

# POLICY BRIEF

## AUF EINEN BLICK

- Die Preisbindung bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln trägt den regional unterschiedlichen Anforderungen an die Apothekenversorgung nicht angemessen Rechnung.
- Apotheken sollte es erlaubt werden, auf die regulierten Preise Rabatte bis zur Höhe der Zuzahlung gesetzlich Versicherter zu gewähren. Zielgenaue zusätzliche Maßnahmen können, falls notwendig, die lokale Versorgung sichern.
- Der Versandhandel für verschreibungspflichtige Arzneimittel trägt zur Versorgungssicherung bei und sollte beibehalten werden.

## Vergütung für Apotheken jetzt reformieren

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn hat auf dem deutschen Apothekertag im Oktober angekündigt, die aktuell drängenden Fragen der Arzneimitteldistribution in den politischen Fokus zu rücken. Die Monopolkommission empfiehlt eine Reform des Vergütungssystems.<sup>1</sup>

Die Regulierung der Arzneimitteldistribution ist zurzeit Gegenstand einer intensiven politischen Debatte. Insbesondere prüft der Bundesgesundheitsminister in Zusammenarbeit mit dem Bundeswirtschaftsminister eine Reform des Vergütungssystems für Apotheken bei Arzneimitteln, die auf

Rezept abgegeben werden. Dafür besteht aktueller Anlass: Zum einen hat ein Urteil des Europäischen Gerichtshofs von Oktober 2016 die deutsche Regulierung der Vergütung für ausländische Versandapotheken im Kern außer Kraft gesetzt. Zum anderen hat das Bundeswirtschaftsministerium ein Gutachten eingeholt – das sog. Honorargutachten – welches eine Absenkung der Gesamtvergütung für Apotheken empfiehlt.<sup>2</sup> Darüber hinaus ergibt sich ein struktureller Reformbedarf aus dem Ziel einer flächendeckend angemessenen Versorgung. Denn der Zugang zu Arzneimitteln soll auch in ländlichen Regionen erhalten bleiben. Vor dem Hintergrund, dass die Versorgung in dünn besiedelten Regionen heute bereits Probleme aufweist, zeigt sich, dass das bestehende Vergütungssystem einer Überarbeitung bedarf, um die lokalen Anforderungen besser abzubilden.

Ansatzpunkt ist die bisher bundesweit einheitlich geregelte Vergütung für Apothekenleistungen bei der Abgabe von

verschreibungspflichtigen Arzneimitteln. Waren ursprünglich auch andere apothekenpflichtige Arzneimittel preisreguliert, ist seit einer Reform im Jahr 2004 der Preis nur noch für verschreibungspflichtige Arzneimitteln festgeschrieben. Zwar konkurrieren die Apotheken grundsätzlich auch bei den verschreibungspflichtigen Arzneimitteln um Kunden.\* Allerdings steht stationären Apotheken und inländischen Versandapotheken dazu nicht die Möglichkeit offen, Rabatte auf den gesetzlich regulierten Einheitspreis zu gewähren.

## Einheitspreis steht Versorgungszielen entgegen

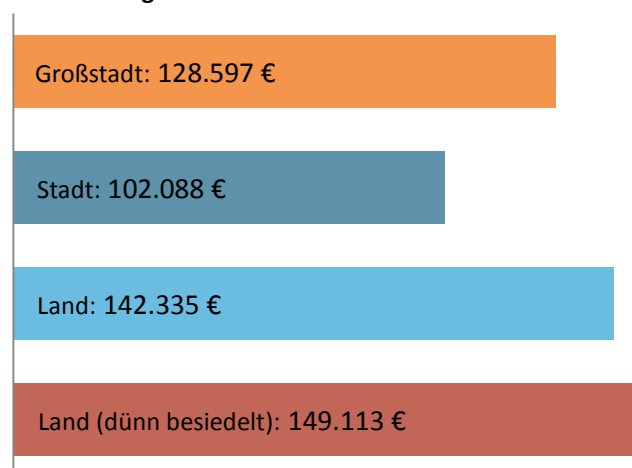
Durch die gesetzliche Festschreibung bundesweit einheitlicher Vergütungssätze wird ein bestimmter Umsatz im Apothekenmarkt sichergestellt. Über die Höhe der Vergütung kann der Gesetzgeber deshalb die Gesamtzahl an Apotheken beeinflussen, die am Markt existieren können. Für die Erreichung der Versorgungsziele ist jedoch vor allem die Wirkung bedeutsam, die eine bundesweit einheitliche Vergütung für einzelne Leistungen auf die Ansiedlung und Verteilung von Apotheken in unterschiedlich dicht besiedelten Regionen besitzt. Hier führen die einheitlichen Preise dazu, dass den regionalen Anforderungen nicht genügend Rechnung getragen werden kann.

