

# **Der deutsche Apothekenmarkt: Reformoptionen für eine effiziente und nachhaltige Versorgung**

von

Justus Haucap<sup>♦</sup>, Michael Coenen<sup>♦</sup>, Annika Herr<sup>♦</sup>, Björn A. Kuchinke<sup>♦</sup>

Studie im Auftrag der  
Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft (INSM)

---

<sup>♦</sup> Düsseldorf Institute for Competition Economics (DICE), Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf.  
<sup>♦</sup> Technische Universität Ilmenau.

# Inhaltsverzeichnis

	Seite
<b>Inhaltsverzeichnis .....</b>	<b>I</b>
<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>II</b>
<b>Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>II</b>
<b>Kurzfassung .....</b>	<b>V</b>
<b>1 Einleitung.....</b>	<b>1</b>
<b>2 Grundlegende Aspekte .....</b>	<b>3</b>
2.1 Ökonomische Besonderheiten von Arzneimitteln .....	3
2.2 Regulierung für Deutschland im Überblick.....	8
2.3 Distribution und Preisbildung in Deutschland.....	16
2.4 Die Struktur des deutschen Apothekenmarktes .....	23
2.5 Apothekenmärkte im europäischen Kontext: Ein Überblick.....	33
2.5.1 Niederlande .....	35
2.5.2 Vereinigtes Königreich .....	36
2.5.3 Norwegen .....	37
2.5.4 Schweiz .....	39
2.6 Analyse und Zwischenfazit.....	41
<b>3 Analyse einer wettbewerblichen Ausrichtung.....</b>	<b>43</b>
3.1 Wettbewerbsmodelle .....	43
3.2 Daten, Methoden und Szenarien.....	53
3.2.1 Kernfragen und Vorgehensweise .....	54
3.2.2 Daten .....	56
3.2.3 Welche Faktoren erklären die Apothekendichte auf Kreisebene? .....	59
3.2.4 Was bestimmt die Schließungswahrscheinlichkeit einer Apotheke?.....	62
3.3 Gesamteffekte des Reformvorschlags: Kostenersparnis und Umverteilung .....	64
3.3.1 Szenarien zur Simulation der Kostenersparnis.....	66
Szenario I (schwache Wettbewerbswirkung): .....	66
Szenario II (moderate Wettbewerbswirkung):.....	66
Szenario III (starke Wettbewerbswirkung):.....	66
3.3.2 Umverteilung.....	68
3.3.3 Probleme und Ausblick .....	71

<b>4 Handlungsempfehlungen.....</b>	<b>71</b>
<b>5 Fazit.....</b>	<b>74</b>
<b>Anhang.....</b>	<b>76</b>
<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>79</b>

## Abbildungsverzeichnis

	<b>Seite</b>
Abbildung 1: Apothekenzahl und Filialapotheken in Deutschland von 2000 bis 2009.....	24
Abbildung 2: Neueröffnungen und Schließungen in Deutschland von 2000 bis 2009.....	25
Abbildung 3: Geografische Übersicht.....	26
Abbildung 4: Einwohner/Apotheke und BIP pro Kopf im Jahre 2009 .....	34

## Tabellenverzeichnis

	<b>Seite</b>
Tabelle 1: Das Preissystem für Pharmagroßhandel und Apotheken .....	18
Tabelle 2: Die Preisaufschlagsystematik gemäß AMNOG .....	22
Tabelle 3: Vergleich der Finanzierungssysteme heute und laut Reformvorschlag .....	46
Tabelle 4: Deskriptive Statistiken der finalen Stichprobe auf Kreisebene nach Schließung über die Jahre 1999-2007 bzw. 1999-2008.....	57
Tabelle 5: Einflussfaktoren auf kreisspezifische Apothekendichte.....	60
Tabelle 6: Einflussfaktoren auf kreisspezifische Apothekendichte (ohne Parameter für Wettbewerb: Zahl der Apotheken im Postleitzahlenbezirk).....	61
Tabelle 7: Einflussfaktoren auf Schließungswahrscheinlichkeit einer Apotheke bei allen geschlossenen Apotheken (1999-2008), Lineares Modell und Probit- Regression.....	63
Tabelle 8: Berechnung der Kostenersparnis durch die Reform für die drei Szenarien .....	67

## Anhang

	<b>Seite</b>
Anhang 1: Apotheken nach Bundesländern im Jahre 2008.....	76
Anhang 2: Deskriptive Statistiken für final geschlossene Apotheken im Vergleich zu allen nicht final geschlossenen und solchen, die wir als geschlossenen bezeichnen, jedoch nicht final schließen (nur für 1999-2004 im Betriebs- Historik-Panel verfügbar) .....	77

Anhang 3: Einflussfaktoren auf Schließungswahrscheinlichkeit einer Apotheke bei  
final geschlossenen Apotheken (1999-2003), Probit-Regression..... 78

## Kurzfassung

# Der deutsche Apothekenmarkt: Reformoptionen für eine effiziente und nachhaltige Versorgung

Studie im Auftrag der  
Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft (INSM)

von

Prof. Dr. Justus Haucap<sup>♦</sup>, Dr. Michael Coenen<sup>♦</sup>, Dr. Annika Herr<sup>♦</sup>,  
PD Dr. Björn A. Kuchinke<sup>♦</sup>

### I. Einleitung

1. Das Gesundheitswesen durchläuft seit Jahrzehnten einen fortwährenden Reformprozess. Durch den zunehmend spürbaren Druck der öffentlichen Kassen gilt es heute mehr denn je, etwaige Effizienzreserven im Gesundheitswesen zu heben. Nur so kann sicher gestellt werden, dass mit den eingesetzten Ressourcen eine qualitativ hochwertige und zugleich bezahlbare Gesundheitsversorgung für die Patienten gewährleistet ist. Ineffizienzen bedeuten, dass Ressourcen nicht zum größtmöglichen Wohle der Gesellschaft eingesetzt werden. Daher sind gerade im Gesundheitswesen Ineffizienzen zu vermeiden, sodass mit den verfügbaren Mitteln die bestmögliche Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsdienstleistungen erfolgt.

2. Auf der Leistungsseite lässt sich das Gesundheitssystem grob in die (privaten und gesetzlichen) Krankenversicherungen einerseits und die Erbringer von Gesundheitsleistungen andererseits einteilen, denen die Versicherten und Patienten gegenüberstehen. Bei den Leistungserbringern wiederum ist (wieder grob) zu unterscheiden zwischen Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzten und dem Bereich der Medikamente (und sonstigen Hilfsmittel). In letzterem Bereich ist zwischen der Pharmaindustrie einerseits und dem Medikamentenhandel andererseits zu differenzieren, wobei der Medikamentenhandel sich in den

---

<sup>♦</sup> Düsseldorf Institute for Competition Economics (DICE), Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf.  
<sup>♦</sup> Fachgebiet Wirtschaftspolitik, Technische Universität Ilmenau.

Pharmagroßhandel und den Einzelhandel, also die Apotheken, gliedert. Das vorliegende Gutachten konzentriert sich auf die Analyse von Effizienz- und Einsparpotenzialen, die sich ergeben können, wenn die von der Monopolkommission in ihrem 18. Hauptgutachten (2010) erarbeiteten Reformvorschläge umgesetzt würden. Zugleich arbeitet das vorliegende Gutachten weitere Details zur Umsetzung der Reformvorschläge der Monopolkommission aus.

## **II. Einige Fakten zum deutschen Apothekenmarkt**

3. Das Gros des Umsatzes in Apotheken entfällt auf verschreibungspflichtige Arzneimittel. Im Jahr 2009 waren dies bundesweit 30,8 Mrd. EUR (ohne Mehrwertsteuer), das entspricht nicht ganz 80 % des Gesamtumsatzes in Apotheken in Höhe von 39,2 Mrd. EUR im Jahr 2009. Die verbleibenden 8,4 Mrd. EUR wurden durch Umsätze mit apothekenpflichtigen, aber nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln (4,4 Mrd. EUR), freiverkäuflichen Arzneimitteln (0,3 Mrd. EUR), Produkten aus dem apothekenüblichen Ergänzungssortiment (2,0 Mrd. EUR) und Krankenpflegeartikeln (1,7 Mrd. EUR) erzielt.

4. Bemerkenswert ist auch, dass die Ausgaben für Arzneimittel seit 1997 mit 4% p.a. auch im Vergleich zu den Gesundheitsausgaben insgesamt (+3% p.a.) überproportional gestiegen sind. Ebenso sind die Umsätze in Apotheken mit +4,5% p.a. schneller gestiegen als im Vergleich zum Einzelhandel insgesamt mit +1% p.a.

5. Die Apothekendichte in Deutschland bewegt sich mit etwa 3.800 Einwohnern im europäischen Mittelfeld, wobei es in einigen Nachbarstaaten durchaus deutlich weniger Apotheken pro Einwohner gibt. Auch variiert die Apothekendichte in Deutschland stark sowohl zwischen Bundesländern und noch deutlicher zwischen einzelnen Kreisen und Städten.

## **III. Besonderheiten des Apothekenmarktes**

6. Arzneimittel sind sogenannte Vertrauensgüter, bei denen der Patient in aller Regel nicht selbst einschätzen und beurteilen kann, welche Medikation für ihn am besten geeignet ist. Bei einer falschen Medikation können erhebliche Schädigungen auftreten – im dramatischsten Fall bis hin zum Tod. Aus diesem Grund ist die Abgabe von Arzneimitteln hochgradig reguliert. Die sicherlich bedeutsamste Regulierung ist die, dass viele Arznei-

mittel nur auf Rezept erhältlich sind. Darüber hinaus darf die überwiegende Zahl der Medikamente als apothekenpflichtige Arzneimittel nur in Apotheken abgegeben werden. Auch der Handel mit Arzneimitteln und der Betrieb und das Eigentum von Apotheken sind stark reglementiert.

7. Aufgrund der Besonderheit von Arzneimitteln ist eine Regulierung des Handels mit Arzneimitteln auch aus ökonomischer Perspektive geboten. Insbesondere ist sinnvoll, dass Patienten bei rezeptpflichtigen Arzneimitteln zunächst einen Arzt aufsuchen müssen, welcher die Patienten untersucht und berät. Ebenfalls unstrittig ist, dass eine gewisse Regulierung bzgl. der Lagerung von Arzneimitteln und auch bzgl. des Betriebs von Apotheken effizient ist. Eine völlige Freigabe des Arzneimittelhandels ist weder ökonomisch noch gesundheitspolitisch wünschenswert.

8. Die Notwendigkeit der Regulierung des Apothekenmarktes rechtfertigt gleichwohl nicht automatisch *jedwede* Regulierung. Der Ordnungsrahmen ist auch im Apothekenwesen so zu gestalten, dass letzten Endes die für die Patienten optimale Leistung erbracht wird. Dazu zählen neben einer günstigen Versorgung auch eine qualitativ hochwertige Versorgung sowie die geographische Nähe von Apotheken zum Patienten. Insbesondere bzgl. letzterer gibt es heute bereits bedeutsame Unterschiede zwischen Ost und West und vor allem zwischen Stadt und Land.

#### **IV. Wettbewerb zwischen Apotheken**

9. Bereits heute stehen Apotheken im Wettbewerb um Patienten. Der Überschuss einer Apotheke, also der Apothekergewinn hängt von zahlreichen Parametern ab. Neben der durch den Apotheker direkt zu beeinflussenden Kostenseite, die durch den Einkauf von Arzneimitteln, die Personalpolitik und die tatsächlichen wie kalkulatorischen Kosten der Raummiete maßgeblich bestimmt wird, verfügt der Apotheker über Möglichkeiten, Patienten im Wettbewerb für seine Apotheke zu gewinnen. Im Gegensatz zu den meisten anderen Märkten spielen hierbei jedoch Preise keine Rolle. Vielmehr ist die Standortentscheidung zentral, außerdem bieten sich die Servicequalität als Wettbewerbsparameter an.

10. Die Lage der Apotheke bestimmt maßgeblich die Frequentierung und damit den Kundendurchsatz. Hierbei gilt die einfache Devise, dass Standorte mit einem hohen Auf-



kommen an Passanten, also belebten Plätzen, Straßen oder Bahnhöfen, auch potenziell mehr Kunden für die Apotheken bringen. Der Standort kann bewusst auch in der Nähe oder im Erdgeschoss eines Ärztehauses gewählt werden. Dies verspricht mehr Kundschaft, wenn die Patienten direkt nach Arztbesuch die Apotheke aufsuchen. Ein lukratives Geschäftsmodell für Apotheker ist daher der Betrieb eines eigenen Ärztehauses mit für den Apotheker attraktiven Arztpraxen.

11. Überdies entscheidet der Standort darüber, inwieweit eine Konkurrenzsituation mit einer anderen Apotheke besteht und zu befürchten ist, dass ein Patient „abwandert“, d.h. dass er sich seine Präparate in der Konkurrenzapotheke beschafft. Der Standort ist zudem wichtig für die Frage, wie hoch der Anteil an frei-verkäuflichen und freien, apothekenpflichtigen Präparaten im Vergleich zu verschreibungspflichtigen Medikamenten ist.

12. Für den Apotheker ist nicht nur die Zahl an Kunden, sondern auch der durchschnittliche Gewinn pro Kunde für den Gesamtgewinn entscheidend. Für die frei-verkäuflichen und freien, apothekenpflichtigen Präparate gibt es keine Preisvorgaben. In diesem Segment ist der Preis ein wichtiger Parameter im Wettbewerb und von großer Bedeutung für den Gesamtgewinn des Apothekers, wenn ein relativ hoher Umsatzanteil in einer Apotheke auf dieses Segment entfällt. Hingegen ist in Apotheken mit einem hohen Umsatzanteil von erstattungsfähigen Medikamenten vor allen Dingen bedeutend, welche Rabatte mit Großhändlern und der pharmazeutischen Industrie (frei) verhandelt werden. Bei verschreibungspflichtigen Medikamente kommt es dann auf die Kombination der Apothekenverkaufspreise (AVP) und der umgesetzten Mengen an, da von Medikament zu Medikament unterschiedlich hohe Margen von der Apotheke vereinnahmt werden können und die Rabatte mit dem Großhandel wesentlich von der umgesetzten Menge abhängen.

13. Der Apotheker hat zudem Einfluss auf den Service, also Beratung oder Freundlichkeit, die Lieferzeit, seine Öffnungszeiten oder auch die Zahl der kostenlosen Beigaben zu einem Einkauf.

14. Da keine formelle Beschränkung der Gesamtzahl an Apotheken in Deutschland besteht, ist davon auszugehen, dass solange weitere Apotheken in den Markt eintreten, ein für einen Apotheker akzeptabler Gewinn erwirtschaftet bzw. zumindest erwartet werden

kann. Ob es sich lohnt, an einem bestimmten Standort, eine weitere Apotheke zu eröffnen oder aber eine Apotheke zu schließen, hängt somit einerseits von Kostenfaktoren (wie der Miete bzw. dem Preis für geeignete Ladenlokale, der Höhe der Arbeitskosten, etc.) ab und andererseits von den erwarteten Erlösen. Insbesondere im sehr ländlichen Raum ist davon auszugehen, dass insbesondere die Anwesenheit von Ärzten (welche Medikamente verschreiben) in einem Ort entscheidend dafür ist, ob sich am selben Ort auch eine Apotheke tragen kann. Ohne einen niedergelassenen Arzt am Ort kann sich eine Apotheke am selben Ort zumeist nicht tragen.

15. Aufgrund der beschriebenen Wettbewerbsmechanik ist eine hohe Apothekendichte (also viele Apotheken pro Einwohner) dort zu erwarten, wo (a) entweder eine hohe Ärztedichte anzutreffen ist oder (b) aus anderen Gründen ein hohes Aufkommen an Passanten erwartet werden kann (Innenstädte, Einkaufszentren).

## **V. Reformvorschläge**

16. Das vorliegende Gutachten konzentriert sich auf zwei mögliche Reformoptionen, um durch eine Veränderung des Wettbewerbs Verbesserungen für die Patienten zu erwirken. Zum einen wird die Möglichkeit erörtert, über sogenannte Selektivverträge die Kassenpatienten in bestimmte Apotheken zu steuern. In diesem Modell konkurrieren dann Apotheken um die Patienten verschiedener Krankenkassen. Zum anderen wird die Idee einer „Apothekentaxe“ erörtert. In diesem Modell entfällt (a) die Zahlung der Krankenkassen an die Apotheken komplett sowie (b) auch die Zuzahlung der Patienten der GKV in Höhe von 5 bis 10 EUR, welche die Apotheken an die Krankenkassen weiterleiten. Dafür dürfen (c) die Apotheken jedoch eine „Apothekentaxe“ von den Patienten erheben. Die Höhe dieser „Apothekentaxe“ dürfen die Apotheken selbst bis zu einer Obergrenze von 10 EUR pro Medikament selbst im Wettbewerb festlegen.

17. Die erste Möglichkeit, also durch sog. Selektivverträge den Apothekenwettbewerb zu stärken, ist nicht ideal. Zum einen stellen Selektivverträge einen erheblichen Bruch im bisherigen System dar, in dem Patienten ihre Apotheke frei wählen können (eine Ausnahme bilden Selektivverträge für Hilfsmittel). Zum anderen ist davon auszugehen, dass der Patient selbst meist besser als eine Krankenkasse über einen Selektivvertrag entscheiden

kann, welche Apotheke die für den Patienten individuell beste Apothekenleistung (Beratung, Öffnungszeiten, Entfernung, etc.) bringt.

18. Das vorliegende Gutachten verfolgt daher den zweiten Ansatz, also die Vergütung der Apothekenleistung durch eine Apothekentaxe wettbewerblicher zu gestalten. Bisher bestimmen sich die Erlöse einer Apotheke primär durch die Menge der verkauften Medikamente sowie die regulatorisch festgelegte Marge zwischen Apothekenverkaufspreis und einem hypothetischen Apothekeneinkaufspreis. Für die Gewinne bedeutsam sind zudem etwaige beim Pharmagroßhandel erwirkte Einkaufsrabatte. Der Apothekenverkaufspreis setzt sich zusammen aus (a) dem sog. Apothekeneinkaufspreis (AEP), einer Art Listenpreis, der aufgrund von Einkaufsrabatten durchaus vom tatsächlichen Einkaufspreis für eine Apotheke abweichen kann, (b) einem dreiprozentigen Zuschlag auf den AEP, (c) einem Zuschlag von (ab dem 1.1.2011) 6,05 EUR sowie (d) dem gültigen Mehrwertsteuersatz von 19%.

19. Der in dem Gutachten favorisierte Vorschlag geht dahin, das Finanzierungssystem für Apotheken so umzugestalten, dass die Vergütung für die Apothekenleistung wettbewerblich gestaltet wird. Der Vorschlag ist in Tabelle 1 zusammengefasst:

20. Der Reformvorschlag soll näher erläutert werden: Wenn der Patient heute 5 EUR zuzahlt (kostet das Medikament also weniger als 50 EUR), zahlt die GKV zusätzlich zu Mehrwertsteuer und Apothekeneinkaufspreis zwischen 6,05 EUR und  $(6,05 \text{ EUR} + 3\% \text{ von } 50 \text{ EUR}) = 7,55 \text{ EUR}$  an den Apotheker. Die Zuzahlungshöchstgrenze für den Versicherten liegt derzeit wie auch zukünftig bei 10 EUR pro Packung. Die GKV zahlt in diesem Fall seit dem 1.1.2011 mind.  $6,05 \text{ EUR} + 3\% \text{ von } 100 \text{ EUR} = 9,05 \text{ EUR}$  an den Apotheker. Bei einem Medikament, das 1000 EUR kostet, steigt der Betrag auf  $6,05 + 3\% \text{ von } 1000 = 36,05 \text{ EUR}$ . Sie zahlt also mehr als 10 EUR, sobald das Medikament mehr als 131 EUR kostet. Beide Zahlungen, die Zuzahlung des Patienten an die GKV wie auch die Zahlung der GKV an den Apotheker werden durch die Taxe ersetzt, die bei 10 EUR gedeckelt werden soll.

**Tabelle: Vergleich der Finanzierungssysteme heute und laut Reformvorschlag**

System:	Zuzahlung (Z) des Versicherten an GKV in EUR	Leistung der GKV an Apotheke (W) in EUR (ohne MwSt., inkl. Zwangsrabatt von 2,05 EUR)	Zahlung des Versicherten an Apotheke in EUR (inkl. MwSt.)
Allgemein	$\max[5, \min[10\% \text{ AVP}, 10]]$	3% AEP+8,10 EUR - 2,05 EUR	-
Beispiele			
AVP < 50 EUR	Z=5 (oder 0, wenn befreit)	6,05-7,55 EUR	
50 < AVP < 100 EUR	Z=10% AVP (oder 0)	7,55-9,05 EUR	
100 < AVP < 131,67 EUR	Z=10 EUR (oder 0)	9,05-10,00 EUR	
AVP > 131,67 EUR	Z=10 EUR (oder 0)	> 10,00 EUR	
Derzeit im Schnitt: AVP=35,54 EUR (erstattete GKV-Arzneimittel inkl. Verbandmittel, Hilfsmittel und MwSt.)	Derzeit im Schnitt: 2,30 EUR	Gesamtvolumen der Apothekenwertschöpfung aus GKV-Mitteln derzeit: 4,18 Mrd. EUR (ohne MwSt.)	
„Apothekertaxe“	entfällt	entfällt	von 0-10 EUR frei wählbar

AVP = Apothekenverkaufspreis, Stand: 1. Januar 2011.

21. Grundsätzlich verfällt bei diesem Reformvorschlag nicht nur die fixe Zahlung von 6,05 EUR, sondern auch die sogenannte Logistikpauschale von 3 % des AEK. Bei einer Deckelung der Taxe bei 10 EUR heißt das für den Apotheker, dass er für Medikamente mit einem AEK > 131 EUR weniger bekommt als zuvor. Wir erachten dies jedoch für unkritisch, da gerade die Idee der Taxe ist, die Aufwendungen für Lagerung, Distribution und Beratung zu decken, die nicht notwendigerweise mit dem Preis des Medikaments proportional zusammen hängen sollten. Zudem sind zwei Drittel der GKV-Packungen Festbetragsmedikamente mit einem niedrigen Preis, und der Anteil der Medikamente mit einem Preis über 131 EUR ist gering. Es wird jedoch für den Apotheker eine weitere Verschiebung des Anreizes weg von teuren Medikamenten hin zu günstigen Medikamenten geben, die das AMNOG mit den neuen Rabattregeln ebenfalls vorsieht.

22. Für unseren Reformvorschlag gelten die folgenden Regeln:

- die maximale Apothekentaxe beträgt 10 EUR (entspricht der heute maximalen Zuzahlung bei Arzneimitteln über 100 EUR),
- die Apotheke kann die Höhe der Apothekentaxe ansonsten frei festlegen,
- Zuzahlungen der Patienten entfallen,
- die fixe Apothekenvergütung durch die GKV, Kassenrabatte und die Logistikpauschale von 3% entfallen ebenfalls,
- die Höhe der Apothekentaxe muss in der Apotheke veröffentlicht werden (Preisauszeichnungspflicht),
- die Taxe darf nicht nach Kunden differenziert werden (gleiche Taxe für zuzahlungsbefreite Versicherte),
- sie darf jedoch regelmäßig geändert werden („Nacht- und Wochenendzuschläge“ sind zulässig),
- sie darf nach Medikamenten differenziert werden (z.B. mit und ohne Festbetrag).

23. Zu beachten sind die gegenwärtigen Ausnahmeregeln für (1) die Behandlung zuzahlungsbefreiter Medikamente mit Rabattvertrag oder Festbetrag und (2) die Behandlung zuzahlungsbefreiter Versicherter.

zu (1): Es wird vorgeschlagen zum Erhalt der Steuerungswirkung der Zuzahlungsbefreiung auf die Preissetzung der Hersteller, dass die GKV ihren Mitgliedern eine festzulegende Prämie (z.B. 5 EUR) nachträglich auf Einsenden der Quittung erstattet, wenn der Patient ein zuzahlungsbefreites, besonders günstiges Arzneimittel wählt. Liegt die Apothekertaxe in der gewählten Apotheke darüber, trägt der Patient die Differenz selbst. Liegt sie darunter, kann der Patient die Differenz behalten. So wird gewährleistet, dass die Hersteller für bestimmte Wirkstoffe oder Präparate niedrige Preise festsetzen und trotzdem die Apothekentaxe eine Steuerungswirkung der Nachfrage entfaltet. Würde die GKV die vollständige Taxe direkt übernehmen (der Patient zahlt nichts), dann hätte der Patient keinen Anreiz, eine günstige Apotheke zu wählen. Gewissermaßen würde durch den Vorschlag daher die

ehemalige Zuzahlungsbefreiung in eine Value-for-Money-Prämie umgewandelt, die an den Patienten ausgezahlt würde und das Präparat attraktiver macht.

zu (2): Zuzahlungsbefreite Versicherte (immerhin 6,8 Mio. in Deutschland) bleiben weiterhin zuzahlungsbefreit. Sie müssen aus den oben genannten Gründen jedoch zunächst die Taxe in der Apotheke auslegen, die ihnen auf Antrag von der GKV erstattet wird. Der Patient hat dann zumindest temporär etwas weniger Geld im Portemonnaie und wird sich den Besuch einer sehr teuren Apotheke gut überlegen, wenn es eine erreichbare günstigere Alternative gibt.

24. Ein wesentlicher Vorteil des entwickelten Vorschlags ist, dass der Wettbewerb dort besonders intensiv wird, wo tendenziell eine Überversorgung mit Apotheken besteht (z.B. in teuren Einkaufsstraßen), weil dort oft viele Apotheken nahezu auf einem Fleck angesiedelt sind. Hingegen kann eine Landapotheke durchaus eine höhere Apothekentaxe nehmen und so ihr Überleben besser sichern. Somit entstehen neue Anreize, gerade dort Apotheken zu eröffnen, wo die Apothekendichte gering ist (also wenig Apotheken pro Einwohner existieren), während der Wettbewerb besonders hoch ist, wo es schon viele Apotheken gibt und zum Teil eine ineffizient hohe Versorgung besteht, welche letzten Endes die Versicherungsgemeinschaft finanzieren muss.

## **VI. Einsparpotenziale**

25. Da der Umsatz für Arzneimittel in Deutschland unabhängig ist von der Zahl und der Effizienz der Apotheken, können bei einer Schließung die zur Befriedigung der Nachfrage aufgewandten 70-75% der Umsätze, die auf den Umschlag von Arzneimitteln entfallen, nicht gespart werden. Diese werden lediglich auf die anderen Apotheken umverteilt. Jedoch können Fixkosten für Labor und Rezeptur, Mietkosten für die Räumlichkeiten und Personalkosten in Höhe von etwa 10-15% der Apothekenumsätze eingespart werden. Wir erwarten eine höhere Schließungswahrscheinlichkeit zum einen bei bereits heute vergleichsweise ineffizienten, nicht ausgelasteten Apotheken. Die auf diese heute entfallende Nachfrage verteilt sich dann auf die umliegenden Apotheken, die dadurch besser ausgelastet werden und über Skaleneffekte eventuell die höhere Nachfrage auch ohne Neueinstellungen kompensieren können. Weiter entfallen die Unternehmergewinne der schließenden Apotheken.

26. Im Gutachten sind drei Szenarien entwickelt worden, um die Einsparpotenziale vorsichtig abzuschätzen.

**Szenario I (schwache Wettbewerbswirkung):**

- 500 Apotheken schließen zusätzlich zur regelmäßigen Fluktuation,
- 100% der Personalkosten + Fixkosten und Miete können eingespart werden,
- Unternehmergewinne in Höhe von 50.000 EUR werden eingespart.
- Ersparnisse durch eine systematische Steigerung der produktiven Effizienz in den bestehenden Apotheken werden nicht berücksichtigt,
- Zuzahlungsbefreiung der ca. 6,8 Mio. GKV-Versicherten in 2008 (davon 6,4 Mio. chronisch Kranke) bleibt bestehen. Die Apothekentaxe wird vom Patienten ausgelegt und von der Krankenkasse auf Antrag zurückerstattet. Die gesetzlichen Krankenversicherer seien effizient und leiten Einnahmeüberschüsse aus Veränderungen der Zahlungsströme durch Beitragssenkungen an ihre Mitglieder weiter.

**Szenario II (moderate Wettbewerbswirkung):**

- 1000 Apotheken schließen zusätzlich zur regelmäßigen Fluktuation,
- Ansonsten wie Szenario I.

**Szenario III (starke Wettbewerbswirkung):**

- Durch den mit der Apothekentaxe verbundenen höheren Wettbewerbsdruck komme es über die Schließung von Apotheken hinaus bei den verbleibenden Apotheken zu einer systematischen Effizienzsteigerung, die auf die GKV-Arzneimittelpackungen umgelegt mit einer Apothekentaxensenkung von je 0,30 EUR verbunden ist. Dies gilt für 51 Mio. gesetzlich Versicherte mit durchschnittlich 15,47 Packungen pro Versichertem, also insgesamt eine Reduktion um 237 Mio. EUR.
- Ansonsten wie Szenario II.

27. Ausgehend von den drei Szenarien liegen die Einsparpotenziale aufgrund der diskutierten Reformvorschläge bei einer insgesamt höheren Effizienz im System bei insgesamt 105 Mio. EUR (schwache Wettbewerbswirkung), 211 Mio. EUR (moderate Wettbewerbswirkung) oder 448 Mio. EUR (starke Wettbewerbswirkung). Welche Konsequenzen dies für die individuellen Apothekergewinne hat, ist vorderhand unbestimmt. Die erweiterten Möglichkeiten für jeden einzelnen Apotheker sich im Wettbewerb zu behaupten und gegenüber Anderen zu profilieren, bieten vielfältige, von der Geschäftstüchtigkeit des Einzelnen abhängige Gewinnsteigerungspotentiale.



# 1 Einleitung

## *Ökonomische Grundlagen von Wettbewerb und Versorgung im Gesundheitswesen*

Die Arzneimittelversorgung steht seit Jahren in der gesundheitspolitischen und gesundheitsökonomischen Diskussion in Deutschland. In einer groben Abgrenzung stehen hierbei zwei Aspekte im Fokus: Erstens sind dies die Ausgaben für Arzneimittel<sup>1</sup> im öffentlichen Gesundheitssystem. Diese sind in den letzten Jahren trotz zahlreicher Eingriffe des Gesetzgebers, wie Budgets im niedergelassenen Ärztesektor, von Rabattverträgen oder der unmittelbaren Preisregulierung auch bei verschreibungspflichtigen, patentgeschützten Arzneimitteln, kontinuierlich gestiegen. Zweitens werden Fragen der Arzneimittelqualität diskutiert. Der Parameter „Qualität“ ist hierbei weit zu fassen. Er bezieht sich auf die Qualität des dargebotenen Produktes und der Anreize für Innovationen ebenso wie auf die Qualität der Versorgung. Diese soll Verfügbarkeit von Arzneimitteln sowie Arzneimittelsicherheit gewährleisten, d. h. es soll eine kontrollierte, auf den Patienten zugeschnittene Arzneimittelabgabe stattfinden, die Fehldosierungen und unerwünschte Wechselwirkungen zwischen unterschiedlichen Medikamenten ausschließt.

## *Akteure im Gesundheitswesen*

Grundsätzlich ist im Gesundheitswesen zwischen drei Gruppen von Akteuren zu trennen, die sich in ihrer wirtschaftlichen Tätigkeit erheblich unterscheiden sowie teilweise konkurrierende Interessen verfolgen. Die erste Gruppe sind die Dienstleister, die durch die Erstellung von Gesundheitsleistungen im weitesten Sinne zu charakterisieren sind. Hierzu zählen z.B. Pharmaunternehmen. Diese entwickeln und verkaufen Arzneien aller Art. Zu den Dienstleistern sind gleichfalls der Pharmagroßhandel und die Apotheken zu rechnen, wobei der Großhandel in einer vertikalen Beziehung als Händler zwischen Pharmaindustrie und Apotheken steht. Apotheken übernehmen die Distribution bzw. den Vertrieb und Verkauf von Arzneimitteln an den Endkunden, also den Patienten.<sup>2</sup> Der Patient gelangt an ein Arzneimittel, zumindest wenn es verschreibungspflichtig ist, wenn ihm dieses von einem

---

<sup>1</sup> Zur Definition von Arzneimitteln vgl. § 2(1) Arzneimittelgesetz (AMG).

