

Kurzfassung der Studie

Der deutsche Apothekenmarkt: Reformoptionen für eine effiziente und nachhaltige Versorgung

von

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

Im Auftrag der Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft
(INSM)

[♦] Düsseldorf Institute for Competition Economics (DICE), Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf.
[♣] Technische Universität Ilmenau.

1. Einleitung

Das Gesundheitswesen durchläuft schon seit Jahren einen fortwährenden Reformprozess. Durch den zunehmend spürbaren Druck der öffentlichen Kassen gilt es heute mehr denn je, etwaige Effizienzreserven im Gesundheitswesen zu heben. Nur so kann sichergestellt werden, dass mit den verfügbaren Mitteln eine qualitativ hochwertige und zugleich bezahlbare Gesundheitsversorgung für die Patienten gewährleistet ist. Ineffizienzen bedeuten, dass knappe Mittel nicht zum größtmöglichen Wohle der Gesellschaft eingesetzt werden; Ressourcen werden verschwendet. Daher sind gerade im Gesundheitswesen Ineffizienzen zu vermeiden. Nur dann ist sichergestellt, dass die begrenzt verfügbaren Mittel für die bestmögliche Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen eingesetzt werden.

Die beste Medizin gegen Ineffizienzen ist Wettbewerb. Die Aussicht auf zusätzliche Kunden und Gewinne schafft Anreize für Anbieter, ihr Angebot zu verbessern. Zugleich werden ineffiziente Anbieter durch Gewinneinbußen sanktioniert. Im Extremfall kann dies auch zu einem Ausscheiden aus dem Markt führen. So führt Wettbewerb zu einer qualitativen wie auch quantitativen Verbesserung der Versorgung. Der Rationalisierungsdruck sorgt dafür, dass knappe Mittel nicht verschwendet, sondern effizient eingesetzt werden.

Wettbewerb ist allerdings kein Allheilmittel. Seine positive Wirkung kann der Wettbewerb nur entfalten, wenn die Besonderheiten des Arzneimittelmarktes berücksichtigt werden. Eine vollständige Freigabe des Arzneimittelverkaufs ist weder ökonomisch noch gesundheitspolitisch wünschenswert, denn Arzneimittel sind sogenannte Vertrauensgüter, bei denen der Patient in aller Regel nicht selbst einschätzen und beurteilen kann, welche Medikation für ihn am besten geeignet ist. Bei einer falschen Medikation können erhebliche körperliche Schädigungen auftreten – im dramatischsten Fall bis hin zum Tod. Aus diesem Grund ist zu Recht die Abgabe von Arzneimitteln hochgradig reguliert. Die sicherlich bedeutsamste Regulierung hierbei ist die, dass viele Arzneimittel nur auf Rezept erhältlich sind. Darüber hinaus ist die überwiegende Zahl der Medikamente apothekenpflichtig – dürfen also nur in Apotheken abgegeben werden. Auch der Handel mit Arzneimitteln und der Betrieb sowie das Eigentum von Apotheken sind stark reglementiert.

Die grundsätzliche Notwendigkeit einer Regulierung des Apothekenmarktes rechtfertigt gleichwohl nicht automatisch *jedwede* Regulierung. Die prinzipielle Regulierungsbedürftigkeit eines Marktes impliziert nicht, dass Wettbewerbsprozesse auf diesen Märkten automatisch schädlich sind. Ganz im Gegenteil können bei einer angemessenen Regulierung Wettbewerbsprozesse zum Wohle der Patienten genutzt werden. Es gilt jedoch, den Wettbewerb durch einen geeigneten Ordnungsrah-

