



Euroforum-Konferenz: Arzneimittelvertrieb

Rede des Vorstandsvorsitzenden der ANZAG

Dr. Thomas Trümper

Die künftige Rolle des Pharmagroßhandels
in der Gesundheitsbranche

– Es gilt das gesprochene Wort –

(Stand 2. Juli 2008)

Meine Damen und Herren,

wie sieht die Zukunft des Arzneimittelvertriebs aus? Und welche Rolle wird der Pharmagroßhandel dabei spielen? Die Zukunft kann niemand vorhersagen – aber zweifellos gibt es interessante Hinweise, worauf es künftig ankommt.

Wer über die Entwicklungen im Pharmagroßhandel spricht, der beginnt am besten bei seinen Lieferanten und Kunden – also den Herstellern und den Apotheken. Denn der Pharmagroßhandel befindet sich nun einmal in einer Sandwichposition zwischen diesen beiden Stufen in der Arzneimitteldistribution – zwischen 1.500 Herstellern auf der einen und 21.500 Apotheken auf der anderen Seite. Die Sandwichposition des pharmazeutischen Großhandels bringt es mit sich, dass sich die Veränderungen in den Märkten unserer Marktpartner unmittelbar auf unser Geschäft auswirken. Die aktuellen Marktentwicklungen halten in der Tat einige Herausforderungen für den Pharmagroßhandel bereit: Wenn die Erträge bei den Kunden zurückgehen, ist dies auch für den Großhandel eine ernste Sache. Obwohl der Nettoumsatz im vergangenen Jahr um 2 % stieg, reduzierte sich das durchschnittliche steuerliche Ergebnis einer selbstständigen Apotheke um 8 %. Die Gründe dafür liegen vor allem in Maßnahmen des Gesetzgebers: der Erhöhung des Apothekenabschlags von 2,00 Euro auf 2,30 Euro pro abgegebener Packung zugunsten der Krankenkassen und dem erhöhten Aufwand bei der Umsetzung der Rabattverträge.

Gestiegene Kosten und Erlösminderungen wirken sich unmittelbar auf die Erträge der Apotheke aus. Die

sogenannte Liberalisierung des Apothekenmarktes mit der Zulassung neuer Wettbewerber könnte die Situation weiter verschärfen – die Zulassung des Versandhandels gibt davon einen ersten Vorgeschmack. Die Apotheke sieht sich nun auch im rezeptpflichtigen Bereich mit neuen Konkurrenten konfrontiert. Und auch im OTC-Bereich und bei den freiverkäuflichen Arzneimitteln verschärft sich der Preiskampf – hier mischen zunehmend Drogeriemärkte und der Lebensmitteleinzelhandel mit. Diese Entwicklungen bedeuten mit Sicherheit nicht das Ende der klassischen inhabergeführten Präsenzapothekes – den Markt verändern werden sie aber mit Sicherheit. Die Veränderungen haben bereits eingesetzt. Klar ist auch: Nicht nur die Apotheken, auch der Pharmagroßhandel als Partner der selbstständigen Apotheke muss sich hier aufstellen.

Und auch auf Herstellerseite gibt es Entwicklungen, die sich deutlich auf das Geschäft des Großhandels auswirken:

Die aktuellen gesetzlichen Regelungen begünstigen noch viel stärker als bisher den Direktvertrieb von Arzneimitteln durch die pharmazeutische Industrie. Immer mehr Hersteller liefern ihre Produkte direkt in die Apotheke. Vor allem bei hochpreisigen Produkten vereinnahmen sie damit die Großhandelsmarge gemeinsam mit den Apotheken selbst. Im rezeptpflichtigen Bereich wuchs das Volumen der Direktbelieferungen von September 2007 bis Februar 2008 um 26,7 % – der Großhandel verzeichnete hier im gleichen Zeitraum lediglich einen Zuwachs von 7,1 %. Mittlerweile liegt der Anteil des Direktvertriebs am Arzneimittelmarkt in Deutschland bei über 17 % – das entspricht einer Verdopplung in weniger als zehn Jahren.

