

Recker, Clemens; Arentz, Oliver

Working Paper

Apothekenmarkt in Deutschland: Hohe Regulierungsanforderungen als Gefahr für die Versorgungssicherheit?

Otto-Wolff-Discussion Paper, No. 06/2014

Provided in Cooperation with:

Otto-Wolff-Institut für Wirtschaftsordnung (owiwo), Köln

Suggested Citation: Recker, Clemens; Arentz, Oliver (2014) : Apothekenmarkt in Deutschland: Hohe Regulierungsanforderungen als Gefahr für die Versorgungssicherheit?, Otto-Wolff-Discussion Paper, No. 06/2014, Otto-Wolff-Institut für Wirtschaftsordnung (owiwo), Köln

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/107933>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



Direktor: Prof. Achim Wambach, Ph. D.

Geschäftsführer: Dr. Steffen J. Roth

**Apothekenmarkt in Deutschland –
Hohe Regulierungsanforderungen als Gefahr
für die Versorgungssicherheit?**

Clemens Recker und Oliver Arentz

Otto-Wolff-Discussion Paper 06/2014

(November 2014)

Apothekenmarkt in Deutschland – Hohe Regulierungsanforderungen als Gefahr für die Versorgungssicherheit?

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	1
Versorgungssituation in Deutschland	3
Die Markteintritts- und Marktaustrittsentscheidung einer Apotheke.....	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Kosten der Regulierung als Gefahr für die ländliche Versorgungssicherheit.....	8
Verpflichtende Rezepturherstellung in jeder Apotheke	9
Verpflichtende Arzneimittelprüfung in jeder Apotheke	10
Eingeschränkte Mehrbesitzerlaubnis	11
Ausblick und weiterer Forschungsbedarf.....	12
Literatur	14

Autorenkontakt

Clemens Recker (M. Sc. Econ)
clemens.recker@wiso.uni-koeln.de

Dr. Oliver Arentz
arentz@wiso.uni-koeln.de

Korrespondenzadresse

Institut für Wirtschaftspolitik
an der Universität zu Köln
Pohligstr. 1 – 50969 Köln

Einleitung

Die Diskussion über die medizinische Versorgungssicherheit wird gegenwärtig von einer Debatte um den Ärztemangel im ländlichen Raum dominiert. Im Schatten dieser Kontroverse warnen jedoch auch die deutschen Apothekenkammern und –spitzenverbände aufgrund zunehmender Geschäftsschließungen vor einer Versorgungslücke mit Medikamenten für die ländliche Bevölkerung. Durch den Wegfall bestehender Versorgungsstrukturen sei das normative Ziel gleichwertiger Lebensbedingungen in allen Landesteilen nachhaltig gefährdet. In Reaktion auf die gestiegenen Marktaustritte wird von den Apothekenkammern und Spitzenverbänden regelmäßig die Erhöhung der Apothekenvergütung gefordert.¹ Die Forderung nach einer globalen Mittelserhöhung bei einer lokalen, auf ländliche Räume begrenzten Problemstellung ist jedoch zu hinterfragen. Zumal auch im Gesundheitswesen eine effiziente Mittelverwendung zwingend ist, um eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung aufrechterhalten zu können.

