



## Wortprotokoll der 116. Sitzung

### Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 17. Mai 2017,  
14.00 Uhr bis 15.15 Uhr  
Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1, 10557 Berlin  
Marie-Elisabeth-Lüders-Haus  
Anhörungsaal 3 101

Vorsitz: Dr. Edgar Franke, MdB

## Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

### Einzigiger Tagesordnungspunkt

Seite 5

- a) Antrag der Abgeordneten Kathrin Vogler, Sabine Zimmermann (Zwickau), Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

**Federführend:**  
Ausschuss für Gesundheit

**Mitberatend:**  
Ausschuss für Wirtschaft und Energie

### Gute und wohnortnahe Arzneimittelversorgung

**BT-Drucksache 18/10561**

- b) Antrag der Abgeordneten Kathrin Vogler, Sabine Zimmermann (Zwickau), Pia Zimmermann und der Fraktion DIE LINKE.

**Federführend:**  
Ausschuss für Gesundheit

### Patientinnen und Patienten entlasten - Zuzahlungen bei Arzneimitteln abschaffen

**BT-Drucksache 18/12090**



- c) Antrag der Abgeordneten Kordula Schulz-Asche, Maria Klein-Schmeink, Dr. Harald Terpe, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

**Federführend:**

Ausschuss für Gesundheit

**Mitberatend:**

Ausschuss für Wirtschaft und Energie

**Arzneimittelversorgung an Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientieren – Heute und in Zukunft**

**BT-Drucksache 18/11607**

**Mitglieder des Ausschusses**

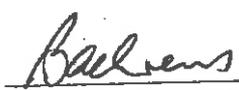
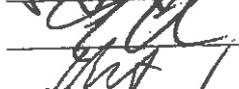
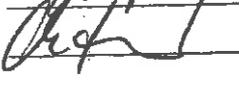
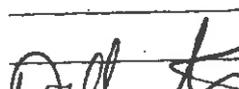
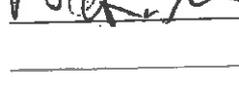
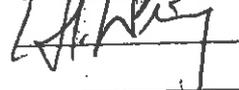
	<b>Ordentliche Mitglieder</b>	<b>Stellvertretende Mitglieder</b>
CDU/CSU	Bertram, Ute Hajek, Rainer Henke, Rudolf Hennrich, Michael Hüppe, Hubert Irlstorfer, Erich Kippels, Dr. Georg Kühne, Dr. Roy Leikert, Dr. Katja Maag, Karin Meier, Reiner Michalk, Maria Monstadt, Dietrich Riebsamen, Lothar Rüddel, Erwin Sorge, Tino Stritzl, Thomas Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Brehmer, Heike Dinges-Dierig, Alexandra Eckenbach, Jutta Lorenz, Wilfried Manderla, Gisela Nüßlein, Dr. Georg Pantel, Sylvia Rupprecht, Albert Schmidt (Ühlingen), Gabriele Schwarzer, Christina Steineke, Sebastian Steiniger, Johannes Stockhofe, Rita Stracke, Stephan Timmermann-Fechter, Astrid Wiese (Ehingen), Heinz Zimmer, Dr. Matthias
SPD	Baehrens, Heike Bas, Bärbel Dittmar, Sabine Franke, Dr. Edgar Heidenblut, Dirk Kermer, Marina Kühn-Mengel, Helga Mattheis, Hilde Müller, Bettina Rawert, Mechthild Stamm-Fibich, Martina	Bahr, Ulrike Blienert, Burkhard Freese, Ulrich Henn, Heidtrud Katzmarek, Gabriele Lauterbach, Dr. Karl Tack, Kerstin Thissen, Dr. Karin Westphal, Bernd Ziegler, Dagmar
DIE LINKE.	Vogler, Kathrin Weinberg, Harald Wöllert, Birgit Zimmermann, Pia	Höger, Inge Lutze, Thomas Tempel, Frank Zimmermann (Zwickau), Sabine
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Klein-Schmeink, Maria Scharfenberg, Elisabeth Schulz-Asche, Kordula Terpe, Dr. Harald	Kurth, Markus Pothmer, Brigitte Rüffer, Corinna Strengmann-Kuhn, Dr. Wolfgang



**Sitzung des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)**

Mittwoch, 17. Mai 2017, 14:00 Uhr

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses	Unterschrift	Stellvertretende Mitglieder des Ausschusses	Unterschrift
<u>CDU/CSU</u>		<u>CDU/CSU</u>	
Bertram, Ute		Albani, Stephan	_____
Hajek, Rainer		Brehmer, Heike	_____
Henke, Rudolf		Dinges-Dierig, Alexandra	_____
Hennrich, Michael		Eckenbach, Jutta	_____
Hüppe, Hubert	_____	Lorenz, Wilfried	_____
Irlstorfer, Erich	_____	Manderla, Gisela	_____
Kippels Dr., Georg	_____	Nüßlein Dr., Georg	_____
Kühne Dr., Roy	_____	Pantel, Sylvia	_____
Leikert Dr., Katja		Rupprecht, Albert	_____
Maag, Karin		Schmidt (Ühlingen), Gabriele	_____
Meier, Reiner		Schwarzer, Christina	_____
Michalk, Maria		Steineke, Sebastian	_____
Monstadt, Dietrich	_____	Steiniger, Johannes	_____
Riebsamen, Lothar		Stockhofe, Rita	_____
Rüddel, Erwin		Stracke, Stephan	_____
Sorge, Tino	_____	Timmermann-Fechter, Astrid	_____
Stritzl, Thomas		Wiese (Ehingen), Heinz	_____
Zeulner, Emmi	_____	Zimmer Dr., Matthias	_____

<u>Ordentliche Mitglieder des Ausschusses</u>	<u>Unterschrift</u>	<u>Stellvertretende Mitglieder des Ausschusses</u>	<u>Unterschrift</u>
<b><u>SPD</u></b>		<b><u>SPD</u></b>	
Baehrens, Heike		Bahr, Ulrike	_____
Bas, Bärbel		Blienert, Burkhard	_____
Dittmar, Sabine		Freese, Ulrich	_____
Franke Dr., Edgar		Henn, Heidtrud	_____
Heidenblut, Dirk		Katzmarek, Gabriele	_____
Kermer, Marina	_____	Lauterbach Dr., Karl	_____
Kühn-Mengel, Helga	_____	Tack, Kerstin	_____
Mattheis, Hilde		Thissen Dr., Karin	_____
Müller, Bettina	_____	Westphal, Bernd	_____
Rawert, Mechthild	_____	Ziegler, Dagmar	_____
Stamm-Fibich, Martina	_____		_____
<b><u>DIE LINKE.</u></b>		<b><u>DIE LINKE.</u></b>	
Vogler, Kathrin		Höger, Inge	_____
Weinberg, Harald		Lutze, Thomas	_____
Wöllert, Birgit	_____	Tempel, Frank	_____
Zimmermann, Pia	_____	Zimmermann (Zwickau), Sabine	_____

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses	Unterschrift	Stellvertretende Mitglieder des Ausschusses	Unterschrift
<u>BÜ90/GR</u>		<u>BÜ90/GR</u>	
Klein-Schmeink, Maria	_____	Kurth, Markus	_____
Scharfenberg, Elisabeth	_____	Pothmer, Brigitte	_____
Schulz-Asche, Kordula	<i>U. Schulz-Asche</i>	Rüffer, Corinna	_____
Terpe Dr., Harald	_____	Strengmann-Kuhn Dr., Wolfgang	_____
_____	_____	_____	_____



**Sitzung des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)**

Mittwoch, 17. Mai 2017, 14:00 Uhr

	Fraktionsvorsitz	Vertreter
CDU/CSU	_____	_____
SPD	_____	_____
DIE LINKE	_____	_____
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	_____	_____

**Fraktionsmitarbeiter**

Name (Bitte in Druckschrift)	Fraktion	Unterschrift
Michael Neumann	CDU/CSU	Dr. U. J.
Andreas Nöcker	"	<del>_____</del>
Tom Saubert	CDU	_____
P. Kunkel	SPD	A. K.
A. Nimb	SPD	Nimb
Kennitz, Sonja	LINKE	ke-st
Wilke, Stefan	CDU/CSU	Stu
Dr. Lang, Manfred	CDU/CSU	M. Lang



### Bundesrat

Land	Name (bitte in Druckschrift)	Unterschrift	Amtsbezeichnung
Baden-Württemberg			
Bayern	Florian Pfister		RD 12L
Berlin			
Brandenburg			
Bremen			
Hamburg			
Hessen			
Mecklenburg-Vorpommern			
Niedersachsen			
Nordrhein-Westfalen			
Rheinland-Pfalz			
Saarland			
Sachsen			
Sachsen-Anhalt	Richter		Rang 9
Schleswig-Holstein			
Thüringen			

## Unterschriftenliste

der Ausschuss für Gesundheit wird  
am **Mittwoch, 17. Mai 2017 von 14.00 bis 15.15 Uhr**  
im Marie-Elisabeth-Lüders-Haus, Anhörsungsaal,  
Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1, 10117 Berlin,  
eine öffentliche Anhörung zu folgenden Vorlagen durchführen:

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

Gute und wohnortnahe Arzneimittelversorgung  
BT-Drucksache 18/10561

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

Patientinnen und Patienten entlasten – Zuzahlungen bei Arzneimitteln abschaffen  
BT-Drucksache 18/12090

## geladene Verbände

ABDA - Bundesvereinigung Deutscher  
Apothekerverbände e. V.