<sup>2</sup> Hierbei ist es typisch, dass der einzelnen Apotheke noch der Großhandel vorgeschaltet ist, der größere Chargen von der Industrie bezieht und an die Apotheken weiter verkauft. Pharmagroßhändler betreiben in diesem Sinne kein Endkundengeschäft, sondern übernehmen einen Teil der Bevorratung für die im Endkundengeschäft tätigen Apotheker.

Arzt verordnet wird. Insofern stellen Mediziner (niedergelassene Ärzte, Krankenhausärzte) ebenfalls Dienstleister dar. Die zweite Gruppe von Akteuren sind die privaten und gesetzlichen Krankenversicherungen, die die verordneten Arzneimittel aus den ihnen durch Beiträge und Steuermittel zufließenden Mitteln bezahlen.<sup>3</sup> Die dritte Gruppe sind die Patienten bzw. die Versicherten, die die Arzneien in Anspruch nehmen.

Das vorliegende Gutachten befasst sich dezidiert mit der Gruppe der Apotheker und stellt den deutschen Apothekenmarkt in den Vordergrund der Analyse. Apotheken nehmen hauptsächlich die Distribution an den Endkunden vor, d.h. Apotheken geben vor allem die von Ärzten verschriebenen und von der Pharmaindustrie hergestellten Präparate ab. Insofern sichern Apotheken im heutigen System die Bezugsmöglichkeiten von Arzneimitteln für Patienten. Hinzu kommen weitere Aufgaben und Funktionen wie Beratung oder Qualitätsprüfungen, jedoch ist der Anteil dieser Dienstleistung im Vergleich etwa zum niedergelassenen Ärztesektor erheblich geringer. Dies ergibt sich allein aus der Tatsache, dass der Patient in der Regel zunächst einen Arzt aufsucht, der eine Diagnose stellt und eine Therapie verordnet, im Zuge derer etwa auch ein Arzneimittelanzuwenden ist. Der Apotheker kann hinsichtlich des Medikamentes beraten, z. B. in Bezug auf Einnahme und Verträglichkeit, jedoch ist die Beratung – und dies ist vom Gesetzgeber gewollt – nicht mit der Dienstleistung eines Arztes zu vergleichen.

### *Zielsetzung und Gang der Untersuchung*

Vor dem Hintergrund des stetig wachsenden Kostendrucks im Gesundheitswesen soll in dem vorliegenden Gutachten geprüft werden, welchen zusätzlichen Beitrag der Apothekensektor zu einer effizienten, gleichzeitig aber nachhaltigen Arzneimittelversorgung leisten kann. Zielsetzung des Gutachtens ist es zu untersuchen, in welcher Weise und Höhe Effizienzsteigerungs- und Einsparpotenziale auf dem deutschen Apothekenmarkt durch konkrete Reformvorschläge zu heben sind.

Hierzu werden in einem ersten Schritt die zentralen ordnungsrechtlichen und institutionellen Regelungen für den deutschen Apothekensektor vorgestellt und Kennzahlen des deut-

---

<sup>3</sup> Selbstverständlich können hier Zuzahlungen fällig werden, die der Patient direkt zu leisten und womöglich auch selbst zu tragen hat.

schen Apothekenmarktes wie die Entwicklung der Apothekenzahl, die Apothekendichte<sup>4</sup>, Umsätze und das Verhalten von Apotheken im Markt dargestellt. Anschließend werden diese Fakten den Regulierungsgegebenheiten auf ausgewählten europäischen Märkten überblicksartig gegenübergestellt, um die in Deutschland immanenten Probleme im europäischen Kontext einordnen zu können.

Auf dieser in erster Linie problembeschreibenden Darstellung aufbauend werden im zweiten Schritt zwei Modelle zur Förderung von Wettbewerb auf dem Apothekenmarkt vorgestellt: Das Selektivvertragsmodell und die Apothekentaxe. Wir werden hierbei insbesondere auf den Vorschlag aus dem 18. Hauptgutachten der Monopolkommission (2010) zurückgreifen. Die Vorschläge beziehen sich in der Hauptsache auf die Versorgung von gesetzlich Versicherten, sind aber im Grundsatz auch auf den Bereich der privat Versicherten übertragbar und dort sinnvoll. Unsere weiterführende empirische Folgenabschätzung beschränken wir auf den zweiten Vorschlag, der eine Beratungsprämie für den Apotheker („Apothekentaxe“) vorsieht, die von den Patienten selbst zu tragen und von jeder Apotheke im Wettbewerb innerhalb eines gesetzlich definierten Rahmens festzulegen ist. Aus der Betrachtung alternativer Szenarien werden die zu erwartenden Einspar- und Effizienzsteigerungspotenziale für das deutsche Gesundheitswesen aufgezeigt. Wir berücksichtigen hierbei auch mögliche Auswirkungen auf die flächendeckende Versorgung.

Im dritten und abschließenden Schritt werden politische Handlungsempfehlungen formuliert. Hierbei achten wir auf die Umsetzung von Instrumenten, die einen Systembruch vermeiden.

## **2 Grundlegende Aspekte**

### **2.1 Ökonomische Besonderheiten von Arzneimitteln**

Arzneimittel sind informationsökonomisch betrachtet – im Gegensatz zu sogenannten Such- oder Erfahrungsgütern – Vertrauensgüter („credence goods“). Im Gegensatz zu Such- und Erfahrungsgütern zeichnen sich Vertrauensgüter dadurch aus, dass für den Verbraucher wesentliche Eigenschaften selbst nach dem Konsum nicht ohne erhebliche

---

<sup>4</sup>Im Folgenden ist die Apothekendichte definiert als Einwohner pro Apotheke. Das bedeutet, dass eine höhere Apothekendichte gleich zu setzen ist mit weniger Wettbewerb zwischen den Apotheken um die Patienten.

Kosten festgestellt werden können.<sup>5</sup> Während sich die sogenannten Sucheigenschaften eines Produktes durch eine einfache Inspektion des Gutes vor dem Kauf feststellen lassen und sich Erfahrungseigenschaften für den Konsumenten zumindest nach dem Konsum klar herausstellen, bleiben die Vertrauenseigenschaften eines Gutes auch nach dem Kauf verborgen, sofern der Verbraucher nicht zusätzliche Kosten aufwendet, um die Vertrauenseigenschaften genau zu bestimmen oder bestimmen zu lassen.

Viele Produkte haben sowohl Sucheigenschaften als auch Erfahrungs- und Vertrauenseigenschaften. So sind z.B. die Farbe und das Aussehen eines Brotes Sucheigenschaften, sein Geschmack eine Erfahrungseigenschaft, und seine genauen Inhaltsstoffe sind eine Vertrauenseigenschaft. Ob ein Brot mit Mehl aus genetisch verändertem Getreide hergestellt wurde oder nicht, kann – wenn überhaupt – nur durch aufwendige Labortests verifiziert werden.

Je stärker die Vertrauens- und Erfahrungseigenschaften eines Gutes ausgeprägt sind und je wichtiger diese Eigenschaften für die Kaufentscheidung der Konsumenten sind, desto bedeutsamer sind Informationsdefizite. Während die Nachfrager bei Erfahrungs- und Vertrauensgütern zumindest vor dem Kauf oft ein Informationsdefizit aufweisen, verfügen die Anbieter im Regelfall über die relevanten Produktinformationen, da sie die Inputfaktoren sowie die Produktionstechnik bestimmen. Aus diesem Umstand kann sich für die Anbieter der Anreiz eröffnen, Nachfragern ein Produkt minderer Qualität für den Preis eines hochqualitativen Produktes zu verkaufen. Diese Qualitätsunsicherheit wiederum veranlasst die Konsumenten unter Umständen dazu, auf den Kauf hochwertiger Ware ganz zu verzichten, um nicht letzten Endes einen hohen Preis für mindere Qualität zahlen zu müssen. Gelingt es dem Anbieter nicht, das Vertrauen der Nachfrager zu gewinnen und sie von der Qualität seiner Produkte zu überzeugen, so kann das Marktsegment für hochqualitative Produkte unter Umständen völlig zusammenbrechen; es kommt zum bekannten Lemons-Problem.<sup>6</sup> Auf Märkten mit stark ausgeprägten Vertrauenseigenschaften von Gütern oder Dienstleistungen kann es ohne adäquate Regulierung leicht zu einem Marktversagen kommen – eine sachgerechte Regulierung des Marktes ist daher gerade auch ökonomisch wünschenswert, um das Funktionieren des Marktes überhaupt zu ermöglichen.

---

<sup>5</sup> Vgl. dazu die klassischen Aufsätze von *Nelson* (1980) sowie *Darby und Karni* (1973).

<sup>6</sup> Vgl. *Akerlof* (1970).

Ein Großteil der Produkte und Dienstleistungen im Gesundheitswesen ist durch diese Vertrauenseigenschaften gekennzeichnet, bei denen der Anbieter sehr viel besser über die Produkteigenschaften und die Notwendigkeit oder Vorteilhaftigkeit einer Anwendung informiert ist als der Patient. Dies gilt insbesondere auch für Arzneimittel, d.h. Arzneimittel sind Vertrauensgüter. Bei einer falschen Medikation können erhebliche Schädigungen auftreten – im dramatischsten Fall bis hin zum Tod. Wegen dieser Informationsasymmetrien ist die Abgabe von Arzneimitteln zu Recht hochgradig reguliert.

Die sicherlich bedeutsamste Regulierung besteht darin, dass viele Arzneimittel nur auf ärztliches Rezept erhältlich sind. Darüber hinaus darf die überwiegende Zahl der Medikamente als apothekenpflichtige Arzneimittel nur in Apotheken abgegeben werden. Auch der Handel mit Arzneimitteln und der Betrieb und das Eigentum von Apotheken sind aus diesen Gründen stark reglementiert.

Aufgrund der Besonderheit von Arzneimitteln ist eine Regulierung des Handels mit Arzneimitteln auch aus ökonomischer Perspektive geboten. Insbesondere ist sinnvoll, dass Patienten bei rezeptpflichtigen Arzneimitteln zunächst einen Arzt aufsuchen müssen, welcher die Patienten untersucht und berät. Ebenfalls unstrittig ist, dass eine gewisse Regulierung bzgl. der Lagerung von Arzneimitteln und auch bzgl. des Betriebs von Apotheken effizient ist. Eine völlige Freigabe des Arzneimittelhandels ist weder ökonomisch noch gesundheitspolitisch wünschenswert.

Sinnvoll ist zudem die geltende Regelung, dass der Handel mit Arzneimitteln einerseits und das Erstellen einer ärztlichen Diagnose und das Verschreiben von Arzneimitteln andererseits streng getrennt sind. Die durchaus berechtigten Gewinnerzielungsabsichten von Medizinern werden dadurch, so gut es geht, von der Frage getrennt, welches und wie viele Arzneimittel verschrieben werden. Würde ein Arzt hingegen – wenn Arzneimittelhandel und ärztliche Leistungen nicht getrennt wären – auch am Vertrieb von Arzneimitteln verdienen, so könnten sich leicht Interessenkonflikte ergeben, die gerade bei Vertrauensgütern für den Patienten aufgrund seiner Informationsnachteile nachteilig wirken könnten. Die strikte Trennung des Handels mit Arzneimitteln einerseits und der ärztlichen Verschreibung von Arzneimitteln andererseits ist daher auch informationsökonomisch gut begründet.

Die prinzipielle Notwendigkeit der Regulierung des Apothekenmarktes rechtfertigt gleichwohl *nicht automatisch jedwede Regulierung*. Der Ordnungsrahmen ist auch im Apothe-

kenwesen so zu gestalten, dass letzten Endes die für die Patienten optimale Leistung erbracht wird. Dazu zählen neben einer günstigen Versorgung auch eine qualitativ hochwertige Versorgung sowie die geographische Nähe von Apotheken zum Patienten. Insbesondere bzgl. letzterer gibt es heute bereits bedeutsame Unterschiede zwischen Ost und West und vor allem zwischen Stadt und Land.

Die prinzipielle Regulierungsbedürftigkeit eines Marktes impliziert nicht, dass Wettbewerbsprozesse auf diesen Märkten automatisch schädlich wären. Ganz im Gegenteil können bei einer angemessenen Regulierung nichtsdestotrotz Wettbewerbsprozesse zum Wohle der Patienten genutzt werden. Es gilt jedoch, den Wettbewerb durch einen geeigneten Ordnungsrahmen in solche Bahnen zu lenken, dass gesellschaftlich wünschenswerte Ergebnisse erzielt werden. Dies bedeutet nicht, die Ergebnisse von Wettbewerbsprozessen vorwegzunehmen. Jedoch sind etwaige Verwerfungen, die z.B. aufgrund einer asymmetrischen Informationsverteilung entstehen können, zu unterbinden.

Auch der deutsche Apothekenmarkt ist durch Wettbewerb gekennzeichnet, der durch zahlreiche Regulierungen in besondere Bahnen gelenkt wird. Anders ausgedrückt: Auch heute stehen Apotheken bereits im mehr oder minder intensiven Wettbewerb um Patienten. Anders als auf den meisten anderen Märkten wird dieser Wettbewerb jedoch, zumindest bei den verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, nicht über den Preis ausgetragen, da (a) die Preisbildung stark reglementiert ist (siehe dazu Abschnitt 2.3) und (b) aufgrund des Versicherungsprinzips im momentanen System auch keine Preissensibilität der Patienten besteht. Da der Verkaufspreis von verschreibungspflichtigen Medikamenten so gut wie keine Rolle für den Umsatz spielt, ist für die Erlössituation einer Apotheke vor allem die Menge an abgesetzten Arzneimitteln entscheidend. Ein ganz entscheidender Wettbewerbsparameter im Werben um Patienten ist daher der Standort einer Apotheke. Ein hoher Umsatz ist, ceteris paribus, insbesondere dort zu erwarten, wo entweder (a) eine hohe Anzahl von Ärzten und daher auch eine hohe Anzahl von Patienten anzutreffen ist oder (b) aus anderen Gründen ein hohes Aufkommen an Patienten erwartet werden kann (z.B. in Innenstädten oder Einkaufszentren). Ein beliebtes Geschäftsmodell ist daher auch die Ansiedlung in einem Ärztehaus (bei Optimierung der Vermietung an Arztpraxen nach Arzneimittelverschreibungen).

Weitere Wettbewerbsparameter auf dem Apothekenmarkt sind neben dem Standort auch die Öffnungszeiten, der Umfang des vorrätigen Arzneimittelsortiments, Beratungs-

leistungen, die Freundlichkeit des Service, Zugaben wie Hautcremes, etc. und ggf. weitere Annehmlichkeiten für die Patienten.

Der Überschuss einer Apotheke, also der Apothekergewinn, hängt neben den Erlösen auch von den Kosten ab, die durch zahlreiche Parameter beeinflusst werden. Zu nennen sind die Kosten für den Einkauf von Arzneimitteln, für Personal, für Gerätschaft (z.B. für Labor, Rezeptur und Ladengeschäft) und für andere Materialien sowie die tatsächlichen oder kalkulatorischen Kosten der Raummiete.

Da in Deutschland keine formelle Beschränkung der Gesamtzahl an Apotheken besteht, ist davon auszugehen, dass solange Apotheken in den Markt eintreten, wie ein für einen Apotheker akzeptabler Gewinn erwirtschaftet bzw. zumindest erwartet werden kann. Ob es sich lohnt, an einem bestimmten Standort bzw. einer bestimmten Gegend, eine weitere Apotheke zu eröffnen oder aber eine Apotheke zu schließen, hängt somit einerseits von Kostenfaktoren (wie der Miete bzw. dem Preis für geeignete Ladenlokale, der Höhe der Arbeitskosten, etc.) ab und andererseits von den erwarteten Erlösen.

Wenn zu erwarten ist, dass in Innenstädten aufgrund der Laufkundschaft relativ hohe Umsätze generiert werden können, ist davon auszugehen, dass sich dort auf engem Raum relativ viele Apotheken ansiedeln, die um diese Umsätze konkurrieren. Gemessen an der Einwohnerzahl ist daher zu erwarten, dass in Innenstädten mit hoher Laufkundschaft relativ viele Apotheken (pro Einwohner) anzutreffen sind. Die Apothekendichte sollte dort hoch sein und die durchschnittliche Entfernung zur nächsten Apotheke gering. Die Wettbewerbsintensität ist somit tendenziell hoch, da auf engem Raum viele Apotheken existieren und die Patienten auch in kurzer Zeit (aufgrund der kurzen Entfernungen) eine andere Apotheke aufsuchen können.

In Randlagen hingegen mit wenig Laufkundschaft sollte eher das Gegenteil gelten. Dort sollten mehr Einwohner auf eine Apotheke entfallen und die Apothekendichte somit geringer sein. Die Entfernung zur nächsten Apotheke ist dort im Durchschnitt größer.

Etwas relativiert wird diese Tendenz allerdings durch die unterschiedlichen Mietniveaus für Ladenlokale. Im innerstädtischen Bereich, in dem die Mieten tendenziell höher sind, muss tendenziell ein höherer Umsatz erwirtschaftet werden, um eine Apotheke verlustfrei führen zu können als im ländlichen Raum. Da aber wiederum mit höheren Umsätzen auch oft günstigere Einkaufskonditionen verbunden sind, ist dieser Trend nicht ganz eindeutig.

Insbesondere im sehr ländlichen Raum ist zudem davon auszugehen, dass die Anwesenheit von Ärzten (welche Medikamente verschreiben) in einem Ort entscheidend dafür ist, ob sich am selben Ort auch eine Apotheke tragen kann. Ohne einen niedergelassenen Arzt am Ort kann sich eine Apotheke am selben Ort zumeist nicht tragen. Eine hohe Apothekendichte ist dort zu erwarten, wo (a) entweder eine hohe Dichte an Ärzten anzutreffen ist oder (b) aus anderen Gründen ein hohes Aufkommen an Passanten erwartet werden kann (Innenstädte, Einkaufszentren). In ländlichen Gegenden vermuten wir dagegen eher eine geringe Apothekendichte und aufgrund der – relativ gesehen – zumindest im Durchschnitt weiten Entfernungen von einer Apotheke zur nächsten auch eine geringere Wettbewerbsintensität als in Innenstadtlagen.

Fraglich ist nun sowohl aus ökonomischer wie auch aus gesundheitspolitischer Sicht, ob die vorherrschende Form des Apothekenwettbewerbs, der sich primär durch die Standortwahl und die Entfernung zwischen den Apotheken ausdrückt, zu den für den Patienten bestmöglichen Resultaten führt. Alternativ ist zu analysieren, inwiefern andere Wettbewerbsformen für die Patienten bessere Ergebnisse induzieren würden.

## **2.2 Regulierung für Deutschland im Überblick**

Das deutsche Gesundheitssystem zeichnet sich dadurch aus, dass Preise, Mengen und Qualitätsausprägungen der angebotenen Produkte und Dienstleistungen primär durch staatliche Vorgaben oder quasi-staatliche, korporatistische Vereinbarungen der beteiligten Akteure (aus Verbands- und Gruppenverhandlungen) bestimmt werden und diese wettbewerbliche Marktmechanismen ersetzen. Ein Beispiel für diese Praxis bieten die staatlich berechneten und vorgegebenen sogenannten DRG-Fallpauschalen für Krankenhäuser, die landesweit einheitlich sind, also nicht zwischen im Wettbewerb stehenden Krankenversicherungen und im Wettbewerb stehenden Krankenhäusern separat ausgehandelt und den individuellen wirtschaftlichen Gegebenheiten angepasst werden können.<sup>7</sup>

Von dieser Einschätzung ist der Apothekensektor nicht ausgenommen. Zwar gibt es, wie soeben in Abschnitt 2.1 beschrieben, zwischen Apotheken schon heute Wettbewerb, dieser nimmt jedoch eine besondere Form an, weil durch Gesetze und Verordnungen ein wesent-

---

<sup>7</sup> Für Informationen zum DRG-System (Einführung, Ausgestaltung, rechtliche Grundlagen usw.) vgl. diverse Publikationen des *Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK)*.



licher Teil der Parameter nicht durch Wettbewerbsprozesse bestimmt wird. Gleichwohl gilt es im Folgenden darzustellen und zu analysieren, wo und inwiefern weitere Wettbewerbspotenziale bei den Apotheken bestehen und/oder wo Korporatismus sowie staatliche Lösungen tatsächlich sinnvoll sind.<sup>8</sup>

Die grundsätzliche Aufgabe von Apotheken ist es, die ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung der Bevölkerung sicherzustellen.<sup>9</sup> Der wirtschaftliche Schwerpunkt von Apotheken ist demgemäß also nicht die Entwicklung und Herstellung von Arzneien oder gar die Diagnose von Erkrankungen inklusive der Erarbeitung von Therapien, sondern die Distribution von Arzneimitteln an den Endkunden, sprich den Patienten. In diesem Zusammenhang soll der Apotheker auch eine Beratungsfunktion gegenüber dem Patienten und eine Kontrollfunktion gegenüber der Pharmaindustrie wahrnehmen.<sup>10</sup>

Die Hauptfunktion von Apotheken ist damit dem Einzelhandel in anderen Bereichen vergleichbar. Auch in anderen Bereichen (wie im Lebensmittelbereich oder im Fachhandel) kaufen Einzelhändler bei Großhändlern ein, unterhalten Lager, verhandeln Rabatte und kümmern sich um die Optimierung des Sortiments.<sup>11</sup> Wenn ausschließlich diese Leistung (Distribution) betrachtet wird, ist nachzuvollziehen, dass Apotheken weder direkte Leistungserbringer im ureigensten Sinne darstellen, die direkt mit dem Patienten in Kontakt treten und ihre Dienstleistung am und für den Patienten erbringen (sogenanntes Uno-Actu-Prinzip) noch indirekte Leistungserbringer wie etwa Pharmafirmen, deren Produkte der Patient konsumiert. Die Wertschöpfung von Apotheken bzw. der erstellten Dienstleistungen ist daher insgesamt auch vergleichsweise gering. Nach Angaben der ABDA betrug die Wertschöpfung von Apotheken im Jahr 2009 etwa 4,18 Mrd. EUR, also 14,9 % der GKV-Ausgaben für Arzneimittel (ohne Zuzahlungen).<sup>12</sup>

Arzneimittel lassen sich in drei Kategorien einteilen: Erstens die verschreibungspflichtigen Arzneimittel, die nur auf Verordnung des Arztes erhältlich sind und deren Abgabe Apotheken alleinig vorbehalten ist. Zweitens die nicht verschreibungspflichtigen, apothekenpflichtigen Arzneimittel, die keiner Verordnung des Arztes bedürfen, aber gleichzeitig nur

---

<sup>8</sup> Zu den folgenden Ausführungen vgl. im Überblick *Engelke* (2009), S. 163 ff.

<sup>9</sup> Vgl. § 1 Gesetz über das Apothekenwesen (ApoG).

<sup>10</sup> Diese Funktionen werden im Folgenden weiter vorgestellt und sind mit den bestehenden, im Folgenden aufgeführten Gesetzesvorlagen zu begründen.

<sup>11</sup> Apotheken vertreiben wie Lebensmitteleinzelhändler teilweise Eigenmarken und Werbeflächen.

<sup>12</sup> Vgl. *ABDA* (2010), S. 14.

in Apotheken verkauft werden dürfen. Die dritte Gruppe der Arzneimittel sind die freiverkäuflichen Präparate. Diese dürfen i. d. R. auch von Nicht-Apotheken wie Drogeriemärkten oder dem sonstigen Einzelhandel vertrieben werden.

Der Betrieb von Apotheken ist über zahlreiche apothekenspezifische Gesetze und Verordnungen geregelt. Hierzu zählen insbesondere das Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V), das Gesetz über das Apothekenwesen (Apothekengesetz – ApoG), die Verordnung über den Betrieb von Apotheken (Apothekenbetriebsordnung – ApBetrO), die Bundesapothekenordnung (BApO) und die Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV). Ohne die Regelungen im Ganzen vorstellen zu wollen, ist als eine wichtige Bestimmung hervorzuheben, dass Apotheken nur als inhabergeführte Personengesellschaften betrieben werden dürfen.<sup>13</sup> Grundsätzlich gilt im Apothekensektor die Niederlassungsfreiheit, jedoch wird diese faktisch durch eine notwendige Erlaubnis zum Betrieb berührt. Um eine solche Erlaubnis für den Betrieb einer Apotheke zu erhalten, ist eine Approbation als Apotheker gemäß der Approbationsordnung für Apotheker (AAppO) erforderlich. Grundvoraussetzungen für die Erlangung der Approbation durch die zuständige Landesbehörde (beispielsweise das zuständige Landesverwaltungsamt) sind ein erfolgreich abgeschlossenes Pharmaziestudium sowie bestimmte Praxisnachweise und die Teilnahme an Weiterbildungen.<sup>14</sup> Das Sortiment, welches in einer Apotheke angeboten werden darf, ist ebenfalls reglementiert. Apotheken stellen kein Konsumgütergeschäft dar, d. h. neben den apothekenpflichtigen Arzneimitteln ist das Angebot über § 25 ApBetrO auf ein Ergänzungssortiment beschränkt, welches als apothekenüblich definiert wird und z. B. nicht apothekenpflichtige Medizinprodukte, bestimmte Chemikalien und Tieraufzuchtmittel umfassen darf. Hinsichtlich des Vorrats einer Apotheke wird vorausgesetzt, dass dieser einem Wochenbedarf zu entsprechen hat.<sup>15</sup> Der Wert eines solchen Lagers an Arzneien, Verbandsmaterial, Einwegspritzen usw. kann mit mindestens 100.000 EUR bei etwa 10.000 vorgehaltenen Arzneimitteln angegeben werden.<sup>16</sup> Überdies haben Apotheken auch nach den üblichen Ladenöffnungszeiten

---

<sup>13</sup> Apotheken können auch von mehreren Personen betrieben werden. Hier ist nur die Rechtsform der GbR zulässig.

<sup>14</sup> Der Praxisnachweis erstreckt sich über ein Jahr. Davon kann nach einem halben Jahr in einer Apotheke, ein weiteres halbes Jahr, mindestens aber drei Monate, in einer zur pharmazeutischen Ausbildung zugelassenen Institution (z. B. Krankenhausapotheke, Bundeswehrapotheke, wissenschaftliche Institute, Pharmaindustrie oder öffentliche Apotheke) absolviert werden. Während dieser Zeit ist über acht Wochen eine Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen der Landesapothekerkammern verpflichtend.

<sup>15</sup> Vgl. § 15 ApBetrO.

<sup>16</sup> Vgl. *Engelke* (2009), S. 168 und die Angaben dort.

ten eine Versorgung sicher zustellen. Dies erfolgt über Bereitschaftsdienste, die durch 2,50 EUR pro Packung zusätzlich entlohnt werden.<sup>17</sup>

Weiterhin ist festgelegt, welches Personal in einer Apotheke tätig sein kann<sup>18</sup> bzw. sein darf,<sup>19</sup> wie die Apothekenräume auszusehen haben und wie die technische Ausstattung<sup>20</sup> beschaffen sein muss. Hiernach müssen die Apothekenbetriebsräume mindestens 110qm nachweisen, um die geforderten Einrichtungen (z. B. Laboratorium, Nachtdienstzimmer) unterbringen zu können. Hinsichtlich der Technik gibt es Vorschriften, die insbesondere die Laborausstattung betreffen. Dabei muss die „Apotheke [...] so mit Geräten ausgestattet sein, dass Arzneimittel in den Darreichungsformen Kapseln, Salben, Pulver, Drogenmischungen, Lösungen, Suspensionen, Emulsionen, Extrakte, Tinkturen, Suppositorien und Ovula ordnungsgemäß hergestellt werden können. Die Herstellung von sterilen Arzneimitteln und von Wasser für Injektionszwecke muss möglich sein.“<sup>21</sup> Nach unseren eigenen Recherchen belaufen sich die Kosten für eine Laborausstattung je nach Spezifität und Güte der Gerätschaften auf 30.000 EUR bis 40.000 EUR, die der Rezeptur auf 10.000 EUR bis 20.000 EUR, die in regelmäßigen Zeitabständen anfallen (Erneuerungsinvestitionen, Verschleiß).

Eine erste ökonomische Wertung lässt bereits an dieser Stelle Markteintrittsbarrieren im Apothekenmarkt erkennen. Diese sind in staatlichen Regelungen begründet, die die Anforderungen an den Betrieb einer Apotheke bestimmen. Dazu zählt die Anforderung an den Eigentümer der Apotheke genauso wie die Größe und die Ausstattung. Die Wirkung des Vorhaltens der genannten Apparaturen im Bereich Labor und Rezeptur kann also darin bestehen, dass potenzielle Newcomer vom Markteintritt abgehalten werden, weil die potenziellen neuen Apothekenbetreiber eine entsprechend hohe Investition staatlich verordnet tätigen müssen und diese nicht leisten können oder wollen. Dies ist insbesondere dann als

---

<sup>17</sup> Vgl. § 23 ApBetrO. Die Bereitschaftsdienste werden über die Apothekenkammern koordiniert.

<sup>18</sup> Es lassen sich auch Vorschriften bezüglich des Verhaltens des Personals finden. Vgl. hierzu § 129 SGB V. Der Apotheker oder das zuständige Personal muss sich etwa gemäß der darauf aufsetzenden Rahmenverträge daran halten, das preisgünstigste Arzneimittel abzugeben. Über diese Rahmenverträge, zu denen neue Apotheken im Grunde automatisch bzw. problemlos hinzutreten können, erfolgt auch die Abrechnung der ausgegebenen Arzneien. I. d. R. erfolgt dies als monatliche Sammelrechnung.

<sup>19</sup> Vgl. § 3 ApBetrO. Bei Bereitschaftsdiensten, wie den Notdiensten über Nacht, muss ein approbierter Apotheker anwesend sein. In diesem Zusammenhang sind auch Vorschriften implementiert worden, wie sich das Personal bei Verdacht auf Betrug (gefälschte Rezepte usw.) verhalten soll. Ferner sind die vertraglichen Beziehungen zu den gesetzlichen Krankenversicherungen geregelt.

<sup>20</sup> Vgl. jeweils § 4 ApBetrO.

<sup>21</sup> § 4 (7) ApBetrO.

relevant zu beschreiben, wenn eine Apotheke insgesamt verhältnismäßig geringe Gewinne abwirft oder anders ausgedrückt aufgrund der zu erwartenden geringen Gewinne und hohen Ausstattungskosten die Apotheke nicht eröffnet wird. Wichtig ist hierbei, dass diese Markteintrittsbarriere durch den Regulierungsrahmen begründet ist, also staatlich geschaffen wird, und nicht struktureller Natur ist, sich also durch die technischen und sonstigen Bedingungen des Marktes ergibt.

Um die einzelnen bis hierher vorgestellten Regelungen vor dem Hintergrund des Problems von Markteintrittsbarrieren abschließend bewerten zu können, müsste eine separate Prüfung vorgenommen werden. Letztendlich sind die nachzuvollziehenden Hürden auch nicht als unüberwindbar zu deklarieren, denn ansonsten würden im Extremfall keinerlei Ein- und Austritte auf dem Apothekenmarkt zu registrieren sein.<sup>22</sup> Bei einer Einzelprüfung von Anforderungen und deren Wirkung würde sich vermutlich ein heterogenes Bewertungsbild abzeichnen. Da die Markteintrittsbarrieren jedoch nicht im Zentrum dieses Gutachtens stehen, werden diese an dieser Stelle nicht weiter geprüft. Die im Weiteren folgenden Argumentationen bleiben hiervon unberührt. Bei einem Abbau der Markteintrittsbarrieren, also bei einem Wegfall unnützer, wettbewerbsbehindernder Regelungen, würden sich viele Effekte, die sich mit einem zunehmenden Wettbewerb verknüpfen lassen, weiter verstärken.

Mit dem Vorhalten eines Labors werden zwei Ziele verfolgt: Erstens soll damit gewährleistet werden, dass jede Apotheke eine Rezeptur selbst herstellen kann. Die Herstellung eines Arzneimittels (Salbe, Crème, Pulver usw.) erfolgt i. d. R. nach Anweisung eines Arztes. Zweitens soll über diese Einrichtungen eine Überprüfung der angelieferten Fertigrezepturen durch den Apotheker erfolgen. Hierbei ist nach § 12 ApBetrO eine stichprobenartige Sinnesprüfung vorzunehmen. Der Apotheker ist also angehalten, nach dem Zufallsprinzip die ihm gelieferten Fertigarzneimittel hinsichtlich von Rissen oder Brüchen in der Verpackung oder in Dragees, Flockenbildung in Lösungen oder Verfärbungen in Säften zu überprüfen. Hierzu gehört auch, dass der Apotheker die Aktualität und Korrektheit des Beipackzettels kontrollieren soll. Die Ergebnisse sind schriftlich festzuhalten, Abweichungen sind dem Amtsapotheker zu melden.

