

# 1 Einleitung

Die vorliegende Untersuchung beschäftigt sich mit den wettbewerbsökonomischen und gesundheitspolitischen Aspekten eines Versandverbots für verschreibungspflichtige Arzneimittel (Rx-Arzneimittel) als flankierende Maßnahme zur Sicherstellung der flächendeckenden Arzneimittelversorgung innerhalb der rechtlichen Rahmenbedingungen in Deutschland. Den Anlass bildet das Urteil des Europäischen Gerichtshofs vom 19. Oktober 2016 zur Unanwendbarkeit der Vorschriften über die einheitlichen Apothekenabgabepreise bei Rx-Arzneimitteln auf Versandapotheken mit Sitz in anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union, die Rx-Arzneimittel an Endverbraucher in Deutschland liefern.<sup>1</sup>

Nachfolgend werden zunächst die juristischen, ökonomischen und politischen Hintergründe dieser Problemstellung skizziert. Hieraus leiten sich die konkreten Fragestellungen und Zielsetzungen ab, welche mit der nachfolgend beschriebenen methodischen Vorgehensweise wissenschaftlich untersucht werden.

## 1.1 Hintergrund und Problemstellung

Der Europäische Gerichtshof (EuGH) hat mit Urteil vom 19. Oktober 2016 entschieden, dass Versandapotheken mit Sitz im EU-Ausland im Hinblick auf die Warenverkehrsfreiheit gemäß Art. 34 des Vertrages über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV) nicht der für deutsche Apotheken geltenden Preisbindung für Rx-Arzneimittel gemäß der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) unterliegen. Im Ergebnis bedeutet dies, dass Versandapotheken mit Sitz im EU-Ausland, wie z. B. DocMorris, weder im Einkauf von Rx-Arzneimitteln noch bei der Einlösung von Rezepten von deutschen Patienten an die hierzulande geltenden Preisvorschriften gebunden sind. Konkret können damit den Kunden finanzielle Vorteile („Boni“) gewährt werden. Hieraus ergibt sich ein Wettbewerbsvorteil gegenüber den deutschen Apotheken.

In der Folge könnte es zu Abwanderungsprozessen bzw. zu nennenswerten Marktanteilsverlusten im Bereich der Rx-Arzneimittel an die EU-ausländischen Versandapotheken kommen. In der weiteren Folge könnte es hierdurch zur Bedrohung der wirtschaftlichen Existenz insbesondere kleinerer Apotheken in Deutschland kommen, wodurch die bestehende flächendeckende Apothekenversorgung gefährdet werden könnte. Vor diesem Hintergrund hat sich eine politische Debatte darüber entfaltet, inwieweit die Gefahr einer Beeinträchtigung des Versorgungssystems besteht und in welcher Weise der Gesetzgeber dieser Gefahr durch entsprechende Maßnahmen begegnen muss. Im Wesentlichen sind die politischen Lager derart geteilt, dass einerseits ein generelles Versandverbot für Rx-Arzneimittel gefordert wird, mit dem das EuGH-Urteil faktisch leer laufen würde und somit die Gefahr für die flächendeckende Apothekenversorgung abgewendet würde. Dem entgegen steht die politische Auffassung, dass der Versandhandel, der seit Jahren einen Marktanteil von rund 1 % am Rx-Markt hat, als Ergänzung zu den Vor-Ort-Apotheken eine wichtige Funktion für bestimmte, sehr spezielle Versorgungsfälle einnehme. Nicht zuletzt aus dem geringen Marktanteil wird auch geschlos-

<sup>1</sup> Vgl. EuGH, Urt. v. 19.10.2016, Deutsche Parkinson Vereinigung e. V., C-148/15.

sen, dass von dem Versandhandel auch in Zukunft keine Gefahr für die Vor-Ort-Apotheken ausgeht. Mit dieser Einschätzung gehen politische Forderungen einher, den Rx-Versandhandel weiterhin zuzulassen und dem EuGH-Urteil dadurch Rechnung zu tragen, dass auch deutschen Apotheken die Möglichkeit eingeräumt wird, in begrenztem Umfang Boni zu gewähren.