Friedemann Schmidt

Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von  
Menschen mit Behinderung und chronischer  
Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG  
SELBSTHILFE)



Dr. Siiri Doka

Bundesärztekammer (BÄK)

ABSAGE

Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e.  
V. (BAH)



Dr. Hermann Kortland

Bundesverband des pharmazeutischen  
Großhandels e. V. (PHAGRO)



Bernadette Sickendiek

Bundesverband Deutscher Versandapotheken  
(BVDVA)

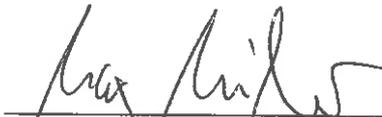


Christian Buse

Bundesverband klinik- und heimversorgender  
Apotheker e. V. (BVKA)

ABSAGE

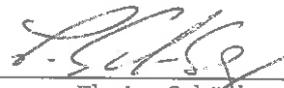
Europäische Verband der Versandapotheken  
(EAMSP)

  
Max Müller

GKV-Spitzenverband

  
Johann-Magnus v. Stackelberg

Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD)

  
Florian Schänberg

Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv)

  
Kai Helge Vogel

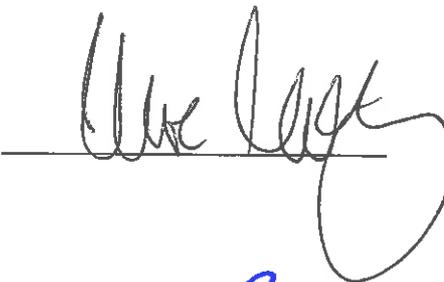
Prof. Dr. Reinhard Busse



Prof. Dr. Ernst Hauck



Prof. Dr. Uwe May



Prof. Dr. Helge Sodan





Beginn der Sitzung: 14.01 Uhr

Der **Vorsitzende**, Abg. **Dr. Edgar Franke** (SPD): Guten Tag meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer, nicht zuletzt meine sehr verehrten Sachverständigen. Ich begrüße Sie herzlich zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit. In dieser öffentlichen Anhörung beschäftigen wir uns mit drei Anträgen, die alle die Arzneimittelversorgung thematisieren. Das sind zwei Anträge der Fraktion DIE LINKE., „Gute und wohnortnahe Arzneimittelversorgung“ auf Drucksache 18/10561 und „Patientinnen und Patienten entlasten – Zuzahlungen bei Arzneimitteln abschaffen“ auf Drucksache 18/12090. Hinzu kommt ein Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, „Arzneimittelversorgung an Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientieren, heute und in Zukunft“ auf Drucksache 18/11607. Meine sehr verehrten Damen und Herren, Sie alle kennen das Urteil des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) vom 19. Oktober 2016, was bei vielen, die mit der Arzneimittelversorgung zu tun haben, helle Aufregung verursacht hat. Nach diesem Urteil müssten sich EU-ausländische Versandapotheken bei der Lieferung von rezeptpflichtigen Arzneimitteln nach Deutschland nicht mehr an die Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) halten, d. h. es gelten keine einheitlichen Apothekenabgabepreise mehr. Dies sei, so der EuGH, eine Einschränkung der unionsrechtlichen Warenverkehrsfreiheit. Damit hat das Gericht auf höchster europäischer Ebene geurteilt, dass ausländische Versandapotheken auf verschreibungspflichtige Medikamente zum Beispiel Rabatte gewähren können, was deutschen Apotheken, auch deutsche Versandapotheken, nach geltender Rechtslage nicht gestattet ist. Aus Sicht der deutschen Apotheken, vor allem der inhabergeführten Apotheken vor Ort, ist das ein klarer Wettbewerbsnachteil gegenüber den ausländischen Versandapotheken. Das ist so in der öffentlichen Diskussion vorgetragen worden. Die Bundesregierung prüft in verschiedenen Ministerien intensiv, welche europarechtlich und verfassungsrechtlich sauberen Möglichkeiten es gibt, Apotheken im Hinblick auf das EuGH-Urteil zu stärken bzw. was für Möglichkeiten es gibt, einen fairen Wettbewerb zwischen Versandapotheken aus dem EU-Ausland auf der einen Seite und deutschen Apotheken auf der anderen Seite herzustellen. Heute liegen uns dazu mehrere Anträge der Opposition vor.

Die Fraktion DIE LINKE. will den Versandhandel mit verschreibungspflichtigen Medikamenten generell verbieten und im Zuge dieser Maßnahme die Zuzahlung abschaffen. Eine gänzlich andere Lösung schlägt die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN vor. Sie will den Versandhandel mit verschreibungspflichtigen Arzneien weiterhin erlauben. Damit die deutschen Apotheken gegenüber ihren europäischen Mitbewerbern konkurrenzfähig bleiben, sollen auch sie diese Medikamente günstiger anbieten können. Hierzu soll nicht wie bisher der Festpreis eines Medikaments definiert werden, sondern ein Höchstpreis. In diesem Spannungsfeld, meine sehr verehrten Damen und Herren, wird sich die heutige Anhörung bewegen. Bevor wir beginnen, möchte ich kurz einige Erläuterungen zum Anhörungsverfahren geben. Uns stehen insgesamt 75 Minuten zur Verfügung und die Fraktionen werden ihre Fragen abwechselnd in einer festen Reihenfolge stellen. Es beginnt in der ersten Frageunde die CDU/CSU, dann folgt die SPD, dann nochmals die CDU/CSU, anschließend fragen DIE LINKE. und dann BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. In der zweiten Runde ist die Reihenfolge CDU/CSU, SPD, CDU/CSU, SPD, dann folgen wiederum DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Runde eins und zwei erfolgen im Wechsel. Noch zur Erinnerung: Jede fragestellende Fraktion stellt nur eine Frage an einen Sachverständigen. Ich darf alle bitten, Fragen und Antworten möglichst kurz zu halten, damit viele Fragen beantwortet werden können und viele Sachverständige zu Wort kommen. Ich bitte die aufgerufenen Sachverständigen, bei der Beantwortung der Fragen das Mikrofon zu benutzen, weil alles aufgezeichnet wird, und sich immer kurz mit Namen und Verband vorzustellen. Ich bitte Sie auch, die Mobiltelefone auszuschalten. Die Anhörung wird digital aufgezeichnet und kann in der Mediathek des Deutschen Bundestages im Internet angeschaut werden. Weiter gibt es ein Wortprotokoll der Anhörung auf der Internetseite des Ausschusses. Genug der Formalien, wir beginnen jetzt mit der Anhörung, meine sehr verehrten Damen und Herren.

Abg. **Maria Michalk** (CDU/CSU): Meine erste Frage richte ich an Herrn Prof. Dr. May. Im Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN wird gefordert, die Preisbindung für verschreibungspflichtigen Arzneimitteln insgesamt aufzuheben. Welche Konsequenzen hätte das für die flächendeckende und wohnortnahe Versorgung in unserem Land?



**ESV Prof. Dr. Uwe May:** Die Preisbindung hat eine steuernde Funktion, sowohl nach oben als auch nach unten. Nach oben natürlich, um Patienten vor der Situation zu schützen, dass Sie in einer Krankheitssituation mit zu hohen Arzneimittelpreisen konfrontiert werden. Dem trägt der Antrag mit einem Höchstpreis Rechnung. Die Funktion der Arzneimittelpreisbindung nach unten wird aber vernachlässigt. Sie soll einen wirtschaftlich ruinösen Wettbewerb verhindern, die dazu führen soll, dass die Apotheken unter einem wettbewerblich möglicherweise sich einstellendes Niveau, das mit der Leistung, die sie wirtschaftlich zu erbringen haben, nicht mehr vereinbar ist. Auf Grund unserer Analysen und Beobachtungen haben wir die Sorge, dass ein Aufheben der Preisbindung dazu führt, dass bestimmte Anbieter – und es ist naheliegend, dass das eher Versandhandelsanbieter sind – diese Arzneimittel auf ihren reinen Warencharakter reduzieren. Aus unserer Sicht ist es sinnvoll, dass Arzneimittel nicht nur einen Warencharakter haben, sondern mit einer Dienstleistung zusammenhängen. Erst das macht die Arzneimittelversorgung aus. Wenn ich das Arzneimittel auf seinen Warencharakter reduziere und mir die teure Dienstleistung erspare, kann ich es sehr viel kostengünstiger anbieten. Das heißt, die Reduzierung des Arzneimittels auf diesen Warencharakter kann zu einem Preisniveau im Wettbewerb führen, das für eine Apotheke nicht mehr rentabel ist. Jetzt könnte man als Ökonom sagen: Okay, der Verbraucher kann wählen. Er ist souverän und kann entscheiden, wie er seine Arzneimittel kauft, d. h. ob mit oder ohne Dienstleistung. Das ist normales ökonomisches Denken. Das greift hier aus meiner Sicht nicht, weil wir nicht den souveränen Konsumenten, sondern einen Patienten haben, der in vielen Fällen seinen Beratungsbedarf gar nicht kennt. Dieser Bedarf entsteht häufig erst im Dialog in der Apotheke. Das heißt, er kann in vielen Fällen weder den Nutzen noch den Bedarf, den er hat, erkennen. Ich denke an das Beispiel der Rabattverträge, bei denen es sehr viele Diskussionen und Überlegungen gibt und ich nenne das Stichwort „Compliance“, das eine große Rolle spielt. Wie gesagt, diesen souveränen Konsument gibt es hier nicht. Aus diesem Grund können wir es uns nicht wünschen, dass wir den Patienten vor die Wahl stellen, denn er kann in diesem Fall keine vernünftige Wahl treffen. Er würde sich in vielen Fällen für das billigere

Angebot entscheiden und auf die aus gesellschaftlicher Sicht wünschenswerte Beratung verzichten. Wir möchten aber als Gesellschaft, dass er diese Beratung in Anspruch nimmt. An dieser Stelle müssen wir ihm keine Hürden in den Weg legen.

**Abg. Hilde Mattheis (SPD):** Meine Frage richte ich an den Einzelsachverständigen Herrn Prof. Dr. Hauck. Ich bitte Sie um eine europa- und verfassungsrechtliche Bewertung des Antrags der Fraktion DIE LINKE. in dem ein Rx-Versandhandelsverbot gefordert wird.