---

<sup>22</sup> Vgl. hierzu Kapitel 2.4.

Zunächst muss gesehen werden, dass das Anrühren von Arzneimitteln nach eigenen Recherchen im Apothekenbetrieb selten und wirtschaftlich bedeutungslos ist. Gleichzeitig muss bereits an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass die Qualitätsprüfung der gelieferten Waren durch den Apotheker fragwürdig erscheint. Zum einen ist es als äußerst zweifelhaft anzunehmen, dass der Apotheker in der Lage ist, die Beipackzettel von 8.500 gelisteten Präparaten in 10.520 Darreichungsformen von 472 pharmazeutischen Unternehmen tatsächlich auf Aktualität prüfen zu können.<sup>23</sup> Zum anderen handelt es sich bei der Prüfung von Inhalt und Qualität der gelieferten Arzneimittel vom Grundsatz her um eine Sichtprobe, die in keiner Weise der Prüfung nach einem Industriestandard entsprechen kann. Dies gilt auch für die Gerätschaften in der Apotheke, mit denen es schwierig ist, eine Prüfung nach Industriestandard durchzuführen.

Die Funktion der Qualitätssicherung beim Apotheker ist aus dem gesamten Marktgeschehen und der institutionellen Verankerung heraus als wenig hilfreich zu bezeichnen. Uns sind keinerlei Statistiken darüber bekannt, wie oft hier eine Abweichung der beschriebenen Qualität aufgetreten ist oder auftritt. Zusätzlich muss gesehen werden, dass der Imageschaden des betroffenen Pharmaunternehmens, welches eine schlechte Qualität liefert, als nahezu irreparabel oder doch wenigstens mit immens hohen Kosten zu veranschlagen ist. Das bedeutet, dass die Qualitätssicherung bei jedem Pharmaunternehmen eine entscheidende betriebswirtschaftliche Komponente ist, die notwendigerweise die Möglichkeiten des einzelnen Apothekers übertreffen sollte. Ferner ist der grundsätzliche Qualitätssicherungsaspekt in Analogie zu anderen Distributionsbereichen ökonomisch fragwürdig. Im Lebensmitteleinzelhandel beispielsweise würde eine Qualitätssicherung von Fertigprodukten durch den einzelnen Lebensmittelhändler als weit übertrieben beanstandet.

Insofern werden zusammengenommen die Kosten hinsichtlich Investition und Betrieb einer Apotheke auf jeden Fall erhöht, der Nutzen ist dagegen eher gering. Im Rahmen des vorliegenden Gutachtens werden jedoch auch diese Regelungen keiner weiteren Prüfung durch uns unterzogen. Ähnlich wie bei den Markteintrittsbarrieren so gilt auch hier, dass der Ersatz von überflüssigen Regelungen durch geeignetere Regeln unsere Argumente und Ergebnisse entweder nicht berühren oder aber noch weiter verstärken würde.

---

<sup>23</sup> Vgl. hierzu die aktuelle Rote Liste 2010, in der (nahezu) alle in einer Apotheke verfügbaren Präparate auf 2.336 Seiten aufgeführt sind. Hinzu kämen noch alle möglichen frei-verkäuflichen Arzneien und Präparate.

Den deutschen Apothekenmarkt kennzeichnet außerdem das sogenannte Fremd- und Mehrbesitzverbot. Das Fremdbesitzverbot sagt aus, dass der Besitz einer Apotheke approbierten Apothekern vorbehalten ist.<sup>24</sup> Beteiligungen Fachfremder oder das Führen einer Apotheke als Kapitalgesellschaft sind beispielsweise genauso verboten wie umsatz- oder gewinnabhängige Pachtverträge.

Das Mehrbesitzverbot oder genauer das seit 2004 geltende limitierte Mehrbesitzverbot ist eng mit dem Fremdbesitzverbot verknüpft.<sup>25</sup> Hier gilt aktuell die Regelung, dass ein approbierter Apotheker eine Hauptapotheke und insgesamt drei Filialapotheken führen darf. Die Filialapotheken müssen sich jedoch im selben Kreis, derselben kreisfreien Stadt oder im Nachbarkreis der Hauptapotheke befinden.<sup>26</sup> Begründet wird dies damit, dass nur auf diese Weise eine ausreichende Aufsicht durch den Apotheker gewährleistet werden kann.<sup>27</sup> Interessant ist hierbei der Umstand, dass auch die Filialapotheken technisch genauso ausgestattet sein müssen wie die Hauptapotheke. Hier sind also keine Abstriche bei Labor- oder Rezepturausstattung zulässig.

Auch diese Regelungen sind ökonomisch fragwürdig. Es ist nicht ersichtlich, warum jede Apotheke, auch wenn Sie einem kleinen Verbund von mehreren Apotheken angehört, die gleiche technische Ausstattung vorhalten muss. Dies führt zum einen zu Markteintrittsbarrieren sowie zum anderen zu einer Duplikation von nicht notwendiger Ausstattung und insofern zu höheren Kosten als notwendig. Die Qualitätssicherung oder das Anrühren von bestimmten Arzneimitteln könnte genauso gut ohne Abstriche durchgeführt werden, wenn nicht in jeder Apotheke die geschilderte Ausstattung vorgehalten wird. Ganz im Gegenteil könnten hier durch Kooperationen innerhalb eines Verbundes oder zwischen unabhängigen Apotheken Größen- und Verbundvorteile realisiert und insofern Kosten eingespart werden.

Apotheken praktizieren jedoch nicht nur den Verkauf bzw. die Abgabe von Arzneimitteln an Patienten im direkten Kundenkontakt vor Ort in der Apotheke, sondern sind auch in anderer Form in der Distribution tätig. Hierzu zählt, dass Apotheken Versandhandel betreiben können. Dies ist nicht nur für freiverkäufliche Arzneimittel statthaft, sondern

---

<sup>24</sup> Vgl. § 2 u. § 8 ApoG.

<sup>25</sup> Vgl. § 1 (3) u § 3 (5) ApoG; mehr hierzu vgl. *von der Schulenburg et al.* (2008).

<sup>26</sup> Vgl. § 2 (4) ApoG.

<sup>27</sup> Zusätzlich muss jeder Filialapotheke ein angestellter, approbierter Apotheker vorstehen.

auch für verschreibungspflichtige<sup>28</sup> und nicht-verschreibungspflichtige Präparate möglich. Grundsätzlich muss die Versandhandelslizenz beantragt werden. Von der Versandhandelsapotheke sind die sogenannten Hausapotheken bzw. Apotheken mit Home-Service zu trennen.<sup>29</sup> Der Hauptunterschied hinsichtlich der Distribution ist, dass Hausapotheken das Medikament in eigener Regie zum Patienten bringen. Versandhandelsapotheken übertragen i.d.R. den Transport üblichen Logistikunternehmen wie der Deutschen Post. Daneben können Apotheken sogenannte Pick-Up-Stellen einrichten. Das bedeutet, dass etwa in einer ländlichen Gegend Patienten ihre Rezepte in einem Ladenlokal, wie einem Schreibwarenladen, oder an einer anderen Sammelstelle, wie einem Briefkasten, abgeben können und eine Apotheke die Rezepte dort einsammelt. Anschließend werden die Medikamente zur Pick-Up-Stelle gebracht, wo dann der Patient sein Medikament abholen kann.

Der Versandhandel bewirkt eine Erhöhung des Wettbewerbsdrucks auf die Apotheken vor Ort, da eine zusätzliche Möglichkeit geschaffen worden ist, Arzneien zu bekommen. Die neuen Vertriebswege und -formen über Versandhandel oder Pick-Up-Stellen sind aber nicht nur deshalb ökonomisch zu begrüßen, sondern stellen auch einen wichtigen Schritt in Richtung einer patientenorientierten Gesundheitspolitik und – viel wichtiger – einer patientenorientierten Gesundheitswirtschaft dar. Die neuen Vertriebswege folgen der Erkenntnis, dass nicht alle Patientengruppen den gleichen Beratungsbedarf haben. Patienten mit geringem Beratungsbedarf nutzen etwa das Internet, um ihre Medikamente zu beziehen. Patienten mit geringem Beratungsbedarf und mit einer Präferenz für kurze Wege nehmen etwa die Pick-Up-Stellen in Anspruch. Auch hierdurch können Kosten eingespart werden, etwa Wegekosten oder Opportunitätskosten der Zeit der Patienten.

Neben Logistikaufgaben wird die Beratung als Kernaufgabe von Apotheken angesehen. Hierbei ist anzumerken, dass der Anteil der Beratung am Nutzen des Arzneimittels schwer messbar ist, d. h. der Mehrwert oder der zusätzliche Nutzen für den Patienten ist nicht direkt nachzuvollziehen.<sup>30</sup> Viele Patienten, die Arzneimittel online bestellen, verzichten so-

---

<sup>28</sup> Bei verschreibungspflichtigen Medikamenten muss der Versandhandelsapotheke das Rezept vor Versendung vorliegen. In diesem Zusammenhang wird auch über das sogenannte eRezept, also ein Rezept des Arztes in elektronischer Form, diskutiert.

<sup>29</sup> Hausapotheken zeichnen sich auch dadurch aus, dass diese normalerweise einen gesonderten Vertrag mit einer Krankenversicherung haben und weitere Services anbieten. Hierzu zählt etwa ein Arznei-Service, d. h. das Führen einer Patientenmedikamentendatei, oder Check-Up Services, wie etwa die Messung des Blutdrucks oder des Blutzuckers.

<sup>30</sup> Sehr wohl kann jedoch der Apotheker seinen Umsatz durch eine gezielte „Beratung“ hin zu frei verkäuflichen Produkten nutzen.

gar ganz bewusst auf die Beratung. Es muss auch gesehen werden, dass letztendlich den Anweisungen und Empfehlungen des Arztes zu folgen ist und dies auch anzuraten ist. Der Arzt untersucht den Patienten, stellt Diagnosen und ordnet eine Behandlung inklusive Anwendungshilfestellungen an. Folglich kann die Beratung des Apothekers häufig nur wenig zusätzliche Information enthalten, die für einen Therapieerfolg und die Arzneimittelsicherheit wesentlich wäre. Auch verfügt der Apotheker in aller Regel nicht über dieselben Kenntnisse der individuellen Krankheitsgeschichte wie der Arzt. Aus gutem Grund ist daher die Arzt für etwaige Fehldiagnosen und Kunstfehler wie auch eine falsche Verordnung von Arzneimitteln haftbar. Lediglich bei nicht-verschreibungspflichtigen Arzneimitteln (zur Selbstmedikation) ist der Patient zumindest teilweise auf Beratung angewiesen. Darüber hinaus kann auch der Apotheker die Wirksamkeit des verordneten Präparates für den Patienten kaum nachvollziehen. Hierfür spricht, dass der Apotheker die akute Erkrankung des Patienten nicht in gleicher Weise beurteilen kann wie der behandelnde Arzt. Zusätzlich ist der Arzt i. d. R. viel besser über die Anamnese des Patienten informiert als der Apotheker, weil häufiger längerfristige Arzt-Patienten-Beziehungen gegeben sind.

Ökonomisch nähert sich die Beratungsleistung der Apotheken bei Arzneimitteln daher insgesamt häufig einem Vertrauensgut, da der betroffene Patient vor dem Hintergrund komplexer medizinischer Zusammenhänge und Wechselwirkungen unterschiedliche Beratungsqualitäten vom Ergebnis her nur schwer vergleichen und insgesamt womöglich nur schlecht beurteilen kann. Wir vertreten dennoch die Auffassung, dass dieses Problem in vergleichbarer Form grundsätzlich für viele komplexe Konsumgüter gilt und sich in gewissen, für den Arzneimittelmarkt spezifischen Grenzen durch marktliche Mechanismen beherrschen lässt. Wir vertreten daher die Auffassung, dass eine wirkungsvolle, die spezifischen Besonderheiten von Arzneimitteln berücksichtigende Regulierung sinnvoll ist, dass diese jedoch Wettbewerbsmechanismen nicht unterdrücken, sondern im Gegenteil im Rahmen dieser Regulierung für eine an den Interessen von Patienten und Gesellschaft ausgerichteten Versorgung eingesetzt werden sollen.

### **2.3 Distribution und Preisbildung in Deutschland**

Die Distribution von apothekenpflichtigen Arzneien erfolgt in Deutschland i. d. R. in einem zweistufigen Prozess. Die Präparate gelangen von den Pharmafirmen über den Pharmagroßhandel in die Apotheken und dann zum Patienten. Dieser zweistufige Prozess wird



ausgeblendet bzw. zusammengefasst, wenn Apotheken Arzneien direkt von der Industrie beziehen. Dies schließt auch mit ein, dass Apotheken Einkaufsgemeinschaften oder Einkaufskooperationen bilden können. Darüber hinaus können Apotheken mit einer Großhandelslizenz<sup>31</sup> auch als Pharmagroßhändler auftreten, d. h. sie verkaufen Arzneimittel in ihrer Funktion als Großhändler an andere Apotheken weiter. Grundsätzlich sind Mischformen möglich und in der Realität zu beobachten. Apotheken können also bestimmte Präparate, normalerweise die mit einer hohen Umschlagshäufigkeit, selbst von der Industrie kaufen, während andere in Kooperation oder klassisch vom Großhandel bezogen werden. Nach einer Studie des Instituts für Handelsforschung der Universität Köln aus dem Jahre 2003 werden hierbei von einer durchschnittlichen Apotheke (bezogen auf alle eingekauften Waren) 84 % vom Großhandel, 15 % im Direktkauf und 1 % in Kooperation eingekauft.<sup>32</sup>

Das Kalkül einer einzelnen Apotheke hinsichtlich des Einkaufs wird hierbei von vielen Faktoren bestimmt, wobei die Argumente in einer einfachen Betrachtung der Kosten- und der Erlösseite zugeordnet werden können. Auf der einen Seite beinhaltet der Direktkauf oder der Kauf in Kooperation unter normalen Umständen größere Mengen. Dies verursacht höhere Lagerkosten. Hinsichtlich eines gesamten Sortimentes oder eines großen Teiles eines Sortimentes ist außerdem zu sehen, dass der Großhandel Garantien über die Verfügbarkeit abgibt. Auch hier schlägt also das Lagerkostenargument zu Buche, denn die Apotheke müsste die Vorhaltung bei Eigenbezug selbst organisieren und dementsprechend über ein großes Lager verfügen. Die kritischen Erfolgsfaktoren im Arzneimittelbezug sind in Anbetracht unseres Ansatzes, den Wettbewerb im Apothekensektor stärken zu wollen, wichtig, da hieraus Rückschlüsse über die konsekutive Veränderung in der Apothekenlandschaft gezogen und die Auswirkungen von mehr Wettbewerb abgeschätzt werden können.

Auf der anderen Seite können beim Direktkauf jedoch der Großhandelszuschlag umgangen und Rabatte vereinbart werden, die sonst an den Großhändler fallen. Dies erhöht die Gewinnmarge bei rabattierten Produkten, wobei im Folgenden nur auf apotheken- und verschreibungspflichtige Medikamente Bezug genommen wird.<sup>33</sup> In diesem Zusammenhang

---

<sup>31</sup> Pharmagroßhandelslizenzen müssen beantragt werden. Apotheken mit einer Großhandelslizenz werden im Apothekerjargon auch liebevoll als „Schieberapotheken“ bezeichnet.

<sup>32</sup> Vgl. *Wirtz* (2005).

<sup>33</sup> Die Preise der in Apotheken verkauften frei-verkäuflichen Produkte unterliegen den allgemeinen Regeln des Einzelhandels.

ist zu sehen, dass die Preisauflschläge auf der Stufe des Pharmagroßhandels und der Apotheken reglementiert sind, wie Tabelle 1 veranschaulicht. Damit ist auch der zu verhandelnde Rabattspielraum zwischen Pharmagroßhandel und Apotheken grundsätzlich vorgegeben. Durch das AMNOG hat sich mit Blick auf mögliche Großhandelsrabatte zum 1. Januar 2011 eine Änderung der Höhe nach ergeben, die jedoch qualitativ zu keiner systematischen Veränderung der bisherigen Regelungen führt und daher gesondert erläutert wird. Eine Beschreibung der bisherigen Systematik ist weiterhin notwendig, weil das in dieser Studie verwendete Datenmaterial sich vollständig nur auf Zeiträume beziehen kann, in der diese Gültigkeit hatte.

**Tabelle 1: Das Preissystem für Pharmagroßhandel und Apotheken in Deutschland für die Jahre 2009 und 2010**

<b>Stufe Pharmahersteller</b>					
<b>1</b>	<b>HAP (EUR)</b>		=	<b>Herstellerabgabepreis (EUR)</b>	
<b>Stufe Pharmagroßhandel</b>					
<b>2</b>	<b>AEP (EUR)</b>		=	<b>HAP (EUR) + Aufschlag (%; EUR)</b>	
			=	<b>Apothekeneinkaufspreis (AEP in EUR)</b>	
<b>HAP (EUR)</b>		<b>Aufschlag</b>		<b>AEP (EUR)</b>	
Min.	Max.	in %	in EUR	<b>bei vollem Aufschlag</b>	
0,01	3,00	15,00%		0,0115	3,45
3,01	3,74		0,45 EUR	3,46	4,19
3,75	5,00	12,00%		4,20	5,60
5,01	6,66		0,60 EUR	5,61	7,26
6,67	9,00	9,00%		7,2703	9,81
9,01	11,56		0,81 EUR	9,82	12,37
11,57	23,00	7,00%		12,3799	24,61
23,01	26,82		1,61 EUR	24,62	28,43
26,83	1.200,00	6,00%		28,4398	1.272,00
1.200,01	>1.200,01		72,00 EUR	1.272,01	HAP + 72,00
<b>Stufe Apotheken</b>					
<b>3</b>	<b>AVP (EUR)</b>		=	<b>AEP (EUR)</b>	
				<b>+ 3,00%</b>	
				<b>+ 8,10 EUR -</b>	
				<b>+ 19,00%</b>	
			=	<b>Apothekenverkaufspreis (EUR)</b>	

Quelle: Eigene Darstellung nach Arzneimittelpreisverordnung (AMPV), gültig bis 31.12.2010.

Das vorliegende Gutachten befasst sich mit den durch die gesetzlichen Krankenversicherer erstattungsfähigen Arzneimitteln im weiteren Sinne. Neben Fertigarzneimitteln gehören hierzu auch Verbandmittel und Hilfsmittel, sofern diese über Apotheken vertrieben werden. Außerdem gehören Rezepturen hierzu. Die Vergütung der Apotheker bei Rezepturen ist dezidiert in § 5 Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) niedergelegt und wird wegen ihrer geringen Bedeutung für die Gesamteinnahmen einer Apotheke hier nicht weiter ausgeführt. Die Apothekervergütung bei nicht-rezeptpflichtigen Arzneimitteln und Hilfsmitteln richtet sich nur prinzipiell nach den Grundsätzen der Vergütung von rezeptpflichtigen Fertigarzneimitteln. Im Allgemeinen ist die Vergütung der Apotheker in diesem teilweise nach Verordnung erstattungsfähigen Segment des Arzneimittelmarktes absolut niedriger als im rezeptpflichtigen Bereich, weil der überwiegende Teil der Arzneimittel in diesem Segment niedrigpreisig sind. Hilfsmittel werden zudem durch die Krankenversicherer vermehrt über Ausschreibungen beschafft. Für die durchschnittliche Apotheke wirtschaftlich am bedeutendsten ist das Segment der rezeptpflichtigen Fertigarzneimittel.

Tabelle 1 legt dar, dass zunächst der Herstellerabgabepreis auf der Stufe der Pharmaindustrie festgelegt wird.<sup>34</sup> Seine Höhe ist nicht Gegenstand des vorliegenden Gutachtens und wird als Datum übernommen. Der Pharmagroßhandel kauft also die Produkte zum Herstellerabgabepreis (HAP) ein und schlägt auf diesen Preis den Großhandelspreis auf. Dadurch ergibt sich der Großhandelsverkaufspreis, der aus Sicht der Apotheken den Apothekeneinkaufspreis (AEP) darstellt. Die Möglichkeit des Pharmagroßhandels einen Aufschlag zu erheben, ist gesetzlich vorgegeben. Aktuell sind prozentuale Aufschläge oder Aufschläge als feste Beträge in Abhängigkeit von der Höhe des Herstellerabgabepreises vorgesehen. Die Systematik sieht beispielsweise vor, dass bei einem Präparat, welches im Einkauf zwischen 0,01 EUR und 3,00 EUR liegt, der Pharmagroßhändler 15 % aufschlagen kann. Der Großhandel verkauft die Präparate, die dieser zu einem Preis zwischen 0,01 EUR und 3,00 EUR eingekauft hat, daher bei vollem Aufschlag von 15 % zu Preisen zwischen

---

<sup>34</sup> Auch auf dieser Stufe gab es „Zwangsrabatte“. Diese waren Herstellerrabatte an die GKV und sind August 2010 bis Dezember 2010 von 10 % auf 16 % erhöht worden. Die Rabatte galten jedoch nicht für alle Medikamente. Ein solcher Rabatt beeinträchtigt natürlich den Herstellerabgabepreis. Dies ist jedoch für die folgende Darstellung vernachlässigbar, weil es zentral um die Preise auf der Apothekenebene geht.

0,0115 EUR und 3,45 EUR an die Apotheken.<sup>35</sup> In einem anderen Preissegment, also bei Herstellerabgabepreisen zwischen 3,01 EUR und 3,74 EUR von der Pharmaindustrie an die Großhändler, darf der Großhandel pauschal 0,45 EUR aufschlagen. Der Weiterverkauf an die Apotheken erfolgt – wiederum bei vollem Aufschlag – also zu 3,46 EUR für das Präparat mit einem Herstellerabgabepreis von 3,01 EUR und bei dem Präparat mit einem Herstellerabgabepreis von 3,74 EUR zu 4,19 EUR.

Die so berechneten Apothekeneinkaufspreise sind Grundlage der Berechnung des Apothekenverkaufspreises (AVP). Der Apotheker darf 3 % auf den Apothekeneinkaufspreis aufschlagen. Gleichzeitig darf der Apotheker pauschal 8,10 EUR auf jede Arzneimittelpackung aufschlagen. Dies gilt unabhängig von der Höhe des Einkaufspreises. Schließlich sind noch 19% Mehrwertsteuer auf den so berechneten Preis zu erheben und an den Fiskus abzuführen. Auf diesem Apothekenverkaufspreis beruht dann die Zuzahlung der Patienten. Mit der Neuregelung zum April 2007 mit dem GKV-WSG sind jedoch 2,30 EUR als „Apothekenrabatt“ an die gesetzlichen Krankenversicherungen zwangsweise abzuführen. Der Apotheker behält faktisch von den aufgeschlagenen 8,10 EUR (nur) 5,80 EUR ein. Dieser Apothekenrabatt wurde mit für die Apotheken gewinnerhöhender Wirkung für die Jahre 2009 und 2010 auf 1,75 EUR gesenkt und zum 1. Januar 2011 auf 2,05 EUR für die kommenden zwei Jahre festgelegt.

Bislang sind in die Berechnungslogik noch keine Rabatte zwischen Großhandel und Apotheken integriert worden. Als Beispiel soll ein Produkt mit einem Herstellerabgabepreis von 3,00 EUR betrachtet werden. Der Großhandel kann das so eingekaufte Produkt für maximal 3,45 EUR an den Apotheker verkaufen. Der maximale Rabatt für dieses einzelne Produkt beträgt also 0,45 EUR, wenn der Pharmagroßhändler beim betrachteten Produkt keinen Verlust erleiden, also das Präparat unter seinem Einkaufspreis verkaufen möchte.<sup>36</sup> Angenommen der Apotheker bekommt einen Rabatt von 10 %, dann würde er das Präparat also für 3,105 EUR einkaufen, also einen Rabatt von 0,345 EUR pro Packung eingeräumt bekommen. Dieser Rabatt steht dem Apotheker voll zu. Gegenüber der Krankenversicherung, die den Apothekenverkaufspreis zu tragen hat, kann der normale Listenpreis, also der Preis mit dem vollen Großhandelsaufschlag von 15 %, abgerechnet werden. Direkt ausge-

---

<sup>35</sup> Das für 0,01 EUR eingekaufte Präparat wird also bei einem Zuschlag von 15 % für 0,0115 EUR, das für 3,00 EUR eingekaufte Produkt bei einem Zuschlag von 15 % für 3,45 EUR an die Apotheken abgegeben.

<sup>36</sup> Dies könnte der Fall sein, wenn Großhandel und Apotheker über ein ganzes Bündel an Präparaten verhandeln.

handelte Rabattverträge der Apotheken mit ausgewählten Herstellern über einzelne Wirkstoffe senken jedoch die tatsächlich gezahlten Preise an die Hersteller. Davon bleiben die Zahlungen an die Apotheken unberührt, die sich nach dem Listenpreis richten.

Eine Regelung, durch die die durch Rabattverhandlungen zwischen Apothekern und der Pharmaindustrie oder Pharmagroßhandel ausgehandelten Rabatte ausschließlich den Apothekern zufließt wäre im europäischen Vergleich ungewöhnlich. Es stellte sich die Frage, warum die Versicherung oder besser der Versicherte/Beitragszahler hieran nicht beteiligt werden sollte. Inwiefern die dann praktizierte Teilungsregel zwischen Apothekern auf der einen und Versicherung auf der anderen Seite ökonomisch sinnvoll ist, ist unter anderem davon abhängig zu machen, welcher Mehraufwand durch Rabattverhandlungen bei den Apothekern anfällt und welchen finanziellen Anreiz einem Apotheker für preissenkende Rabattverhandlungen eröffnet werden muss.

In Deutschland ist eine Teilungsregel über die ausgehandelten insbesondere auch deswegen notwendig, weil Apotheker gegenüber den Endkunden keine Rabatte gewähren dürfen, daher die Beitragszahler der gesetzlichen Krankenversicherung beim Arzneimittelkauf nicht direkt durch den Apotheker beteiligt werden dürfen. Von den von uns später betrachteten Ländern werden beispielsweise im Regulierungssystem in England die in Verhandlungen erwirkten Rabatte hälftig auf die handelnden Apotheker und zur anderen Hälfte auf das nationale Gesundheitssystem (NHS) und damit auf die Beitragszahler aufgeteilt. In der Schweiz werden die Apotheker zu Rabattverhandlungen im Folgejahr gezwungen, wenn sie eine für das Vorjahr mit dem Gesetzgeber ausgehandelte Zielvorgabe nicht eingehalten haben. Beide Regelungen entsprechen als Teilungsregeln im Grundsatz dem bei uns seit Januar 2011 wirksamen 2,05 EUR-Zwangsrabatt. Sie führen also dazu, dass zumindest ein Teil der durch die Apotheker mit der Industrie ausgehandelten Rabatte den Beitragszahlern zugute kommt.

Hinsichtlich der in Tabelle 1 dargestellten Preissystematik ergibt sich im Rahmen des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG) ab dem 1. Januar 2011 eine Änderung für die Beziehung zwischen Großhandel und Apothekern. Die vorgestellte Systematik auf der Ebene des Großhandels wird ersetzt durch die Regelung gemäß nachfolgender Tabelle 2.

**Tabelle 2: Die Preisauflagsystematik gemäß AMNOG**

<b>Stufe Pharmagroßhandel</b>							
<b>HAP (EUR)</b>		<b>Aufschlag</b>		<b>AEP (EUR) ab 01.01.2011 bei vollem Aufschlag</b>		<b>AEP (EUR) alt bei vollem Aufschlag</b>	
Min	Max	in %	in EUR				
0,01	3,00	1,70%	0,60	0,61	3,65	0,01	3,45
3,01	3,74			3,66	4,40	3,46	4,19
3,75	5,00			4,41	5,69	4,20	5,60
5,01	6,66			5,70	7,37	5,61	7,26
6,67	9,00			7,38	9,75	7,27	9,81
...				...		...	...
≥1.200,00				20,40		HAP + 72,00	

Quelle: Eigene Darstellung nach Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG).

Tabelle 2 zeigt, dass die bisherigen prozentualen und absoluten Großhandelsaufschläge durch eine generelle, vom Herstellerabgabepreis unabhängige Regelung ersetzt werden.<sup>37</sup> Demnach sind ein Aufschlag von 1,7 % auf den Herstellerpreis und ein fixer, d. h. ein vom Herstellerpreis unabhängiger Zuschlag von 0,60 EUR statthaft. Die Preisberechnungen für Apotheken bzw. die Aufschläge auf der Ebene der Apotheken bleiben erhalten. Die sich daraus ergebenden Zuschläge für den Großhandel sind ebenfalls in Tabelle 2 enthalten. Hierbei sind beispielhaft die Aufschläge für die bislang bestehende Einteilung bei den Herstellerabgabepreisen berechnet worden.<sup>38</sup> Für ein Präparat mit einem Herstellerabgabepreis von 0,01 EUR ergibt sich also ein neuer Apothekeneinkaufspreis von 0,61 EUR. Ein Präparat mit einem Herstellerabgabepreis in Höhe von 3,00 EUR kann für 3,65 EUR an Apotheken weiterverkauft werden.

Aus dieser Neuregelung der Preiszuschläge ab dem 1. Januar 2011 ergibt sich zunächst eine Verschiebung der potenziellen Gewinnmargen zwischen Präparaten mit unterschiedlich hohen Herstellerabgabepreisen. Deutlich wird, dass Präparate mit einem niedrigen Herstellerabgabepreis mit wesentlich höheren Margen bedacht sind. Hierzu sind in Tabelle 2 die bisherigen Apothekeneinkaufspreise zu einem besseren Vergleich noch einmal (aus Tabelle 1) eingefügt worden. Ein Präparat mit einem Herstellerabgabepreis von

<sup>37</sup> Vgl. Spalte „Aufschläge“.

<sup>38</sup> Vgl. Spalte „AEP (EUR) neu bei vollem Aufschlag“.

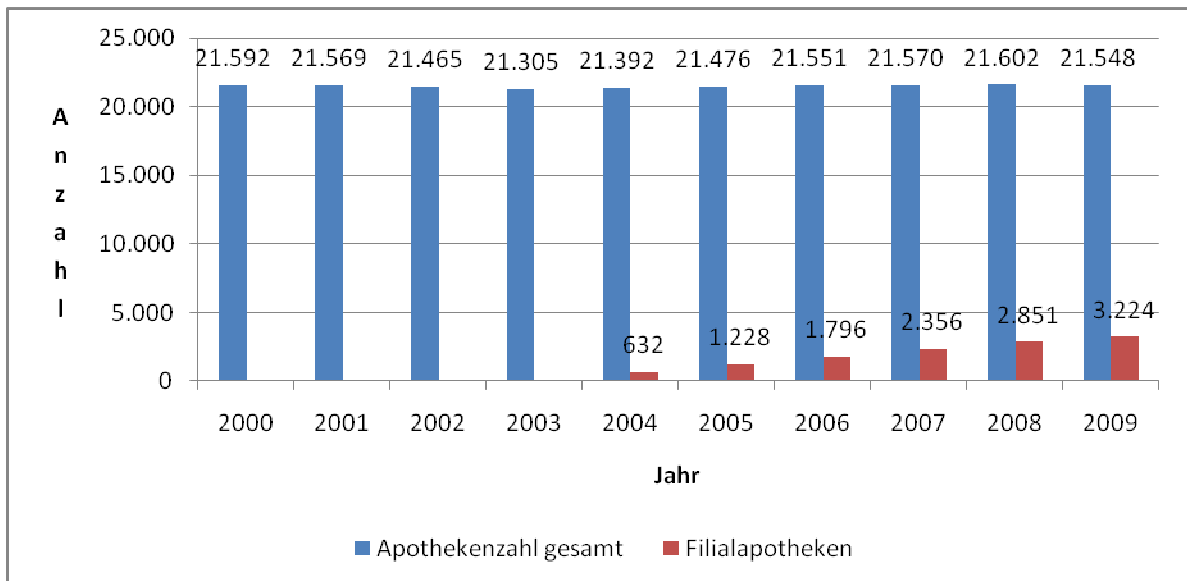
0,01 EUR konnte unter der bis Ende 2010 geltenden Regelung für (maximal) 0,12 EUR vom Großhandel an die Apotheken verkauft werden. Ab dem 1. Januar 2011 erhöht sich der Betrag auf etwas über 0,61 EUR. Weiter wird deutlich, dass ab einem Herstellerpreis von ca. 8,10 EUR die neue Zuschlagregelung „schlechter“ für den Großhandel als die Regelung zuvor ist, denn ab diesem Herstellerabgabepreis fallen die möglichen Zuschläge geringer aus.