Die zunehmende Direktbelieferung hat natürlich auch etwas mit dem Ertragsdruck zu tun, mit dem sich die Arzneimittelhersteller konfrontiert sehen. Die Zeiten, als die Erträge wie von selbst stiegen, sind seit einigen Jahren vorbei. Die Maßnahmen des Gesetzgebers haben viele Hersteller zu Preissenkungen veranlasst bzw. den Absatz billiger Arzneimittel begünstigt. Die wichtigsten Schritte der vergangenen Jahre möchte ich hier noch einmal aufzählen: der – inzwischen ausgelaufene – zweijährige Preisstopp für Arzneimittel, die zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung abgegeben werden; die Aufhebung der Preisbindung im OTC-Bereich; die neuen Zuzahlungsregelungen; die Rabatte der Generikahersteller und – last but not least – die Rabattverträge zwischen Krankenkassen und Industrie.

Wenn man diese Entwicklungen zusammenfassen möchte, dann könnte man sagen: Die Maßnahmen des Gesetzgebers haben den Ertragsdruck bei unseren Marktpartnern verstärkt. Und dies wiederum hat sowohl die Hersteller wie auch die Apotheker veranlasst, ihre Prozesse und Strukturen zu überdenken und nach neuen Wegen zu suchen. Dass davon der Großhandel in seiner Position zwischen Industrie und Apotheken unmittelbar betroffen ist, liegt auf der Hand.

Beginnen wir auch hier bei den Erträgen: Die Marge, die der deutsche Großhandel für den Vertrieb eines Produktes erhält, ist laut Arzneimittelpreisverordnung an den

Abgabepreis der pharmazeutischen Unternehmen gekoppelt. Der veränderte Produktmix – also die

zunehmende Abgabe kostengünstiger Produkte – und die teilweise kräftig gesunkenen Preise haben dazu geführt, dass der Großhandel für viele Präparate nur noch wenige Cent erhält. Inzwischen sind wir bei dem kuriosen Fall angekommen, dass es Arzneimittel auf dem Markt gibt, die so billig sind, dass dem Großhandel dafür überhaupt keine Marge mehr zusteht. Gleichzeitig verlieren wir einen Teil der höherpreisigen Arzneimittel mit attraktiver Marge durch den Direktvertrieb.

Den sinkenden Erträgen stehen zunehmende Anforderungen gegenüber, die zusätzliche Kosten bedeuten – wie z. B. der steigende Anteil von Betäubungsmitteln und immer mehr Kühlkettenprodukte.

Dies alles sind Entwicklungen der letzten Jahre, die unser Geschäft stark beeinflussen. Die Vergütungsstruktur für den Pharmagroßhandel hat sich jedoch seitdem nicht verändert: Grundlage ist unverändert die Arzneimittelpreisverordnung aus dem Jahre 2003. Ihr lagen jedoch ein ganz anderer Sortimentsmix und damit auch eine ganz andere Ertragsstruktur zu Grunde. Mit einem Wort: Das Vergütungsmodell für des Pharmagroßhandel basiert auf Daten der Vergangenheit, die heute so nicht mehr gelten...

Verlust der margenstarken Sortimentsbestandteile, gesunkene Vergütungen für das verbliebene Sortiment und steigende Leistungsanforderungen: Da verwundert es kaum, dass die Margen im pharmazeutischen Großhandel stark rückläufig sind und die Erträge der Unternehmen sinken. Die in der Arzneimittelpreisverordnung vorgesehene Mischkalkulation aus hochpreisigen und niedrigpreisigen

Arzneimitteln geht zunehmend nicht mehr auf, die Wirtschaftlichkeit des Großhandels ist gefährdet.

Es ist kein Geheimnis mehr: Wenn sich diese Entwicklung fortsetzt, können wir als Großhandel unsere selbst auferlegte Verpflichtung, für die Apotheken ein Vollsortiment zu führen, kaum weiter aufrecht erhalten. Dies hätte allerdings unmittelbare Folgen für die Patienten: Die schnelle, kostengünstige und flächendeckende Versorgung der Patienten mit einem Vollsortiment an Arzneimitteln steht auf der Kippe.