**ESV Prof. Dr. Ernst Hauck:** Dem Antrag stehe ich aus europarechtlicher und verfassungsrechtlicher Sicht skeptisch gegenüber. Europarechtlich liegt es fern, nach der im Frühjahr 2003 ausgesprochenen Billigung des EuGH, sich nunmehr für ein totales Versandhandelsverbot für rezeptpflichtige Arzneimittel stark zu machen bzw. auszusprechen. Die in einem totalen Versandhandelsverbot liegende Maßnahme gleicht der Wirkung einer mengenmäßigen Einfuhrbeschränkung. Sie kann nach dem Recht der EU nur unter Einbeziehung der Erfahrungen beurteilt werden, die seit Einführung der Versandhandelserlaubnis in Deutschland gesammelt wurden. Diese Erfahrungen sprechen eher gegen die zunächst befürchtete Gesundheitsgefährdung und für eine Verbesserung der Versorgungsstrukturen, wenn es den Versandhandel mit Arzneimitteln weiterhin gibt. Verfassungsrechtlich erschließt sich nicht, wieso der Eingriff in die Berufsfreiheit von Apothekern durch eine totales Versandhandelsverbot für Arzneimittel oder rezeptpflichtige Arzneimittel verhältnismäßig sein sollte. Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) fordert gerade für die Änderung von Vorschriften zur Beschränkung der Berufsausübungsfreiheit, die die Arzneimittelsicherheit nur mittelbar über die Gestaltung von Rahmenbedingungen verbessern sollen, die Erfahrungen mit anderen Regelungen zu berücksichtigen. Das BVerfG sagt ausdrücklich, dass Erfahrungen mit älteren, die Berufsangehörigen weniger belastenden Gesetzeslagen bei einer Novellierung nicht unbeachtet bleiben dürfen. Zudem muss zwischen dem Nutzen für das Gemeinwohl und den die Berufstätigen belastenden Vorkehrungen sinnvoll abgewogen werden können. Diese Abwägung setzt voraus, dass der Bezug gesetzlich angeordneter Maßnahmen zum Gemeinschaftsgut



hinreichend spezifisch ist. Bei einem nur entfernten Zusammenhang ist dies problematisch. Genauso ist es beim Versandhandelsverbot.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Die Frage von Frau Kollegin Mattheis möchte ich auch Herrn Prof. Dr. Sodan stellen. Wie beurteilen Sie das Versandhandelsverbot für rezeptpflichtige Arzneimittel verfassungsrechtlich?

ESV **Prof. Dr. Helge Sodan**: In verfassungsrechtlicher Hinsicht, hier weiche ich etwas von meinem Vorredner ab, ist zu berücksichtigen, dass Versandapotheken durch ein Versandhandelsverbot für verschreibungspflichtige Arzneimittel unmittelbar betroffen sein würden. Der gewerbliche Betrieb einer Versandapotheke genießt den Schutz des Grundrechts der Berufsfreiheit. Für im Ausland ansässige Apotheken kann auf das sogenannte Aufanggrundrecht der allgemeinen Handlungsfreiheit zurückgegriffen werden. Ein Versandhandelsverbot wäre als Berufsausübungsregelung zu qualifizieren. Deren verfassungsrechtliche Rechtfertigung setzt insbesondere die Vereinbarkeit mit dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit voraus. Der vom Bundesministerium für Gesundheit vorgelegte Referentenentwurf mit Stand vom Februar 2017 bezweckt vor allem, ich zitiere: „... durch ein Verbot des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln die bestehende flächendeckende, wohnortnahe und gleichmäßige Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln, insbesondere auch im akuten Krankheitsfall, weiterhin zu gewährleisten“. Dieser Zweck ist zweifellos ein hinreichender Grund des Gemeinwohls. Der gewünschte Erfolg ließe sich mit einem Versandhandelsverbot für verschreibungspflichtige Arzneimittel fördern, sodass dieses Mittel im Sinne des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit geeignet wäre. Darüber hinaus müsste das Versandhandelsverbot erforderlich sein. Als gleich geeignetes, aber milderes Mittel wird der Verzicht auf die Preisbindung für Arzneimittel vorgeschlagen. Stattdessen soll es eine Deckelung des Abgabepreises geben, von dem die Apotheken nach unten abweichen können. Dieser Vorschlag vermag nicht zu überzeugen. Die Preisbindung von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln dient zum einen dazu, einen Preiswettbewerb zu vermeiden. Zum anderen sichert die Regelung die Existenz einer flächendeckenden Arzneimittelversorgung

auch in strukturschwachen Regionen. Die Aufhebung der Preisbindung würde allerdings den Konkurrenzkampf sowohl der Präsenzapotheken untereinander als auch mit den Versandapotheken verstärken. Dies kann nicht im Sinne einer stabilen sowie flächendeckenden Versorgung der Versicherten sein und ist daher abzulehnen. Ein gegenüber dem Versandhandelsverbot gleich effektives Mittel ist hier nicht zu erkennen. Ein Versandhandelsverbot für verschreibungspflichtige Arzneimittel wäre im Ergebnis eine angemessene und damit für die Versandapotheken zumutbare Maßnahme. Auf Seiten der Präsenzapotheken ist zunächst zu berücksichtigen, dass das Grundrecht der Berufsfreiheit die Wettbewerbsfreiheit der Marktteilnehmer schützt. Konkurrenzschutz darf also kein Selbstzweck sein. Vielmehr müssten im Falle des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln Gefahren für die flächendeckende Versorgung durch die Präsenzapotheken und damit für die Gesundheit der Bevölkerung hinreichend wahrscheinlich sein, um eine Rechtfertigung von Grundrechtseingriffen bejahen zu können. Die Gesundheit der Bevölkerung stellt nach der Rechtsprechung des BVerfG ein Gemeinschaftsgut von hohem Rang dar, das selbst empfindliche Eingriffe in die Berufsfreiheit rechtfertigen kann. Die besondere Stellung für das Gesundheitswesen nehmen die Apotheken vor allem im Bereich der verschreibungspflichtigen Arzneimittel ein. Gerade hier drohen dem Patienten erhebliche Gefahren durch falsche Anwendung oder Dosierung der Präparate. Die Präsenzapotheken übernehmen daher nicht nur die Funktion einer Einkaufsstätte für Arzneimittel, sondern gewährleisten auch die Beratung der Kunden. Diese Kundenberatung vor Ort wird qualitativ auf einem deutlich höheren Niveau gewährleistet als über die Kommunikation via Telefon oder Internet. Ferner stellen die Präsenzapotheken den Notdienst in der Nacht sicher. Insoweit besteht zur Gewährleistung eines effektiven Gesundheitsschutzes der Bevölkerung ein Interesse an einem dichten Netz von Präsenzapotheken. Hinzu kommt die oftmals sofortige Verfügbarkeit der Arzneimittel. Nach allem wäre der mit einem Versandhandelsverbot für verschreibungspflichtige Arzneimittel verbundene Eingriff in die Berufsfreiheit von Versandapotheken verhältnismäßig. Bedenken gegen die verfassungsrechtliche Zulässigkeit der Maßnahme bestehen nicht.



Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Meine nächste Frage richtet sich wieder an Herrn Prof. Dr. May. Viele Befürworter des Versandhandels argumentieren mit einer fehlenden Versorgungsgefährdung. Herr Prof. Dr. Sodan hat darauf hingewiesen, dass eine mögliche Versorgungsgefährdung entstehen könnte. Ich frage Sie als Ökonom: Welche Marktentwicklung erwarten Sie, wenn die derzeitige Rechtslage unverändert bleibt und welches Szenario ergibt sich, wenn zwischen den deutschen Präsenz- und Versandapotheken ein Preiskampf, wie im Antrag der Grünen vorgeschlagen, ausgelöst wird?

ESV **Prof. Dr. Uwe May**: Ihre Frage betont den Aspekt der Preisbindung. Das Problem, was wir hier auf uns zukommen sehen, ist nicht primär an den Versand, sondern vielmehr an den Verzicht auf Preisbildung gekoppelt. Wenn wir die derzeitige Rechtslage beibehalten, haben wir einen Wettbewerb zwischen Apotheken und Versandapotheken, ohne dass sie auf diesen Preiskampf eingehen können. Da ist absehbar und unvermeidlich, dass sie auf diese Weise Marktanteile verlieren. Insbesondere, wenn wir eine völlig neue Situation bekommen, indem diese Mechanismen des Versandhandels institutionalisiert werden. Wir haben durch die Preisfreiheit des EuGH-Urteils völlig neue wettbewerbliche Rahmenbedingungen bekommen. Wir werden auf jeden Fall Abwanderungen haben, die sehr schnell wegen der Marktanteilsverluste dazu führen können, dass Apotheken in der Fläche möglicherweise in beträchtlichem Umfang verschwinden. Wenn wir die Situation ändern, wenn wir den Apotheken die Möglichkeit geben, auf diesen Preiswettbewerb einzugehen, tritt die Situation ein, die Herr Prof. Dr. Sodan gerade geschildert hat. Dann treten Apotheken auch untereinander in den Wettbewerb. Sie werden dem Dilemma nicht entkommen, obwohl sie sich damit im Endeffekt alle schaden, sich auf diesen Wettbewerb einzulassen. Im Hinblick auf die betriebswirtschaftliche Situation der Apotheken, nämlich dass kleine Preissenkungen bereits sehr starke Effekte auf die Rentabilität haben, ist absehbar, dass es möglicherweise zu Einschränkungen der Versorgung, gerade in der Fläche, kommen wird.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich möchte meine Frage an Herrn Prof. Dr. Busse stellen.

Sie sind ausgewiesener Experte der Gesundheitssysteme in Europa. Können Sie uns berichten, ob derzeit nur in Deutschland diskutiert wird, den Apothekenmarkt neu zu ordnen, verschiedene Regulierungsansätze anzugehen und welche Rolle dabei der Versandhandel spielt? Ich würde mich besonders freuen, wenn Sie darauf eingehen könnten, wie die Versorgung der ländlichen Räume betrachtet wird und wie weit die Honorierung von pharmazeutischer Beratung, die gerade in Präsenzapotheken stattfindet, in der aktuellen Diskussion in verschiedenen Ländern Beachtung findet und welche Diskussionen international in Europa zur Zulassung des Versandhandels geführt werden.