Dadurch, dass der Gesetzgeber einen Vergütungssatz einzelner Leistungen von Apotheken einheitlich festlegt, hängt der Umsatz, den eine Apotheke mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln erwirtschaften kann, alleine von der Menge der eingelösten Rezepte ab. Eine Apotheke hat grundsätzlich die Möglichkeit auskömmlich zu arbeiten, wenn sie auf eine bestimmte Anzahl an Rezepteinlösungen kommt. Die Apotheken stehen deshalb im Wettbewerb um Rezepteinlösungen. In einer dünn besiedelten ländlichen Region muss eine Apotheke jedoch ggfs. ein sehr großes Gebiet versorgen, um überhaupt auf die notwendige Anzahl von Rezepten zu kommen.

In einer Region mit hoher Siedlungsdichte, etwa in der Großstadt, haben einheitliche Preise hingegen eine hohe Anzahl an Apotheken zur Folge. Hier wird die für die Existenz einer Apotheke notwendige Anzahl einzulösender Rezepte schnell erreicht. Allerdings ist der Wettbewerb zwischen Apotheken unter einheitlichen Preisen stets eingeschränkt, weil ein Patient eine Apotheke nicht nach dem besten Verhältnis zwischen Serviceleistungen (Verfügbarkeit von Arzneimitteln, Entfernung, Wartezeiten, Freundlichkeit

etc.) und dem dafür aufzuwendenden Preis auswählen kann. Dadurch wird der Wettbewerb in Richtung Service verschoben, und eine Apotheke hat häufig vor allem dann einen Vorteil gegenüber Konkurrenten, wenn sie sich in unmittelbarer Nähe zu den Patienten befindet. Ohne preisliche Anreize scheuen manche Versicherte auch kurze Distanzen zu einer anderen Apotheke als der nächstgelegenen. Zwar könnten einzelne Apotheken womöglich günstiger anbieten, wenn sie mehr Patienten versorgen würden. Unter den Einheitspreisen können sie ihre Kostenvorteile jedoch nicht an die Patienten weitergeben. Auch deshalb verteilen sich die Rezepte in Ballungszentren auf eine Vielzahl an Apotheken mit teilweise sehr kleinen Einzugsgebieten.

**Abb. 1: Bruttobetriebskostenüberschuss von Apotheken nach Siedlungsdichte**



Quelle: 2HM, a.a.O., S. 197.

Im Ergebnis führen die einheitlichen Preise somit dazu, dass die Anzahl an Apotheken in einer Region besonders stark an die Besiedlungsdichte geknüpft ist. Dies lässt sich heute auch statistisch belegen. So zeigt Abbildung 1, dass die durchschnittliche Apotheke in der Stadt sogar weniger rentabel ist als auf dem Land, was darauf schließen lässt, dass hier auch pro Einwohner mehr Apotheken vorhanden sind. Eine flächendeckende Versorgung erfordert es aber, dass in dünn besiedelten Regionen Deutschlands ebenfalls der Zugang zu Arzneimitteln ermöglicht wird. Um im heutigen Vergütungssystem solchen regionalen Anforderungen nachzukommen und mögliche Versorgungslücken wirksam zu schließen, bleibt dem Gesetzgeber nur die Möglichkeit, die einheitlichen Vergütungssätze anzuheben. Notwendig wäre dafür ein Vergütungsniveau, bei dem auch die am wenig-

