Kommentierte Version von Iris an der Heiden & Frank Meyrahn, 2HM & Associates GmbH

Im Folgenden werden die in der Analyse benannten Kritikpunkte kommentiert, wobei der Schwerpunkt auf der Berechnungs- und Methodenkritik liegt und weniger in der Diskussion von abweichenden Interpretationen der AMPreisV. Der Originaltext der Analyse von Uwe Hüsgen ist unverändert in schwarz wiedergegeben, die Kommentare in blau.

Vorbemerkung und Zusammenfassung

Wir begrüßen grundsätzlich die Prüfung und Kritik des Gutachtens im Sinne eines wissenschaftlichen Prozesses, um ein bestmögliches Modell zu erarbeiten. Das Gutachten basiert auf einer Vielzahl an Datenquellen und Berechnungsschritten, die trotz erfolgter vielfältiger Prüfschleifen diskutiert werden können. Kern unserer Arbeitsweise ist es, die Berechnungen möglichst nachvollziehbar darzustellen, um Weiterentwicklungen zu dem komplexen Thema zu ermöglichen, auch wenn dabei die Gefahr besteht, dass Fehler zu Tage treten, die bei einem nicht so transparenten Vorgehen nicht auffindbar und damit behebbar wären. Wir bedanken uns daher bei Herrn Hüsgen für das gründliche Prüfen unserer Berechnungen.

Im Ergebnis unserer Nachberechnungen sind einige der von Herrn Hüsgen benannten Kritikpunkte als zutreffend zu bewerten. Die Interpretation dieser Punkte als eklatant oder das Gutachten grundsätzlich in Frage stellend ist jedoch in keiner Weise sachgerecht, ebenso die von ihm als unmöglich benannten Korrekturmöglichkeiten. Ebenso erlauben wir uns darauf hinzuweisen, dass die eine oder andere Wortwahl und Bewertung nicht wissenschaftlich oder gar kollegial sind und an vielen Stellen unangemessen. Es zeigt sich vielmehr, dass das Berechnungsmodell robust ist für Anpassungen im Detailbereich.

Insgesamt würden nur durch zwei der als richtig zu akzeptierenden Berechnungsanpassungen Preise in Ihrer Höhe verändert und könnten zu geringeren Vergütungen von insgesamt 40 Mio. € führen, davon letztlich nur 21 Mio. € durch Herrn Hüsgen angeregt. D.h. Anpassung zu Ungunsten des Großhandels. Das entspricht einer in der aktuellen Berechnung um 5,9 % erhöhten Gesamtvergütung des Großhandels. Damit folgen die benannten Ungenauigkeiten insgesamt der generellen Maßgabe des Gutachtens, im Zweifel zugunsten der Leistungserbringer zu berechnen. Diese und weitere Aspekte könnten entgegen der Bewertung von Herrn Hüsgen bei praktischer Anwendung des Modells problemlos angepasst werden.

Auf die Apothekenpreise haben diese Berechnungsaspekte entgegen der wiederholt benannten Einschätzung von Herrn Hüsgen keine Auswirkung. Ein von uns parallel geprüfter Berechnungsaspekt zum Hochpreiserumsatz zeigt bei den Apothekenpreisen ebenfalls nur minimalen Änderungsbedarf.

Die aktuellen Berechnungen führen in erster Linie zu unterschätzten Einsparpotenzialen bei den PHAGRO Mitgliedern, da die Berechnung den bisherigen Gewinn unterschätzt (Kürzung um ca. 290 Mio. € PHAGRO statt ca. 210 Mio. €). Die Auswirkungen auf Großhandelsebene wurde zudem im Gutachten nur für die PHAGRO-Mitglieder berechnet. Es ist durchaus möglich, Auswirkungen der Vergütungsänderungen umfassender zu berechnen (z. B. ca. 370 Mio. € auf der Großhandelsstufe insgesamt, wie von Herrn Hüsgen richtig berechnet). Dies gilt auch für Mehrwertsteuereffekte. Dass diese Berechnungen nachgelagert waren, hatte jedoch nicht wie von Herrn Hüsgen vermutet, das Ziel Auswirkungen zu verschleiern. Es war explizit nicht das Ziel des Gutachtens Einsparpotenzialen zu identifizieren, sondern vielmehr gesetzeskonform berechnete Preise zu bestimmen. Es ist im Gutachten transparent, auf welche Aspekte sich die Einsparungsberechnungen beziehen.

Die Analyse von Herrn Hüsgen verkennt in seinen Bewertungen insgesamt die Funktion des Gutachtens, belastbare Datenquellen und Berechnungswege für die Preise in der AMPreisV zu liefern vor dem Hintergrund einer bis dahin sehr intransparenten und auf unvollständigen Daten beruhenden Preisbestimmung, die sich einer fachlichen Debatte entzog. Im Folgenden wird dennoch zu den einzelnen Aspekten im Detail sachlich Stellung bezogen. Die Punkte werden zur einfacheren Lesbarkeit nummeriert.

Analyse des Honorargutachtens - Schwerpunkt: Großhandel

Ende Dezember 2017, also unmittelbar vor Weihnachten, hat das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi) das von ihm in Auftrag gegebene und von der Unternehmensberatung 2HM & Associates GmbH, Mainz, erstellte Gutachten „Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) geregelten Preise" [1] auf seiner Internetseite veröffentlicht.

Wahrnehmbare Reaktionen
Die Reaktionen auf diese Publikation sind sehr unterschiedlich ausgefallen.
In der für das Gutachten zuständigen Wirtschafts- und Gesundheitspolitik dominieren andere Themen die Schlagzeilen:
- die von den USA ausgelöste Diskussion über Strafzölle (Stichwort: globaler Handelskrieg) und die einseitige Kündigung des Iran-Atomabkommens halten nicht nur den neuen Wirtschaftsminister in Atem;
- und im Gesundheitsbereich ist es neben der Wiederherstellung der paritätischen Finanzierung der Krankenversicherungsbeiträge insbesondere der „Pflegenotstand", der alle anderen gesundheitsrelevanten Themen in den Hintergrund drängt.

Die Krankenkassen fühlen sich durch das Gutachten in ihrer Meinung bestätigt, die Apotheker verdienten sowieso mehr, als ihnen eigentlich zustehe.
Die öffentliche Meinung fällt ähnlich aus.

Die Versandhändler (aus Deutschland) sehen in dem Honorargutachten ein Vehikel, mit dem sie das drohende Versandhandelsverbot für verschreibungspflichtige Arzneimittel meinen, abwenden zu können.

Und der DAV, als der legitime Vertreter der wirtschaftlichen Interessen der deutschen Apothekenleiter, hüllt sich in dieser für den Berufsstand gefährlichen Situation in Schweigen. Er möchte nicht, dass über das Gutachten diskutiert wird, auch weil es „von falschen Annahmen" ausgehe [2].
Man stelle sich nur vor, wie die Ärzte auf ein solches Gutachten reagiert hätten.

Angesichts der berechtigten Forderungen der Apotheker nach einer Anpassung des Honorars [3] fällt einem bei dieser Gemengelage – und gerade mit Blick auf die Krankenkassen – unwillkürlich der Ausspruch von Léon Gambetta, aus Anlass des von Frankreich verlorenen Deutsch-Französischen Krieges (1870 – 1871) mit dem Verlust von Elsass, Lothringen, ein:

„*Toujours y penser. Jamais en parler.*"
(Immer daran denken. Nie davon sprechen.)

Einzig in der DAZ wurde frühzeitig fundierte Kritik am Gutachten geäußert. Insbesondere Dettling [4], mit einer juristischen Expertise vom Feinsten, und Müller-Bohn [5, 6], mit bohrenden Fragen zur methodischen Vorgehensweise und alternativen Berechnungen, haben sich in ihren Veröffentlichungen mit dem Gutachten (zu den Apotheken-Daten) kritisch auseinander gesetzt; hier ist Kernerarbeit geleistet worden.
Aktuell hat der Treuhand-Experte Diener diese Kritik am Gutachten untermauert [7].

Was bisher aber fehlt, sind Beweise für Rechenfehler, für die Verwendung von falschen Bezugsgrößen und / oder für widersprüchliche Zahlen im Gutachten.

Das soll mit diesem Beitrag nachgeholt werden.

Dabei werden die methodischen Ansätze und Berechnungen der Gutachter zunächst nicht in Frage gestellt, auch weil die Zahlen unmittelbar vor der Veröffentlichung noch vom Statistischen Bundesamt überprüft und letztlich für gut befunden worden sein sollen.
Vielmehr wird – beispielhaft – in einem ersten Schritt nur geprüft, ob den Autoren des Gutachtens im Rahmen ihrer Ausführungen Rechenfehler unterlaufen sind, sie auf falsche Bezugsgrößen zurückgegriffen haben und /oder ihnen widersprüchliche Aussagen bewiesen werden können.
Ergänzend werden in einem zweiten Schritt – wieder beispielhaft – (weitere) methodische Schwächen des Gutachtens aufgedeckt.

I. Rechenfehler, falsche Bezugsgrößen sowie widersprüchliche Zahlen nachgewiesen 2HM-Gutachten fällt wie ein Kartenhaus in sich zusammen

Zunächst stellt sich die zentrale Frage des Vorgehens.
(1) Eine systematische Analyse des Gutachtens (d.h. der Vorschläge zur Honorierung in der Wertschöpfungskette) erfordert zwingend, dass man „den Warenströmen folgt“, also zunächst die Vergütung des Großhandels, und anschließend – darauf aufbauend – die Honorierung der Apotheken analysiert. Denn mit jeder Veränderung der Großhandelsvergütung ändern sich auch die Einkaufspreise der Apotheken – und damit zwangsläufig die Kalkulationsbasis derselben.
Da eine Änderung der Großhandelsvergütung aber z.B. auch auf den Direktbezug der Apotheken durchschlägt, muss auch dieses Marktsegment bei den Berechnungen auf der Apothekenstufe Berücksichtigung finden.
Darum gilt: Wenn man den Gutachtern bei ihren Berechnungen zum Großhandel schon gravierende Fehler nachweisen könnte, müssten alle darauf aufbauenden Berechnungen natürlich verworfen werden. Dann fiele das gesamte Gutachten wie ein Kartenhaus in sich zusammen.
Warum im vorliegenden Gutachten einerseits eine andere Reihenfolge gewählt wurde, anderseits u.a. der Direktbezug nicht ausreichend Berücksichtigung gefunden hat, erschließt sich dem interessierten Leser nicht.