Im Vorfeld möglicher Politikmaßnahmen bedarf es daher zunächst einer sachlichen Auseinandersetzung mit den Ursachen, die auf dem deutschen Apothekenmarkt zu lokalen Versorgungsengpässen in Folge von Geschäftsaufgaben oder ausbleibenden Neugründungen führen könnten. Im Rahmen dieses Diskussionspapiers wird zunächst die gegenwärtige Versorgungssituation dargestellt. Dabei wird gezeigt, dass die Markteintritts- bzw. Marktaustrittsentscheidung einer Apotheke bei gegebener Regulierung von der Bevölkerungsanzahl im jeweiligen Einzugsgebiet beeinflusst wird. Da die Bevölkerungsentwicklung weitgehend der politischen Einflussnahme entzogen ist, wird im Anschluss untersucht, wie die Kosten aufgrund der zu beachtenden Regulierungsaufgaben Ein- und Austritte im Apothekenmarkt beeinflussen. Es wird die These aufgestellt, dass ein Wegfall nicht zwingend erforderlicher Regulierungsaufgaben den zum kostendeckenden Betrieb einer Apotheke erforderlichen Grundumsatz senken kann, wodurch auch Apotheken in dünner besiedelten Teilmärkten kostendeckend betrieben werden können. Abschließend wird ein Ausblick auf die laufende Forschung gegeben, die zum Ziel hat, die vermutete Zusammenhänge weiter zu quantifizieren und so belastbare Erkenntnisse über die Ursachen von Markteintritts- und Marktaustrittsentscheidungen auf dem deutschen Apothekenmarkt zu erlangen. Auf Grundlage dieser empirischen Erkenntnisse können dann Empfehlungen für zielgerichtete Politikmaßnahmen zur nachhaltigen Sicherung der flächendeckenden Arzneimittelversorgung abgeleitet werden.

¹ Vgl. hierzu z.B. Deutsche Apothekenzeitung 20/2014: Apothekenkammer Nordrhein, Apotheker haben Nachholbedarf, abrufbar unter:

<http://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/politik/news/2014/06/11/resolution-fuer-mehr-honorar/13049/print.html>

Pharmazeutische Zeitung 13/2012: ABDA drängt auf faires Honorar, abrufbar unter: <http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=41455>

Versorgungssituation in Deutschland

Im Folgenden wird auf Grundlage der in der Versorgungsforschung gängigen Bewertungskriterien der *Apothekendichte* sowie der *Apothekenerreichbarkeit* die gegebene Versorgungssituation in Deutschland eingeordnet. Dabei wird insbesondere auch die Situation in ländlichen und urbanen Räumen verglichen.

Gegenwärtig gibt es in Deutschland 20.662 öffentliche Apotheken (Stand 2013). Davon sind 16.661 Haupt-/Einzelapotheken und 4.001 Filialapotheken (vgl. *Abbildung 1*). Über 3.000 Apotheken betreiben neben Ihrem Ladengeschäft einen Versandhandel, über den alle rezeptfreien Medikamente sowie einige verschreibungspflichtige Arzneien vertrieben werden dürfen. Während die Anzahl an Versandlizenzen seit einigen Jahren kontinuierlich zunimmt, ist die Anzahl der Ladengeschäfte gegenwärtig leicht rückläufig.²

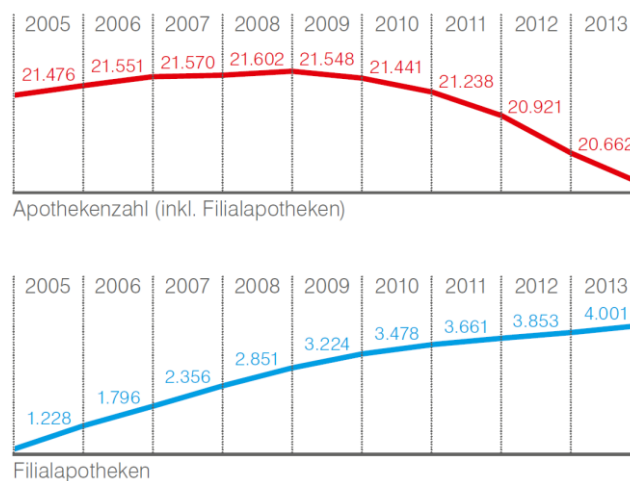


Abbildung 1: Bestand an öffentlichen Apotheken in Deutschland (Quelle: Darstellung entnommen aus *Deutscher Apothekerverband ABDA (2013), S. 4*)