### 1.2 Untersuchungsziel

Aus der beschriebenen Sachlage heraus ergeben sich verschiedene rechtliche und ökonomische Fragen, die letztlich in die politische Frage nach einer angemessenen und gesellschaftlich wünschenswerten Reaktion des Gesetzgebers auf das EuGH-Urteil münden. Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es, diese nachfolgend genannten Fragen in der Weise zu beantworten, dass damit die Basis für eine rationale und faktenbasierte politische Entscheidungsfindung gegeben ist.

#### 1.2.1 Rechtliche Kernfragen

Das vorliegende Gutachten konzentriert sich auf die beiden hauptsächlich diskutierten Reaktionsalternativen für den deutschen Gesetzgeber:

- (1) Rx-Versandverbot mit Beibehaltung des Systems der einheitlichen Abgabepreise für Rx-Arzneimittel („*Versandverbots-Modell*“) oder
- (2) Zulassung eines Preiswettbewerbs bei Rx-Arzneimitteln innerhalb bestimmter Grenzen mit Beibehaltung des Versands von Rx-Arzneimitteln („*Boni-Modell*“).

Aus juristischer Sicht ergeben sich hinsichtlich dieser Alternativen vor allem die folgenden Fragen:

Zum *Versandverbots-Modell*:

Wäre das Rx-Versandverbot unter Beibehaltung des Systems der einheitlichen Abgabepreise für Rx-Arzneimittel mit der unionsrechtlichen Warenverkehrsfreiheit gemäß Art. 34 AEUV und mit den Grundrechten der betroffenen Betreiber von Versandapotheken (Art. 12 Abs. 1 GG im Falle inländischer Versandapothekenbetreiber, Art. 2 Abs. 1 GG im Falle ausländischer Versandapothekenbetreiber) vereinbar?

Zum *Boni-Modell*:

- a) Wäre die Einschränkung der Freiheit EU-ausländischer Versandapotheken zur Gewährung von Preisvorteilen über die vorgesehenen Boni-Grenzen hinaus mit der unionsrechtlichen Warenverkehrsfreiheit gemäß Art. 34 AEUV vereinbar?
- b) Würde der Staat im Lichte der unionsrechtlichen Verpflichtung zur Sicherstellung eines hohen Gesundheitsschutzniveaus gemäß Art. 168 Abs. 1 AEUV und der Gesundheitsgrundrechte gemäß Art. 3 und Art. 35 der Charta der Grundrechte der Europäischen Union (EUGRCh) als höchste primärrechtliche Pflichten<sup>2</sup> im Falle der Zulassung

---

2 Vgl. EuGH, Urt. v. 05.12.2013, *Venturini u. a.*, C-159/12 u. a. (Rn. 40 bis 42) unter Hinweis auf EuGH, Urt. v. 01.06. 2010, *Blanco Pérez und Chao Gómez*, C-570/07 und C-571/07, Slg. 2010, I-4629 (Rn. 63 und 65).

eines Preiswettbewerbs bei Rx-Arzneimitteln und einer daraus resultierenden Verdrängung von für die Flächendeckung erforderlichen Apotheken vom Markt seiner verfassungsrechtlichen Pflicht gemäß Art. 2 Abs. 1 GG zum Schutz der gesamten Bevölkerung vor dem Risiko der Erkrankung hinreichend gerecht?

Die Beantwortung dieser Rechtsfragen hängt im Kern wiederum von der Frage ab, ob einheitliche Rx-Abgabepreise geeignet sind, eine gleichmäßige und flächendeckende Arzneimittelversorgung sicherzustellen, und die zugrundeliegende Annahme, im Falle der Zulassung eines Preiswettbewerbs bei Rx-Arzneimitteln würden für die gleichmäßige und flächendeckende Versorgung erforderlichen Apotheken vom Markt verdrängt, durch wissenschaftliche Erkenntnisse untermauert ist. Denn der EuGH stützte seine Rechtsauffassung, die Festsetzung einheitlicher Abgabepreise für verschreibungspflichtige Humanarzneimittel in Deutschland verletze die Warenverkehrsfreiheit gemäß Art. 34 AEUV, auf das rein formale Argument, die Eignung einheitlicher Abgabepreise zur Gewährleistung einer flächendeckenden und gleichmäßigen Versorgung mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln in Deutschland zum Schutz der Gesundheit und des Lebens von Menschen im Sinne des Art. 36 AEUV sei in dem betreffenden Verfahren nicht durch statistische Daten oder andere Mittel objektiv „untermauert“ worden.<sup>3</sup> Der EuGH ergänzte – insoweit seinerseits spekulativ und ohne Berücksichtigung des in Deutschland bei der Versorgung von GKV-Versicherten geltenden Sachleistungsprinzips –, es liege vielmehr nahe, dass mehr Preiswettbewerb unter den Apotheken die gleichmäßige Versorgung mit Arzneimitteln fördern würde, weil dann „Apotheken in Gegenden mit einer geringeren Zahl an Apotheken höhere Preise verlangen könnten“.<sup>4</sup>