ten profitable (Land-)Apotheke, die gerade noch benötigt wird, um die Versorgungsziele zu erreichen, auskömmlich finanziert ist. Im Rahmen der heutigen Einheitsvergütung pro Rezept käme eine höhere Vergütung jedoch überproportional den Apotheken in dicht besiedelten Regionen zugute. Da hier jedoch kein Bedarf besteht, die Apothekenzahl weiter zu erhöhen, bestünde die Gefahr, gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 12 SGB V zu verstoßen.

### Kalkulation der Einheitspreise nach Durchschnittskosten problematisch

Die Probleme, die entstehen, wenn mittels einheitlich geregelter Preise für Apotheken den regionalen Versorgungsanforderungen Rechnung getragen werden muss, sind aktuell erneut ins Blickfeld geraten. In einem im Auftrag des Bundeswirtschaftsministeriums erstellten und im Dezember 2017 veröffentlichten Honorargutachtens wurden die zu aktualisierenden Vergütungssätze der Apotheken kostenbasiert ermittelt. Dazu haben die Gutachter die ermittelten Gesamtkosten aller heute bestehenden Apotheken auf die Gesamtzahl der abgegebenen Arzneimittel umgelegt. Jeder Apotheke sollen nach diesem Konzept die Durchschnittskosten finanziert werden. Dabei haben die Gutachter festgestellt, dass das Vergütungsniveau derzeit zu hoch ist. Die geforderte Absenkung wurde aber bislang nicht vom Gesetzgeber umgesetzt und befindet sich noch in der Diskussion.

Anhand des Honorargutachtens zeigt sich das strukturelle Problem des heutigen Vergütungsmodells: Auf Basis einer einheitlichen Vergütung in Höhe der Durchschnittskosten der heute existierenden Apotheken muss es zwangsläufig zu einem Problem kommen, wenn nicht alle Apotheken identische Kosten aufweisen. Insbesondere wären Apotheken mit überdurchschnittlichen Kosten bei der Vergütung durchschnittlicher Kosten stets unterfinanziert und in ihrem Bestand gefährdet. Dies gilt auch, wenn die höheren Kosten in einer Region zur Versorgungssicherung angemessen sein sollten. Im Rahmen der Einheitsvergütung ist dies jedoch nicht lösbar. Würde der Gesetzgeber diese oberhalb der durchschnittlichen Kosten festlegen – wie es laut Honorargutachten derzeit schon der Fall ist – kommt es zu einer Überfinanzierung von Apotheken durch das Krankenversicherungssystem.



### WIE APOTHEKEN HEUTE VERGÜTET WERDEN

- Die Vergütung für Apothekenleistungen bei Arzneimitteln, die auf Rezept abgegeben werden, regelt die Arzneimittelpreisverordnung.
- Für jede Packung eines Fertigarzneimittels auf Rezept erhalten Apotheken 8,35 Euro zuzüglich 3 Prozent des Apothekeneinkaufspreises des Arzneimittels. Hinzu kommen Zuschläge, die bei der Ableistung von Notdienst ausbezahlt werden. Bei Kassenpatienten wird ein Brutorabatt von 1,77 Euro abgezogen.
- Auch die Vergütung des Großhandels ist festgelegt. Diese darf allerdings rabattiert werden. Der Rabatt erhöht die Vergütung der Apotheken.
- Die Apothekenvergütung wird kostenbasiert berechnet. Im Honorargutachten werden dazu etwa Personalkosten für die Abgabe an den Kunden von 8 bis 11 Minuten pro Packung kalkuliert.