(Kommentar 1) Richtig ist, dass für die Berechnung des prozentualen Zuschlags der Apotheken der Einkaufspreis der Apotheken relevant ist. Dieser reduzierte sich von ca. 29,0 Mrd. € auf ca. 28,6 Mrd. € (2018), wenn der von Herrn Hüsgen später im Text benannte Rückgang auf Großhandelsstufe von 371 Mio. € realisiert wird. Aber: Der Effekt dieser Veränderung auf den prozentualen Zuschlag liegt in der dritten Nachkommastelle bei 0,06 % und verändert den ohne Nachkommastelle berechneten prozentualen Zuschlag von 5 % damit nicht. Damit ist die Schlussfolgerung, dass damit das gesamte Gutachten wie ein Kartenhaus in sich zusammenfällt, unangemessen und wissenschaftlich keine gute Praxis, da der richtigen Interpretation von Ergebnissen neben der korrekten Berechnung ebenfalls ein hoher Stellenwert zukommt.

Zugrunde liegende Daten

Als Datenquellen verwendet das Gutachten grob klassifiziert [1, S. 2 ff.]:
1. öffentlich zugängliche Auswertungen und Statistiken;
2. nicht öffentlich zugängliche, von Externen erstellte Auswertungen und Statistiken;
3. Daten aus eigenen Erhebungen (die im Anhang des Gutachtens beschrieben sind).

I.1. Rechenfehler

Im Rahmen der Analyse der Großhandelsdaten sei zu Beginn auf eine bemerkenswerte Passage des Gutachtens verwiesen [1, S. 176 ff.]:

„Laut PHAGRO (ist) davon auszugehen, dass eine Aufteilung der Kosten für Rx ausschließlich im Verhältnis der Packungszahlen nicht die Realität widerspiegelt, und zwar aus den folgenden genannten Gründen:

- *Produkte, für die ein Mehraufwand geleistet werden muss; BtM-, Kühlketten- und Kühlprodukte sowie Gefahrenstoffe.*

- *Behördliche Auflagen für Rx-Produkte erfordern einen entsprechenden Verwaltungsaufwand.*
- *Nur im Rx-Bereich existieren sehr teure Produkte, für die höhere Kapitalkosten und höhere Kosten für Bruch und Schwund entstehen.*
- *Nur im Rx-Bereich existieren Produkte, die mit höherem Kostenaufwand gesondert gesichert werden müssen, da bspw. ein attraktiver illegaler Markt vorhanden ist.*
- *Umsetzung von Rabattverträgen.*
- *Umsetzung der Fälschungsschutzrichtlinie (RL 2011/62/EU).*
- *Umsetzung der GDP-Guidelines.“*

Die Gutachter haben diese Einschätzung des PHAGRO aufgegriffen und dazu eine Befragung unter den vollversorgenden Großhändlern (einschließlich AEP) durchgeführt, allerdings nur in Bezug auf den Absatz – und nicht den Umsatz [1, s. z.B. Kapitel 15.4, Fragebogen Primärerhebung vollsortierter Großhandel, S. 352 ff.], mit folgenden Ergebnissen [1, Tabelle 44, S. 179]

Tabelle A: Gewichtungsfaktoren …

Produkt/Prozess	Gewichtungs-faktor 2017
BtM Betriebskosten	**4,6**
BtM Bruttoinvestitionen	**8,7**
BtM Personalkosten	**7,1**
BtM Transportkosten	**4,1**
Kühlprodukte Betrieb	**5,1**
Kühlprodukte Bruttoinvestitionen	**5,2**
Kühlprodukte Personalkosten	**3,0**
Kühlprodukte Transportkosten	**4,4**
Hochpreiser (pauschal)	**4,0**
Sonstige Rx	**1,0**

(2) Diese Gewichtungsfaktoren, die besonders kostenintensiven Rx-FAM betreffend, wurden von den Gutachtern anschließend den – im Auftrag des PHAGRO vom IFH (Institut für Handelsforschung, Köln) für 2016 (!) ermittelten (!) – Kostenarten zugeordnet und abschließend mit den zugehörigen, immer noch gemäß IFH ermittelten, prozentualen Anteilen verknüpft – diesmal allerdings auf Basis der vom Statistischen Bundesamt (destatis) ermittelten Gesamtkosten des Großhandels für 2015(!). Eine, nicht nur für Statistiker, ungewöhnliche Verfahrensweise, auf die an späterer Stelle nochmals intensiv eingegangen wird.

Wie die Daten „zusammengefügt“ wurden, zeigt die (um die Gewichtungsfaktoren erweiterte) **Tabelle B: Kostenstruktur vollversorgender Großhandel …** [1, Tabelle 43, S. 178] für die Jahre 2016 (IFH) und 2015 (destatis)

Kostenaufteilung	IFH (PHAGRO) 2016		destatis 2015	
	in Euro	in Proz.	in Euro	in Proz.
Gesamtkosten	1.239.933.977 €	100,00%	1.065.554.882 €	100%
- davon Personal	595.890.600 €	48,06%	533.602.698 €	48%
- davon Touren / Transport	309.983.494 €	25,00%		25%
- davon Raum / Miete	84.267.358 €	6,80%		7%
- davon IT	48.152.776 €	3,88%		4%
- davon Finanzierungskosten	36.114.582 €	2,91%		3%

- davon allg. Verwaltungskosten	111.353.294 €	8,98%		9%
- davon Sonstige Kosten	54.171.873 €	4,37%		4%

Randbemerkung:
Allein bei den Personalkosten kommt man mit dieser „ungewöhnlichen Verfahrensweise der Berechnung“ auf nur 512.087.054 Euro [1, Tabelle 45, S. 180], also gut 21,5 Mio. Euro weniger als vom Statistischen Bundesamt (destatis) ermittelt.
Das zeigt beispielhaft, wie wenig valide diese Rechnungen sind.

(Kommentar 2) Sowohl die Destatis-Daten als auch die Daten des IFH werden von den Mitgliedern des PHAGRO geliefert und umfassen alle PHAGRO-Mitglieder. Der PHAGRO ist bereits mit 2HM und dem statistischen Bundesamt im Gespräch, wie es zu den Abweichungen in den Kosten kommen kann. Für das Gutachten sind die amtlichen Daten maßgeblich.

Warum die Verknüpfung von Datenquellen an dieser Stelle schädlich sein soll, lässt Herr Hüsgen offen. Die Verwendung der Kostenstruktur der IFH dient der konkreteren Abfrage der Zusatzaufwendungen für BtM und Kühlartikel und deren angemessene Berücksichtigung in den Gewichtungsfaktoren, die jedoch insgesamt Schätzungen der befragten Großhändler darstellen und aufgrund des explizit gewünschten Schätzcharakters nicht für ein Jahr, sondern pauschaler zu bewerten sind. Der Aufwand wird dann auf die jahresgenauen Packungsanzahlen angewendet und wiederum den Kosten gegenübergestellt. Grundsätzlich ist es für die Vergütungsberechnung in der AMPreisV zwangsläufig notwendig Leistungs- und Kostendaten zu verknüpfen, also unterschiedliche Datenquellen zu nutzen und für die Trennung von Rx und Non-Rx annahmenbasiert vorzugehen.

Mit Hilfe der Scoring-Methode wurden die kostenintensiven Rx-FAM anschließend von den Gutachtern gewichtet, wie der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen ist [1, Tabelle 45, S. 180].

Tabelle C: Berechnung der Gewichtungsfaktoren …
… für kostenintensive Rx-FAM anhand der "relevanten Kostenanteile"

Berechnung der Gewichtungsfaktoren für kostenintensive Rx-FAM anhand der "relevanten Kostenanteile"			Gewichtungsfaktoren		
			BtM	Kühl-produkte	Hoch-preiser
Nr.	A		B1	B2	B3
	1,000	Gesamtkosten			4,0
1	0,481	- davon Personal	7,1	3,0	
2	0,250	- davon Touren / Transport	4,6 (4,1)	5,1 (4,4)	
3	0,068	- davon Raum / Miete	1,0	1,0	
4	0,039	- davon IT	1,0	1,0	
5	0,029	- davon Finanzierungskosten	4,6	5,1	
6	0,090	- davon allg. Verwaltungskosten	8,7	5,2	
7	0,044	- davon Sonstige Kosten	4,6	5,1	
BI = ∑ A(n) x BI(n); I = 1, 2, 3; n = 1, …, 7			5,785	3,662	4,000
Gewichtungsfaktor (gewichtetes Mittel)			**5,8**	**3,7**	**4,0**

(3) Allerdings ist die Zuordnung der Gewichtungsfaktoren nicht komplett nachvollziehbar. So wurde von den Gutachtern bei den Touren-/Transportkosten mit den in Klammern gesetzten Werten

gerechnet, und nicht mit den rechnerisch ermittelten.

(Kommentar 3) Diese Anmerkung ist missverständlich und nicht richtig: Es wurde für Touren /Transport anhand der angegeben Werte gerechnet, nicht mit den Werten in Klammern. Allerdings wären die Werte in Klammern die richtigen Werte für die Berechnung. Hier liegt ein Übertragungsfehler vor, der die resultierenden Gewichtungsfaktoren für BtM und Kühlprodukte insgesamt von 5,8 auf 5,6 bzw. von 3,7 auf 3,5 zu Ungunsten des Großhandels reduzieren würde. Im Ergebnis der Berechnung, also dem absoluten Festzuschlag für Fertigarzneimittel für den Großhandel, ändert sich durch diese Korrektur allerdings nichts (lediglich in der dritten Nachkommastelle, die in den Preisen keine Berücksichtigung findet).

(4) Dabei stellen sich für den interessierten Leser z.B. folgende Fragen:
Sind mit Betriebskosten zugleich Touren-/Transport- und Finanzierungskosten und Sonstige Kosten abgedeckt? (Für die Transportkosten wurde von den Gutachtern folgende Begründung abgegeben: Der Transport für Rx wird deutlich höher gewichtet als für Non-Rx [Stichwort: Lieferfrequenz]).
Sind mit allg. Verwaltungskosten Bruttoinvestitionen gemeint?

(Kommentar 4) Die Kostenbereiche der destatis-Daten in der Jahresstatistik im Handel decken alle Kosten der Apotheken und Großhandlungen vollständig ab. Bruttoinvestitionen wurden additiv zu den Kosten einbezogen (als Berechnungsalternative zu Abschreibungen und Zinsen).

Für die Bestimmung der Gewichtungsfaktoren wurden in Anlehnung an die vom PHAGRO gelieferten Prozesse nur die Bereiche Betriebskosten, Bruttoinvestitionen, Personal und Transport unterschieden (die Details der Befragung sind anhand des Fragebogens im Anhang des Gutachtens nachvollziehbar). In der Anwendung der Befragungsergebnisse auf die Kostengruppen des IFH wurde entweder der inhaltlich passend abgefragte Wert oder pauschal der erhöhte Aufwand Betriebskosten oder auch der Faktor 1 (also gleicher Aufwand für alle Artikel) angenommen. Die zusätzliche Gewichtung der Transportkosten aufgrund der Lieferfrequenz erfolgt erst in einem nachgelagerten Berechnungsschritt.

