

ORDNUNGSPOLITISCHE PERSPEKTIVEN

Nr 17

Wettbewerbspotenziale im deutschen Apothekenmarkt

Michael Coenen,
Justus Haucap,
Annika Herr,
Björn A. Kuchinke

Juli 2011

IMPRESSUM

DICE ORDNUNGSPOLITISCHE PERSPEKTIVEN

Veröffentlicht durch:

Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät,
Düsseldorf Institute for Competition Economics (DICE), Universitätsstraße 1,
40225 Düsseldorf, Deutschland

Herausgeber:

Prof. Dr. Justus Haucap

Düsseldorfer Institut für Wettbewerbsökonomie (DICE)

Tel: +49(0) 211-81-15125, E-Mail: justus.haucap@dice.uni-duesseldorf.de

DICE ORDNUNGSPOLITISCHE PERSPEKTIVEN

Alle Rechte vorbehalten. Düsseldorf 2011

ISSN 2190-992X (online) - ISBN 978-3-86304-617-0

Wettbewerbspotenziale im deutschen Apothekenmarkt*

von

Michael Coenen[♦], Justus Haucap[♦], Annika Herr[♦], Björn A. Kuchinke[♣]

Juli 2011

Zusammenfassung: Der vorliegende Beitrag analysiert den Ordnungsrahmen für den deutschen Apothekenmarkt und die dortigen Konkurrenzbeziehungen, welche durch signifikante Wettbewerbsdefizite gekennzeichnet sind. Ausgehend von unserer Diagnose und den Befunden werden die Vor- und Nachteile von zwei Therapieoptionen als diskutiert: Das sogenannte Selektivvertragsmodell, bei dem Apotheken um das Kollektiv der Versichertengemeinschaft einer jeden Krankenkasse konkurrieren, und das Modell der Apothekentaxe, bei dem die Patienten die Leistung der Apotheke direkt vergüten. Für das Modell der Apothekentaxe werden in drei Szenarien die Wettbewerbswirkungen und das mögliche Einsparpotenzial pro Jahr ermittelt, dass sich auf bis zu 448 Mio. EUR beläuft.

Schlüsselwörter: Apotheke, Wettbewerb, Gesundheitsausgaben, Effizienz, Nachhaltigkeit

Englischer Titel: The Potential for Competition between Pharmacies in Germany

Abstract: This paper analyses the institutional framework for pharmacies in Germany and competition in that sector, which is characterized by significant competition deficits. Based on our diagnosis and findings the advantages and disadvantages of two therapies are discussed: The selective contracting model, where pharmacies compete for the collective group of all members of every health insurance company, and the pharmacy fee model, where patients have to directly pay for pharmacy services. For the latter model we analyze, under three different scenarios, the competitive effects and annual saving potentials which can amount up to 448 million euro.

Keywords: pharmacies, competition, health-care expenditures, efficiency, sustainability

* Der vorliegende Beitrag basiert auf einem Gutachten, das die Autoren 2011 unter dem Titel „Der deutsche Apothekenmarkt: Reformoptionen für eine effiziente und nachhaltige Versorgung“ im Auftrag der Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft (INSM) erstellt haben. Für hilfreiche Kommentare danken wir den anonymen Gutachtern, Marc Feist und Teilnehmern des Brown Bag-Seminars an der Universität Düsseldorf.

♦ Dr. Michael Coenen, Prof. Dr. Justus Haucap, Dr. Annika Herr, Düsseldorf Institute for Competition Economics (DICE), Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Universitätsstr. 1, 40225 Düsseldorf, Tel. +49 211 8115009, Mail: justus.haucap@dice.uni-duesseldorf.de.

♣ PD Dr. Björn A. Kuchinke, Georg-August-Universität Göttingen, Vertreter der Professur für Wirtschaftspolitik und Mittelstandsforschung, Platz der Göttinger Sieben 3, 37073 Göttingen, Tel.: +49 551 394608, Mail: bjoern.kuchinke@wiwi.uni-goettingen.de.

1 Einleitung und Problemstellung

Das deutsche Gesundheitswesen durchläuft seit Jahren einen stetigen, ordnungspolitischen Anpassungsprozess.¹ Mit den beiden letzten größeren Reformen, dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) und dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKVOrg-WG), ist eine Hinwendung zu mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen erfolgt. Die wettbewerblichen Spielräume von Leistungsanbietern und Krankenversicherungen haben sich teilweise erheblich vergrößert.²

In diesem Kontext betrachtet der vorliegende Beitrag den Bereich der Arzneimittelversorgung durch Apotheken. Nach der Darstellung und Diskussion des aktuellen Ordnungsrahmens und seiner (wettbewerbsökonomischen) Defizite werden zwei konkrete Reformoptionen erörtert, die darauf zielen, den Wettbewerb im Apothekensektor zu stärken und Effizienzreserven zu heben. Hierdurch kann ein Beitrag zu einer nachhaltigen und effizienten Versorgung der deutschen Bevölkerung mit Arzneimitteln geleistet werden. Unser zentraler Reformvorschlag konzentriert sich auf die Einführung einer „Apothekentaxe“, welche die bisherigen Vergütungsmechanismen ersetzen soll.

Im Abschnitt 2 erfolgt zunächst eine Eingrenzung des Problems. Es werden die zentralen ordnungsrechtlichen und institutionellen Regelungen für den deutschen Apothekensektor vorgestellt und Kennzahlen des deutschen Apothekenmarktes wie die Entwicklung der Apothekenzahl, die Apothekendichte,³ Umsätze und das Verhalten von Apotheken im Markt dargestellt. Insbesondere wird die aktuelle Preisregulierung skizziert, wobei wir uns auf die Vergütung der Apotheken konzentrieren. Die Regulierung der Großhandelspreise

¹ Für einen Überblick vgl. *Sauerland* (2003).

² Vgl. hier wie im Folgenden *Baake, Kuchinke und Wey* (2010). Hierzu zählt, dass neue Vertragsmöglichkeiten implementiert worden sind und Regelungen des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkung (GWB) Anwendung finden, die bislang faktisch ausgeblendet waren.

³ Im Folgenden ist die Apothekendichte definiert als die Anzahl der Apotheken pro Einwohner. Das bedeutet, dass eine höhere Apothekendichte tendenziell auch einen stärkeren Wettbewerb zwischen den Apotheken um die Patienten in der Region impliziert.

kann aus Platzgründen nicht gleichzeitig Gegenstand unseres Beitrages sein, d.h. die Regulierung der Vertragsbeziehungen zwischen der pharmazeutischen Industrie und dem Großhandel mit Arzneimitteln wird als gegeben angenommen und nicht zusätzlich analysiert. Vielmehr fokussieren wir uns auf den Einzelhandel mit Arzneimitteln, d.h. die Apotheken. Darauf aufbauend werden im Abschnitt 3 zwei wettbewerbliche Reformoptionen vorgestellt und bewertet: Das sog. „Selektivvertragsmodell“, bei dem Apotheken um das Kollektiv der Versichertengemeinschaft einer jeden Krankenkasse konkurrieren, und das Modell der „Apothekentaxe“, bei dem die Patienten die Leistung der Apotheke direkt vergüten. Für den zweiten Vorschlag präsentieren wir eine weiterführende empirische Abschätzung der Einspar- und Effizienzpotenziale. Dabei werden auch mögliche Auswirkungen auf die flächendeckende Versorgung erörtert. Abschnitt 4 fasst die Ergebnisse zusammen und zieht ein Fazit.

2 Grundlegende Aspekte

2.1 Problemaufriss

In den Auseinandersetzungen um die bestmöglichen Rahmenbedingungen für eine langfristig effiziente (d.h. auch nachhaltige) Arzneimittelversorgung stehen im Wesentlichen zwei Aspekte im Fokus: Erstens die Ausgaben für Arzneimittel⁴ im öffentlichen Gesundheitssystem, d.h. die Ausgaben, die im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) anfallen. 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

⁴ Zur Definition von Arzneimitteln vgl. § 2 Abs. 1 Arzneimittelgesetz (AMG).

Arzneimitteln, kontinuierlich gestiegen.⁵ Zweitens werden Fragen der Arzneimittelqualität diskutiert. Der Parameter „Qualität“ ist weit zu fassen und bezieht sich z. B. auf die Qualität der dargebotenen Produkte, die Anreize für Innovationen und auf die Qualität der Versorgung. Hinsichtlich der Versorgung soll die Verfügbarkeit von Arzneimitteln sowie die Arzneimittelsicherheit gewährleistet werden. Es soll eine kontrollierte, auf den Patienten zugeschnittene Arzneimittelabgabe stattfinden, die Fehldosierungen und unerwünschte Wechselwirkungen zwischen unterschiedlichen Medikamenten ausschließt.

2.2 Besonderheiten von Arzneimitteln und deren Implikationen

Arzneimittel sind informationsökonomisch betrachtet sog. 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 Kosten festgestellt werden können.⁶ Ein Großteil der Produkte und Dienstleistungen im Gesundheitswesen ist durch diese Vertrauenseigenschaft gekennzeichnet, durch die der Anbieter sehr viel besser über Produkteigenschaften und die Notwendigkeit oder Vorteilhaftigkeit einer Anwendung informiert ist als der Patient als Nachfrager. Im Falle von Arzneimitteln sind die Vertrauenseigenschaften besonders bedeutend, denn es können bei einer falschen bzw. missbräuchlichen Medikation erhebliche Schädigungen auftreten – im dramatischsten Fall bis hin zum Tod.

Aufgrund dieser Besonderheit ist eine Regulierung des Handels mit Arzneimitteln geboten. Eine völlige Freigabe des Arzneimittelhandels ist weder ökonomisch noch gesundheitspolitisch wünschenswert. Die prinzipielle Notwendigkeit der Regulierung des Apotheken-

⁵ Vgl. hierzu auch auch *Baake, Kuchinke und Wey* (2010).

⁶ Vgl. dazu die klassischen Aufsätze von *Darby und Karni* (1973) und auch *Nelson* (1970) sowie für einen Überblick über jüngere Forschung dazu *Dulleck und Kerschbaumer* (2006).

marktes 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 auch eine qualitativ hochwertige Versorgung sowie die geographische Nähe von Apotheken zum Patienten.

Die prinzipielle Regulierungsbedürftigkeit eines Marktes impliziert ebenso wenig, dass Wettbewerbsprozesse auf diesem Markt automatisch schädlich wären. 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, wie sie beispielsweise durch eine asymmetrische Informationsverteilung entstehen können, zu unterbinden.

