

Die Bedeutung der Privatversicherten für Apotheken

Frank Wild

WIP

Wissenschaftliches
Institut der PKV



Gustav-Heinemann-Ufer 74 c • 50968 Köln

Telefon +49 221 9987-1652 • Telefax +49 221 9987-1653

E-Mail: wip@wip-pkv.de • Internet: www.wip-pkv.de

Juni 2017

1. Einleitung

Für eine Apotheke ergeben sich größere Unterschiede, je nachdem, ob ein Medikament an einen GKV-Versicherten oder an einen Privatversicherten abgegeben wird. Aus diesen Unterschieden erwachsen in der Summe nicht nur deutlich geringere bürokratische Aufwände bei Privatversicherten. Sie wirken sich auch direkt über einen höheren Verdienst der Apotheken bei Privatversicherten aus.

Auf der Basis von Arzneimittelabrechnungsdaten der PKV aus dem Jahr 2015 werden im Folgenden zwei Punkte hervorgehoben, die direkte monetäre Konsequenzen für die Apotheken hervorrufen. Anschließend werden weitere PKV-GKV-Unterschiede für die Apotheken genannt, die ebenfalls zu finanziellen Wirkungen führen, deren dahinter stehenden Finanzbeträge aber mit den vorliegenden Daten nicht kalkulierbar sind.

2. Direkte monetäre Aspekte

2.1 Der Apothekenabschlag

Der Apothekenabschlag (oder auch Apothekenrabatt) wurde bereits 1914 infolge des Inkrafttretens des krankenversicherungsrechtlichen Teils der Reichsversicherungsordnung (RVO) eingeführt. Die Existenz des Apothekenabschlags wird von der aktuellen Rechtsprechung mit dem Gemeinwohl und im speziellen mit der Gemeinwohlaufgabe „finanzielle Stabilität in der GKV“ begründet. Er hat laut Rechtsprechung den Charakter eines Großkundenrabatts.¹ Die gesetzliche Regelung findet sich in § 130 SGB V. Er gilt nur für verschreibungspflichtige Arzneimittel. Der Apothekenabschlag lag im Jahr 2015 bei 1,77 je Packung eines verschreibungspflichtigen Medikamentes. Die GKV konnte ihre Arzneimittelausgaben im Jahr 2015 hierdurch insgesamt um 1,088 Mrd. € senken.²

Für PKV-Versicherte gilt der Apothekenrabatt nicht. Dies führt zu einem höheren Abrechnungspreis in der PKV bzw. zu einem höheren Umsatz für die Apotheken. Im Jahr 2015 wurden nach den vorliegenden Rechnungsdaten insgesamt 58,9 Mio. Packungen von Privatversicherten zu Lasten der PKV bezogen.³ Multipliziert mit dem Apothekenabschlag von 1,77 je Packung ergibt sich eine Mehreinnahme von 104,3 Mio. € zugunsten der Apotheken.

¹ Vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 01.09.2005, AZ: B 3 KR 34/04 R.

² Vgl. Schwabe, Paffrath (2016), S. 789.

³ Über Arzneimittelrechnungen von Privatversicherten, die nicht zur Erstattung bei einem PKV-Unternehmen eingereicht werden, liegen keine Informationen vor. Sie können in der vorliegenden Berechnung nicht berücksichtigt werden.

2.2 Preiseffekt durch unterschiedliche Versorgungsstruktur

Der deutlich abweichende Ansatz in der Arzneimittelsteuerung zwischen PKV und GKV⁴ führt zu einer unterschiedlichen Versorgungsstruktur mit Medikamenten. Privatversicherte erhalten bei patentfreien Wirkstoffen anteilig häufiger Originalpräparate und weniger Generika. Zudem ist der Anteil von neuen und in der Regel teureren Präparaten höher.⁵ Die an Privatversicherte abgegebenen Medikamente sind damit im Durchschnitt teurer als bei gesetzlich Versicherten. Aus den PKV-Rechnungsdaten des Jahres 2015 wurde als Durchschnittspreis eines verschreibungspflichtigen Medikamentes für die PKV ein Betrag von 68,79 € berechnet. Laut dem Arzneiverordnungs-Report der GKV liegt der entsprechende Durchschnittspreis in der GKV dagegen bei 53,22 €⁶