Die hinterfragte Zuordnung des Gewichtungsfaktors für Bruttoinvestitionen zu den allgemeinen Verwaltungskosten resultiert nicht daraus, dass allgemeine Verwaltungskosten Bruttoinvestitonen sind oder umgekehrt. Vielmehr wurde hier der Gewichtungsfaktor aus dem Grund gewählt, dass bei Bruttoinvestitionen einerseits sehr hoher Zusatzaufwand von den Großhändlern benannt wurde, andererseits die vergleichbaren Angaben zu Abschreibungen in der Kostenaufstellung 2016 - im Gegensatz zur Kostenaufstellung 2010 - nicht ausgewiesen waren (insgesamt lagen nur diese beiden Jahre dem Projektteam vom PHAGRO/IFH vor). Die hohen Gewichtungsfaktoren für Bruttoinvestitionen (8,7-fach bzw. 5,2-fach) wurden daher zugunsten des Großhandels auf einen beliebigen, jedoch relativ großen Kostenbestandteil, die allgemeinen Verwaltungskosten mit 96 Mio. €, aufgeschlagen (die Abschreibungen lagen im Jahr 2010 bei nur 54 Mio. €).

Dieser Kommentar war ausschließlich erläuternd. Änderungen in der Berechnung ergeben sich nicht.

Weiter schreiben die Gutachter [1, S. 180]:
„*Unter Einbezug der ermittelten Gewichtungsfaktoren … ergeben sich … gewichtete Packungszahlen. Durch die Gewichtung der Packungszahlen wird in der Summe der Packungen der Mehraufwand berücksichtigt. … BtM-, Kühlprodukte- und Hochpreiser-Packungen erhalten durch die Gewichtung größere Kostenanteile und damit steigt der Rx-Kostenanteil ggü. dem Non-Rx-Kostenanteil.*“

Zur Klarstellung:
Durch die Gewichtung erhalten die „kostenintensiven“ Produkte größere Kostenanteile, die aber nicht

zu einer Veränderung der Gesamtkosten führen, weil diese – auf der anderen Seite – mit den Non-Rx verrechnet werden.

In Kapitel 9.5 des Gutachtens „Berechnung des absoluten Festzuschlags“ [1, S. 184 ff.] geben die Autoren von 2HM in einem ersten Schritt folgende Berechnungslogik vor [1, S. 185]:
Schritt 1 (für die Packungszahlen):

	Anzahl / Packungen BtM	*x*	*Gewichtungsfaktor BtM*
+	*Anzahl / Packungen Kühlartikel Rx*	*x*	*Gewichtungsfaktor Kühlartikel*
+	*Anzahl / Packungen Hochpreiser*	*x*	*Gewichtungsfaktor Hochpreiser*
+	*Anzahl / Packungen sonstige Rx-FAM*		
=	***Anzahl / Packungen Rx gesamt FAM gewichtet***		

Ausgehend von den Daten des Gutachtens [1, Tabelle 42, S. 175 ff.] ergeben sich aufgrund eigener Berechnungen – im Beispiel für 2018 – folgende Werte gemäß Tabelle 1.

Tabelle 1: „Rx-FAM-Klassen“, unter besonderer Berücksichtigung der „kostenintensiven“ Rx-FAM (d.h. unter Aufwandsgesichtspunkten gewichtet)

"Rx-FAM-Klasse"	Rx-FAM in Mio.	Gew.-faktor	gew. Rx-FAM in Mio.
BtM	13,3	5,8	77,1
Kühlartikel	40,3	3,7	149,1
Hochpreiser	2,6	4,0	10,4
Sonstige Rx-FAM	627,2	1,0	627,2
Summe	(683,4)		863,7

(5) Doch die Gutachter weisen anstelle von 863,7 Millionen gewichteten Packungen 919,9 Millionen (gew.) Packungen aus [1, Tabelle 47, S. 185]. Offensichtlich haben sie die „sonstigen Rx-FAM“ nicht um die BtM, Kühlartikel und Hochpreiser (in Höhe von 56,2 Millionen) reduziert.
Dies macht immerhin eine Abweichung von 6,1 Prozent aus.

Andererseits sind die nicht-verschreibungspflichtigen Kühlprodukte (in Höhe von 3 Mio. Packungen) [1, Tabelle 42, S. 175 ff.] nicht gewichtet worden, so dass sich diese Zahl von 765,0 Millionen Packungen um 7,4 Millionen Packungen auf 772,4 Millionen Packungen erhöhen würde.
Die „Gesamt Packungen PHAGRO gewichtet“ würden demnach – durch Reduktion bei den Rx-Fertigarzneimitteln und durch Hinzufügungen bei den nicht-verschreibungspflichtigen Fertigarzneimitteln – für 2018 nicht 1.684,9 Millionen Packungen, sondern 1.636,1 Millionen Packungen betragen [1, Tabelle 47, S. 185].

Bereits an dieser Stelle konnten den Gutachtern signifikante Rechenfehler nachgewiesen werden, die die Ergebnisse für den Großhandel nachhaltig verfälschen.

(Kommentar 5) Es ist richtig, dass die Non-Rx-Kühlartikel präziser Weise ebenfalls gewichtet werden müssten. Auch entspricht es der Befragungslogik der Großhändler etwas besser, die Gewichtungsfaktoren nicht zusätzlich zur Gesamtpackungsanzahl anzuwenden, wie es in der aktuellen Berechnung erfolgt ist, sondern die Anzahl der BtM, Kühlartikel und Hochpreiser mit Gewichtungsfaktor zu bestimmen und dann nur die restliche Anzahl Packungen zu addieren. Wendet man diese Berechnung an, reduzierte sich der absolute Zuschlag von 0,96 € auf 0,94 €, das entspricht absolut ca. 14 Mio. € in Bezug auf das Packungsvolumen für Rx-FAM der PHAGRO-Mitglieder. D. h. die aktuelle Berechnung erfolgt zugunsten der Leistungserbringer, einem allgemeinen Prinzip in der Gutachtenerstellung. Es ist problemlos möglich, die Berechnung in dem transparenten Berechnungsmodell an dieser Stelle anzupassen, was das Gesamtergebnis nur

leicht verändern würde (-1,8%).

Bei einer annahmenbasierten Berechnung, wie sie für die Vergütungsbestimmung notwendig ist (durch Trennung von Rx und Non-Rx und entsprechende Schätzungen), kann es insgesamt nur darum gehen, den bestmöglichen Berechnungsweg zu wählen und in Aktualisierungs-berechnungen konsistent anzuwenden – eine hundertprozentige Bestimmung der Preise ist durch die theoretische Trennung der Kosten der Geschäftsbereiche nicht möglich und auch nicht notwendig, solange die Berechnungswege diskutiert und jeweils die praktikabelste und präziseste Vorgehensweise gewählt wird.

I.2. Falsche Bezugsgrößen verwendet

(6) Vorbemerkungen:

1. Die Gutachter greifen beim Großhandelsumsatz sowohl auf die Daten der Jahresstatistik im Handel, PHAGRO/IFH, als auch auf eigene Erhebungen unter den Mitgliedern des vollsortierten Großhandels (einschließlich AEP) zurück.
   Da die Änderungen der AMPreisV auf Großhandelsebene, wie bereits oben angesprochen, auch Auswirkungen auf alle potentiell großhandelsfähigen, der Preisverordnung unterliegenden Produkte haben, sind nicht nur die von den Gutachtern ermittelten Großhandelsumsätze zu betrachten, sondern aus Gründen der Vollständigkeit und Vergleichbarkeit auch die Warenbezüge der Apotheken außerhalb der PHAGRO-Unternehmen, wie z.B. der Direktbezug.
   Anmerkung in eigener Sache: An dieser Stelle kann der Autor, speziell für die Jahre 2016 und 2017, auf die entsprechende Vollerhebung von INSIGHT Health zurückgreifen.
2. Die Zahl der Hochpreiser (ApU ≥ 1.200 Euro) ist von den Gutachtern an einer Stelle in Mio. Einheiten, mit zwei Kommastellen, ausgewiesen worden [1, Tabelle 48, S. 188 ff.]. Deshalb wird in der weiteren Analyse auf diese „exakteren" Zahlen zurückgegriffen.
3. Hochpreiser werden sowohl zulasten der GKV als auch auf ärztliche Privatverordnungen abgegeben.
4. Den Ausführungen der Gutachter ist zu entnehmen [1, Tabelle 46, S. 182], dass für die Hochpreiser nur der Absatz (aber nicht der zugehörige Umsatz) bei den PHAGRO-Mitgliedsfirmen und bei AEP abgefragt wurde [1, s. Kapitel 15.4, Fragebogen Primärerhebung vollsortierter Großhandel; S. 352 ff. des Gutachtens].
5. Desweiteren ist der „durchschnittliche ApU Hochpreiser (Quelle: GAmSi [8])" für die Jahre 2011 bis 2018 ausgewiesen [1, Tabelle 48, S. 188 ff.].

Wie die Gutachter den Hochpreiser-Umsatz („Umsatz Rx ab 1.200 Euro ApU") über die Jahre ermittelt haben, lässt sich den Unterlagen nicht zweifelsfrei entnehmen. Vermutlich wurde dazu die über den Großhandel ermittelte bzw. abgefragte Zahl der Hochpreiser mit dem „durchschnittlichen ApU Hochpreiser (Quelle: GAmSi)" multipliziert.
Dem Gutachten ist leider auch nicht eindeutig zu entnehmen, ob es sich beim „durchschnittlichen ApU Hochpreiser (Quelle: GAmSi)", der von den Gutachtern für 2016 mit 3.791 Euro angegeben wird, um den Einkaufspreis (ApU) oder den Abgabepreis des Großhandels handelt. Im ersten Fall müsste (zur Berechnung des Großhandelsumsatzes) noch der Großhandelsaufschlag (ab 2012: 38,50 Euro je Hochpreiser-Packung) addiert werden.

Für das Ausgangsjahr 2011 würde sich eine Übereinstimmung ergeben, sofern man als Produkt neben der Zahl der Hochpreiser den durchschnittlichen Einkaufswert des Großhandels je Hochpreiser ansetzt (was allerdings falsch wäre, weil dann der Großhandelsaufschlag nicht eingepreist ist).
Selbst wenn man – ab 2012 – zugrunde legt, dass es sich bei dem GAmSi-Wert um den (niedrigeren) Einkaufspreis des Großhandels (ApU) handelt und folglich – zur Ermittlung des Großhandelsumsatzes – noch den Aufschlag hinzuaddiert, ist die Differenz zum ausgewiesenen „Umsatz Rx (ab 1.200 Euro ApU)" eklatant. So übersteigt der von den Gutachtern ausgewiesene Wert z.B. das durch Multiplikation ermittelte Produkt im Jahr 2015 um fast 1 Milliarde Euro (oder um annähernd 12 Prozent).