Im Landesdurchschnitt resultiert aus dem aktuellen Apothekenbestand eine *Apothekendichte* von 3.800 Einwohner je öffentlicher Apotheke. Im internationalen Vergleich gehört Deutschland damit mit Ländern wie Italien (3.400:1) oder Frankreich (2.800:1) zur Ländergruppe mit durchschnittlich hoher Standortdichte. Deutliche Unterschiede bestehen beispielsweise zu den Niederlanden (8.400:1), den skandinavischen Staaten Norwegen (7.600:1), Schweden (8.400:1) oder Dänemark (17.500:1), die eine signifikant geringere Apothekendichte aufweisen.³ Der internationale Vergleich ist allerdings nur bedingt geeignet, um sich der Frage nach einer angemessenen Apothekendichte zur Grundversorgung der Bevölkerung mit Medikamenten zu nähern. Im Gegensatz zu Deutschland dürften in den Ländern

² Kennzahlen zum deutschen Apothekenmarkt: Deutscher Apothekerverband ABDA (2013)

³ Europäische Apothekerverband PGEU: Auswertung nationaler Daten aus ganz Europa aus dem Jahr 2011

mit geringer Apothekendichte im Regelfall auch Drogerien rezeptfreie Arzneimittel verkaufen.^{4, 5} Der internationale Vergleich kann daher teilweise nur Hinweise für die Einordnung der Versorgungssituation mit verschreibungspflichtigen Medikamenten liefern. Betrachtet man die gegenwärtige Versorgungssituation innerhalb Deutschlands anhand des Indikators der Apothekendichte, findet sich nur ein geringer Unterschied zwischen städtischen und ländlichen Regionen (vgl. *Tabelle 1*).

BBSR Kreistyp 2009	Einwohner pro Apotheke
Kernstädte in verstädterten Räumen	3.196
Ländliche Kreise in verstädterten Räumen	3.986
Ländliche Kreise höherer Dichte	3.762
Ländliche Kreise geringer Dichte	3.939

Tabelle 1: Einwohner pro Apotheke nach Kreistyp (Quelle: Eigene Darstellung auf Basis einer Berechnung des Bundesforschungsinstituts für Ländliche Räume, S. 50, Neumeier 2013)

Da auf dem deutschen Apothekenmarkt abgesehen von Regelungen zum Mehrbesitz von Apotheken grundsätzlich Niederlassungsfreiheit besteht, wäre eine deutlich signifikantere Abweichung zwischen städtischem und ländlichem Raum auch nicht unmittelbar zu erwarten. Für den profitablen Betrieb einer Apotheke bedarf es, Erhebungen unter Apothekenbesitzern zufolge, eines Einzugsgebiets von mindestens 3.000 Einwohnern.⁶ In ländlichen Regionen ist ein Einzugsgebiet ab ungefähr 3.800 Einwohner erforderlich, da sich hier aufgrund der geringeren Laufkundschaft im apothekenüblichen Ergänzungsgeschäft (Hygieneartikel, Nahrungsergänzungsmittel etc.) geringere Umsätze erzielen lassen⁷. In Regionen mit deutlich geringerer Apothekendichte wäre von einem Markteintritt eines Mitbewerbers auszugehen. Die Daten zur tatsächlichen durchschnittlichen Apothekendichte spiegeln die ungefähren Mindestanforderungen an das Einzugsgebiet wieder. Die Markteintritts- und Austrittsent-

⁴ Beispielsweise werden in den Niederlanden über drei Viertel der rezeptfreien Medikamente nicht von Apotheken verkauft, vgl. Haucap et. al (2012), S. 50.

⁵ In Deutschland dürfen Medikamente gegenwärtig nur von Apotheken vertreiben werden. Dieser Status Quo wird für dieses Diskussionspapier als gegeben angenommen. Eine Einflussnahme auf die Versorgungssituation mit rezeptfreien Medikamenten durch eine Handelsfreigabe für Drogerien o.Ä. wird daher nicht besprochen. Gleiches gilt für eine Einflussnahme auf die Versorgungssituation mit verschreibungspflichtigen Medikamenten durch ein Dispensationsrecht (Abgaberecht) für Ärzte, wie es beispielsweise in Teilen der Schweiz besteht. Verwiesen sei im Zusammenhang mit dem Dispensationsrecht für Ärzte aber auf eine Studie von Kaiser und Schmid (2014). Die Studie hat in den Schweizer Kantonen mit Dispensationsrecht 30 Prozent höhere Arzneimittelausgaben pro Patient nachgewiesen. Die Autoren führen diesen Unterschied auf Fehlanreize zurück, da die Ärzte zu jedem verschriebenen Präparat die pharmazeutische Patientenberatung abrechnen können.