### 1.2.2 Ökonomische Kernfragen

Aus der ökonomischen Perspektive gilt es entsprechend, im Kern die Frage zu beantworten, ob eine Preisbindung für verschreibungspflichtige Arzneimittel, speziell auch in der Form der in Deutschland gültigen Arzneimittelpreisverordnung, ein geeignetes und ökonomisch angemessenes Instrument zur Sicherstellung der flächendeckenden Apothekenversorgung ist.

Im Lichte der durch das EuGH-Urteil ausgelösten gesundheitspolitischen Debatte ist konkret auch zu untersuchen, wie sich der Apothekenmarkt und insbesondere die flächendeckende Versorgung mit Arzneimitteln in Deutschland bei Fortbestand des Rx-Versandhandels und einer Aufweichung der Preisbindung entwickelt, und ob sich hieraus negative Folgen für die Versorgung der Patienten im Allgemeinen oder in bestimmten Regionen ergeben.

In Abhängigkeit dieser Fragen ist ökonomisch zu analysieren, welcher Regulierungsrahmen geeignet und angemessen ist, diesen Entwicklungen ggf. zu begegnen. Namentlich wird dabei auf ein Rx-Versandverbot i. V. m. der Preisbindung rezeptpflichtiger Arzneimittel auf der einen Seite und den politischen Gegenentwurf eines „sanften Preiswettbewerbs“ andererseits fokussiert.

<sup>3</sup> Vgl. EuGH, Urt. v. 19.10.2016, Deutsche Parkinson Vereinigung e. V., C-148/15 (Rn. 35 bis 37 und 46).

<sup>4</sup> Vgl. EuGH, Urt. v. 19.10.2016, C-148/15 (Rn. 38).

## 6 Wettbewerbsszenarien im Kontext der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion

Nach der vorstehenden wirtschafts- und wettbewerbstheoretischen Beschreibung und Analyse des Apothekenmarkts sowie insbesondere der Bedeutung der Preisbindung werden nachfolgend zunächst die tatsächlichen politischen Handlungsoptionen nach dem EuGH-Urteil identifiziert und dargestellt. Im zweiten Unterkapitel wird exemplarisch anhand des Szenarios „Sanfter Wettbewerb mit begrenzten Rabatten“ aufgezeigt, welche Folgen eine Aufweichung der Preisbindung in Verbindung mit einem Rx-Versandhandel für die wirtschaftliche Situation der Apotheken und in der Folge für die flächendeckende Versorgung mit Vor-Ort-Apotheken haben könnte.

### 6.1 Politische Handlungsoptionen nach dem EuGH-Urteil

#### Handlungsoption 1: Untätigkeit und Inländerdiskriminierung

Der deutsche Gesetzgeber könnte untätig bleiben. Die Folge wäre eine Diskriminierung der inländischen Apotheken gegenüber Versandapotheken mit Sitz im EU-Ausland. Letztere könnten in diesem Fall inländische Apotheken gezielt bei Preisen für einzelne Arzneimittel (sog. „Rosinenpicken“) unterbieten, die sie von den bei der Belieferung von Versandapotheken im EU-Ausland in der Konsequenz des Urteils des Europäischen Gerichtshofs vom 19.10.2016 auch nicht mehr gebundenen Herstellern unter den Preisen beziehen, die die Hersteller (Zulassungsinhaber) nach dem System der Preisbindung einheitlich von Großhandel und Apotheken in Deutschland verlangen.