Bislang wurden noch keine Rabatte zwischen Großhandel und Apotheke betrachtet, d. h. es ist immer die vollen Aufschläge miteinander verglichen worden. Zunächst ist zu erkennen, dass Rabattspielräume grundsätzlich erhalten geblieben sind, denn diese wurden durch den Gesetzgeber lediglich neu definiert. Allerdings ist hinsichtlich der Rabatte nun zu erkennen, dass der Rabattspielraum zwischen Großhandel und Apotheken im unteren Preissegment, also bei Präparaten mit einem Herstellerabgabepreis unter 8,10 EUR, durch die Neuregelung gestiegen ist. Bei teureren Präparaten hat der Rabattspielraum abgenommen. Das bedeutet, dass insbesondere große, umsatzstarke Apotheken, die bislang hohe Rabatte beim Großhandel durchsetzen konnten, von der Neuregelung betroffen sind. Letztlich kommt es darauf an, wie hoch der Anteil an Präparaten über 8,10 EUR in einer Apotheke ist. Ist der Anteil an Präparaten in diesem Bereich sehr hoch dann werden Apotheken zukünftig höhere Einkaufspreise bzw. insgesamt einen geringeren Rabatt über ihr Gesamtsortiment hinnehmen müssen.

#### **2.4 Die Struktur des deutschen Apothekenmarktes**

Die beschriebenen, zentralen Regulierungsvorgaben bestimmen das Geschehen auf dem deutschen Apothekenmarkt und seine Entwicklung. In den letzten Jahren hat sich der deutsche Apothekenmarkt durch eine verhältnismäßig konstante Zahl an Apotheken ausgezeichnet. Dies verdeutlicht Abbildung 1. Die absolute Zahl der Apotheken im betrachteten Zeitraum von 2000 bis 2009 hat hierbei stets um etwa 21.500 Apotheken gelegen. Die Zahl der Apotheken sank zunächst ab dem Jahre 2000 von 21.592 auf 21.305 Apotheken im Jahre 2003. Von da an stieg die Zahl der Apotheken jedes Jahr verhältnismäßig konstant um etwa 50 Apotheken auf einen Wert von 21.602 im Jahre 2008. Im Jahr 2009 ist eine geringe Reduktion auf absolut 21.548 Apotheken zu verzeichnen.

**Abbildung 1: Apothekenzahl und Filialapotheken in Deutschland von 2000 bis 2009**



Quelle: Eigene Darstellung nach Angaben der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA).

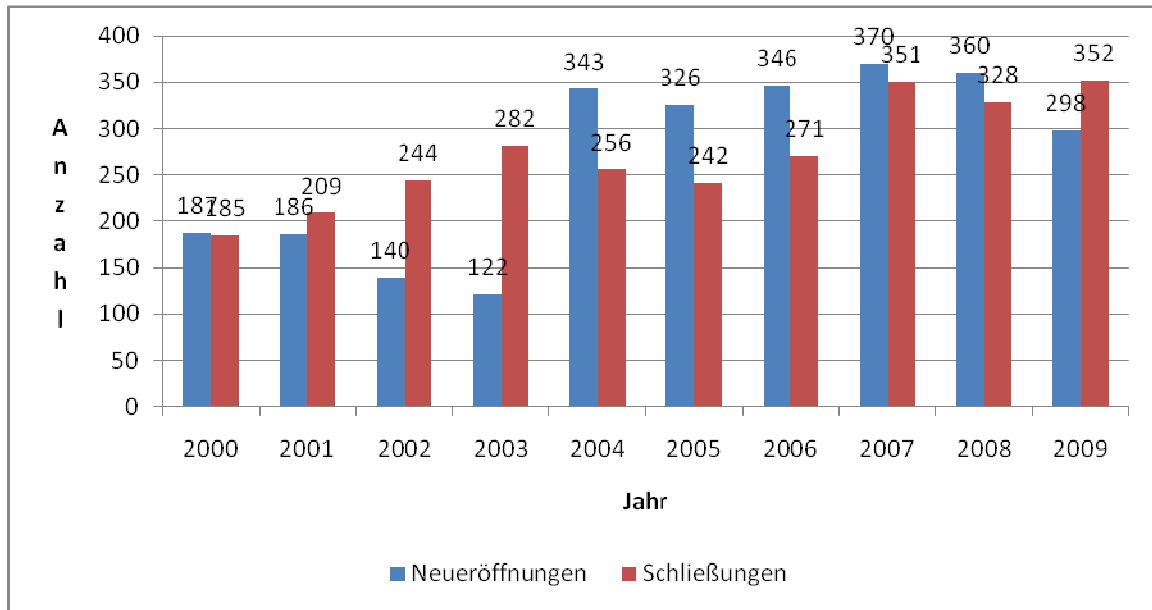
Abbildung 1 gibt zudem Auskunft über die Zahl der Filialapotheken. Da es bis zum Jahre 2004 aufgrund des strikten Mehrbesitzverbotes nicht möglich war Filialapotheken zu besitzen, war ihre Zahl bis zu diesem Zeitpunkt entsprechend Null. Seit dem Jahre 2004 hat die Zahl der Filialapotheken von 632 auf insgesamt 3.224 im Jahre 2009 zugenommen. Damit ist der Anteil der Filialapotheken an allen Apotheken von ca. 3 % auf 14,9 % im betrachteten Zeitraum angewachsen. Insofern haben die Marktteilnehmer, also die Apotheker, auf die Änderung der Vorschriften in erheblichem Umfang reagiert und diesen Parameter „Filialapotheke“ im Wettbewerb genutzt.

Nachfolgende Abbildung 2 zeigt die Zahl der Neueröffnungen und Schließungen im Apothekensektor. Es wird deutlich, dass ab dem Jahre 2001 die Zahl der Schließungen die der Neueröffnungen übertroffen hat. Ab dem Jahre 2004 hat sich das Verhältnis umgekehrt, d.h. die Neueröffnungen haben im Vergleich zu den Schließungen überwogen. Die Zahl der Neueröffnungen liegt beispielsweise im Jahr 2004 im Vergleich zum Vorjahr um 221 höher als die Zahl der Schließungen. Im Jahre 2009 ist eine abermalige Änderung nachzuziehen, denn hier übertrifft die Zahl der Schließungen die der Neueröffnungen um 54



Apotheken.<sup>39</sup> Die Begründung für diese Entwicklung könnte darin gesehen werden, dass nicht rentable Apotheken aus dem Markt austreten. Der Anstieg der absoluten Apothekenzahl in den letzten Jahren hat also bewirkt, dass die Gewinne nicht mehr ausreichen, um alle Apotheken rentabel zu führen.

**Abbildung 2: Neueröffnungen und Schließungen in Deutschland von 2000 bis 2009**



Quelle: Eigene Darstellung nach Angaben der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA).

Aus den Daten geht nicht klar hervor, ob eine Neueröffnung die Erschließung eines neuen Standortes bedeutet oder ob lediglich ein Inhaberwechsel vollzogen wird.<sup>40</sup> Zu vermuten ist jedoch, dass ein großer Teil der Neueröffnungen mit Inhaberwechseln zu begründen sind und viele, vormals einzelgeführte Apotheken, nun Filialapotheken sind.

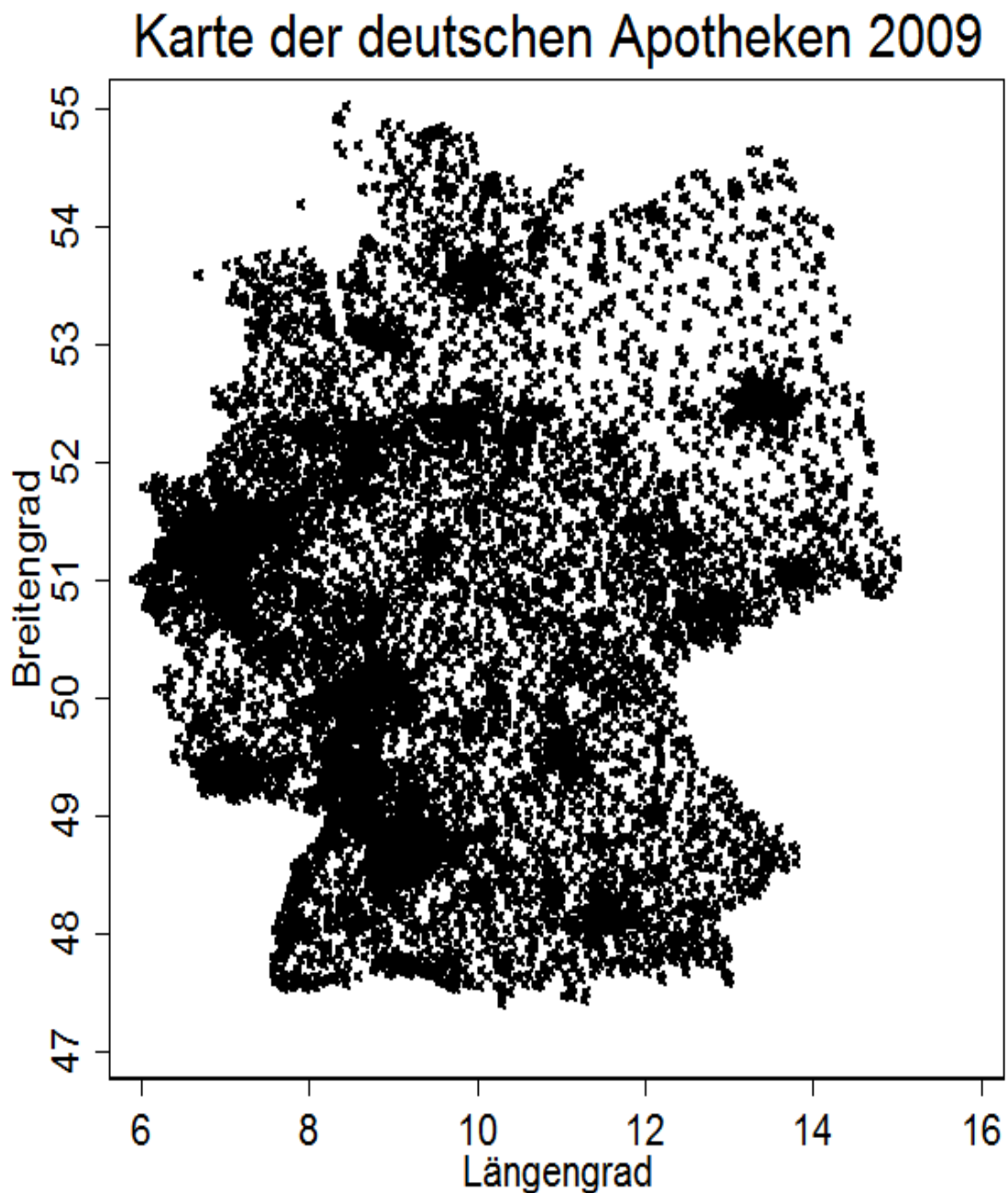
Es bleibt bereits an dieser Stelle festzuhalten, dass der deutsche Apothekenmarkt insgesamt einer geringen Eigendynamik unterliegt und Veränderungen vornehmlich durch die politisch motivierte Veränderung seiner Rahmenbedingungen getrieben werden. Die Zahl der Apotheken insgesamt ist seit Jahren konstant. Allerdings lässt sich aufgrund der erheblich höheren Zahlen an Neueröffnungen und Schließungen im Jahre 2004 und in den nachfol-

<sup>39</sup> Aktuell liegen noch keine Daten für das Jahr 2010 vor. Insofern ist nicht zu klären, ob hier eine Umkehr der Entwicklung oder aber eine gleiche Situation anzutreffen ist.

<sup>40</sup> Ähnliches gilt für die Zahl der Schließungen.

genden Jahren eine Zunahme der Dynamik erkennen. Hierbei spielt die Lockerung des Mehrbesitzverbotes zum Jahre 2004 eine erhebliche Rolle und ist als treibende Kraft für die Dynamik bei den Neueröffnungen und Schließungen anzusehen.

Abbildung 3: Geografische Übersicht

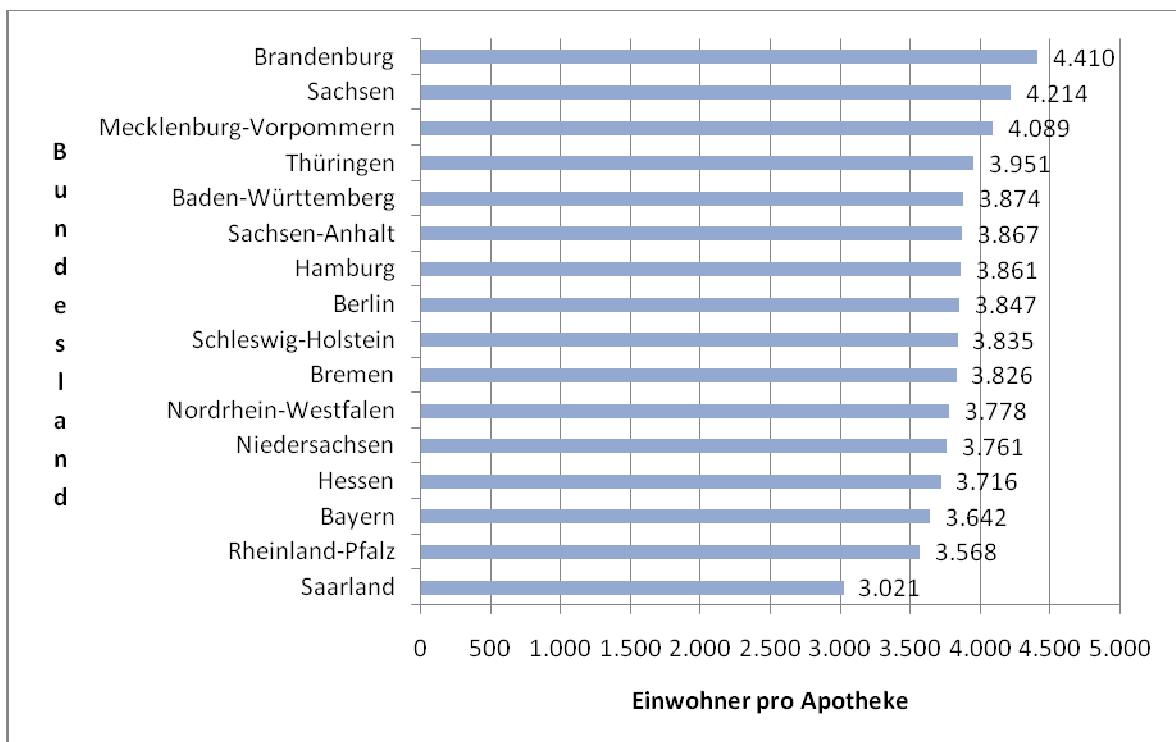


Eigene Grafik. Quelle der Adressdaten: Bundesapothekenregister

Quelle: Eigene Darstellung.

Im Hinblick auf die Determinanten einer Apothekenansiedlung oder einer Apothekenschließung lässt die grobe Betrachtung der Apothekenverteilung im Raum wie in Abbildung 3 für Deutschland zunächst nur den oberflächlichen Schluss zu, dass vergleichsweise dicht besiedelte Regionen auch mit Apotheken dicht besiedelt sind. Von Interesse ist allerdings zusätzlich die Relation zur Versorgungsdichte, also die Frage danach, ob es einen Zusammenhang zwischen der Einwohnerdichte und der Apothekendichte gibt in der Hinsicht, dass beispielsweise in dichter besiedelten „städtischen“ Regionen weniger Einwohner je Apotheke versorgt werden als in dünner besiedelten ländlichen Regionen. Eine hohe Apothekendichte ist dadurch gekennzeichnet, die Zahl der Apotheken je Einwohner vergleichsweise groß ist.

**Abbildung 4: Einwohner pro Apotheke nach Bundesländern im Jahre 2008**



Quelle: Eigene Darstellung nach Angaben der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) und des Statistischen Bundesamtes (Destatis).

Bezogen auf die Bundesländer schwankt die durchschnittliche Zahl der Einwohner pro Apotheke zwischen 4.214 Einwohnern/Apotheke in Sachsen und 3.021 Einwohnern/Apotheke im Saarland.<sup>41</sup> In der überwiegenden Zahl der Bundesländer liegt die Zahl der Einwohner pro Apotheke bei ca. 3.800. Im Durchschnitt übertreffen die Apotheken damit jene Einwohnerzahl, die nach unseren Recherchen für den profitablen Betrieb einer Apotheke branchenüblich notwendig sind. Nach Angaben der Befragten müssen ca. 3.000 Einwohner durch eine Apotheke versorgt werden, damit die Apotheke wirtschaftlich ist.<sup>42</sup>

Ähnliches gilt bei der Betrachtung der Versorgungsfläche.<sup>43</sup> Bezogen auf die durchschnittliche Versorgungsfläche pro Apotheke gilt, dass diese in den einzelnen Bundesländern erheblich voneinander abweicht. Während in Berlin im Jahre 2008 auf eine Apotheke eine Fläche von 1 qkm entfällt, lag dieser Wert in Mecklenburg-Vorpommern bei 57 qkm. Die Daten veranschaulichen zudem, dass eine unterschiedliche räumliche Wettbewerbssituation zu vermuten ist, da die Fläche je Apotheke in Deutschland sehr heterogen verteilt ist.

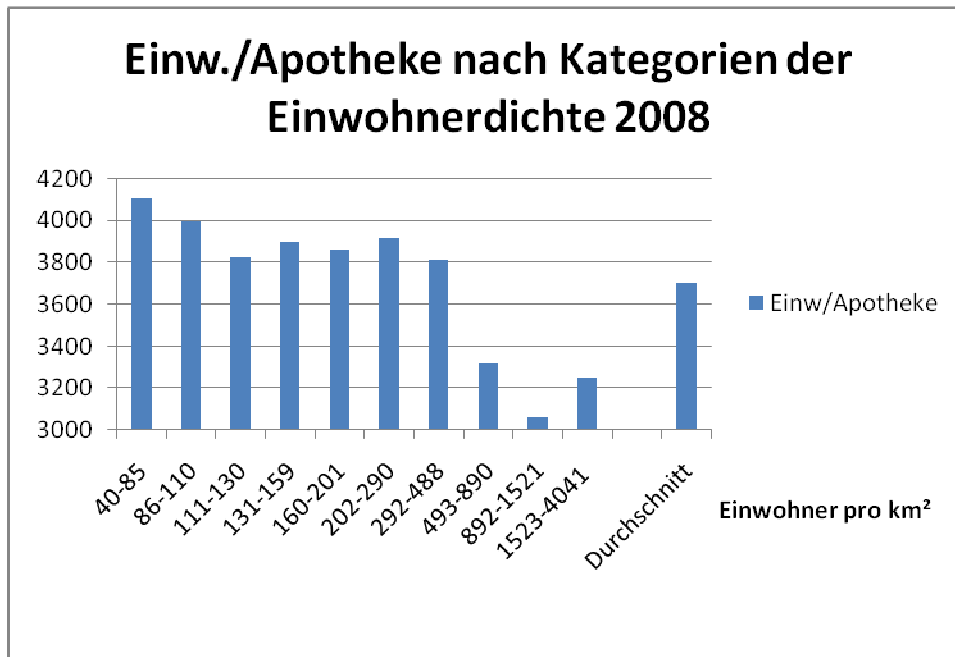
---

<sup>41</sup> Vgl. Abbildung 4.

<sup>42</sup> Von den Befragten wurde angegeben, Übernahmen oder Aufkäufe von Apotheken seien nur bei einem Einzugsgebiet von über 2.800 Einwohnern wirtschaftlich interessant, da nur in solchen Apotheken dann der branchenübliche, d. h. in der Branche üblicherweise akzeptierte Gewinn zu realisieren wäre. Diese Angaben und Erläuterungen bedeuten für den Einzelfall jedoch nicht, dass es keine Apotheken gibt, die auch mit einem kleineren Einzugsgebiet (also unter 2.800 Einwohner) noch betrieben würden.

<sup>43</sup> Vgl. Abbildung 5.

**Abbildung 5: Einw./Apotheke auf Kreisebene in Deutschland nach Kategorien der Einwohnerdichte als Einwohner/km<sup>2</sup> mit 41-46 Kreisen pro Dezantil, Jahr 2008**



Quelle: Eigene Darstellung nach Bundesapothekenregister und Angaben zu Größe und Einwohnerzahlen der Kreise des Statistischen Bundesamtes (Destatis).

Einen ersten genaueren Aufschluss über den Zusammenhang zwischen Einwohnerdichte und Apothekendichte bietet die Abbildung 5. In ihr ist zu erkennen, dass es einen negativen Zusammenhang zwischen der Zahl an Einwohnern je Apotheke und der Einwohnerdichte in Deutschland gibt. In dicht besiedelten Regionen ist es interessanter, eine Apotheke zu führen. Darum werden gerade dort weniger Einwohner durch eine Apotheke bedient, als in gering besiedelten Regionen. Dies hat zur Folge, dass Patienten in ländlichen Regionen überproportional weite Strecken in Kauf nehmen müssen. Um die Versorgungssicherheit zu gewährleisten, sollte also bei einer künftigen Reform der Apothekenvergütung gewährleistet werden, dass ländliche Regionen attraktiv für Apotheken sind. Hierbei handelt es sich jedoch lediglich um eine einfache Korrelation, die durch andere Faktoren wie das höhere Durchschnittseinkommen oder die höhere Ärztedichte in städtischen Gebieten erklärt werden könnte. Darum werden im dritten Teil multivariate Analyseverfahren angewandt, in denen für diese und andere Faktoren kontrolliert wird.

Unter dem Eindruck dieser Marktdaten und im Zusammenhang mit den einführenden Bemerkungen zur Regulierung des Apothekensektors stellt sich nun in der weiteren Vertiefung die Frage, wovon der wirtschaftliche Erfolg konkreter abhängig gemacht werden kann, und hierbei, welche Wettbewerbsparameter Apothekern zur Verfügung stehen. Wir gehen davon aus, dass auch bei einem Apotheker grundsätzlich eine Gewinnerzielungs- bzw. Gewinnmaximierungsabsicht unterstellt werden kann. In dieser Auffassung folgen wir der vergleichbaren Auffassung der Monopolkommission: „Der Monopolkommission ist (...) keine Evidenz dafür bekannt, dass Apotheker in geringerem Maße an wirtschaftlicher Prosperität und Wohlstand interessiert wären als andere Mitbürger, d.h. auch der „Apotheker in seiner Apotheke“ hat in der Regel ein Interesse an einem florierenden Geschäft.“<sup>44</sup>

Der Überschuss einer Apotheke, also der Apothekergewinn hängt von zahlreichen Parametern ab.<sup>45</sup> Neben der durch den Apotheker direkt zu beeinflussenden Kostenseite, die durch den Einkauf von Arzneimitteln, die Personalpolitik und die tatsächlichen wie kalkulatorischen Kosten der Raummiete maßgeblich bestimmt wird, verfügt der Apotheker über mehr oder minder diskretionäre Möglichkeiten, Patienten als Kunden für seine Apotheke zu gewinnen. Anders als auf üblichen Märkten spielen hierbei jedoch Preise kaum eine Rolle. Vielmehr ist die Standortentscheidung zentral, außerdem bietet sich die Servicequalität als Wettbewerbsparameter an. Der Apotheker hat Einfluss auf den Service, also Beratung oder Freundlichkeit, die Lieferzeit oder auch die Zahl der kostenlosen Beigaben zu einem Einkauf.

Die Lage der Apotheke bestimmt maßgeblich die Frequentierung und damit den Kundendurchsatz. Hierbei gilt die einfache Devise, dass Standorte mit einem hohen Aufkommen an Passanten, also belebten Plätzen, Straßen oder Bahnhöfen, auch potenziell mehr Kunden für die Apotheken bringen. Der Standort kann bewusst auch in der Nähe eines Ärztehauses gewählt werden. Dies verspricht mehr Kundschaft, wenn die Patienten direkt nach dem Erhalt einer Verordnung durch ihren Arzt die Apotheke aufsuchen. Überdies entscheidet der Standort darüber, inwieweit eine Konkurrenzsituation mit einer anderen Apotheke be-

---

<sup>44</sup> Vgl. *Monopolkommission* (2010, Tz. 51).

<sup>45</sup> Vgl. hierzu auch *Engelke* (2009, S. 176 ff.). Auf die Krankheitsquote oder die Art der Erkrankungen hat der Apotheker keinen direkten Einfluss. Diese stellen insofern externe Größen dar.

steht und zu befürchten ist, dass ein Patient „abwandert“, d. h. dass er sich seine Präparate in der Konkurrenzapotheke beschafft.<sup>46</sup>

Der Standort entscheidet weiterhin darüber, wie hoch der Anteil an frei-verkäuflichen und freien, apothekenpflichtigen Präparaten im Vergleich zu verschreibungspflichtigen Medikamenten ist. Hierbei ist zusätzlich davon auszugehen, dass die Nähe eines Ärztehauses die Zahl der verschreibungspflichtigen Präparate erhöht. Insofern würde die allgemeine Hypothese, dass mit dem Einkommen der Anteil der Gesundheitsausgaben steigt, hier ebenfalls unterstellt. Wir erwarten daher, dass mit dem zunehmenden Einkommen (BIP oder BNE) auch die Wirtschaftlichkeit von Apotheken steigt.

Für den Apotheker ist nicht nur die Zahl an Kunden, sondern auch der durchschnittliche Gewinn pro Kunde für den Gesamtgewinn entscheidend. Für die frei-verkäuflichen und freien, apothekenpflichtigen Präparate gibt es keine Preisvorgaben. In diesem Segment ist der Preis ein wichtiger Parameter im Wettbewerb und von großer Bedeutung für den Gesamtgewinn des Apothekers, wenn ein relativ hoher Umsatzanteil in einer Apotheke auf dieses Segment entfällt. Hingegen ist in Apotheken mit einem hohen Umsatzanteil von erstattungsfähigen Medikamenten vor allen Dingen bedeutend, welche Rabatte mit Großhändlern und der pharmazeutischen Industrie (frei) verhandelt werden. Bei verschreibungspflichtigen Medikamenten kommt es dann auf die Kombination der Apothekenverkaufspreise und der umgesetzten Mengen an, da von Medikament zu Medikament unterschiedlich hohe Margen von der Apotheke vereinnahmt werden können und die Rabatte mit dem Großhandel wesentlich von der umgesetzten Menge abhängen.

Die bis hierhin im Überblick dargestellten Wettbewerbsparameter unterliegen fortwährenden Anpassungen durch die Politik. War früher die Nähe zu Ärzten interessant, die viele hochpreisige Präparate verordnet haben, namentlich sind hier etwa Onkologen zu nennen, da ein grundsätzlicher, prozentualer Zuschlag galt, so sind unter den gegenwärtigen Regeln zur Arzneimittelpreisbildung niedergelassene Mediziner attraktiv, die viele Präparate verordnen. Hierzu zählen etwa als Hausärzte niedergelassene Allgemeinmediziner, Kinderärzte oder Internisten. Zahnärzte sind aus Sicht der Apotheker dagegen vergleichsweise uninteressant, da diese kaum Verordnungen vornehmen.

---

<sup>46</sup> Aufgrund der Ergebnisse aus Abbildung 3 ist bereits an dieser Stelle zu vermuten, dass die regionale Konkurrenzsituation erheblich variieren dürfte.

Zusätzlich ist nachvollziehbar, dass sich bedingt durch die Änderungen des Regulierungs- und Finanzierungsrahmens für Apotheken hinsichtlich des Standortwettbewerbs auch ihre strategischen Möglichkeiten verändert haben. War es schon immer eine lukrative Strategie für einen Apotheker, ein Ärztehaus zu besitzen und hierdurch die für seinen Umsatz entscheidende Zusammensetzung der Ärzteschaft zu optimieren, so ist seit dem Fall des Mehrbesitzverbotes zusätzlich zu beobachten, dass bewusst Filialen in der Nähe von Konkurrenten eröffnet werden, um Vorteile im Wettbewerbsprozess zu erzielen.

In den letzten Jahren sind ferner auch Strategien zu erkennen, die bislang anderen Branchen vorbehalten waren. Dies gilt insbesondere für Kooperationen, die zunehmend über einfache Einkaufsgemeinschaften hinausgehen. Als Beispiel seien hier die „Guten-Tag-Apotheken“ angeführt. Hierbei handelt es sich um den Zusammenschluss der 300 umsatzstärksten Apotheken Deutschlands, der als ein Einkaufs- und Marketingzusammenschluss zu verstehen ist. Neben dem gemeinsamen Einkauf vertreiben diese Apotheken Eigenmarkenprodukte, d. h. frei-verkäufliche Präparate, wie Hustensaft oder Schmerztabletten, die unter einem eigenen Label in diesen Apotheken zu kaufen sind. Weiterhin werden Aufstell- und Regalflächen zentral, gemeinsam vermarktet. Durch all diese Maßnahmen profitieren die Apotheken von sinkenden Kosten (bei Einkauf und Vermarktung) und von höheren Einnahmen.

Zur Berechnung des durchschnittlichen Umsatzes bzw. des durchschnittlichen Gewinns einer Apotheke und damit eines Apothekers der die Apotheke betreibt greifen wir wiederum auf die Angaben des ABDA und Recherchen unter Apothekern zurück. Beispielsweise gab es im Jahr 2009 insgesamt 21.548 Apotheken in Deutschland.<sup>47</sup> Der Umsatz im Apothekensektor lag im gleichen Jahr bei 39,2 Mrd. EUR (ohne MwSt.). Damit betrug der Umsatz im Jahr 2009 im Durchschnitt pro Apotheke 1,82 Mio. EUR (ohne MwSt., inkl. MwSt.: 2,16 Mio. EUR).

Ein realistischer Apothekergewinn kann nun mit Hilfe der Richtsatzsammlung der Finanzämter abgeschätzt werden.<sup>48</sup> In der Richtsatzsammlung werden Prozentsätze angegeben, die das Finanzamt als realistische Größe(n) für den Gewinn bei gegebenem Umsatz an-

---

<sup>47</sup> Vgl. ABDA (2010), S. 4.

<sup>48</sup> Die Richtsatzsammlung ist beim Bundesfinanzministerium frei im Internet herunterladbar.



sieht.<sup>49</sup> Hierbei wird unterschieden zwischen Roh- und Reingewinn.<sup>50</sup> Der Rohgewinn wird im Prinzip ermittelt als Warenverkauf abzüglich des Wareneinsatzes. Weitere Betriebsausgaben, wie Personalkosten, Mieten oder Fahrzeugkosten, werden hier nicht berücksichtigt. Dies erfolgt beim Reingewinn, der folglich als Rohgewinn abzüglich aller übrigen Betriebsausgaben ermittelt wird, und insofern den Gewinn der Apotheke bzw. des Apothekers vor Steuern bedeutet. Der Reingewinn beträgt laut Richtsatzsammlung 5-13 % und im Durchschnitt 9 %.<sup>51</sup> Dies bedeutet einen durchschnittlichen Reingewinn über alle 21.548 Apotheken von 9 % von 46.65 Mrd. EUR (inkl. MwSt.)= 4,2 Mrd. EUR, der den Unternehmerlohn abzüglich der Steuern abdeckt.<sup>52</sup> In diese Berechnungen sind auch die großen Versandhandelsapotheken mit mehreren Hundert Mitarbeitern einbezogen. Dabei entstehen Gesamtkosten von 35 Mrd. EUR (46,65 Mrd. Gesamtumsatz abzgl. MwSt. und Durchschnittsumsatzrendite von 9 %).

## **2.5 Apothekenmärkte im europäischen Kontext: Ein Überblick**

Die europäischen Apothekenmärkte unterscheiden sich durch landesspezifische Regulierungsmodalitäten deutlich hinsichtlich der sich auf den Märkten bietenden Anreizsysteme und der sich hieraus ergebenden Strukturen. Die Gesundheitsversorgung wird in der Europäischen Union als eine nationalstaatliche Angelegenheit erachtet und ist daher der Harmonisierung entzogen. Die Mitgliedstaaten der Europäischen Union verfügen für ihre Gesundheitsmärkte über weitreichende Gestaltungsfreiheit unter Beachtung der Regeln zum europäischen Binnenmarkt. Zwar fördert die Europäische Union die Zusammenarbeit und Kooperation im Gesundheitswesen, ist aber nach wie vor an dieses im Vertrag von Amsterdam festgelegte Prinzip gebunden. Grund hierfür ist das Spannungsverhältnis zwischen

---

<sup>49</sup> Die Richtsatzsammlung hat den Sinn, den Finanzämtern einen realistischen Wert oder Korridor, also Richtsätze, für den zu versteuernden Gewinn anzuzeigen. Liegt der Gewinn bei gegebenem Umsatz über oder – vor allem – unterhalb dieser Größen, so ist eine nähere Prüfung angezeigt. Die Richtsätze werden bundesweit erhoben, d. h. die Finanzämter prüfen Apotheken bzw. Apotheker und die Richtwerte werden dann aus den konkreten Prüfungen – bundeseinheitlich – ermittelt. Die Stichprobe an Apotheken ist hierbei nicht bekannt.