„Na wenn schon!“ mag jetzt der ein oder andere denken. „Wozu braucht es denn überhaupt den Pharmagroßhandel in seiner heutigen Form?!“

Aber schauen wir uns die Entwicklung der Rahmenbedingungen in unserer Gesellschaft, die veränderte gesetzliche Lage und auch die Marktstrukturen einmal genauer an – am besten anhand eines konkreten Beispiels:

Nehmen wir an, eine kleine regionale Krankenkasse in Schleswig-Holstein hat einen Vertrag mit einem kleineren Hersteller abgeschlossen für die Versorgung ihrer Versicherten. Natürlich ist das in Schleswig-Holstein kein Problem: Da haben die Apotheken schnell gemerkt, was nun verlangt wird und die fraglichen Produkte des kleinen Herstellers auf Lager genommen.

Aber Herr Schmidt aus Plön, der bei der kleinen Versicherung seit 40 Jahren Mitglied ist, der macht gerne im Allgäu Urlaub, um dort zu wandern. Er geht nun – aus

akutem Anlass - in Kempten in die Apotheke: Er braucht sein Medikament, und zwar noch heute. Mit dem Großhandel, der die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit mehr als 250.000 Arzneimitteln in ganz Deutschland sicherstellt, ist das kein Problem. Wir bevorraten in unseren Lagern insgesamt 120.000 verschiedene Artikel. Was in einer unserer 24 Niederlassungen nicht auf Lager ist, schaffen wir aus einem anderen herbei – oft noch am selben Tag!

Viele Rabattverträge werden mit regionalen Kassen geschlossen – erfüllt werden müssen diese Vereinbarungen jedoch in ganz Deutschland: In der mobilen Gesellschaft mit mobilen Menschen müssen Arzneimittel dort verfügbar sein, wo sie nachgefragt werden – auch wenn es sich um die Produkte kleinerer mittelständischer Hersteller handelt, wie in unserem Fall. Dies gilt erst recht im Zeitalter der Rabattverträge: Sie könnten ohne einen funktionierenden Großhandel, der die zwischen Hersteller und Krankenkasse getroffenen Liefervereinbarungen in ganz Deutschland zeitnah erfüllt, nicht realisiert werden.

Deshalb meine ich: Die Krankenkassen müssten sich eigentlich für den Großhandel engagieren, denn sie sind es ja, die von der Umsetzung der Rabattverträge vor allem profitieren. Der Großhandel macht es möglich, dass die Versorgung der Patienten trotzdem funktioniert.

Und auch die Politik, die derzeit den Mittelstand als Treiber des wirtschaftlichen Fortkommens in Deutschland wieder

entdeckt, müsste zu den Verbündeten des Großhandels gehören: Denn die Pharmaindustrie in Deutschland ist

überwiegend mittelständisch strukturiert. Nur die 14 größten deutschen Hersteller verzeichnen einen Umsatz von mehr

als 500 Mio. Euro pro Jahr. Die restlichen 252 deutschen Pharmahersteller gehören zum Mittelstand. Zwei Drittel von ihnen erwirtschaften weniger als 50 Mio. Euro Umsatz. Der Pharmagroßhandel sichert ihnen den Marktzugang, auch und gerade im Zeitalter der Rabattverträge.

Es wäre also keine gute Idee, die flächendeckende Vollversorgung mit Arzneimitteln in ganz Deutschland so einfach preiszugeben. Deshalb haben wir zwei Initiativen entwickelt, mit denen das Vergütungssystem aktualisiert und die Leistungsfähigkeit des aktuellen Systems auch für die Zukunft gesichert werden kann.

Der erste Optimierungsvorschlag richtet sich an den Gesetzgeber. Wir schlagen vor, dass alle rezeptpflichtigen Arzneimittel – auch die niedrigpreisigen – einen signifikanten Beitrag zur Finanzierung der Arzneimitteldistribution leisten sollen. Dafür müsste die bisher stark vom Herstellerabgabepreis abhängige Großhandelsvergütung durch eine Vergütung ersetzt werden, die weitestgehend unabhängig vom Medikamentenpreis ist.

Das zentrale Element unseres Vorschlags besteht in einem pauschalen, nicht rabattfähigen Logistikfestzuschlag von 93 Cent auf jede ausgelieferte Packung. Der Festbetrag soll durch einen prozentualen Höchstzuschlag von 3 % auf den Herstellerabgabepreis ergänzt werden.