### Wirkung einer Aufhebung der Preisbindung

Eine geeignete Lösung, um regionale Besonderheiten im Vergütungssystem zu adressieren, geht einher mit einer Reform des Vergütungsmodells. Die Monopolkommission schlägt die Einführung eines variablen Teils in der Vergütung vor, den die Apotheken im Wettbewerb miteinander festlegen können. Um dies umzusetzen, könnte zunächst die nach dem Urteil des Europäischen Gerichtshofs bisher nur für ausländische Versandapotheken geltende Möglichkeit, Rabatte auf den Preis bzw. den Zuzahlungsbeitrag zu gewähren, allen inländischen Apotheken eröffnet werden. Dies würde eine Zunahme des Wettbewerbs zwischen Apotheken auslösen, die neben der Servicequalität dann auch über den Preis konkurrieren.

Die Möglichkeit Rabatte zu gewähren, würde die Apothekenvergütung faktisch dort verändern, wo bereits heute Apotheken im engen Raum miteinander um Patienten konkurrieren.

kurrieren. Denn dort haben Patienten dann die Möglichkeit, mit vergleichsweise geringem Aufwand eine Apotheke mit dem besten Verhältnis aus Preis und Servicequalität aufzusuchen. Hier lohnt sich die Abwägung zwischen einer etwas größeren Wegstrecke und einem möglichen Rabatt. Rabatte würden daher vor allem Apotheken in Städten bzw. dicht besiedelten Regionen betreffen, während auf dem Land die Konkurrenz geringer ist, da hier einzelne Apotheken oft große Regionen versorgen. Ein Vorteil dieses Konzeptes wäre auch, dass auf eine Kürzung der Vergütungssätze, wie sie das Honorargutachten vorschlägt, verzichtet werden könnte. Denn die Möglichkeit Rabatte zu geben, würde die Preise im Falle einer Überversorgung selbstständig anpassen.

Zugleich würde der Gesetzgeber durch die Umsetzung dieses Vorschlages eine wettbewerbliche Dynamik im Apothekenmarkt entfachen. Gründungswilligen Apothekern ermöglicht das Rabattsystem, einfacher in den Markt einzutreten. Neue Apotheken könnten im Wettbewerb auch leichter mit bisher „geschützten“ Standorten konkurrieren, wie etwa mit einer Apotheke in einem Ärztehaus.

### **Heilberufliche Beratungsleistungen von Wettbewerb ausnehmen**

Eine Befürchtung, die oftmals mit der Öffnung des Apothekenmarktes für einen Wettbewerb um den Preis verbunden wird, betrifft die Gefahr von Beratungsfehlern. Mit einer durch fehlerhafte Beratung ausgelösten Fehlmedikation sind ggfs. schwerwiegende gesundheitliche Risiken verbunden. Zu klären ist deshalb, ob es eher zu solchen Fehlern kommt, wenn Apotheken auch bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln dem Preiswettbewerb ausgesetzt sind.

Die Befürchtung, dass ein solches Problem auftreten könnte, fußt darauf, dass es sich bei der pharmazeutischen Beratung um ein sog. Vertrauensgut handelt. Ein Patient kann oftmals die Wirkungen bzw. Wechselwirkungen von Arzneimitteln nicht einschätzen und vertraut auf den Apotheker. Wie im Hauptgutachten der Monopolkommission aufgeführt, zeigen verschiedene Studien, dass der Preiswettbewerb in so einer Konstellation die Beratungsqualität negativ beeinflussen könnte. Allerdings belegen Studien auch, dass das Qualitätsproblem in der Regel dann nicht auftritt, wenn der Verkäufer – d. h. hier die Apotheke – bei einer Fehlberatung wirksam haften muss.<sup>3</sup>