Die aktuellen Äußerungen der Krankenkassen, ihres Spitzenverbandes Bund und von Versandapotheken zeigen,<sup>155</sup> dass Krankenkassen in diesem Fall mit Versandapotheken im EU-Ausland bezogen auf einzelne Arzneimittel Selektiv- und Exklusivverträge abschließen und so Druck auf ihre Versicherten ausüben können, diese Arzneimittel von Versandapotheken im EU-Ausland zu beziehen. Darüber hinaus zeigen aktuelle Studien (vgl. Kapitel 6.2.2.2), dass im Falle der Zulassung eines Preiswettbewerbs für einen relevanten Teil der Verbraucher auch bei Rx-Arzneimitteln der Preis zum maßgeblichen Entscheidungskriterium für den Versandweg wird.

#### Handlungsoption 2: Aufhebung der Preisbindung und des Sachleistungsprinzips

Der deutsche Gesetzgeber könnte als anderes Extrem auch in Deutschland die Preisbindung für Apotheken und zugleich das Sachleistungsprinzip abschaffen. Von diesem

155 Vgl. etwa GKV-Spitzenverband, Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.05.2017 zu den Anträgen der Fraktion Die Linke „Gute und wohnortnahe Arzneimittelversorgung“ und „Patientinnen und Patienten entlasten – Zuzahlungen bei Arzneimitteln abschaffen“ (Drucksachen 18/10561 und 18/12090), S. 5; „DocMorris: Kassen an der Angel“, Apotheke adhoc v. 28.10.2016. Vgl. ferner die Berichte „Landflucht: Erst der Arzt, dann der Apotheker?“, DAZ.online, 20.04.2015; „Statt Rx-Versandverbot: AOKen wollen mit Versandapotheken Boni-Verträge abschließen“, DAZ.online v. 21.12.2016; „Rabattverträge mit Apotheken statt Rx-Versandverbot“, DAZ.online vom 08.02.2017.

Szenario geht der Europäische Gerichtshof aus, der in seinem Urteil das in Deutschland geltende Sachleistungsprinzip außer Betracht gelassen hat.

Bei dieser Handlungsoption würde der Preiswettbewerb gegenüber der Situation, die sich aus Handlungsoption 1 ergibt, weiter verstärkt. Die GKV-Versicherten müssten wie bei ganz normalen Waren zunächst den Preis für die – häufig sehr teuren – Rx-Arzneimittel in voller Höhe selbst im Wege der Vorkasse in den Apotheken zahlen und später von der Krankenkasse eine Erstattung verlangen. Durch den Wegfall des Sachleistungsprinzips hätten die Patienten einen umso höheren Anreiz zum Bezug bei den billigsten Anbietern.

Die Abschaffung des Sachleistungsprinzips im Zuge der Einführung des Preiswettbewerbs brächte eine Vielzahl von GKV-Versicherten, insbesondere chronisch Erkrankte, in finanzielle Schwierigkeiten, weil sie mit der Vorfinanzierung teurer Rx-Arzneimittel überfordert wären. Es ist zu diskutieren, ob für die Apotheken ein hinreichender Ausgleich der Umsatzverluste durch erhöhte Preise bei den von ihnen noch versorgten Patienten ökonomisch durchsetzbar wäre. Dies wäre nur bei einer monopolistischen Marktmacht möglich, d. h. wenn für einen Großteil der Patienten Bezugsalternativen gänzlich fehlten. Dabei ist zu bedenken, dass auch Apotheken auf dem Land mit Versandapotheken und Apotheken im Umland konkurrieren. So vollzieht sich der Preiswettbewerb in dieser Handlungsoption der generellen Aufhebung der Preisbindung nicht nur zwischen Apotheken und dem Versandhandel, sondern auch im Wettbewerb der Vor-Ort-Apotheken untereinander. Diese Wettbewerbsdynamik nimmt im Zeitablauf durch steigende Preissensitivität und -elastizität der Verbraucher zu und wird, wie zurzeit bereits beobachtbar, durch offensive preisfokussierte Werbemaßnahmen angetrieben. Zumindest theoretisch kann es für eine individuelle Apotheke rational sein, sich in einen Wettbewerb und Preiskampf zu begeben, wenngleich dieser für die Apotheken kollektiv ruinös wirken kann.

