

Pressekonferenz zur Vorstellung der Studie

„Der deutsche Apothekenmarkt – Reformoptionen für eine effiziente und nachhaltige Versorgung“

Berlin, 23. Februar 2011

Statement von Prof. Dr. Haucap

Direktor des Düsseldorfer Instituts für Wettbewerbsökonomie (DICE)

Es gilt das gesprochene Wort

1. Vielen Dank, lieber Herr Pellengahr. Sehr geehrte Damen und Herren, ich freue mich Ihnen die wesentlichen Ergebnisse unserer Studie kurz vorstellen zu dürfen. Die Studie ist gemeinsam erstellt worden mit Dr. Annika Herr und Dr. Michael Coenen, die beide ebenfalls am Düsseldorfer Institut für Wettbewerbsökonomie an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf arbeiten, erstellt worden sowie von Herrn PD Dr. Björn Kuchinke von der TU Ilmenau, der neben mir hier vorne sitzt.

2. Was also sind die Ergebnisse der Studie? Im Kern schlagen wir eine vorsichtige Liberalisierung des Apothekenmarktes vor, um den Wettbewerb zwischen Apotheken in andere Bahnen zu lenken. Es kann nicht um eine vollständige Deregulierung in Wild-West-Manier gehen. Das ist selbst hartgesottene Wettbewerbsökonomien klar.

3. Arzneimittel sind nämlich in der Sprache der Ökonomen so genannte Vertrauensgüter. Der Patient kann in aller Regel nicht selbst einschätzen und beurteilen, welche Medikation für ihn am besten geeignet ist. Bei einer falschen Medikation können erhebliche Schädigungen auftreten – im dramatischsten Fall bis hin zum Tod. Aus diesem Grund ist die Abgabe von Arzneimitteln hochgradig reguliert und das ist prinzipiell richtig so. Herr Pellengahr hat bereits darauf hingewiesen.

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

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

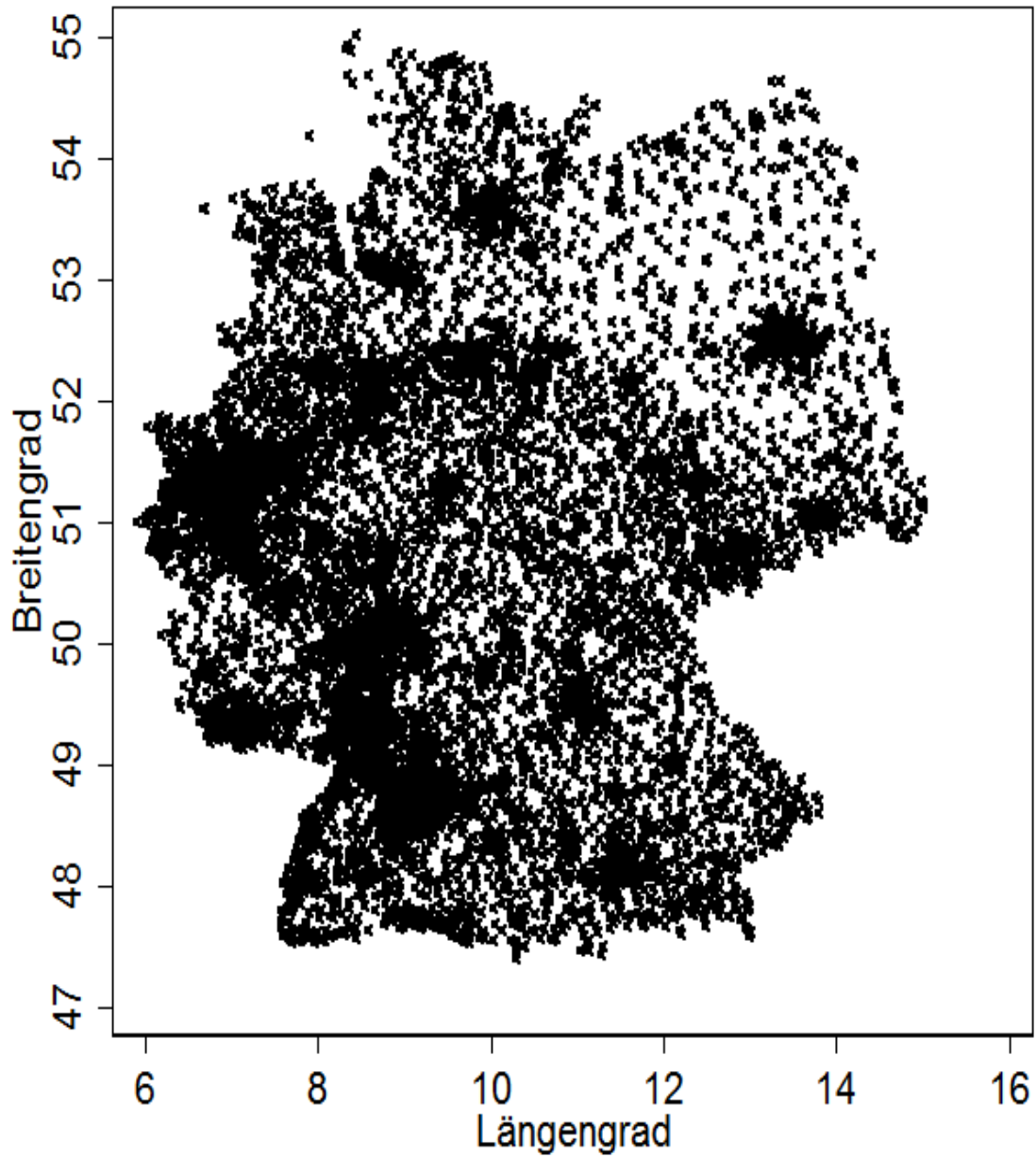
6. Die Notwendigkeit der Regulierung des Apothekenmarktes rechtfertigt gleichwohl nicht automatisch *jedwede* Regulierung. Der Ordnungsrahmen ist auch im Apothekenwesen so zu gestalten, dass letzten Endes die für die Patienten optimale Leistung erbracht wird. Dazu zählen neben einer günstigen Versorgung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