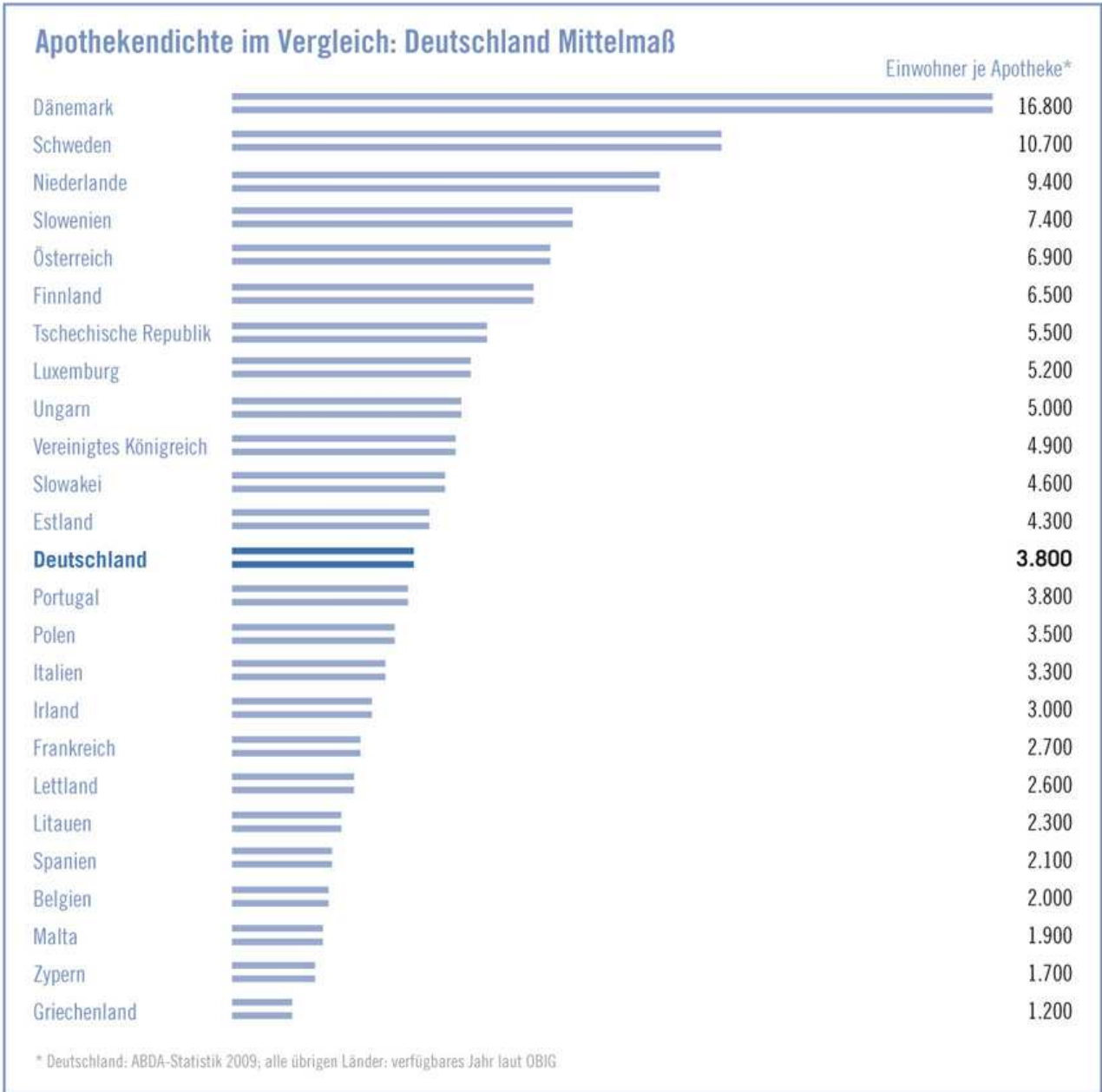
men in solche Bahnen zu lenken, dass gesellschaftlich wünschenswerte Ergebnisse erzielt werden. Dies bedeutet jedoch nicht, die Ergebnisse von Wettbewerbsprozessen vorwegzunehmen. Jedoch sollten Verwerfungen vermieden werden, die beispielsweise durch Informationsprobleme bei den Patienten entstehen können.

