

1 Einführung

Dr. Thomas Müller-Bohn

Die offenen Fragen der Apothekenhonorierung

1

Selbstständige Apotheker sind seit jeher Heilberufler, die zugleich ein kaufmännisches Gewerbe ausüben. Denn der Handel mit Arzneimitteln ist ein wesentlicher Teil ihres Auftrags zur Versorgung der Bevölkerung. Die Preisbildung dieser Arzneimittel und damit die Einkünfte der Apotheker werden seit Jahrhunderten geregelt. Damit werden die Patienten vor überteuerten Arzneimitteln geschützt und zugleich die Einnahmen der Apotheker gesichert, damit sie ihre Berufspflichten erfüllen und ihren Versorgungsauftrag wahrnehmen können. Diese Schutzziele erfordern sowohl Regelungen zur Höhe der Arzneimittelpreise als auch die Einheitlichkeit dieser Preise. Denn Preiswettbewerb würde zu unterschiedlichen Angeboten führen und widerspricht damit dem angestrebten einheitlichen Versorgungsniveau. Außerdem sollen die Patienten nicht nach dem günstigsten Angebot suchen müssen.

In Deutschland sichert die Arzneimittelpreisverordnung diese Rahmenbedingungen. Sie enthält in ihrer derzeitigen Form Apothekenaufschläge auf die Einkaufspreise verschreibungspflichtiger Fertigarzneimittel, Regelungen für die Preise von Rezepturarmitteln, die in Apotheken hergestellt werden, Gebühren für Betäubungsmittelrezepte und T-Rezepte (über Arzneimittel mit Thalidomid oder ähnlichen Wirkstoffen) und Regelungen zur Notdienstfinanzierung. Außerdem werden dort die Aufschläge des pharmazeutischen Großhandels geregelt.

Die Honorierung von Arzneimitteln erfolgte über sehr lange Zeit abhängig vom Preis der Arzneimittel in ähnlicher Weise, wie auch andere Händler ihre Preise kalkulieren. Seit den 1990er Jahren nahmen jedoch die Zahl innovativer, hochpreisiger Arzneimittel und die Zahl extrem niedrigpreisiger Generika so sehr zu, dass prozentuale Aufschläge kein angemessenes Entgelt für die Leistungen der Apotheker mehr darstellen. Denn die heilberuflichen Leistungen sind vom Preis eines Arzneimittels weitgehend unabhängig. Daher wurde im Jahr 2004 die Arzneimittelpreisverordnung erheblich verändert und eine neue Preisbildung für verschreibungspflichtige (Rx) Fertigarzneimittel eingeführt, die als Kombimodell bezeichnet wird. Dabei erfolgt der größte Teil der Honorierung über einen Festzuschlag, der zunächst 8,10 Euro (für Verordnungen zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung abzüglich des gesetzlichen Kassenabschlags) betrug. Hinzu kommt ein vergleichsweise geringer preisabhängiger Aufschlag von 3 Prozent des Einkaufspreises.

Neben weiteren erheblichen Änderungen im Apothekenwesen (Einführung der Arzneimittelversandhandels und der Apothekenfilialen) wurde 2004 außerdem die Preisbindung für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel abgeschafft. Diese gehören seitdem im Regelfall auch nicht mehr zum Leistungskatalog der GKV (mit Ausnahmen für Kinder und ausgewählte Arzneimittel bei bestimmten Erkrankungen). Daher honoriert die Gesellschaft die Apotheken nur noch über die verschreibungspflichtigen Arzneimittel für die Erfüllung ihres Versorgungsauftrags.