Für die Hersteller hochpreisiger, patentgeschützter Arzneimittel würde die Großhandelsdistribution wieder an Attraktivität gewinnen. Die Befürchtungen dieser Hersteller, über die verhältnismäßig hohen Großhandelsmargen für die Distribution ihrer Produkte die preisgünstige Konkurrenz

querzufinanzieren, wären dann unbegründet. Für die Hersteller günstiger Präparate wäre in diesem Modell sichergestellt, dass sie mit ihren Produkten weiterhin vollen Zugang zum Arzneimittelmarkt haben. Und die Patienten würden auch weiterhin alle Medikamente erhalten, die sie dringend benötigen.

Unser zweiter Optimierungsvorschlag richtet sich an die Pharmahersteller. Sie wollen den Direktvertrieb weiter in Richtung DTP-Modell ausbauen. DTP steht dabei für „Direct To Pharmacy“. In diesem Modell wäre der Großhändler nicht mehr länger selbstständiger Händler, sondern nur noch ein weisungsgebundener Logistikdienstleister, der die Ware für den Hersteller in die Apotheke bringt. Die Kontrolle darüber, welche Waren in welcher Menge die einzelne Apotheke erhält, läge dann allein beim Hersteller.

Die pharmazeutischen Hersteller führen bisher im Wesentlichen drei Argumente an, um ihre Pläne zu begründen. Schauen wir uns diese Argumente einmal genauer an:

Das ist zum einen eine höhere **Arzneimittelsicherheit**, vor allem im Bereich Fälschungen. Die pharmazeutischen Hersteller sind der Ansicht, dass das bestehende

Distributionssystem nicht in der Lage sei, das massive Eindringen von Arzneimittelfälschungen zu verhindern. Dem Großhandel wird sogar vorgeworfen, derartigen Entwicklungen Vorschub zu leisten. Meine Damen und Herren, das ist doch einfach nicht richtig – das Gegenteil ist der Fall: Mit seinen zertifizierten Versorgungsketten trägt der Pharmagroßhandel maßgeblich zur Gewährleistung der

Arzneimittelsicherheit bei. *Wenn* jemand Löcher ins System reißt, dann ist das nicht der Großhandel, sondern dann geschieht dies durch Zwischenhändler, die außerhalb der bewährten Vertriebsstrukturen agieren, und durch den illegalen Internethandel. Das hat das Bundeskriminalamt unlängst in einer Studie erneut herausgearbeitet. Werden die Medikamente hingegen über den klassischen Distributionsweg Hersteller-Großhandel-Apotheke ausgeliefert, ist die Zahl der Fälschungen verschwindend gering. Seit 1996 wurden nur 33 Fälle von Arzneimittelfälschungen bekannt, davon zwei mit Wirkstofffälschungen.

Trotzdem gilt natürlich: Was gut ist, kann noch besser werden. Der pharmazeutische Großhandel wird die Sicherheitsstandards in der Arzneimitteldistribution weiter vorantreiben. Konkret geht es dabei um drei Felder: die eingesetzten Technologien bei der Datenübermittlung, die Einführung maschinenlesbarer Packungskennzeichnungen und die Zertifizierung der Versorgungskette.

Zweitens erhoffen sich die Hersteller vom Direktvertrieb **geringere Kosten bzw. höhere Erträge**. Doch sind diese Hoffnungen berechtigt?

Auf der Distributionsschiene Hersteller-Großhandel-Apotheke laufen derzeit beispielsweise in Europa 28 Milliarden Transaktionen pro Jahr. Was wäre nun, wenn all diese Bestellungen und Auslieferungen nicht durch den Großhandel gebündelt würden, sondern direkt zwischen Herstellern und Apotheken abgewickelt werden müssten? Dann, meine Damen und Herren, würde die Zahl der Transaktionen in Europa fast 19 mal so hoch sein. Für die kleinen und mittleren Hersteller wäre die Zerstörung des derzeitigen Distributionssystems

verheerend, sie könnten die Kosten für den Vertrieb in die 21.500 deutschen Apotheken hinein wohl kaum bewältigen. Besonders aber die Apotheken könnten den gestiegenen Verwaltungsaufwand aus der bisherigen Vergütung nicht realisieren.