Der „Umsatz Rx (bis 1.200 Euro ApU)“ ergäbe sich dann im Gutachten aus der Differenz von „Umsatz Rx (insgesamt)“ und „Umsatz Rx (ab 1.200 Euro ApU)“ für die Jahre 2011 bis 2016. Für die beiden anschließenden Jahre (2017 und 2018) ist offensichtlich nach der Methode der gleitenden Durchschnitte gerechnet worden. Dadurch kommt es in 2018 zwischen dem Gesamtumsatz und der Addition der Teilumsätze bereits zu einer Differenz von mehr als 550 Millionen Euro.

Eklatante Abweichungen

Von den Gutachtern wurde für das Jahr 2016 (letztverfügbarer Wert) der „durchschnittliche ApU Hochpreiser, Quelle: GAmSi“ mit 3.791 Euro angegeben (siehe oben). Dabei sind die GAmSi-Daten, wie der Name schon sagt, (vorläufige) Daten einer Schnellinformation, die sich zudem nur auf ärztliche Verordnungen zulasten der GKV beziehen.
Wegen der eklatanten Differenzen der Gutachter-Berechnungen zwischen dem ausgewiesenen und dem durch Multiplikation ermittelten Gesamtumsatz ist den Gründen für die Abweichungen nachzugehen. Dabei hat die Vermutung nahegelegen, dass der „durchschnittliche ApU Hochpreiser, Quelle: GAmSi“ zu hoch angesetzt sein könnte.

Auf der Suche nach Vergleichswerten für den durchschnittlichen Großhandelsabgabepreis (identisch mit dem Apothekeneinkaufspreis; AEK) von Hochpreisern wurden die entsprechenden Kennzahlen auf der Grundlage der Daten von INSIGHT Health, die dem Autor dieses Beitrages regelmäßig zur Verfügung gestellt werden, ermittelt (s. Tabelle 2).

Tabelle 2: Der Markt der Rx-FAM-Hochpreiser in den Jahren 2016 und 2017

Absatzweg	durchschnittlicher AEK je Hochpreiser		Hochpreiser in Mio. Packungen	
	2016	2017	2016	2017
zulasten der GKV	3.255 €	3.259 €	2,61	2,81
Privatverordnungen	2.822 €	3.027 €	0,32	0,33
insgesamt	3.208 €	3.235 €	2,93	3,13

Quelle: INSIGHT Health und eigene Berechnungen

Die Abweichung für 2016, GKV bzw. GAmSi betreffend, ist enorm; der von der Gutachtern herangezogene Durchschnittswert (3.791 Euro) liegt um mehr als 16 Prozent über dem laut Tabelle 2 berechneten Vergleichswert (von 3.255 Euro).

Wegen dieser enormen Abweichung wurde – aus Gründen der Absicherung – anschließend beim Träger des renommierten Arzneiverordnungs-Reports (WIdO) der entsprechende Wert für 2016 abgefragt. Die Antwort des Forschungsbereichsleiters Arzneimittel des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) lautete [9]:
„*Zum Stichtag 1.7.2016 betrugen die durchschnittlichen Brutto-Verordnungskosten aller verordneten, rezeptpflichtigen hochpreisigen Fertigarzneimittel mit gelisteten Preisen 3.953 Euro, bezogen auf die Apothekenverkaufspreise. Hochpreisig ist definiert gemäß § 2 AMPreisV als ein ApU ≥ 1200 Euro. Dieser Wert stellt jedoch keinen „Preis“ dar, sondern die durchschnittlichen Kosten, einschließlich Mehrwertsteuer und Versicherten-Zuzahlung, innerhalb des Marktsegmentes mit insgesamt 2043 unterschiedlichen Packungen (PZN) als Quotient aus Summe der Umsätze / Summe der Verordnungen*.“

Die Nachfrage zum „Stichtag“ wurde ebenso schnell beantwortet:
„*Der Stichtag dient lediglich dazu, die Grundmenge der Präparate mit einem ApU ≥ 1200 Euro zu definieren. Für die Berechnungen wurden die gesamten Verordnungsmengen und Umsätze dieser so definierten Präparate im Jahr 2016 zu Grunde gelegt. Definiert man einen anderen Stichtag, würde diese Grundmenge durch Marktein- und -austritte vermutlich leicht variieren und daraus dann auch ein leicht anderer Wert resultieren*.“

Ausgehend von dem vom WIdO ermittelten maßgeblichen Abgabepreis von 3.953 Euro verbleiben nach Abzug der Umsatzsteuer (von 19 Prozent, oder rund 631 Euro), des Festzuschlags (von 8,35 Euro) und der Nacht- und Notdienstgebühr (von 0,16 Euro) noch 3.313 Euro (gerundet auf ganze Euro; der Kassenabschlag von 1,77 Euro kann hier (!) vernachlässigt werden). Unter Berücksichtigung des prozentualen Aufschlags der Apotheke (von 3 Prozent) ergibt sich ein durchschnittlicher Hochpreiser-Großhandelsabgabepreis für 2016 von rund 3.217 Euro. Der zugehörige durchschnittliche ApU je zulasten der GKV abgegebenem Hochpreiser beträgt in 2016 damit rund 3.178 Euro.

Die Abweichung zu den für 2016 in Tabelle 2 ausgewiesenen Werten von 3.255 Euro (GKV) bzw. von 3.208 Euro (insgesamt) bestätigt die Vermutung, dass der von den Gutachtern herangezogene, „durchschnittliche ApU Hochpreiser, Quelle: GAmSi“ viel zu hoch angesetzt ist.

Der Vergleich zeugt einerseits von der Güte der (auf der Basis von INSIGHT Health) verwendeten Daten, andererseits von der massiven Fehleinschätzung der Gutachter. Denn die Differenz zwischen dem von den Gutachtern angegebenen Wert (von 3.791 Euro) beträgt, je nachdem ob der GAmSi-Wert den Großhandelszuschlag enthält oder den durchschnittlichen ApU des Großhandels definiert, rund 574 Euro (mehr als 15 Prozent) beziehungsweise rund 613 Euro (mehr als 16 Prozent)!

Man muss den Gutachtern an dieser Stelle vorwerfen, dass sie schlecht bzw. grob fahrlässig recherchiert haben.

Aufgrund der eigenen, offensichtlich repräsentativen Werte wurden nachfolgend die über das Gutachten ermittelbaren Anteile von Hochpreiser- und Nicht-Hochpreiser-Großhandelsumsätzen 2016 mit den entsprechenden Werten der gesamten potentiell großhandelsfähigen Umsätze insgesamt verglichen (s. Tabelle 3).
Achtung: Die Werte aus dem Gutachten (2HM) enthalten nur die Umsätze der PHAGRO-Mitgliedsunternehmen.

Tabelle 3: Umsatz des Großhandels gemäß Gutachten im Jahr 2016 [1, Tabelle 48, S. 188 ff.] **und potentiell großhandelsfähiger Umsatz** (Quellen: INSIGHT Health und eigene Berechnungen) **in den Jahren 2016 und 2017, aufgegliedert nach Nicht-Hochpreisern, Hochpreisern und insgesamt**

	2HM		eigene Berechnungen (Quelle: INSIGHT Health)			
	2016				2017	
Rx-Umsatz	in Mio. €	Anteile in %	in Mio. €	Anteile in %	in Mio. €	Anteile in %
ApU < 1.200 €	12.986,2	60,1%	18.643,4	66,5%	18.695,3	64,8%
ApU ≥ 1.200 €	8.613,3	39,9%	9.399,7	33,5%	10.137,6	35,2%
insges.	21.599,5	100,0%	28.043,1	100,0%	28.832,9	100,0%

(Kommentar 6) Die WIdO-Daten, die Herr Hüsgen zur Validierung der INSIGHT Health Daten heranzieht, entstammen der gleichen Quelle wie die GKV GAmSi-Daten, so dass die negative Bewertung der GAmSi-Daten durch Herrn Hüsgen in nicht sachkundigem Verhältnis zu seiner sehr positiven Bewertung der WIdO-Daten steht. Wir stimmen allerdings zu, dass die Daten von INSIGHT Health und GKV sowie ABDA in vielen Fällen eine hohe Konsistenz aufweisen, auch wenn sich aus Gründen der nicht immer gleichen Grundgesamtheit kleine Abweichungen ergeben, die keinen einheitlich richtigen Wert zulassen, jedoch eine richtige Größenordnung. In diesem Sinne werden die frei verfügbaren Daten der GKV zu einem Großteil der Verordnungen als hinreichender Näherungswert für die Vergütungsberechnung angesehen.

Der Fehler, der an dieser Stelle hingegen erfolgt ist, liegt nicht in der Auswahl der Daten, sondern in einem Missverständnis der Datenebene unsererseits. Das Selektionskriterium ist zwar der ApU (> oder < 1.200), die von der GKV gelieferte Größe an sich jedoch gibt den Bruttoumsatz der GKV

und demnach nicht den Umsatz des Großhandels, sondern den Apothekenabgabepreis wieder. Dies gilt es zu korrigieren, indem die Mehrwertsteuer sowie die Apothekenvergütung abgezogen werden: Der entstehende Wert liegt mit 3.129 € für das Jahr 2016 sogar etwas niedriger, insgesamt jedoch in vergleichbarer Höhe wie der von Herr Hüsgen angegebene Wert von 3.255 € zulasten der GKV bzw. von 3.208 € insgesamt. Die bisherige Berechnung ist daher zugunsten des Großhandels erfolgt, da der prozentuale Zuschlag bei geändertem Hochpreiserumsatz nur noch bei 0,49 % statt bei 0,53 % läge. In der Auswirkung dieses Fehlers werden dem Großhandel nach Gutachten ca. 8 Mio. € zu viel Warenbestand gegenfinanziert (ca. 10 %).