ESV **Prof. Dr. Reinhard Busse**: Wenn wir uns den Apothekenmarkt und den Arzneimittelmarkt in Deutschland im europäischen Vergleich anschauen, sehen wir, dass wir EU-weit die höchsten pro-Kopf-Ausgaben haben. Es geht um mehr Geld als in anderen Ländern. Die Apothekendichte hängt davon ab, mit welchen Ländern man sich vergleicht. Im EU-Vergleich liegen wir etwas niedriger und im OECD-Vergleich liegen wir im mittleren Bereich. Das heißt, dass in Deutschland pro Apotheke deutlich mehr Geld im Spiel ist, als in anderen Ländern. Eine durchschnittliche Apotheke in Deutschland hat einen deutlich höheren Umsatz als etwa in Spanien oder Belgien, während es in Ländern wie Norwegen oder in den Niederlanden, auf die ich gleich zu sprechen komme, sowohl weniger Ausgaben für Arzneimittel als auch weniger Apotheken gibt. Wenn man sich diese Länder ansieht, stellt man große Unterschiede fest. Wir haben doppelt so viele Apotheken wie etwa Norwegen oder Finnland mit extrem ländlichen Räumen. Man fragt sich, wie diese Länder das machen. Großbritannien hat auch pro Kopf der Bevölkerung weniger Apotheken als in Deutschland. Aber dort ist es erklärte Politik, die Anzahl der Apotheken zu reduzieren, weil man davon ausgeht, dass es zu viele Apotheken gibt. In Großbritannien wird nicht nur die Abgabe von Arzneimitteln bezahlt, sondern alle Apotheken erhalten auch eine Grundgebühr dafür, dass sie existieren. Es war zu lukrativ, neue Apotheken zu gründen, weil jeder die Grundpauschale mitnehmen wollte. Das ändert man jetzt und beschränkt die Grundgebühr, die unabhängig von der Abgabe von Arzneimitteln bezahlt wird, auf Apotheken mit besonders geringem Umsatz und in Gebieten, die mindestens eine Meile, also 1,6 km,



von der nächsten Apotheke entfernt sind. Diese werden gezielt mit ungefähr 20 000 Euro im Jahr unterstützt. Das ist in Norwegen ähnlich. Dort wird ein Teil der Mehrwertsteuer genutzt, um Apotheken im ländlichen Raum, wo einfach nicht genügend Patienten vorhanden sind, zu unterstützen. Trotzdem betrifft das in ganz Norwegen von den etwas über 800 Apotheken nur etwa ein Prozent. Man diskutiert dort, die großen Entfernungen zwischen Apotheken und Patienten mit der Post, oder man kann auch Versandhandel dazu sagen, zu überbrücken, weil nicht jeder die Apotheke erreichen kann. Wir erwarten von der Apotheke, sowohl von der Präsenzapotheke als auch von der Versandapotheke, eine Beratung, die gleichmäßig schlecht oder gut erfolgen kann. In den Niederlanden wurde die Vergütung für Apotheker komplett umgestellt. Es gibt keine Vergütung für das Überreichen eines Medikamentes, sondern es gibt eine kleine Gebührenordnung, ähnlich wie wir sie für Ärzte kennen, die danach unterscheidet, was der Apotheker macht. Es gibt eine Gebühr für die erstmalige Abgabe eines Medikamentes. Dazu zählt, dass die Angemessenheit der Verschreibung und die Interaktionen mit allen anderen verschriebenen Arzneimitteln überprüft werden. Es gibt eine getrennte Gebühr für die Abgabe eines Wiederholungsmedikamentes. Dabei muss explizit die Verträglichkeit nachgefragt werden. Es gibt getrennte Gebühren für eine Arzneimittelberatung vor und nach einem stationären Aufenthalt. Es wird die konkrete Dienstleistung der Apothekerinnen und Apotheker bezahlt, während wir einen pauschalen Aufschlag von ca. acht Euro für das Überreichen entrichten, ohne dass damit spezifische Erwartungen der Gesellschaft verbunden sind.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Meine Frage geht an Herrn Prof. Dr. May. Im Antrag von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN finden sich auch Überlegungen hinsichtlich eines sanften Preiswettbewerbs mit beschränkten Boni. Wie bewerten Sie diesen Vorschlag?

ESV **Prof. Dr. Uwe May**: Ich glaube, dass der Begriff „sanfter Preiswettbewerb“ in diesem Zusammenhang völlig unangebracht ist, wenn man auf die Effekte dieses Wettbewerbs schaut. Auch dieser sogenannte „sanfte Preiswettbewerb“ hat nachhaltige Veränderungen für die Situation der Apotheken und für die flächendeckende Versorgung zur Folge. Das kommt insbesondere daher, dass schon

eine kleine Preissenkung eine sehr große Hebelwirkung für die Gewinnsituation der Apotheken hat. Kleine Preissenkungen sind aber auch schon der von mir bereits angesprochene Anreiz, den wir aus gesundheitsökonomischer Sicht an keiner Stelle unseres Systems geben, obwohl wir möchten, dass Patienten sich in einer bestimmten Weise gesundheitsbezogen richtig verhalten. Wir bieten einen Anreiz, und da reicht schon ein Euro, um bei vielen Menschen ein Verhalten auszulösen, dass wir uns eigentlich nicht wünschen können. Ein Euro ist jetzt erstmal wenig. Acht Euro bekommt die Apotheke für eine Abgabe, sechs Euro davon verwendet sie auf ihre Gemeinkosten, die sie finanzieren muss. Wenn sie dann einen Euro Rabatt haben, reduziert sich der Gewinn um 50 Prozent. Das ist kein exaktes Beispiel, zeigt aber die Relation, was ein Euro Rabatt bedeuten kann. Man erkennt, dass das nicht sanft ist. Das können einige Apotheken verkraften, andere nicht. Die, die es nicht verkraften können, liegen typischerweise nicht in Innenstadtlage, sondern das sind die Apotheken, die wir in unserer Analyse als sogenannte „Solitärapotheke“ bezeichnen. Sie stehen in einem Umkreis von fünf Kilometern alleine da. Wenn eine dieser Apotheken unter das in unserer Analyse zugrunde liegende Jahreseinkommen von 50 000 Euro rutscht, stehen Schließungen an, denn dann gibt es für den Inhaber bessere Einkunftsalternativen. Unter diesen Prämissen kann ein solcher sanfter Bonus dazu führen, dass 1 000 Ortschaften in Deutschland, restriktiv gerechnet 1 000 Ortschaften mit unter 5 000 Einwohnern, ihre einzige Apotheke im Umkreis von fünf Kilometern Entfernung verlieren. Das ist der Grund, warum ich das nicht als sanften Wettbewerb sehe.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Meine Frage geht an den Bundesverband Deutscher Versandapotheken. Im Jahr 2004 wurde der Rx-Versandhandel in Deutschland zugelassen, rund 3 500 Apotheken haben eine Versandhandelsgenehmigung. Im Gutachten von Herrn Prof. Dr. König, das mit Ihrer Stellungnahme vorgelegt wurde, wurde das Thema der „Staatshaftung“ aufgegriffen. Auch das Bundesfinanzministerium hat den Referentenentwurf des Gesundheitsministeriums für ein Rx-Versandhandelsverbot mit Verweis auf die ungeklärte Staatshaftung und die sich daraus ergebenden fiskalischen Risiken abgelehnt. Bitte erläutern Sie die Problematik der Staatshaftung aus Sicht der Deutschen Versandapotheken.



**SV Christian Buse** (Bundesverband Deutscher Versandapotheken (BVDVA)): Die juristische Expertise, die wir eingeholt haben, kommt zu dem gleichen Ergebnis wie das Bundesfinanzministerium, dass durchaus das Risiko einer Staatshaftung besteht, wobei es hier explizit um die europarechtliche Komponente geht, die eher die Vertreter der europäischen Versandapotheken betreffen würde. Unser Thema ist das verfassungsrechtliche und dazu gibt es zwei Meinungen. Ich kann gerne noch eine dritte hinzufügen. In der aktuellen Pharma Recht gibt es einen Aufsatz von Frau Dr. Katharina Wodarz und die kommt zu einem ganz anderen Schluss. Ich zitiere: „Der Versandhandel mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln ist in Deutschland seit 2004 zugelassen und gefährdet als solcher nicht die Arzneimittelversorgung und den Gesundheitsschutz.“ Das ist die Prämisse und es gibt keinerlei Expertise, die diesen Zusammenhang widerlegt. Die Erfahrungen mit dem Versandhandel zeigen, dass es nicht zu einem Apothekensterben kommt, sondern das Gegenteil eintritt. Wir haben eine konstante Zahl an Apotheken und wir haben erfreulicherweise viel mehr Mitarbeiter in den Apotheken. Das heißt, die Leistungen der Apotheken nehmen zu, der Umsatz ist in den letzten Jahren um 50 Prozent gestiegen und es gab in den vergangenen zehn Jahren Umsatzzuwächse von 50 Prozent. Es ist auch nicht angezeigt, Apotheken schwächer darzustellen als sie sind. In dem Zusammenhang möchte ich konkret auf das Thema Haftung bzw. den berufsrechtlichen Schutz der Apotheker, die Versandhandel betreiben, eingehen. Wir haben in den Bereich der verschreibungspflichtigen Arzneimittel investiert. Es handelt sich um voll haftende Einzelkaufleute. Sie haben langfristige Mietverträge und teilweise Millioneninvestitionen getätigt und mir ist schleierhaft, wie man das wegweisen kann. Es wäre berufsrechtlich durchaus möglich, diesen Bereich auf den kleinen Bereich der verschreibungsfreien Arzneimittel zu beschränken. Ich weise darauf hin, dass es in Deutschland Versandapotheken mit einem Anteil von nahezu 100 Prozent verschreibungspflichtiger Arzneimittel gibt. Für diese Anbieter bedeutet das letztlich Enteignung und dem können wir in keinem Fall folgen.

Abg. **Rainer Hajek** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an Herrn Friedemann Schmidt von der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände.

Hätte das Verbot des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln negative Konsequenzen für die flächendeckende Versorgung der Patienten?