Doch liegt es in der Natur jedes festen Honorars, dass dies im Laufe der Zeit an gestiegene Kosten, neue Anforderungen und sonstige veränderte Bedingungen angepasst werden muss. Der Festzuschlag für verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel wurde allerdings seit 2004 bis zum Erscheinen dieses Buches nur einmal zum 1. Januar 2013 von 8,10 Euro um 25 Cent auf 8,35 Euro erhöht. Die Apotheker kritisierten damals, dass sie mit so geringen Steigerungen dauerhaft auf dem wirtschaftlichen Niveau von 2002 eingefroren würden. Denn 2002 ist das Bezugsjahr, von dem der ab 2004 geltende Festzuschlag abgeleitet wurde. Daher ist die für die Anpassung von 2013 angewendete Methode umstritten und die Apotheker fordern immer wieder eine regelmäßige und zuverlässige Anpassung, die ein Mindestmaß an Planungssicherheit und Zukunftsperspektiven bietet. Zu der Frage nach einer angemessenen Methode kommt eine vermutlich noch viel größere psychologische und politische Schwierigkeit. Denn über viele Jahrzehnte hatten die Apotheken von steigenden Arzneimittelpreisen profitiert. Da ihre Honorierung an die Arzneimittelpreise gekoppelt war, haben sie an steigenden Arzneimittelpreisen und Innovationen der Pharmaindustrie stets mitverdient. Es war daher über Jahrzehnte Aufgabe der Politik, die Apothekenvergütung zu begrenzen. Es ging damals darum, den Apothekern „etwas wegzunehmen“, damit die Solidargemeinschaft spart. Doch der Automatismus steigender Apothekeneinnahmen wurde mit dem Kombimodell durchbrochen. Dies ist nicht verwunderlich, sondern das war ein Ziel dieser Reform. Doch dabei wird die nötige Konsequenz bis heute noch oft übersehen. Früher bestand die Frage, wie viel man den Apotheken wegnehmen kann, ohne das System zu gefährden. Doch heute stellt sich die Frage, wie viel man den Apotheken geben muss, damit das System zukunftsfähig ist. Es geht also jetzt um zusätzliche Einnahmen für Apotheker, so wie dies beispielsweise bei Ärzten regelmäßig selbstverständlich ist. Da jedoch die alte Haltung gegenüber den Apothekern tief im kollektiven Bewusstsein der Akteure im Gesundheitswesen verwurzelt ist, fällt dieses Umdenken noch immer schwer. Darum gibt es bis heute keine geregelte Anpassungsmethode für den Festzuschlag auf verschreibungspflichtige Arzneimittel.

Da die Zahl der Apotheken seit 2008 sinkt und der demografische Wandel seitdem zunehmend ins gesellschaftliche Bewusstsein getreten ist, wird außerdem diskutiert, wie die flächendeckende Versorgung mit Arzneimitteln langfristig gewährleistet werden kann. Dazu gehört die Frage, wie mit einer geeigneten Honorierung der Bestand der Apotheken in der Fläche gesichert werden kann. Hinzu kommt das zunehmende Interesse an patientenorientierten Betreuungsleistungen durch Apotheker. In der Neufassung der Apothekenbetriebsordnung von 2012 wurde erstmals der Begriff „Medikationsmanagement“ beschrieben, aber die Vorstellungen zur Honorierung solcher Leistungen sind bisher vage geblieben. Damit ergeben sich weitere Fragen zur Apothekenhonorierung, die bis heute nicht beantwortet wurden. Letztlich geht es dabei um die Zukunftsfähigkeit des Apothekensystems.

Angesichts dieser offenen Fragen wurde im Jahr 2015 im Bundeswirtschaftsministerium, das für die Arzneimittelpreisverordnung zuständig ist, entschieden, ein Gutachten

zur Apothekenhonorierung auszuschreiben. In diesem Gutachten zur „Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) geregelten Preise“ sollte es um alle Inhalte der Arzneimittelpreisverordnung, also auch, aber längst nicht nur um die Aufschläge auf verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel gehen. Der Auftrag wurde 2016 an die Agentur 2HM erteilt. Dabei irritierte der angestrebte Veröffentlichungstermin im September 2017. Denn am Ende der Legislaturperiode wäre keine Zeit mehr für die Umsetzung der Ergebnisse. Viele Apotheker betrachteten das Gutachten als Maßnahme zum Hinhalten der Apotheker. Denn während der Bearbeitung des Gutachtens wurden grundsätzliche politische Diskussionen über die Apothekenhonorierung mit dem Hinweis auf das zu erwartende Gutachten abgeblockt. Es gab allerdings Veränderungen in Details der Honorierung, um Probleme zu beheben, die auch ohne ein Gutachten offensichtlich waren. Im Mai 2017 wurden die Tarife für Rezepturarzneimittel erhöht. Außerdem wurden die Gebühren für Betäubungsmittel erhöht und solche Gebühren auch für T-Rezepte eingeführt. Das finanzielle Volumen dieser Spezialregelungen ist jedoch für die Entwicklung des Versorgungssystems nicht bedeutsam.