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

8. Insbesondere in den Innenstädten gibt es heute eine hohe Apothekendichte. Dort versorgt eine Apotheke im Durchschnitt etwa 3.000 Patienten. In ländlichen Regionen dagegen kommen etwa 4.000 Patienten auf eine Apotheke. Weil nun auf dem Land auch die Bevölkerungsdichte (pro Quadratkilometer) viel niedriger ist, ist auf dem Land auch die durchschnittliche Entfernung von einer Apotheke zur

nächsten viel höher als in der Stadt. Dies hat zur Folge, dass der Wettbewerb zwischen Apotheken in der Stadt intensiver ist als auf dem Land.

Karte der deutschen Apotheken 2009



Eigene Grafik. Quelle der Adresdaten: Bundesapothekenregister

Wettbewerb zwischen Apotheken

9. Wie funktioniert der Wettbewerb denn heute? Es gibt zumindest bei rezeptpflichtigen Medikamenten keinen Preiswettbewerb. Der Apotheker bekommt heute für jede verkaufte Packung eines rezeptpflichtigen Medikamentes eine Pauschale von 3% des Apothekeneinkaufspreises plus 8,10 Euro als Servicepauschale. Davon muss er allerdings 2,05 Euro wieder an die GKV als Zwangsrabatt zahlen.

10. Auch wenn der Preis fixiert ist, haben Apotheker prinzipiell Möglichkeiten, Patienten im Wettbewerb für ihre Apotheke zu gewinnen. Weil der Preis aber im Gegensatz zu den meisten anderen Märkten hierbei keine Rolle spielt, ist die Standortentscheidung zentral, außerdem ist die Servicequalität ein Wettbewerbsparameter.

11. Wovon hängt dann der Gewinn einer Apotheke ab? Der Gewinn einer Apotheke hängt einerseits von den Kosten ab. Diese werden durch den Einkauf von Arzneimitteln, die Personalpolitik und die tatsächlichen wie kalkulatorischen Kosten der Raummiete maßgeblich bestimmt.

12. Auf der anderen Seite stehen die Erlöse. Für die ist vor allem die Lage der Apotheke maßgeblich, weil sie die Frequentierung und damit den Kundendurchsatz bestimmt. Hierbei gilt die einfache Devise, dass Standorte mit einem hohen Aufkommen an Passanten, also belebten Plätzen, Straßen oder Bahnhöfen, auch potenziell mehr Kunden für die Apotheken bringen. Der Standort kann bewusst auch in der Nähe oder im Erdgeschoss eines Ärztehauses gewählt werden. Dies verspricht mehr Kundschaft, wenn die Patienten direkt nach dem Arztbesuch die Apotheke aufsuchen. Ein lukratives Geschäftsmodell für Apotheker ist daher der Betrieb eines eigenen Ärztehauses mit für den Apotheker attraktiven Arztpraxen.

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

und freien, apothekenpflichtigen Präparaten im Vergleich zu verschreibungspflichtigen Medikamenten ist.