Auch heute schon stehen die Apotheken in Deutschland in einem mehr oder minder intensiven Wettbewerb um Patienten. Anders als auf den meisten anderen Märkten wird der Apothekenwettbewerb jedoch gegenwärtig, zumindest bei den verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, nicht über den Preis ausgetragen. Die Preisbildung ist stark reglementiert, und Patienten wären auch wenig sensibel für Preisunterschiede, weil die Krankenversicherung die Kosten für die Medikamente weitgehend übernimmt. Da der Verkaufspreis von verschreibungspflichtigen Medikamenten so gut wie keine Rolle für den Gewinn einer Apotheke spielt, ist für die Profitabilität einer Apotheke vor allem die Menge an abgesetzten Arzneimitteln entscheidend. Ein ganz entscheidender Wettbewerbsparameter im Werben um Patienten ist daher nicht der Preis für die Medikamente, sondern der Standort einer Apotheke. Ein hoher Umsatz ist insbesondere dort zu erwarten, wo es entweder eine hohe Zahl an Ärzten gibt und daher auch eine hohe Zahl an Patienten anzutreffen ist oder wo aus anderen Gründen ein hohes Aufkommen an Kunden erwartet werden kann (beispielsweise in Innenstädten oder Einkaufszentren). Ein beliebtes Geschäftsmodell ist daher auch die Ansiedlung in einem Ärztehaus (bei Optimierung der Vermietung an Arztpraxen nach Art und Umfang der Arzneimittelverschreibungen).

Neben dem Standort sind weitere Wettbewerbsparameter auf dem Apothekenmarkt die Öffnungszeiten, der Umfang des vorrätigen Sortiments, Beratungsleistungen, Zugaben wie Taschentücher oder auch Hautcremes sowie die Freundlichkeit des Services.

Aufgrund der übermäßigen Regulierung schlummern Effizienz- bzw. Einsparpotenziale im System. In wirtschaftlich vergleichbaren europäischen Ländern werden die Apothekenmärkte sehr unterschiedlich reguliert. Viele der in Deutschland bestehenden „heiligen Kühe“ wie die hohe Apothekendichte, das Fremd- und Mehrbesitzverbot oder die äußerst umfangreiche Apothekenpflicht sind kein Muss im internationalen Kontext. In keinem Fall ist das deutsche System als besonders erfolgreich hervorzuheben.

Ein Vergleich zeigt, dass sich die Apothekendichte in Deutschland zwar im Mittelfeld bewegt, in nicht wenigen Nachbarstaaten aber auch deutlich mehr Einwohner pro Apotheke versorgt werden. Viele Apotheken, die nur relativ wenige Patienten versorgen, bedeuten aber in der Regel auch hohe Kosten bzw. Ineffizienzen. Denn die Kosten für Löhne, Gehälter und Gewinne sowie die Mieten und Pachten trägt letzten Endes die Versichertengemeinschaft.



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

2. Der Apothekenmarkt: Regulierungen und Barrieren

Die gesetzliche Aufgabe von Apotheken besteht nach dem Apothekengesetz (ApoG) darin, die ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Der Schwerpunkt von Apotheken liegt nicht in der Entwicklung und Herstellung von Arzneien oder gar in der Diagnose von Erkrankungen inklusive der Erarbeitung von Therapien, sondern eben in der Distribution von Arzneimitteln an den Endkunden, sprich den Patienten. In diesem Zusammenhang soll der Apo-

theaker auch eine Beratungsfunktion gegenüber dem Patienten und eine Kontrollfunktion gegenüber der Pharmaindustrie wahrnehmen.