Insgesamt stieg die Aufmerksamkeit für den Themenbereich der Apothekenhonorierung während der Arbeit am Gutachten deutlich. Zudem urteilte der Europäische Gerichtshof am 19. Oktober 2016, dass ausländische Versandapotheken nicht an die deutsche Arzneimittelpreisverordnung gebunden sind, obwohl dies nach deutschem Recht bis dahin vorgesehen war. Diese Entscheidung hebt die Arzneimittelpreisbindung aus und bedroht damit die einzige tragende Finanzierungsgrundlage für das deutsche Apothekensystem. Denn nur wenn die vorgesehenen Arzneimittelpreise tatsächlich gezahlt werden und bei den Apotheken ankommen, ist die Finanzierung ihrer Arbeit gesichert. Die spontane Reaktion der ABDA (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände) und des damaligen Bundesgesundheitsministers Hermann Gröhe war, den Versand mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln verbieten zu wollen, um so die Preisbindung zu sichern. Doch gab und gibt es auch Forderungen, mit einem veränderten Honorarsystem auf das Urteil zu reagieren. Das zentrale Problem dabei ist, dass nach der Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs die ausländischen Versender an keinerlei inländische Preisvorschriften gebunden sind. Möglicherweise kann jedoch eine Verknüpfung aus dem Versandverbot für verschreibungspflichtige Arzneimittel und einer veränderten Honorierung zusätzliche Stabilität für das System bringen. Auf jeden Fall sorgt das Urteil seither für zunehmendes Interesse an der Apothekenhonorierung.

Für weitere Aufmerksamkeit bei den Apothekern sorgte eine Internetumfrage der Agentur 2HM Anfang 2017. Darin wurden tausende Apotheken nach zahlreichen Details des Apothekenbetriebs befragt. Doch einige Fragen wirkten irritierend. Denn Durchschnittsangaben für den Zeitbedarf einzelner Schritte von Herstellungsabläufen in der Apotheke im Nachhinein zu schätzen, verspricht keine zuverlässigen Ergebnisse. Es erscheint unrealistisch, solche Vorgänge nach Monaten noch genau einschätzen und dabei einen Durchschnitt für unterschiedliche Abläufe bilden zu wollen. Für wissenschaftliche Arbeiten werden solche Daten daher sonst prospektiv erhoben. Außerdem erschien erstaunlich, wie differenziert nach seltenen Herstellungsabläufen gefragt wurde, während nach viel häufigeren Arbeiten in Apotheken kaum oder gar nicht gefragt wurde. Die Neugierde auf das Gutachten wuchs. Doch das Gutachten wurde erst am 21. Dezember 2017 veröffentlicht. Kurz davor kursierten bereits Vor-Versionen. Was dann geschah, ist das Thema dieses Buches. Dabei geht es sowohl rückblickend um die Kritik am Gut-

achten als auch vorausschauend um die konstruktive Arbeit an der Apothekenhonorierung.

Den Hauptteil des Buches bilden einige umfassende Analysen, die über die Tagesaktualität hinaus für die Diskussion über die Apothekenhonorierung relevant erscheinen. Diese Beiträge sind in der Deutschen Apotheker Zeitung und bei DAZ.online erschienen, einige wurden erweitert oder ergänzt. ▶Kap.2 enthält die Kritik am Gutachten. Dabei erweist sich der Versorgungsauftrag der Apotheken als Schlüssel sowohl für diese Kritik als auch für neue Wege zur Apothekenhonorierung. Daher wird im ▶Kap.3 der Versorgungsauftrag dargestellt. Schließlich enthält ▶Kap.4 konstruktive Vorschläge für eine zukunftsweisende Apothekenhonorierung. Den Kapiteln 2 bis 4 ist jeweils ein kurzer Begleittext des Herausgebers vorangestellt (▶Kap.2.1, 3.1, 4.1), der den Zusammenhang zwischen den Beiträgen des Kapitels darstellt. Kurz gesagt lassen sich die Ziele der Kapitel 2 bis 4 so beschreiben: Es soll gezeigt werden, warum es nicht so geht, wie es das Gutachten vorsieht, und es soll gezeigt werden, wie es besser geht.