⁶ Vgl. Haucap et. al (2012), S. 43.

⁷ Vgl. Hüsgen, Rösger-Feier (2012), S.61.

scheidungen der Akteure orientieren sich systematisch am Kundenpotential bzw. an der Bevölkerungszahl im jeweiligen Teilmarkt. Es gibt also keine Hinweise auf eine Allokationsstörung auf dem Apothekenmarkt.

Neben dem Kriterium der Apothekendichte ist das Kriterium der *Erreichbarkeit von Apotheken* ein verbreiteter Maßstab zur Beurteilung der Versorgungssituation. Bei einer durchschnittlichen Apothekendichte von ungefähr 3.000 bis 3.500 Geschäften je Einwohner befinden sich im dicht besiedelten städtischen Raum oft mehrere Apotheken im unmittelbaren Umfeld der Kunden, während im dünn besiedelten ländlichen Raum eine vergleichbare Apothekendichte im Regelfall zu deutlich längeren Wegstrecken führt. Aus Konsumenten bzw. Patientensicht dürfte die Erreichbarkeit einer Apotheke daher das relevantere Kriterium zur Bewertung der Versorgungssituation sein. Die Erreichbarkeit wird von der Rechtsprechung ebenfalls als wesentliches Kriterium aufgegriffen. Demnach sei eine ordnungsgemäße Versorgung der Bevölkerung bereits ab einer Entfernung von sechs Kilometern zur nächsten Apotheke nicht mehr gegeben.^{8,9} Sofern man dieser Entfernungsdefinition als Maßstab für die Versorgungssicherheit folgt, besteht vor allem in den dünner besiedelten Regionen im Norden und Osten Deutschlands ein Mangel an Apotheken (vgl. *Abbildung 2*).

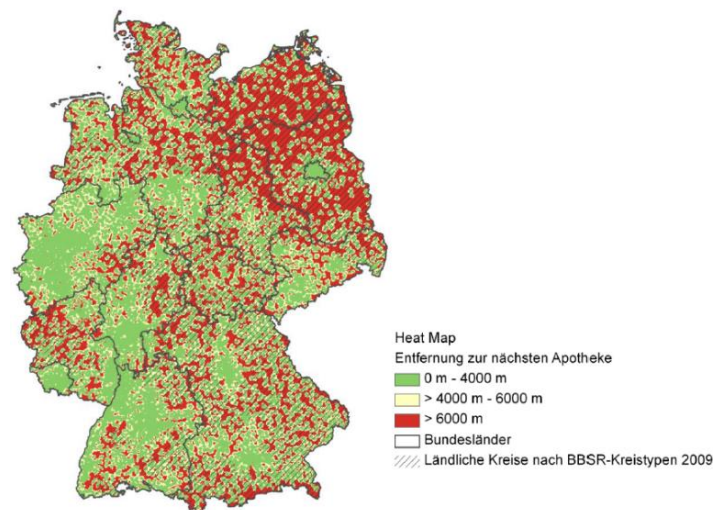


Abbildung 2: Entfernung zur nächsten Apotheke in Deutschland (Quelle: Grafik entnommen aus Neumeier (2013), S. 27, Datengrundlage der Grafik ist eine Berechnung des Bundesforschungsinstituts für Ländliche Räume)

Einen differenzierten Überblick über die gegenwärtige Erreichbarkeit von Apotheken in Abhängigkeit vom gewählten Transportmittel liefert eine Modellrechnung des Bundesforschungsinstituts für ländliche Räume. Demnach ist die nächstgelegene Apotheke in einigen ländlichen Regionen nicht innerhalb einer Viertelstunde mit dem Auto erreichbar. Potentielle Versorgungsengpässe bestehen vor allem in

⁸ Vgl. Kaapke, Preißner, Heckmann, (2008), S. 59.