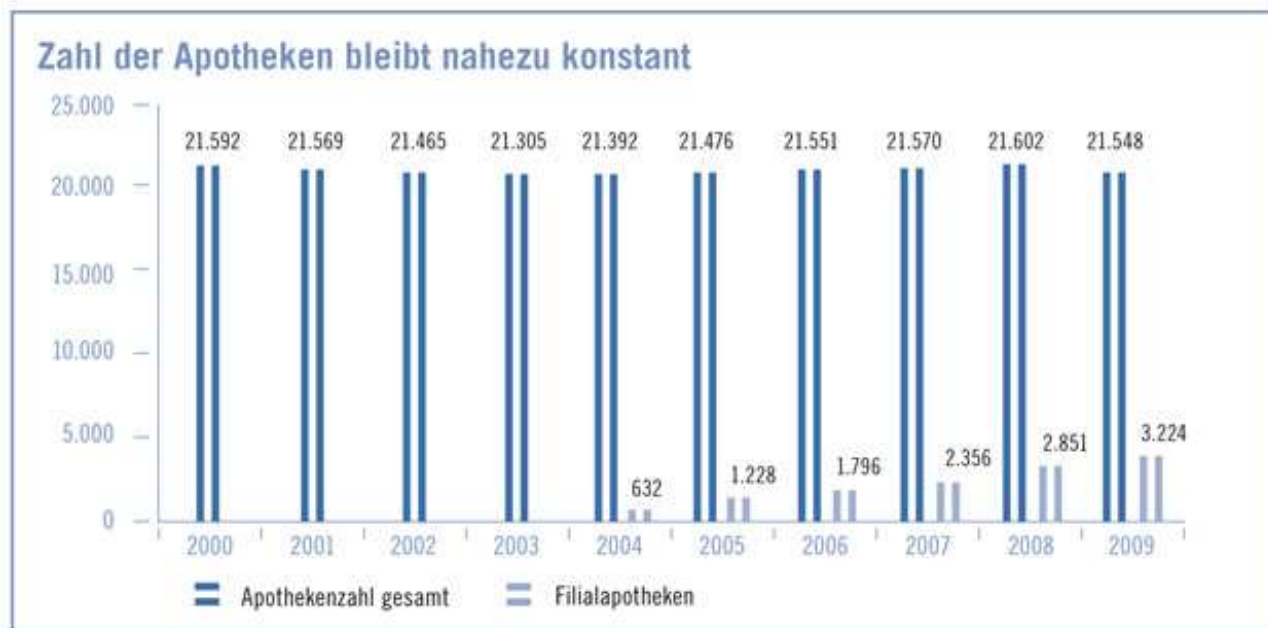
Arzneimittel lassen sich in drei Kategorien einteilen: erstens die verschreibungspflichtigen Arzneimittel, die nur auf Verordnung des Arztes erhältlich sind und deren Abgabe Apotheken alleinig vorbehalten ist. Zweitens die nichtverschreibungspflichtigen, apothekenpflichtigen Arzneimittel, die keiner Verordnung des Arztes bedürfen, aber gleichzeitig nur in Apotheken verkauft werden dürfen. Die dritte Gruppe der Arzneimittel sind die freiverkäuflichen Präparate. Diese dürfen in der Regel auch von Drogeriemärkten oder vom sonstigen Einzelhandel vertrieben werden.

Neben dem Apothekengesetz ist der Betrieb von Apotheken auch über zahlreiche weitere apothekenspezifische Gesetze und Verordnungen geregelt. Hierzu zählen insbesondere das Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V), die Verordnung über den Betrieb von Apotheken (Apothekenbetriebsordnung – ApBetrO), die Bundesapothekenordnung (BApO) und die Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV).

Folgende staatliche Vorgaben sind besonders zu hinterfragen:

- Nur ein Apotheker darf Apotheken besitzen (Fremdbesitzverbot).
- Die Zahl der Apotheken, die ein Apotheker besitzen darf, ist auf eine Hauptapotheke und drei Filialapotheken beschränkt (beschränktes Mehrbesitzverbot).
- Hinsichtlich der Geschäftsräume gibt es Vorschriften insbesondere zur Laborausstattung und zur Einrichtung einer Rezeptur. Nach unseren Recherchen belaufen sich die Kosten für eine Laborausstattung, je nach Spezifität und Güte der Gerätschaften, die regelmäßig anfallen (Erneuerungsinvestitionen, Verschleiß), auf 30.000 EUR bis 40.000 EUR, die der Rezeptur auf 10.000 EUR bis 20.000 EUR.