Ergänzend dazu werden im ▶Anhang1 einige Beiträge aufgelistet, in denen zwischen 2012 und 2015 in der Deutschen Apotheker Zeitung grundsätzliche Fragen der Apothekenhonorierung betrachtet wurden. Der ▶Anhang2 zeichnet die Entwicklung im Zusammenhang mit dem Honorargutachten und die jüngere Diskussion um die Apothekenhonorierung anhand von Meldungen aus der Deutschen Apotheker Zeitung und aus DAZ.online nach. Diese Zusammenstellung beginnt im September 2015, als der Plan zur Ausschreibung eines Honorargutachtens bekannt wurde, und endet im Juni 2018 mit dem Redaktionsschluss dieses Buchs.

I. Das Konzept des Honorargutachtens: Packungsdurchschnittsaufwandsbezogene Vergütung für Rx-Arzneimittel

1. Anspruch des Gutachtens: Erstellung eines „allgemein anerkannten theoretischen Konzepts“

Das Honorargutachten betont insoweit zunächst zu Recht die Notwendigkeit eines Konzepts als Grundlage der Preisregelungen. Dieser Ansatz stimmt überein mit der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs (EuGH), nach der die Geeignetheit einer Maßnahme zur Erreichung eines zulässigen Ziels voraussetzt, dass sie wirklich den Zielen dient, mit denen sie gerechtfertigt werden kann, und die in ihr enthaltene Beschränkung nicht außer Verhältnis zu diesen Zielen steht², sie also tatsächlich dem Anliegen gerecht wird, das angestrebte Ziel in kohärenter und systematischer Weise zu erreichen³.

Das Honorargutachten stellt auch zu Recht fest, dass die Gesetze die Grundlage für das Konzept bilden müssen. Das Gutachten will den gesetzlichen Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft zur Regelung der Arzneimittelpreise gemäß § 78 AMG und hier konkretisieren, wie i. S. d. § 78 Abs. 2 AMG den berechtigten Interessen der Apotheken, der Arzneimittelverbraucher und der Arzneimittelgroßhändler im Rahmen der Preissetzung nach § 78 AMG gerecht zu werden ist. Darüber hinaus sollen bisherige Berechnungskonzepte und -argumente einbezogen und Annahmen nachvollziehbar erläutert werden. Das Gutachten nimmt insoweit für sich in Anspruch, diese Aufgabe in seinem theoretischen Teil zu erfüllen⁴.

2. Gedankenführung des Gutachtens

Die Erstellung eines „allgemein anerkannten theoretischen Konzepts“ bildet denn auch den ersten Hauptteil des Gutachtens (Abschnitt B). Im zweiten Hauptteil erfolgt die Erstellung einer aktualisierbaren Datengrundlage zur Anwendung dieses Konzepts (Abschnitt C)⁵.

In seinem ersten Hauptteil befasst sich das Honorargutachten zunächst mit den gesetzlichen Grundlagen und prüft insoweit fünf Aspekte, aus denen sich nach seiner Auffassung das „allgemein anerkannte theoretische Konzept“ für die Arzneimittelpreisregulierung ergeben soll⁶:

- flächendeckende Versorgung,
- wirtschaftliche Betriebsführung,
- Zuordnung von Kosten zu Rx- und Non-Rx,
- kalkulatorischer Unternehmerlohn,
- Berücksichtigung von Rabatten.