**SV Friedemann Schmidt** (ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V.): Aus unserer Sicht hätte das Verbot des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln keine negativen Auswirkungen auf die flächendeckende Versorgung der Patienten. Die Präsenzapotheken sind überall in Deutschland in der Lage, diese Versorgung über die Instrumente, die insbesondere für die Versorgung von abgelegenen Regionen in der Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) vorgesehen sind, sicherzustellen. Ich nenne hier nur das Instrument der Rezeptsammelstelle oder das Instrument der Zweig- oder Notapothek, welches Gott sei Dank im Moment kaum oder gar nicht genutzt wird. Wir haben ein dichtes, flächendeckendes Netz an Apotheken. Nach unserer Ansicht gibt es keine Patienten, die auf Grund ihrer regionalen oder ihrer Mobilitätssituation auf den Versandhandel angewiesen wären. Sämtliche Apotheken, insbesondere im ländlichen Raum, bieten Botendienste und die mobile Versorgung von Patienten, die zum Beispiel mobilitätseingeschränkt sind, an. Die zweite Frage, die in diesem Zusammenhang zu beantworten wäre, ist die, ob der Versandhandel im Bereich besonderer Indikationen oder Produktgruppen spezielle Leistungen anbietet, die von der Präsenzapotheke nicht oder nicht in angemessenem Umfang angeboten werden können. Auch diese Frage kann ich verneinen. Die gibt es nicht. Es gibt im Moment eine Situation, dass einige wenige hoch spezialisierte Versandapotheken im Bereich von Spezialversorgungen einzelner seltener Indikationen ein überregionales Versorgungsangebot anbieten. Dies besteht aus der Lieferung von Arzneimitteln im Zusammenhang mit der Einweisung in die richtige Anwendung dieser Arzneimittel durch examinierte, qualifizierte Pflegekräfte. Das ist ein System, das auch im Rahmen der Präsenzversorgung immer darstellbar wäre, denn für diesen Teil der Versorgung mit Arzneimitteln sind die Präsenzapotheken zuständig und können diese Rolle auch wahrnehmen. Für den Teil der Anwendungsunterstützung gibt es hinreichend spezialisierte Angebote im Pflegebereich, die diese Leistung erbringen können. Mein Fazit: Es gäbe keine Einschränkungen in der flächendeckenden Versorgung.



Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Meine Frage richtet sich an den Sozialverband Deutschland. Bitte bewerten Sie den Stellenwert des Versandhandels für die Versorgung der Patienten aus Patientensicht.

SV **Florian Schönberg** (Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD)): Patientensicherheit bedeutet für den Sozialverband Deutschland, und nicht nur für ihn, Versorgungssicherheit. Dafür ist nach unserer Auffassung eine flächendeckende, bedarfsgerechte, wohnortnahe und vor allem auch barrierefreie Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Die aktuelle Debatte sollte aus Sicht des SoVD dazu genutzt werden, die Gesundheitsversorgung insgesamt auf den Prüfstand zu stellen und sie gemeinsam weiterzuentwickeln und zukunftsorientiert zu stärken.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Ich habe ebenfalls eine Frage an den Sozialverband Deutschland. Zuzahlungen sollen nach Auffassung der Bundesregierung das Bewusstsein für die Kosten medizinischer Leistungen und die Eigenverantwortung der Versicherten stärken. Inwiefern erfüllen Zuzahlungen diese Ziele und welche Folgen haben sie in diesem Bereich?

SV **Florian Schönberg** (Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD)): Der SoVD ist der Auffassung, dass Zuzahlungen kaum eine positive Wirkung bei den Versicherten erzielen. Finanzielle Zusatzbelastungen führen tendenziell dazu, dass gerade sozial benachteiligte Personengruppen Leistungen nicht in Anspruch nehmen. Etwaige Sonderregelungen greifen nur rückwirkend und helfen denjenigen, die minimal über der Belastungsgrenze liegen, nicht weiter. Doch gerade diese Personengruppe weist im Vergleich zu den anderen Versicherten überproportional mehr Belastungen auf. Aus Sicht des SoVD verschärfen Zuzahlungen die soziale Spaltung und haben in einer solidarischen Krankenversicherung keinen Platz. Vor diesem Hintergrund unterstützen wir die Forderung, Zuzahlungen bei Arzneimitteln abzuschaffen.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich frage Herrn Vogel vom Verbraucherzentrale Bundesverband: Welche Bedeutung messen Sie dem Versandhandel insbesondere im Patienteninteresse zu und welche Herausforderungen sehen Sie für die zukünftige Apotheken-

versorgung in Deutschland? Was sind Ansätze, über die nachgedacht werden müsste, um auch in Zukunft eine gute Arzneimittelversorgung zu haben?

SV **Kai Helge Vogel** (Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv)): Das ist eine sehr komplexe Frage, die ich kurz beantworten will. Grundsätzlich ist eine flächendeckende, qualitativ hochwertige, sichere Versorgung grundlegend und der Versandhandel kann hierbei sicherlich nur eine Ergänzung darstellen. Die aktuelle Situation ist, dass es momentan Patienten gibt, die mobil eingeschränkt oder chronisch krank sind, die diesen Kanal schon bedarfsgerecht nutzen. Der Anteil ist klein, aber es ist bei Spezialversendern, wie von Herrn Schmidt angesprochen, durchaus so, dass es hier Probleme geben kann, die auch nicht ad hoc mit Botendiensten der Apotheke aufgegriffen werden können. Der Zukunft zugewandt muss man sehen, dass die Digitalisierung im Gesundheitswesen voranschreitet. Bei den Ärzten hat es eine Weile gedauert, bis wir über eine Videosprechstunde sprechen konnten. Es ist schwierig, die Apotheken bei der Digitalisierung komplett auszunehmen. Deshalb sehen wir hier Potenzial. Zukünftig ist es wichtig, weniger über den Preis zu diskutieren, sondern die eigentlichen Apothekerleistungen bei der Honorierung mit in den Blick zu nehmen. Das ist ein Punkt, der zurück bleibt. Die Apotheker haben eine wichtige Position im Gesundheitswesen und sollten aus unserer Sicht in das Medikationsmanagement und in den Medikationsplan viel stärker eingebunden und nicht so sehr für die Abgabe reiner Packungen belohnt werden.

Abg. **Reiner Meier** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an Herrn Prof. Dr. Sodan. Gibt es europarechtliche Bedenken gegen ein Verbot des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, auch im Hinblick darauf, dass es Länder gibt, die das Verbot bereits eingeführt haben?

ESV **Prof. Dr. Helge Sodan**: Ich darf die Frage wie folgt beantworten: Ein Versandhandelsverbot für verschreibungspflichtige Arzneimittel könnte eine unzulässige Einfuhrbeschränkung im Sinne des Artikels 34 des Vertrages über die Arbeitsweise der EU (AEUV), darstellen und auf diese Weise die Warenverkehrsfreiheit berühren. Nach der Rechtsprechung des EuGH liegt eine Diskriminierung



vor, wenn ein Versandhandelsverbot Versandapotheken aus dem EU-Ausland stärker beeinträchtigt als inländische Versandapotheken. Mit relativ knappen Ausführungen bejahte der EuGH diese Voraussetzung in einem die niederländische Versandapotheke DocMorris betreffenden Urteil aus dem Jahr 2003. Zur Begründung führte das Gericht aus, im Internet und damit über den Versand als Vertriebsweg liege für ausländische Apotheken ein Mittel, ich zitiere – „das für den unmittelbaren Zugang zum Markt eher geeignet ist.“ Etwaige Diskriminierungen können allerdings nach Artikel 36 AEUV gerechtfertigt werden. In Betracht kommen Gründe zum Schutz der Gesundheit und des Lebens von Menschen. Die Bestimmung des Schutzniveaus dieser Rechtsgüter bleibt den Mitgliedstaaten vorbehalten. Gleichwohl bedarf zur Rechtfertigung von Diskriminierungen die Geltendmachung tatsächlicher Gefahren für die genannten Rechtsgüter. Der EuGH lies in dem DocMorris betreffenden Urteil eine Rechtfertigung nach Artikel 36 AEUV für ein Versandhandelsverbot im Hinblick auf verschreibungspflichtige Arzneimittel ausdrücklich zu. Vergleichend kann zudem festgestellt werden, dass die weit überwiegende Mehrheit der EU-Mitgliedstaaten den Versandhandel von verschreibungspflichtigen Medikamenten ebenfalls untersagt. Ein solches Verbot ist derzeit in insgesamt 21 Mitgliedstaaten, also bei insgesamt drei Vierteln aller Mitgliedstaaten verankert. Dieser Hinweis führt nicht zu einem rechtsdogmatischen Argument, aber er liefert zumindest ein Indiz dafür, dass hier schwerlich von einer Europarechtswidrigkeit ausgegangen werden kann. Sonst wäre in drei Viertel aller Mitgliedstaaten ein solcher Verstoß feststellbar. Der EuGH erkannte in dem vom Herrn Vorsitzenden bereits genannten Urteil vom 19. Oktober 2016 keine Rechtfertigung im Sinne des Artikels 36 AEUV für die deutsche Arzneimittelpreisbindung. Allerdings beruht diese Entscheidung auf der Annahme, dass es nicht gelungen sei, den Eintritt der wohl wahrscheinlichsten Gefahr, nämlich den Ansporn zu einem Preiswettbewerb um sogenannte Rx-Arzneimittel glaubhaft zu machen. Genau dieser Preiswettbewerb würde sich aber bei Freigabe des Marktes für den Versandhandel zum Nachteil der Präsenzapotheken ergeben. Das Urteil des EuGH in dieser Sache kann daher nicht als Argument gegen ein Versandhandelsverbot vorgebracht werden. Im Ergebnis bleibt festzuhalten, dass eine Rechtfertigung der

Diskriminierung gemäß Artikel 36 AEUV möglich wäre. Ein Versandhandelsverbot für verschreibungspflichtige Arzneimittel wäre also unionrechtskonform.

Abg. **Bettina Müller** (SPD): Ich habe eine Frage an den Bundesverband Deutscher Versandapotheken. In der Diskussion über ein Rx-Versandhandelsverbot wird auch die Problematik der Spezialversender thematisiert. Stellen Sie bitte mit Beispielen dar, welche Probleme bei einem Rx-Versandhandelsverbot konkret für die flächendeckende Versorgung von Patientengruppen mit speziellen Bedarfen entstehen würden.