In dem Zusammenhang dieser Berechnung ist uns eine weitere zu präzisierende Berechnung aufgefallen, die von Herrn Hüsgen nicht benannt wurde. In der Berechnung des gedeckelten prozentualen Zuschlags wird auf den Umsatz des Großhandels (PHAGRO) nach destatis Bezug genommen, jedoch auf die Packungsanzahlen des PHAGRO. Hier sind aus Konsistenzgründen besser sowohl Absatz- als auch Umsatzzahlen des PHAGRO zu verwenden, da diese eindimensionaler verknüpft sind als Kosten- und Leistungsdaten. Nähme man die Umsatzdaten des PHAGRO würde sich der prozentuale Zuschlag noch stärker, auf 0,41 % reduzieren. Damit ist der aktuelle Wert von 0,53 % ca. 25 Mio. € „überfinanzierend" (ca. 105 Mio. € statt ca. 80 Mio. € Warenbestand, ca. 30 % zugunsten des Großhandels). Bei der 5-prozentigen Finanzierung des Warenbestandes zusätzlich zu allen Kosten handelt es sich jedoch insgesamt um eine kalkulatorische Größe, die vermutlich höher liegt, als die realen Kosten der Finanzierung.

Die folgende Tabelle zeigt die Unterschiede der Berechnungen im Bericht und nach Korrektur:

Auszug Tabelle 48; 2018	Bericht	Hüsgen (Umsatz statt AVP)	Umsatz statt AVP + PHAGRO Umsatz
Durchschnittlicher Umsatz Hochpreiser (> 1.200 € ApU; Quelle: GKV GAmSi)	3.941,9	3.480,6	3.480,6
Entwicklung*	*5,8%*	*5,1%*	*5,1%*
Umsatz Rx ab 1.200 € ApU (in Mio. €)	11.046,5	8.995,6	8.995,6
Anzahl Hochpreiser	2.584.524	2.584.524	2.584.524
Anzahl Hochpreiser (in Mio. Pck.)	2,58	2,58	2,58
Gedeckelter Umsatz Rx Hochpreiser (berechnet anhand der Anzahl Hochpreiser x 1.200 €; in Mio. €)	3.101,4	3.101,4	3.101,4
Umsatz RX bis 1.200 € ApU (in Mio. €)	12.865,2	14.363,5	17.710,6
Umsatz Rx gesamt gedeckelt (in Mio. €)	15.966,6	17.465,0	20.812,0
Anzahl Packungen Rx-FAM (in Mio.)	683,4	683,4	683,4
ApU gedeckelt Rx (Rückrechnung abzgl. 3,15 % und 0,70 € pro Packung; in Mio. €)	15.015,3	16.467,8	19.712,7
Entwicklung*	*1,1%*	*0,6%*	*0,7%*
Limit Deckelung in €	1.200	1.200	1.200
Relativer Zuschlag AMPreisV (Anteil Kapitalkosten an ApU)	**0,53%**	**0,49%**	**0,41%**

Der zu hohe Umsatzwert der Hochpreiser wirkt sich auch auf die Berechnung eines möglichen gedeckelten prozentualen Zuschlags bei den Apotheken aus: Hier liegt der gedeckelte Wert des 5 %-Zuschlags bei 6,8 % statt 7,2 %, so dass der aktuelle Bericht auch hier zugunsten der Leistungserbringer rechnet.

(7) **Zwischenergebnis**

1. Der von den Gutachtern für 2016 ausgewiesene Rx-Umsatz des vollversorgenden Großhandels (PHAGRO) macht rund 77 Prozent des potentiell großhandelsfähigen Umsatzes aus.
   Es verblieben also rund 23 Prozent an Apotheken-Einkaufsvolumen, das ebenfalls den von den Gutachtern vorgeschlagenen Kalkulationsgrundlagen unterläge.
   Damit ist die Aussage „eine Reduktion der Zuschläge des pharmazeutischen Großhandels um ca. 210 Mio. Euro“ [1, S. 9] natürlich eine Verschleierung der tatsächlichen Auswirkungen der vorgeschlagenen Änderung der AMPreisV. Denn die avisierten Einsparungen würden nicht nur die Großhandelslieferungen (PHAGRO) nach aktuellem Stand betreffen, sondern alle potentiell großhandelsfähigen Rx-FAM. Wendet man die Berechnungslogik des Gutachtens auf alle Rx-Arzneimittel an, käme man in 2016 aufgrund eigener Berechnungen des Autors zu einer Reduktion für die „potentiell großhandelsfähigen Waren“ von (mind.) 370 Mio. Euro (netto).

2. Der im Gutachten für 2016 ausgewiesene (bzw. ermittelte) Hochpreiser-Großhandelsumsatz macht annähernd 92 Prozent des entsprechenden, (auf der Basis der Daten von INSIGHT Health berechneten,) potentiell großhandelsfähigen Gesamtumsatzes aus. Dagegen erreicht der Nicht-Hochpreiser-Großhandelsumsatz nicht einmal die 70 Prozent-Marke.
   Das widerspräche der Erfahrung, dass Hochpreiser – wegen der zurzeit relativ günstigeren Einkaufskonditionen – anteilmäßig eher im Direktbezug erworben werden als „Normalpreiser“.

(Kommentar 7) In dieser Betrachtung vermischen sich zwei Aspekte, die hier gesondert kommentiert werden. Für die Auswirkungen der Vergütungsänderung wird im Gutachten hinreichend deutlich, dass es um die Reduktion der Einnahmen der PHAGRO-Mitglieder geht. Es war nicht die Aufgabe des Gutachtens, Einsparpotenziale zu ermitteln oder im Detail zu berechnen. Aufgabe war es dagegen, den Gesetzesgrundlagen entsprechende Preise zu ermitteln.

Andererseits wirkt sich der im Kommentar 6 beschriebene falsch verwendete Hochpreiser-Umsatz tatsächlich stärker auf die Berechnung der bisherigen Vergütung aus, als auf die neuen Preise: Durch die Unterschätzung des bisherigen Umsatzes auf Basis des prozentualen Zuschlags kommt es bei den PHAGRO-Mitgliedern bei kostenbezogener Vergütung zu einer Reduktion von 290 Mio. € statt um 210 Mio. €. Wie viel von diesem Umsatz aktuell als Rabatt an die Apotheken, und mit dem Direktbezug zusammengenommen von den insgesamt ca. 370 Mio. €, ist nicht bekannt. Daher kann die Auswirkung auf den Großhandel und die Direktlieferanten nicht genau bestimmt werden.

In diesem Zusammenhang darf vermutet werden, dass sich der Direktbezug – bei einer von den Gutachtern vorgeschlagenen Höchstmarge des Großhandels von max. 7,32 Euro je Rx-FAM – für viele Apotheken nur noch in seltenen Fällen lohnen würde, der Großhandel also von dieser Regelung mengenmäßig profitieren würde.
Wenn sich ein solcher Direktbezug für Apotheken allerdings lohnen würde, beispielsweise aufgrund außergewöhnlich hoher Preisnachlässe (wie Skonti und Boni), wäre nicht nur die Wirtschaftlichkeit des vollversorgenden Großhandels gefährdet; es gäbe darüber hinaus absehbare Probleme in Bezug auf die Arzneimittel- und Versorgungssicherheit der Bevölkerung.
Unabhängig davon schlüge die Reduktion der Vergütung, egal ob bei den Herstellern oder beim Großhandel vollzogen, auf die Apotheken durch.

(8) **Mit Blick auf die falsche Bezugsgröße des „durchschnittlichen ApU Hochpreiser“ bedeutet dies, dass die Basis für alle Rechnungen der Gutachter zum Großhandel – um es freundlich auszudrücken – nicht valide ist.**
Alle darauf aufbauenden Berechnungen müssen daher verworfen werden.

(Kommentar 8) Diese Bewertung und auch die Wortwahl sind wiederum unangemessen, da sich

erstens der ApU Hochpreiser nur in der Berechnung des prozentualen Zuschlags bemerkbar macht, nicht aber in der Berechnung des absoluten Zuschlags. Da sich zweitens der wesentliche Effekt des Fehlers nicht auf die Berechnung der Preise in der AMPreisV sondern die Einsparpotenziale bezieht, gibt es neben dem Effekt auf die Apothekeneinkaufspreise keine darauf aufbauenden Berechnungen. Wie im Kommentar 1 bereits dargestellt, ist dieser Effekt so klein, dass sich die Apothekenpreise dadurch nicht verändern.

I.3. Einsparvolumen total unterschätzt

(9) Ein weiterer Fehler ist, dass die Gutachter bei den avisierten Einsparungen der Kostenträger (GKV, PKV, Beihilfe) und der Selbstzahler nicht die Mehrwertsteuer berücksichtigt haben.

(Kommentar 9) Für die Darstellung der Auswirkungen der Vergütungsänderung wird im Gutachten hinreichend transparent deutlich, dass es um die Reduktion durch die Preisveränderungen geht. Die Mehrwertsteuer bleibt dagegen gleich. Wie bereits im Kommentar 7 erläutert, war es nicht die Aufgabe des Gutachtens, Einsparpotenziale zu ermitteln oder im Detail zu berechnen. Dies gilt insbesondere für Folgeauswirkungen wie geringere Mehrwertsteuerzahlungen der Krankenkassen und Selbstzahler. Dass Auswirkungen größer sind, beeinträchtigt nicht die berechtigte Reduktion der Preise auf eine kostendeckende Vergütung.

In der Zusammenfassung des Gutachtens werden „Reduktionen der Kosten für GKV, PKV, Beihilfe und Selbstzahler bei Rx-Arzneimitteln von insgesamt ca. 1,24 Mrd. Euro“ [1, S. 9] angekündigt. Dieser Betrag ergibt sich als Summe der Einsparungen von etwa 250 Millionen Euro bei Parenteralia, 780 Millionen Euro bei der übrigen Apothekenvergütung und 210 Millionen Euro beim Großhandel. Wie aber bereits gezeigt, entfielen auf die potentiell großhandfelsfähigen, der AMPreisV unterworfenen Arzneimittel nicht Einsparungen in Höhe von 210 Mio. Euro, sondern von (mind.) 370 Mio. Euro. Die Addition aller vorgeschlagenen Einsparungen, also incl. der parenteralen Zubereitungen, betrüge demnach nicht 1,24 Mrd. Euro, sondern (mind.) 1,4 Mrd. Euro netto.
Die zusätzlich bei den Kostenträgern einzusparende Mehrwertsteuer bleibt dagegen bei den Gutachtern unerwähnt, sie ist schlichtweg vergessen worden. Unter Berücksichtigung dieser Steuer addierten sich die Einsparungen für GKV, PKV, Beihilfe und Selbstzahler auf rund 1,67 Mrd. Euro (brutto). Die Abweichung betrüge immerhin rund 35 Prozent.

Damit konnten den Gutachtern – beispielhaft – sowohl Rechenfehler, die Verwendung falscher Bezugsgrößen als auch falsche Angaben zu den avisierten Einsparungen nachgewiesen werden. 2HM-Gutachten fällt wie ein Kartenhaus in sich zusammen.