### **Handlungsoption 3: „Sanfter Preiswettbewerb“ mit beschränkten Boni**

Bei der als (vermeintlich) moderater Mittelweg diskutierten dritten Variante eines „sanften Preiswettbewerbs“ mit beschränkten Boni würde der Preisnachlass, den Apotheken gewähren dürfen, auf einen gewissen Eurobetrag begrenzt. Im Raum stehen hier Beträge zwischen ein und zwei Euro.<sup>156</sup>

Hierbei ist nicht zuletzt zu bedenken, dass mit der Zulassung von Boni der Sinn und Zweck von Zuzahlungen unterlaufen würde. Diese erfüllen eine Anreiz- und Steuerungsfunktion, indem sie eine Preissensibilität und ein Kostenbewusstsein auf der Nachfrageseite (Arzt, Patient) schaffen, um so Moral-Hazard-Phänomenen und einem Free-Rider-Verhalten entgegen zu wirken. Darüber hinaus ist die bewirkte Preissensibi-

156 Vgl. „Vorschlag der SPD: Boni-Deckel für 2 Jahre, Versandhandel bleibt“, DAZ.online v. 16.02.2017; Monopolkommission, Achtzehntes Hauptgutachten 2008/2009 der Monopolkommission, BT-Drs. 17/2600, 22.07.2010, S. 20 (Rn. 8) und S. 59 (Rn. 45); „Monopolkommission: Rx-Boni: 5 Euro tun Apotheken nicht weh“, Apotheke adhoc vom 27.01.2017; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Gutachten 2014 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, BT-Drs. 18/1940, S. 120 bis 123; *Haucap/Coenen/Herr/Kuchinke*, Der deutsche Apothekenmarkt. Reformoptionen für eine effiziente und nachhaltige Versorgung, 2012, S. 60.

lität bedeutsam für die Funktionsfähigkeit des Wettbewerbs insbesondere im Generikamarkt. Die hier im GKV-Markt eingesetzten Regulierungsinstrumente (u. a. Festbeträge, Zuzahlungsbefreiungsgrenzen) nutzen und verstärken gezielt diesen Steuerungseffekt der Zuzahlung. Rx-Boni unterminieren diese Mechanismen und führen so zu mittelbaren und unmittelbaren Kosteneffekten. Im Übrigen ist es nicht systemkonsistent, dass bei erstattungsfähigen Rx-Arzneimitteln Boni und Rabatte dem einzelnen Versicherten anstatt den Kostenträgern zukommen. Allerdings kommt insoweit auch eine Kombination von Boni für Versicherte und Rabatten für Krankenkassen im Rahmen von Selektivverträgen in Betracht.<sup>157</sup>

Schließlich stünde, wie die Rechtsprechung auch schon festgestellt hat,<sup>158</sup> die grundsätzliche Beibehaltung der Preisbindung bei gleichzeitiger Zulassung beschränkter Boni ebenso wie eine strenge Preisbindung im Widerspruch zu dem Urteil des Europäischen Gerichtshofs. Versandapotheken mit Sitz in anderen EU-Staaten wären daher auch an die Grenzen für Boni nicht gebunden und könnten unbegrenzt Boni auch über 1 bis 2 Euro hinaus gewähren. Die Gründe, die den Europäischen Gerichtshof dazu bewegen haben, die Festpreisbindung für unionsrechtswidrig zu halten, gelten auch für eine „ge-lockerte“ Festpreisbindung. Im Ergebnis wäre daher ein „sanfter Preiswettbewerb“ mit beschränkten Boni gleichbedeutend mit der Untätigkeit des Gesetzgebers und der Diskriminierung der Apotheken vor Ort gegenüber Versandapotheken im EU-Ausland wie in Handlungsoption 1.