SV **Christian Buse** (Bundesverband Deutscher Versandapotheken (BVDVA)): Wir sind hier in einem ganz wichtigen Bereich, der möglicherweise nicht so transparent ist wie DocMorris etc., aber für die Patienten einen ganz entscheidenden Bezugsweg darstellt. Ich nehme als Beispiel Kinder, die unter Spina bifida leiden. Das ist eine relativ seltene Erkrankung, an der in Deutschland ca. 10 000 Kindern erkrankt sind. Davon werden 25 bis 30 Prozent per Versandhandel versorgt. Dieser wird von Kollegen betrieben, die sich auf die Herstellung dieser Fertigspritzen konzentriert haben. Es gibt kein adäquates Fertigarzneimittel im Vertrieb und diese Spezialisten arbeiten eng mit den Arztpraxen und den Patienten zusammen. Es ist mitnichten so, da möchte ich meinem Kollegen Schmidt widersprechen, dass das jede Apotheke machen kann. Was bedeutet das in der Konsequenz? Wenn nicht jede Apotheke das herstellen kann, gibt es einmal die Möglichkeit, dass ein Hersteller diese Produkte produziert und an die Apotheken liefert. Das ist nicht der Fall. Ich kann mir auch nicht vorstellen, dass es ein zielführender Weg ist, § 13 Arzneimittelgesetz (AMG) hier zu umgehen, also die Herstellungserlaubnis auszuhebeln, die für die deutschen Herstellungsbetriebe und pharmazeutischen Unternehmer entscheidend ist. Es ist das Privileg der Apotheke, Arzneimittel direkt herzustellen und an den Patienten zu liefern, ohne dass sie eine Herstellungserlaubnis haben muss. Will man so etwas von Apotheke zu Apotheke weiterreichen, würde man das AMG aushebeln. Die Tragweite dessen wäre heute noch gar nicht absehbar. Das heißt, Patientengruppen sind darauf angewiesen. Ich kann Ihnen noch einige Beispiele aus dem Bereich der Home-Care-



Versorgung von parenteral ernährten Patienten nennen. Der Home-Care-Bereich wird aktuell in Deutschland nicht separat honoriert, sondern die Anbieter finanzieren sich aus dem Produkt. Wenn ich Krankenschwestern habe, die am Entlass-Management im Krankenhaus teilnehmen und die Leute am Krankenbett übernehmen, kann das mitnichten jede Apotheke, sondern das machen bei uns angestellte Krankenschwestern, die direkt mit dem behandelnden Arzt den Infusionsplan abstimmen und die Überleitung zum Hausarzt begleiten. Das ist politischer Wille und, mit Verlaub, nicht durch Botendienste etc. zu ersetzen.

Abg. **Ute Bertram** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die ABDA. Auf Grund des EuGH-Urteils findet die AMPreisV derzeit nur auf ausländische Versandapotheken keine Anwendung. Vor dem Hintergrund des Anteils des Versandhandels könnte man der Meinung sein, dass die derzeitige Situation nicht so bedrohlich für die Apothekenslandschaft sein kann. Teilen Sie diese Auffassung? Begründen Sie bitte Ihren Standpunkt.

SV **Friedemann Schmidt** (ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V.): Das von Ihnen geschilderte Bild bildet im Grunde die Ist-Situation ab, dass die europäischen Versandapotheken einen relativ begrenzten Marktanteil im Bereich der verschreibungspflichtigen Arzneimittel erreicht haben. Da es im Bereich verschreibungspflichtiger Arzneimittel keinen Preiswettbewerb gibt, liegt der Marktanteil bei unter einem Prozent. Wir gehen davon aus, dass Patienten das Preis-signal vermehrt wahrnehmen und die Leistungen der europäischen Versandapotheken nachfragen werden, sobald der Preiswettbewerb für diese Anbieter möglich wird. Im Zusammenhang dazu hat der CEO von DocMorris gerade das Ziel von neun Prozent Marktanteil für sein Unternehmen festgesetzt. Wenn allein dieser Anbieter von neun Prozent Marktanteil ausgeht, stellt dies für die Präsenzapotheken in Deutschland ein relevantes Problem dar.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Eine Frage an den Bundesverband Deutscher Versandapotheken. Ich habe selber eine Dauermedikation und wenn ich mein Rezept in der Apotheke einlöse, werde ich immer wieder nach dem Einnahmeverhalten und weiterem Informationsbedarf gefragt.

Mit wieviel Prozent der OTC-Kunden [OTC – apothekenpflichtige, aber rezeptfreie Medikamente] und der Rx-Kunden führen die deutschen Versandapotheken solche Gespräche?

SV **Christian Buse** (Bundesverband Deutscher Versandapotheken (BVDVA)): Prozentual kann ich Ihnen das spontan nicht beantworten, aber der letzte öffentlich kommunizierte Test zum Thema „Beratungsqualität in Vorort-Apotheken und Versandapotheken“ hat ganz klar mit dem Beratungssieger Versandapotheke abgeschlossen. Arzneimittelversand bedeutet nicht Arzneimittel ohne Dienstleistung, sondern stellt mindestens eine gleichwertige Dienstleistung dar. Wir haben als Versandapotheke einen Patientenbrief eingeführt, d. h., jeder Patient bekommt für seine Medikation einen individuellen Brief mit der Information zu Einnahmezeitpunkten, zu Wechselwirkungen und möglichen Interaktionen. Das lässt sich in der digitalisierten Welt aus unserer Sicht sehr gut in einer Versandapotheke abbilden.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an Herrn Prof. Dr. Hauck. Wir haben die Ausführungen von Herrn Prof. Dr. Sodan und Herrn Prof. Dr. May zu der Frage der europarechtlichen Situation im Hinblick auf die Rechtsprechung des EuGH, auch von 2003, und die verfassungsrechtlichen Ansätze gehört. Das EuGH-Urteil vom Oktober 2016 hat die Regulierung des Apothekenmarkts mit sehr hohen Hürden versehen. Wie werden die gedeckelten Boni und die Regulierungen bewertet? Ist die Hürde für einen gedeckelten Boni bzw. ein Versandhandelsverbot gleich hoch oder was wäre der schwerwiegendere Eingriff, der vom EuGH später unter Umständen nochmal zu beurteilen wäre?

ESV **Prof. Dr. Ernst Hauck**: Zu der Boni-Frage hat sich der EuGH in seiner Entscheidung 2016 nicht geäußert. Die Begrenzung von Boni gehört in den Gesamtkontext der Ausgestaltung des Versicherungsrechts, insbesondere durch das SGB V. Es gilt der Grundsatz, dass die Versicherungen nicht an Krankheiten verdienen sollen. Dem trägt die Versicherung Rechnung, indem sie die Kosten, die entstanden sind, maximal erstattet oder übernimmt, sodass nur ihr die Preisvorteile zu Gute kommen. Boni, die letztlich beim Versicherten verbleiben, sind als Ausnahmen oder Einschränkungen von



Zuzahlungen in Betracht zu ziehen, die die Versicherten zu zahlen haben. Diese Boni mindern die Funktion der Zuzahlungen oder heben sie auf. Nachdem der EuGH zu diesem Problemkreis gar nicht Stellung genommen hat, obwohl der Generalanwalt diese Problematik in seinen Schlussanträgen hat anklingen lassen, kann man Schlussfolgerungen dazu nur auf Grund allgemeiner Überlegungen ziehen. Es gibt die europarechtskonforme Rechtfertigung einer Beibehaltung von Boni mit einem begrenzten Umfang, wenn dies durch statistisches Material in Kombination mit der Begründung der Stabilitätssicherung des finanziellen Gleichgewichts eines Sozialsystems gerechtfertigt ist. Relativ deutlich dagegen ist die Einschränkung des Versandhandelsverbots. Dies widerspricht den gemachten Erfahrungen und deshalb kann man auch nicht auf die 21 Mitgliedstaaten verweisen, die so etwas haben. Diese sind nicht in der Situation, dass sie den Versandhandel eingeführt haben und ihn dann wieder abschaffen wollen. Das ist eine fundamental andere Position.

Abg. **Dr. Katja Leikert** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die ABDA. Die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN schlägt die Diskussion eines Sicherstellungszuschlags vor. Wäre dies aus Ihrer Sicht geeignet, um bei Beibehaltung des Versandhandels die flächendeckende Wohnortversorgung sicherzustellen?

SV **Friedemann Schmidt** (ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V.): Aus unserer Sicht wäre dieses Instrument nicht geeignet, die flächendeckende Versorgung sicherzustellen. Wir haben in Deutschland seit 1958 ein System der Niederlassungsfreiheit, d. h. über die Verteilung von Apotheken im Land entscheidet am Schluss der freie Wille der Apothekerinnen und Apotheker, die eine Apotheke betreiben. Aus unserer Sicht sind Instrumente wie Sicherstellungszuschläge immer an die Definition einer Versorgungsnotwendigkeit gebunden, d. h. man müsste zunächst, ähnlich wie das im ärztlichen Bereich üblich ist, eine Art Versorgungsminimum definieren, danach feststellen, ob in den Versorgungsbezirken Unter- oder Überversorgung herrscht und dann diese Zuschläge, die hier offenbar gemeint sind, gezielt an die Apotheken fließen lassen, die tatsächlich versorgungsrelevant sind. Es gibt aber keine rechtlichen Instrumentarien, die

eine Bewertung dieser Situation ermöglichen. Insofern ist es sehr wahrscheinlich, dass ein solches Instrument zu massiven Fehlanreizen führen würde und zur Sicherstellung nicht geeignet wäre. Das zweite ist die Höhe dieses notwendigen Versorgungszuschlags. Herr Prof. Dr. May hat vorhin auf die massiven Auswirkungen hingewiesen, die schon ein minimaler Preiswettbewerb von einem Euro pro Packung ausmachen würde, wenn die Apotheke im Preiswettbewerb agieren müsste. Das entspräche Verringerungen des Betriebsergebnisses zwischen 20 und 50 Prozent. Diese Größenordnung über Sicherstellungszuschläge abbilden zu wollen, würde uns in Verhältnisse wie in Großbritannien führen, die Herr Prof. Dr. Buse dargestellt hat, wo Beträge zwischen 20 000 und 50 000 Pfund alleine für das Vorhalten der Einrichtung gezahlt werden müssen. Ich glaube, das sind eher Probleme, die neue Fehlanreize setzen. Wir gehen mit dem Antrag insoweit durchaus konform, dass über zusätzliche Maßnahmen zur Stabilisierung von bestimmten Apothekenstandorten nachgedacht werden müsste, aber solche Sicherstellungszuschläge halten wir als Lösung dieses Problems des Preiswettbewerbs durch Rx-Versandhandel für nicht geeignet.

Abg. **Marina Kermer** (SPD): Meine Frage richtet sich an die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände. Sie befürchten, dass auf Grund des EuGH-Urteils eine deutliche Erhöhung des Rx-Versandhandels zu erwarten ist. In den zurückliegenden Jahren betrug der Rx-Anteil am Gesamtumsatz lediglich ein Prozent. In diversen Veröffentlichungen ist nun von Prognosen mit einem Zuwachs auf bis zu 25 Prozent am Gesamtumsatz zu lesen. Auf welche Datengrundlage bzw. Expertise stützen Sie diese Annahme?