<sup>50</sup> Im Folgenden soll nicht auf weitere Größen wie Rohgewinn I, Rohgewinn II, Rohgewinnaufschlag und Halbreingewinn eingegangen werden.

<sup>51</sup> Diese durchschnittlichen Werte wurden uns sowohl von Versandhandels- als auch von Einzelapothekern bestätigt.

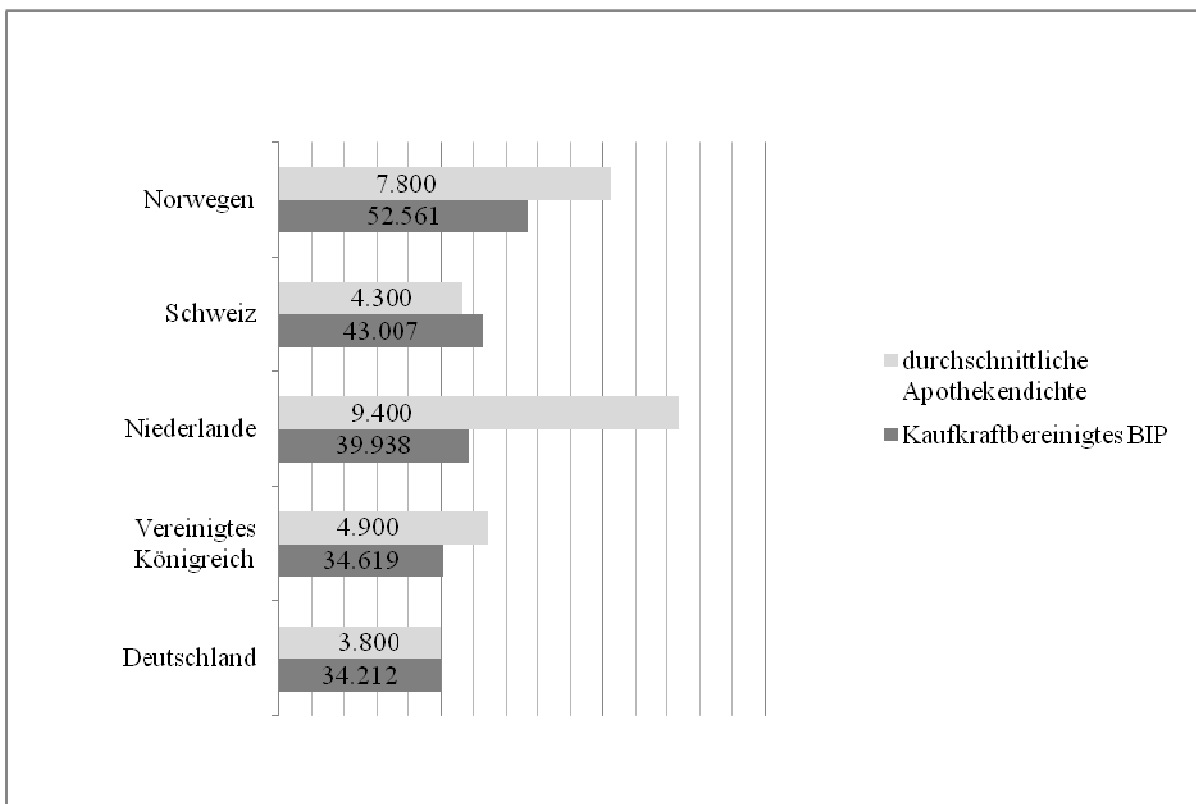
<sup>52</sup> Wir betrachten hier die durchschnittliche Apotheke zur Berechnung des Reingewinns. In unserer Analyse zu Kosteneinsparpotentialen werden wir jedoch die schließungsgefährdete Apotheke unterstellen, die typischerweise niedrigere Umsätze aufweist.

dem europäischen Binnenmarkt- und Wettbewerbsrecht und dem Sozialrecht der Mitgliedstaaten.<sup>53</sup>

Die nationalstaatlichen Apothekenmärkte unterscheiden sich hinsichtlich der Vergütungssysteme, hinsichtlich der Bestimmungen zum Marktzugang, hinsichtlich Vorgaben zur Eigentümerschaft (Fremd- und Mehrbesitzverbot), des von Apotheken zu vertreibenden Sortiments (apothekenpflichtig versus nicht-apothekenpflichtig) sowie zur Frage, ob neben Apotheken auch noch andere Stellen, etwa niedergelassene Praxismediziner oder Drogeriemärkte Arzneimittel in nennenswertem Umfang an Patienten abgeben dürfen.

Wir betrachten die EU-Mitgliedstaaten Niederlande und Vereinigtes Königreich sowie die Länder Norwegen und Schweiz, die sich im Hinblick auf das kaufkraftbereinigte BIP pro Kopf sämtlich nicht wesentlich von Deutschland unterscheiden, es sogar im Falle der Niederlande, Norwegens und der Schweiz deutlich übertreffen. Wesentliche Unterschiede zwischen den Ländern bestehen zudem hinsichtlich der durchschnittlichen Bevölkerungsdichte.

**Abbildung 4: Einwohner/Apotheke und BIP pro Kopf im Jahre 2009**



<sup>53</sup> Gesetzesgrundlage ist Art. 168, Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union.

Quelle: Eigene Darstellung nach Angaben von IMF, ABDA und Landtag Baden-Württemberg.

In der Gesundheitsökonomik hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass Gesundheitsleistungen sogenannte Luxusgüter sind, für die Verbraucher mit steigendem Einkommen überproportional mehr auszugeben bereit sind. Das bedeutet insbesondere, dass Verbraucher mit zunehmendem Einkommen überproportional zunehmend an den unterschiedlichen Gesundheitsleistungen und Technologien im Gesundheitswesen teilhaben wollen.<sup>54</sup> Wir gehen daher davon aus, dass das BIP pro Kopf zumindest einen ersten Hinweis darauf liefern kann, wie das jeweilige Gesundheitssystem eines Landes nach den Wünschen seiner Bevölkerung auszustatten ist und beziehen diese Annahme *ceteris paribus* auch auf die Versorgung mit Apothekendienstleistungen in den unterschiedlichen Ländern. Es gibt aus unserer Sicht jedenfalls keinen plausiblen Grund für die Annahme, dass die Bevölkerung der für unseren groben Vergleich herangezogenen Länder eine in qualitativer Hinsicht weniger leistungsfähige Versorgung mit Apothekendienstleistungen wünschen sollte als die deutschen Bürgerinnen und Bürger.

### **2.5.1 Niederlande**

Die Niederlande sind ein Land ohne eine international bedeutende Pharmaindustrie. Die Arzneimittelpreise werden begleitet von einem zweistufigen Referenzpreissystem politisch determiniert. Die Apothekenmargen sind in den Niederlanden durch Verhandlungen der neuerdings generell privaten Krankenversicherungen mit den Apothekerverbänden festgesetzt. Für rezeptpflichtige Arzneimittel erhalten die Apotheken einen fixen Betrag von 4,80 EUR zuzüglich eines Drittels der Preisdifferenz zum Originalarzneimittel eines durch den Apotheker abgegebenen Generikums. Die Generikapreise müssen durch die Hersteller generell um mindestens 40 % unter den Preisen der Originalpräparate angesetzt werden. Abschließend entscheidet der Gesundheitsminister über die Arzneimittelpreise.

Wenn die Versicherten in den Niederlanden eine Zuzahlung vermeiden wollen, müssen sie sich bei einer Hausapotheke registrieren, in der dann keine Zuzahlung anfällt. Bedingt durch die Hausapothekenregel findet der Wettbewerb zwischen den Apothekern in den

---

<sup>54</sup> Vgl. *Fogel* (1994).

Niederlanden überwiegend um die Einschreibung der Patienten statt. Finanzielle Anreize gegenüber den Arzneimittelkonsumenten, die beispielsweise besondere Beratungsleistungen vergüten würden, existieren als direkte Zahlungen nicht. Hinzu kommt die vergleichsweise starke Preisregulierung auf dem niederländischen Arzneimittelmarkt, die überwiegend auf eine Eindämmung der Gesundheitskosten für die Versicherer gerichtet ist.

2009 kamen in den Niederlanden 9.400 Einwohner auf eine Apotheke (Quelle: ABDA). Bei den mit Deutschland vergleichbaren gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen überrascht die geringe Apothekendichte (Apotheken/Einwohner). Gleiches gilt von den hier betrachteten Ländern auch für Norwegen und insbesondere für das Vereinigte Königreich. In der Schweiz ist die direkte Vergleichbarkeit eingeschränkt, weil Arzneimittel neben Apotheken auch systematisch von selbstdispensierenden Ärzten abgegeben werden. Die Regulierungen hinsichtlich des Apothekenbetriebs unterscheiden sich zwischen Deutschland und den Niederlanden wesentlich, ohne dass gravierende Verwerfungen bei der Versorgungsqualität befürchtet werden müssen. Mehrfachbesitz ist in den Niederlanden erlaubt. Es haben sich drei große Apothekenketten herausgebildet. OTC-Arzneimittel („Over the Counter“) dürfen auch in Drogerien verkauft werden. Etwa drei Viertel des OTC-Marktes entfallen gegenwärtig auf diesen Vertriebsweg.

### **2.5.2 Vereinigtes Königreich**

Der Marktanteil von Apothekenketten liegt im Vereinigten Königreich bei etwa 60 %.<sup>55</sup> Etwa 88 % der Apotheken sind im Besitz von Kapitalgesellschaften.<sup>56</sup> Die großen Apothekenketten befinden sich im Besitz von Großhändlern und Konzernen, die drei größten Ketten Boots, Lloyds und Alliance Pharmacy teilen mehr als die Hälfte des Apothekenmarktes unter sich auf.<sup>57</sup>

Im Vereinigten Königreich ist ein wichtiger Anteil des nicht-rezeptpflichtigen Arzneimittelsortimentes frei-verkäuflich und nicht an den Absatz über Apotheken gebunden. Dies betrifft beispielsweise leichte Schmerzmittel wie Aspirin und Fiebersenker. Die Preisbildung der Pharmahersteller ist für diese und weitere nicht-erstattungsfähige OTC-Präparate

---

<sup>55</sup> Vgl. *Deutsche Bank Research*(2008), S. 7.

<sup>56</sup> Vgl. *Grabein et al.* (2008), S. 11.

<sup>57</sup> Vgl. *Drabinski et al.* (2008), S. 81.

grundsätzlich frei. Eine Preisregulierung greift erst für Präparate, die über das nationale Gesundheitssystem (NHS) erstattet werden. Diese erfolgt indirekt über eine Kontrolle der erwirtschafteten Kapitalrendite der Pharmahersteller.

Großhändler erhalten für im NHS erstattungsfähige Arzneimittel Margen mit einem fixen Bestandteil und einem prozentualen Anteil zwischen 3 % und 6 %. Apotheker müssen mit mindestens einem Großhändler zusammenarbeiten und dürfen mit diesem Rabatte frei verhandeln. Der direkte Bezug von Arzneimitteln vom Hersteller ist zulässig. Patientenzahlungen auf Arzneimittel werden der Höhe nach im Vereinigten Königreich durch den NHS festgelegt und sind nicht an die Leistung des Apothekers gebunden. Die Apotheker erhalten vom NHS den Herstellerabgabepreis abzüglich eines vom Umsatz der Apotheke abhängigen Rabattes. Je höher der Umsatz der Apotheke, desto größer ist der Rabatt. Durch die Rabattregelungen sind die Apothekermargen für generische Medikamente höher als für Originalpräparate, um die Abgabe kostengünstiger Generika anzureizen. Bei Generika richtet sich der Erstattungsbetrag zudem nach dem in regelmäßigen Abständen erfassten Durchschnittspreis. Der Rabattabzug hat die Funktion den NHS an den Erlösen der stetig geführten Rabattverhandlungen partizipieren zu lassen und Anreize für Rabattverhandlungen zu erhalten.<sup>58</sup> Zusätzlich erhalten die Apotheker eine pauschale Marge für ihre Abgabebetätigkeit (0,9 GBP je Arzneimittelpackung) sowie Ergänzungszahlungen des NHS, damit den Apothekern ein auskömmliches Einkommen möglich ist. Patientenzahlungen auf Arzneimittel werden im Vereinigten Königreich der Höhe nach durch den NHS festgelegt und sind nicht an die Leistung des Apothekers gebunden.<sup>59</sup>

### 2.5.3 Norwegen

In Norwegen wurde das Fremd- und Mehrbesitzverbot für Apotheken im Jahr 2001 aufgehoben. Der Umsatz-Marktanteil von Apothekenketten liegt in Norwegen mittlerweile bei über 90 %.<sup>60</sup> Die drei führenden Apothekenketten haben hierbei bezogen auf die Gesamtzahl der Apotheken in jedem Fall einen Marktanteil von über 80 %.<sup>61</sup> Nach Angaben der Bundesagentur für Außenwirtschaft gehörten im Jahr 2007 ca. 99 % der privaten Apothe-

---

<sup>58</sup> Vgl. *Grabein et al.* (2008), S. 20.

<sup>59</sup> Vgl. *Drabinski et al.* (2008), S. 80.

<sup>60</sup> Vgl. *Deutsche Bank Research* (2008), S. 7.

<sup>61</sup> Vgl. *Grabein et al.* (2008), S. 11.

ken des Landes zu den drei größten Apothekenketten, die zusammen 97 % des Gesamtumsatzes erzielten. Eigentümer der Apothekenketten sind Großhändler, aus deren Konzern die Ketten jeweils nahezu ihr gesamtes Sortiment beziehen.<sup>62</sup>

Im Jahr 2008 kamen im Schnitt auf jede norwegische Apotheke 7.600 Einwohner. Vor der Liberalisierung im Jahr 2001 waren es noch 11.500 Einwohner/Apotheke. Die nach der Liberalisierung absolut um etwa 35 % gestiegene Zahl der Apotheken hatte jedoch keine bedeutende Wirkung auf die flächendeckende Versorgung im heterogen besiedelten Norwegen. Während vor der Änderung der apothekenrechtlichen Regelungen im Jahr 2001 208 überwiegend kleine Gemeinden ohne eine Apotheke waren, waren im Jahr 2007 immer noch 197 von insgesamt 434 Gemeinden ohne Apotheke.<sup>63</sup>

Ein Teil des bei uns apothekenpflichtigen Arzneimittelsortimentes kann in Norwegen im Einzelhandel, beispielsweise auch an Tankstellen, in Kiosken und in Supermärkten erworben werden. Dies betrifft in erster Linie leichte Schmerzmittel wie Paracetamol und ist eine Institution, um Regionen mit besonders geringer Bevölkerungsdichte noch mit regelmäßig benötigten Arzneimitteln angemessen versorgen zu können.

Bei der Liberalisierung des norwegischen Apothekenmarktes wurde das Marktsegment der nicht-verschreibungspflichtigen Arzneimittel keiner Preisregulierung ausgesetzt. Apotheker entscheiden frei über ihren Preis entsprechend der Marktlage und den durch sie selbst in Verhandlungen mit dem Großhandel oder der pharmazeutischen Industrie realisierten Apothekeneinkaufspreisen. Verschreibungspflichtige Arzneimittel sind einer Preisregulierung unterworfen. Zum einen wird bereits der Apothekeneinkaufspreis als ein Höchstpreis reguliert, hierbei wird auf die Preise in anderen europäischen Industrienationen, unter ihnen auch Deutschland, als Referenzpreise abgestellt. Zum anderen werden zusätzlich die Apothekenaufschläge für verschreibungspflichtige Arzneimittel durch das norwegische Gesundheitsministerium festgelegt. Neben einem festen Zuschlag pro Arzneimittelpackung werden preisabhängige Zuschläge gewährt. Für das Handling von suchtfördernden Arzneimitteln können besondere Zuschläge abgerechnet werden. Um generische Substitution zu stimulieren, gibt es zudem ein Discount Sharing Modell, in dem der Apotheker mit bis zu 50 % an den durch generische Substitution verursachten Einsparungen partizipiert.<sup>64</sup>

---

<sup>62</sup> Vgl. *Landtag Baden-Württemberg*, Drucksache 14/1976, S. 3.

<sup>63</sup> Vgl. *Landtag Baden-Württemberg*, Drucksache 14/1976, S. 3.

<sup>64</sup> Vgl. *Haga und Sverre* (2002).

#### 2.5.4 Schweiz

Die Schweiz verfügt über eine international bedeutende pharmazeutische Industrie. Die volkswirtschaftliche Bedeutung der pharmazeutischen Industrie ist nur in den USA und Großbritannien größer. Etwa 90 % der inländischen Arzneimittelproduktion gehen in den Export, nur etwa 60 % des inländischen Arzneimittelkonsums werden importiert.<sup>65</sup>

In der Schweiz kommen auf eine Apotheke durchschnittlich 4.300 Einwohner.<sup>66</sup> Allerdings wird ein erheblicher Teil der Arzneimittel in der Schweiz neben Apotheken auch von selbstdispensierenden Ärzten und Krankenhäusern abgegeben. Nach Angaben von INFRAS (2009, S. 19) wurden 2007 53,5 % der Arzneimittel von Apotheken abgegeben, 2 % von Drogerien, 19,5 % von Krankenhäusern und 25 % von selbstdispensierenden Ärzten. Selbstdispensation ist allerdings nur in 17 der 26 schweizerischen Kantone erlaubt. Sie ist nur dort zugelassen, wo die Versorgung der Bevölkerung durch Apotheken allein nicht sichergestellt ist. Den 1.700 schweizerischen Apotheken stehen so ca. 3.800 Praxisapotheken gegenüber.<sup>67</sup> Dass in den schweizerischen Zahlen auch die Krankenhausapotheken erfasst sind, verzerrt das Marktbild gegenüber der in Deutschland üblichen Aufstellung nach Arzneimittelausgaben in öffentlichen Apotheken. Bereinigt man die schweizerischen Zahlen entsprechend der für Deutschland geläufigen Darstellung um die Krankenhausapotheken, so werden etwa zwei Drittel der schweizerischen Arzneimittelversorgung über öffentliche Apotheken abgewickelt, etwa ein Drittel entfällt auf die selbstdispensierenden Ärzte.

Fremd- und Mehrbesitz ist für schweizerische öffentliche Apotheken zulässig. Etwa 40 % der öffentlichen Apotheken sind in Kooperationen und Ketten organisiert.<sup>68</sup> 700 Einzelapotheken stehen etwa 400 organisierten Apotheken gegenüber.<sup>69</sup> Ein Grund hierfür mag in der eigentümlichen Organisation des schweizerischen Arzneimittel-Großhandels liegen, den sich zehn Unternehmen teilen, deren Besitz jeweils von Apothekern und Ärzten dominiert wird.

---

<sup>65</sup> Vgl. INFRAS (2009), S. 19.

<sup>66</sup> Vgl. Drabinski et al. (2008), S. 85.

<sup>67</sup> Vgl. apothekeadhoc, Oktober 2010.

<sup>68</sup> Vgl. Deutsche Bank Research (2008), S.7.

<sup>69</sup> Vgl. PZ: Neue Vergütungsformen umstritten, 46/2008.

Etwa ein Viertel des Arzneimittelumsatzes tragen die Versicherten in den Selbstbehalttarifen der Krankenversicherungen selbst.<sup>70</sup> Alle übrigen Zahlungen, insbesondere aber die Abgeltung der Apotheker tragen die schweizerischen Krankenversicherer. Die Schweizerischen Apotheker erhalten einen preisbezogenen, prozentualen Zuschlag auf den Herstellerabgabepreis (Kapitalmarge) sowie eine Fixmarge pro verkaufte Arzneimittelpackung.

Außerdem erhalten die Apotheker für bestimmte Leistungen eine besondere Vergütung. Für die Arzneimittel der Gruppen A und B<sup>71</sup> regelt die sogenannte leistungsorientierte Abgeltung (LOA) die Differenz zwischen Herstellerabgabepreis und Apothekenabgabepreis. Der Apothekenabgabepreis für diese beiden Arzneimittelgruppen beinhaltet auch eine zweigeteilte Taxe, die aus einer Beratungspauschale (Medikamenten-Check) und einer Dossierbearbeitungspauschale (Bezugs-Check) besteht. Die zweigeteilte Taxe darf nur durch Apotheker, nicht jedoch von selbstdispensierenden Ärzten für ihre Abgabeleistung erhoben werden. Der Medikamenten-Check wird pro Rezeptzeile, also pro dispensierter Arzneimittelpackung erhoben. Der Bezugs-Check wird insbesondere für die Führung eines Patientendossiers und dessen Interpretation verwendet. Er darf nur einmal pro Patient, pro Tag und pro Leistungserbringer verrechnet werden. Der Bezugs-Check beträgt gemäß dem derzeit geltenden Tarifvertrag (LOA IV) zwischen dem Schweizerischen Apothekerverband und den Schweizer Krankenversicherern (santésuisse) höchstens 3,24 CHF inkl. MwSt., der Medikamenten-Check höchsten 4,32 CHF inkl. MwSt. Die Apotheker erhalten zusätzlich zu der Taxe für bestimmte Leistungen eine Punktwertpauschale. Gegenwärtig werden beispielsweise die Notdienste außerhalb der regulären Öffnungszeiten mit 17,28 CHF inkl. MwSt. vergütet.

Generische Substitution ist in der Schweiz zulässig, wenn der Arzt sie nicht ausdrücklich ausschließt. An den hieraus resultierenden Einsparungen wird der Apotheker mit mindestens 40 % beteiligt. Für OTC-Arzneimittel gibt es keine Beschränkung des Verkaufs über Apotheken und selbstdispensierende Ärzte. Sie dürfen auch in Supermärkten und Drogerien durch medizinisch geschultes Personal verkauft werden.

Aus wettbewerbsökonomischer Sicht hat das schweizerische System der Apothekenfinanzierung Vorteile, da es ein differenziertes Preissystem für unterschiedliche Apothekerleis-

---

<sup>70</sup> Vgl. *INFRAS* (2009), S. 22.

<sup>71</sup> Auf der schweizerischen Spezialitätenliste (Positivliste), die für die Erstattung durch die Krankenversicherer relevant ist, umfassen beide Kategorien verschreibungspflichtiger Arzneimittel ca. 84 % aller Präparate.



tungen beinhaltet. Die hierdurch potenzielle Anreizwirkung läuft jedoch ins Leere, da die Patienten bei ihren Wahlentscheidungen nicht direkt an den in der Apotheke durch sie entstehenden Kosten partizipieren, sondern sämtliche Checks weiterhin über die Gesundheitsversicherung auf die Beitragszahler sozialisiert werden.

## 2.6 Analyse und Zwischenfazit

Im Sinne der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit vergleichbarer Länder werden die unterschiedlichen Apothekenmärkte sehr unterschiedlich gesteuert. Das historische Wachstum der Regelwerke ist von politökonomischen Erwägungen getrieben und – wie in Deutschland – im Allgemeinen von dem Wunsch beflügelt, eine möglichst umfassende Versorgung zu niedrigen Kosten zu ermöglichen. Überraschen können indes die sich trotz dieser ähnlichen Rahmenbedingungen und Zielvorstellungen ergebenden Unterschiede in der Struktur der Versorgung und in den Anreizsystemen. Viele der in Deutschland bestehenden „heiligen Kühe“, wie eine hohe Apothekendichte, Fremd- und Mehrbesitzverbot, Apothekenpflicht oder Finanzierungsmodalitäten, sind kein Muss im internationalen Kontext.<sup>72</sup> In keinem Fall ist aufgrund der großen Heterogenität und der komplexen Verknüpfungen aus der internationalen Betrachtung das deutsche System als besonders erfolgreich hervorzuheben, gleichermaßen ist eine einzelne Regelung durch den Verweis auf internationale Erfahrungen nicht zu kritisieren.

Ökonomisch fraglich ist, ob die Besonderheiten in Deutschland zu einer höheren Qualität in der Versorgung führen. Dies gilt beispielsweise für die im europäischen Vergleich hohe Apothekendichte, also die relativ hohe Anzahl an Apotheken je Einwohner. Der internationale Vergleich ergibt in wirtschaftlich vergleichbaren Ländern und bei gleichen Aufgaben für die Apotheken zum Teil deutlich niedrigere Apothekendichten, also eine deutlich höhere Zahl an zu versorgenden Einwohnern je Apotheke. Ohne abschließende Aussagen über die tatsächlichen Versorgungsqualitäten zu treffen, lässt sich formulieren, dass eine Versorgung grundsätzlich mit sehr unterschiedlichen Dichten sicherzustellen ist. Dies kann auch die in Deutschland gängige Praxis nicht infrage stellen, die ein gleichermaßen hohes Versorgungsniveau in städtischen Ballungszentren und in ländlichen Regionen trotz unter-

---

<sup>72</sup> Dies sagend, können wir natürlich nicht mit abschließender wissenschaftlicher Sicherheit bestimmen, ob die systematischen Unterschiede nicht doch einen Einfluss auf relative Unterschiede auf die relevanten Ergebnisgrößen im Gesundheitswesen (Mortalitätsraten, Morbiditätsraten, Lebensqualität) haben.

schiedlicher Einwohner- und Apothekendichten gewährleistet. Grundsätzlich erscheint daher die Hypothese zulässig, dass hier eine niedrigere Apothekendichte, also eine höhere Zahl an zu versorgenden Einwohnern je Apotheke, keinerlei Einbußen hinsichtlich der Versorgungsqualität mit sich bringt, sehr wohl aber zu einer Kostenreduktion führt.

Aufgrund unserer Ausführungen im Kapitel 2, insbesondere in Abschnitt 2.4, kann konstatiert werden, dass im Apothekenmarkt teilweise erhebliche Effizienzpotenziale zu vermuten sind. Entscheidender Ansatzpunkt des vorliegenden Gutachtens ist die Analyse der wettbewerblichen Steuerungswirkung und die Weiterentwicklung des geltenden Vergütungssystems. Reformen sollen darauf gerichtet sein, die Effizienz der Versorgung zu erhöhen, ohne beispielsweise in den ländlichen Gebieten Einbußen bei der Versorgungsqualität in Kauf nehmen zu müssen. Wir gehen hierbei davon aus, dass entscheidend sein wird, den Wettbewerb zwischen den Apotheken zu erhöhen und diesen patientengesteuert auszuüben.

Aus den Ausführungen zu den Marktzutrittsbedingungen und der Preisregulierung im Apothekenmarkt ist deutlich geworden, welche Einflüsse den Wettbewerb auf dem deutschen Apothekenmarkt behindern. Hinsichtlich einer wettbewerbsökonomischen Wertung der Rabattregulierung des Großhandels ist festzustellen, dass diese keine geeignete Steuerungswirkung entfaltet. Diese Feststellung bleibt auch nach den zum 1. Januar 2011 wirksam gewordenen Änderungen durch das AMNOG ungeschmälert erhalten. Das liegt insbesondere daran, dass durch die Neuregelung große, umsatzstarke Apotheken, die womöglich alle Größenvorteile hinsichtlich ihres Lagers ausnutzen und durch eine effiziente und strategische Geschäftsführung erfolgreich gewirtschaftet haben, gegenüber der bisherigen Regelung besonders verlieren. Der gesundheitspolitische Zweck der Neureglung liegt darin, durch die geringeren Rabattspielräume die anfallenden Renten der GKV zuzuschlagen. Eine solche Umverteilung von den Großhändlern bzw. den Apotheken zu den Krankenversicherungen ist zunächst eine reine Kostendämpfungsmaßnahme. Sie ist erstens nicht nachhaltig, da nur durch geeignete, wettbewerbskonforme Steuerungsmaßnahmen eine Effizienzsteigerung erreicht werden kann. Zweitens ist aufgrund des schwachen Krankenversicherungswettbewerbs eine Weitergabe der Einsparungen an die Patienten bzw. die Versicherten, etwa über geringere Beitragssätze oder Beitragsrückerstattung, nicht zu erwarten.

Die nicht anreizgerechte Finanzierung der Apotheken über satzungsgemäß festgelegte, einheitliche Gebühren ist zu kritisieren. Hierdurch wird der für einen funktionierenden Wettbewerbsprozess so wichtige Zusammenhang aus der Angebotsleistung einerseits und ihrer direkten Vergütung durch den Leistungsempfänger andererseits ausgeschaltet. Für den Umsatz einer Apotheke ist gegenwärtig vor allen Dingen der Apothekenstandort maßgeblich. Zwar können sich Apotheken durch ein qualitativ besonderes Angebot profilieren, ein solches wird jedoch schnell unwirtschaftlich, da die starre Gebührenordnung keine preisliche Differenzierung gegenüber den qualitativ weniger anspruchsvollen Konkurrenzangeboten zulässt. Zudem ist der Kostenaufwand für den einzelnen Leistungsempfänger nicht spürbar, da die Apothekenkosten wie die allermeisten Gesundheitskosten über die öffentlichen Versicherungssysteme sozialisiert werden. Die Zuzahlungen zu Arzneimitteln, die die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherungen heute leisten, muten zwar auf den ersten Blick wie eine Gebühr für den Apothekenbesuch an, erfüllen diese Funktion jedoch nicht, da sie von den Apothekern im vollen Umfang an die Krankenversicherungen durchgereicht werden und dort senkend auf den allgemeinen Beitragssatz zur gesetzlichen Krankenversicherung wirken.

### **3 Analyse einer wettbewerblichen Ausrichtung**

#### **3.1 Wettbewerbsmodelle**

Bei den letzten beiden „großen“ Reformen, dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) und dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKVOrg-WG), ist verstärkt auf die wettbewerbliche Ausrichtung des Gesundheitswesens gesetzt worden. Zu der wirkungsvollen Stärkung des Wettbewerbs auf dem deutschen Apothekenmarkt ist über geeignete Instrumente zu diskutieren. Aus unserer Sicht sind zum einen *Selektivvertragsmodelle* beachtenswert, also ausschließende Verträge, die von den Krankenversicherungen für ihre Versicherten mit ausgewählten Apotheken geschlossen werden. Zum anderen hat die Monopolkommission 2010 ihren Vorschlag konkretisiert, den Wettbewerb zwischen den Apotheken durch eine Reform der Apothekenfinanzierung behutsam zu intensivieren. Die Monopolkommission strebt in ihrem Vorschlag die Einführung einer *Apothekentaxe* an, die die Apothekerleistung abgelten soll und von den Kunden als ein Preis selbst zu tragen ist.

### 3.1.1 Selektivverträge

Die Einführung von Selektivverträgen ist die aus wettbewerbspolitischer Sicht wohl bedeutendste Neuerung der letzten Gesundheitsreformen. Selektivverträge sind zwischen Krankenversicherungen und direkten Leistungsanbietern der ersten Stufe, vornehmlich niedergelassenen Ärzten, vorgesehen. Sie sind als flächendeckender Ansatz auch im Krankenhaussektor diskutiert worden und in der Praxis schon seit längerem vereinzelt möglich. Bei Leistungsanbietern der zweiten Stufe wie Physiotherapeuten, Logopäden oder Ergotherapeuten sind sie bislang jedoch nicht vorgesehen. Auch für die indirekten Leistungserbringer, wie Pharmafirmen, Heil- und Hilfsmittelherstellern sind Selektivverträge prinzipiell ausgeschlossen. Diese Einschätzung gilt auch, wenn über Rabattverträge zwischen Krankenversicherungen und Pharmafirmen eine gewisse Selektion im Generikabereich stattfindet.