#### **Handlungsoption 4: Verbot des Rx-Versands zur Aufrechterhaltung der Preisbindung und flächendeckenden Apothekenversorgung**

Das Urteil des Europäischen Gerichtshofs belässt dem Gesetzgeber in Deutschland die Möglichkeit, den Versand von Rx-Arzneimitteln grundsätzlich zu verbieten, um damit das bisherige System der Preisbindung und flächendeckenden Apothekenversorgung aufrecht zu erhalten. Der Europäische Gerichtshof hat in seinem Urteil vom 11.12.2003 aufgezeigt, dass sowohl die Gefahren, die von einem Versandhandel mit Rx-Arzneimitteln bei der Versorgung im Einzelfall ausgehen, als auch die Gefahren, die sich aus einem Preiswettbewerb mit Rx-Arzneimitteln für die flächendeckende Versorgung ergeben, ein solches grundsätzliches Versandverbot für Rx-Arzneimittel rechtfertigen können.<sup>159</sup> Nach der Zulassung des Versandhandels mit Rx-Arzneimitteln hat sich die Realität der Gefahren des Versandhandels bei der Versorgung in vielen Fällen gezeigt, in denen Apotheken vor Ort bei Lieferverweigerungen durch Versandapotheken, bei von ihnen verlorenen Rezepten, etc. einspringen mussten, um Gesundheitsschäden bei den Patienten zu verhindern.<sup>160</sup> Ferner wird mit der vorliegenden Studie geprüft, ob der Versandhandel mit Rx-Arzneimitteln unter der neuen, vom Europäischen Gerichtshof mit seinem Urteil vom 19.10.2016 erzwungenen Preisfreiheit für Versandapotheken mit Sitz in anderen EU-Mitgliedstaaten die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung schädigt. Diese Prüfung ist umso mehr erforderlich, als in Deutschland – anders als in an-

157 Vgl. Apotheke adhoc (2016): DocMorris: Kassen an der Angel. Apotheke adhoc v. 28.10.2016.

158 Vgl. dazu LG Köln, Beschl. v. 22.03.2017–84 O 90/13; LG Frankfurt a. M., Urt. v. 05.04.2017–3–08 O 77/15. Vgl. auch LG München, Urt. v. 11.05.2017–17 HK O 22516/14.

159 Vgl. EuGH, Urt. v. 11.12.2003, Deutscher Apothekerverband, C-322/01, Slg. 2003, I-14887, Rn. 117 ff.

160 Vgl. die Nachweise bei *Detting*, Arzneimittelpreisregulierung und Arzneimittelversorgung, A&R 2016, 251 ff. Vgl. ferner die weiteren Beispiele in dem Bericht „Ring-Apotheke: Notnagel für DocMorris“, Apotheke adhoc v. 22.05.2017.

deren Mitgliedstaaten der EU<sup>161</sup> – Niederlassungsbeschränkungen als Instrument zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts ausgeschlossen sind und daher dem Gesetzgeber in Deutschland nicht zur Verfügung stehen.<sup>162</sup>

## 6.2 Ökonomische Untersuchung der praktischen Auswirkungen eines Preiswettbewerbs auf das flächendeckende Apothekennetz

Nachfolgend wird exemplarisch für die politische Handlungsoption „*Sanfter Preiswettbewerb*“ mit *beschränkten Boni* anhand eines ökonomischen Modells berechnet, wie sich die wirtschaftliche Situation der Apotheken respektive verschiedener Apothekentypen infolgedessen verändert. Hieraus werden Ableitungen im Hinblick auf die regionale Verteilung der Apotheken im Raum gezogen. Die verwendete Handlungsoption „*Sanfter Preiswettbewerb*“ wurde deshalb ausgewählt, weil sie zwischen den Extremen eines freien Preiswettbewerbs und einer Preisbindung mit Versandverbot liegt und daher in der aktuellen gesundheitspolitischen Debatte von den Gegnern eines Versandverbots als gemäßigte Alternative angesehen wird.

### 6.2.1 Methodisches Vorgehen

Um die komplexen Zusammenhänge zwischen den wettbewerblichen Effekten eines begrenzten Preiswettbewerbs, die betriebswirtschaftlichen Auswirkungen auf verschiedene Apothekentypen und letztlich die Auswirkungen auf die regionale Apothekenversorgung zu untersuchen, wird ein modular aufgebautes Untersuchungsmodell gewählt.

Im ersten Modul (Kapitel 6.2.2) werden die zu erwartenden Marktentwicklungen, insbesondere die zu erwartenden Versandhandelsanteile im Markt der verschreibungspflichtigen Arzneimittel in drei verschiedenen Zukunftsszenarien prognostiziert. Dabei unterscheiden sich die Szenarien hinsichtlich der gesellschaftlich-politischen sowie verbraucherseitigen Rahmenbedingungen, die den Versandhandel mehr oder weniger begünstigen.

