzneimittel wäre insofern marktferner als beispielsweise der Status quo.

3. Weiterhin ist anzumerken, daß es gar nicht das Ziel der AMPPreisV ist (und auch nicht sein kann), Kosten verursachungsgerecht auf die Arzneimittel umzulegen. Es geht vielmehr darum, die Versorgungssicherheit der Patienten zu gewährleisten, also sicherzustellen, daß Arzneimittel im Krankheitsfall möglichst rasch und zu überall gleichen Bedingungen zur Verfügung stehen. Dabei ist eine Mischkalkulation ausdrücklich gewollt, um u. a. Nacht- und Notdienstpflichten, Auflagen zur Arzneimittelbevorratung und zur Arzneimittelprüfung, die Beratung bei der Arzneimittelabgabe, umfangreiche Dokumentationen und auch die flächendeckende Bereitstellung preiswerter Arzneimittel sicher zu stellen.
4. Von den Befürwortern der Drehung der AMPPreisV wird die Notwendigkeit einer Mischkalkulation i. d. R. auch nicht bestritten. Es wird nur behauptet, daß, weil der AMPPreisV die Marktstruktur des Jahres 1978 zugrunde liege, die Mischkalkulationselemente inzwischen zu stark ausgeprägt seien. Früher habe die Mischkalkulation fast ausschließlich – so die Argumentation der Befürworter einer Drehung der AMPPreisV – in einem engen Einkaufspreisklassenbereich bis etwa 10 € stattgefunden. Heute reiche dieses Band jedoch bis über 1.000 € hinaus, so daß das Ausmaß der Mischkalkulation erheblich zugenommen habe^[1]. Diese auf den ersten Blick so plausible Argumentation ist jedoch bei genauem Hinsehen nicht schlüssig und kann deshalb eine Drehung der AMPPreisV nicht begründen.

Zur Widerlegung dieses Argumentes sei zunächst vorläufig angenommen, es läge tatsächlich eine Mischkalkulation wie von den Befürwortern der Drehung der AMPPreisV behauptet vor (wie gezeigt, ist dies nicht der Fall). Es gäbe dann immer „Zahler-Produkte“ und „Empfänger-Produkte“. Es sei nun beispielhaft unterstellt^[6], bis zu einem Apothekeneinkaufspreis von 3,88 € handele es sich um „Empfänger-Produkte“ und ab 3,89 € handele es sich um „Zahler-Produkte“ (vgl. hierzu und zum folgenden Tabelle 1).

Tabelle 1: Die Veränderung der Marktstruktur seit 1978

Apothekeneinkaufspreis	Verteilung der Packungen		Verteilung des Einkaufsvolumens	
	1978	2000	1978	2000
bis 1,22 €	14,8 %	5,9 %	3,6 %	0,5 %
1,23 € - 1,34 €	2,9 %	1,4 %	1,0 %	0,2 %
1,35 € - 3,88 €	50,3 %	39,9 %	30,0 %	8,9 %
3,89 € - 4,22 €	3,1 %	3,1 %	3,2 %	1,1 %
4,23 € – 7,30 €	17,5 %	17,1 %	25,2 %	8,3 %
7,31 € – 8,67 €	3,0 %	3,4 %	6,1 %	2,4 %
8,68 € – 12,14 €	4,6 %	7,5 %	12,1 %	6,8 %
12,15 € – 13,55 €	0,9 %	1,6 %	3,2 %	1,8 %
13,56 € – 19,42 €	1,8 %	7,0 %	7,7 %	10,1 %
19,43 € – 22,59 €	0,4 %	1,3 %	2,2 %	2,5 %
22,58 € – 29,14 €	0,5 %	3,6 %	3,1 %	8,1 %
29,15 € – 35,94 €	0,1 %	1,6 %	0,8 %	4,6 %
ab 35,95 €	0,1 %	6,6 %	1,8 %	44,7 %
	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Quelle: ABDA (2002), Zukünftige Gestaltung der Arzneimittelversorgung – Positionspapier der deutschen Apothekerinnen und Apotheker, S. 35

Es zeigt sich nun, daß unter diesen Annahmen noch 1978 genau 68,0 Prozent aller Packungen auf „Empfänger-Produkte“ entfielen. 2000 waren es nur noch 47,2 Prozent aller Packungen. Das Segment der „Empfänger-Produkte“ hat also erheblich abgenommen und damit hat auch der Umfang einer eventuellen Mischkalkulation in diesem Bereich abgenommen, da es schlicht weniger „Empfänger-Produkte“ gibt. Dies gilt um so mehr, als zusätzlich der Anteil der Arzneimittel in der Gruppe unter 1,34 € von 26,0 Prozent auf 15,5 Prozent abgenommen hat. Im Hochpreissegment ist jedoch eine Zunahme der Mischkalkulation zu beobachten, da die Anzahl der „Zahler-Produkte“ zugenommen hat.