Die Möglichkeit, durch sog. Selektivverträge den Apothekenwettbewerb zu stärken, ist jedoch nicht ideal. Insbesondere wäre hierzu ein erheblicher Systembruch erforderlich. Sollen Selektivverträge im Gesundheitswesen vor allen Dingen dazu genutzt werden, das Angebot an Gesundheitsleistungen, und hierzu gehören auch die individuellen Apothekendienstleistungen, stärker an den Präferenzen der Verbraucher zu orientieren, so müssten die gesetzlichen und privaten Krankenversicherer in einem sehr viel ausgeprägteren Maße als heute als Mittler der Interessen ihrer jeweiligen Mitglieder auftreten. Sie würden in einem solchen Modell nur für ihre jeweiligen Mitglieder Selektivverträge mit einer abgegrenzten Gruppe von Leistungserbringern schließen und stünden dann mit diesem zusammengefassten Leistungsangebot und einem differenzierten Tarif im Wettbewerb mit anderen Krankenversicherungen um die Gunst der Patienten. Ziel der Krankenversicherungen ist es also in einem solchen Modell, eine im Wettbewerb günstige Tarifausgestaltung hinsichtlich seines Preises und seiner Qualität zu etablieren. Ziel der Leistungsanbieter, im vorliegenden Fall wären dies die Apotheker, ist es, durch ein qualitativ wie preislich überzeugendes Leistungsangebot über den Abschluss eines Selektivvertrags Zugang zu den Mitgliedern einer oder mehrerer Krankenversicherungen zu erlangen.

Der Systembruch, den ein konsequentes wettbewerbles Selektivvertragssystem erforderte, vollzieht sich wie folgt: Zum einen ist die Abkehr von dem ungeschmälernten Zugang der Versicherten zum Angebot aller Leistungsanbieter vonnöten, denn die Versicherung

muss ihre Versicherten zur Wahrung hinlänglicher Anreize für preis- und qualitätswirksame Selektivverträge daran hindern können, Leistungen auch bei dritten, nicht mit der Versicherung verbundenen Anbietern wahrzunehmen. Dies widerspricht dem in Deutschland immer noch weitestgehend ungebrochenen Prinzip der freien Anbieterwahl durch den Patienten. Zum anderen erfordert die konsequente Umsetzung einer wettbewerbsfördernden selektivvertraglichen Regelung aber auch die Abkehr vom Prinzip des einheitlichen Beitragssatzes in der gesetzlichen Krankenversicherung, zu dem der Gesetzgeber erst im Zuge der Gesundheitsreform 2007 zurückgekehrt war. Insbesondere müsste sichergestellt werden, dass die durch Selektivverträge im Wettbewerb realisierten Einsparungen und Effizienzgewinne nicht über den bestehenden Risikostrukturausgleich auf die Versichertengemeinschaft sozialisiert werden. Schließlich muss zur Umsetzung selektivvertraglicher Mechanismen die konsequente Anwendung des Wettbewerbsrechts auf die Krankenversicherungen sichergestellt sein. Insbesondere meint dies die Abschaffung der Bereichsausnahme des § 69 SGB Fünftes Buch vom allgemeinen Kartell- und Wettbewerbsrecht für die Rechtsbeziehungen der Krankenversicherungen mit den Leistungserbringern im Gesundheitswesen, und hierzu zählen ausdrücklich auch die Apotheker.

Abseits der Tatsache, dass wir den für eine konsequente Umsetzung von Selektivverträgen zur Stärkung des Wettbewerbs auf dem deutschen Apothekenmarkt allein notwendigen Systembruch für unverhältnismäßig groß halten, gibt es speziell im Hinblick auf das Dienstleistungsangebot von Apotheken Zweifel, ob dieses typischerweise gut in einem selektivvertraglichen Kontext aufgehoben ist. Solange alleine Apothekerleistungen betrachtet werden, die vor allen Dingen im Bereich effizienter Logistik und des günstigen Einkaufs liegen, ist eine selektivvertragliche Regelung vermutlich unproblematisch, da hier der Angebotspreis den wesentlichen, leicht zu beobachtenden Wettbewerbsparameter ausmacht. Bei entsprechenden Apothekerleistungen finden Selektivverträge bereits heute Anwendung. Zu denken ist beispielsweise an den Bereich medizinischer Hilfsmittel für chronisch erkrankte Patienten. Diese verfügen über einen in der Regel planbaren, wiederkehrenden Versorgungsbedarf, haben jedoch bezüglich ihrer Hilfsmittel nur einen äußerst geringen, wenn überhaupt, Beratungsbedarf. In dem Maße, in dem der Beratungsbedarf bei der Medikamentenversorgung zunimmt und in dem Maße, in dem zugleich die individuell unterschiedlichen Informationsbedürfnisse der Patienten zunehmen, desto ungünstiger erscheinen selektiv wirksame Verträge in der Gesundheitsversorgung. Denn anders als bei

etwa hochtechnischen Krankenhausleistungen kann der Patient über die individuelle Beratungsleistung seiner Apotheke selbst meist besser als eine Krankenversicherung entscheiden.

### 3.1.2 Apothekentaxe

Der Vorschlag der Monopolkommission geht behutsamer vor, weil er das im deutschen Gesundheitswesen weitreichend verankerte Prinzip der freien Wahl des Leistungsanbieters durch den betroffenen Patienten selbst nicht in Frage stellt. Vielmehr knüpft der Vorschlag zur Einführung einer Apothekentaxe bei der Finanzierung der Apotheker an und soll die auf dem Apothekenmarkt wirkenden Anreizmechanismen im Interesse einer dem Patientenwohl dienenden wettbewerblichen Ordnung verändern. Zur Entfaltung der bestmöglichen Steuerungswirkung durch den Patienten ist der Grundsatz weitestmöglich umzusetzen, dass die jeweilige Einzelleistung der Apotheke durch den Verbraucher selbst zu vergüten ist.

**Tabelle 3: Vergleich der Finanzierungssysteme heute und laut Reformvorschlag**

System:	Zuzahlung (Z) des Versicherten an GKV in EUR	Leistung der GKV an Apotheke (W) in EUR (ohne MwSt., inkl. Zwangsrabatt von 2,05 EUR)	Zahlung des Versicherten an Apotheke in EUR (inkl. MwSt.)
Allgemein	$\max[5, \min[10\% \text{ AVP}, 10]]$	3% AEP+8,10 EUR - 2,05 EUR	-
Beispiele			
AVP < 50 EUR	Z=5 (oder 0, wenn befreit)	6,05-7,55 EUR	
50 < AVP < 100 EUR	Z=10% AVP (oder 0)	7,55-9,05 EUR	
100 < AVP < 131,67 EUR	Z=10 EUR (oder 0)	9,05-10,00 EUR	
AVP > 131,67 EUR	Z=10 EUR (oder 0)	> 10,00 EUR	
Derzeit im Schnitt: AVP=35,54 EUR (erstattete GKV-Arzneimittel inkl. Verbandmittel, Hilfsmittel und MwSt.)	Derzeit im Schnitt: 2,30 EUR	Gesamtvolumen der Apothekenwertschöpfung aus GKV-Mitteln derzeit: 4,18 Mrd. EUR (ohne MwSt.)	
„Apothekertaxe“	entfällt	entfällt	von 0-10 EUR frei wählbar

AVP = Apothekenverkaufspreis, Stand: 1. Januar 2011.

Die von uns zu untersuchende, gegenüber dem Vorschlag der Monopolkommission weiter konkretisierte Politikoption soll im Folgenden näher erläutert werden: Wenn der Patient heute 5 EUR zuzahlt (kostet das Medikament also weniger als 50 EUR), zahlt die GKV seit dem 1. Januar 2011 zusätzlich zu Mehrwertsteuer und Apothekeneinkaufspreis an den Hersteller zwischen 6,05 EUR und  $6,05 \text{ EUR} + 3\% \text{ von } 50 \text{ EUR} = 7,55 \text{ EUR}$  an den Apotheker. Die Zuzahlungshöchstgrenze für Versicherte liegt derzeit wie auch zukünftig bei 10 EUR pro Packung. Die GKV zahlt in diesem Fall derzeit mind.  $6,05 \text{ EUR} + 3\% \text{ von } 100 \text{ EUR} = 9,05 \text{ EUR}$  an den Apotheker. Bei einem Medikament, das 1000 EUR kostet, steigt der Betrag auf  $6,05 \text{ EUR} + 3\% \text{ von } 1000 \text{ EUR} = 36,05 \text{ EUR}$ . Die GKV zahlt also mehr als 10 EUR, sobald das Medikament mehr als 131,67 EUR kostet. Beide Zahlungen, die Zuzahlung des Patienten an die GKV wie auch die Zahlung der GKV an den Apotheker werden durch die Taxe ersetzt, die bei 10 EUR gedeckelt werden soll.

Grundsätzlich verfällt bei diesem Reformvorschlag nicht nur die fixe Zahlung von 6,05 EUR, sondern auch die sogenannte Logistikpauschale von 3 % auf den Apothekeneinkaufspreis (AEP). Bei einer Deckelung der Taxe bei 10 EUR heißt das für den Apotheker, dass er für Medikamente mit einem  $\text{AEP} > 131,67 \text{ EUR}$  weniger bekommt als zuvor. Wir erachten dies jedoch für unkritisch, da gerade die Idee der Taxe ist, die Aufwendungen für Lagerung, Distribution und Beratung zu decken, die nicht notwendigerweise mit dem Preis des Medikaments proportional zusammen hängen sollten. Wie wir unten aufführen, halten wir die Deckelung für die Apotheker nicht für existenzbedrohend, da heute zwei Drittel der Fertigarzneimittel im GKV-Segment Festbetragsmedikamente mit einem vergleichsweise niedrigen Preis sind und der Anteil der Medikamente über 131,67 EUR gering ist. Für unseren Reformvorschlag gelten die folgenden Regeln:

- die maximale Apothekentaxe beträgt 10 EUR (entspricht der heute maximalen Zuzahlung bei Arzneimitteln über 100 EUR),
- die Apotheke kann die Höhe der Apothekentaxe ansonsten frei festlegen,
- Zuzahlungen der Patienten entfallen,
- die fixe Apothekenvergütung durch die GKV, Kassenrabatte und die Logistikpauschale von 3% entfallen ebenfalls,

- die Höhe der Apothekentaxe muss in der Apotheke veröffentlicht werden (Preisauszeichnungspflicht),
- die Taxe darf nicht nach Kunden differenziert werden (gleiche Taxe für zuzahlungsbefreite Versicherte),
- sie darf jedoch regelmäßig geändert werden („Nacht- und Wochenendzuschläge“ sind zulässig),
- sie darf nach Medikamenten differenziert werden (z.B. mit und ohne Festbetrag).

Zunächst bringt unser Reformvorschlag einen Nachteil für Apotheker, die vor allem hochpreisige verordnete Arzneimittel verkaufen. Legen wir jedoch die Zahlen der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) aus 2009 zu Grunde, sehen wir, dass im Schnitt Arzneimittel in 2009 ca. 24 EUR mit Festbetrag (67 % der Packungen) und ca. 75 EUR ohne Festbetrag (33 % der Packungen) gekostet haben. Dieser Schnitt beinhaltet auch die Medikamente der PKV, sollte also vor allem bei den Medikamenten ohne Festbetrag höher sein, als wenn nur GKV-Daten zu Grunde lägen. Die vergleichbare Apothekentaxe müsste bei Arzneimitteln mit Festbetrag im Schnitt 6,77 EUR (inkl. MwSt.) und ohne Festbetrag 8,30 EUR (inkl. MwSt.), im Schnitt also  $\frac{2}{3} * 6,77 \text{ EUR} + \frac{1}{3} * 8,30 \text{ EUR} = 7,28 \text{ EUR}$  (inkl. MwSt.) betragen. Dieser Betrag bildet unseres Erachtens die absolute Höchstgrenze ab, die sich auf dem Markt durchsetzen wird, da wir davon ausgehen, dass der höhere Wettbewerb zu niedrigeren Gewinnen und höherer Effizienz führt als heute.

Dies gilt umso mehr, wenn die Bemessungsgrundlage für die Apothekentaxe wie in unserem Vorschlag um die ca. 100.000 Hilfsmittelpackungen jährlich erweitert wird, die in den Arzneimitteln „im weiteren Sinne“ enthalten sind. Dann können wir über die effektiven Ausgaben für Arzneimittel pro GKV-Mitglied (ohne Zuzahlungen sowie gesetzlichen Hersteller- und Apothekenabschläge) in 2009 von 549,80 EUR für im Schnitt 15,47 verordnete Arzneimittel mit einem Anteil der Apotheke von 14,9 % einen durchschnittlichen Betrag von  $549,8 \text{ EUR} / 15,47 * 14,9 \% = \sim 5,27 \text{ EUR}$  (ohne MwSt.) bzw. 6,27 EUR (inkl. MwSt.) bestimmen, den die GKV heute an die Apotheken für verordnete Arzneimittel, Rezepturen, Verbandsmittel und Hilfsmittel zahlt.

Eine Herausforderung sind die gegenwärtigen Ausnahmeregeln für (a) zuzahlungsbefreite Medikamente und (b) zuzahlungsbefreite Versicherte.



(a): Wir schlagen zum Erhalt der Steuerungswirkung der Zuzahlungsbefreiung auf die Preissetzung der Hersteller vor, dass die GKV ihren Mitgliedern eine festzulegende Prämie (z.B. 5 EUR) nachträglich auf Einsenden der Quittung erstattet, wenn der Patient ein heute zuzahlungsbefreites, besonders günstiges Arzneimittel wählt. Liegt die Apothekertaxe in der gewählten Apotheke darüber, trägt der Patient die Differenz selbst. Liegt sie darunter, kann der Patient die Differenz behalten. So wird gewährleistet, dass die Hersteller für bestimmte Wirkstoffe oder Präparate niedrige Preise festsetzen und trotzdem die Apothekertaxe eine Steuerungswirkung der Nachfrage entfaltet. Würde die GKV die vollständige Taxe direkt übernehmen (der Patient zahlt nichts), dann hätte der Patient keinen Anreiz, eine günstige Apotheke zu wählen. Gewissermaßen würde durch unseren Vorschlag daher die ehemalige Zuzahlungsbefreiung in eine Value-for-Money-Prämie umgewandelt, die an den Patienten ausbezahlt würde und das Präparat attraktiver macht.

(b) Zuzahlungsbefreite Versicherte (immerhin 6,8 Mio. in Deutschland) bleiben weiterhin zuzahlungsbefreit. Sie müssen aus den oben genannten Gründen jedoch zunächst die Taxe in der Apotheke auslegen, die ihnen auf Antrag von der GKV erstattet wird. Eine andere Möglichkeit bestünde darin, dass zuzahlungsbefreite Versicherte den Betrag nicht auslegen müssen, wenn sie einen Nachweis über ihre Befreiung, wie z.B. einen Gutschein der Versicherung, vorlegen. Hier gilt jedoch, dass dies gegen die Anreizidee der Monopolkommission sprechen würde. Während für einen Patienten mit Gutschein der Besuch einer teuren Apotheke vollständig kostenlos wird, hat er durch das Auslegen gewisse Kosten, die aus der Vorleistung des später zu erstattenden Betrages resultieren. Zumindest temporär hat er daher weniger Geld im Portemonnaie und wird sich den Besuch einer sehr teuren Apotheke gut überlegen, wenn es eine erreichbare günstigere Alternative gibt.

### **Folgewirkungen der Apothekentaxe – eine Beispielrechnung**

Zur Verdeutlichung der Konsequenzen der Umstellung der Apothekenvergütung von der bisher aus einer Mischung aus Fixbetrag je abgegebenem Arzneimittel sowie einer preisgebundenen Vergütungskomponente auf die einheitliche Vergütungsform der Apothekentaxe wird das Beispiel zweier fiktiver, weitgehend jedoch durchschnittlicher Apotheken betrachtet. Diese Apotheken sollen sich in der Referenzsituation nur dahingehend unterscheiden, dass die eine einer hohen Wettbewerbsintensität („Innenstadtapotheke“) und die andere einem geringen Wettbewerbsdruck („Landapotheke“) ausgesetzt ist.

Beide Apotheken verfügen vor der Reform über einen identischen, leicht unterdurchschnittlichen Umsatz in Höhe von 1,7 Mio. EUR (inkl. MwSt.) und einer identischen, dem Marktdurchschnitt in etwa entsprechenden Umsatzstruktur. In der Referenzsituation verfügen beide über einen jeweils identischen wertmäßigen und packungsmäßigen Umsatz im Segment der für die Apothekentaxe relevanten GKV-erstattungsfähigen Fertigarzneimittel. Es sei jeweils ein Gesamtumsatz in Höhe von 1,7 Mio. EUR (inkl. MwSt.) unterstellt, von dem 75 % auf den hier kritischen Bereich der GKV-erstattungsfähigen Medikamente entfallen (~1,275 Mio. EUR, inkl. MwSt.).<sup>73</sup>

Der realistische Apothekengewinn beläuft sich laut Richtsatzsammlung der Finanzämter auf 6 % bis 13 %, es sei auch hier für die betrachteten typischen Apotheken ein Apothekergewinn vor der Reform in Höhe von 9 % des Gesamtumsatzes angenommen. Hieraus ergibt sich in der Referenzsituation ein dem durchschnittlichen Reingewinn vor Steuern entsprechender Apothekergewinn in Höhe von 153.000 EUR. Davon entfallen 38.250 EUR auf Marktsegmente, die von der Apothekentaxe nicht betroffen sein werden, also auf Drogerieartikel, das apothekenübliche Ergänzungssortiment und freiverkäufliche Arzneimittel. Durch die Umstellung der Apothekenvergütung sind ceteris paribus keine primären Veränderungen bei den Einnahmen in diesem Marktsegment zu erwarten. Daher werden beide Apotheker über diese 38.250 EUR auch nach der Implementierung unseres Reformvorschlages uneingeschränkt verfügen können. Weiter gehen wir für die Beispielrechnung vereinfachend davon aus, dass sich die relative Verhandlungsposition jedes Apothekers beim Arzneimittleinkauf nicht verändert, er daher vor und nach der Reform Gewinneinnahmen aus Rabatten in unveränderter Höhe zu erwarten hat. Für die Praxis ist hingegen zu erwarten, dass eine Umsatzsteigerung für einen Apotheker tendenziell die Stärkung seiner Verhandlungsposition im Arzneimittleinkauf bedeuten würde und eine Umsatzverringering hingegen eine Schwächung derselben.

Näherungsweise ist nun in der Referenzsituation für die typische Apotheke zu bestimmen, wie hoch der auf ihre Dienstleistungen entfallende GKV-Finanzierungsanteil ist und in welcher Weise sich dieser auf die in der Apotheke ausgegebenen GKV-Arzneimittel umlegt. Gehen wir für die typische Apotheke davon aus, dass die für den Gesamtmarkt gel-

---

<sup>73</sup> Wir betrachten effektive Umsatzzahlen, also Apothekenumsätze, die bereinigt wurden um Zuzahlungen sowie die gesetzlichen Apotheken- und Herstellerabschläge. Hierdurch werden nur die tatsächlich dem Arzneimittel- und Apothekenmarkt zuzurechnenden Zahlungsströme (inkl. MwSt.) abgebildet.

tenden 14,9 % Apothekenanteil am Gesamtumsatz auch auf sie zutreffen,<sup>74</sup> so errechnet sich eine Nettozuwendung (ohne MwSt.) der GKV an jede Apotheke in Höhe von 189.975 EUR. Dieser Betrag entspricht in etwa dem Wertschöpfungsbeitrag der einzelnen Apotheke im Bereich der GKV-Arzneimittel.

Aus den Zahlen der ABDA errechnet sich für das Jahr 2009 eine Gesamtzahl von 792.635.245 GKV-Arzneimitteln.<sup>75</sup> Diese enthalten neben Fertigarzneimittelpackung auch Rezepturen sowie Verband- und Hilfsmittel. Aus den apothekenspezifischen Aufwendungen der GKV in Höhe von 4,18 Mrd. EUR (ohne MwSt.) lässt sich nun eine fiktive, effizienzneutrale durchschnittliche Apothekentaxe in Höhe von 5,27 EUR (ohne MwSt.) je GKV-Arzneimittelpackung errechnen. Würde diese unter den Bedingungen der hier diskutierten Reformvorschläge im Wettbewerb erzielt, so bliebe die Effizienz im System konstant und den Apotheken flösse dieselbe Summe wie vor der Reform zu. Setzt man nun die Summe der Nettozuwendungen der gesetzlichen Krankenversicherung an die Apotheken ins Verhältnis zu der wettbewerbsneutralen Taxe in der Referenzsituation in Höhe von 5,27 EUR (netto, ohne MwSt.), so ergibt sich für beide Apotheken in der Referenzsituation jeweils ein packungsmäßiger Umsatz von 36.048 Packungen im Segment der für die Apothekentaxe relevanten GKV-Arzneimittel, also der Arzneimittel im weiteren Sinne<sup>76</sup>.

Weiterhin lassen sich aus den Angaben der ABDA Informationen über den durchschnittlichen Apothekeneinkaufspreis in dem relevanten Marktsegment gewinnen.<sup>77</sup> Diese sind wichtig zur Errechnung der erwarteten Umsatz- und Gewinnveränderungen aus der vorgeschlagenen Reform. Laut ABDA wurden 2009 durchschnittlich 549,80 EUR je GKV-Mitglied für Arzneimittel aufgewendet. Bei einer durchschnittlichen Zahl von 15,47 Fertigarzneimitteln je Mitglied errechnet sich ein durchschnittlicher effektiver Apothekenverkaufspreis für GKV-Arzneimittelpackungen in Höhe von 35,54 EUR (inkl. MwSt., ohne Zuzahlungen, Hersteller- und Apothekenabgaben). Mehrwertsteuerbereinigt sind dies 29,87 EUR. Werden von diesem Betrag nun 5,27 EUR (durchschnittlicher Netto-Wertschöpfungsbeitrag der Apotheken je Packung) abgezogen, lässt sich ein Betrag von 24,60 EUR als durchschnittlicher Apothekeneinkaufspreis für GKV-Arzneimittel (inkl.

---

<sup>74</sup> Vgl. ABDA (2010), S. 14.

<sup>75</sup> Vgl. ABDA (2010), S. 25. Zulasten der GKV wurden demnach 15,47 Arzneimittel je GKV-Mitglied verordnet. Laut Destatis verzeichnete die GKV 2009 insgesamt 51.236.926 GKV-Mitglieder.

<sup>76</sup> Diese umfassen Fertigarzneimittel, Rezepturen, Verbandmittel und Hilfsmittel.

<sup>77</sup> Vgl. ABDA (2010), insb. S. 27.

Rezepturen, Verband- und Hilfsmittel) in der Referenzsituation ermitteln. Da angenommen wird, dass sich die relative Verhandlungsposition der einzelnen Apotheke im Einkauf durch Umsetzung der vorgeschlagenen Reformoption nicht verändert, wird dieser AEP als Berechnungsgrundlage seine Gültigkeit behalten.

Nach Einführung der Apothekentaxe sei nun angenommen, dass die weniger Wettbewerb ausgesetzte Apotheke („Landapotheker“) ihre (Netto-)Apothekentaxe gegenüber der fiktiven, effizienzneutralen Taxe der Referenzsituation um 10 % auf nun 5,80 EUR (ohne MwSt.) steigern kann. Mit Mehrwertsteuer beträgt ihr durchschnittlicher Preis für die Apothekendienstleistung daher 6,90 EUR. Der gestiegene Preis verursacht allerdings auch eine gewisse Nachfrageabwanderung, es sei daher angenommen, dass die weniger Wettbewerb ausgesetzte Apotheke künftig auf 3 % ihres Packungsumsatzes in der Referenzsituation verzichten muss, also nur noch 34.967 Packungen verkaufen kann. Für die einem stärkerem Wettbewerbsdruck ausgesetzte Apotheke („Innenstadtapotheker“) gehe die Entwicklung durch Umstellung der Apothekenfinanzierung auf eine Apothekentaxe in die entgegengesetzte Richtung. Dies ist auch insofern plausibel, als die Nachfrageverluste der weniger Wettbewerb ausgesetzten Apotheke durch Apotheken in anderen Regionen aufgefangen werden müssen, da die Gesamtnachfrage nach GKV-erstattungsfähigen Fertigarzneimitteln prinzipiell preisunelastisch reagiert und lediglich die Kaufentscheidung der Versicherten in der einen oder der anderen Apotheke mit dem jeweiligen Preis und der Zahlungsbereitschaft für Apothekendienstleistungen im Zusammenhang steht. Es ergibt sich für die einem höheren Wettbewerbsdruck ausgesetzte Apotheke eine Apothekentaxe in Höhe von 5,64 EUR (inkl. MwSt., ohne MwSt.: 4,74 EUR). Bei einem Nachfragezugewinn von 3 % gegenüber der Referenzsituation werden 37.129 Arzneimittelpackungen verkauft.

Es lassen sich schließlich als Mikro-Effekte aus der Einführung einer wettbewerblichen Apothekentaxe auf zwei beispielhaft gewählte durchschnittliche Apotheken in unterschiedlichen Wettbewerbssituationen herleiten: In der Region mit niedrigerem Wettbewerbsdruck („Landapotheker“) verkauft die Apotheke – wenn sie ihre Nettotaxe um 10 % gegenüber der Referenzsituation anheben kann und hierfür Umsatzeinbußen im relevanten Marktsegment von 3 % in Kauf nehmen muss – zu einem neuen durchschnittlichen effektiven Bruttopreis (inkl. MwSt, ohne Zuzahlungen, Hersteller- und Apothekenabgaben) von 36,18 EUR (+ 1,8 %) insgesamt 34.967 Packungen (- 3,0 %) und erwirtschaftet damit einen Um-

satz im relevanten Marktsegment von 1.265.106,60 EUR (- 0,8 %). Hierin enthalten ist eine Nettotaxensumme in Höhe von nun 202.808,60 EUR (+ 6,8 %). Der Reingewinn vor Steuern steigt im relevanten Marktsegment um 12.730,74 EUR (+ 11,1 %) und bleibt in dem übrigen Marktsegment unverändert. Insgesamt erzielt die Apotheke daher nach der Reform einen Reingewinn vor Steuern in Höhe von 165.730,74 EUR (+ 8,3 %) und erzielt eine Umsatzrendite vor Steuern von 9,8 %. In der Region mit höherem Wettbewerbsdruck („Innenstadtapotheke“) muss die Apotheke im Vergleich zur Referenzsituation ihre Nettopharmakontaxe um 10 % absenken und kann hierdurch annahmegemäß einen Nachfragezu- gewinn im relevanten Marktsegment um 3 % realisieren. Sie erzielt in der Folge einen durchschnittlichen effektiven Bruttopreis (inkl. MwSt, ohne Zuzahlungen, Hersteller- und Apothekenabgaben) von 34,91 EUR (- 1,8 %) und verkauft 37.129 Packungen (+ 3,0 %). Dies führt zu einem Umsatz im relevanten Marktsegment von nun 1.296.173,39 EUR (+ 1,7 %), in dem eine Nettotaxensumme in Höhe von nun 175.991,46 EUR (- 7,4 %) ent- halten ist. Der Reingewinn vor Steuern sinkt für die Beispielpotheker in der Region mit höherem Wettbewerbsdruck dann um 13.873,36 EUR (minus 12,1 % im relevanten Markt- segment) auf insgesamt 139.126,64 EUR vor Steuern (minus 9,1 %). Die Umsatzrendite vor Steuern beträgt nun 8,1 %.

Die vorgenommene Mikroanalyse dient vornehmlich zur Verdeutlichung der möglichen finanziellen Bedeutungen einer Reform der Apothekenfinanzierung im vorgeschlagenen Rahmen für die einzelne Apotheke. Die sich aus der Reform ergebenden Möglichkeiten, (insbesondere gesamtwirtschaftlich wirksame) Effizienzen zu heben, bleiben bei der hier vorgenommenen Einzelbetrachtung weitgehend unberücksichtigt. Apotheker haben im Wettbewerb nun nach Anpassung ihres Preissetzungsverhaltens an die unterschiedlichen Wettbewerbsbedingungen noch weitere Möglichkeiten, ihre Unternehmenspolitiken effi- zienzsteigernd anzupassen. Möglichkeiten bestehen hierzu insbesondere in einer Anpas- sung der Sortimentsgestaltung, im Einkauf und der Vermarktung sowie im Bereich der Personalpolitik.

### **3.2 Daten, Methoden und Szenarien**

Im Folgenden werden nun auf Kreisebene weitere empirische Analysen durchgeführt um die obigen Beobachtungen bezüglich der Korrelation zwischen Apothekendichte und Ein- wohnerdichte durch multivariate Verfahren zu erklären. Außerdem sollen die Kostener-

sparsame, vor allem im Bereich des Personals, die der höhere Wettbewerb durch die Apothekentaxe ermöglicht, berechnet werden.

### **3.2.1 Kernfragen und Vorgehensweise**

*Welche Kosten können bei einer Schließung eingespart werden?*

Da der Umsatz für Arzneimittel in Deutschland unabhängig ist von der Zahl und der Effizienz der Apotheken, können bei einer Schließung die zur Befriedigung der Nachfrage aufgewandten 70%-75% der Umsätze, die auf den Umschlag von Arzneimitteln entfallen, nicht gespart werden. Diese werden lediglich auf die anderen Apotheken umverteilt. Jedoch können Fixkosten für Labor und Rezeptur, Mietkosten für die Räumlichkeiten und Personalkosten in Höhe von insgesamt ca. 20% der Umsätze der schließenden Apotheke eingespart werden. In Abschnitt 3.3. berechnen wir die Gesamtkostenersparnis für verschiedene Szenarien, die wir dort näher erläutern. Außerdem schließen wir aus den Berechnungen auf die Umverteilungswirkungen der Reform.

*Welche Faktoren erklären die Apothekendichte?*

Im ersten Schritt (Abschnitt 3.2.3) erklären zunächst wir die Faktoren für die Apothekendichte gemessen als Einwohner pro Apotheke, die sich stark über die Kreise in Deutschland unterscheidet. Bedienen städtische oder ländliche Apotheken mehr Einwohner? Hat die Zahl der Ärzte einen signifikanten Einfluss auf die Apothekendichte? Konkret untersuchen wir also die Hypothesen, 1) dass in städtischen Ballungsräumen die Apothekendichte größer ist, dass also weniger Einwohner durch eine Apotheke bedient werden als auf dem Land, auch wenn man für andere Einflussfaktoren wie das BIP pro Einwohner oder die Zahl der Ärzte kontrolliert und 2) dass die Nachfrage nach Apothekenleistungen durch die Verschreibungspraxis der Ärzte in Abhängigkeit vom Alter und damit dem Gesundheitszustand der Bevölkerung induziert wird.

*Was bestimmt die Schließungswahrscheinlichkeit einer Apotheke?*

Wir untersuchen dann in einem zweiten Schritt (Abschnitt 3.2.4), welche Apotheken in den Jahren zwischen 2000 und 2008 geschlossen wurden und ermitteln Kriterien, die diese einen und von den übrigen, nicht-geschlossenen Apotheken unterscheiden (demographi-

sche und sozioökonomische Faktoren der umliegenden Bewohner, Zahl der Wettbewerber im Kreis bzw. Apothekendichte, Standort).

*Wie bestimmt sich die Gesamtkostenersparnis und was sind die Umverteilungseffekte der Reform?*

Im dritten Schritt (Abschnitt 3.3) simulieren wir auf Basis der Vergangenheitsdaten die Effekte der Reformvorschläge auf die Reduktion der Ausgaben für Beschäftigte, Immobilien und Ausstattung. Wir berechnen die Ersparnis aus der Reduktion der Beschäftigten pro durch die Reform zusätzlich induzierte Schließung und insgesamt für die oben genannten Jahre. Die Annahme, dass heute gefährdete Apotheken den gefährdeten Apotheken der Zukunft ähnlich sind, ist eine vereinfachende Annahme, die die empirische Analyse ermöglicht. Uns ist dabei klar, dass durch die Reform die heute prosperierende Innenstadtapotheke, die jedoch mit mehreren anderen Apotheken in der nächsten Umgebung konkurriert, zu einer gefährdeten Apotheke werden kann, während vormals gefährdete Landapotheken durch die ihnen über die Reform eröffneten neuen Preissetzungsspielräume ihre Stellung stabilisieren und sogar verbessern könnten.

Im Gegensatz zu der Alternative einer weitreichenden Durchsetzung von selektiven Verträgen im Gesundheitswesen ist unser Regelungsvorschlag jedoch sanfter und mit einer deutlich geringeren Eingriffstiefe verbunden. Wir gehen daher vorsichtig davon aus, dass er nicht in vergleichbarem Maße zu strukturellen Verwerfungen führen wird. Für die vorsichtige Abschätzung der finanziellen Effekte ist es daher angemessen, die bereits heute gefährdeten Apotheken als ein pragmatisches Maß für die zu erwartenden Rationalisierungsmöglichkeiten zu nehmen. Das heißt im konkreten Einzelfall natürlich nicht, dass genau diese Apotheke und nicht eine andere Apotheke betroffen ist. Dies liegt insbesondere daran, dass wir nicht für jede einzelne Apotheke das unternehmerische Potential abschätzen können, das bislang ungenutzt ist und sich erst durch die Reform entfalten wird. Dieses unternehmerische Potential ist neben exogenen Nachfragefaktoren und der unmittelbaren Wettbewerbssituation jeder Apotheke vor allen Dingen auch von der Persönlichkeit des jeweiligen Apothekers und den in der Apotheke Beschäftigten abhängig.