Strenge Haftungsregeln für Apotheken existieren in Deutschland bereits. Daher ist zumindest unklar, ob überhaupt noch ein Risiko besteht, wenn Arzneimittel in einem Wettbewerb um den besten Preis für die Beratung abgegeben werden. Dennoch können Vorbehalte gegen den Wettbewerb um den Preis für Beratung bestehen. In diesem Fall ist die Lösung jedoch nicht der allgemeine Einheitspreis. Denn von dem Vertrauensproblem betroffen ist allein die Beratungsleistung. Andere Leistungen wie die Bereitstellung an vielen Standorten, kurze Wartezeiten oder die Abgabe einer Apothekenzeitung sind dies nicht, da der Apothekenkunde einschätzen und entscheiden kann, „wie viel“ Leistung er wünscht und zu zahlen bereit ist. Da somit – falls überhaupt – nur die Vergütung eines Teils der Apothekenleistung eine Festlegung erfordert, spricht dies dafür, dass auch nur einen Teil der Vergütung gesetzlich fixiert wird, z. B. durch eine Mindestpreisvergütung.

Die Monopolkommission hat vorgeschlagen, Rabatte auf verschreibungspflichtige Arzneimittel zuzulassen und diese auf maximal die Höhe der Zuzahlung für gesetzlich Versicherte zu begrenzen. Im Durchschnitt macht die Zuzahlung der Versicherten nur einen Teil der regulierten Gesamtvergütung aus. Deshalb bliebe einem Apotheker selbst dann eine feste Mindestvergütung, wenn er das Rabattspektrum maximal ausschöpfen und dem Patienten die Zuzahlung erlassen würde. Ohnehin ist aber anzunehmen, dass die Rabattmöglichkeiten nur in Einzelfällen und dort temporär vollständig ausgeschöpft würden.

In einem zweiten Schritt ließe sich dieses System weiterentwickeln, indem die fixierte Vergütungshöhe für die Beratungsleistung der Apotheker nicht mehr gesetzlich bestimmt wird. Vielmehr könnte der einheitliche Preis für die heilberufliche Beratungsleistung bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zwischen dem Spitzenverband der Krankenkassen und dem Verband der Apotheker verhandelt werden. Wie viel dem Patienten ein zusätzlicher Service – etwa durch kurze Distanzen zur Apotheke – wert ist, könnte er hingegen selbst entscheiden. Die Zuzahlung in Höhe von 5 bis 10 Euro, die gesetzlich Versicherte heute gewöhnlich bezahlen müssen, würde entfallen. Dafür könnten die Apotheken ein Serviceentgelt in maximal dieser Höhe frei festlegen. Im Wettbewerb würde sich dann die vom Patienten gewünschte Mischung aus Preis und Service einstellen.

## Versandhandel verbessert Versorgung

Ein im Zusammenhang mit der Arzneimittelversorgung derzeit kontrovers diskutiertes Problem betrifft den Versandhandel mit verschreibungspflichtigen Arzneien. Im Oktober 2016 hatte der EuGH die Preisbindung für verschreibungspflichtige Medikamente für rechtswidrig erklärt und ausländischen Versandapotheken damit die Möglichkeit eröffnet, deutschen Kunden Rabatte auf den regulierten Preis einzuräumen. Im Rahmen dieses Verfahrens konnten Befürchtungen der Apotheker, der Versandhandel könne den stationären Handel durch Rabatte verdrängen und die Versorgung gefährden, nicht hinreichend belegt werden.

Als Reaktion darauf wird von Seiten der Apothekerverbände dennoch gefordert, den Versandhandel mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zu verbieten, um stationäre Apotheken vor Wettbewerb zu schützen. Die Prüfung eines solchen Verbotes hat auch Eingang in den Koalitionsvertrag gefunden. Allerdings lässt sich die befürchtete Verdrängungswirkung auch anhand der bisherigen Erfahrungen mit den Rabattangeboten ausländischer Versender nicht erhärten. Bisher fristet der Versandhandel im Segment der verschreibungspflichtigen Arzneimittel trotz der Rabattmöglichkeiten weiterhin ein Nischendasein. Sein Marktanteil steigt hier nur langsam und liegt aktuell bei ungefähr einem Prozent. Demgegenüber nimmt der nicht von einem Verbot bedrohte Versandhandel bei den nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln mit einem Marktanteil von ca. 13,5 Prozent am Umsatz (im Jahr 2016) bereits eine vergleichsweise wichtige Rolle bei der Versorgung ein.