SV **Friedemann Schmidt** (ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V.): Wir stützen diese Prognosen zunächst auf Entwicklungen, die in Einzelhandelsbranchen zu beobachten sind, in denen Präsenzversorgung mit Fernabsatzversorgung im Preiswettbewerb gestellt wird. Also überall dort, wo ein Präsenzversorgungssystem unmittelbar damit konfrontiert wird, dass dieselben Produkte oder dieselben Leistungen im Internet zu günstigeren Preisen angeboten werden und der Marktanteil des Versandhandels dramatisch ansteigt. Davon muss man auch ausgehen, wenn



ein Preiswettbewerb zwischen Versandhandel und Präsenzversorgung im Arzneimittelbereich einsetzt. Der zweite Datenhintergrund sind Befragungen, die von unseren Kollegen, den Versandapothekern selbst in Auftrag gegeben wurden. In deren Stellungnahme zur heutigen Anhörung sind Ergebnisse zur Frage aufgeführt, wie stark das Interesse am Versandhandel ist, wie groß der Anteil an Patientinnen und Patienten ist, die sich grundsätzlich eine Versorgung über Versandhandel vorstellen können, wie viele Patienten das schon genutzt haben, es zukünftig nutzen wollen oder es insbesondere dann nutzen wollen, wenn diese Versorgung mit einem signifikanten Preisvorteil verbunden ist. Diese Zahlen sind schwer belastbar, deswegen haben wir Abschläge vorgenommen. Wir gehen aber trotzdem davon aus, dass im Grunde genommen ein deutlich zweistelliger Anteil von Patienten Interesse an einer Versandversorgung hätte und das auch nutzen würde, wenn das Preissignal stark genug ist.

Abg. **Rudolf Henke** (CDU/CSU): Meine Frage geht an den GKV-Spitzenverband. Wir haben vorhin über das Thema „Abschaffung von Zuzahlungen“ gesprochen. Es stehen Sozialwahlen bevor. Mich würde interessieren, wie der Spitzenverband das sieht.

**SV Johann-Magnus von Stackelberg** (GKV-Spitzenverband): Zunächst einmal müssen wir uns die Frage stellen, über welche Summe wir bei den Zuzahlungen reden. Das sind ungefähr 2,2 Milliarden Euro. Würden Sie die Zuzahlungen abschaffen, müsste dieser Betrag nach heutiger Gesetzeslage allein über Zusatzbeiträge erwirtschaftet werden, was zu einer Steigerung der Zusatzbeiträge von ca. 0,2 Prozentpunkten führen würde. Diesen Beitrag würden die Versicherten alleine tragen, weil der Arbeitgeberanteil nach heutiger Rechtslage gedeckelt ist. Zur Frage der Befreiung von Zuzahlungen selber gilt eine alte Regelung. Wir haben zwei Aspekte: einen Finanzierungs- und einen Steuerungsaspekt und es gilt die alte Regel: Wenn sie steuern sollen, müssen sie hoch sein und wenn sie hoch sind, sind sie unsozial. Die Frage ist, ob die jetzigen Regelungen unsozial sind. Das bedarf einer genaueren Analyse. Ich bin skeptisch, dass wir erkennbar schlimme soziale Folgen vor uns sehen, weil wir Befreiungstatbestände haben. Wir müssen uns über die Befreiungshöhen unterhalten, wenn es da Friktionen gibt. Natürlich gibt es immer

knapp über der Befreiungshöhe einen Grenzbereich. Das ist bei jeder Grenze so. Aus meiner Sicht gibt es keine erkennbaren gravierenden Auswirkungen, aber man muss sehr wachsam sein. Das ist zweifellos so. Insofern würde ich in dem Fall den Finanzierungsaspekt und nicht den Steuerungsaspekt in den Vordergrund stellen.

Abg. **Dirk Heidenblut** (SPD): Meine Frage geht an den Europäischen Verband der Versandapotheken. Wir haben vorhin zu der Frage Ausführungen gehört, wie sich der Rx-Versandhandel womöglich prozentual weiter entwickelt. Ich würde Sie bitten, aus Ihrer Sicht die Aussage zu bewerten, dass wir hier mit einem Wert um die 25 Prozent rechnen können.

**SV Max Müller** (Europäischer Verband der Versandapotheken (EAMSP)): Wir haben viele Vermutungen gehört, aber es gibt Empirie und Fakten. Der Versandhandel ist seit 2003 zugelassen. Wir haben einen Marktanteil von ca. einem Prozent bei Rx-Medikamenten und zwölf Prozent im OTC-Bereich. Im OTC-Bereich sind die Preise frei, d. h. man befindet sich bereits in einem Wettbewerb mit den Vorort-Apotheken. Dies hat 14 Jahre gedauert. Seit dem EuGH-Urteil und bezogen auf das ganze Jahr gehen wir vom europäischen Versandhandel, bezogen auf unsere Umsätze, von einem Wachstum von etwa sechs bis sieben Prozent aus, was im Gesamtmarktanteil in etwa einen Effekt von 0,1 bis 0,2 Prozent ausmachen würde. Einen Marktanteil von 25 Prozent zu erreichen, werde ich wahrscheinlich in meiner Arbeitszeit nicht mehr erleben. Ich möchte allerdings hinzufügen, dass die europäischen Versandapotheken bereit sind und diesen Vorschlag auch den Regierungsfraction bereits gemacht haben, die Bücher für ein Jahr durch einen unabhängigen Wirtschaftsprüfer prüfen zu lassen, um daran das Wachstum festzustellen. Die Zahl von 25 Prozent ist ein reines Wunschkonzert und Utopie.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Ich habe eine Frage an Herrn Prof. Dr. May zum Thema „Preisbindung“. Das EuGH-Urteil vom letzten Jahr erweitert die alte Debatte um den Versandhandel um die Dimension der Preisbindung. Können die festen Arzneimittelpreise bei Rx-Arzneimitteln überhaupt Bestand haben, wenn der Versandhandel nicht verboten wird?



**ESV Prof. Dr. Uwe May:** Sie könnten Bestand haben, wenn wir es für gerechtfertigt halten, dass wir die Apotheken in Deutschland gegenüber ihren Konkurrenten diskriminieren. Einfache Antwort: Wenn wir das nicht für gerechtfertigt halten, sind die beiden Dinge natürlich unmittelbar verbunden. Deshalb ist im Kern diese Debatte aus meiner Sicht eine Debatte über Preisbindung und nicht über Versandhandel. Wir sehen uns gezwungen, in den Versand zu verbieten, weil wir vor diese ökonomischen Alternativen gestellt werden. Die Entwicklungen in der Vergangenheit haben überhaupt keine Bedeutung für das, was wir zu erwarten haben. In Analogie: Es gab auch vor 2007 Rabattverträge im Arzneimittelbereich und sie hatten keinerlei Bedeutung. Das „Scharfstellen“ alleine durch bestimmte ökonomische Anreize hat ihnen in kurzer Zeit eine äußerst große Bedeutung gegeben. Die Parallele ist an dieser Stelle erlaubt. Sobald wir die Anreize „scharfstellen“ muss es nicht unbedingt kontinuierlich, sondern kann es auch sprunghaft zu einem Anstieg der Marktbedeutung kommen.

**Abg. Kordula Schulz-Asche (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):** Ich habe eine Frage an den GKV-Spitzenverband. Es ist so, dass wir Konzentrationsprozesse auf dem Apothekenmarkt haben. Wie schätzen Sie die Gründe ein und welchen Zusammenhang sehen Sie mit der Festpreisbindung? Würden Sie es für gut halten, wenn es, wie wir es in unserem Antrag fordern, ein Monitoring der Kammern, des Bundes und der Länder über die Apothekenentwicklung gäbe, um die Entwicklung der Versorgung zu sehen?

**SV Johann-Magnus von Stackelberg (GKV-Spitzenverband):** Wir sehen insbesondere zwei Gründe. Einmal ist es eine Frage des hohen Anteils von Fixkosten im Apothekenmarkt, wie Mieten und Personalkosten, die sich wegen der Preisbindung nicht proportional zum Arzneimittelabsatz verhalten. Es wurden viele Gründe für den Einheitspreis vorgebracht. Es sollen die Beratung, der Nachtnotdienst und die flächendeckende Landversorgung erhalten bleiben. Insbesondere Notdienst und Landversorgung kennen wir aus anderen Bereichen wie der Krankenhausversorgung und der ärztlichen Versorgung. Hier fordern Sie uns auf, Ideen zu entwickeln, was strukturerhaltende Zuschläge betrifft. Herr Schmidt von der ABDA hat das abgelehnt.

Das war für mich sehr verwunderlich. Er erzeugt damit Windfall-Profit bei städtischen Apotheken. Man kennt das berühmte Foto aus dem Ruhrgebiet, wo es an einer Kreuzung fünf Apotheken gibt, die sich zurzeit alle betriebswirtschaftlich rechnen. Aus meiner Sicht kommen Sie als Mitglieder dieses hohen Hauses nicht daran vorbei, sich Gedanken über die Vergütung der Apotheker zu machen und ob es nicht sinnvoll ist, so wie von Herrn Buse vom Bundesverband Deutscher Versandapotheken vorgeschlagen, Dienstleistungen direkt zu vergüten. Natürlich wollen wir Krankenkassen auch den Notdienst in der Nacht, eine vernünftige Beratung und die flächendeckende Landversorgung haben. Die Landversorgung ist ein zweiter Problemfall, der zur Konzentration und zur langsamen Abwanderung in städtische Gebiete beiträgt. Ich glaube nicht, dass der Erhalt des Einheitspreises dem Einhalt gebieten kann. Sie müssen das in der entsprechenden Vergütung vorsehen und wir sind alle gespannt, was die Datenerhebung des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie ergibt, um auf Grund dieser Datenlage vernünftige Vergütungsmodelle und vernünftige Vergütungsvorschläge zu entwickeln, die Notdienst und Landversorgung erhalten und trotzdem einen Versandhandel, da wo er sinnvoll ist und er ist sinnvoll, zu erhalten und nicht verbieten zu müssen. Ich sehe keine Notwendigkeit, ein Instrument, das von Versicherten angenommen wird, zu verbieten. Der Notdienst und die Landversorgung sind keine Gründe.