In diesem Sinne folgen wir in dem vorliegenden Beitrag der Perspektive des auswirkungsbasierten Ansatzes in der Wettbewerbspolitik, dem sogenannten „More Economic Approach“. Der Wettbewerb wird von uns primär als Mittel zum Zweck verstanden, der gesellschaftlich wünschenswerte Ergebnisse produzieren soll. Das heißt auch, dass der Wettbewerb kein Ziel an sich ist, das es selbst dann zu schützen gilt, wenn die Ergebnisse des Wettbewerbsprozesses gesellschaftlich nicht wünschenswert sind, z.B. aufgrund von Problemen asymmetrischer Information. Darüber hinaus impliziert der auswirkungsbasierte Ansatz auch, dass der Wettbewerb nicht auf dem Rücken der Verbraucher ausgetragen werden darf. Eine Regulierung von Wettbewerbsparametern ist vor allem dann geboten, wenn anderenfalls die gesellschaftliche Wohlfahrt reduziert wird. Im Arzneimittelsektor sind etwa die Informationsprobleme so gravierend, dass ein ungezügelter Wettbewerb ineffizient wäre. Eine Orientierung der Politik am Ziel der Wettbewerbsfreiheit hätte daher erhebliche Ineffizienzen und Verwerfungen mit möglicherweise

garvierenden Folgen für die Verbraucherwohlfahrt (bis hin zum Tod von Patienten) zur Folge. Vielmehr ist eine Einschränkung des Wettbewerbs durch Regulierung vor allem aufgrund der asymmetrischen Informationsverteilung geboten, auch wenn damit die Wettbewerbsfreiheit eingeschränkt wird.

Ganz konkret ist es z.B. aufgrund der asymmetrischen Information sinnvoll, dass Patienten bei vielen Präparaten zunächst einen Arzt aufsuchen müssen, welcher die Patienten untersucht und berät. Ebenfalls unstrittig ist, dass eine gewisse Regulierung bezüglich der Lagerung von Arzneimitteln und auch bezüglich des Betriebs von Apotheken effizient ist. Darüber hinaus darf die überwiegende Zahl der Medikamente als apothekenpflichtige Arzneimittel nur in Apotheken abgegeben werden. Die strikte Trennung des Handels mit Arzneimitteln einerseits und der ärztlichen Verordnung von Arzneimitteln andererseits ist auch informationsökonomisch gut begründet, damit beim Arzt gar nicht erst ein Interessenkonflikt entsteht zwischen medizinisch gebotener Verordnung und der Gewinnerzielung. Könnten Ärzte selbst mit Medikamenten handeln, ließe sich ein solcher Interessenkonflikt nicht ausschließen.⁷

2.3 Aktuelle Regulierung im Überblick

Das deutsche Gesundheitssystem zeichnet sich insgesamt 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

⁷ Weiterhin wirkt diese Beschränkung ökonomischen Fehlanreizen entgegen, die sich aus der allgemeinen Krankenversicherung ergeben. Apotheken könnten ohne Verordnungspflicht die Nachfrage durch ihr Angebot zulasten der Krankenversicherungen beeinflussen und würden hierfür durch den einzelnen Patienten allenfalls schwach sanktioniert.

diese weitestgehend wettbewerbliche Marktmechanismen ersetzen.⁸ Von dieser Einschätzung ist der Apothekensektor nicht ausgenommen. Zwar gibt es zwischen Apotheken schon heute Wettbewerb, dieser nimmt jedoch eine spezielle Form an, weil durch Gesetze und Verordnungen ein wesentlicher Teil der Parameter keinen Wettbewerbsprozessen ausgesetzt sind. 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 sinnvoll sind.⁹

Die grundsätzliche Aufgabe von Apotheken ist es, die ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung der Bevölkerung sicherzustellen.¹⁰ Die Hauptfunktion von Apotheken ist damit dem Einzelhandel in anderen Bereichen vergleichbar. Auch in diesen 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.¹¹ Wenn ausschließlich diese Leistung (Distribution) betrachtet wird, ist nachzuvollziehen, dass Apotheken weder direkte Leistungserbringer medizinischer Dienstleistungen im ureigensten Sinne darstellen, wie Ärzte, die direkt mit dem Patienten in Kontakt treten und ihre Dienstleistung am und für den Patienten erbringen (sogenanntes Uno-Actu-Prinzip¹²), noch indirekte Leistungserbringer wie etwa Pharmaunternehmen, deren Produkte der Patient konsumiert.¹³ Die Wertschöpfung bei Apothekendienstleistungen ist daher insgesamt vergleichsweise gering.¹⁴ Die Beratungsleistungen von Apotheken werden heute nicht *direkt* vergütet, wie dies etwa bei Rechtsanwälten, Steuerberatern oder Unternehmensberatungen der Fall ist. Vielmehr ist die Beratung

⁸ Vgl. im Überblick *Herder-Dorneich* (1980, 1994) sowie aktueller *Wernitz und Peltz* (2011).

⁹ Zu den folgenden Ausführungen vgl. im Überblick *Engelke* (2009), S. 163 ff.

¹⁰ Vgl. § 1 Gesetz über das Apothekenwesen (ApoG).

¹¹ Apotheken vertreiben wie Lebensmitteleinzelhändler teilweise Eigenmarken und Werbeflächen.

¹² Vgl. *Herder-Dorneich* (1994), S. 24.

¹³ Zu direkten und indirekten Leistungserbringern vgl. *Sauerland* (1999), S. 274.

¹⁴ 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). Vgl. *ABDA* (2010), S. 14.

pauschal „mit im Preis enthalten – so wie es auch in anderen Bereichen des Einzelhandels üblich ist.

Der Betrieb von Apotheken ist durch zahlreiche Gesetze und Verordnungen geregelt.¹⁵ Als eine wichtige Bestimmung ist hervorzuheben, dass Apotheken nur als inhabergeführte Personengesellschaften betrieben werden dürfen.¹⁶ 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.

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.¹⁷ Der Wert eines solchen Lagers an Arzneien, Verbandsmaterial, Einwegspritzen usw. kann mit mindestens 100.000 EUR bei etwa 10.000 vorgehaltenen Arzneimitteln angegeben werden.¹⁸ Überdies haben Apotheken auch nach den üblichen Ladenöffnungszeiten eine Versorgung sicher zustellen. Dies erfolgt über Bereitschaftsdienste.¹⁹

¹⁵ 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).

¹⁶ Apotheken können auch von mehreren Personen betrieben werden. Hier ist nur die Rechtsform der GbR zulässig.

¹⁷ Vgl. § 15 ApBetrO.

¹⁸ Vgl. *Engelke* (2009), S. 168 und die Angaben dort.

¹⁹ Vgl. § 23 ApBetrO. Die Bereitschaftsdienste werden über die Apothekenkammern koordiniert.

Weiterhin ist festgelegt, welches Personal in einer Apotheke tätig sein darf, wie die Apothekenräume auszusehen haben und wie die technische Ausstattung²⁰ beschaffen sein muss. Hinsichtlich der Technik gibt es Vorschriften, die insbesondere die Laborausstattung betreffen.²¹ Nach 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. Diese Kosten fallen in regelmäßigen Zeitabständen erneut an (Erneuerungsinvestitionen, Verschleiß).

Eine erste ökonomische Wertung lässt bereits an dieser Stelle Markteintrittsbarrieren im Apothekenmarkt erkennen.²² Die Wirkung des Vorhaltens der genannten Apparaturen im Bereich Labor und Rezeptur kann darin bestehen, dass potenzielle Newcomer vom Markteintritt abgehalten werden, weil die neuen Apothekenbetreiber eine entsprechend hohe Investition tätigen müssten. Wichtig ist hierbei, dass diese Markteintrittsbarriere durch den Regulierungsrahmen begründet ist, also staatlich geschaffen wurde, und nicht struktureller Natur ist, sich also nicht aus den technischen Eigenschaften des Gutes und den sonstigen Marktbedingungen ergibt.

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 in der Regel 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.

²⁰ Vgl. jeweils § 4 ApBetrO.

²¹ § 4 (7) ApBetrO.

²² Zur Definition von Markteintrittsbarrieren vgl. grundlegend *Bain* (1956), S. 3 und zur weiteren Konkretisierung vgl. *Bain* (1968), S. 8 sowie *von Weizsäcker* (1980). Zur zentralen industrieökonomischen Vorarbeit vgl. *Bain* (1949).

Im Hinblick auf die Einnahmen einer Apotheke und die Anzahl der gehandelten Medikamente ist jedoch das Anrühren von Arzneimitteln im Apothekenbetrieb nahezu bedeutungslos. Gleichzeitig ist festzustellen, dass auch die Qualitätsprüfung gelieferter Waren durch jeden Apotheker fragwürdig erscheint. Zum einen ist zweifelhaft, dass der Apotheker in der Lage ist, die Beipackzettel von 8.500 gelisteten Präparaten in 10.520 Darreichungsformen von 472 pharmazeutischen Unternehmen auf Aktualität prüfen zu können.²³ 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. Es liegen auch keine Statistiken darüber vor, wie oft eine Abweichung von der beschriebenen Qualität zutreffend festgestellt würde. Zusätzlich muss gesehen werden, dass bereits der Imageschaden des Pharmaunternehmens, das eine schlechte Qualität liefert, als nahezu irreparabel oder doch wenigstens mit immens hohen Kosten zu veranschlagen wäre. Das bedeutet, dass die Qualitätssicherung in jedem Pharmaunternehmen selbst bereits eine entscheidende betriebswirtschaftliche Komponente bildet, die notwendigerweise die Möglichkeiten eines einzelnen Apothekers übertreffen sollte. Gespräche mit Apothekern haben ergeben, dass bei einer abweichenden Messung in der Apotheke bei industriell erzeugten Medikamenten eher die Richtigkeit der Messung und die Qualität der Messinstrumente in Zweifel gezogen werden als die Qualität der Medikamente.

Den deutschen Apothekenmarkt kennzeichnen außerdem das Fremdbesitzverbot und das eingeschränkte Mehrbesitzverbot. Das Fremdbesitzverbot sagt aus, dass der Besitz einer Apotheke approbierten Apothekern vorbehalten ist.²⁴ Das Mehrbesitzverbot, oder genauer

²³ Vgl. hierzu z. B. die 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.

²⁴ Vgl. § 2 u. § 8 ApoG.

das seit 2004 geltende eingeschränkte Mehrbesitzverbot, ist eng mit dem Fremdbesitzverbot verknüpft.²⁵ Hier gilt aktuell, 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.²⁶ Begründet wird dies damit, dass nur auf diese Weise eine ausreichende Aufsicht durch den Apotheker gewährleistet werden kann.²⁷ Interessant ist 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 und das Anrühren von bestimmten Arzneimitteln könnten genauso gut, wenn nicht besser, zentral durchgeführt werden. Durch Kooperationen innerhalb eines Apothekenverbundes oder zwischen unabhängigen Apotheken könnten Größen- und Verbundvorteile realisiert und Kosten eingespart werden.