Dies zeigt: Obwohl der Versandhandel prinzipiell von den Patienten zunehmend genutzt wird, ist der von ihm auf stationäre Apotheken ausgehende Wettbewerbsdruck zumindest im Bereich der rezeptpflichtigen Arzneimittel bisher gering. Allerdings ist der Versandhandel ein Baustein, um die Versorgung mit Arzneimitteln zu sichern. Vor diesem Hintergrund ist ein Verbot des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln kein geeignetes Konzept, um die Versorgungsprobleme zu lösen. Vielmehr würde ein Verbot den Weg zu Versorgungsverbesserungen im digitalen Zeitalter aufhalten, die in vielen anderen Branchen längst zu beobachten sind.

## Verbleibende Versorgungslücken mit gezielten Maßnahmen schließen

Statt eines Verbotes des Versandhandels wäre erwägenswert, den Versandhandel gezielt zu stärken, um den regionalen Erfordernissen in Deutschland noch besser Rechnung zu tragen. Sollten in einzelnen Regionen noch Versorgungsprobleme auftreten, dann könnte der Versandhandel die Versorgung mit Arzneimitteln besser unterstützen, wenn der unmittelbare Zugang zu den bestellten Medikamenten gegeben wäre. Dieser ist heute auf die Lieferung frei Haus begrenzt, die in der Regel am nächsten Tag erfolgt. Die Einrichtung von Abholstellen für bestimmte im Versandhandel geordnete Medikamente (Pick-up-Stationen) oder der Zugang über Arzneimittelautomaten ist derweil heute gesetzlich versperrt. Bei Aufhebung dieser Regelung würde der Zugang zu Arzneimitteln vereinfacht, aber zugleich das Angebot einer fachkundigen pharmazeutischen Beratung nicht aufgehoben. Denn bereits heute ist vorgeschrieben, dass der Versandhandel ein hochwertiges Beratungsangebot durch fachkundiges Personal sicherstellen muss (§ 11a Abs. 2 lit. d ApoG).

Sofern in einer Region die Ausweitung der Versorgung durch stationäre Apotheken erforderlich erscheint, stehen hierfür Instrumente zur Verfügung, die zielgenauer als ein Einheitspreis die Versorgungsprobleme adressieren. Dazu könnte geregelt werden, dass Kommunen Ausschreibungen vornehmen, wenn ein bestimmtes kritisches Versorgungsniveau unterschritten wird. In der Ausschreibung bekäme derjenige Apotheker den Zuschlag, der den geringsten Betrag fordert, um in einem vorbestimmten Zeitraum durch die Eröffnung einer Apotheke die Versorgung in der Region sicherzustellen. Dabei sind schon angesichts der mit Ausschreibungen verbundenen Transaktionskosten angemessen lange Ausschreibungszeiträume zu bestimmen. Die Ausschreibungen sind nach Ablauf des Förderzeitraums zu wiederholen, sollte die Apotheke bis dahin nicht selbsttragend arbeiten.

Auf diese Weise würde die Versorgung zu genau dem Preis erbracht, der notwendig ist, um das Versorgungsproblem zu lösen. Weil im Unterschied zur Anhebung einer Einheitsvergütung nur bestimmte Apotheken gefördert werden und nicht zugleich auch die Vergütung anderer selbsttragender Apotheken erhöht würde, wäre diese Lösung auch die kostengünstigste. Schließlich läge ein weiterer Vorteil darin,

dass sich so effektiv sicherstellen ließe, dass die Versorgungsziele in Deutschland tatsächlich eingehalten werden.