Vor diesem Hintergrund lässt sich selbst mit dem Argument, die angebliche Mischkalkulation müsse im Vergleich zum Ausgangsjahr 1978 vermindert werden, nur eine Absenkung im Hochpreissegment rechtfertigen. Im niedrigen Preissegment ergibt sich dagegen im Vergleich zu 1978 ohnehin eine strukturelle Abnahme der vermeintlichen Mischkalkulation. Würde das Mischkalkulationsniveau und die Mischkalkulationsstruktur von 1978 als die optimale und politisch gewollte angesehen, müssten nicht nur die Zuschläge im Hochpreissegment, sondern auch im Niedrigpreissegment gesenkt werden. Insofern wendet sich die Argumentation mit der Marktstruktur von 1978 gegen die Befürworter der Drehung der AMPPreisV.

Es bleibt also festzuhalten: Selbst wenn das falsche Argument einer Mischkalkulation im unteren Preissegment akzeptiert wird, lässt sich damit eine Drehung der AMPPreisV nicht begründen.

2. Die Drehung der AMPPreisV ist unsozial

Die vorgeschlagene Lösung zur „Drehung“ der Arzneimittelpreisverordnung ist nicht nur – wie gerade ausführlich gezeigt – sachlich nicht gerechtfertigt, sondern belastet die Patienten mit hohen zusätzlichen Zuzahlungen und Kosten.

Die unsoziale Wirkung der Drehung der AMPPreisV soll an zwei konkreten Reformmodellen verdeutlicht werden. Dies ist einmal das Reformmodell von Dambacher (Aventis, VfA)^[2]. Hierbei handelt es sich um ein fertiges Modell, mit dem konkrete Preisvergleiche der Apothekenverkaufspreise (AVP) nach der AMPPreisV a. F. und n. F. vorgenommen werden können. Das andere Reformmodell stammt von der ABDA^[3]. Vor dem Hintergrund der Erfahrungen mit dem Dambacher-Modell, mit dem die unsozialen Auswirkungen rechenbar wurden, haben die Apotheker ihr Modell bis heute unter Verschluss gehalten und nur aggregierte Werte veröffentlicht – die aber auch schon viel erahnen lassen. Welche Folgen hätten nun diese Modelle für die Patienten?

Durch jede (!) aufkommensneutrale „Drehung“ der Preisauflagen der AMPPreisV werden sich zwangsläufig eine Vielzahl von Arzneimittelpreisen im unteren Preissegment erhöhen. Durch das sogenannte Dambacher-Modell würden beispielsweise über 80 Prozent aller in Apotheken verkauften Arzneimittel verteuert. Hierdurch werden die Patienten zweifach belastet^[9]:

- Erstens würden unterhalb der Zuzahlungsgrenzen die GKV-Patienten belastet. Im Dambacher-Modell würden sich bei gut 20 Prozent aller verordneten Arzneimittel die Selbstbeteiligungen für die GKV-Patienten erhöhen. (z. B. bei ass-ratiopharm, 30 Tabletten, 500 mg (N2) um 86 Prozent von 1,98 € auf 3,69 €, also eine deutliche Verteuern für den Patienten).
- Zweitens sind es die Patienten, die selbstverantwortlich Selbstmedikation betreiben. Im Segment der apothekenpflichtigen Arzneimittel (ohne Rezeptpflicht) würden sich im Dambacher-Modell sogar fast 95 Prozent aller Präparate verteuern. Nach diesem Modell erhöht sich beispielsweise ein Apothekenverkaufspreis von 7,75 € um rund 37,1 Prozent auf etwa 10,60 €. Im Bereich der Selbstmedikation kämen nochmals erhebliche zusätzliche Belastungssummen auf die Patienten zu, die sich mit Belastungen aus dem GKV und PKV-Bereich kumulieren.

Diese Effekte belegen auch eindrucksvoll die von der ABDA für ihr Modell selbst veröffentlichten Zahlen. So würden durch das ABDA-Modell die GKV und PKV durch eine für den Apotheker ergebnisneutrale Drehung der AMPPreisV um jährlich 350 – 450 Mio. € „entlastet“. In den Folgejahren würden sich diese „Einsparungen“ um jährlich 100 Mio. € erhöhen! Diese „Einsparungen“ werden aber voll von den Patienten getragen. Die

Patienten würden durch eine Drehung der AMPPreisV stärker belastet als durch jede Zuzahlungsanhebung in der Vergangenheit. Gerade die Selbstmedikation würde geschwächt und somit die Selbstverantwortung der Patienten. All dies widerspricht nicht nur den sozialpolitischen Zielen der Gesundheitspolitik, sondern auch den Beschlüssen des Runden Tisches. In der Empfehlung der Sitzung vom 22. April 2002 heißt es unter der Überschrift „Keine neuen finanziellen Lasten für Patientinnen und Patienten“ u. a. wie folgt: „Das Finanzierungsvolumen der Zuzahlungen soll nicht ausgeweitet werden“. Eine Drehung der AMPPreisV hätte jedoch genau dies zur Folge. Will die Politik Wort halten, so darf sie den Befürwortern einer Drehung der AMPPreisV nicht ihr Ohr leihen.