Das zweite Modul (Kapitel 6.2.3) besteht aus einer Analyse der gegebenen betriebswirtschaftlichen Situation der deutschen Apotheken, wobei ein besonderes Augenmerk auf die Gewinnsituation unterschiedlicher Apotheken nach Größenklassen gelegt wird.

Das dritte Modul (Kapitel 6.2.4), die eigentliche Modellrechnung, kombiniert die Zukunftsszenarien zum Versandhandelsanteil mit den Ergebnissen der betriebswirtschaftlichen Analyse, um konkret die Auswirkungen des Versandhandels auf die Rentabilität verschiedener Apothekentypen aufzuzeigen. Hierbei wird der Fokus speziell auch auf „Solitärapotheken“ gelegt, die aufgrund ihrer regionalen Lage für das flächendeckende Apothekennetz besonders wichtig sind, weil mit ihrem Wegfall unmittelbar die Entste-

161 Vgl. dazu etwa EuGH, Urt. v. 05.12.2013, Venturini u. a., C-159/12 u. a.

162 Vgl. BVerfGE 7, 377 ff.

## 7 Ergebnisse und Ausblick

Im Folgenden werden die Kernergebnisse der vorgenommenen einzelnen Untersuchungsschritte aus den Kapiteln 2 bis 6 kurz dargestellt und in den Gesamtkontext der eingangs formulierten Fragestellung eingeordnet. Abschließend wird ein Ausblick aus gesundheitsökonomischer Perspektive formuliert.

### 7.1 Einzelergebnisse und Fazit der Untersuchung

Im *Kapitel 2* wurde dargelegt, dass Gesundheit als eines der höchsten Güter für den einzelnen Menschen zugleich ein Staatsziel von hohem Rang ist. Daraus ist unmittelbar der besondere Stellenwert der Arzneimittelversorgung als fundamentale Säule der Gesundheitsversorgung ableitbar.

In *Kapitel 3* wurde, ausgehend von den spezifischen Eigenschaften des Guts Arzneimittel, die zentrale Beratungs- und Beschaffungsfunktion der Apotheke abgeleitet. Diese Funktion gründet allen voran auf die positiven wie negativen Externen Effekte, die mit der Anwendung oder auch Fehlanwendung von Arzneimitteln einhergehen sowie auf das Gemeinwohlinteresse, medizinisch und ökonomisch negative Folgen zu minimieren. In Zusammenhang mit dem zusätzlich gegebenen arzneimitteltypischen Spezifikum der Informationsasymmetrien zwischen Patienten und Heilberuflern ist überdies eine individuelle Zahlungsbereitschaft des Einzelnen für pharmazeutische Beratung zu erkennen, die unterhalb des sozialen Werts dieser Dienstleistung liegt. Demzufolge bringt der Wettbewerbsmechanismus eines freien Marktes Preise hervor, die die Bereitstellung der pharmazeutischen Dienstleistung nicht in der sozial gewünschten Qualität und Quantität sichern. Anders ausgedrückt, wird in einem unregulierten Markt die Dienstleistungsfunktion der Apotheken nicht in dem im Gemeinwohlinteresse gewünschten Umfang in Anspruch genommen.

In *Kapitel 4* wird vor diesem Hintergrund der Frage nachgegangen, ob es der Vor-Ort-Apotheke bedarf, die pharmazeutische Dienstleistung in der erforderlichen Qualität zu erbringen. Diesbezüglich wurde gezeigt, dass wichtige Parameter der Versorgungsqualität unmittelbar an dem niederschweligen Zugang zu einer persönlichen Face-to-Face-Beratung anknüpfen. Diese Bedingung kann nur durch Vor-Ort-Apotheken erfüllt werden. Die persönliche pharmazeutische Betreuung ist qualitativ nicht gleichwertig durch Automatisierung und Digitalisierung ersetzbar. Sodann wurde dargelegt, dass die pharmazeutische Dienstleistung durch Vor-Ort-Apotheken auch in dem Sinne kosteneffektiv ist, dass sie Folgekosten durch die Fehlanwendung von Arzneimitteln, nicht zuletzt durch Non-Compliance, reduziert.