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

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

16. Insbesondere im sehr ländlichen Raum ist die Anwesenheit von Ärzten (welche Medikamente verschreiben) in einem Ort entscheidend für die Rendite einer Apotheke. Ohne einen niedergelassenen Arzt am Ort kann sich dort eine Apotheke zumeist nicht tragen.

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

Reformvorschläge

18. Unser Gutachten konzentriert sich auf zwei mögliche Reformoptionen, um durch eine Veränderung des Wettbewerbs Verbesserungen für die Patienten zu erwirken. Zum einen wird die Möglichkeit erörtert, über so genannte Selektivverträge die Kassenpatienten in bestimmte Apotheken zu steuern. In diesem Modell

konkurrieren dann Apotheken um die Patienten verschiedener Krankenkassen. Zum anderen wird die Idee einer „Apothekentaxe“ erörtert.

19. Die Idee einer Apothekentaxe ist von der Monopolkommission 2010 in ihrem 18. Hauptgutachten erarbeitet worden. Danach entfallen hier (a) die Zahlung der Krankenkassen an die Apotheken sowie (b) die Zuzahlung der Patienten der GKV in Höhe von 5 bis 10 EUR, welche die Apotheken an die Krankenkassen weiterleiten, komplett. Dafür dürfen (c) die Apotheken jedoch eine „Apothekentaxe“ von den Patienten erheben. Die Höhe dieser „Apothekentaxe“ dürfen die Apotheken bis zu einer Obergrenze von 10 EUR pro Medikament selbst im Wettbewerb festlegen.

20. Die erste Möglichkeit, also durch sog. Selektivverträge den Apothekenwettbewerb zu stärken, ist nicht ideal. Zum einen stellen Selektivverträge einen erheblichen Bruch im bisherigen System dar, in dem Patienten ihre Apotheke frei wählen können (eine Ausnahme bilden Selektivverträge für Hilfsmittel). Zum anderen ist davon auszugehen, dass der Patient selbst meist besser als eine Krankenkasse entscheiden kann, welche Apotheke die für den Patienten individuell beste Apothekenleistung (Beratung, Öffnungszeiten, Entfernung, etc.) bringt.

21. Das vorliegende Gutachten unterstützt daher den zweiten Ansatz, also die Vergütung der Apothekenleistung durch eine Apothekentaxe wettbewerblicher zu gestalten.

22. Bisher bestimmen sich die Erlöse einer Apotheke wie gesagt primär durch die Menge der verkauften Medikamente sowie die regulatorisch festgelegte Marge von 3% zwischen Apothekenverkaufspreis und dem so genannten Apothekeneinkaufspreis, einer Art Listenpreis, der aufgrund von Einkaufsrabatten durchaus vom tatsächlichen Einkaufspreis für eine Apotheke abweichen kann.

23. Unser Vorschlag ist, die Vergütung für die Apothekenleistung wettbewerblich zu gestalten. Der Vorschlag ist in Tabelle 1 zusammengefasst und soll nun näher erläutert werden:

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

Tabelle 1: Vergleich der Finanzierungssysteme

System:	Zuzahlung (Z) des Versicherten an GKV in Euro	Leistung der GKV an Apotheke (W) in Euro (ohne MwSt.)	Zahlung des Versicherten an Apotheke in Euro (inkl. MwSt.)
Allgemein	Zwischen 5 und 10€	3% vom AEP +8,10 € -2,05 €	-
Beispiele AVP < 50 € 50 < AVP < 100 € 100 < AVP < 131,67 € AVP > 131,67 €	Z = 5 € Z = 10% vom AVP Z = 10 € Z = 10 €	6,05-7,55 € 7,55-9,05 € 9,05-10,00 € > 10,00 €	
Derzeit im Schnitt: AVP = 35,54 € (erstattete GKV-Arzneimittel inkl. Hilfsmittel und MwSt.)	2,30 €	Gesamtvolumen der Apothekenwertschöpfung aus GKV-Mitteln derzeit: 4,18 Mrd. Euro (ohne MwSt.)	
„Apothekertaxe“	entfällt	entfällt	von 0-10 € frei wählbar

AVP = Apothekenverkaufspreis, Stand: 1. Januar 2011.