Es ist offensichtlich, dass an diesen Stellen erhebliche, relevante Markteintrittsbarrieren im Apothekenmarkt bestehen. Zwar lassen sich durchaus Gründe dafür finden, dass Apotheken nur von Apothekern betrieben werden dürfen. Warum diese Vorgabe aber an den Besitz einer Apotheke gekoppelt sein muss, ist genauso wenig zu begründen wie die Begrenzung der Zahl an Apotheken. Beteiligungen Fachfremder oder das Führen einer Apotheke als Kapitalgesellschaft sind beispielsweise genauso verboten wie umsatz- oder gewinnabhängige Pachtverträge. In diesen Punkten besteht eine Überregulierung, die zu unnötigen Kosten führt, weil Größen- und Verbundvorteile nicht ausgenutzt werden können. Dies sollte behoben werden.



Genauso fraglich ist das Vorhalten eines Labors zur Qualitätsprüfung der angelieferten Waren durch den Apotheker. Zum einen ist es einfach realitätsfremd zu glauben, dass ein Apotheker die Beipackzettel von 8.500 gelisteten Präparaten in 10.520 Darreichungsformen von 472 pharmazeutischen Unternehmen tatsächlich auf Aktualität prüfen kann. Zum anderen handelt es sich bei der Prüfung von Inhalt und Qualität der gelieferten Arzneimittel grundsätzlich nur um eine Sichtprobe, die in keiner Weise der Prüfung nach einem Industriestandard entsprechen kann. Hierbei gilt es zu bedenken, dass der Imageschaden für ein Pharmaunternehmen, das eine schlechte Qualität liefert, als nahezu irreparabel einzuschätzen ist. Hieraus lässt sich schließen, dass die Qualitätssicherung bei jedem Pharmaunternehmen bereits eine entscheidende betriebswirtschaftliche Komponente ist, hinter der notwendigerweise die Möglichkeiten des einzelnen Apothekers zurückbleiben.

Das Mehrbesitzverbot, oder genauer 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 im selben Kreis, in derselben kreisfreien Stadt oder im Nachbarkreis der Hauptapotheke befinden. Begründet wird dies damit, dass nur auf diese Weise eine ausreichende Aufsicht durch den Apotheker gewährleistet werden kann. Ökonomisch fragwürdig ist auch der Umstand, dass die Filialapotheken technisch genauso ausgestattet sein müssen wie die Hauptapotheke. Hier sind also keine Abstriche bei Labor- oder Rezepturausstattung zulässig.

Der Arzneimittel-Versandhandel erhöht den Wettbewerbsdruck auf die Apotheken vor Ort, da ein zusätzlicher Weg geschaffen wird, Arzneien zu beziehen. Neue Vertriebswege über Versandhan-

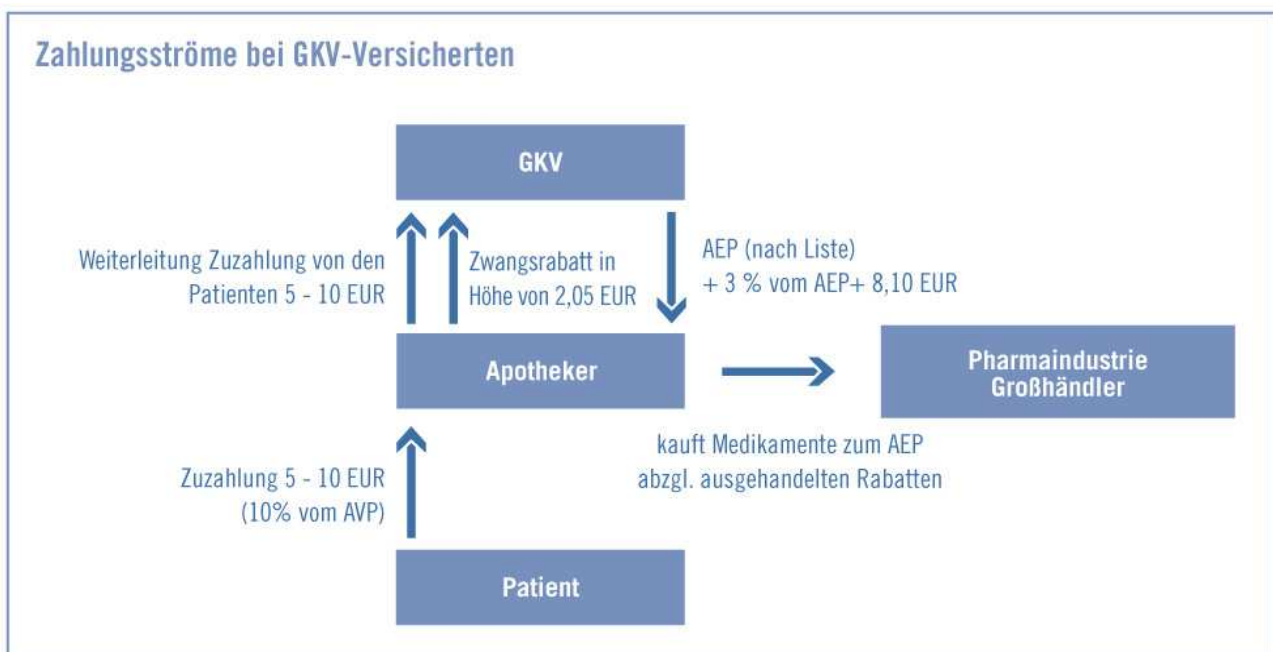
del oder Pick-up-Stellen sind nicht nur deshalb ökonomisch zu begrüßen, sondern stellen auch einen wichtigen Schritt in Richtung einer patientenorientierten Gesundheitswirtschaft dar. Sie folgen der Erkenntnis, dass nicht alle Patientengruppen den gleichen Beratungsbedarf haben. Patienten mit geringem 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 werden Kosten eingespart, die sonst beim Patienten anfallen, wie etwa Wegekosten und Opportunitätskosten der Zeit.