In *Kapitel 5* konnte, aufbauend auf den Kapiteln 3 und 4, davon ausgegangen werden, dass die Beratungs- und Logistikkfunktion von Vor-Ort-Apotheken prinzipiell im Gemeinwohlinteresse liegt. Im Hinblick auf die flächendeckende Präsenz von Apotheken wird allerdings das Problem identifiziert, dass sich aus der in Kapitel 3 beschriebenen individuellen mangelnden Zahlungsbereitschaft für pharmazeutische Beratung auf makroökonomischer Ebene das Problem einer nicht flächendeckenden Versorgung mit Apotheken ergeben kann. Die Institution der Apothekenversorgung erfüllt in diesem

Sinne die Kriterien eines Öffentlichen Guts, das im Gemeinwohlinteresse mithilfe regulierender Eingriffe bereitgestellt werden sollte. Im Vergleich zu einem staatlichen Apothekensystem oder einer direkten Subventionierung existenzbedrohter Apotheken erweist sich eine Preisbindung, die den Arzneimittelpreis einschließlich der Apothekenhonorierung umfasst, als marktnähere und effiziente Lösung.

In Kapitel 6 werden die überwiegend auf theoretischen Überlegungen beruhenden Erkenntnisse der vorangegangenen Untersuchung mit Hilfe einer empirisch basierten Modellrechnung und anhand betriebswirtschaftlicher Analysen der Apotheken in Deutschland überprüft. Gegenstand dieser Modellrechnung respektive eines Prognosemodells zur Entwicklung des Apothekenmarkts ist die politische Handlungsoption eines „*sanften Preiswettbewerbs*“ mit *begrenzten Boni*. Im Ergebnis zeigen die Berechnungen, dass eine Öffnung des Preiswettbewerbs im Apothekenmarkt in Verbindung mit dem Rx-Versandhandel eine Marktdynamik entfaltet, die zahlreiche Vor-Ort-Apotheken, nicht zuletzt solche mit einer regionalen Alleinstellung („Solitärapotheken“) existenziell bedroht und die flächendeckende Apothekenversorgung in Deutschland gefährdet.

Zurückblickend auf die Ausgangsfrage dieser Untersuchung ist somit auf Basis theoretischer und praktisch-ökonomischer Analysen festzustellen: Die Preisbindung und die durch sie bewirkten einheitlichen Apothekenabgabepreise für verschreibungspflichtige Arzneimittel in Deutschland sind ein geeignetes und ökonomisch angemessenes Instrument zur Sicherstellung der gleichmäßigen und flächendeckenden Arzneimittelversorgung der Bevölkerung. Im Falle der Zulassung eines Preiswettbewerbs bei Rx-Arzneimitteln würden zahlreiche, für die gleichmäßige und flächendeckende Versorgung erforderliche Apotheken vom Markt verdrängt. Dies gilt auch im Falle eines beschränkten („sanften“) Preiswettbewerbs. Die flächendeckende Versorgung wäre damit nicht mehr gewährleistet. Um dem Instrument der Preisbindung für verschreibungspflichtige Arzneimittel tatsächlich Geltung zu verschaffen, bleibt als politische Handlungsoption nach dem EuGH-Urteil vom 19.10.2016 kurzfristig nur ein Verbot des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln.

## 7.2 Ausblick

Perspektivisch ist es aus gesundheitsökonomischer Sicht angeraten, den niederschweligen Versorgungszugang in den Apotheken noch breiter und intensiver zu nutzen, um den Effizienzgrad der Arzneimitteltherapie zu steigern und die Apotheken verstärkt zur Entlastung des ambulanten Versorgungssystems zu nutzen. Eine Gefährdung der flächendeckenden Apothekenversorgung durch den Versandhandel und die Aufhebung der Preisbindung für verschreibungspflichtige Arzneimittel würde diesem zukunftsorientierten Bestreben zuwider laufen. Diese Feststellung gilt nicht nur im Hinblick auf die versorgungsrelevanten Solitärapotheken oder andere, durch den Rx-Versandhandel unmittelbar in ihrer Existenz gefährdete Apotheken, sondern betrifft auch eine Vielzahl weiterer Offizinen, die ihre Dienstleistungs- und Beratungspotentiale durch den wettbewerblich induzierten Abbau pharmazeutischen Personals z. T. einbüßen würden.