25. Grundsätzlich verfällt bei diesem Reformvorschlag nicht nur die fixe Zuzahlung von 6,05 EUR, sondern auch die so genannte Logistikpauschale von 3 % des AEK. Bei einer Deckelung der Taxe bei 10 EUR heißt das für den Apotheker, dass er für

Medikamente mit einem AEK > 131 EUR weniger bekommt als zuvor. Wir erachten dies jedoch für unkritisch, da gerade die Idee der Taxe ist, die Aufwendungen für Lagerung, Distribution und Beratung zu decken, die nicht notwendigerweise mit dem Preis des Medikaments proportional zusammen hängen sollten. Zudem sind zwei Drittel der GKV-Packungen Festbetragsmedikamente mit einem niedrigen Preis, und der Anteil der Medikamente mit einem Preis über 131 EUR ist gering. Es wird jedoch für den Apotheker eine weitere Verschiebung des Anreizes weg von teuren Medikamenten hin zu günstigen Medikamenten geben, die das AMNOG mit den neuen Rabattregeln ebenfalls vorsieht.

26. Für unseren Vorschlag gelten die folgenden Regeln:

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

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

zu (1): Es wird vorgeschlagen zum Erhalt der Steuerungswirkung der Zuzahlungsbefreiung auf die Preissetzung der Hersteller, dass die GKV ihren Mitgliedern eine festzulegende Prämie (z.B. 5 EUR) nachträglich auf Einsenden der

Quittung erstattet, wenn der Patient ein zuzahlungsbefreites, besonders günstiges Arzneimittel wählt. Liegt die Apothekertaxe in der gewählten Apotheke darüber, trägt der Patient die Differenz selbst. Liegt sie darunter, kann der Patient die Differenz behalten. So wird gewährleistet, dass die Hersteller für bestimmte Wirkstoffe oder Präparate niedrige Preise festsetzen und trotzdem die Apothekertaxe eine Steuerungswirkung der Nachfrage entfaltet. Würde die GKV die vollständige Taxe direkt übernehmen (der Patient zahlt nichts), dann hätte der Patient keinen Anreiz, eine günstige Apotheke zu wählen. Gewissermaßen würde durch den Vorschlag daher die ehemalige Zuzahlungsbefreiung in eine Value-for-Money-Prämie umgewandelt, die an den Patienten ausgezahlt würde und das Präparat attraktiver macht.

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

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

VI. Einsparpotenziale

29. Da der Gesamtumsatz für Arzneimittel in Deutschland unabhängig ist von der Zahl und der Effizienz der Apotheken, können bei einer Schließung die zur

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

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

Szenario I (schwache Wettbewerbswirkung):

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

Szenario II (moderate Wettbewerbswirkung):

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

Szenario III (starke Wettbewerbswirkung):

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

	Szenario I	Szenario II	Szenario III
Arbeitskosten pro Apotheke (am unteren Rand) in EUR	127,000	127,000	127,000
(kalkulatorische) Miete und Ausrüstungskosten in EUR	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	0	0	237 Mio.
Gesamt in EUR	105 Mio.	211 Mio.	448 Mio.

31. Die Berechnungen für die verschiedenen Szenarien zeigen, dass zwischen 105 Mio. EUR und 448 Mio. EUR Kosten für Personal, den Apothekergewinn und andere Fixkosten gespart werden können, wenn zusätzlich zur regelmäßigen Fluktuation durch die Erhöhung des Wettbewerbs weitere 500 bzw. 1.000 Apotheken schließen. 1.000 Apotheken entsprechen etwa 5 % aller deutschen Apotheken. Diese Apotheken werden – gemäß der zugrunde liegenden Vergangenheitsdaten der Jahre 2000 bis 2008 – eher in wettbewerbsstarken städtischen Regionen/kreisfreien

Städten mit einem geringen Anteil an über 65-jährigen liegen und kleiner sein als die durchschnittliche Apotheke.

32. Aus den Vergangenheitsdaten ist bereits zu sehen, dass Landapotheken, die eine große Zahl an verstreut lebenden Patienten versorgen, schon heute typischerweise nicht gefährdet sind. Wie dargestellt, verstärken die hier unterbreiteten Vorschläge die Position dieser Apotheken und richtet sich auf die Intensivierung des Wettbewerbs in Regionen mit einer hohen Apothekendichte, also bei wenig Einwohnern pro Apotheke, die durch das ineffiziente Duplizieren von Fixkosten an bisher interessanten Standorten geprägt sind.

33. Bei einer insgesamt höheren Effizienz im System fließen den Apothekern aufgrund der hier diskutierten Reformvorschläge je nach Wettbewerbssituation insgesamt ca. 105 Mio. EUR (schwache Wettbewerbswirkung), 211 Mio. EUR (moderate Wettbewerbswirkung) oder 448 Mio. EUR (starke Wettbewerbswirkung) weniger zu.