(10) Man könnte auf die Idee kommen, das Gutachten retten zu wollen, indem man die hier nachgewiesenen Fehler korrigiert. Das dürfte nicht gelingen, sind doch längst nicht alle Berechnungen der Gutachter in der vorliegenden Analyse überprüft worden. Vielmehr steht zu vermuten, dass das Gutachten weitere Fehler enthält, auch weil viele Quellen selbst für interessierte Leser nicht zugänglich, und deshalb auch nicht zu überprüfen sind.

(Kommentar 10) Die bisherigen Kommentare zeigen, dass die Hinweise durchaus umsetzbar sind. Die Auswirkungen sind jedoch wesentlich geringer zu bewerten, als es Herr Hüsgen irrigerweise in seiner Interpretation versucht.

Der These, dass das Gutachten noch weitere Fehler oder Präzisionsmöglichkeiten enthält, ist nicht per se zu widersprechen, da es trotz mehrfacher Prüfung immer zu Fehlern kommen kann. Wie die von Herr Hüsgen aufgezeigten Fehler jedoch zeigen, handelt es sich um Fehler im Detail, die das gesamte Berechnungsmodell eben gerade nicht in Frage stellen. Es kann – auch dank der intensiven Prüfung durch Herrn Hüsgen - vielmehr davon ausgegangen werden, dass größere

Fehler unwahrscheinlicher sind. Sollten sich dennoch relevantere Fehler oder Argumente zeigen, gilt immer noch, dass das im Gutachten aufgebaute, sehr transparente Berechnungsmodell modular und anpassungsfähig ist.

Außerdem sprechen viele, auch gravierende methodische Fehleinschätzungen der Gutachter gegen ein solches Unterfangen, wie nachfolgend gezeigt wird.

II. Methodische Schwächen

Bisher sind die Thesen der Gutachter noch nicht in Frage gestellt worden.
Deshalb sollen jetzt methodische Schwächen des Gutachtens – wieder nur beispielhaft – herausgearbeitet werden.

II.1. Zählweise für Packungen

(11) Ein zentraler Ansatz des Gutachtens besteht darin, den größten Teil der Kosten von Apotheken und Großhandel anhand der Zahl der abgegebenen Packungen auf Kostenbereiche für verschreibungspflichtige und andere Arzneimittel sowie das Ergänzungssortiment zu verteilen [1, Kapitel 7.3, S. 94 ff. und Kapitel 9., S. 174 ff.]. Dies wurde bereits vielfach kritisiert, insbesondere von Dettling [4] und Müller-Bohn [5, 6].

Für die von den Gutachtern gewählte Verrechnungsmethode sind gerade die zugrunde gelegten Daten als Basis für derart weitreichende Entscheidungen unhaltbar. So ist jede Zahl zum Jahresabsatz (Zahl der abgegebenen Packungen) der öffentlichen Apotheken zwischen 1,6 und 2,0 Mrd. nach Ansicht von Experten zunächst genauso falsch wie richtig. Der Autor dieses Beitrags rechnet für 2016 selbst mit 1,67 Mrd. abgesetzten Packungen, wobei allerdings die mit einer Hilfsmittelpositionsnummer [10] versehenen Mittel, wie Hilfs- und Verbandmittel, die nicht-identifizierten Rezepte, die als Nicht-Arzneimittel bezeichneten Packungen usw., nicht berücksichtigt wurden. So kann z.B. eine mit einer Pharmazentralnummer (PZN) versehene Packung 60 Stück enthalten; wird diese „Packung“ hingegen mit einer Hilfsmittelpositionsnummer erfasst, geht sie anstelle von eins mit 60 in den Zähler ein. Diese „nicht erfassten Packungen“ belaufen sich geschätzt auf mehr als 160 Mio. Einheiten.
Und welche Zahl ist richtig?

Allein schon aus diesem Grund ist eine Aufteilung nach Rx, Non-Rx und Ergänzungssortiment, wie sie die Gutachter als Grundlage für ihre Berechnungen vorgenommen haben, nicht nur fragwürdig, sondern wissenschaftlich unhaltbar.

(Kommentar 11) Die im Gutachten verwendeten Packungsanzahlen wurden hinreichend begründet und stellen die validesten aktuellen Angaben dazu dar. Das Argument, dass bei Hilfsmitteln nicht pro Verkaufseinheit gezählt wird, sondern nach in einer Packung enthaltenen Stückzahlen ist bekannt. Für die Berechnung nach Aufwand in der Apotheke ist die Verkaufseinheit relevant. Bisher wurde dem Projektteam außer der Benennung von Beispielen wie Nadeln, Handschuhen und Einmalkathetern keine alternativen Absatzzahlen für Rx, OTC und Freiwahl genannt und es ist unklar, welchen Umfang und damit Bedeutung diesen Artikeln zukommt, bzw. ob die verweneten Datenquellen tatsächlich eine Zählung nach Stückzahlen beinhalten. Es ist daher durchaus wissenschaftlich haltbar, die zu einem Zeitpunkt bestehende beste Information zur Berechnung heranzuziehen. Auch hier gilt zudem, dass sich als angemessener erweisende Daten in das Berechnungsmodell eingefügt werden könnten.

(12) Außerdem übersieht dieses Vorgehen die Bedeutung der Apotheken für die Arzneimittel- und Versorgungssicherheit der Bevölkerung in eklatanter Weise. So gibt es insbesondere für den Verkehr mit Arzneimitteln in Deutschland strenge Gesetze und Verordnungen. Apothekenmitarbeiter sind durch Verordnung geradezu angehalten (vgl. z.B. § 17 Abs. 8 ApBetrO), Arzneimittel-Missbrauch und -Mehrverbrauch zu verhindern.

Güter (und Dienstleistungen) der Daseinsvorsorge auf der Grundlage von abgegebenen Einheiten betriebswirtschaftlich maximieren zu wollen, schließt sich auch aus einem anderen Grunde aus. Denn wer käme auf die Idee, die Feuerwehr nach der Zahl ihrer Einsätze zu bezahlen. Wie müssten dann Einsätze bei Fehlalarm bewertet werden? Und wie sollte die Bezahlung aussehen, wenn die Feuerwehr in einer Abrechnungsperiode gar nicht ausrücken muss?

Im Ergebnis würde dieser Ansatz der „Vergütung nach Absatz" die Inhaber von Apotheken geradezu auffordern, „Starverkäufer" zu beschäftigen, getreu dem Motto: Darf's ein bisschen mehr sein? Daraus ist zu folgern: Wer die Kosten auf die abgegebenen Packungen verteilen will, hat die Bedeutung und Arbeitsweise der Apotheken nicht verstanden.

(Kommentar 12) Mit dem Punkt 12 wendet sich Herr Hüsgen einem Argument zu, dass wie von ihm zitiert, bereits von Dettling und Müller-Bohn angebracht wurde. Die AMPreisV vergütet seit Anbeginn an die Abgabe von Packungen, gibt also Preise pro Packung an. Es ist also fraglich, wen oder was die Kritiker hier bemängeln.

Wichtig erscheint in diesem Zusammenhang eher, dass mit den Preisen die gesamte Leistung vergütet wird. Das ist in früheren wie in der aktuellen Berechnung der Fall: Es wird nämlich nicht nur ein Aufwand für eine reine Abgabe bestimmt und vergütet, sondern die gesamten Kosten der Apotheken und Großhändler den Packungsanzahlen zugeordnet.

II. 2. Verknüpfung von Daten unterschiedlichster Quellen, obwohl die Daten aus nur einer Quelle vorliegen

(13) Mehr als nur ein methodisches Problem ist, dass die Gutachter Daten unterschiedlichster Quellen verknüpfen, obwohl im Einzelfall die Daten aus nur einer Quelle vorliegen. So werden z.B. „Kosten" aus der Jahresstatistik des Handels [destatis] verwendet [1, Tabelle 41, S. 174]; „Leistungsdaten" werden dagegen vom PHAGRO (IFH) übernommen [1, Tabelle 43, S. 178]. Und dies ohne jede Rücksicht auf methodische Bedenken, obwohl beim PHAGRO (IFH) auch die entsprechenden Kosten-Daten vorliegen.
Dabei erklären die Gutachter, die Angaben des PHAGRO(IFH) zu den Kosten (von 1.239.933.977 Euro für 2016 (!)) lägen höher als die destatis-Daten (von 1.065.554.882 Euro für 2015 (!)), gäben jedoch eine detailliertere Kostenaufstellung wieder, die in der Schätzung der Mehraufwände aufgegriffen werde [1, Tabelle 43, S. 178].

Wie aus gut unterrichteten Kreisen zu hören ist, haben sich die in Frage stehenden Gesamtkosten, die vom IFH im Auftrag des PHAGRO ermittelt worden sind, für 2015 auf rund 1.180,9 Millionen Euro belaufen. Sie lägen damit um etwa 115,3 Millionen Euro (oder um 10,8 Prozent) über den von den Gutachtern beim Statistischen Bundesamt erfragten Kosten – und das noch ohne Berücksichtigung von AEP.
Außerdem sind die Gesamtkosten gemäß IFH-Statistik also von 2015 auf 2016 um 5,0 Prozent angestiegen. Folglich wären auch mit der von den Gutachtern angewendeten Methode der gleitenden Durchschnitte die auf der Ausgangsbasis des IFH zu deckenden Kosten im Zeitverlauf wesentlich höher ausgefallen. Bei den Gutachtern bleiben diese Gesamtkosten über die vier Jahre 2015 bis 2018 dagegen konstant [1, Tabelle 41, S. 174 ff.].
Wegen des von den Gutachtern gewählten Ansatzes einer packungs- und kostenbasierten Vergütung ist es aber gerade die (prognostizierte bzw. zu prognostizierende) Kostenentwicklung, die zur maßgeblichen Größe der Honorierung der Leistungen des Großhandels wird!

In diesem Zusammenhang stellt sich die grundsätzliche Frage, warum die Gutachter bei den Kosten nicht ausschließlich auf die (aktuelleren) Daten des IFH (für PHAGRO-Mitglieder) zurückgegriffen haben, sondern auf die Statistik des Statistischen Bundesamtes (destatis)? Die entsprechenden Daten des IFH dürften den Gutachtern sicher zur Verfügung gestellt worden sein, wenn sie ihnen nicht sogar zur Verfügung gestanden haben.

In diesem Zusammenhang ist noch nicht einmal die Frage beantwortet, welche Kostenarten im Gutachten fehlen. (Vermutet werden darf, dass es die Zinsen und die Abschreibungen sind.)