Doch die Sicherheit und die Kosten sind meiner Meinung nach eher Nebenkriegsschauplätze. Vor allem geht es den Herstellern mit dem DTP-Modell um **Transparenz**: In Zeiten eines EU-weiten, weitgehend geöffneten Arzneimittelmarktes wird es für die Hersteller immer wichtiger zu wissen, dass ihre Arzneimittel auch dort ankommen, wofür sie bestimmt sind. Es lässt sich nachvollziehen, dass die Hersteller damit unzufrieden sind!

Doch ist die Direktbelieferung der Apotheke mit dem DTP-Modell wirklich die einzige Lösung? Wir haben einen Vorschlag erarbeitet, der die Interessen aller Marktpartner berücksichtigt – ohne dass die geschilderten Vorteile des derzeitigen Distributionssystems aufgegeben werden müssen.

Wir haben unseren Vorschlag „Kombimodell“ getauft, da er eine Kombination aus dem DTP-Modell und dem Distributionssystem des Großhandels darstellt. Herzstück des Modells sind Konsignationslager – das sind virtuelle Lager, die der Großhandel für die pharmazeutischen Hersteller einrichtet und verwaltet. Dort werden die Arzneimittel einer eigenen Bestandsführung unterworfen, das ermöglicht jederzeit die Feststellung und Individualisierung des Lagerbestands. Die im Lager befindlichen Arzneimittel bleiben dabei zunächst Eigentum des Herstellers. Bis hierher ist die Abwicklung identisch mit dem DTP-Modell.

Erst bei der Bestellung einer Apotheke und der Entnahme der Ware aus dem Lager gehen die Arzneimittel kurzzeitig in das Eigentum des Großhändlers über. Dieser kann die Bestellung dann gebündelt in seiner normalen Großhandelsfunktion an die Apotheke ausliefern – so bleiben die Transaktionskosten niedrig. Darüber hinaus bietet das Kombimodell weitere Vorteile für alle Glieder der klassischen Distributionskette:

- Die **Großhändler** stehen weiterhin im Wettbewerb zueinander und behalten die dafür notwendige unternehmerische Betätigungsfreiheit.
- Die **Apotheken** können weiterhin die gesamte Leistungsfähigkeit des Großhandels nutzen, dies ist unverzichtbar für die Erfüllung ihres gesetzlichen Versorgungsauftrages.

- Die **Patienten** werden über die Apotheken weiterhin auf optimalem Leistungsniveau mit allen Arzneimitteln versorgt, die sie benötigen – schnell, sicher und kostengünstig.
- Für die **pharmazeutischen Hersteller** ergäben sich in diesem alternativen Modell ganz neue Möglichkeiten: Sie würden von uns täglich über die eingegangenen und ausgeführten Apothekenbestellungen informiert.

Meine Damen und Herren, in der öffentlichen Diskussion stehen immer wieder die Kosten im Mittelpunkt. Dabei vergessen wir oft die Patienten und ihre Bedürfnisse. Ich behaupte: Wenn jemand – Sie oder ich – in die Apotheke geht, dann möchte er dort die bestmögliche Versorgung erhalten. Patienten erwarten absolute Verbindlichkeit bei der Lieferzusage und perfekte Ausführung. Hier ist der Großhandel ein unverzichtbarer Partner für die Apotheken und die Arzneimittelhersteller – heute und auch in Zukunft.

Allerdings müssen wir das Distributionssystem für Arzneimittel weiter entwickeln, damit es den Anforderungen der Zukunft gerecht wird – einer Zukunft, die durch neue Marktstrukturen und Prozesse geprägt sein wird. Mit unseren Vorschlägen zu einer fairen und marktgerechten Vergütung des Großhandels und dem Kombimodell haben wir zwei Optimierungsvorschläge auf den Tisch gelegt, mit denen wir die Leistungsfähigkeit der Arzneimitteldistribution sichern können. Wie gesagt: von einem leistungsfähigen Großhandel profitieren nicht nur die Apotheken und die Patienten, sondern auch die mittelständisch geprägte Arzneimittelindustrie und – seit den Rabattverträgen – auch die Kassen!

Meine Damen und Herren, ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit und freue mich auf die Diskussion.