3. „Festlegung 6“: Konzept der packungsdurchschnittsaufwandsbezogenen Rx-Vergütung

Obwohl das Gutachten selbst darauf hinweist, dass eine eindeutige Zuordnung von Kosten zu verschreibungspflichtigen Arzneimitteln („Rx“), nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln („Non-Rx“), Ergänzungssortiment sowie Dienstleistungen und damit verbundenen Aufwänden rechnerisch unmöglich ist⁷, dass sich wirtschaftliche Betriebsführung und die Wirtschaftlichkeit der Apotheke auf das Umsatz-Kosten-Verhältnis der gesamten Apotheke unabhängig davon bezieht, ob es um die Abgabe von Rx- oder Non-Rx-Arzneimittel und Ergänzungssortiment geht, und dass die Apotheke „in Bezug

4.2 Wie anpassen?

Dr. Thomas Müller-Bohn

Dieser Beitrag ist in der Deutschen Apotheker Zeitung 2015, 155. Jahrgang, Nr. 46, S. 4640–4645 erschienen. Zur weiteren Erläuterung des Inhalts dient der Text im ►Kap. 4.3.

Die Methode zur Anpassung des Festzuschlags hat sich zur entscheidenden Frage für die Zukunft der Apothekenhonorierung entwickelt. Auch das dafür maßgebliche Bundeswirtschaftsministerium hat dies offenbar erkannt und eine Studie über Änderungen der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) ausgeschrieben. (Anmerkung des Herausgebers: Der Beitrag stammt aus dem Jahr 2015, als das Honorargutachten ausgeschrieben wurde.) Doch welche Möglichkeiten bieten sich überhaupt? Was kann ein solche Studie leisten? Und wie kann eine sinnvolle Methode aussehen?

Das Wirtschaftsministerium hat als Ziel der Studie festgelegt, ein allgemein anerkanntes theoretisches Konzept „zur Prüfung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes der Änderung aller in der AMPreisV geregelten Preise und Preiszuschläge für verschreibungspflichtige Arzneimittel“ zu entwickeln. Das Konzept soll aus „Datengrundlage, Berechnungs-, Simulations- und Analysemethoden“ bestehen. Außerdem sollen die wirtschaftlichen Auswirkungen abgeschätzt werden.

Aufgabenstellung

Wenn bei der Formulierung der Ausschreibung kein Versehen stattgefunden hat, betreffe die Studie auch verschreibungspflichtige Rezeptur Arzneimittel. Dies wirft die Frage auf, ob das Ministerium die Preisbildung für Rezepturen neu regeln will und ob demnächst nicht verschreibungspflichtige Rezeptur Arzneimittel von der AMPreisV ausgenommen werden sollen. Für diese Änderungen wäre die Zustimmung des Bundesrates erforderlich. Das Hauptaugenmerk wird sich auf die viel häufigeren Fertigarzneimittel richten.

Die Apotheker werden darauf achten müssen, dass das zu entwickelnde Konzept die Neutralität gegenüber anderen Honorarbestandteilen der Apotheken wahrt. Wechselwirkungen der Anpassungsmethode mit der Honorierung für Rezeptur Arzneimittel, mit dem Nachdienstfonds und mit anderen Einnahmen müssen ausgeschlossen sein. Dies ist insbesondere nötig, damit neue Honorare für das Medikationsmanagement und andere neue patientenorientierte Leistungen eingeführt werden können. Das Konzept darf ARMIN und mögliche Nachfolgeprojekte nicht konterkarieren, weder in Studien noch in der Regelversorgung. Die dort erzielten Einnahmen müssen neue Leistungen honorieren und dürfen nicht zur Deckung künftiger Defizite in der Distribution und im klassischen Beratungsalltag dienen.

Ansätze zur Honoraranpassung

Außerdem ist zu fragen, ob eine so umfangreiche Untersuchung wirklich nötig ist oder ob es ihr eigentlicher Zweck ist, die Anpassung in die nächste Legislaturperiode zu verschieben. (Anmerkung des Herausgebers: Gemeint ist das Verschieben der Entscheidung in die Zeit nach 2017. Die Anpassung des Festzuschlags erschien demnach schon 2015 als drängend.) Auch ohne eine Studie lassen sich aus Erfahrungen und theoretischen Überlegungen viele Erkenntnisse gewinnen, wie hier gezeigt werden soll. Die folgenden sechs Ansätze sollen näher betrachtet werden:

- Inflationsausgleich,
- Weiterentwicklung der zuletzt verwendeten Anpassungsmethode,
- Anpassung aufgrund einer differenzierten Betrachtung der Kosten,
- Anpassung anhand von Indikatoren,
- Budgetierung,
- Gebührenordnung.