(Kommentar 13) Für Herrn Hüsgen scheint das einzige Validitätskriterium zu sein, dass Daten aus mehreren Quellen zusammenpassen, die er selbst aus nicht angegebenen Gründen für qualitativ hochwertig erachtet. Auftragsgrundlage sind jedoch amtliche Daten. Wie bereits in Kommentar 2 dargestellt, ist zudem zunächst die Güte der einzelnen Quellen zu prüfen. Für die amtlichen destatis-Daten gelten transparente Erhebungsdesigns und trennscharfe, vollständige Kostenbereiche. Für die IFH-Daten gibt es weder Methodenbeschreibungen noch Gütekriterien. Die IFH-Daten für 2015 liegen dem Projektteam der 2HM zudem trotz Nachfrage beim PHAGRO nicht vor, und können demnach nicht einbezogen werden. Da die Kosten die wesentlichste Grundlage der Vergütung bilden, ist es notwendig hier auf die Daten mit der höchsten Güte zurückzugreifen und nicht auf Daten, die nur deshalb verwendet werden sollen, weil sie an anderer Stelle, in der Gewichtung von Schätzungen, Anwendung finden.

II.3. Unschlüssige Daten zu Lagerbeständen (PHAGRO)

(14) Ein weiteres methodisches Problem ist die Betrachtung gleitender Durchschnitte bei der Fortschreibung der Bestände an Handelsware. In der Regel ist der Lageranfangsbestand identisch mit dem Lagerendbestand der Vorperiode, was getrennte Berechnungen mittels gleitender Durchschnitte überflüssig macht. Abweichungen können im Pharmamarkt zwar durch Preisänderungen zum Bewertungsstichtag entstehen, aber eine Differenz von gut 3,9 Prozent zwischen dem Endbestand 2017 und dem Anfangsbestand 2018 hätte zu denken geben müssen.
Nur am Rande sei angemerkt, dass die Zeitreihen von Anfangs- und Endbeständen im Gutachten durch einen Seitenumbruch getrennt sind [1, Tabelle 48, S. 188/S. 189].

(Kommentar 14) Es ist unklar, wie Herrn Hüsgen zu der Einschätzung kommt, was „in der Regel" zutrifft. Lageranfangs- und Lagerendbestände sind feste Kategorien in der Jahresstatistik der amtlichen Statistik und sind demnach offenkundig unterschiedlich. Da die Angaben der Vollerhebung der PHAGRO-Mitglieder entsprechen, geht Herr Hüsgen von Falschaussagen aus, was als unwahrscheinlich gelten kann. Welches methodische Problem in der Verwendung des Mittelwertes aus Lageranfangs- und Lagerendbestand verbunden sein soll, lässt Herr Hüsgen offen.

II.4. Prozentualer Höchstzuschlag des Großhandels

(15) Weitere Ungereimtheiten ergeben sich beim prozentualen Höchstzuschlag des Großhandels. Die Gutachter erklären zur Berechnung dieses Zuschlags: „*Für eine kostenbasierte Berechnung gibt es nach der Berechnung des absoluten Festzuschlags auf der Basis aller Kosten des vollversorgenden Großhandels nur noch kalkulatorische Kosten der Finanzierung des Warenbestandes als preisabhängigen Kostenfaktor*" [1, S. 187]. Doch unter II.2. wurde bereits gezeigt, dass im Gutachten nicht alle Kosten in die Berechnung des Festzuschlags eingehen. Außerdem wurden die Warenbestände von AEP nicht berücksichtigt. Denn die Finanzierungskosten von (gut) 80 Millionen (für 2018) Euro beziehen sich nur auf den Warenbestand der PHAGRO-Mitglieder, der mit durchschnittlich 1,9 Milliarden Euro angesetzt wird [1, Tabelle 48, S. 188 ff.].

(Kommentar 15) Entgegen der Aussage von Herrn Hüsgen, gehen alle Kosten in die Berechnung des Festzuschlags ein. Im Punkt II.2 benennt Herr Hüsgen lediglich, dass er persönlich die Daten des IFH für valider hält.

Die Berechnung der Zuschläge für den Großhandel beruht in Bezug auf die gesetzlichen Grundlagen auf den Kostenstrukturen des vollversorgenden pharmazeutischen Großhandels. Da beim statistischen Bundesamt keine Kostendaten der AEP vorlagen, begrenzt sich die Berechnung

auf die PHAGRO-Mitglieder. Diese machen den Großteil der vollversorgenden pharmazeutischen Großhändler aus. Da es sich um einen prozentualen Zuschlag handelt, ist diese Berechnungsweise unschädlich vor dem Hintergrund weiterer Anbieter auf Großhandelsebene, solange sich der Gesamtumsatz in der Berechnung genauso wie der Warenbestand auf die gleiche Gruppe bezieht. Das ist in der Berechnung der Fall. Die so bestimmten Preise gelten gleichwohl für alle Anbieter.

(16) Ein weiteres methodisches Problem ergibt sich aus dem Konzept der Gutachter, die Finanzierungskosten auf die Umsätze der Großhändler umzulegen. Dabei gehen Hochpreiser nur bis zur Kappungsgrenze ein [1, Tabelle 48, S. 188 ff.], werden also mit einem fiktiven Einkaufspreis von 1.200 Euro bewertet – so als müssten die darüber hinausgehenden Beträge nicht finanziert werden. Stattdessen wird das dafür notwendige Honorar auf die niedrigpreisigeren Arzneimittel umgelegt. Dies ist nicht verursachungsgerecht.

(Kommentar 16) Hier wird wie bei der Anmerkung 12 die Struktur der AMPreisV kritisiert, nicht die Berechnung im Gutachten. Da der prozentuale Zuschlag gedeckelt ist und es für Hochpreiser und für günstigere Arzneimittel einen identischen prozentualen Zuschlag gibt, ergibt sich zwangsläufig eine Verzerrung der Vergütung hin zu günstigeren Arzneimitteln. Das ist genau der Charakter der Deckelung.

In der Berechnung im Gutachten wird anhand der aktuellen Verteilung der Arzneimittel sichergestellt, dass durch das gesamte Volumen die Finanzierungskosten vollständig gedeckt werden.

Selbstverständlich können noch weitere Schwachstellen im Gutachten nachgewiesen werden. Allein schon aus Platzgründen werden diese hier nicht weiter erörtert.

III. Bewertung des Gutachtes im Kontext

(17) Die 2HM-Mitarbeiter haben eine Fleißarbeit vorgelegt, mit vielen interessanten Einzelergebnissen. Dabei sind die Gutachter offensichtlich „in Zahlen verliebt“. Darauf deutet u.a. hin, dass selbst Millionen- und Milliarden-Beträge bis auf die letzte Stelle „berechnet“ wurden. Je mehr man sich aber mit dem Gutachten beschäftigt, umso mehr verfestigt sich der Eindruck, dass hier Bürokraten am Werk waren, die nicht begriffen haben, dass hinter solchen Zahlen immer Menschen und ihre Leistungen stehen.

(Kommentar 17) Die mit Nachkommastellen wiedergegebenen Daten im Gutachten dienen der Transparenz der Berechnungen sowie der Überprüfbarkeit der Datenquellen.

(18) Letztlich muss man zu der Erkenntnis kommen: Die Autoren des Gutachtens haben offensichtlich nicht verstanden, was eine flächendeckende, wohnortnahe und umfassende Arzneimittelversorgung für die Bevölkerung bedeutet, welchen Wert sie besitzt.

Dazu hat Professor Giovanni Maio, Direktor des Instituts für Ethik und Medizin in Freiburg, treffend formuliert [11]:
Wenn die Apotheker nur dafür bezahlt würden, wie viele Medikamente sie über die Theke schieben, entstehe unweigerlich ein Fehlanreiz, der das Grundverständnis des Apothekers erodiere. „*Das dürfen Sie nicht mit sich machen lassen*". Die Apothekerschaft müsse ihre Kernleistung in der Beratung des Patienten verstehen – und darum müssten die Apotheker kämpfen, „*dass sie für diese zwischenmenschliche Leistung, für die Beratungsleistung angemessen vergütet werden*“, appellierte der Medizinethiker.

Deshalb galt zumindest in der aktiven Zeit des Autors als Geschäftsführer beim Apothekerverband Nordrhein, in denen er an Verhandlungen mit Krankenkassen beteiligt war, der Grundsatz:

Arzneimittelsicherheit vor
Versorgungssicherheit vor
Versorgungsqualität vor
Wirtschaftlichkeit

Konnte eine dieser Voraussetzungen nicht erfüllt werden, so mussten die Verhandlungen – da waren sich beide (!) Parteien einig – ergebnislos ab- bzw. unterbrochen werden.

Wenn man dem oben genannten Grundsatz im Rahmen einer ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung der Bevölkerung auch außerhalb von Verträgen mit Krankenkassen folgt, ist Wirtschaftlichkeit zwar in jedem (möglichen) Fall ein hohes Ziel, das aber in keinem Fall erste Priorität genießen kann und darf.

Auch aus diesem Grunde ist eine Vergütungsstruktur (nur) auf der Basis von Absatzzahlen – selbst für den pharmazeutischen Großhandel – abzulehnen. Denn so ist gesetzlich vorgeschrieben (vgl. § 52b Arzneimittelgesetz (AMG)), dass *„Pharmazeutische Unternehmer und Betreiber von Arzneimittelgroßhandlungen, die […] Arzneimittel vertreiben, […] eine angemessene und kontinuierliche Bereitstellung des Arzneimittels sicher[stellen], damit der Bedarf von Patienten […]gedeckt ist. Pharmazeutische Unternehmer müssen im Rahmen ihrer Verantwortlichkeit eine bedarfsgerechte und kontinuierliche Belieferung vollversorgender Arzneimittelgroßhandlungen gewährleisten […] die ein vollständiges, herstellerneutral gestaltetes Sortiment an apothekenpflichtigen Arzneimitteln unterhalten, das nach Breite und Tiefe so beschaffen ist, dass damit der Bedarf von Patienten von den mit der Großhandlung in Geschäftsbeziehung stehenden Apotheken werktäglich innerhalb angemessener Zeit gedeckt werden kann; die vorzuhaltenden Arzneimittel müssen dabei mindestens dem durchschnittlichen Bedarf für zwei Wochen entsprechen.“*

(Kommentar 18) Wirtschaftlichkeit ist nicht das im Gutachten angewendete Kriterium, sondern Kostendeckung des Status Quo. Eine wirtschaftliche Betriebsführung der Leistungserbringer wurde – zugunsten der Apotheken – trotz gesetzlicher Verankerung nicht explizit in die Berechnung einbezogen. Es fehlen hier bislang Definitionen von Standards. Hierzu besteht weiterer Forschungsbedarf zu Präzisierung.

Im Gegensatz zur bisherigen Vergütung werden alle Preise in der AMPreisV kostendeckend berechnet, d. h. in bisherigen Preisen wurde die Versorgungsqualität zu wenig honoriert.