Die Höhe des Preises eines Medikamentes bestimmt auch einen Teil des Verdienstes einer Apotheke. Der Apothekenzuschlag, als Verdienstkomponekte einer Apotheke bei verschreibungspflichtigen Medikamenten, besteht aus einem absoluten (8,35 € je Packung) und einem relativen (3 % auf den Apothekeneinkaufspreis) Element. Um die PKV-Mehreinnahmen zu ermitteln, ist die relative Komponente entscheidend. Für die Berechnung der Mehreinnahmen wurde auf Basis der Durchschnittspreise und entsprechend der gesetzlichen Arzneimittelpreisverordnung auf die Apothekeneinkaufspreise zurückgerechnet und auf diesen Differenzbetrag von PKV und GKV drei Prozent Apothekenzuschlag angerechnet. Durch Multiplikation mit der bereits weiter oben genannten Gesamtzahl an Packungen von verschreibungspflichtigen Medikamenten, die Privatversicherte im Jahr 2015 erhielten (58,9 Mio.), ergibt sich daraus für die Apotheken insgesamt eine Mehreinnahme von 18,9 Mio. € bei Privatversicherten.

3. Weitere Aspekte

3.1 Abrechnung und Erstattung

In der GKV erfolgt die Abrechnung der Medikamente nach dem Sachleistungsprinzip, in der PKV aber nach dem Kostenerstattungsprinzip. GKV-Versicherte erhalten in der Apotheke das verordnete Medikament, ohne selbst in Vorleistung getreten zu sein. Eventuell ist eine Zuzahlung zu entrichten. Die Apotheken reichen die Rezepte von GKV-Versicherten dann über die Abrechnungsstellen bei den jeweils zuständigen Krankenkassen ein. Die Krankenkasse erstattet den anzusetzenden Rechnungsbetrag dann den Apotheken. Diese Vorgehensweise ist für die Apotheken mit dem Risiko einer Retaxierung verbunden. Bis zum Teil zu einem Jahr später kann die Krankenkasse Mängel in der

⁴ Vgl. Wild (2015), S. 10-17.

⁵ Vgl. Wild (2016).

⁶ Vgl. Schwabe, Paffrath (2016).

Abrechnung/Verordnung/Beratung anmerken und die Bezahlung verweigern. Dann muss die Apotheke unter Umständen die Kosten des Medikamentes selbst tragen. Für Apotheken besteht damit bei der Abgabe von Medikamenten an GKV-Versicherte ein latentes Haftungsrisiko. Die mögliche Quelle von Fehlern ist lang. Sie geht über Fehler in der Interpretation der diversen Regularien über Verordnungsfehler der Ärzte bis zur falschen Dokumentation von Vorgängen. Halten sich die Apotheken zum Beispiel nicht an den Rabattvertrag, kann die gesetzliche Krankenkasse den gesamten Rezeptwert zurückfordern (Null-Retaxation). Um möglichen Retaxierungsproblemen entgegenzutreten, muss die Apotheke einen größeren bürokratischen Aufwand tätigen und z. B., wenn Arzneimittel nicht lieferbar sind, sehr gut dokumentieren. Bei Preisen pro Packung im bis zu fünfstelligen Bereich kann eine Nullretaxierung für Apotheken existenzgefährdend sein. Teilweise verweigern die Krankenkassen die Erstattung mit einer Verzögerung von einem Jahr.

Bei PKV-Versicherten stellt sich eine derartige Problematik nicht. Das Kostenerstattungsprinzip sieht vor, dass PKV-Versicherte in der Apotheke ihre Rechnung sofort zahlen. Bei sehr teuren Medikamenten kann in Abstimmung mit dem Versicherungsunternehmen teilweise auch eine Direktabrechnung über die Versicherer erfolgen. Dann erhält die Apotheke in der Regel innerhalb von 10 bis 14 Tagen ihr Geld.

3.2 Umsetzung von Steuerungs- und Regulierungsinstrumenten

Die Apotheken sind im GKV-System ein wichtiger Akteur bei der Umsetzung von Steuerungsinstrumenten. So sind die Apotheken nach § 129 Abs. 1 Satz 3 SGB V dazu verpflichtet, bei der Abgabe eines Medikamentes an einen GKV-Versicherten, die kassenspezifischen Rabattverträge zu berücksichtigen. Das heißt, sie müssen dem GKV-Versicherten das Medikament aushändigen, zu dem die Krankenkasse des Versicherten einen entsprechenden Rabattvertrag geschlossen hat. Eine Ausnahme darf nur dann gemacht werden, wenn der Apotheker pharmazeutische Bedenken dokumentiert, der Arzt explizit eine Substitution in der Apotheke ausgeschlossen hat (Setzen eines „Aut-idem“-Kreuzes auf dem Rezept) oder wenn der Wirkstoff in der „Substitutionsausschlussliste“ der Arzneimittelrichtlinie aufgeführt ist. Darüber hinaus müssen die Apotheken eine bestimmte Quote an Importarzneimittel abgeben (§ 129 SGB V) und sind zur Abgabe von wirtschaftlichen Einzelmengen (§ 129 SGB V) verpflichtet.