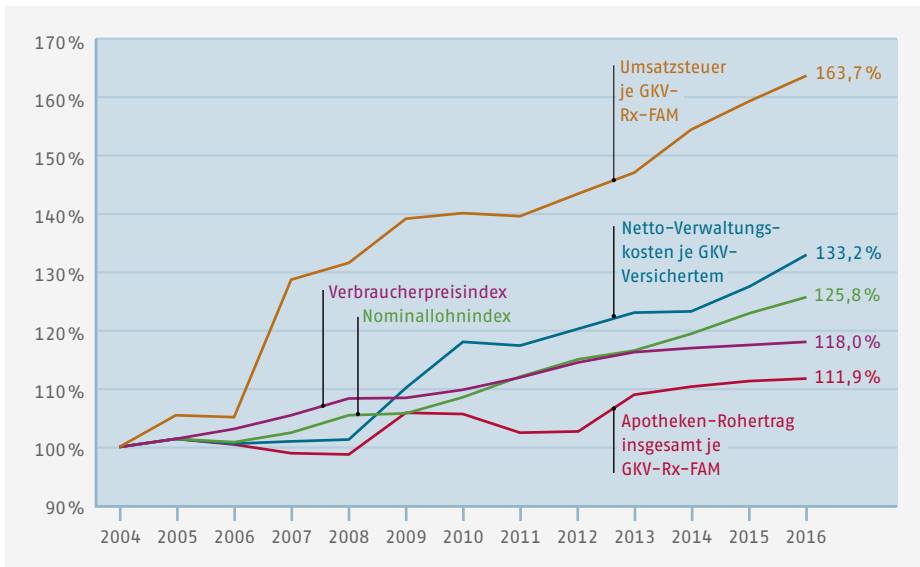
Politisch heikel: Inflationsausgleich

Da die zentrale Aufgabe in der Anpassung eines Festzuschlags besteht, liegt es auf den ersten Blick nahe, diesen Betrag um die Preisentwicklung zu korrigieren. Da der Betrag die packungsbezogene Arbeit honorieren soll, erscheinen Änderungen der Packungszahl irrelevant, denn bei jeder Packung soll die Arbeit gerecht bezahlt werden. Beim Deutschen Apothekertag 2015 in Düsseldorf mahnte jedoch Claudia Korf, ABDA-Geschäftsführerin Wirtschaft und Soziales, inflationsabhängige Anpassungen seien bei sehr niedriger und sehr hoher Inflation nicht praktikabel. Insbesondere vermeide die Politik inflationsabhängige Regelungen, weil diese eine beginnende Preissteigerung über Zweitrundeneffekte anheizen würden. Eine gesetzlich induzierte Inflation ist politisch unhaltbar. Daher gibt es solche Regelungen auch in anderen Politikbereichen nicht. Weit verbreitet sind dagegen Verhandlungen, die sich ansatzweise an der Preisentwicklung orientieren. Solche Verhandlungen kann es nur in der Selbstverwaltung oder zwischen Tarifpartnern geben, aber hier geht es um die Entscheidung eines Ministeriums mit gesetzlichem Auftrag – und mit dem Verordnungsgeber schließt man keine Verträge.