3. Vom Hersteller zum Patienten – wie funktioniert der Medikamentenmarkt?

Die Distribution von apothekenpflichtigen Arzneien erfolgt in Deutschland in der Regel in einem mehrstufigen Prozess. Die Präparate gelangen von den Pharmafirmen über den Pharmagroßhandel in die Apotheken und dann zum Patienten. Der Apothekenverkaufspreis verschreibungspflichtiger Medikamente baut auf dem Herstellerabgabepreis zuzüglich eventuell anfallender Großhandelsgebühren (Apothekeneinkaufspreis) auf. Der Apotheker darf dann auf jede Arzneimittelpackung auf den Apothekeneinkaufspreis 3% aufschlagen, zuzüglich einer Pauschale von 8,10 EUR. Schließlich sind noch 19% Mehrwertsteuer zu erheben und an den Fiskus abzuführen. Auf diesem Apothekenverkaufspreis beruht dann die Zuzahlung der Patienten. Über den Aufschlag auf den Einkaufspreis verdient der Apotheker mit verschreibungspflichtigen Medikamenten sein Geld. Der Apotheker hat zudem die Möglichkeit, mit dem Großhändler oder Arzneimittelhersteller Rabatte auszuhandeln. Gegenüber der Krankenversicherung, die den Apothekenverkaufspreis zu tragen hat, kann ebendiese Summe (ohne Hersteller- oder Großhandelsrabatte) abgerechnet werden. Jedoch muss bei gesetzlich Versicherten ein Zwangsrabatt von seit Januar 2011 2,05 EUR pro Packung von der Apotheke an die Krankenversicherung abgeführt werden.

Was muss der Patient nun zahlen? Die Zuzahlung, die ein gesetzlich versicherter Patient pro Medikament leisten muss, beträgt 10% des Verkaufspreises. Sie darf aber nicht weniger als 5 EUR und nicht mehr als 10 EUR betragen. Für ein Medikament, das 75 EUR kostet, muss ein Patient also 7,50 EUR zahlen. Für ein Medikament, das zum Beispiel 150 EUR kostet, fallen 10 EUR Zuzahlungsgebühr an. Die Zuzahlung der Patienten wird vom Apotheker direkt an die Krankenkassen weitergeleitet und trägt so zu deren Finanzierung bei. Aufgrund der starren Zuzahlungsregelung hat ein Apotheker bei der Abgabe von verschreibungspflichtigen Medikamenten keinerlei Möglichkeiten bei der Preisgestaltung. Damit fehlt den Apotheken ein wichtiges Wettbewerbsinstrument, nämlich der Preis. Egal, wie gut ein Apothekenbetreiber wirtschaftet, der einzelne Kunde hat davon nichts. Apotheker, die ihre Kosten im Griff haben, können beispielsweise ihre geringeren Kosten nicht über den Preis an den Kunden weitergeben. Die Zuzahlungen zu Arzneimitteln,