## Neue Aufgaben für Apotheker lösen keine Versorgungsprobleme

Vereinzelt wird vorgeschlagen, den Apotheken neue Aufgaben zuzuweisen, sofern diese die Versorgung verbessern können. Eine solche Aufgabe könnte z. B. in der Beratung und Betreuung von Patienten liegen, bei denen bestimmte Medikationen abzustimmen sind. Patienten könnten sich dazu bei einer Apotheke ihrer Wahl einschreiben, die das Medikationsmanagement übernimmt. Hierzu läuft bereits ein Pilotprojekt.<sup>4</sup> Auch bei diesen Leistungen könnte ein Serviceentgelt aufgerufen werden, das jedoch pauschal (d. h. unabhängig von der Höhe der Medikation) für einen Versorgungszeitraum zu veranschlagen wäre. Der Bundesgesundheitsminister hatte derweil auf dem Apothekertag weitere neue Aufgaben für Apotheken ins Spiel gebracht. Danach könnten Apotheken etwa auch Impfungen durchführen.

All diese zusätzlichen Aufgaben lösen jedoch nicht die eingangs aufgeführten Versorgungsprobleme. Der Gesetzgeber kann das Grundproblem in der Versorgung mit Apotheken nur angehen, indem er das Vergütungssystem reformiert. Ein erster Schritt dazu wäre vergleichsweise schnell umsetzbar, indem Rabatte auf die Zuzahlung gesetzlich Versicherter zugelassen werden.

\* Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Sämtliche personenbezogenen Bezeichnungen sind als geschlechtsneutral zu verstehen.



## EMPFEHLUNGEN ZUR ZUKÜNFTIGEN VERGÜTUNG DER APOTHEKEN

- Die Höhe der Vergütung für die Abgabe rezeptpflichtiger Arzneimittel sollte vorerst mindestens dem bestehenden Niveau entsprechen; die Struktur der Aufteilung auf einzelne Leistungen könnte sich an die Vorschläge des Honorargutachtens anlehnen.
- Zugleich sollte es allen Apotheken freigestellt werden, den Patienten einen Rabatt bis maximal in Höhe der Zuzahlung gesetzlich Versicherter zu gewähren.
- In einem zweiten Schritt sollte das Vergütungssystem so geändert werden, dass die Vergütung heilberuflicher Beratungsleistungen in Verhandlungen zwischen Krankenkassenversicherungen und Apothekern ermittelt wird. Die Zuzahlung gesetzlich Versicherter würde zudem durch ein apothekenindividuelles Serviceentgelt ersetzt.

<sup>1</sup> Monopolkommission, XXII. Hauptgutachten, Wettbewerb 2018, Baden-Baden 2018.

<sup>2</sup> An der Heiden, I., Meyrahn, F. (2HM & Associates GmbH), Ermittlungen der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) geregelten Preise, im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie, vorgelegt am 27. November 2017.

<sup>3</sup> Ein Überblick über neuere einschlägige Studien findet sich etwa in: Monopolkommission, XXII. Hauptgutachten, Wettbewerb 2018, Baden-Baden 2018, Fußnote 76.

<sup>4</sup> Deutsche Apotheker Zeitung, <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2014/daz-14-2014/startschuss-fuer-armin-gefallen>, Abruf am 12.04.2018; Deutsche Apotheker Zeitung <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2017/09/27/armin-geht-in-die-verlaengerung>, Abruf am 12.04.2018.

**Die Monopolkommission** ist ein ständiges, unabhängiges Expertengremium, das die Bundesregierung und die gesetzgebenden Körperschaften auf den Gebieten der Wettbewerbspolitik, des Wettbewerbsrechts und der Regulierung berät. Die Monopolkommission besteht aus fünf Mitgliedern, die auf Vorschlag der Bundesregierung durch den Bundespräsidenten berufen werden. Vorsitzender der Monopolkommission ist Prof. Achim Wambach.

### KONTAKT

Monopolkommission  
Kurt-Schumacher-Str. 8 · 53113 Bonn  
info@monopolkommission.bund.de  
[www.monopolkommission.de](http://www.monopolkommission.de)

➔ Abonnieren Sie den Policy Brief über unseren E-Mail-Newsletter.