Apotheken können Versandhandel betreiben. Dies ist nicht nur für frei verkäufliche Arzneimittel statthaft, sondern auch für verschreibungspflichtige²⁸ und nicht-verschreibungspflichtige Präparate. Grundsätzlich muss eine Versandhandelslizenz beantragt werden. Von der Versandhandelsapotheke sind die sogenannten Hausapotheken bzw.

²⁵ Vgl. § 1 (3) u § 3 (5) ApoG; mehr hierzu vgl. *von der Schulenburg und Hodek* (2010).

²⁶ Vgl. § 2 (4) ApoG.

²⁷ Zusätzlich muss jeder Filialapotheke ein angestellter, approbierter Apotheker vorstehen.

²⁸ 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.

Apotheken mit Home-Service zu trennen.²⁹ Der Hauptunterschied hinsichtlich der Distribution ist, dass Hausapotheken das Medikament in eigener Regie zum Patienten bringen. Versandhandelsapotheken übertragen den Transport Logistikunternehmen. Daneben können Apotheken sogenannte Pick-Up-Stellen einrichten. Das bedeutet, dass etwa in einer ländlichen Gegend Patienten ihre Rezepte in einem Ladenlokal, beispielsweise einem Schreibwarenladen oder einem Drogeriemarkt, 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 für Patienten geschaffen wird, Arzneien zu beziehen. Die neuen Vertriebswege folgen zudem der Erkenntnis, dass nicht alle Patientengruppen den gleichen Beratungsbedarf haben. Patienten mit geringem Beratungsbedarf können dann das Internet nutzen, 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 wie Wegekosten und Opportunitätskosten der Zeit der Patienten.

Neben Logistikaufgaben wird die Beratung als Kernaufgabe von Apotheken angesehen. Hierbei ist anzumerken, dass der Mehrwert für den Patienten schwer messbar und von individuellen Befindlichkeiten abhängig ist. Viele Patienten, die Arzneimittel online bestellen, verzichten bewusst auf die Beratung. Der Anteil der Beratung ist bei Apotheken im Vergleich zu anderen Dienstleistern im Gesundheitswesen, wie etwa bei den niedergelassenen Ärzten, außerdem erheblich niedriger. Dies ergibt sich schon aus der Tatsache, dass der Patient in der Regel zunächst einen Arzt aufsucht, der eine Diagnose

²⁹ Hausapotheken zeichnen sich auch dadurch aus, dass diese normalerweise einen gesonderten Vertrag mit einer Krankenversicherung haben und weitere Services anbieten.

stellt und eine Therapie verordnet, im Zuge derer auch ein Arzneimittel anzuwenden 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 maßgeblichen Dienstleistung eines Arztes zu vergleichen. Auch verfügt der Apotheker in aller Regel nicht über dieselben Kenntnisse der individuellen Krankheitsgeschichte wie der Arzt. Für eine fehlerhafte Verschreibung ist daher der Arzt haftbar, nicht der Apotheker. Prozesse wegen Kunstfehlern gegen Apotheker sind daher auch nicht bekannt. Die Verantwortung für die korrekte Therapie und Medikation liegt daher beim Arzt und auch beim Patienten selbst. Die Verantwortung des Apothekers ist hier äußerst gering und besteht primär darin, auch tatsächlich das verschriebene Medikament bzw. den Wirkstoff an den Patienten abzugeben.

2.4 Grundzüge des Apothekenwettbewerbs

Apotheken stehen bereits heute in einem mehr oder minder intensiven Wettbewerb um Patienten.³⁰ Dieser Wettbewerb wird jedoch, zumindest bei den verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, nicht über den Preis ausgetragen, da (a) die Preisbildung stark reglementiert ist und (b) aufgrund des Versicherungsprinzips im momentanen System auch keine Preissensibilität der Patienten besteht. Ein ganz entscheidender Wettbewerbsparameter im Wettbewerb um Patienten ist der Standort einer Apotheke. Ein hoher Arzneimittelumsatz ist ceteris paribus insbesondere dort zu erwarten, wo entweder eine hohe Anzahl von Ärzten und daher auch eine hohe Anzahl von Patienten anzutreffen ist oder aus Gründen guter Erreichbarkeit ein hohes Aufkommen an Patienten erwartet werden kann (z. B. in

³⁰ Auf die Krankheitsquote oder die Art der Erkrankungen hat der Apotheker keinen direkten Einfluss. Somit ist die Gesamtnachfrage nach Arzneimitteln aus Sicht der Apotheken weitgehend exogen, da diese vor allem durch die verschreibenden Ärzte gesteuert wird.

Innenstädten oder Einkaufszentren). Ein beliebtes Geschäftsmodell ist daher auch die Ansiedlung einer Apotheke in einem Ärztehaus. Weitere Wettbewerbsparameter auf dem Apothekenmarkt sind neben dem Standort die Öffnungszeiten, der Umfang des vorrätigen Arzneimittelsortiments, Beratungsleistungen, die Freundlichkeit des Service, Zugaben von Hautcremes, usw.

Da in Deutschland keine formelle Beschränkung der Gesamtzahl an Apotheken besteht, ist davon auszugehen, dass Apotheken solange in den Markt eintreten, wie ein für einen Apotheker akzeptabler Gewinn erwirtschaftet wird bzw. erwartet werden kann. Ob es sich lohnt, an einem bestimmten Standort eine weitere Apotheke zu eröffnen oder aber eine Apotheke geschlossen werden muss, hängt einerseits von Kostenfaktoren ab und andererseits von den erwarteten Erlösen. Wichtigste Kostenpositionen sind Arzneimittelsortiment, Personalkosten, die Aufwendungen für Gerätschaften (z. B. für Labor, Rezeptur und Ladengeschäft) sowie die tatsächlichen oder kalkulatorischen Mieten für die Geschäfts- und Lagerräume.

Da in Innenstädten die Ärztedichte relativ hoch ist und somit in Apotheken aufgrund von 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 in Innenstädten zu erwarten, dass relativ viele Apotheken (pro Einwohner) anzutreffen sind. Die Apothekendichte sollte dort demnach 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 in kurzer Zeit 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.

Relativiert wird diese Tendenz durch die unterschiedlichen Mietniveaus für Ladenlokale. Im innerstädtischen Bereich, in dem die Mieten höher sind, muss tendenziell ein höherer Umsatz erwirtschaftet werden, um eine Apotheke verlustfrei führen zu können. Da allerdings mit höheren Umsätzen auch günstigere Einkaufskonditionen verbunden sind, ist dieser Zusammenhang nicht eindeutig.

Insbesondere im ländlichen, dünn besiedelten Raum ist davon auszugehen, dass die Anwesenheit von Ärzten im Ort darüber entscheidet, ob sich am selben Ort auch eine Apotheke tragen kann. Ohne die Verordnungen eines niedergelassenen Arztes vor Ort kann sich eine Apotheke zumeist nicht halten.

2.5 Distribution und Preisbildung auf dem Apothekenmarkt

Die Distribution von apothekenpflichtigen Arzneien erfolgt in Deutschland in der Regel in einem zweistufigen Prozess. Die Präparate gelangen von den Pharmaunternehmen über den Pharmagroßhandel in die Apotheken und dann zum Patienten. Allerdings können die Apotheken Arzneimittel auch direkt von der pharmazeutischen Industrie beziehen. Dies schließt auch die Bildung von Einkaufskooperationen ein.³¹ Darüber hinaus können Apotheken mit einer Großhandelslizenz³² selbst als Pharmagroßhändler auftreten, d. h. sie verkaufen Arzneimittel in ihrer Funktion als Großhändler an andere Apotheken weiter. 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 von einer

³¹ Als Beispiel seien hier die „Guten-Tag-Apotheken“ angeführt.

³² Pharmagroßhandelslizenzen müssen beantragt werden. Apotheken mit einer Großhandelslizenz werden im Apothekerjargon auch mehr oder minder liebevoll als „Schieberapotheken“ bezeichnet.

durchschnittlichen Apotheke (bezogen auf alle eingekauften Waren) 84 % vom Großhandel, 15 % im Direktkauf und 1 % in Kooperation eingekauft.³³

Tabelle 1: Das Preissystem für Pharmagroßhandel und Apotheken in Deutschland, GKV-Arzneimittel

Stufe Pharmahersteller			
1	HAP (EUR)	=	Herstellerabgabepreis (EUR)
Stufe Pharmagroßhandel			
2	AEP (EUR)	=	HAP (EUR) + Aufschlag (%; EUR)
		=	Apothekeneinkaufspreis (AEP in EUR)
Stufe Apotheken (GKV-Arzneimittel)			
3	AVP (EUR)	=	AEP (EUR)
			+ 3,00%
			+ 8,10 EUR -
			+ 19,00%
		=	Apothekenverkaufspreis (EUR)

Quelle: Eigene Darstellung nach Arzneimittelpreisverordnung (AMPV).

Die zulässigen Preisaufschläge auf der Stufe des Pharmagroßhandels und der Apotheken sind streng reglementiert. Tabelle 1 stellt das Preisbildungssystem für Apothekenverkaufspreise vor, wobei die Stufe des Pharmagroßhandels in Tabelle 2 näher erläutert wird.

Zunächst wird der Herstellerabgabepreis auf der Stufe der Pharmaindustrie festgelegt. Der Pharmagroßhandel kauft Produkte zum Herstellerabgabepreis (HAP) ein und schlägt diesem Preis einen Großhandelsaufschlag zu. Dadurch ergibt sich der Großhandelsverkaufspreis, der aus Sicht der Apotheken den Apothekeneinkaufspreis (AEP) bildet. als Großhandelsaufschläge sind prozentuale Aufschläge oder Pauschalen in Abhängigkeit von der Höhe des Herstellerabgabepreises vorgesehen. Die so berechneten Apothekeneinkaufspreise sind Grundlage der Berechnung des Apothekenverkaufspreises (AVP). Der Apotheker darf 3 % auf den Apothekeneinkaufspreis und gleichzeitig pauschal 8,10 EUR auf jede

³³ Vgl. Wirtz (2005).

Arzneimittelpackung aufschlagen. Dies gilt unabhängig von der Höhe des Einkaufspreises. Schließlich sind noch 19 % Mehrwertsteuer (MwSt.) auf den so berechneten Preis zu erheben und an den Fiskus abzuführen.