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



4. Mehr Wettbewerb ist möglich: die Apothekentaxe

Der Vorschlag zur Einführung einer Apothekentaxe setzt bei der Finanzierung der Apotheken an und soll die auf dem Apothekenmarkt wirkenden Anreizmechanismen im Interesse einer dem Patientenwohl dienenden Ordnung verändern. Um das zu erreichen, gilt der Grundsatz, dass die jeweilige Einzelleistung der Apotheke durch den Verbraucher selbst zu vergüten ist. Konkret sieht das Modell Folgendes vor:

- Die maximale Apothekentaxe beträgt 10 EUR (inkl. MwSt.).
- Die Apotheke kann die Höhe der Apothekentaxe individuell selbst festlegen.
- Die heutigen Zuzahlungen von 5 – 10 EUR durch die Patienten entfallen.
- Der Fixbeitrag von 8,10 EUR der GKV an den Apotheker, der Kassenrabatt von 2,05 EUR sowie die Logistikpauschale von 3% entfallen ebenfalls.
- Die Höhe der Apothekentaxe muss in der Apotheke veröffentlicht werden (Preisauszeichnungspflicht).
- Die Taxe darf nicht nach Kunden differenziert werden (gleiche Taxe für zuzahlungsbefreite Versicherte).
- Sie darf regelmäßig geändert werden („Nacht- und Wochenendzuschläge“ sind zulässig).
- Sie darf nach Medikamenten differenziert werden (z.B. mit und ohne Festbetrag).

Der Patient hätte somit die Option, die Apotheke auszuwählen, die ihm das beste Preis-Leistungs-Verhältnis bietet. Den Apotheken wird dadurch die Möglichkeit gegeben, sich über die Preisgestaltung von ihren Konkurrenten abzuheben. Die Folge ist aber auch, dass die Apotheker sich nicht mehr auf fix vereinbarte Vergütungen pro Medikament verlassen können und sich um Kunden mit einem möglichst attraktiven Preis-Leistungs-Verhältnis aktiv bemühen müssen. Es entsteht also echter Wettbewerb. Dadurch ist mit einer qualitativen Verbesserung der Apothekenleistung und mit sinkenden Kosten für die Patienten zu rechnen.

Wichtig ist: Zuzahlungsbefreite Medikamente bleiben auch zukünftig zuzahlungsbefreit. Zum Erhalt der Steuerungswirkung der Zuzahlungsbefreiung auf die Preissetzung der Hersteller könnte die GKV ihren Mitgliedern eine einheitliche Prämie nachträglich erstatten, wenn der Patient ein zuzahlungsbefreites, besonders günstiges Arzneimittel wählt. Liegt die Apothekentaxe in der gewählten Apotheke darüber, trägt der Patient die Differenz selbst; liegt sie darunter, kann er Überschüsse behalten. So bleibt gewährleistet, dass die Hersteller für bestimmte Wirkstoffe oder Präparate niedrige Preise festsetzen.

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.

Wesentlicher Vorteil des entwickelten Vorschlags ist, dass der Wettbewerb zwischen Apotheken dort besonders intensiv wird, wo eine Überversorgung mit Apotheken besteht. Hingegen können

Apotheken in ländlichen Regionen durchaus eine höhere Apothekentaxe fordern und so ihr Überleben sichern. Somit entstehen neue Anreize, gerade dort Apotheken zu eröffnen, wo die Apothekendichte bisher gering ist (also wenige Apotheken pro Einwohner existieren), während der Wettbewerb in jenen Regionen besonders hoch sein wird, wo es schon viele Apotheken gibt und zum Teil eine ineffizient hohe Versorgung besteht.