### **3.2.2 Daten**

Die Analysen zur Personalkostenersparnis basieren auf administrativen Daten, die vom Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) der Bundesagentur für Arbeit zur Verfügung gestellt werden. Das Betriebs-Historik-Panel umfasst eine 50 %-Zufalls-Stichprobe aller ca. 21.000 Apotheken in Deutschland, die zum 30. Juni eines Jahres mindestens einen sozialversicherungspflichtigen oder geringfügig Beschäftigten aufwiesen. Wir betrachten die Jahre 1999 bis 2008, wobei die niedrigste regionale Gliederung die Kreisebene ist.

Diese Daten ergänzen wir um weitere regionale Informationen auf Kreisebene aus der IN-KAR-Datenbasis (BIP pro Einwohner, Zahl der Ärzte), vom Statistischen Bundesamt (Einwohnerzahlen) und aus dem Bundesapothekenregister. Letzteres benutzen wir, um Wettbewerbsindikatoren auf Postleitzahlebene und die regionale Apothekendichte zu bestimmen, da das Register die Adressen aller deutschen Apotheken enthält. Tabelle 4 führt die wichtigsten Größen übersichtlich auf.



**Tabelle 4: Deskriptive Statistiken der finalen Stichprobe auf Kreisebene nach Schließung über die Jahre 1999-2007 bzw. 1999-2008**

Kreis- und Apothekeninfos	Nicht geschlossen (1999-2008)		Geschlossen (1999-2007)	
	Mittelwert	Standardabweichung	Mittelwert	Standardabweichung
Kreisinformationen (gewichtet)				
BIP/Einw.	27	11	28	12
Einw/km <sup>2</sup>	883	1.050	1.026	1.118
Baulandpreis	175	167	190	172
Ärzte	163	55	165	56
>150 Einw/km <sup>2</sup>	0.23	0.42	0.19	0.39
Westdeutschland	0.82	0.38	0.82	0.38
Ländlichkeit (0-100)	19	25	14	21
Fläche in km <sup>2</sup>	854	620	790	609
Altenquote	0.19	0.02	0.18	0.02
=1 wenn kreisfreie Stadt	0.28	0.45	0.33	0.47
Apothekeninformationen				
Anzahl Gesamtbeschäftigter	9	6	7	4
durchschnittl. Brutto-Tagesgehalt pro VZ <sup>1</sup>	64	18	63	19
durchschnittl. Brutto-Jahresgehalt pro VZ <sup>1</sup>	23.393		23.175	
25%-Quartil Brutto-Tagesgehalt aggregiert <sup>2</sup>	342	307	288	239
50%-Quartil Brutto-Tagesgehalt aggregiert <sup>2</sup>	411	366	345	278
75%-Quartil Brutto-Tagesgehalt aggregiert <sup>2</sup>	496	473	416	334
<b>durchschnittl. Brutto-Jahresgehalt der Angestellten aggregiert<sup>2</sup></b>	<b>151.802</b>		<b>127.639</b>	
Beobachtungen	78.742		15.509	
Apothekendichte=Einw/Apotheke <sup>3</sup>	3.673	624	3.656	588
Beobachtungen	24.613		984	

1 pro Vollzeitbeschäftigter

2 über alle Beschäftigten aggregiert nach Ausbildungsniveau (hoch-, mittel-, niedrig-, unqualifiziert), wobei nicht VZ-Beschäftigte mit 50% eingerechnet werden.

3 nur 2006-2007 (Geschlossen) bzw. 2006-2008 (Nicht-geschlossen)

Eine Apotheke gilt als geschlossen, wenn sie in 2008 oder vorher nicht mehr berichtet. Eine andere Ursache hierfür als die Schließung könnte sein, dass der Inhaber oder die Rechtsform gewechselt haben oder Teile des Unternehmens ausgegliedert wurden. Letzteres ist bei Apotheken jedoch nicht relevant. Obwohl *Hethey und Schmieder (2010)* zeigen, dass bei der Verwendung dieser Methode lediglich 35 bis 40 % aller neu auftretenden bzw. ausscheidenden Betriebsnummern mit mehr als 3 Beschäftigten tatsächliche Gründungen bzw. Schließungen darstellen, gilt für kleinere Betriebe, dass der Anteil der tatsächlichen Schließungen wesentlich höher ist. Apotheken sind sehr kleine Betriebe mit durchschnittlich 3,8 Vollzeitbeschäftigten und 8,7 Beschäftigten insgesamt. Jedoch zeigt Tabelle 4 bereits, dass die Charakteristika von Apotheken, die schließen, von denen der durchschnittlichen Apotheke abweichen und z.B. nur 7,4 Personen beschäftigt. Insbesondere die aggregierten Personalkosten (fett gedruckt), die gespart werden können, sind geringer als in der Durchschnittsapotheke.

Schauen wir uns die gleichen Informationen für die Apotheken an, die wirklich final schließen und nicht mit Übernahmen vermischt sind, ergibt sich ein ähnliches Bild.<sup>78</sup> Im Gegensatz zu den nicht-final geschlossenen Apotheken (8,3 Beschäftigte) werden dort nur 6,3 Mitarbeiter insgesamt (inkl. Teilzeit) beschäftigt. Da uns diese speziellen Informationen des IAB nur für die Jahre 1999-2003 zur Verfügung stehen sind insbesondere die Personalkosten in allen Kategorien niedriger (s. Anhang). Wir verwenden wegen der weiter zurück liegenden Informationen diese Kosten nicht für die Ermittlung des Einsparpotenzials. Jedoch vergleichen wir in der empirischen Analyse die Einflussfaktoren auf die Schließungswahrscheinlichkeit (Abschnitt 3.2.4) bei allen geschlossenen Apotheken mit denen der final schließenden Apotheken über die Jahre 1999-2003.

Des Weiteren verwenden wir hier und in Kapitel 2 Informationen der ABDA über die Arzneimittelpreise, Umsatzverteilung auf Arzneimittelgruppen, Wertschöpfungsanteil der Apotheken an Arzneimittelkosten, Kosten pro GKV-Versicherten etc. In persönlichen Gesprächen mit Apothekern, einem Versandhandelsverband und einem Großhandelszusammenschluss haben wir Bestätigungen erhalten über die Umsatzverteilung auf Kostenarten wie Personal, Ausstattung und Miete, Gewinnmargen und mögliche Ineffizienzen im täg-

---

<sup>78</sup> Vgl. Anhang 2.

chen Betrieb. Diese Informationen gehen in die Berechnungen der Gesamtkostenersparnis im letzten Teil ein.

### **3.2.3 Welche Faktoren erklären die Apothekendichte auf Kreisebene?**

Auf Kreisebene können wir auch die Apothekendichte für die Jahre 2006-2008, gemessen als Einwohner pro Apotheke, durch demografische und regionale Faktoren erklären. Wenn die Apothekendichte sinkt, bedeutet das, dass mehr Einwohner durch eine Apotheke bedient werden, es also weniger Apotheken pro Einwohner gibt, der Wettbewerb unter den Apotheken also sinkt. Wir schätzen zwei Modelle: ein einfaches lineares Modell für das Jahr 2008 und ein Panel-Modell mit fixen Effekten über die Jahre 2006-2008 für die uns die Apothekendichte vorliegen.<sup>79</sup> Da es Kollinearitäten zwischen den erklärenden Variablen gibt, testen wir, ob sich die Ergebnisse qualitativ ändern, wenn wir die eine oder andere Variable auslassen. Betrachten wir nur das Jahr 2008, führt das Weglassen der Zahl der Ärzte dazu, dass sowohl das BIP pro Einwohner als auch die Einwohnerdichte negativ, wichtiger in ihrer Größe und stark signifikant werden. Da jedoch in der einfachen linearen Regression auch das Problem der Heteroskedastizität durch eine robuste Schätzung nicht vollständig behoben werden kann und wir nicht für die unbeobachtbare Heterogenität der Kreise kontrollieren können, ziehen wir das Fixe-Effekte-Modell vor. Die wichtigen Größen Ärzte, Einwohnerdichte und BIP pro Einwohner beeinflussen sich gegenseitig in der multivariaten Regression mit fixen Effekten nicht. Der Nachteil dieses Modells besteht darin, dass wir zeit-konstante Größen nicht aufnehmen können (Westdeutschland, städtisch-ländlich, Bundeslanddummies).

---

<sup>79</sup> Im Fixe-Effekte-Modell wird die Variation der Variablen innerhalb eines Kreises verwendet, um kausale Effekte zu identifizieren. Dadurch werden die zu Grunde liegenden Unterschiede der Kreise untereinander, die wir nicht beobachten können, aus dem Störterm heraus gerechnet. Dieser ist dann wie gewünscht rein zufällig.

**Tabelle 5: Einflussfaktoren auf kreisspezifische Apothekendichte**

Log(Apothekendichte)	OLS, 2008		Fixe Effekte, 2006-2008	
	Koeffizient	s.d.	Koeffizient	s.d.
Log(Ärzte)	-0.26	0.05***	<b>0.02</b>	0.03
Log(BIP/Einw.)	-0.07	0.04	<b>0.02</b>	0.03
Log(Einw/km <sup>2</sup> )	-0.01	0.02	<b>-0.19</b>	0.06***
Altenquote	-2.45	0.36***	<b>-1.53</b>	0.39***
Ländlich: <150 Einw/km <sup>2</sup>	-0.05	0.02**		
Log(Baulandpreis)	0.02	0.02	<b>0.01</b>	0.01**
Westdeutschland	-0.09	0.06		
Log(Zahl Apo pro PLZ)	-0.12	0.03***	<b>-0.47</b>	0.03***
Bundeslanddummies	Ja		<b>nein</b>	
Jahr=2006			<b>0.00</b>	0.00
Jahr=2007			<b>0.00</b>	0.00
Konstante	10.62	0.21***	<b>10.18</b>	0.43***
Zahl der Beobachtungen	379		1143	

Quelle: Eigene Berechnungen; Datenquellen: Bundesapothekenregister, INKAR, Statistisches Bundesamt, auf Kreisebene. \* p<.1; \*\* p<.05; \*\*\* p<.01.<sup>80</sup>

Die logarithmierten Variablen werden als Elastizitäten interpretiert. Das bedeutet, dass eine ein-prozentige Steigerung der Zahl der Ärzte im ersten Modell eine Senkung der Apothekendichte um 26 % bedeutet. Die beiden Regressionen zeigen, dass der Anteil der über 65jährigen an allen Einwohnern des Kreises die höchste Bedeutung für die Erklärung der Dichte hat. Diese Quote liegt bei rund 20 % über die Kreise. Steigt sie um einen ganzen Prozentpunkt, sinkt die Apothekendichte im präferierten zweiten Modell um 153 %. Dieser Wert erscheint sehr hoch, jedoch ist eine Steigerung der Altenquote um einen ganzen Prozentpunkt sehr unwahrscheinlich, da sie in den betreffenden 3 Jahren lediglich von 20,3 % auf 20,6 % gestiegen ist. Passend zu unseren Ausführungen im zweiten Teil zeigt sich, dass die Apothekendichte in dicht besiedelten Regionen (gemessen als Einwohner/km<sup>2</sup>)

<sup>80</sup> Wobei der p-Wert die Wahrscheinlichkeit anzeigt, dass dieses Ergebnis unter der Nullhypothese eintritt. Je niedriger dieser Wert, desto eher kann die Nullhypothese, dass der betreffende Koeffizient keinen Erklärungsgehalt hat, abgelehnt werden. Die Koeffizienten können in der Probit-Regression nicht wie in der linearen Regression als Elastizitäten oder lineare Effekte interpretiert werden. Lediglich das Vorzeichen, also die Richtung des Effekts auf die Schließungswahrscheinlichkeit, wird hier interpretiert.

höher (weniger Einwohner pro Apotheke) ist als in mehr ländlichen Regionen. Das bedeutet, dass es – selbst wenn wir für das Einkommen der Einwohner und die Zahl der Ärzte kontrollieren – für Apotheken interessant ist, sich in Ballungsräumen anzusiedeln. Ein weiterer wichtiger Faktor ist die Zahl der anderen Apotheken im selben Postleitzahlenbezirk. Steigt diese Zahl um 1 %, sinkt die Zahl der Einwohner pro Apotheke um 47 %. Entfernen wir diesen Regressor aus Endogenitätsgründen (umgekehrte Kausalität) aus der Regressionsgleichung ergibt sich folgendes Bild:

**Tabelle 6: Einflussfaktoren auf kreisspezifische Apothekendichte (ohne Parameter für Wettbewerb: Zahl der Apotheken im Postleitzahlenbezirk)**

Log(Apothekendichte)	OLS, 2008		Fixed Effects, 2006-2008	
	Koeffizient	s.d.	Koeffizient	s.d.
Log(Ärzte)	-0.36	0.05***	0.01	0.04
Log(BIP/Einw.)	-0.08	0.04**	-0.04	0.09
Log(Einw/km <sup>2</sup> )	-0.02	0.02	-0.14	0.08*
Altenquote	-2.59	0.37***	-2.15	0.50***
<150 Einw/km <sup>2</sup>	-0.04	0.02		
Log(Baulandpreis)	0.02	0.02	0.00	0.01
Westdeutschland	-0.06	0.05		
Bundeslanddummies	ja		nein	
jahr=2006			0.00	0.00
jahr=2007			0.00	0.00
Konstante	10.94	0.18***	9.54	0.55***
Zahl der Beobachtungen	379		1,143	

Quelle: Eigene Berechnungen. Datenquellen: Bundesapothekenregister, INKAR, Statistisches Bundesamt, auf Kreisebene. \* p<.1; \*\* p<.05; \*\*\* p<.01

In der linearen Regression ergeben sich kaum Änderungen, wohingegen im Modell mit fixen Effekten der Preis für Bauland keinen und die Einwohnerdichte lediglich einen schwach signifikanten Erklärungsgehalt haben. Die Richtung der Einflüsse bleibt jedoch erhalten.

### 3.2.4 Was bestimmt die Schließungswahrscheinlichkeit einer Apotheke?

Im Gegensatz zur Schätzung auf Kreisebene verwenden wir nun zusätzlich apothekenspezifische Eigenschaften, um die Wahrscheinlichkeit der Schließung einer Apotheke zu erklären. Wir schätzen heteroskedastierobuste Probit-Modelle mit Bundesland- und Zeitdummies, um für unbeobachtbare Effekte der Bundesländer oder gemeinsame Entwicklungen über die Zeit, wie Reformen, die alle Apotheken betreffen, herauszurechnen. Die Koeffizienten dieser Probit-Regression zeigen, welche Faktoren einen positiven oder negativen Einfluss auf die Schließungswahrscheinlichkeit einer Apotheke haben. Sie können hier nur qualitativ, d.h. in ihrer Richtung, bewertet werden. Bei den demografischen Faktoren auf Kreisebene spielen vor allem der Anteil der über-65jährigen und der Baulandpreis eine positive Rolle für die Wahrscheinlichkeit der Schließung. Ersteres ist überraschend, da sich bei der Erklärung der Apothekendichte für die Jahre 2006-2008 ergeben hat, dass eine höhere Altenquote zu weniger Einwohnern pro Apotheke, also zu mehr Wettbewerb um die lukrativen Kunden, führt. Im Vergleich zu dem kürzeren Zeitraum und den final geschlossenen Apotheken (s. unten) zeigt sich jedoch, dass dieses Ergebnis hier nicht robust ist sondern vielmehr apothekenspezifische Faktoren des Personals eine Rolle spielen (zweiter Teil der Tabelle). So erhöhen der Anteil der älteren Beschäftigten und ein hohes Durchschnittseinkommen der Beschäftigten die Schließungswahrscheinlichkeit, während sie durch eine große Zahl Beschäftigter (unabhängig ob insgesamt oder nach Haupterwerbsprinzip) sowie ein höherer Anteil geringfügig Beschäftigter oder jüngerer Beschäftigter die Schließungswahrscheinlichkeit senken. Die Koeffizienten der Jahresdummies sind im Vergleich zu 1999 bis auf das Jahr 2000 alle signifikant negativ. Das bedeutet, dass die Schließungswahrscheinlichkeit über die Zeit jährlich signifikant sinkt.

**Tabelle 7: Einflussfaktoren auf Schließungswahrscheinlichkeit einer Apotheke bei allen geschlossenen Apotheken (1999-2008), Lineares Modell und Probit-Regression**

Geschlossen	OLS, 1999-2008		Probit, 1999-2007	
	Koeffizient	s.d.	Koeffizient	s.d.
Log(Ärzte)	0.00	0.01	0.03	0.04
Log(BIP/Einw.)	0.00	0.01	-0.03	0.03
Log(Einw/km <sup>2</sup> )	0.00	0.00	0.03	0.02
Altenquote	0.46	0.08***	1.72	0.39***
Ländlich: <150 Einw/km <sup>2</sup>	0.00	0.00	-0.01	0.02
Log(Baulandpreis)	0.02	0.00***	0.06	0.02***
Westdeutschland	-0.01	0.01	-0.03	0.04
kreisfreie Stadt=1	0.01	0.01	0.01	0.03
log(Zahl Apotheken im Kreis)	0.00	0.00	-0.01	0.01
log(durchschn. Eink. der Beschäftigten)	0.01	0.00	0.06	0.02***
log(Zahl der Gesamtbeschäftigten)	-0.02	0.01	-0.12	0.05**
log(Zahl der Beschäftigten nach Haupterwerbsprinzip)	-0.05	0.01***	-0.16	0.05***
Vollzeitbeschäftigtenquote	0.01	0.01	-0.01	0.03
Anteil der geringfügig Beschäftigten	-0.08	0.01***	-0.35	0.04***
Anteil der über-55jährigen Beschäftigten	0.26	0.01***	1.04	0.05***
Anteil der unter-25jährigen Beschäftigten	-0.10	0.01***	-0.42	0.04***
Bundeslanddummies	Ja		Ja	
Jahresdummies	Signifikant negativ im Vergleich zu 1999			
Konstante	0.20	0.05***	-0.93	0.21***
Zahl der Beobachtungen	94,066		85,212	

Quelle: Eigene Berechnungen; Datenquellen: Betriebshistorik-Panel, Bundesapothekenregister, INKAR, Statistisches Bundesamt, auf Apothekenebene (50 %-Zufallsstichprobe). \* p<.1; \*\* p<.05; \*\*\* p<.01

Im Vergleich aller geschlossenen Apotheken mit denen der final schließenden Apotheken<sup>81</sup> über die Jahre 1999-2003 ergibt sich qualitativ ein ähnliches Bild, insbesondere die Tatsache, dass die Ländlichkeit und die höhere Zahl der Beschäftigten die Wahrscheinlichkeit einer Schließung senkt, sieht man auch hier. Jedoch ist die Messung in der kleineren Stichprobe wegen der kleineren Zahl an Schließungen ungenauer und damit weniger ro-

<sup>81</sup> Vgl. Anhang 3.

bust. Darum beschränken wir uns auf die Analyse aller geschlossenen Apotheken über den längeren Zeitraum bis 2008.

Es ist außerdem in Anhang 3 erkennbar, dass Multikollinearität wiederum keine große Rolle spielt und wir darum die Zahl der Ärzte in unserer finalen Schätzung mit allen geschlossenen Apotheken aufnehmen. Unterschiede zu der größeren Stichprobe ergeben sich in den regionalspezifischen Faktoren. Bis 2003 waren eine hohe Bevölkerungsdichte (Urbanität) und der Standort in Westdeutschland Faktoren, die eine Schließung wahrscheinlicher gemacht haben. In der Stichprobe von 1999-2008, die alle geschlossenen Apotheken umfasst, sind das hingegen der Anteil der über 65jährigen und der Preis für Bauland. Dies erhärtet unser Ergebnis, dass die regionalen Faktoren für den Standort einer Apotheke eine große Rolle, für den Erfolg einer Apotheke aber nur eine kleinere Rolle spielen als die Ausstattung mit Personal.

### **3.3 Gesamteffekte des Reformvorschlags: Kostenersparnis und Umverteilung**

Mithilfe der oben gewonnenen Erkenntnisse können wir nun die Effekte der Reformvorschläge simulieren. Bei der Beurteilung muss beachtet werden, dass wir lediglich eine Partialanalyse vornehmen. Nur unter der Annahme, dass im Gesamtsystem keine weiteren, nicht betrachteten Änderungen auftreten (Ceteris-Paribus-Annahme), sind die Ergebnisse unserer Analyse zugleich auch realistische Gesamteffekte. Da wir vergangenheitsbezogene Daten verwenden wollen, können wir daher auch noch nicht diejenigen Änderungen in unsere Betrachtung aufnehmen, die sich beispielsweise aus den neuen Rabattregelungen des AMNOG ab Januar 2011 ergeben. Außerdem nehmen wir an, dass die Charakteristika einer gefährdeten Apotheke über die Zeit nach 2008 gleich bleiben und geblieben sind, unabhängig von nachfolgenden Politikmaßnahmen. Wir erwarten eine höhere Schließungswahrscheinlichkeit bei bereits heute vergleichsweise ineffizienten, nicht ausgelasteten Apotheken, die einem hohen Wettbewerbsdruck ausgesetzt sind. Die auf diese heute entfallende Nachfrage verteilt sich dann auf die umliegenden Apotheken, die dadurch besser ausgelastet werden und über Skaleneffekte eventuell die höhere Nachfrage auch ohne Neueinstellungen kompensieren können (Szenarien 2 und 3). Zur Ausstattung der Apotheken nehmen wir an, dass die Ausgaben für alle Apotheken gleich sind, da ihr Umfang reguliert ist, und veranschlagen sie bei einer Amortisationsdauer von 5 Jahren mit 10.000 EUR pro Jahr und Apotheke. Die (kalkulatorischen) Mietkosten für die Geschäfts-



räume mit einer Größe von mindestens 110 qm veranschlagen wir mit 24.000 EUR pro Jahr. Von Kapitalkosten wird abstrahiert.

Weiter entfallen die Gewinnmargen der schließenden Apotheken, die bei erfolgreichen Apotheken bis zu 13% des Umsatzes (vor Steuern) ausmachen können und 2008 im Schnitt bei 9% lagen (s. Erläuterungen in Abschnitt 2.3). Die konkreten Unternehmergewinne sind uns unbekannt und können daher nur als Durchschnittswerte hinzugezogen werden. Wir schätzen diese niedrig ein, da ineffiziente Apotheken mit niedrigen Margen zuvorderst schließen. Unsere Annahme ist, dass eine Apotheke geschlossen wird, wenn der Unternehmergewinn vor Steuern weniger als 50.000 EUR beträgt, da ein Apotheker dann als angestellter Apotheker eine mindestens vergleichbar lukrativere Alternativbeschäftigung finden kann. Die Ersparnis kommt dabei vor allem den gesetzlichen Krankenversicherungen zugute, die mit 75% den größten Teil der Umsätze finanzieren. Private Krankenkassen und nicht-rezeptpflichtige Arzneimittel, die der Patient privat bezahlt, finanzieren gemeinsam den Rest der Umsätze.

Weiter nehmen wir an, dass die Qualität der Gesundheitsversorgung auch bei Apothekenschließungen insgesamt gleich bleibt, und abstrahieren von Effekten auf Herstelleranreize zu Preissetzung und Innovation, dem Wettbewerb der Krankenversicherungen um Apotheken für selektivvertragliche Bindungen (wie bei Hilfsmitteln zu beobachten) oder dem Verschreibungsverhalten der Ärzte. Wir nehmen also an, dass die Preispolitik der Hersteller und die Strategien der Ärzte und Krankenversicherungen seit 2008 konstant sind. Das Referenzszenario bildet folglich das Betriebs-Historik-Panel mit den Beschäftigtenzahlen für 1999-2008. Dem wird ein Finanzierungsreformszenario gegenüber gestellt, in dem die Zuzahlung und die Apothekervergütung durch die GKV ersetzt wird durch die Apothekertaxe. Betrachtet werden in erster Linie die aus dem gesteigerten Wettbewerbsdruck erwachsenden Einsparungen durch erwünschte Konzentrationsprozesse auf Apothekenmärkten in Ballungsräumen. Die sich im Wettbewerb tatsächlich ergebene Apothekertaxe ist der Höhe nach letztendlich für die Simulation nur in einem von uns gewählten dritten Szenario relevant, in dem wir eine zusätzliche systematische Effizienzsteigerung unterstellen.

Wir führen keine vollständige Mikrosimulation durch, in der wir die Vergangenheitsdaten in die Zukunft (10-20 Jahre) fortschreiben würden, sondern basieren unsere Aussagen auf den Vergangenheitsdaten und machen lediglich Aussagen für einen kurzfristigen Zeithorizont. Wir halten diesen Ansatz für glaubwürdig, da im deutschen Gesundheitssystem viele

Änderungen gleichzeitig und in kurzer Abfolge eingeführt werden und daher eine langfristige Simulation unmöglich die wahre Entwicklung abbilden kann. Die folgenden Szenarien basieren teilweise auf den Vergangenheitsdaten und werden um alternative Einschätzungen zu den Auswirkungen der Reformvorschläge ergänzt.

### **3.3.1 Szenarien zur Simulation der Kostenersparnis**

#### **Szenario I (schwache Wettbewerbswirkung):**

- 500 Apotheken schließen zusätzlich zur regelmäßigen Fluktuation,
- 100% der Personalkosten + Fixkosten und Miete können eingespart werden,
- Unternehmergewinne in Höhe von 50.000 EUR werden eingespart.
- Ersparnisse durch eine systematische Steigerung der produktiven Effizienz in den bestehenden Apotheken werden nicht berücksichtigt,
- Zuzahlungsbefreiung der ca. 6,8 Mio. GKV-Versicherten in 2008 (davon 6,4 Mio. chronisch Kranke) bleibt bestehen. Die Apothekentaxe wird vom Patienten ausgelegt und von der Krankenkasse auf Antrag zurückerstattet. Die gesetzlichen Krankenversicherer seien effizient und leiten Einnahmeüberschüsse aus Veränderungen der Zahlungsströme durch Beitragssenkungen an ihre Mitglieder weiter.

#### **Szenario II (moderate Wettbewerbswirkung):**

- 1000 Apotheken schließen zusätzlich zur regelmäßigen Fluktuation,
- Ansonsten wie Szenario I.

#### **Szenario III (starke Wettbewerbswirkung):**

- Durch den mit der Apothekentaxe verbundenen höheren Wettbewerbsdruck komme es über die Schließung von Apotheken hinaus bei den verbleibenden Apotheken zu einer systematischen Effizienzsteigerung, die auf die GKV-Arzneimittelpackungen umgelegt mit einer Apothekentaxensenkung von je 0,30 EUR verbunden ist. Dies

gilt für 51 Mio. gesetzlich Versicherte mit durchschnittlich 15,47 Packungen pro Versichertem, also insgesamt eine Reduktion um 237 Mio. EUR.

- Ansonsten wie Szenario II.

**Tabelle 8: Berechnung der Kostenersparnis durch die Reform für die drei Szenarien**

	Szenario I	Szenario II	Szenario III
Arbeitskosten pro Apotheke (am unteren Rand) in EUR <sup>1</sup>	127,000	127,000	127,000
(kalkulatorische) Miete und Ausrüstungskosten in EUR <sup>2</sup>	34,000	34,000	34,000
Apothekengewinn (unterer Rand) in EUR	50,000	50,000	50,000
Schließung von Apotheken (Zahl)	500	1,000	1,000
Summe in EUR	105 Mio.	211 Mio.	211 Mio.
Systematische Effizienzsteigerung <sup>3</sup>	0	0	237 Mio.
Gesamt in EUR	105 Mio.	211 Mio.	448 Mio.

Quelle: Eigene Berechnungen. 1: vgl. Tabelle 4, Durchschnitt aller geschlossenen Apotheken 1999-2008, 2: (kalkulatorische) Miete plus Abschreibungen für Ausstattung der Geschäftsräume, Labor und Rezeptur pro Jahr, 3: Siehe Erläuterung zu Szenario III.

Unsere Berechnungen für die verschiedenen Szenarien zeigen, dass zwischen 105 Mio. EUR und 448 Mio. EUR Kosten für Personal, den Apothekergewinn und andere Fixkosten gespart werden könnten, wenn zusätzlich zur regelmäßigen Fluktuation durch die Erhöhung des Wettbewerbs weitere 500 bzw. 1000 Apotheken schließen. 1000 Apotheken entsprechen ca. 5 % aller deutschen Apotheken. Diese Apotheken werden – wenn wir die Vergangenheitsdaten zu Grunde legen – eher in wettbewerbsstarken städtischen Regionen/kreisfreien Städten mit einem geringen Anteil an über 65jährigen liegen und kleiner sein, als die durchschnittliche Apotheke. Aus den Vergangenheitsdaten sehen wir bereits,

dass Landapotheken, die eine große Zahl an verstreut lebenden Patienten versorgen, schon heute typischerweise nicht gefährdet sind. Wie wir dargestellt haben, verstärkt unser Vorschlag die Position dieser Apotheken und richtet sich auf die Intensivierung des Wettbewerbs in Regionen mit einer hohen Apothekendichte, also wenig Einwohnern pro Apotheke, die durch das ineffiziente Duplizieren von Fixkosten an bisher interessanten Standorten geprägt sind.

### **3.3.2 Umverteilung**

Die Verteilungswirkungen der Apothekentaxe lassen sich für eine grobe Annäherung in der folgenden Weise abschätzen:

Die bisherigen Finanzierungsmodalitäten für die deutschen Apotheken bedeuteten nach den Zahlen der ABDA für 2009 bei einer errechneten Gesamtzahl von 792,64 Mio. GKV-Arzneimittelpackungen<sup>82</sup> und GKV-Ausgaben für Apothekendienstleistungen (ohne MwSt.) in Höhe von 4,18 Mrd. EUR ein durchschnittliche Netto-Vergütung für Apothekendienstleistungen in Höhe von 5,27 EUR je GKV-Packung. Hinzu kommt der auf die Apothekendienstleistung entfallende MwSt.-Anteil. Unter der Annahme sonst gleicher Bedingungen, also ohne die Realisation jedweder Effizienzgewinne und Einsparungen auf dem Apothekenmarkt, ist daher 6,27 EUR (inkl. MwSt.) aus unserer Sicht die Obergrenze für die durchschnittlich zu erwartende Apothekentaxe auf GKV-Arzneimittel. Würde eine durchschnittliche Taxe in dieser Höhe im Wettbewerb zwischen den Apotheken realisiert, so würde sich die Gesamteffizienz im System nicht ändern.

Der im Rahmen der vorliegenden Studie diskutierte Reformvorschlag bewirkt nun Effizienzgewinne auf der einen Seite, hat auf der anderen aber auch eine beachtenswerte Änderung der Finanzflüsse bei der Apothekenfinanzierung zur Folge. Es sei zunächst davon ausgegangen, dass die Einführung der Apothekentaxe eine Wettbewerbsintensität auf dem Apothekenmarkt begründet, die hinlänglich für die Weitergabe der gesamtwirtschaftlichen Einsparungen an die Verbraucher ist. Dann führt die von uns unterstellte schwache Wettbewerbsentwicklung zu einer Absenkung des durchschnittlich erforderlichen Finanzierungsbeitrags je Medikament um 0,13 EUR (ohne MwSt.), die moderate Wettbewerbsentwicklung zu 0,27 EUR (ohne MwSt.) und die starke Wettbewerbsentwicklung zu 0,57 EUR

---

<sup>82</sup> Enthalten sind Fertigarzneimittelpackungen, Rezepturen, Verband- und Hilfsmittel.

(ohne MwSt.). Es werden folglich nach der Reform durchschnittliche Bruttopreise für Apothekendienstleistungen (durchschnittliche Apothekentaxen) in Höhe von 6,12 EUR, 5,95 EUR bzw. 5,59 EUR je nach induzierter Wettbewerbswirkung erwartet.

