

Apotheker prognostizieren Harmonisierung des Preisniveaus

Für erneute preisdirigistische Maßnahmen und staatliche Eingriffe in den Arzneimittel- und Apothekenmarkt bestehe auch im Hinblick auf den ab 1993 beginnenden gemeinsamen europäischen Markt kein Anlaß. Vielmehr lasse der EG-Binnenmarkt erwarten, daß sich die Pharma-Preise in den 12 Staaten der Europäischen Gemeinschaft (EG) einander angleichen und sich die Unterschiede auch ohne Preisdirigismus nivellieren werden. Die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA), Frankfurt, hat an die EG-Kommission und die Bundesregierung appelliert, die Preisbildung im Arzneimittelsektor im künftigen EG-Binnenmarkt ausschließlich dem Wettbewerb zu überlassen. Schon vor Beginn des Gemeinsamen Marktes bewegten sich die Pharma-Preisniveaus der einzelnen Länder aufeinander zu, hat die Apothekerschaft in einer in Bonn vorgestellten Studie über die Pharma-Preise in Europa festgestellt.

Die „Pharma-Länder-Dossiers“ (Apotheken-Report, Heft 42), in denen in einer Längsschnitt-Untersuchung die strukturellen Bedingungen des Apotheken- und Pharma-Marktes in den 12 EG-Mitgliedsstaaten durchleuchtet wurden, kommen zu folgenden Ergebnissen:

Während im Januar 1988 das Arzneimittel-Preisniveau in der Bundesrepublik noch um 28,4 Prozent über dem europäischen Durchschnitt lag und damit das mit Abstand höchste in Europa gewesen ist, lag es im Januar 1991 nur noch um 10,5 Prozent über dem europäischen Durchschnitt. Noch teurer als in Deutschland sind der ABDA-Studie zufolge Medikamente in Dänemark (143 Prozent des EG-Durchschnitts), in den Niederlanden (134 Prozent), in Irland (130 Prozent) und in Großbritannien (125). Am preisgünstigsten gibt es zur Zeit in der EG Medikamente in Portugal, wo das Preisniveau gut die Hälfte des europäischen Durchschnitts (58

Prozent) erreicht. Aber auch in Frankreich (63 Prozent) liegen die Pharma-Preise weit unter EG-Durchschnitt. Auf mittlerem Level bewegen sich Belgien (101 Prozent des EG-Durchschnitts), Italien (96 Prozent), Luxemburg (95 Prozent), Griechenland (86 Prozent) und Spanien (84 Prozent).

ABDA-Geschäftsführerin Dr. Hannelore Sitzius-Zehender betonte, es sei aber nur eine vordergründige Sicht, auf den Index des Preisniveaus zu schießen. Der Arzneimittelverbrauch liegt in Frankreich bei 1640 Einzeldosen pro Kopf und Jahr, wohingegen er in der Bundesrepublik nur 997 beträgt. Halbe Preise und doppelter Verbrauch führten dazu, daß sich die Pro-Kopf-Ausgaben für Arzneimittel in beiden Ländern per saldo kaum unterscheiden. Frankreich habe zwar niedrigere Preise und hohen Verbrauch, Dänemark hingegen sei ein Beispiel für ein Land mit hohen Preisen und niedrigem Verbrauch.

Vorstellungen, daß sich die EG-Preise für Arzneimittel auf das niedrigere portugiesische Niveau einpendeln könnten, seien jedoch illusorisch, sagte Dr. Willy Langeneckert, Vorsitzender des Deutschen Apothekervereins, in Bonn. Das Preisniveau werde von den dominanten großen nationalen Märkten bestimmt werden. Wichtige Voraussetzung für eine marktgesteuerte Angleichung und eine wettbewerbliche und kostendämpfende Angleichung sei jedoch, daß es nicht durch unterschiedliche Abgabekriterien (auch bei der Mehrwertsteuer) zu Wettbewerbsverzerrungen komme. Unabdingbar sei auch, daß der Begriff der Verschreibungspflicht ab 1993 in der Gemeinschaft einheitlich benutzt und der Begriff der Apothekenpflicht einheitlich eingeführt werde. Es könne nicht angehen, daß auf der einen Seite der Grenze ein Arzneimittel nur *mit* und auf der anderen Seite auch *ohne* Rezept abgegeben werden dürfe.

Eines sei evident: Ein und dasselbe Arzneimittel, das in allen EG-Ländern mit derselben Produktqualität zugelassen und hergestellt werde und nach gleichen Bedingungen erworben und vertrieben werde, könne nicht lange zu verschiedenen Preisen offeriert werden. Eine dirigistische Harmonisierung gewachsener Versorgungsstrukturen im Rahmen der sozialen Sicherungssysteme lehnt die Apothekerschaft entschieden ab. Interventionistische Eingriffe hätten zumeist unvorhergesehene Wirkungen, erforderten weitere Eingriffe, ohne das angestrebte Ziel (Ausgaben zu sparen) zu erreichen. Es könne bei einer Bevölkerung von 300 Millionen Bürgern in 12 Staaten nicht nur eine einzige gesundheits- und ordnungspolitische Lösung im Arzneimittelmarkt geben. Vielmehr sollte durch eine Koordinierung der Systeme ein Weg gefunden werden, um die maßgeschneiderten Versorgungs- und Sicherungssysteme zu erhalten, ohne den Binnenmarkt zu behindern.

Im Hinblick auf die Selbstbeteiligung der Patienten an den Arzneimittelkosten in Deutschland postuliert die Apothekerschaft:

- Verzicht auf komplizierte, vielfach gestaffelte Systeme;
- Einführung einer prozentualen Selbstbeteiligung in Höhe von 10 Prozent (bei einer Höchstbegrenzung auf 15 DM);
- Einbindung des Patienten- und Hersteller-Interesses in eine marktkonforme Lösung (Ablehnung einer Zweiteilung des Marktes wie bei der Festbetragsregelung in Deutschland).

Bei einer Kombination des Patienten- und Hersteller-Interesses wären auch Kostendämpfungseffekte zu erzielen, weil das Ausweichen auf größere Packungsgrößen damit unterbunden werden könne. Die Selbstbeteiligungsregelungen sollten möglichst einen ganzen Marktausschnitt erfassen, verwaltungsmäßig einfach durchführbar sein und einen Mißbrauch verhindern oder erschweren.

Lebenswichtige Arzneimittel könnten völlig von der Selbstbeteiligung ausgenommen werden.

Dr. Harald Clade