Die Einhaltung dieser Regularien ist nicht nur bezüglich des Haftungsrisikos (siehe oben) nachteilig, sondern führt auch zu höheren Kosten, z. B. durch Lagerhaltung und Logistik. Zudem erfordert die Umsetzung der Rabattregelungen in der Apotheke einen erhöhten Beratungsbedarf gegenüber den Kunden und Patienten. Beratungsaufwand entsteht vor allem dann, wenn aufgrund neuer Rabattverträge Patienten auf ein anderes Präparat umgestellt werden müssen.

Da derartige sozialrechtliche Regelungen für Privatversicherte nicht gelten, ist die Abgabe von Medikamenten hier mit deutlich geringerem bürokratischen Aufwand und geringerem Beratungsbedarf verbunden. Privatversicherte werden deutlich seltener umgestellt.⁷ Für Rabattverträge, die von den Apotheken umzusetzen sind, gibt es bei Privatversicherten keine gesetzliche Grundlage.

3.3 Inkasso von Herstellerabschlägen

Seit dem Beitragssatzsicherungsgesetz (BSSichG) im Jahr 2003 müssen pharmazeutische Unternehmen der GKV einen Herstellerrabatt gewähren. Seit 2011 findet dieser Rabatt auch für PKV-Versicherte Anwendung, sofern sie ihre Rechnung zur Erstattung bei einem PKV-Unternehmen einreichen. Bei GKV-Versicherten werden die gesetzlichen Herstellerabschläge über die Apotheken bzw. ihre Rechenzentren eingefordert. Die Apotheken fungieren damit als Inkassozentrum. Bei Privatversicherten erfolgt das Inkasso dagegen über die „Zentrale Stelle zur Abrechnung von Arzneimittelrabatten GmbH (ZESAR)“. Diese fordert den Herstellerabschlag nicht nur für die PKV-Unternehmen bzw. ihre Versicherten, sondern für Versicherte in einem beihilfefähigen Tarif auch für die Beihilfe ein. Gesellschafter von ZESAR sind deshalb neben dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. auch der Bund und die Länder Bayern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz. Während damit die Kosten des Inkassos bei GKV-Versicherten von den Apotheken zu tragen sind, werden sie bei Privatversicherten von der PKV und der Beihilfe getragen.

4. Zusammenfassung

Aus Apothekenrabatt und Apothekenzuschlag ergibt sich für Apotheken in der Summe eine Mehreinnahme bei Privatversicherten in Höhe von insgesamt 123,2 Mio. €(2015). Dies sind im Durchschnitt mehr als 6000 € pro Apotheke. Dieser Betrag würde den Apotheken als Einnahme fehlen, wenn Privatversicherte gesetzlich versichert wären (Szenario: „Bürgerversicherung“). Darüber hinaus profitiert eine Apotheke bei Privatversicherten auch vom Kostenerstattungsprinzip der PKV und dem dadurch fehlenden Retaxierungsrisiko. In einer „Bürgerversicherung“ würden für die Apotheken zudem Mehrausgaben für Inkassoleistungen entstehen. Zudem ergäben sich höhere Aufwände, wenn Apotheken auch für Privatversicherte die verschiedenen Kostensteuerungs- und Regulierungsinstrumente aus dem Sozialrecht umsetzen müssten.

⁷ Vgl. Wild (2012).

Literaturverzeichnis:

Schwabe, U., Paffrath, D. (2016): Arzneiverordnungs-Report 2016.

Wild, F. (2016): Arzneimittelversorgung von Privatversicherten 2014, Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich.

Wild, F. (2015): Arzneimittelversorgung von Privatversicherten 2013, Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich.

Wild, F. (2012): Vom Originalpräparat zum Generikum – Wann erfolgt die Umstellung der Medikation bei Privatpatienten?, WIP-Diskussionspapier 1/2012.