⁹ In Regionen, in denen die definierte Erreichbarkeitsgrenze von sechs Kilometern überschritten ist, dürfen Apotheken im Regelfall für einen befristeten Zeitraum Rezeptsammelstellen einrichten. vgl. § 24 ApBetrO

Teilen der Bundesländer Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern sowie im nordöstlichen Sachsen Anhalt. Eine fußläufige Erreichbarkeit ist erwartungsgemäß vor allem im verstärkerten Raum gegeben (vgl. *Abbildung 3*).

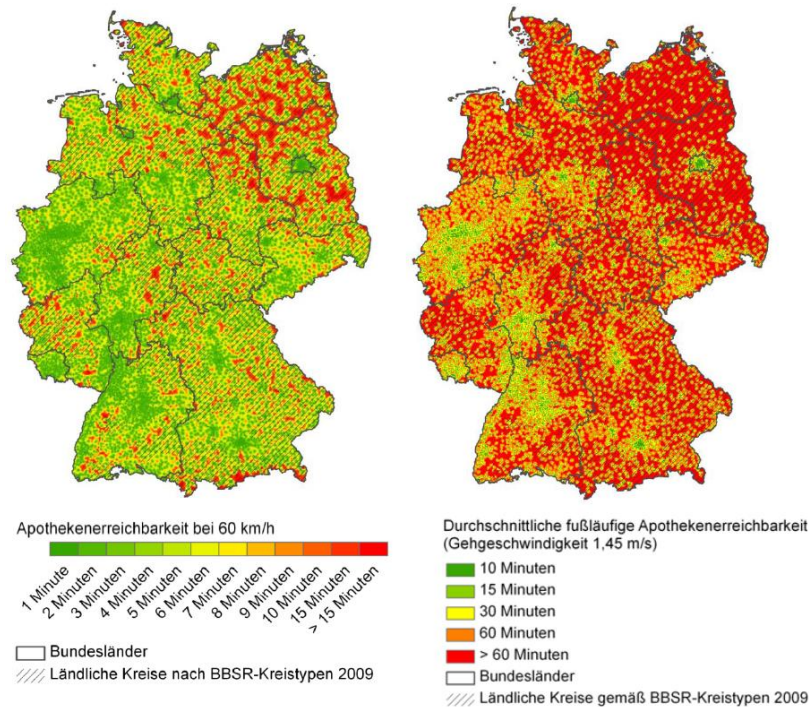


Abbildung 3: Erreichbarkeit der Apotheken in Deutschland (Quelle: Grafik entnommen aus Neumeier (2013), S. 39, Datengrundlage der Grafik ist eine Modellsimulation des Bundesforschungsinstitut für Ländliche Räume)

Als Zwischenfazit kann festgehalten werden, dass die wohnortnahe Erreichbarkeit öffentlicher Apotheken für den überwiegenden Anteil der Bevölkerung gewährleistet ist. Für einen kleineren Bevölkerungsanteil ist die Versorgungssituation allerdings signifikant schlechter. Sofern an dem Ziel einer wohnortnahen Versorgung mit Medikamenten auch für die Einwohner in diesen Regionen mit oftmals abnehmender Gesamtbevölkerung festgehalten werden soll, müssen Lösungsansätze gefunden werden, die Abhilfe schaffen und zugleich der grundsätzlichen Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen Rechnung tragen.

Gegenwärtig übersteigen die Apothekenschließungen die Neugründungen in Deutschland (vgl. *Abbildung 5*). Allein aus der daraus resultierenden rückläufigen Apothekenzahl lässt sich zunächst jedoch kein Problem für die künftige Versorgungssituation ableiten. In der jüngeren Vergangenheit sind allerdings ländliche Regionen in den alten Bundesländern (Niedersachsen, Saarland, Rheinland-Pfalz) überproportional stark von Marktaustritten betroffen.¹⁰ In absehbarer Zukunft könnte sich daher auch hier eine ähnlich angespannte Versorgungssituation wie in den ländlichen Regionen im Norden und Osten Deutschlands einstellen.

¹⁰ Pressemitteilung der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA), Juni 2014.