Auf dem Apothekenverkaufspreis beruht anschließend die Zuzahlung der gesetzlich versicherten Patienten³⁴, den die Apotheken als Finanzierungsbeitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung ungeschmälert weiterreichen. Die Apotheken bekommen durch die GKV den Apothekenverkaufspreis erstattet. Mit der Neuregelung des GKV-WSG zum April 2007 ist hiervon jedoch ein „Apothekenrabatt“ zwangsweise an die GKV abzuführen. Dieser betrug zunächst 2,30 EUR, sodass der Apotheker faktisch nur 5,80 EUR von den aufgeschlagenen 8,10 EUR behalten konnte. Der Apothekenrabatt wurde mit für die Apotheken gewinnerhöhender Wirkung für die Jahre 2009 und 2010 zunächst auf 1,75 EUR gesenkt und zum 1. Januar 2011 dann auf 2,05 EUR für die kommenden zwei Jahre festgelegt.

Zum 1. Januar 2011 hat sich im Hinblick auf die möglichen Großhandelsrabatte durch das Arzneimittel-Neuordnungsgesetz (AMNOG) eine Änderung der Höhe nach ergeben, die jedoch qualitativ zu keiner systematischen Veränderung der bisherigen Regelungen führt. Die neue Systematik auf der Ebene des Großhandels ist in Tabelle 2 dargestellt und den in 2009 und 2010 geltenden Zuschlägen gegenüber gestellt.

³⁴ Die folgenden Berechnungen gelten in den meisten Fällen ausschließlich für gesetzlich Versicherte. Ebenso beziehen sich die Berechnungen der Einsparpotenziale der Reform auf GKV-Versicherte. Private Krankenversicherungen regeln mögliche Zuzahlungen individuell und werden hier als die Versicherung von nur 10% der deutschen Bevölkerung ignoriert.

Tabelle 2: Die Preisauflagsystematik gemäß AMNOG

Stufe Pharmagroßhandel							
HAP (EUR)		Aufschlag		AEP (EUR) ab 01.01.2011 bei vollem Aufschlag		AEP (EUR) bis 31.12.2010 bei vollem Aufschlag	
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).

Die bisherigen stufenweise geltenden prozentualen und absoluten Großhandelsaufschläge (Grundlage der Spalten 7 und 8) werden durch eine generelle, vom Herstellerabgabepreis (HAP) unabhängige Regelung ersetzt. Demnach wird nun ein Aufschlag von 1,7 % auf den HAP und ein fixer, d. h. ein vom HAP unabhängiger Zuschlag von 0,60 EUR erhoben. Die Aufschläge auf der Ebene der Apotheken bleiben erhalten.

Bislang sind in die Berechnungslogik noch keine Rabatte zwischen Großhandel und Apotheken integriert worden. 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 ausgehandelte Rabattverträge der Apotheken mit ausgewählten Herstellern über einzelne Wirkstoffe senken jedoch die tatsächlich gezahlten Preise an die Hersteller. Diese Verhandlungsgewinne verbleiben bei den Apothekern.

Die Rabattregelung ist wettbewerbsökonomisch fraglich, da die Rabatte ausschließlich den Apotheken zufließen. Lediglich über den administrierten Zwangsrabatt werden die Apotheken gezwungen, die Krankenversicherungen an ihren Verhandlungsgewinnen zu beteiligen. Allerdings werden diese nicht in Abhängigkeit vom Verhandlungserfolg

gewährt, sondern sind als mengenbezogene Pauschalen abzuziehen. Inwiefern eine andere Teilungsregel zwischen Apotheken auf der einen und Versicherung auf der anderen Seite ökonomisch sinnvoll ist, ist davon abhängig zu machen, welcher Mehraufwand durch Rabattverhandlungen bei den Apothekern anfällt und welcher finanzielle Anreiz einem Apotheker für preissenkende Rabattverhandlungen eröffnet werden soll. In Deutschland erscheint eine Teilungsregel über die ausgehandelten Rabatte insbesondere auch deswegen notwendig, weil Apotheker gegenüber den Endkunden keine Rabatte gewähren dürfen, daher die Beitragszahler der GKV beim Arzneimittelkauf nicht direkt durch den Apotheker beteiligt werden dürfen.

Zur Berechnung des durchschnittlichen Umsatzes bzw. des durchschnittlichen Gewinns einer Apotheke wird auf Angaben des ABDA und auf eigene Recherchen unter Apothekern zurück gegriffen. Im Jahr 2009 hat es insgesamt 21.548 Apotheken in Deutschland gegeben.³⁵ Der Umsatz im Apothekensektor hat im gleichen Jahr bei 39,2 Mrd. EUR (ohne MwSt.) gelegen. Damit hat der Umsatz im Jahr 2009 im Durchschnitt pro Apotheke 1,82 Mio. EUR (ohne MwSt., inkl. MwSt.: 2,16 Mio. EUR) betragen.

Ein realistischer, praxisnaher Apothekergewinn kann daher mit Hilfe der Richtsatzsammlung der Finanzämter abgeschätzt werden. In der Richtsatzsammlung werden Prozentsätze angegeben, die das Finanzamt als realistische Größe(n) für den Gewinn bei gegebenem Umsatz ansieht.³⁶ Hierbei wird unterschieden zwischen Roh- und Reingewinn. Der Rohgewinn wird im Prinzip ermittelt als Warenverkauf abzüglich des Wareneinsatzes. Weitere Betriebsausgaben, wie Personalkosten, Mieten oder Fahrzeug-

³⁵ Vgl. ABDA (2010), S. 4.

³⁶ 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.

kosten werden beim Reingewinn zusätzlich berücksichtigt, der damit den Gewinn der Apotheke bzw. des Apothekers vor Steuern bedeutet. Der Reingewinn beträgt laut Richtsatzsammlung 5 bis 13 % und im Durchschnitt 9 %.³⁷ Dies bedeutet einen durchschnittlichen Reingewinn über alle 21.548 Apotheken, also 9 % von 46.65 Mrd. EUR (inkl. MwSt.), in Höhe von 4,2 Mrd. EUR, der den Unternehmerlohn abzüglich der Steuern abdeckt.³⁸ Im Durchschnitt ist dies somit ein Betrag von 195.000 EUR pro Apotheke. In diese Berechnungen sind jedoch auch die großen Versandhandelsapotheken mit teilweise mehreren Hundert Mitarbeitern einbezogen. Auf der anderen Seite entstehen den Apotheken Gesamtkosten von 35 Mrd. EUR (46,65 Mrd. EUR Gesamtumsatz abzüglich MwSt. und Durchschnittsumsatzrendite von 9 %).

2.6 Die Struktur des deutschen Apothekenmarktes

Der deutsche Apothekenmarkt ist durch eine nahezu konstante Zahl an Apotheken charakterisiert. Das bei jedem Reformschritt gebetsmühlenartig prognostizierte Apothekensterben³⁹ ist bisher nicht erkennbar.⁴⁰ Auch die teilweise getätigte Behauptung, dass nicht wenige Apotheken schon länger rote Zahlen schreiben,⁴¹ passt nicht zu dem Befund, dass die Apothekenzahl seit nunmehr zehn Jahren nahezu konstant ist, wie Abbildung 1 deutlich

³⁷ Diese durchschnittlichen Werte wurden uns sowohl von Versandhandels- als auch von Einzelapothekern bestätigt.

³⁸ Es wird nur die durchschnittliche Apotheke zur Berechnung des Reingewinns betrachtet. In unserer Analyse zu Kosteneinsparpotenzialen in Abschnitt 3 wird eine schließungsgefährdete Apotheke unterstellt, die typischerweise niedrigere Umsätze aufweist.

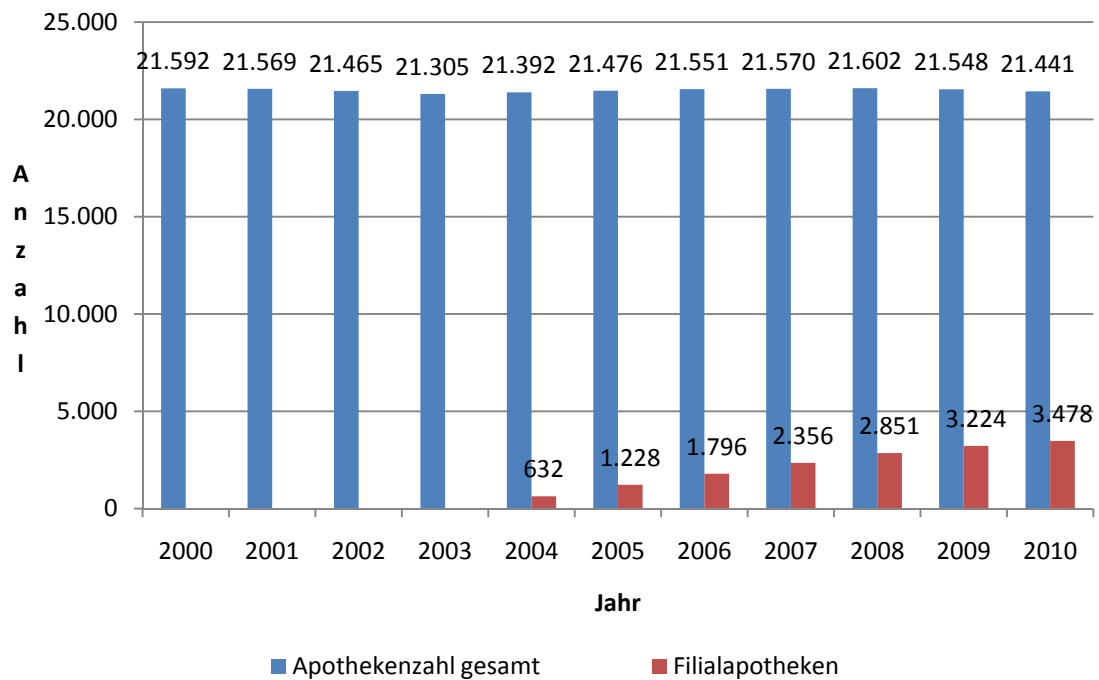
³⁹ So warnte die ABDA (2002), „dass bei Einführung eines Versandhandels mit Arzneimitteln ein massives Apothekensterben die Folge wäre.“ Bellartz (2004) berichtet, dass „bis zu einem Drittel der Marktteilnehmer in den nächsten Jahren das Aus drohe“. Ähnlich berichtet das Ärzteblatt (2006), dass „Deutschland (...) nach Ansicht des Gesundheitsexperten Eberhard Wille vor einem massiven Apotheken-Sterben [stehe].“

⁴⁰ Das Bundesministerium für Gesundheit (2006) hat dies ebenfalls angemerkt und dazu schon 2006 eine Pressemitteilung herausgegeben, in der es heißt: „Seit 1989 begleiten die Apotheker Reformen im Gesundheitswesen mit massiven Protesten und der Drohung mit massiven Apothekenschließungen. Tatsächlich jedoch fand dieses ‚Apothekensterben‘ nie statt.“

⁴¹ So taucht immer wieder die Behauptung auf, dass „gut ein Drittel der Apotheken in den roten Zahlen sind und sich in ihrer Existenz bedroht sehen“, so. z.B. Arlt (2008).

zeigt. Die absolute Zahl der Apotheken im Zeitraum von 2000 bis 2009 hat stets um etwa 21.500 Apotheken gelegen.