3. Die Drehung der AMPPreisV ist ordnungspolitisch verfehlt

Nun könnte die Politik versucht sein - trotz fehlender sachlicher Notwendigkeit und sozialpolitischer Schiefelage - die AMPPreisV dennoch zu drehen, um so Einsparungen für die GKV zu erzielen. Allerdings ist die Drehung der AMPPreisV auch ordnungspolitisch derart verfehlt, daß die erhofften Einsparungen nicht eintreten werden. Vielmehr sind Kostensteigerungen zu befürchten:

- **Mehrkosten für die Kassen:** Diese gerade aufgezeigten „Einsparungen“ für die Krankenkassen gelten jedoch nur in einer statischen Welt. In einer dynamischen - also realistischen - Welt werden die Arzneimittelkosten der Krankenkassen durch eine aufkommensneutrale Drehung der AMPPreisV steigen:
 - Gerade die Absenkung der Zuschläge im Hochpreissegment gibt den Herstellern Preiserhöhungsspielräume. Durch die Senkung der Zuschläge kann der Hersteller seinen Herstellerabgabepreis erhöhen, ohne daß die Nachfrage zurück geht, da der Apothekeneinkaufspreis, nicht aber der Endpreis sinkt. Dies gilt um so mehr, als gerade im Hochpreissegment die Anbieter von patentgeschützten Arzneimitteln i. d. R. über eine Monopolstellung verfügen, sie also kein Wettbewerb an einer solchen Preispolitik hindert. Es ist naiv und widerspricht jeglicher Empirie und Theorie, daß ein Monopolist eine Preiserhöhung unterlassen würde, bei der die Nachfrage nicht abnimmt. Dies käme einem Verzicht auf Gewinne gleich, die ihm regelrecht in den Schoß fallen. Die Drehung der AMPPreisV kommt daher für Anbieter mit einer Monopolstellung im Hochpreissegment einer Lizenz zum Gelddrucken gleich. Dieser Effekt verstärkt zudem die unsozialen Wirkungen der Drehung der AMPPreisV.
 - Durch die Anhebung der Preisspannen im Niedrigpreissegment werden zudem viele Präparate plötzlich über die Zuzahlungsgrenze rutschen und wären damit für die Kassen erstattungspflichtig. Im Dambacher-Modell wären beispielsweise über 15 Prozent aller verkauften Arzneimittel davon betroffen (z. B. ACC 600 mg 10 Brausetabletten steigt um fast 40 Prozent von 4,45 € auf 6,21 €; der Patient würde 4,00 € zahlen, die GKV statt 0,45 € zukünftig 2,21 €).
- **Bürokratischer Aufwand:** Eine Drehung der AMPPreisV würde die Anpassung einer Vielzahl von Regelungen erfordern:
 - Anpassung der Festbeträge: Den jetzigen Festbeträgen liegt die heutige Arzneimittelpreisverordnung zugrunde. Bei einer Änderung der AMPPreisV im Niedrigpreissektor (nach oben) müssten, sollen die Patienten nicht mit weiteren hohen Zuzahlungen belastet werden, auch alle Festbeträge geändert werden. Dies ist bis Ende 2003 allerdings gar nicht möglich.
 - Anpassung der oberen Preislinien: Die oberen Preislinien der Aut-idem-Regelung des § 129 Abs. 1 SGB V müssten ebenfalls angepasst werden.
 - Anpassung der Richtgrößen-, Ausgabenvolumina, etc. im ABAG: Auch die Regelungen des ABAG müssen angepasst werden.
- **Verteuerung von Generika:** Im für die Apotheker aufkommensneutral ausgestalteten Dambacher-Modell werden bis zu einem Apothekenverkaufspreis von rund 24,29 € alle Arzneimittel teurer. Laut Arzneiverordnungs-Report 2002 liegt der durchschnittliche Generikapreis bei 17,79 €. Die Verteuerung einer preiswerten Arzneimittelversorgung schwächt den Wettbewerb und erschwert die Ausschöpfung der Einsparpotentiale. Denn die Drehung der AMPPreisV verändert die relativen Preise zugunsten teurer Produkte, wodurch deren Nachfrage beflügelt, die preiswerter Arzneimittel dagegen gedämpft wird. Dies hätte einen Anstieg der Arzneimittelkosten zur Folge. Jede Verteuerung preiswerter Arzneimittel ist ord-

nungspolitisch kontraproduktiv. Ordnungspolitik heißt, daß alle Akteure (Ärzte, Patienten, Industrie, etc.) gleichgerichtete Anreize in die gewünschte Richtung haben (effiziente Arzneimitteltherapie). Alle „Drehungen“ der AMPPreisV wirken dem entgegengesetzt.