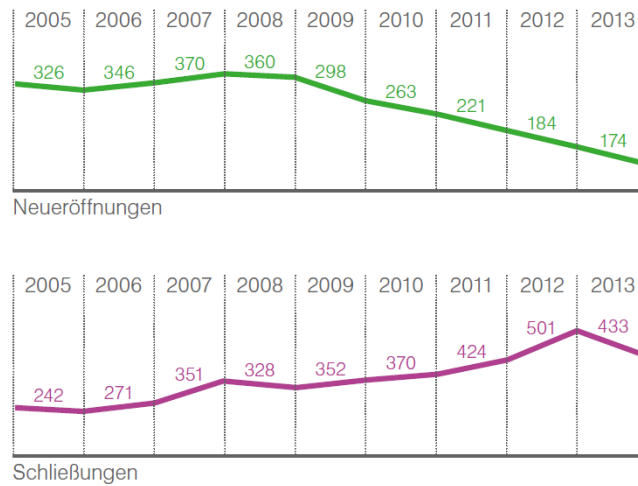


Abbildung 4: Markteintritte und Marktaustritte auf dem deutschen Apothekenmarkt (Quelle: Darstellung entnommen aus Deutscher Apothekerverband ABDA (2013), S. 4)

Wie beschrieben, ist der Marktaustritt einer Apotheke zu erwarten, wenn das Ladengeschäft im relevanten Teilmarkt nicht ausreichend Kunden zum kostendeckenden Betrieb der Apotheke (einschließlich des Unternehmerlohns) erreicht.¹¹ Der wichtigste exogene Standortfaktor für eine Apotheke ist die Bevölkerungsdichte, da die erzielbaren Umsätze im Kerngeschäft mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln¹² unabhängig von der Kaufkraft der Patienten sind. Allerdings determiniert die Kaufkraft im Zielmarkt das Umsatzpotential im apothekenüblichen Ergänzungsgeschäft (Hygieneartikel, Nahrungsergänzungsmittel etc.) und stellt somit durchaus einen weiteren relevanten Standortfaktor dar. Mit Einschränkungen ist die Kaufkraft auch für das Potential im Geschäft mit rezeptfreien Medikamenten relevant.¹³ Sowohl die Bevölkerungsdichte als auch die Kaufkraft im betrachteten Zielmarkt bzw. Teilmarkt entziehen sich der Einflussnahme des Apothekers und stellen somit exogene Faktoren bei der Standortentscheidung dar.

Im dicht besiedelten städtischen Raum haben diese beiden determinierenden Faktoren Einfluss auf die Frage, wie viele Apotheken im betrachteten Teilmarkt ein Geschäft betreiben. Ein Marktaustritt im dicht besiedelten Raum mit hinreichend hohem Kundenpotential ist im Regelfall auf die hohe Konkurrenzsituation im Teilmarkt zurückzuführen. Aufgrund des engmaschigen Versorgungsnetzes haben Marktaustritte hier jedoch keinen signifikanten Einfluss auf die Apothekenerreichbarkeit.

¹¹ Nach einer Studie des Bundesinstituts für ländliche Räume weisen aktuell ungefähr 44% der gesamtdeutschen Apotheken ein zu geringes Kundenaufkommen für einen mittelfristig kostendeckenden Betrieb des Ladengeschäfts auf, vgl. Neumeier (2013), S. 51.

¹² Im Jahr 2013 hatte der Verkauf von verschreibungspflichtigen Medikamenten im Bundesdurchschnitt einen Anteil von 80,3% am durchschnittlichen Apothekenumsatz, vgl. Deutscher Apothekerverband ABDA (2013), S. 28.

¹³ 22% der verschreibungsfreien Medikamente wurden im Jahr 2013 auf ärztliche Verordnung hin veräußert, vgl. ABDA (2013), S. 28. Die Kaufkraft bedingt daher nur das Umsatzpotential im Fall der verbleibenden Differenz der Selbstmedikation.