Abbildung 1: Apothekenzahl und Filialapotheken in Deutschland von 2000 bis 2010



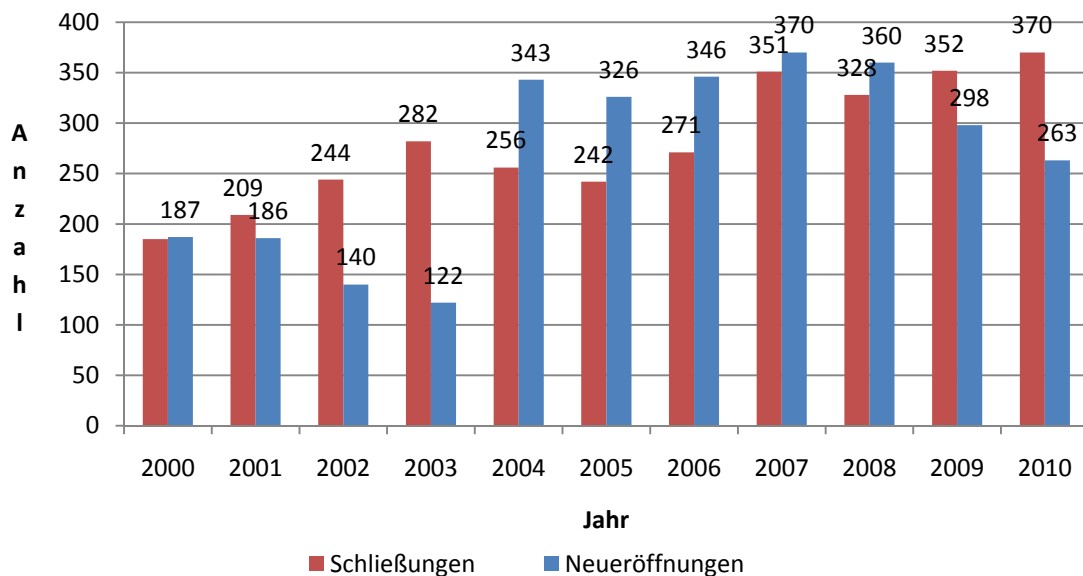
Quelle: Eigene Darstellung nach Angaben der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA).

Abbildung 1 gibt zudem Auskunft über die Zahl der Filialapotheken. Seit 2004 das Mehrbesitzverbot gelockert worden ist, indem der Besitz von bis zu drei Filialapotheken neben der Hauptapotheke gestattet wurde, hat die Zahl der Filialapotheken von 632 auf insgesamt 3478 im Jahr 2010 zugenommen. Damit ist der Anteil der Filialapotheken an allen Apotheken auf 16,2 % im betrachteten Zeitraum angewachsen.

Abbildung 2 zeigt die Zahl der Neueröffnungen und Schließungen im Apothekensektor. Es wird deutlich, dass von 2001-2003 sowie 2009 und 2010 die Zahl der Schließungen die der

Neueröffnungen übertroffen hat. In den Jahren 2004-2008 war das Verhältnis umgekehrt, d. h. die Neueröffnungen haben im Vergleich zu den Schließungen überwogen.⁴²

Abbildung 2: Neueröffnungen und Schließungen von Apotheken in Deutschland zwischen 2000 und 2010



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

Haucap et al. (2011) haben mit Hilfe des Betriebs-Historik-Panels des Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) der Bundesagentur für Arbeit, der INKAR-Datenbasis, Daten des Statistischen Bundesamts und des Bundesapothekenregisters⁴³ die Schließungswahrscheinlichkeit von Apotheken untersucht und dafür relevante Eigenschaften der Kreise sowie der einzelnen Apotheken identifiziert.⁴⁴ Dabei zeigt sich, dass demografische und geografische Faktoren (BIP pro Einwohner, Anteil der über 65-jährigen, Bauland-

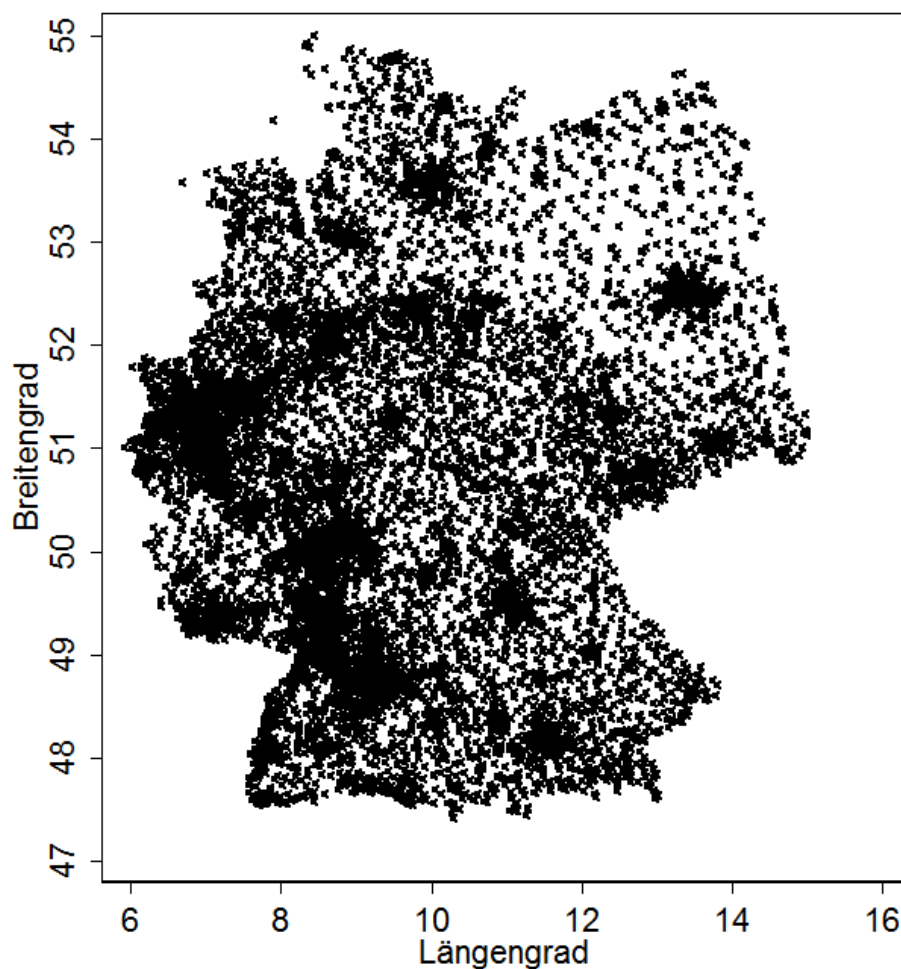
⁴² Bei Abschluss des Aufsatzes lagen noch keine Daten für das Jahr 2011 vor. Insofern war nicht zu klären, ob hier eine wirkliche Trendumkehr vorliegt oder nicht.

⁴³ Letzteres wird benutzt, um Wettbewerbsindikatoren auf Postleitzahlebene und die regionale Apothekendichte zu bestimmen, da das Register die Adressen aller deutschen Apotheken enthält.

⁴⁴ Es sind heteroskedastierobuste Probit-Modelle mit Bundesland- und Zeitdummies geschätzt worden, um unbeobachtbare Effekte der Bundesländer oder gemeinsame Entwicklungen über die Zeit, wie Reformen, die alle Apotheken betreffen, herauszurechnen.

preise, Ländlichkeit) für die Schließungswahrscheinlichkeit und den erfolgreichen Betrieb einer Apotheke weniger wichtig sind als apothekenspezifische Faktoren. So erhöhen der Anteil der älteren Beschäftigten und eine hohe Durchschnittsentlohnung der Beschäftigten (also hohe Personalkosten) die Schließungswahrscheinlichkeit, während eine große Zahl Beschäftigter sowie ein höherer Anteil geringfügig Beschäftigter die Schließungswahrscheinlichkeit senken.

Abbildung 3: Geografische Übersicht aller deutschen Apotheken 2008



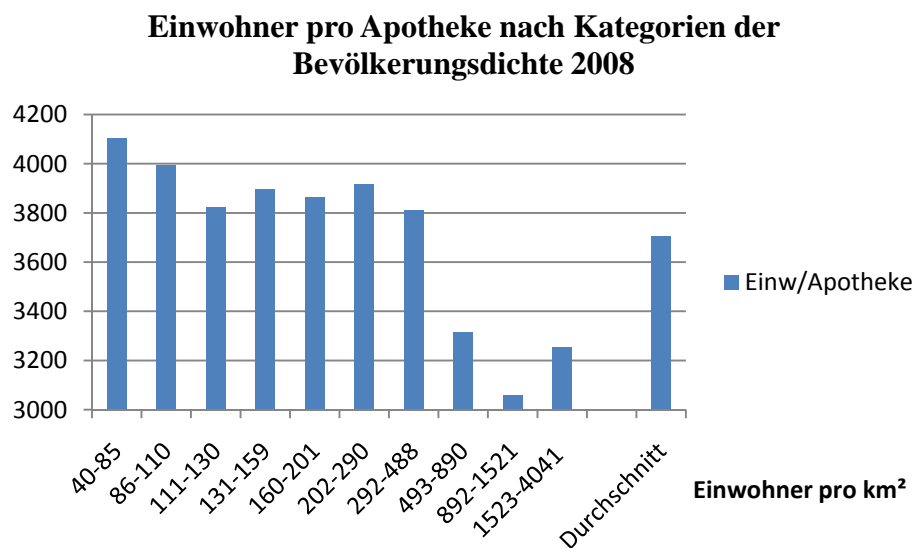
Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Adressdaten des Bundesapothekenregisters.

Insgesamt unterliegt der deutsche Apothekenmarkt einer geringen Dynamik, die Zahl der Neueröffnungen und Schließungen nimmt jedoch tendenziell zu. Hierbei spielt die Lockerung des Mehrbesitzverbotes zum Jahre 2004 eine erhebliche Rolle.

Im Hinblick auf die Determinanten der Neuansiedlung und Schließung von Apotheken lässt die grobe Betrachtung der räumlichen Apothekenverteilung in Deutschland anhand von Abbildung 3 zunächst nur den oberflächlichen Schluss zu, dass vergleichsweise dicht besiedelte Regionen auch mit Apotheken dicht besiedelt sind.