Erfassung der Kosten

Auch die Ermächtigung zur Änderung des Festzuschlags gemäß § 78 Abs. 1 AMG verweist nicht auf die allgemeine Preisentwicklung, sondern auf die „Kostenentwicklung der Apotheken bei wirtschaftlicher Betriebsführung“. Doch welche Kostendaten sollen dazu benutzt werden? – Dazu sind zwei grundverschiedene Ansätze vorstellbar. Erstens können in einem Bottom-up-Ansatz zahlreiche Kostenstellen für die verschiedensten Aufgaben in Apotheken einzeln erhoben und anschließend in einer Kostenträgerrechnung zusammengefasst werden. Um Änderungen abzubilden, muss dann bei jeder Kostenstelle ermittelt werden, wie oft diese vorkommt und welche Kosten ein solcher Fall durchschnittlich verursacht. Zweitens können die tatsächlich anfallenden Kosten insgesamt betrachtet und nötigenfalls nach einem Top-down-Ansatz auf verschiedene Tätigkeitsbereiche der Apotheke verteilt werden.

Der erste Ansatz ist nie verfolgt worden, weil eine grundlegende Voraussetzung dafür fehlt. Es gibt keine detaillierte Definition, welche Leistungen mit dem Festzuschlag abgegolten werden. Denn dieser ist ein pauschales Entgelt für die Erfüllung des Versorgungsauftrags, dessen Inhalte ebenfalls nicht abschließend definiert sind. Wenn die zu leistenden Aufgaben abschließend definiert würden, sollten die Apotheken jede im Einzelfall darüber hinaus gehende Tätigkeit verweigern können, oder es müsste dafür eine gesonderte Honorierung geschaffen werden. Dies wäre das Ende des Versorgungsauftrags in seiner bewährten Form und kann weder im Interesse der Politik noch der Kostenträger sein. Dies alles spricht für den zweiten Ansatz der Gesamtkostenbetrachtung, der daher 2012 vom Bundeswirtschaftsministerium eingesetzt wurde.



● **Abb. 4.2** Der Apotheken-Rohhertrag verglichen mit anderen Entwicklungen [Quelle: Statistisches Bundesamt destatis, BMG, IQVIA, vormals IMS, Insight Health, Berechnungen des Autors]

gesondert honorierte!) Umsetzung der Rabattverträge erwirtschaftet die Institution Apotheke Einsparungen für das Solidarsystem, die höher liegen als der eigene Wertschöpfungsanteil.

Entwicklung des Apotheken-Rohhertrages

Wie bereits erwähnt, ist der Apotheken-Rohhertrag in den vergangenen 13 Jahren um 11,9 Prozent gestiegen. Diese Entwicklung kann nur richtig beurteilt werden, wenn man sie mit anderen Bereichen vergleicht:

- Die Umsatzsteuer je zulasten der GKV abgegebenem Rx-FAM ist von 5,54 Euro im Jahr 2004 auf 9,08 Euro im Jahr 2016, und damit um annähernd 64 Prozent angestiegen.
- Die Netto-Verwaltungskosten der gesetzlichen Krankenkassen je Versichertem haben in diesem Zeitraum um 33,2 Prozent zugelegt.
- Der Nominallohnindex (Veränderung der durchschnittlichen Bruttomonatsverdienste inklusive Sonderzahlungen im Produzierenden Gewerbe und im Dienstleistungsbereich, ohne Berücksichtigung von Preissteigerungen usw.) ist nach Angaben des Statistischen Bundesamtes destatis von 2004 (= 100 Prozent) bis 2016 auf 125,8 Prozent gestiegen, und damit wesentlich schneller als der Apotheken-Rohhertrag.
- Der Verbraucherpreisindex, umgangssprachlich als „Entwicklung der Lebenshaltungskosten“ bezeichnet, ist im selben Zeitraum um 18 Prozent gewachsen, also um 6,1 Prozentpunkte mehr – bzw. um mehr als 50 Prozent schneller – gestiegen.

Die Studie bestätigt damit in beeindruckender Weise, dass das Apothekenhonorar aus der Abgabe von und der Beratung zu verschreibungspflichtigen Fertigarzneimitteln weder mit der Entwicklung der Verbraucherpreise (Lebenshaltungskosten), noch mit der Nominallohnentwicklung, und schon gar nicht mit der Entwicklung der Netto-Verwaltungskosten der gesetzlichen Krankenkassen auch nur annähernd Schritt halten konnte, von der Umsatzsteuer auf verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel ganz zu schweigen (● Abb. 4.2).