**Abg. Thomas Stritzl (CDU/CSU):** Ich stelle eine Frage an die ABDA, Herrn Schmidt. Die Versandhandelsapotheken geben über Boni Preisanreize. Könnten Sie sich das für Präsenzapotheken auch vorstellen und wenn, in welcher Höhe?

**SV Friedemann Schmidt (ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V.):** Ich mache es ganz plastisch. Meine eigene Apotheke setzt im Jahr etwa 36 000 GKV-Packungen ab. Das ist eine sehr stark GKV-bezogene Apotheke, wie viele in den neuen Bundesländern. Diese Apotheke erzielte im Jahr 2016 aus diesen Packungen plus einem OTC-Anteil von etwas weniger als zehn Prozent ein Betriebsergebnis von etwa 83 000 Euro. Wenn ich mich im Preiswettbewerb auf einen Preisnachlass von einem Euro pro Packung begeben, was jetzt scheinbar als das Maß für einen sanften



Wettbewerb definiert wird, und diesen meinen Patienten anbieten würde, was ich machen müsste, um keinen Patienten zu verlieren, würde das meinen Betrieb im Jahr etwa 35 000 Euro kosten und mein Betriebsergebnis um ca. 30 Prozent reduzieren. Das würde dazu führen, dass ich unter die vorhin genannte Schwelle von 50 000 Euro, das ist in etwa der Jahresverdienst eines angestellten Apothekers in der öffentlichen Apotheke, falle und das würde den Anreiz zur Selbstständigkeit auf null reduzieren.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Meine Frage geht auch an die ABDA. Gerade in ländlichen Regionen spielen schon jetzt Rezeptsammelstellen und Botendienste eine wichtige Rolle in der Versorgung des Patienten. Diese Rolle würde bei einem Rx-Versandhandelsverbot zwangsläufig noch größer werden, insbesondere auch für Apotheken mit Sterillabor, die oftmals in einem sehr großen Radius Patienten mit individuellen parenteralen Infusionslösungen versorgen. Welche Anforderungen müssten aus Ihrer Sicht an eine Apothekenbetriebsordnung bezüglich Rezeptsammelstelle und Botendienst gestellt werden, damit die Versorgung unbürokratisch und flexibel gestaltet werden kann? Gehen Sie in Ihrer Antwort bitte auf die Qualifikation des Botendienstpersonals, die Möglichkeit der telefonischen Beratung sowie die Definition des Einzugsgebietes und des Einzelfalls ein.

SV **Friedemann Schmidt** (ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V.): Das sind zwei verschiedene Tatbestände. Der Botendienst ist heute in der ApBetrO so geregelt, dass dieser angeboten werden und der Apotheker zusätzlich zur Lieferung des Produktes im Botendienst sicherstellen muss, dass die pharmazeutische Beratung des so versorgten Patienten sichergestellt wird. In den allermeisten Botendienstfällen ist es heute so, dass das Nachlieferungen sind. Das heißt, die Patienten waren in der Apotheke, es fehlt ein Produkt und dieses Produkt wird nachgeliefert, nachdem die Information des Patienten in der Apotheke erfolgt ist. Der zweite Fall ist die sogenannte Rezeptsammelstelle. Darauf bin ich vorhin eingegangen. Es wird in einem geordneten Verfahren eine Rezeptsammelstelle, die bestimmten Anforderungen entsprechen muss, in einer abgelegenen Region genehmigt und betrieben. Dort wird ein Botendienst im großen Umfang zur Belieferung dieser

Rezeptsammelstelle ausgeführt. Auch hier hat der Betriebserlaubnisinhaber die Verantwortung, die pharmazeutische Beratung zur Abgabe des Arzneimittels in geeigneter Weise sicherzustellen. Das kann durch persönlichen Besuch, Kontakt mit pharmazeutischen Personal oder auch telefonisch erfolgen. Die Verschärfung der Regeln für den Botendienst wird von uns insofern begrüßt, weil wir sehen, dass der Botendienst zukünftig eine größere Rolle spielen wird, wir aber auch zur deutlichen Abgrenzung vom Versandhandel darauf bestehen wollen, dass dieser Botendienst, auf dessen Weg auch die pharmazeutische Beratung gesichert wird, von pharmazeutischem Personal ausgeführt wird. Das ist heute noch nicht flächendeckend so und es wird eine Anpassungszeit benötigt. Wie Sie wissen, wird dieser Botendienst nicht vergütet und man muss sehen, dass das für die Apotheker in irgendeiner Weise wirtschaftlich gestaltet werden kann. Der zweite Punkt ist das Sterillabor. Grundsätzlich ist nach der ApBetrO jede deutsche Apotheke in der Lage, sterile Zubereitungen im Verfahren der aseptischen Herstellung oder der Sterilisation nach Herstellung anzubieten. Es gibt den Sonderfall der Zytostatika-Herstellung, die im § 11 Absatz 3 Apothekengesetz (ApoG) geregelt ist. Diese Substanzen stellen besondere Anforderungen nicht an die Qualifikation sondern an den Arbeitsschutz, weil die zu verarbeitenden Substanzen hochtoxisch sind. Die instrumentellen Anforderungen setzen hohe Investitionen voraus. Deswegen gibt es die Möglichkeit der Übertragung von einer Apotheke auf eine Präsenzapotheke. Wir haben vorgeschlagen, dass man diese Übertragungsmöglichkeit auf alle steril herzustellenden Zubereitungen erweitert. In unserer Stellungnahme haben wir eine Formulierung zur Erweiterung des § 11 Absatz 3 ApoG vorgeschlagen. Insofern sind mit beiden Maßnahmen, Weiterqualifizierung des Botendienstes im Sinne der Formulierung im Gesetzentwurf und die mögliche Erweiterung der Übertragungsmöglichkeit nach § 11 Absatz 3 ApoG, zumindest für den Übergangszeitraum, bis das Netz der versorgenden Apotheken wieder so dicht ist, dass tatsächlich jede Präsenzapotheke vor Ort zum Beispiel die von Herrn Buse genannten Patienten versorgen kann, Lösungen in Sicht.

Abg. **Erwin Rüdell** (CDU/CSU): Ich habe eine kurze Frage an den Bundesverband der Arznei-



mittel-Hersteller e. V. (BAH). Wie beurteilt die pharmazeutische Industrie das Rx-Versandhandelsverbot?

**SV Dr. Hermann Kortland** (Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e. V. (BAH)): Die pharmazeutische Industrie, vertreten durch den BAH, hat sich für ein Verbot des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln ausgesprochen, weil es die einzige kurzfristige, aber effiziente Möglichkeit ist, die inländische Benachteiligung deutscher Apotheken zu beseitigen. Das ist der eine Grund. Der zweite Grund ist die Einheitlichkeit der Arzneimittelpreise, des Herstellerabgabepreises und der Apothekenabgabepreise. Die Gleichpreisigkeit ist eine wesentliche Säule der deutschen Krankenversicherung. Alle Preisregeln wie zum Beispiel die Festbeträge, die Erstattungsbeträge, das Preismoratorium, die Herstellerabschläge und die Rabattverträge fußen auf dem Prinzip der Gleichpreisigkeit der Arzneimittel. Wenn diese Gleichpreisigkeit nicht mehr vorhanden ist – und der EuGH hat es zumindest für die ausländischen Apotheken erstmal festgestellt – brauchen wir ein völlig neues Abrechnungssystem in der GKV. Die Festbeträge, die Rabattverträge und auch die Herstellerabschläge funktionieren nicht mehr. Das bestehende Krankenversicherungssystem wird auch durch die Gleichpreisigkeit der Arzneimittelpreise hergestellt und ein Rx-Versandhandelsverbot ist eine effiziente Möglichkeit, die inländische Benachteiligung deutscher Apotheken zu beseitigen.

**Abg. Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Diese Frage geht an Herrn Prof. Dr. Sodan. Wir haben gerade von Herrn Prof. Dr. May gehört, dass das EuGH-Urteil eigentlich eine Debatte weniger um den Versandhandel, sondern eigentlich eine Debatte um die Preisbindung ist. Welchen Einfluss hat das auf die verfassungsrechtliche Diskussion und das Versandhandelsverbot aus Ihrer Sicht?

**ESV Prof. Dr. Helge Sodan**: Aus der europarechtlichen Entscheidung des EuGH kann man nichts für die Verfassungsmäßigkeit direkt herleiten. Das sind zwei verschiedene Beurteilungswege. Einmal prüft man die Vereinbarkeit mit dem Grundgesetz. Ich habe vorhin versucht darzulegen, dass hier keine Bedenken bestehen. Andererseits wird die Europarechtskonformität geprüft.

Da meine ich weiterhin, dass die Entscheidung vom Oktober 2016 keinen Einwand hinsichtlich der Regelung eines Versandhandelsverbotes für verschreibungspflichtige Arzneimittel liefert.

**Abg. Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Herr Prof. Dr. May hat dieses Gutachten erstellt und die Zusammenfassung, die aus Allgemeinthesen besteht, auch veröffentlicht. Deswegen meine Frage an ihn: Ist es möglich, das gesamte Gutachten zu erhalten, damit wir die Thesen auch inhaltlich nachvollziehen können?

**ESV Prof. Dr. Uwe May**: Ja, das können Sie selbstverständlich erhalten. Es ist das Ziel dieser Arbeit, das Gutachten zu veröffentlichen. Es liegt in Rohform vor und wird in Kürze verfügbar sein, um die Nachvollziehbarkeit zu gewährleisten.

**Der Vorsitzende**: Ich darf mich bei Ihnen, sehr verehrte Damen und Herren, herzlich bedanken. Wir haben heute eine sehr gute Anhörung gehabt, viele Argumente intensiv austauschen können und wir haben vorhin schon in anderen Zusammenhängen gesagt, der Gesetzgeber wird sich mit Sicherheit noch in diesem Jahr mit den Themen auseinandersetzen und es wird die eine oder andere Diskussion, vielleicht sogar hier in diesem Haus, im Rahmen einer weiteren Anhörung zum Rx-Versandhandelsverbot geben. In dem Sinne wird uns das Thema, meine sehr verehrten Damen und Herren, sicherlich weiter begleiten. Ich wünsche Ihnen einen schönen Nachmittag und genießen Sie die Sonne. Wir haben jetzt gleich noch eine zweite Anhörung.

Schluss der Sitzung: 15.23 Uhr

Dr. Edgar Franke, MdB  
Vorsitzender