Von Interesse ist jedoch auch, ob ein Zusammenhang zwischen Einwohner- und Apothekendichte besteht. Anders ausgedrückt lautet die Frage, ob beispielsweise in dichter besiedelten „städtischen“ Regionen weniger Einwohner je Apotheke versorgt werden als in dünner besiedelten ländlichen Regionen. Eine hohe Apothekendichte ist dadurch gekennzeichnet, dass die Zahl der Apotheken je Einwohner vergleichsweise groß ist. Einen ersten Aufschluss über den Zusammenhang zwischen Einwohnerdichte und Apothekendichte bietet Abbildung 4.

Abbildung 4: Einwohner pro Apotheke auf Kreisebene nach Kategorien der Bevölkerungsdichte als Einwohner pro km² mit 41-46 Kreisen pro Dezentil im Jahr 2008



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

Es ist zu erkennen, dass es einen negativen Zusammenhang zwischen der Einwohnerzahl pro Apotheke und der Bevölkerungsdichte in Deutschland gibt. In dicht besiedelten Regionen ist es daher interessanter, eine Apotheke zu führen. Dies hat auch 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. Die Apotheken übertreffen dort mit über 3600 Einwohnern pro Apotheke im Durchschnitt jene Einwohnerzahl, die nach eigenen Recherchen für den profitablen Betrieb einer Apotheke branchenüblich notwendig sind. Eigene Befragungen von Apotheken haben ergeben, dass etwa 3.000 Einwohner eine Apotheke frequentieren müssen, damit die Apotheke wirtschaftlich geführt werden kann.⁴⁵

Bei der bisherigen Betrachtung 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. In Haucap et al. (2011) sind im Rahmen einer multivariaten Regressionsanalyse deshalb die Faktoren untersucht worden, die für die Apothekendichte verantwortlich sind und die sich stark über die Kreise in Deutschland unterscheiden. Die zwei geschätzten Modelle (ein einfaches lineares Modell für das Jahr 2008 und ein Panel-Modell mit fixen Effekten über die Jahre 2006-2008) zeigen, dass die Apothekendichte auf Kreisebene durch demografische und regionale Faktoren erklärt werden kann. Es wird deutlich, dass eine Steigerung der Zahl der Ärzte und des Anteils der über 65-jährigen an allen Einwohnern des Kreises eine

⁴⁵ Von den Befragten wurde angegeben, Übernahmen oder Aufkäufe von Apotheken seien nur bei einem Einzugsgebiet von über 2800 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 2800 Einwohner) noch betrieben würden.

Steigerung der Apothekendichte bedeutet.⁴⁶ Analog zu unseren verbal theoretischen Ausführungen zeigt sich, dass die Apothekendichte in dicht besiedelten Regionen (gemessen als Einwohner/km²) höher (weniger Einwohner pro Apotheke) ist als in ländlicheren Regionen. Es folgt, dass eine Ansiedlung in Ballungsräumen für Apotheken wirtschaftlich interessant ist.

2.7 Zwischenfazit

Es ist davon auszugehen, dass auch bei Apotheken grundsätzlich eine Gewinnerzielungsabsicht bzw. ein Gewinnmaximierungsziel unterstellt werden kann.⁴⁷ Die Lage der Apotheke bestimmt maßgeblich die Frequentierung und damit den Kundendurchsatz. Für den Apotheker ist nicht nur die Zahl an Kunden, sondern auch der durchschnittliche Gewinn pro Kunde 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.

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. Zwar

⁴⁶ Eine geringe Apothekendichte soll bedeuten, dass mehr Einwohner durch eine Apotheke bedient werden, es also weniger Apotheken pro Einwohner gibt, der Wettbewerb unter den Apotheken also schwächer wird.

⁴⁷ Vgl. *Monopolkommission* (2010, Tz. 51).

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 Mitglieder der GKV 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 GKV wirken.

3 Analyse einer wettbewerblichen Ausrichtung

3.1 Optionen für mehr Wettbewerb auf dem Apothekenmarkt

Zur wirkungsvollen Stärkung des Wettbewerbs ist über geeignete Instrumente zu diskutieren. Hierbei sind zum einen sogenannte Selektivvertragsmodelle beachtenswert, also 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 zu intensivieren. Hiernach soll eine Apothekentaxe eingeführt werden, die die Apothekerleistung vergütet. Damit wäre das beschriebene bisherige Vergütungssystem hinfällig.

Im Vergleich von Selektivverträgen und einer Apothekentaxe ist zunächst zu sehen, dass mit selektiven Verträgen ein Systembruch vollzogen würde. Ein konsequentes wettbewerbliches Selektivvertragssystem würde erfordern, dass zum einen eine Abkehr von einem

ungeschmälerten Zugang der Versicherten zum Angebot aller Leistungsanbieter vonnöten wäre. Die Versicherung müsste vom Prinzip her ihre Versicherten daran hindern können, Leistungen auch bei dritten, nicht mit der Versicherung verbundenen Apotheken wahrzunehmen. Dies widerspricht dem in Deutschland immer noch weitestgehend ungebrochenen Prinzip der freien Anbieterwahl durch den Patienten. Zum anderen wäre auch die Abkehr vom Prinzip des einheitlichen Beitragssatzes in der GKV notwendig, zu dem der Gesetzgeber erst 2007 zurückgekehrt ist. 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.⁴⁸ 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 der für eine konsequente Umsetzung von Selektivverträgen der notwendige Systembruch relativ groß ist, 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

⁴⁸ Vgl. hierzu *Baake, Kuchinke und Wey* (2010).

chronisch erkrankte Patienten. Diese verfügen über einen in der Regel planbaren, wiederkehrenden Versorgungsbedarf, haben jedoch 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 die individuelle Beratungsleistung seiner Apotheke selbst meist besser als eine Krankenversicherung beurteilen.

Der Vorschlag der Monopolkommission geht dagegen 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 an 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. Einen Überblick über die Regelungen heute und bei Einführung einer Apothekentaxe bietet Tabelle 3.

In den Zeilen 2 bis 4 wird die 2011 gültige Regelung angegeben. Insbesondere sind hier die Zuzahlungen der Patienten und die Zahlungen der GKV an die Apotheke aufgeführt. Diese Regelungen würden bei Einführung der Apothekentaxe sämtlich wegfallen, und es würde nur das gelten, was in der letzten Zeile aufgeführt ist: Eine Apothekentaxe in Höhe von bis zu 10 EUR, die der Patient zu bezahlen hat. Der Vorschlag der Monopolkommission (2010) soll im Folgenden weiter ausgearbeitet werden.

Tabelle 3: Vergleich der Finanzierungssysteme heute und laut Reformvorschlag

AVP in Euro	Zuzahlung (Z) des Versicherten an GKV in EUR	Leistung der GKV an Apotheke in EUR (ohne MwSt., inkl. Zwangsrabatt von 2,05 EUR)	Zahlung des Versicherten an Apotheke in EUR (inkl. MwSt.)
Allgemein	$\min\{AVP, \max[5, \min[10\% AVP, 10]]\}$	3% AEP+8,10-2,05	-
Beispiele AVP<5 5<AVP<50 50<AVP<100 100<AVP<131,67 AVP>131,67	Z=AVP (0, wenn befreit) Z=5 (oder 0) Z=10% AVP (oder 0) Z=10 EUR (oder 0) Z=10 EUR (oder 0)	AVP 6,05-7,55 7,55-9,05 9,05-10,00 > 10,00	
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

Quelle: Eigene Darstellung. AVP = Apothekenverkaufspreis, Stand: 1. Januar 2011.

Die Zuzahlung der Patienten ist heute gestaffelt, d. h., wenn ein Patient nicht vollständig zuzahlungsbefreit ist, zahlt dieser mindestens den AVP (wenn dieser niedriger ist als 5 EUR), maximal aber 10 EUR zu. Hierbei gilt die Regel, dass Patienten bei Medikamenten mit einem Apothekenverkaufspreis (AVP) von 5 bis 50 EUR immer 5 EUR zuzahlen. Liegt der Preis über 50 EUR, aber unter 100 EUR, dann zahlt der Patient immer 10 % des Preises aus eigener Tasche. Ist das Medikament teurer als 100 EUR, beträgt die Zuzahlung immer 10 EUR.

Die GKV seit dem 1. Januar 2011 zusätzlich zu Mehrwertsteuer und Apothekeneinkaufspreis zwischen 6,05 EUR und 6,05 EUR+3 % von 50 EUR= 7,55 EUR an den Apotheker bei einem Medikament mit einem AVP von 50 EUR zahlt. Bei einem Medikament, das z.B. 1.000 EUR kostet, steigt der Betrag auf 6,05 EUR+3 % von 1000 EUR = 36,05 EUR.

Die GKV zahlt also mehr als 10 EUR, sobald das Medikament mehr als 131,67 EUR kostet.

Beide Zahlungen, also die Zuzahlung des Patienten an die GKV wie auch die Zahlung der GKV an den Apotheker werden im Vorschlag der Monopolkommission durch die Taxe ersetzt. D. h. also, dass bei diesem Reformvorschlag nicht nur die fixe Zahlung von 6,05 EUR, sondern auch die sogenannte Logistikpauschale von 3 % auf den Apothekeneinkaufspreis (AEP) entfällt. Die Taxe wird vom Patienten an den Apotheker abgeführt und ist bei 10 EUR gedeckelt. Für den Patienten ändert sich also bei Kauf eines Medikamentes zunächst einmal nichts, denn er ist gewohnt, eine Zuzahlung zu leisten.

Der Vorschlag beinhaltet ferner, dass die Apothekentaxe vom Apotheker festzulegen ist. Die Höhe der Apothekentaxe muss in der Apotheke veröffentlicht werden (Preisauszeichnungspflicht), sie darf nicht nach Kunden differenziert werden (gleiche Taxe für zuzahlungsbefreite Versicherte), darf jedoch regelmäßig geändert („Nacht- und Wochenendzuschläge“ sind zulässig) und nach Medikamenten differenziert werden.

Bei einer Deckelung der Taxe auf 10 EUR heißt das für den Apotheker, dass er für Medikamente mit einem $AEP > 131,67$ EUR weniger bekommt als zuvor. Dies ist unkritisch, da 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. Die Deckelung für die Apotheker ist nicht 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.

Zunächst bringt der Reformvorschlag einen Nachteil für Apotheker, die vor allem hochpreisige verordnete Arzneimittel verkaufen. Zahlen der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) aus 2009 ist zu entnehmen, dass Arzneimittel mit Festbetrag

(67 % der verkauften Packungen) im Schnitt ca. 24 EUR und ohne Festbetrag (33 % der verkauften Packungen) ca. 75 EUR gekostet haben. 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 $\frac{2}{3} \cdot 6,77 \text{ EUR} + \frac{1}{3} \cdot 8,30 \text{ EUR} = 7,28 \text{ EUR}$ (inkl. MwSt.) betragen. Dieser Betrag bildet die absolute Höchstgrenze ab, die sich auf dem Markt durchsetzen wird, da davon auszugehen ist, dass der höhere Wettbewerb zu höherer Effizienz und niedrigeren Gewinnen führt als heute.