Die hier aufgezeigte erwartete Effizienzsteigerung beruht auf dem finanziell quantifizierbaren gesamtwirtschaftlichen Gewinn aus dem Reformvorhaben. Weiterhin wird die gesteigerte Wettbewerbsintensität durch den nun direkten Zusammenhang aus Apothekerleistung und Apothekenfinanzierung qualitätssteigernde Effekte bewirken, die finanziell schwer zu fassen sind. Substantielle Steigerungen im Bereich der originären Apothekendienstleistung Beratung sowie bei der zeitlichen als auch der räumlichen Verfügbarkeit von Apothekendienstleistungen sind jedoch wahrscheinlich.

Welche Änderungen der Finanzflüsse ergeben sich aus der Reform? Für die Verbraucher sieht die beschriebene Entwicklung nur auf den ersten Blick problematisch aus: Durch Medikamentenzuzahlungen trugen die gesetzlich Versicherten nach Angaben der ABDA im Jahr 2009 mit insgesamt 1,7 Mrd. EUR zusätzlich zu ihren einkommensabhängigen Mitgliedsbeiträgen zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherungen bei. Diese Zuzahlungen entfallen nun und werden durch die wettbewerbliche Apothekentaxe ersetzt, die die Apothekendienstleistungen vollumfänglich finanziert. Durch den Verbraucher aufzubringen sind im Falle einer schwachen Wettbewerbswirkung nun insgesamt 4,85 Mrd. EUR (inkl. MwSt., netto 4,07 Mrd. EUR), bei moderater Wettbewerbswirkung 4,72 Mrd. EUR (inkl. MwSt., netto 3,96 Mrd. EUR) und bei starker Wettbewerbswirkung 4,43 Mrd. EUR (inkl. MwSt., netto 3,73 Mrd. EUR) aus Apothekentaxen auf GKV-Arzneimittel. Gleichzeitig entfallen bei den gesetzlichen Krankenversicherungen die Einnahmen aus den Zuzahlungen und die nach dem bisherigen Finanzierungssystem geleisteten Ausgaben zur Apothekenfinanzierung.

Zusätzlich wird eine anreizgerechte Umstrukturierung der Zuzahlungsbefreiungen vorgenommen. Aus Sicht der Verbraucher kommt es je nach Szenario zu einer zunächst unkompenzierten Mehrleistungsdifferenz in Höhe von 3,15 Mrd. EUR (schwache Wettbewerbswirkung), 3,02 Mrd. EUR (moderate Wettbewerbswirkung) bzw. 2,73 Mrd. EUR (starke Wettbewerbswirkung). Da die Krankenversicherungen im Gesundheitssystem idealerweise jedoch lediglich als Intermediäre fungieren und entweder durch hinlänglichen Wettbewerbsdruck oder eine geeignete Regulierung zur Weitergabe gesamtwirtschaftlicher Einsparungen bewegt werden (Nullgewinnbedingung), wird ein Teil dieser Mehrleistungsdif-

ferenz von den Krankenversicherungen an die Verbraucher über unsere Vorschläge zu zuzahlungsbefreiten Medikamenten und zuzahlungsbefreiten Patienten zurückgegeben. Hierdurch wird zugleich die Umverteilung zwischen gesunden und kranken Beitragszahlern anreizgerecht korrigiert. Die hiernach verbleibende Mehrleistungsdifferenz muss den Verbrauchern über Senkungen der Mitgliedsbeiträge erstattet werden. Sodann ist gewährleistet, dass die Verbraucher von den systematischen Effizienzsteigerungen des Reformvorschlags in der Summe und über eine anreizgerechte Steuerung der Zuzahlungsbefreiung auch individuell profitieren.

Bei einer insgesamt höheren Effizienz im System fließen den Apothekern aufgrund der hier diskutierten Reformvorschläge je nach Wettbewerbssituation insgesamt ca. 105 Mio. EUR (schwache Wettbewerbswirkung), 211 Mio. EUR (moderate Wettbewerbswirkung) oder 448 Mio. EUR (starke Wettbewerbswirkung) weniger zu. Welche Konsequenzen dies für die individuellen Apothekergewinne hat, ist vorderhand unbestimmt. Die erweiterten Möglichkeiten für jeden einzelnen Apotheker sich im Wettbewerb zu behaupten und gegenüber Anderen zu profilieren, bieten vielfältige, von der Geschäftstüchtigkeit des Einzelnen abhängige Gewinnsteigerungspotentiale (vgl. in diesem Zusammenhang auch die Beispielrechnung auf S. 49-53). Mit Blick auf die Gewinnerzielungsmöglichkeiten der Apotheker aus Rabattverträgen mit Industrie und Großhandel ist weiterhin zu bemerken, dass diese von unseren Politikvorschlägen *ceteris paribus* unberührt bleiben. Änderungen, die sich durch das AMNOG ab 2011 ergeben, dienen der Kostensenkung zugunsten der GKV und begrenzen die Spielräume für Rabatte des Großhandels gegenüber den Apothekern. Hierbei profitieren insbesondere Apotheker mit einem hohen Umsatzanteil im niedrigpreisigen Arzneimittelsegment, während Apotheker im hochpreisigen Arzneimittelsegment verlieren. Die durch das AMNOG begründeten Veränderungen der Apothekenfinanzierung können daher kritische Auswirkungen auf die Finanzsituation einzelner Apotheken haben. Der im Rahmen der vorliegenden Studie betrachtete Politikvorschlag zur Reform der bisher durch die GKV erbrachten Finanzierungsbeiträge für Apotheken ist jedoch unabhängig von den Finanzströmen zwischen Apotheken und dem Großhandel. Wir stellen mit unserem Vorschlag auf die Beziehung der Apotheken zu den Patienten ab und mithin auf eine aus Patientensicht anreizgerechte Ausgestaltung der Apothekenfinanzierung.

### **3.3.3 Probleme und Ausblick**

Neben kostensparenden Effekten der Reform sind qualitätserhöhende Effekte zu erwarten, die jedoch schwer messbar sind. Aus diesem Grund und wegen der von uns gewählten vorsichtigen Vorgehensweise ist unsere Schätzungen in den jeweiligen Szenarien eine untere Schranke. Unsere Berechnungen beziehen sich auf einen kurzfristigen zeitlichen Horizont und abstrahieren von den Auswirkungen anderer parallel statt findender Reformprozesse. Wir gehen davon aus, dass wir die monetären Auswirkungen der Reform unterschätzen, aus mehreren Gründen:

1. Wir gehen davon aus, dass der steigende Wettbewerb zu einer Erhöhung der Beratungsqualität führt, die positive Wohlfahrtseffekte mit sich bringt.
2. Es werden Apotheken schließen, die bisher nicht gefährdet waren. Diese werden z.B. höhere Personalkosten aufweisen, als die, die wir als Grundlage heranziehen.
3. Die Unternehmergewinne sowie die sonstigen Kosten sind niedrig geschätzt.

## **4 Handlungsempfehlungen**

1. Die Vergütung von Apothekendienstleistungen ist in Deutschland bislang nicht als ein Preissystem ausgebildet, das von den Apothekern als Mittel im Wettbewerb eingesetzt werden kann. Dies führt insbesondere im Hinblick auf die Beziehungen der Apotheker zu den Patienten, die Apothekendienstleistungen in Anspruch nehmen, zu Fehlanreizen. Zudem führen die starren Vergütungsregeln zu einer Betonung des Standortwettbewerbs unter den Apothekern und zu der ineffizienten Doppelung der Versorgung in Ballungszentren. Gleichzeitig ist die wohnortnahe Versorgung im ländlichen Raum aufgrund mangelnder preislicher Differenzierungsmöglichkeiten finanziell unattraktiv.
2. Eine Möglichkeit zur anreizgerechten Steuerung des Wettbewerbs auf dem Apothekenmarkt besteht in der konsequenten Anwendung selektivvertraglicher Mechanismen. Die Krankenversicherungen treten hierbei als Mittler der Versicherteninteressen auf und schließen mit Apothekern selektive Versorgungs- und Vergütungsverträge. Die Umstellung auf ein Selektivvertragssystem bedeutet jedoch einen Systembruch insofern, als hierzu eine Abkehr von dem im deutschen Gesundheits-

wesen weitreichend verankerten Prinzip der freien Wahl des Leistungsanbieters durch den Leistungsempfänger erforderlich wäre. Schwerer noch wiegen jedoch Bedenken dagegen, dass die Krankenversicherungen auf dem von sehr heterogenen Anforderungen geprägten Apothekenmarkt stellvertretend für die Patienten eine geeignete Vorauswahl über die gebotene Beratungs- und Dienstleistungsqualität treffen können.

3. Eine Möglichkeit von geringerer Eingriffstiefe für mehr Wettbewerb auf dem Apothekenmarkt besteht in der Umstellung der bisherigen Apothekenvergütung für GKV-Arzneimittel im weiteren Sinne auf eine Apothekentaxe. Die Apothekentaxe soll den bisher von den Krankenversicherungen getragenen Vergütungsmix aus Fixbeträgen und anteiliger Vergütung am Apothekeneinkaufspreis ersetzen. Auch der von den Apothekern gegenwärtig gegenüber den Krankenversicherungen zu gewährende Kassenrabatt soll entfallen.
4. Die Apothekentaxe ist von den Patienten vollständig zu tragen und kann von den Apotheken im Wettbewerb frei bestimmt werden. Zur Vermeidung von Missbrauch ist die Apothekentaxe entsprechend der bisherigen Zuzahlungshöchstgrenze für Versicherte nach oben auf zehn EUR zu deckeln. Außerdem ist die Höhe der Apothekentaxe als Preis für die Apothekendienstleistung in der Apotheke zu veröffentlichen. Eine zeitliche Differenzierung der Apothekentaxe ist möglich („Nacht- und Wochenendzuschlag“), auch eine Differenzierung nach Arzneimitteln soll zulässig sein, nicht jedoch die Preisdiskriminierung gegenüber unterschiedlichen Apothekenkunden.
5. Für die Versicherten entfällt die bisherige Zuzahlung zu Arzneimitteln. Diese war losgelöst von der Apothekenfinanzierung ein Instrument zur Steuerung des Arzneimittelkonsums und der Preispolitik von Arzneimittelherstellern. Zum Erhalt der Steuerungswirkungen der Zuzahlungsbefreiung von preisgünstigen Arzneimitteln sollen die gesetzlichen Krankenversicherungen ihren Mitgliedern eine von ihnen frei festzulegende Prämie in Höhe von z. B. fünf EUR nachträglich auf Einsenden eines Apothekenbelegs erstatten, wenn ein heute zuzahlungsbefreites, besonders günstiges Arzneimittel gewählt wurde („Preis-Leistungsverhältnis-Bonus“). Liegt die Apothekentaxe in der gewählten Apotheke darüber, trägt der Patient die sich ergebende Preisdifferenz selbst. Liegt sie darunter, kann der Patient die Differenz



- behalten. So wird gewährleistet, dass die Hersteller für bestimmte Wirkstoffe oder Präparate niedrige Preise festsetzen und trotzdem die Apothekertaxe ihre Steuerungswirkung auf die Apothekendienstleistung entfaltet.
6. Ohne einen sozialen Ausgleich wären die Umverteilungswirkungen des im vorliegenden Gutachten diskutierten Modells zur Finanzierung von Apotheken beträchtlich. Während die Versicherten beim Arzneimittelkauf bislang über die Zuzahlung durchschnittlich mit 2,30 EUR direkt an den durch sie unmittelbar verursachten Gesundheitskosten partizipieren, würden sie nach einer Umstellung der Finanzierung die vollen Apothekenkosten tragen. Versicherte, die keine Apothekendienstleistung in Anspruch nehmen würden in der Folge ohne eine Kompensationsregelung keinen Beitrag zur Finanzierung der Apotheker leisten. Es ist daher vorzusehen, dass bisher zuzahlungsbefreite Versicherte auch weiterhin zuzahlungsbefreit bleiben. Zur Wahrung der durch die Apothekertaxe gewonnenen Anreizmechanismen, sollen zuzahlungsbefreite Versicherte zukünftig in Vorleistung treten und sich die ausgelegten Taxenzahlungen im Nachhinein auf Antrag von den gesetzlichen Krankenversicherungen erstatten lassen können.
  7. Wir erwarten aufgrund der mit der Wettbewerbsbelebung einhergehenden Effizienzgewinne, dass die durchschnittlich vom Apothekenkunden zu entrichtende Apothekertaxe niedriger ausfallen wird als der gegenwärtig von den gesetzlichen Krankenversicherungen im Durchschnitt je GKV-Arzneimittel<sup>83</sup> an die Apotheker gezahlte Betrag. Derzeit liegt dieser bei 6,27 EUR (inkl. MwSt., ohne MwSt.: 5,27 EUR). Je nachdem ob eine geringe, moderate oder starke Wettbewerbswirkung von der anreizgerechten Umstellung der Apothekenfinanzierung ausgeht, ist mit einer um 2,4 % bis 16 % niedrigeren Apothekertaxe zu rechnen.
  8. Durch den Wegfall der Logistikpauschale ist die Apothekertaxe für Medikamente ab einem Apothekeneinkaufspreis von 131,67 EUR grundsätzlich geringer als die den Apothekern gegenwärtig zur Verfügung stehende Finanzierung. Dies ist jedoch unkritisch, da die Idee der Apothekertaxe ist, gerade die Aufwendungen für Lagerung, Distribution und Beratung zu decken, die nicht notwendigerweise mit dem Preis des Medikaments proportional zusammen hängen sollten. Zudem ist der An-

---

<sup>83</sup> Enthalten sind Fertigarzneimittelpackungen, Rezepturen, Verband- und Hilfsmittel.

teil der bislang im hochpreisigen Segment verkauften Arzneimittel gering. Die im vorliegenden Gutachten vorgeschlagene Höchstgrenze von zehn EUR für die Apothekentaxe erscheint daher auch aus diesem Grund nicht zu niedrig gewählt.

## **5 Fazit**

Seit 1997 sind die Ausgaben für Arzneimittel mit +4 % p.a. auch im Vergleich zu den Gesundheitsausgaben insgesamt (+3 % p.a.) überproportional gestiegen. Ebenso sind die Umsätze in Apotheken mit +4,5 % p.a. deutlich schneller gestiegen als im Vergleich zum Einzelhandel insgesamt mit +1 % p.a. Wir haben uns vor dem Hintergrund dieser Kostenentwicklung in dem vorliegenden Gutachten auf die Analyse von Effizienz- und Einsparpotenzialen konzentriert, die sich ergeben können, wenn die von der Monopolkommission in ihrem 18. Hauptgutachten (2010) erarbeiteten Reformvorschläge für mehr Wettbewerb auf dem Apothekenmarkt konkretisiert und umgesetzt würden.

Bereits heute stehen Apotheken im Wettbewerb um Patienten. Im Gegensatz zu den meisten anderen Märkten spielen hierbei jedoch Preise keine Rolle. Vielmehr ist die Standortentscheidung zentral, außerdem bieten sich die Servicequalität als Wettbewerbsparameter an. Aufgrund der Wettbewerbsmechanik ist eine hohe Apothekendichte (also viele Apotheken pro Einwohner) dort zu erwarten, wo (a) entweder eine hohe Ärztedichte anzutreffen ist oder (b) aus anderen Gründen ein hohes Aufkommen an Passanten erwartet werden kann (Innenstädte, Einkaufszentren).

Betrachtet wurden zwei mögliche Reformoptionen, um durch eine Veränderung des Wettbewerbs Verbesserungen für die Patienten zu erwirken. Die Möglichkeit, über sogenannte Selektivverträge die Kassenpatienten in bestimmte Apotheken zu steuern, erforderte eine Abkehr von dem Prinzip des freien Zugangs zu Gesundheitsleistungen. Das Modell einer Apothekentaxe hingegen eröffnet einen Weg zu mehr Apothekenwettbewerb mit einer geringeren Eingriffstiefe. Für die Apothekentaxe gelten die folgenden Regeln:

- die maximale Apothekentaxe beträgt 10 EUR,
- die Apotheke kann die Höhe des Zuschlages selbst festlegen,
- Zuzahlungen und Kassenrabatte sowie die Logistikpauschale von 3% entfallen,

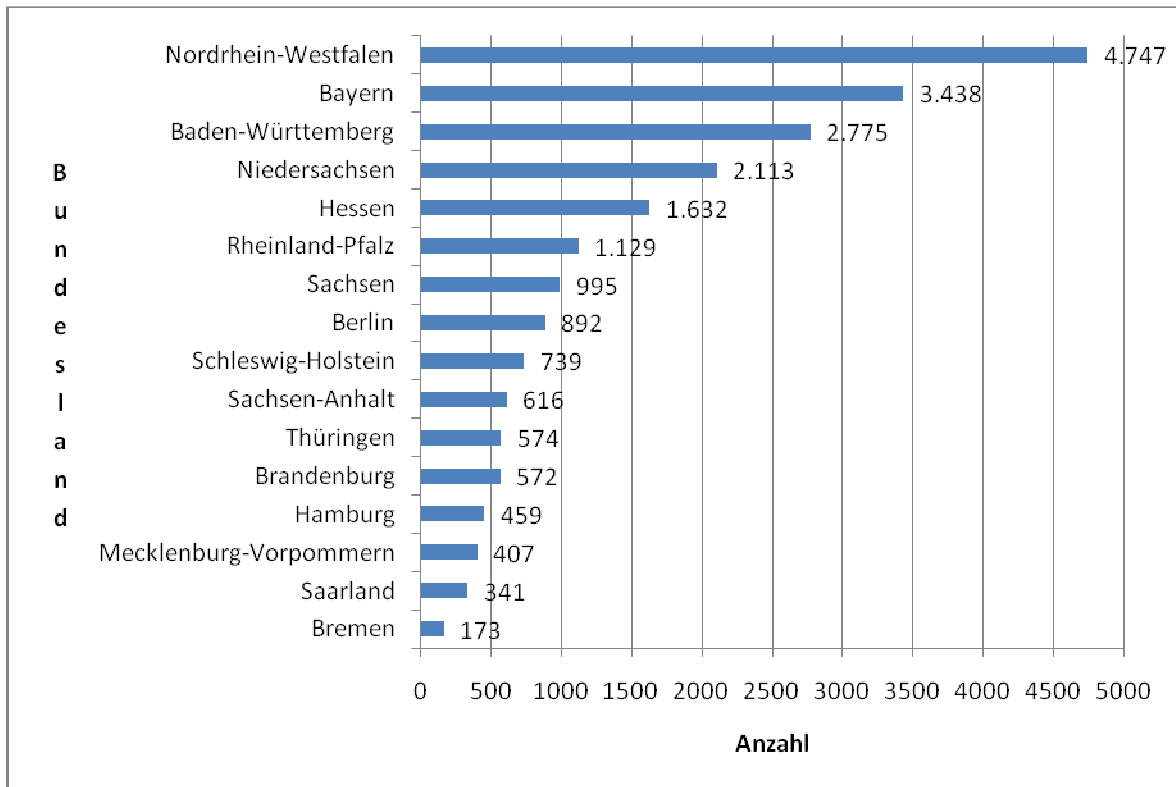
- die Höhe der Apothekentaxe muss in der Apotheke veröffentlicht werden (Preisauszeichnungspflicht),
- die Taxe darf nicht nach Kunden differenziert werden (gleiche Taxe für zuzahlungsbefreite Versicherte),
- sie darf regelmäßig geändert werden („Nacht- und Wochenendzuschläge“ sind zulässig),
- sie darf nach Medikamenten differenziert werden (z.B. mit und ohne Festbetrag),
- die gegenwärtigen Ausnahmeregeln für (1) die Behandlung zuzahlungsbefreiter Medikamente mit Rabattvertrag oder Festbetrag und (2) die Behandlung zuzahlungsbefreiter Versicherter werden durch anreizgerechte Alternativregelungen ersetzt.

Wesentlicher Vorteil des entwickelten Vorschlags ist, dass der Wettbewerb zwischen Apotheken dort besonders intensiv wird, wo tendenziell eine Überversorgung mit Apotheken besteht, weil dort oft viele Apotheken nahezu auf einem Fleck angesiedelt sind. Hingegen kann eine Landapotheke durchaus eine höhere Apothekentaxe nehmen und so ihr Überleben besser sichern. Somit entstehen neue Anreize, gerade dort Apotheken zu eröffnen, wo die Apothekendichte gering ist (also wenige Apotheken pro Einwohner existieren), während der Wettbewerb besonders hoch ist, wo es schon viele Apotheken gibt und zum Teil eine ineffizient hohe Versorgung besteht, welche letzten Endes die Versichertengemeinschaft finanzieren muss.

Wir haben drei Szenarien entwickelt, um die jährlichen Einsparpotenziale vorsichtig abzuschätzen. Die jährlichen Einsparpotenziale liegen bei einer insgesamt höheren Effizienz im System bei insgesamt 105 Mio. EUR (schwache Wettbewerbswirkung), 211 Mio. EUR (moderate Wettbewerbswirkung) oder 448 Mio. EUR (starke Wettbewerbswirkung). Welche Konsequenzen dies für die individuellen Apothekergewinne hat, ist vorderhand unbestimmt. Die erweiterten Möglichkeiten für jeden einzelnen Apotheker, sich im Wettbewerb zu behaupten und gegenüber Anderen zu profilieren, bieten vielfältige, von der Geschäftstüchtigkeit des Einzelnen abhängige Gewinnsteigerungspotenziale.

## Anhang

### Anhang 1: Apotheken nach Bundesländern im Jahre 2008



Quelle: Eigene Darstellung nach Angaben der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA).

**Anhang 2: Deskriptive Statistiken für final geschlossene Apotheken im Vergleich zu allen nicht final geschlossenen und solchen, die wir als geschlossenen bezeichnen, jedoch nicht final schließen (nur für 1999-2004 im Betriebs-Historik-Panel verfügbar)**

Variable	Nicht final geschlossen (1999-2004)		Final Geschlossen (1999-2003)		Geschlossen, aber nicht final (1999-2004)	
	Mittelwert	Standardabweichung	Mittelwert	Standardabweichung	Mittelwert	Standardabweichung
<b>Kreisinformationen (gewichtet)</b>						
BIP/Einw.	26	11	28	12	27	12
Einw/km <sup>2</sup>	897	1053	1065	1110	1008	1116
Landpreis	176	170	201	181	188	175
Ärzte	159	54	166	55	163	55
>150 Einw/km <sup>2</sup>	0.23	0.42	0.16	0.37	0.20	0.40
Westdeutschland	0.82	0.38	0.86	0.34	0.81	0.40
Ländlichkeit	18	24	14	21	14	21
Fläche in km <sup>2</sup>	846	620	752	592	805	615
Altenquote	0.17	0.02	0.17	0.02	0.17	0.02
=1 wenn kreisfreie Stadt	0.29	0.45	0.35	0.48	0.32	0.47
<b>Apothekeninformationen</b>						
Anzahl Gesamtbeschäftigter	8	6	6	4	8	4
durchschnittl. Brutto-Tagesgehalt pro VZ <sup>1</sup>	62	17	63	20	63	18
durchschnittl. Brutto-Jahresgehalt pro VZ <sup>1</sup>	22769		22880		22967	
25%-Quartil Brutto-Tagesgehalt aggregiert <sup>2</sup>	313	312	241	165	297	249
50%-Quartil Brutto-Tagesgehalt aggregiert <sup>2</sup>	376	373	287	200	357	287
75%-Quartil Brutto-Tagesgehalt aggregiert <sup>2</sup>	454	490	345	254	429	338
durchschnittl. Brutto-Jahresgehalt aggregiert <sup>2</sup>	138999		106194		131798	
Beobachtungen	45132		3228		8801	

1 pro Vollzeitbeschäftigter

2 über alle Beschäftigten aggregiert und differenziert nach Ausbildungsniveau (hoch-, mittel-, niedrig-, unqualifiziert), wobei Nicht-VZ-Beschäftigte mit 50% eingerechnet

werden.

**Anhang 3: Einflussfaktoren auf Schließungswahrscheinlichkeit einer Apotheke bei final geschlossenen Apotheken (1999-2003), Probit-Regression**

Final geschlossen	I		II (ohne Ärzte)	
	Koeffizient	s.d.	Koeffizient	s.d.
Log(Ärzte)	0.08	0.07		
Log(BIP/Einw.)	0.08	0.05	0.10	0.05**
Log(Einw/km <sup>2</sup> )	0.03	0.03	0.02	0.03
Altenquote	-0.02	0.77	0.01	0.77
Ländlich: <150 Einw/km <sup>2</sup>	-0.08	0.04**	-0.08	0.04**
Log(Landpreis)	0.01	0.03	0.01	0.03
Westdeutschland	0.21	0.09**	0.21	0.09**
kreisfreie Stadt=1	0.00	0.07	0.03	0.06
log(Zahl Apotheken im Kreis)	-0.01	0.02	-0.01	0.02
log(durchschnittl. Einkommen der Beschäftigten)	0.04	0.03	0.04	0.03
log(Zahl der Gesamtbeschäftigten)	-0.38	0.01***	-0.38	0.10***
log(Zahl der Beschäftigten nach Haupterwerbsprinzip)	-0.16	0.09*	-0.16	0.09*
Vollzeitbeschäftigtenquote	0.00	0.05	0.00	0.05
Anteil der geringfügig Beschäftigten	0.02	0.06	0.02	0.06
Anteil der über-55jährigen Beschäftigten	1.20	0.08***	1.20	0.08***
Anteil der unter-25jährigen Beschäftigten	-0.21	0.06***	-0.21	0.06***
Bundeslanddummies	Ja		Ja	
jahr=2000	-0.02	0.03	-0.01	0.03
jahr=2001	-0.18	0.03***	-0.17	0.03***
jahr=2002	-0.38	0.03***	-0.38	0.03***
jahr=2003	-0.70	0.04***	-0.70	0.04***
Konstante	-1.45	0.39***	-1.13	0.27***
Zahl der Beobachtungen	38687		38687	

Quelle: Eigene Berechnungen; Datenquellen: Betriebshistorik-Panel, Bundesapothekenregister, INKAR, Statistisches Bundesamt, auf Apothekenebene (50 %-Zufallsstichprobe). \*  $p < .1$ ; \*\*  $p < .05$ ; \*\*\*  $p < .01$ .

## Literaturverzeichnis

- Akerlof, G.A. (1970): The Market for "Lemons": Quality Uncertainty and the Market Mechanism, in: *Quarterly Journal of Economics* 84, S. 488-500.
- Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA, diverse).
- Bonanno, A., R. A. Lopez und A. Rigoberto (2009): Competition Effects of Supermarket Services, in: *American Journal of Agricultural Economics* 91, S. 555-568.
- Cassel, D. und E. Wille (2006): Markt- und wettbewerbstheoretische Analyse der Regulierung des GKV-Arzneimittelmarktes, in: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), *Steuerung der Arzneimittelausgaben und Stärkung des Forschungsstandortes für die pharmazeutische Industrie*, Berlin, S. 381-455.
- Darby, M. R. und E. Karni (1973): Free Competition and the Optimal Amount of Fraud, in: *Journal of Law and Economics* 16, S. 67-88.
- Drabinski, T., J. Eschweiler und U. Schmidt (2008): *Preisbildung von Arzneimitteln im internationalen Vergleich*, Kieler Studien 340, Berlin.
- Eberhardt, N. (1992): *Zur Reform des Arzneimittelversorgungssystems im Überschneidungsfeld individueller und kollektiver Versorgungsorganisationen*, Hamburg.
- Engelke, U. (2009): *Regulierung der Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung*, Bayreuth.
- Europäische Kommission (2009): *Pharmaceutical Sector Inquiry: Final Report*, Brüssel.
- Fogel, R. W. (1994): Economic Growth, Population Theory, and Physiology: The Bearing of Long-Term Processes on the Making of Economic Policy. *American Economic Review* 84 (3), S. 369-395.
- Friske, J. E. (2003): *Mehr Markt und Wettbewerb in der deutschen Arzneimittelversorgung? Eine gesundheitsökonomische Untersuchung im Spiegel amerikanischer Markterfahrungen*, Bayreuth.

- Glaeske, G., J. Klauber, C. H. R. Lankers und G. W. Selke (2003): *Stärkung des Wettbewerbs in der Arzneimittelversorgung zur Steigerung von Konsumentennutzen, Effizienz und Qualität*, Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS), Bonn.
- Grabein, K., S. Greß, L. Klaucke und J. Wasem (2008): Die Aufhebung des Fremd- und Mehrbesitzverbotes im deutschen Apothekenwesen vor dem Hintergrund internationaler Erfahrungen im Vereinigten Königreich und in Norwegen, Diskussionsbeitrag aus dem Fachbereich Wirtschaftswissenschaft Universität Duisburg-Essen 167.
- Haga, A. und J. M. Sverre (2002): Pricing and Reimbursements of Pharmaceuticals in Norway, in: *European Journal of Health Economics* 2002/3, S. 215-220.
- Hethey, T. und J. F. Schmieder (2010): Using Worker Flows in the Analysis of Establishment Turnover – Evidence from German Administrative Data, FDZ-Methodenreport 06/2010, IAB, Bundesagentur für Arbeit.
- Hollstein, P. (2006): Kettenkonzerne drängen in den Apothekenmarkt, in: *Pharmazeutische Zeitung*, 151(26), S. 34-42.
- INFRAS 2009: *Regulierungsfolgen und Lösungsansätze zur Revision von Artikel 33 Heilmittelgesetz* – Schlussbericht, Zürich.
- Kanavos, P. und D. Taylor (2007): Pharmacy Discounts on Generic Medicines in France: Is There Room for Further Efficiency Savings?, in: *Current Medical Research and Opinion* 23, S. 2467-2476.
- Monopolkommission (2006): *Mehr Wettbewerb im Dienstleistungssektor*, 16. Hauptgutachten, Baden-Baden.
- Monopolkommission (2010): *Mehr Wettbewerb, wenig Ausnahmen*, 18. Hauptgutachten, Baden-Baden.
- Nelson, P. (1970): Information and Consumer Behavior, in: *Journal of Political Economy* 78, S. 311-329.
- Perlitz, U. (2008): *Apotheke der Zukunft: Mehr Ketten – mehr Wettbewerb – günstigere Produkte*, Deutsche Bank Research, Frankfurt.
- Productivity Commission (2001): *International Pharmaceutical Price Differences*, Research Report, Canberra.



- Raible, C. A. (2007): *Arzneimittelmanagement im Krankenhaus: Eine theoretische und empirische Analyse*, München.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2010): *Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens*, Sondergutachten 2009, Baden-Baden.
- Schöffski, O. (1995): *Die Regulierung des deutschen Apothekerwesens – Eine ökonomische Analyse*, Baden-Baden.
- Schwabe, U. und D. Paffrath (Hrsg., 2009): *Arzneiverordnungsreport 2009*, Heidelberg.
- Schwabe, U. und D. Paffrath (2006): Wie sollte der Arzneimittelmarkt reformiert werden?, in: *Wirtschaftsdienst* 86, S. 623-638.
- Schwarze, J. und U. Becker (2007): *Arzneimittel im Europäischen Binnenmarkt*, Baden-Baden.
- Simones, S. (2008): Generic Medicine Pricing in Europe: Current Issues and Future Perspective, in: *Journal of Medical Economics* 11, S. 171-175.
- Stargardt T. und J. Schreyögg (2006): The Impact of Cross-reference Pricing on Pharmaceutical Prices – Manufacturers’ Pricing Strategies and Price Regulation, in: *Applied Health Economics and Health Policy* 5, S. 235-247.
- von der Schulenburg, J.-M. und J.-M. Hodek (2008): *Nutzen und Kosten der derzeitigen Regulierung des Apothekenmarktes in Deutschland*, Diskussionspapier 390 der Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Universität Hannover.
- Walter, E., A. Batista, C. Brenning und S. Zehetmayr (2008): *Der österreichische Pharmamarkt – ein europäischer Vergleich*, Institut für Pharmaökonomische Forschung, Wien.
- Waning, B., J. Maddix, Y. Tripodis, Laing, R., P. Hubert, G. M. Leufkens und M. Gokhale (2009): Towards Equitable Access to Medicines for the Rural Poor: Analyses of Insurance Claims Reveal Rural Pharmacy Initiative Triggers Price Competition in Kyrgyzstan, in: *International Journal for Equity in Health*, 8:43, doi: 10.1186/1475-9276-8-43.
- Wild, F. (2010): *Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2008: Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich*, WIP – Wissenschaftliche Institut der PKV, Köln.

Wirtz, K. (2005): Bericht über den Betriebsvergleich der Apotheken 2003, in: *Mitteilungen des Instituts für Handelsforschung*, 1/2005, S. 59-65.

Ziegenbein, R. (2007): *Der Apotheker als Kaufmann – Das überfachliche Kompetenzprofil des erfolgreichen Pharmazeuten*, International School of Management.