34. Profiteure einer solchen Reform sind somit letztlich die Versicherten. Sie profitieren vom verschärften Wettbewerb durch verbesserte Apothekenleistungen und andererseits durch – wenn auch geringfügig – niedrigere Beitragssätze. Je nach unterstellter Wettbewerbsintensität kommt es zu einer Absenkung des durchschnittlich erforderlichen Finanzierungsbeitrags je Medikament um 0,13 EUR (ohne MwSt.) bei schwacher Wettbewerbswirkung, bei moderater Wettbewerbswirkung um 0,27 EUR (ohne MwSt.) und bei starker Wettbewerbswirkung um 0,57 EUR (ohne MwSt.). Wie die Effizienzgewinne zwischen Kranken und Gesunden aufgeteilt werden, ist vorab nicht klar. Durch Deckelung der Taxe auf 10 EUR und einer Beibehaltung sowie Weiterentwicklung der Regelungen zur Zuzahlungsbefreiung kann eine Mehrbelastung chronisch Kranker im Vergleich zum Status Quo ausgeschlossen werden.

Politikempfehlung

1) Einführung einer Apothekentaxe

Die Apothekentaxe soll den bisher von den Krankenversicherungen getragenen Vergütungsmix aus Fixbeträgen und anteiliger Vergütung am Apothekeneinkaufspreis ersetzen. Auch der von den Apothekern gegenwärtig gegenüber den Krankenversicherungen zu gewährende Kassenrabatt soll entfallen. Wesentlicher Vorteil des entwickelten Vorschlags ist, dass der Wettbewerb zwischen Apotheken dort besonders intensiv wird, wo tendenziell eine Überversorgung mit Apotheken besteht, weil dort oft viele Apotheken nahezu auf einem Fleck angesiedelt sind. Hingegen kann eine Landapotheke durchaus eine höhere Apothekentaxe nehmen und so ihr Überleben besser sichern. Somit entstehen neue Anreize, gerade dort Apotheken zu eröffnen, wo die Apothekendichte gering ist (also wenige Apotheken pro Einwohner existieren), während der Wettbewerb besonders hoch ist, wo es schon relativ viele Apotheken gibt und zum Teil eine ineffizient hohe Versorgung mit hohen Kosten besteht, welche letzten Endes die Versichertengemeinschaft finanzieren muss.

2) Aufhebung des Fremdbesitzverbots

Nach gegenwärtigem Recht dürfen nur Apotheker Inhaber von Apotheken sein. Dafür gibt es aus ökonomischer Perspektive keinen Grund. Richtig dagegen ist die Regelung, dass eine Apotheke nur von einem Apotheker geführt werden darf.

3) Aufhebung des Mehrbesitzverbots

Das seit 2004 geltende limitierte Mehrbesitzverbot ist eng mit dem Fremdbesitzverbot verknüpft. Hier gilt aktuell die Regelung, dass ein approbierter Apotheker eine Hauptapotheke und insgesamt drei Filialapotheken führen darf. Die Filialapotheken müssen sich jedoch im selben Kreis, derselben kreisfreien Stadt oder im Nachbarkreis der Hauptapotheke befinden. Auch diese Regelung ist zu hinterfragen. Apothekenketten und Kooperationen würden den Wettbewerb weiter verschärfen und so zusätzliche Effizienzpotentiale heben.

4) Überarbeitung der „Laborregelung“

Die „Laborregelung“ besagt, dass Filialapotheken technisch genauso ausgestattet sein müssen wie die Hauptapotheke. Auch diese Regelung ist 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 zu einer zu Markteintrittsbarrieren sowie zu einer Duplikation von nicht notwendiger Ausstattung und insofern zu höheren Kosten als notwendig. Die Qualitätssicherung oder das Anrühren von bestimmten Arzneimitteln könnte genauso gut ohne Abstriche durchgeführt werden, wenn nicht in jeder Apotheke die geschilderte Ausstattung vorgehalten wird. Ganz im Gegenteil könnten hier durch Kooperationen innerhalb eines Verbundes oder zwischen unabhängigen Apotheken Größen- und Verbundvorteile realisiert und insofern Kosten eingespart werden.

5) Weiterhin Zulassung von Pick Up Stellen

Neben dem Versandhandel können Apotheken so genannte Pick-Up-Stellen einrichten. Das bedeutet, dass etwa in einer ländlichen Gegend Patienten ihre Rezepte in einem Ladenlokal, wie einem Schreibwarenladen, oder an einer anderen Sammelstelle, wie einem Briefkasten, abgeben können und eine Apotheke die Rezepte dort einsammelt. Anschließend werden die Medikamente zur Pick-Up-Stelle gebracht, wo dann der Patient sein Medikament abholen kann.

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

Patienten. Aus diesem Grund sind Versuche, den Versandhandel oder Pick-Up-Stellen zu verbieten zu unterbinden.