Dies gilt umso mehr, wenn die Bemessungsgrundlage für die Apothekentaxe um die etwa 100.000 Hilfsmittelpackungen jährlich erweitert wird, die in den Arzneimitteln „im weiteren Sinne“ enthalten sind. Dann kann – über die effektiven Ausgaben für Arzneimittel pro GKV-Mitglied (ohne Zuzahlungen sowie gesetzliche Hersteller- und Apothekenabschläge) in 2009 von 549,80 EUR für im Schnitt 15,47 verordnete Arzneimittel und einem Anteil der Apotheke von 14,9 % – ein durchschnittlicher Betrag von $549,80 \text{ EUR} / 15,47 \cdot 14,9 \% = \sim 5,27 \text{ EUR}$ (ohne MwSt.) bzw. 6,27 EUR (inkl. MwSt.) bestimmt werden, 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.

Ad (a): Zum Erhalt der Steuerungswirkung der Zuzahlungsbefreiung auf die Preissetzung der Hersteller sollten die GKVen ihren Mitgliedern eine festzulegende Prämie (z.B. 5 EUR) nachträglich auf Einsenden der Quittung erstatten, wenn der Patient ein heute zuzahlungsbefreites, besonders günstiges Arzneimittel wählt. Liegt die Apothekentaxe 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 entfaltet. Würde die GKV die vollständige Taxe direkt übernehmen (der Patient zahlt nichts), dann hätte der Patient keinen Anreiz, eine günstige Apotheke zu wählen.

Ad (b): Zuzahlungsbefreite Versicherte (immerhin 6,8 Mio. in Deutschland) bleiben weiterhin zuzahlungsbefreit. Sie müssen aus den oben genannten Gründen 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 Apothekentaxe 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.

3.2 Kernfragen und Vorgehensweise

Die Einführung der Apothekentaxe stärkt den Wettbewerb zwischen den Apotheken und stellt den Apotheken einen Preis für ihre Leistung als Wettbewerbsparameter zur Verfügung. Wettbewerb belohnt dann diejenigen Apotheken, die effizient sind, und sanktioniert solche, die ineffizient sind. Nun ist von Interesse, welche Kosten bei einer Apothekenschließung eingespart werden können. Da der Umsatz für Arzneimittel in Deutschland weitestgehend unabhängig ist von der Zahl und der Effizienz der Apotheken, können bei einer Schließung die zur Befriedigung der Nachfrage aufgewandten 70 bis 75 % der Umsätze, die auf den Umschlag von Arzneimitteln entfallen, nicht gespart werden. Diese werden lediglich auf andere Apotheken umverteilt. Jedoch können

Fixkosten für Labor und Rezeptur, Mietkosten für die Räumlichkeiten und Personalkosten in Höhe von insgesamt etwa 20 % der Umsätze der schließenden Apotheke eingespart werden. Auf dieser Basis sollen dann letztendlich die Gesamtkostenersparnis berechnet sowie die Umverteilungswirkungen der Reform diskutiert werden.

Weiterhin haben Haucap et al. (2011) untersucht, wie hoch die Gesamtkostenersparnis bei Umsetzung des Reformvorschlages ist und welcher Art die Umverteilungseffekte sind. Es wurden auf Basis von Vergangenheitsdaten die Effekte der Reformvorschläge auf die Ausgaben für Beschäftigte, Immobilien und Ausstattung berechnet. Eine Ersparnis ist hierbei aus der Reduktion der Beschäftigten pro durch die Reform zusätzlich induzierter Schließung und insgesamt für die oben genannten Jahre errechnet worden. Die Annahme, dass heute gefährdete Apotheken den gefährdeten Apotheken der Zukunft ähnlich sind, ist eine vereinfachende Annahme, die die Berechnungen ermöglicht. Dabei ist 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 können.

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 für den konkreten Einzelfall natürlich nicht, dass genau diese Apotheke und nicht eine andere Apotheke betroffen ist. Dies liegt insbesondere daran, dass nicht für jede einzelne Apotheke das unternehmerische Potenzial abgeschätzt wurde, das bislang ungenutzt ist und sich erst durch die Reform entfalten wird. Dieses unternehmerische Potenzial 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.

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. Berücksichtigt werden die Jahre 1999 bis 2008, wobei die niedrigste regionale Gliederung die Kreisebene ist.

Des Weiteren werden Informationen der ABDA (2010) über Arzneimittelpreise, Umsatzverteilung auf Arzneimittelgruppen, Wertschöpfungsanteil der Apotheken an Arzneimittelkosten, Kosten pro GKV-Versichertem usw. verwendet. In persönlichen Gesprächen mit Apothekern, einem Versandhandelsverband und einem Großhandelszusammenschluss sind diese Angaben über die Umsatzverteilung, die Kostenverteilung auf Personal, Ausstattung und Miete, über Gewinnmargen und mögliche Ineffizienzen im täglichen Betrieb bestätigt worden und fließen in die Berechnungen ein.

3.3 Szenarien

Mithilfe der Informationen können nun die Effekte der Reformvorschläge simuliert werden (Ceteris-Paribus-Annahme). Dabei sind insgesamt drei Szenarien berücksichtigt worden.

Szenario I (schwache Wettbewerbswirkung)

In diesem Szenario wird angenommen, dass 500 Apotheken zusätzlich zur regelmäßigen Fluktuation schließen. Vereinfachend wird davon ausgegangen, dass 100 % der Personal-

kosten sowie Fixkosten und Miete eingespart werden können. Unternehmergewinne in Höhe von 50.000 EUR entfallen und stellen daher ebenfalls Einsparungen dar. Ersparnisse durch eine systematische Steigerung der produktiven Effizienz in den bestehenden Apotheken werden dagegen nicht weiter berücksichtigt. Ansonsten wird davon ausgegangen, dass die Zuzahlungsbefreiung der ca. 6,8 Mio. GKV-Versicherten in 2008 (davon 6,4 Mio. chronisch Kranke) bestehen bleibt. 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)

In diesem Szenario wird unterstellt, dass 1000 Apotheken (etwa 5 % aller deutschen Apotheken) zusätzlich zur regelmäßigen Fluktuation schließen. Ansonsten gelten die Annahmen wie in Szenario I.

Szenario III (starke Wettbewerbswirkung)

Durch den mit der Apothekentaxe verbundenen höheren Wettbewerbsdruck kommt 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. Insgesamt führt diese Annahme zu einer Senkung der Gesundheitskosten in Höhe von 237 Mio. EUR. Ansonsten gelten die Annahmen wie in Szenario II.

3.4 Ergebnisse

Die Berechnungen für die verschiedenen Szenarien zeigen, dass jährlich zwischen 105 Mio. EUR und 448 Mio. EUR eingespart werden können, wenn zusätzlich zur regelmäßigen Fluktuation durch die Erhöhung des Wettbewerbs weitere 500 bzw. 1.000 Apotheken schließen. Die Ergebnisse werden in Tabelle 4 zusammengefasst:

Tabelle 4: Berechnung der Kostenersparnis durch die Reform für die drei Szenarien

	Szenario I	Szenario II	Szenario III
Arbeitskosten pro Apotheke (am unteren Rand) in EUR ¹	127.000	127.000	127.000
(kalkulatorische) Miete und Ausrüstungskosten in EUR ²	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 ³	0	0	237 Mio.
Gesamt in EUR	105 Mio.	211 Mio.	448 Mio.

Quelle: Eigene Berechnungen.

Die schließenden Apotheken werden eher in wettbewerbsstarken städtischen Regionen bzw. kreisfreien Städten mit einem geringen Anteil an über 65-jährigen liegen und kleiner sein als die durchschnittliche Apotheke. Aus den Vergangenheitsdaten ist zu sehen, dass Landapotheken, die eine große Zahl an verstreut lebenden Patienten versorgen, schon heute typischerweise nicht gefährdet sind. Wie dargestellt, verstärkt die Apothekentaxe die Position dieser Apotheken und intensiviert den Wettbewerb in Regionen mit einer hohen Apothekendichte, also wenig Einwohnern pro Apotheke, die durch die ineffiziente Duplikation von Fixkosten durch eine Doppelung des Angebotes geprägt sind.

Die Verteilungswirkungen der Apothekentaxe lassen sich für eine grobe Annäherung in der folgenden Weise abschätzen: Die bisherigen Finanzierungsmodalitäten für die deutschen Apotheken bedeuten nach den Zahlen der ABDA für 2009 bei einer errechneten Gesamtzahl von 792,64 Mio. GKV-Arzneimittelpackungen⁴⁹ und GKV-Ausgaben für Apothekendienstleistungen (ohne MwSt.) in Höhe von 4,18 Mrd. EUR eine 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.) 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 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 unterstellte schwache Wettbewerbsentwicklung zu einer Absenkung des durchschnittlich erforderlichen Finanzierungsbeitrags je Medikament um 0,13 EUR (ohne MwSt.), die moderate Wettbewerbswirkung zu 0,27 EUR (ohne MwSt.) und die starke Wettbewerbsentwicklung zu 0,57 EUR (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.

⁴⁹ Enthalten sind Fertigarzneimittelpackungen, Rezepturen, Verband- und Hilfsmittel.

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.

Für die Verbraucher sieht die beschriebene Entwicklung nur auf den ersten Blick problematisch aus: Durch Medikamentenzuzahlungen haben die gesetzlich Versicherten nach Angaben der ABDA im Jahr 2009 mit insgesamt 1,7 Mrd. EUR zusätzlich zu ihren einkommensabhängigen Mitgliedsbeiträgen zur Finanzierung der GKVen beigetragen. 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 GKVen 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 unkompensierten 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 Mehrleistungsdifferenz von den Krankenversicherungen an die Verbraucher über zuzahlungsbefreite Medikamente und an zuzahlungsbefreite 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 Wettbewerbsswirkung), 211 Mio. EUR (moderate Wettbewerbsswirkung) oder 448 Mio. EUR (starke Wettbewerbsswirkung) 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 Gewinnsteigerungspotenziale. 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. Die durch das AMNOG begründeten Veränderungen der Apothekenfinanzierung können daher kritische Auswirkungen auf die

Finanzsituation einzelner Apotheken haben. Der betrachtete Politikvorschlag zur Reform der bisher durch die GKV erbrachten Finanzierungsbeiträge für Apotheken ist jedoch unabhängig von den Finanzströmen zwischen Apotheken und dem Großhandel. Im hier unterbreiteten Vorschlag wird zentral auf die Beziehung der Apotheken zu den Patienten abgezielt und mithin auf eine aus Patientensicht anreizgerechte Ausgestaltung der Apothekenfinanzierung abgestellt.⁵⁰

4 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. Vor dem Hintergrund dieser Kostenentwicklung liegt im vorliegenden Beitrag der Schwerpunkt auf der Analyse von Effizienz- und Einsparpotenzialen, 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 bietet 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

⁵⁰ Neben kostensparenden Effekten der Reform sind qualitätserhöhende Effekte zu erwarten, die jedoch schwer messbar sind und deshalb an dieser Stelle nicht weiter diskutiert werden sollen. Dass es darüber hinaus keinen Konflikt zwischen einer wettbewerblichen Ausrichtung im Gesundheitswesen und anderen, etwa sozialen Zielen geben muss, zeigen etwa *Oberender und Zerth* (2006).

anzutreffen ist oder (b) aus anderen Gründen ein hohes Aufkommen an Passanten erwartet werden kann (Innenstädte, Einkaufszentren).