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

AVP = Apothekenverkaufspreis, Stand: 1. Januar 2011

5. Einsparpotenzial

Die Zahl der verkauften Packungen verschreibungspflichtiger Arzneimittel in Deutschland ist unabhängig von der Zahl und der Effizienz der Apotheken. Denn mehr Wettbewerb zwischen Apotheken macht die Patienten nicht gesünder. Heißt: Bei der Schließung einer Apotheke können die 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 einer Höhe von insgesamt ca. 20% der Umsätze der schließenden Apotheke eingespart werden.

Für die Abschätzung des Einsparpotenzials wurden drei Szenarien erstellt. Szenario I berechnet die Einsparpotenziale bei schwacher Wettbewerbswirkung, im Szenario II wird von einer modera-

ten Wettbewerbswirkung ausgegangen, und Szenario III berechnet das Einsparvolumen bei einer starken Wettbewerbswirkung aufgrund der Einführung einer Apothekentaxe. In allen drei Szenarien wurde ein Kreis von ineffizienten Apotheken identifiziert. Das sind jene, deren Unternehmensgewinn vor Steuern weniger als 50.000 EUR beträgt, da ein Apotheker dann als Angestellter in seinem Beruf eine vergleichbar lukrativere Alternativbeschäftigung finden könnte.

Szenario I (schwache Wettbewerbswirkung):

- 500 Apotheken schließen zusätzlich zur regelmäßigen Fluktuation.
- 100% der Personalkosten + Fixkosten und Miete der schließenden Apotheken 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.

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 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 (über alle GKV-Arzneimittel sind dies in der Summe 237 Mio. EUR).
- Ansonsten wie Szenario II.

Kostensparnis durch die Reform für die drei Szenarien

	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.

Die Berechnungen für die verschiedenen Szenarien zeigen, dass zwischen 105 Mio. EUR und 448 Mio. EUR Kosten für Personal, den Apothekengewinn 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 ca. 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. 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 richten 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.

Bei einer insgesamt höheren Effizienz im System fließen den Apothekern aufgrund der hier diskutierten Reformvorschläge je nach Wettbewerbssituation insgesamt ca. 105 Mio. EUR (schwache Wettbewerbssituation), 211 Mio. EUR (moderate Wettbewerbssituation) oder 448 Mio. EUR (starke Wettbewerbssituation) weniger zu. Welche Konsequenzen dies für die individuellen Apothekengewinne hat, ist vorderhand unbestimmt. Die erweiterten Möglichkeiten für jeden einzelnen Apothe-

ker, sich im Wettbewerb zu behaupten und gegenüber anderen zu profilieren, bieten vielfältige, von der Geschäftstüchtigkeit des Einzelnen abhängige Gewinnsteigerungspotenziale.

Gewinnereiner solchen Reform sind somit letztlich die Versicherten. Sie profitieren vom verschärften Wettbewerb durch verbesserte Apothekenleistungen und zusätzlich 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 eine Beibehaltung sowie Weiterentwicklung der Regelungen zur Zuzahlungsbefreiung kann eine Mehrbelastung chronisch Kranker im Vergleich zum Status quo ausgeschlossen werden.

6. Politikempfehlung

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 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 gravierenden Kosten besteht, welche letzten Endes die Versichertengemeinschaft finanzieren muss.

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.

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 würden den Wettbewerb weiter verschärfen und so zusätzliche Effizienzpotenziale heben.

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 zum einen zu Markteintrittsbarrieren sowie zum anderen zu einer Duplikation von nicht notwendiger Ausstattung und insofern zu höheren Kosten als notwendig. Die Qualitätssicherung oder das Herstellen von bestimmten Arzneimitteln könnte genauso gut und 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.

Weiterhin Zulassung von Pick-up Stellen

Neben dem Versandhandel können Apotheken sogenannte Pick-up-Stellen einrichten. Das bedeutet, dass etwa in einer ländlichen Gegend Patienten ihre Rezepte in einem Ladenlokal, wie einem Schreibwarenladen, oder an einer anderen Sammelstelle, beispielsweise 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 deshalb nicht nur ökonomisch zu begrüßen, sondern sie 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 zum Beispiel 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.