Die folgenden Aussagen werden nicht kommentiert, da sie ausschließlich persönliche Meinungen, Bewertungen und Schlussfolgerungen von Herrn Hüsgen darstellen, jedoch weder die Aussagen im Gutachten konkret betreffen noch belegten Zusammenhängen entsprechen. Das gleiche gilt für den einleitenden Abschnitt des Textes „Wahrnehmbare Reaktionen“.

Offenes Tor für den Versand
Zumindest bis zur Jahrtausendwende galt für das System der Sozialen Marktwirtschaft:
„Auf Dauer können nur rentabel betriebene Apotheken die ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung der Bevölkerung sicherstellen.“
Auf der Grundlage dieser (ehemaligen?) Binsenwahrheit waren in der Vergangenheit, wegen der Bedeutung des Mittelstandes und seiner Mitarbeiter für den Wirtschaftsstandort Deutschland, auch Arbeitskämpfe u.Ä. äußerst selten. In Krisenzeiten konnte so z.B. Kurzarbeit organisiert, die Arbeitslosigkeit niedrig gehalten werden.
Seit Amazon, Facebook, Google, DocMorris und Co. gilt das alles offensichtlich nicht mehr. Jetzt geht es um Marktanteile, mehr noch um Big Data. Folglich brechen die Marktanteile der mittelständischen Unternehmen zusehends weg, ohne dass die Politik gegensteuert.

Gerade vor diesem Hintergrund zielt das Gutachten offenbar auf die feste Etablierung des

Versandhandels ab. Denn die Gutachter gehen in den nächsten Jahren bei den nicht-verschreibungspflichtigen Mitteln – realistisch – von einem Absatzverlust sowohl des Großhandels [1, Tabelle 42, S. 175 ff.] (zugunsten des Versandhandels oder des Hersteller- bzw. Direktbezugs?!) als auch der Apotheken [1, Tabelle 6, S. 114] aus. Trotzdem empfehlen sie den Apotheken höhere Aufschläge in diesem Segment [1, S. 173].
Für den Fall, dass das Arzneimittel akut benötigt wird, erscheint dies als eine gesundheitspolitisch und aus Sicht der Patienten sehr fragwürdige Empfehlung. Ansonsten ist dies – zumindest indirekt – eine Aufforderung an die Patienten, nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel verstärkt beim (ausländischen) Versandhandel nachzufragen.

Dies missachtet die Bedürfnisse vieler Patienten und steht im Gegensatz zur aktuellen Empfehlung des Deutschen Ethikrats für eine zuwendungsorientierte Medizin [12]:
„*Die persönliche Zuwendung zum Patienten in der medizinischen Praxis sollte durch den Einsatz von Big-Data-Anwendungen nicht geschwächt, sondern gestärkt werden. Zeitliche und finanzielle Kapazitäten, die etwa durch die Entlastung des versorgenden Personals von Routine-Tätigkeiten oder die schnellere und präzisere Diagnostik durch digitale Algorithmen frei werden, sollten in mehr persönliche Zuwendung für Patienten umgesetzt werden*.“

Patienten wollen mit ihrem Arzt sprechen und zwar ohne Zeitdruck. Das ist auch das Ergebnis des „Healthcare-Barometers 2018”, einer repräsentativen Umfrage der Wirtschaftsprüfungs- und Beratungsgesellschaft PricewaterhouseCoopers (PwC) unter 1.000 Bürgern [13]. Dr. Google könne das Arztgespräch nicht ersetzen. Stattdessen gelte: „*Die Zeit, die sich ein Arzt für seinen Patienten nehmen kann, ist zu einem entscheidenden Qualitätsfaktor geworden. Umso wichtiger ist es, dass Ärzte die Zeit, die sie etwa durch den Einsatz innovativer Technologien gewinnen, in den Patienten investieren, den Kontakt auch über digitale Schnittstellen pflegen und ihren Service ausbauen*.“

Beide Aussagen gelten in gleicher Weise für die Vor-Ort-Apotheken, denn nur dort sind persönliche Gespräche über den richtigen Einsatz und die richtige Anwendung von Arzneimitteln möglich. Aus diesem Grunde sei (nicht nur) den Gutachtern ins Stammbuch geschrieben:
Arzneimittel sind Waren der besonderen Art!

Im Gegensatz dazu bewerten die Gutachter den Versandhandel mit Arzneimitteln positiv und erklären: „*Aus der Sicht einer flächendeckenden Versorgung sind Botendienste von Vor-Ort-Apotheken und Lieferungen von Versandapotheken effiziente und ergänzende Versorgungsformen der Bevölkerung in der Fläche*“ [1, S. 11].

Die Funktionen, die nicht vom Versandhandel zu leisten sind (Nacht- und Notdienst, Abgabe von BtM und Rezeptur-Herstellung), sind von den Gutachtern zunächst gesondert (und teilweise recht hoch) eingepreist worden. Damit wird der Eindruck erweckt, die Gutachter meinten es eher gut mit den Vor-Ort-Apotheken. Durch stärkere Gewichtung von „kostenintensiven Packungen“ wächst zwar die zur Verteilung herangezogene Menge (Nenner). Was nicht wächst, ist das den Apotheken bzw. dem Großhandel von den Gutachtern zugestandene, über die entsprechenden Gesamtkosten definierte Honorar (Zähler), also das, was letztlich zählt.

Außerdem schaffen die Vorschläge der Gutachter zum Festzuschlag und zum prozentualen Aufschlag, die den Apothekenrohertrag im Wesentlichen bestimmen, Anreize für die Krankenkassen, insbesondere Chronikern den Bezug ihrer Arzneimittel über den ausländischen Versandhandel zu empfehlen.
Nach den Vorstellungen der Gutachter, je verschreibungspflichtigem Fertigarzneimittel (Rx-FAM) 5,84 Euro Festzuschlag plus 5 Prozent auf den Apothekeneinkaufswert (zuzüglich Mehrwertsteuer, ggf. abzüglich Kassenabschlag) zu berechnen, würde der maßgebliche Arzneimittelpreis (und damit auch der Rohertrag der Apotheke) für ein Rx-FAM mit einem Apothekeneinkaufswert von mehr als 125,50 Euro höher ausfallen als heute (Dafür muss man nur die Gleichung 3% + 8,35 Euro = 5% + 5,84 Euro auflösen; d.h. ([0,05 – 0,03] x = 8,35 Euro - 5,84 Euro) **Ó** 0,02 x = 2,51 Euro **Ó** x = 125,50 Euro).

Welches Einfallstor für ausländische Versender, die seit dem EuGH-Urteil vom 16.10.2016 auch auf verschreibungspflichtige Arzneimittel Boni gewähren dürfen.

Und wenn die Gutachter weiter ausführen [1, S. 12]:
„*Die Daten der Jahresstatistik im Handel zeigen, dass bereits im Jahr 2015 etwa 7.600 Apotheken Unternehmen wirtschaftlich gefährdet sind, das sind ca. 47 % aller Apotheken-Unternehmen. … Von diesen 7.600 Apotheken ging es ca. 2.600 Apotheken-Unternehmen dabei im Jahr 2015 sehr schlecht, davon ca. 1.900 in städtischen, ca. 700 in ländlichen Kreisen. Sie realisierten ein durchschnittliches Brutto-Betriebsergebnis von ca. 30.000 Euro.*“,
fragt sich nicht nur ein sachkundiger und verantwortungsvoller Gesundheitspolitiker, wie unter solchen Voraussetzungen eine flächendeckende Arzneimittelversorgung der Bevölkerung rund um die Uhr sichergestellt werden soll?

Fazit
Unabhängig von der Tatsache, dass der Ansatz, die Kosten für die der AMPreisV unterworfenen verschreibungspflichtigen Fertigarzneimittel nach der Zahl der abgegebenen Packungen zu verteilen, sowohl für den Großhandel, mehr aber noch für die Apotheken, allein schon vom Kern her verfehlt ist, konnten den Gutachtern anhand der vorliegenden Analyse – beispielhaft – gravierende Rechenfehler, die Verwendung falscher Bezugsgrößen und in sich widersprüchliche Aussagen nachgewiesen werden. Außerdem wurden schwere methodische Mängel aufgedeckt. Von daher müssen letztlich so gut wie alle auf diesem Gutachten aufbauenden Berechnungen – sowohl für den Großhandel, als auch für öffentliche Apotheken – verworfen werden.

Literatur

[1] an der Heiden, I., Meyrahn, F.: Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) geregelten Preise. Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie, 2HM & Associates GmbH, Mainz 2017. https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Publikationen/Studien/ermittlung-der-erforderlichkeit-und-des-ausmasses-von-aenderungen-der-in-der-arzneimittelpreisverordnung.pdf?__blob=publicationFile&v=28

[2] https://www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/detail/politik/becker-ziel-ist-gleichpreisigkeit-rx-versandverbot/

[3] Hüsgen. U.: Apotheken: Von der Politik vergessen?; ISBN 978-3-7692-7103-4 (DAV/NOWEDA)

[4] Dettling, H.-U.: Ganzheitlicher Versorgungsauftrag als Maßstab der Arzneimittelpreisregulierung. DAZ.online. Webcode S6KC6 (2018).

[5] Müller-Bohn, T.: Das Honorargutachten. DAZ-Nr. 50/2017

[6] Müller-Bohn, T.: Was ist eigentlich der Versorgungsauftrag? DAZ-Nr. 5/2018

[7] https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2018/05/04/weitere-schwere-maengel-am-honorargutachten-aufgedeckt?utm_campaign=kurzNach6&utm_source=20180504&utm_medium=newsletter&utm_keyword=article

[8] GAmSi = GKV-Arzneimittel-Schnellinformation (https://www.gkv-gamsi.de/)

[9] Antwort-Email des WIdO vom 05.02.2018

[10] s. z.B. https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/hilfsmittel/hilfsmittelverzeichnis/hilfsmittelverzeichnis.jsp

[11] Quelle: https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2018/01/29/es-gibt-keine-maechtigere-lobby-als-die-der-krankenkasse/chapter:all

[12] Deutscher Ethikrat: Big Data und Gesundheit – Datensouveränität als informationelle Freiheitsgestaltung, Berlin 30.11.2017, http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-big-data-und-gesundheit.pdf

[13] N.N.: PwC-Haelthcare-Barometer 2018: Dr. Google kann Arztgespräch nicht ersetzen. EHealthCom 12.3. 2018. http://e-health-com.de/details-news/pwc-healthcare-barometer-2018-dr-google-kann-arztgespraech-nicht-ersetzen/1e63ee2e80089686e6622a6fe8a6698b/