Das vorgeschlagene Modell einer Apothekentaxe eröffnet einen Weg zu mehr Apothekenwettbewerb mit einer relativ geringen Eingriffstiefe des Gesetzgebers. Wesentlicher Vorteil des entwickelten Vorschlags ist, dass der Wettbewerb zwischen Apotheken dort besonders intensiv wird, wo tendenziell eine Überversorgung mit Apotheken besteht. 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. In Regionen wo ein hoher Wettbewerb herrscht, wo es schon viele Apotheken gibt und zum Teil eine ineffizient hohe Versorgung besteht, welche letzten Endes die Versicherungsgemeinschaft finanzieren muss, werden Apotheken schließen.

Es sind drei Szenarien entwickelt worden, 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.

Literaturverzeichnis

- ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (2002): Apothekenzahl sinkt weiter, ABDA-Pressemitteilung vom 19.9.2002, online unter: <http://www.presseportal.de/pm/7002/381900/>
- ABDA - Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (2010): Zahlen, Daten, Fakten 2009, Berlin.
- Arlt, F. (2008): Apotheken: Beraten und vernetzen, online unter: <http://www.berlin-maximal.de/branchen/gesundheit/art86,336>
- Ärzteblatt (2006): Zeitung: Deutschland steht vor Apotheken-Sterben, online unter: <http://www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?id=23246&src=&swid=>
- Baake, P., B. A. Kuchinke und C. Wey (2010): Die Anwendung des Wettbewerbs- und Kartellrechts im Gesundheitssektor: Aktueller Status Quo und wettbewerbs-ökonomische Implikationen; in: Wirtschaft und Wettbewerb 60, S. 502-513.
- Bain, J. S. (1949): A Note on Pricing in Monopoly and Oligopoly, in: American Economic Review 39, S. 448-464.
- Bain, J. S. (1956): Barriers to New Competition – Their Character and Consequences in Manufacturing Industries, Cambridge, MA.
- Bain, J. S. (1968): Industrial Organisation, 2. Auflage, New York u.a.
- Bellartz, T. (2004): Oberender befürchtet Apothekensterben, in: Pharmazeutische Zeitung 6/2004, http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=pol3_06_2004.
- Bonanno, A., R. A. Lopez und A. Rigoberto (2009): Competition Effects of Supermarket Services, in: American Journal of Agricultural Economics 91, S. 555-568.
- Bundesministerium für Gesundheit (2006): Erklärung zum angeblichen Apothekensterben, Pressemitteilung vom 31.10.2006, online unter: <http://www.gesundheit-adhoc.de/index.php?m=1&id=381>
- 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.
- Dulleck, U. und R. Kerschbaumer (2006): On Doctors, Mechanics and Computer Specialists: The Economics of Credence Goods, in: Journal of Economic Literature 44, S. 5-42.
- 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, in: American Economic Review 84, 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. Klauke 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.
- Haucap, J., M. Coenen, A. Herr, B. A. Kuchinke (2011): Der deutsche Apothekenmarkt: Reformoptionen für eine effiziente und nachhaltige Versorgung, Studie im Auftrag der INSM, Berlin.
- Herder-Dorneich, P. (1980): Gesundheitsökonomik: Systemsteuerung und Ordnungspolitik im Gesundheitswesen, Stuttgart.
- Herder-Dorneich, P. (1994): Ökonomische Theorie des Gesundheitswesens: Problemgeschichte, Problembereiche, Theoretische Grundlagen, Baden-Baden.
- 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.
- Kuchinke, B. A. (2004): Krankenhausdienstleistungen und Effizienz in Deutschland - eine industrieökonomische Analyse, Baden-Baden.
- 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.
- Oberender, P. und J. Zerth (2006): Soziale Ziele und marktwirtschaftliches Gesundheitswesen - schlussendlich kein Gegensatz! - Anmerkungen zum Spannungsfeld von Wettbewerbspolitik und Sozialrecht, in: *ORDO* 57, S. 261-283.
- 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.
- Sauerland, D. (1999): Zur Notwendigkeit einer anreizorientierten Gesundheitspolitik, in: *Zeitschrift für Wirtschaftspolitik* 48, S. 265-294
- Sauerland, D. (2003): Gesundheitspolitik in Deutschland. Reformbedarf und Entwicklungsperspektiven, Gütersloh.
- 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 (2010): Nutzen und Kosten der derzeitigen Regulierung des Apothekenmarktes in Deutschland, in: *Gesundheits- und Sozialpolitik* 64, S. 19-30.
- von Weizsäcker, C. C. (1980): *Barriers to Entry: A Theoretical Treatment*, Heidelberg.
- 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.

- Wernitz, M. H. und J. Peltz (2011): Gesundheitsökonomie und das deutsche Gesundheitswesen : Ein praxisorientiertes Lehrbuch für Studium und Beruf, Stuttgart.
- 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.

BISHER ERSCHIENEN

- 17 Coenen, Michael, Haucap, Justus, Herr, Annika und Kuchinke, Björn A., Wettbewerbspotenziale im deutschen Apothekenmarkt, Juli 2011.
- 16 Haucap, Justus und Wenzel, Tobias, Wettbewerb im Internet: Was ist online anders als offline?, Juli 2011.
Erscheint in: Zeitschrift für Wirtschaftspolitik 2/2011.
- 15 Gersdorf, Hubertus, Netzneutralität: Regulierungsbedarf?, Juli 2011.
Erscheint in: Zeitschrift für Wirtschaftspolitik 2/2011.
- 14 Kruse, Jörn, Ökonomische Grundlagen des Wettbewerbs im Internet, Juli 2011.
Erscheint in: Zeitschrift für Wirtschaftspolitik 2/2011.
- 13 Coenen, Michael, Haucap, Justus und Herr, Annika, Regionalität: Wettbewerbliche Überlegungen zum Krankenhausmarkt, Juni 2011.
Erscheint in: J. Klauber et al. (Hrsg.), Krankenhausreport 2012, Schattauer Stuttgart.
- 12 Stühmeier, Torben, Das Leistungsschutzrecht für Presseverleger: Eine ordnungspolitische Analyse, Juni 2011.
- 11 Haucap, Justus und Coenen, Michael, Mehr Plan- als Marktwirtschaft in der energiepolitischen Strategie 2020 der Europäischen Kommission, April 2011.
- 10 Göddeke, Anna, Haucap, Justus, Herr, Annika und Wey, Christian, Stabilität und Wandel von Arbeitsmarktinstitutionen aus wettbewerbsökonomischer Sicht, März 2011.
Erschienen in: Zeitschrift für Arbeitsmarktforschung 44, 2011, S. 143-154.
- 09 Haucap, Justus, Steuerharmonisierung oder Steuerwettbewerb in Europa?, Dezember 2010.
Erschienen in: Zeitschrift für das gesamte Kreditwesen 64, 2011, S. 25-28.
- 08 Haucap, Justus, Eingeschränkte Rationalität in der Wettbewerbsökonomie, Dezember 2010.
Erschienen in: H. Michael Piper (Hrsg.), Neues aus Wissenschaft und Lehre. Jahrbuch der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf 2010, Düsseldorf University Press, S. 495-507.
- 07 Bataille, Marc und Coenen, Michael, Zugangsentgelte zur Infrastruktur der Deutsche Bahn AG: Fluch oder Segen durch vertikale Separierung?, Dezember 2010.
Erscheint in: Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, 2011.
- 06 Normann, Hans-Theo, Experimentelle Ökonomik für die Wettbewerbspolitik, Dezember 2010.
Erschienen in: H. Michael Piper (Hrsg.), Neues aus Wissenschaft und Lehre. Jahrbuch der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf 2010, Düsseldorf University Press, S. 509-522.
- 05 Baake, Pio, Kuchinke, Björn A. und Wey, Christian, Wettbewerb und Wettbewerbsvorschriften im Gesundheitswesen, November 2010.
Erschienen in: Björn A. Kuchinke, Thorsten Sundmacher, Jürgen Zerth (Hrsg.), Wettbewerb und Gesundheitskapital, DIBOGS-Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Sozialpolitik, Universitätsverlag Ilmenau, S. 10-22.
- 04 Haucap, Justus, Heimeshoff, Ulrich und Stühmeier, Torben, Wettbewerb im deutschen Mobilfunkmarkt, September 2010.
Erscheint in: Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, 2011.

- 03 Haucap, Justus und Coenen, Michael, Industriepolitische Konsequenzen der Wirtschaftskrise, September 2010.
Erschienen in: Theresia Theuri (Hrsg.), Wirtschaftspolitische Konsequenzen der Finanz- und Wirtschaftskrise, Schriften des Vereins für Socialpolitik Band 329, Duncker & Humblot Berlin, S. 57-84.
- 02 Haucap, Justus, Heimeshoff, Ulrich und Uhde, Andre, Zur Neuregulierung des Bankensektors nach der Finanzkrise: Bewertung der Reformvorhaben der EU aus ordnungspolitischer Sicht, September 2010.
Erschienen in: Albrecht Michler, Heinz-Dieter Smeets (Hrsg.), Die aktuelle Finanzkrise: Bestandsaufnahme und Lehren für die Zukunft, Lucius & Lucius Stuttgart, 2011, S. 185 -207.
- 01 Haucap, Justus und Coenen, Michael, Regulierung und Deregulierung in Telekommunikationsmärkten: Theorie und Praxis, September 2010.
Erschienen in: Stefan Bechtold, Joachim Jickeli, Mathias Rohe (Hrsg.), Recht, Ordnung und Wettbewerb: Festschrift zum 70. Geburtstag von Wernhard Möschel, Nomos Verlag Baden-Baden, 2011, S. 1005-1026.

Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

**Düsseldorfer Institut für
Wettbewerbsökonomie (DICE)**

Universitätsstraße 1_ 40225 Düsseldorf
www.dice.uni-duesseldorf.de