- **Bevorzugung von Großpackungen:** Wie das jetzige unsinnige Zuzahlungssystem, würde eine Drehung der AMPPreisV zu einer weiteren übermäßigen Nutzung von großen Packungen (N3) gerade im Hochpreissegment führen, da die Zuschläge für große Packungen komparativ sinken und diese damit relativ preiswerter werden.
- **Verteuerung der Selbstmedikation:** Ebenfalls ordnungspolitisch kontraproduktiv ist die Verteuerung der Selbstmedikation. Jede Verteuerung der Selbstmedikation verstärkt den Anreiz zum Arzt zu gehen, um so das gewünschte Arzneimittel „umsonst“ zu erhalten. Dieser indirekte Effekt führt zu einer zusätzlichen finanziellen Belastung der Krankenkassen.

Anmerkungen

- 1□ ABDA (2002), Zukünftige Gestaltung der Arzneimittelversorgung – Positionspapier der deutschen Apothekerinnen und Apotheker, S. 30 –38.
- 2□ Rücker, D. (2001), Preisverordnung: Sympathien für Weiterentwicklung, in: Pharmazeutische Zeitung, Nr. 25, 146 Jg., 21. Juni 2001, S. 15 – 16.
- 3□ PHAGRO (2001). Leitlinien zur Weiterentwicklung der Arzneimittelpreisverordnung, 2001.
- 4□ Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001), Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit – Zur Steigerung von Effizienz und Effektivität der Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), Addendum zum Gutachten 2000/2001 (Bände I bis III), S. 72 – 76.
- 5□ Empfehlung des „Runden Tisches“ auf seiner 3. Sitzung am 28. Januar 2002 zur Arzneimittelpreisverordnung
- 6□ Andere Abgrenzungen würden zu denselben Ergebnissen führen. Es geht hier nur darum, den Sachverhalt zu erläutern. Eine klare „Mischkalkulationsgrenze“ gibt es ohnehin nicht. Vielmehr ist es mehr als fraglich, ob es überhaupt eine Mischkalkulation in der von den Befürwortern der Drehung der AMPPreisV unterstellten Form gibt.
- 7□ Vgl. zur gesamten Problematik und zu den Zitaten: Schierenbeck, H. (1989), Grundzüge der Betriebswirtschaftslehre, 10. Auflage, München, Wien, S. 599 ff.
- 8□ Zahlen für das erste Halbjahr 2002. Quelle: NDCHealth. Betrachtet man den generikafähigen Markt, so erhöht sich die Quote sogar auf über 81 Prozent.
- 9□ Die hier genannten Zahlen, beruhen auf eigenen Berechnungen auf der Basis von NDC Health Daten.

Anlage 2

Wettbewerb ohne Festbeträge und Aut-idem
- Das Beispiel Ciprofloxacin (Antibiotikum) -

Der Wirkstoff Ciprofloxacin ist im Juli 2001 patentfrei geworden. Seitdem hat sich folgende Marktentwicklung ergeben:

1. Die **Generikaquote** ist innerhalb nur eines Jahres (!) bis Juli 2002 auf 82 Prozent bei den Verordnungen und 77 Prozent beim Umsatz gestiegen.
2. Der **Durchschnittspreis einer Generikaverordnung** ist von 24,90 € um **25,6 Prozent** auf 18,52 € gesunken.
3. Der **Durchschnittspreis des Alt-Originals** ist praktisch konstant geblieben (25,42 € unmittelbar nach Patentablauf im Juli 2001, 25,34 € im Juli 2002)
4. Der **Durchschnittspreis im Ciprofloxacinmarkt** ist von 26,05 € vor Patentablauf um **24 Prozent** auf 19,76 € gesunken.
5. Allein im Monat Juli 2002 hat der Einsatz von Generika der GKV **2,1 Mio. €** nur für den Wirkstoff Ciprofloxacin erspart.

Der hier geschilderte Prozeß vollzog sich - wettbewerbsinduziert - fortlaufend und **ohne** Festbeträge und aut-idem!

Quelle der Zahlen ist der NPI-Analyzer von NDC Health.