Im dünn besiedelten und ggf. strukturschwachen ländlichen Raum haben diese beiden determinierenden Faktoren Einfluss auf die Frage, ob überhaupt eine Apotheke im betrachteten Teilmarkt betrieben wird. Grund für die Geschäftsaufgabe oder den ausbleibenden Markteintritt bzw. fehlende Nachfolgeregelungen ist im Regelfall die Erwartung, den erforderlichen Mindestumsatz aufgrund rückläufiger Einwohnerzahlen und ggf. zusätzlich rückläufiger Kaufkraft mittelfristig nicht erzielen zu können. Im Gegensatz zum dicht besiedelten Raum kann die Markteintritts- bzw. Marktaustrittsentscheidung einer Apotheke im ländlichen Raum einen signifikanten Einfluss auf die Apothekenerreichbarkeit haben.

Kosten der Regulierung als Gefahr für die Versorgungssicherheit

Sofern eine Apotheke in einem Teilmarkt aufgrund zu geringer Kundenpotentiale den notwendigen Grundumsatz nicht erzielt, haben Geschäftsinhaber und/oder Geschäftsführer gegenwärtig nur begrenzt Möglichkeiten dem entgegenzusteuern.¹⁴

Im Kerngeschäft mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln besteht eine Preisbindung. Die Arzneimittel der Pharmaindustrie werden über den Pharmagroßhandel an die Apotheken verkauft. Der Großhandel darf dabei 15% auf den Herstellerabgabepreis aufschlagen. Der resultierende Apothekeneinkaufspreis ist Ausgangspunkt für die Bestimmung des Apothekenverkaufspreises. Neben einem Aufschlag von bis zu 3% auf den Einkaufspreis wird die Apothekenleistung mit einem Pauschalbetrag von aktuell 6,30 EUR¹⁵ pro verkaufter verschreibungspflichtiger Arzneimittelpackung vergolten.¹⁶ Der resultierende Endpreis wird im Fall von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln von der Krankenkasse des Patienten übernommen. Einen darüber hinaus gehenden und vom Kunden zu zahlenden Aufschlag dürfen die Apotheken nicht erheben.¹⁷

¹⁴ Theoretisch besteht die Möglichkeit, ein zu geringes Kundenpotential vor Ort über einen angeschlossenen Versandhandel zu kompensieren. In Deutschland haben gegenwärtig über 3.000 Apotheken eine Zulassung als Versender. Das Versandgeschäft wird jedoch von einigen wenigen Anbietern dominiert und bietet daher keinen flächendeckenden Lösungsansatz für Apotheken mit zu geringem Kundenpotential vor Ort. Laut dem Bundesverband Deutscher Versandapotheken (BVDVA) erreichen nur zwei Prozent der zugelassenen Versandapotheken überhaupt ein marktanteilrelevantes Volumen und können mehr als 1.000 Sendungen täglich realisieren. Im Handel mit verschreibungsfreien Präparaten hat der Versandhandel auch aufgrund deutlicher Preisnachlässe im Onlinegeschäft einen Marktanteil von 10 Prozent. Im Fall verschreibungspflichtiger Medikamente ist der Versandhandel mit einem Marktanteil von 0,7 Prozent unbedeutend. Hauptursache für den deutlich geringeren Marktanteil dürfte die notwendige Rezeptübermittlung im Vorfeld des Versands sein. Aufgrund der Preisbindung und der Kostenübernahme durch die Krankenkassen besteht auf Kundenseite zudem kein Anreiz, den jeweils kostengünstigsten Bezugsweg zu wählen.

¹⁵ Von der Apothekenpauschale in Höhe von 8,10 EUR ist der sogenannte „Apothekenrabatt“ von zur Zeit 1,80 EUR (Jahr 2014) abzuziehen, der jährlich zwischen dem deutschen Apothekerverband (DAV) und dem GKV-Spitzenverband ausgehandelt wird und die Apotheken an Kosteneinsparungen im deutschen Gesundheitssystem beteiligen soll.

¹⁶ Theoretisch kann eine Apotheke eine darüber hinausgehende höhere Marge generieren, wenn sie Vereinbarungen über Einkaufsrabatte mit dem Großhandel abschließen kann. Allerdings dürften insbesondere Apotheken in ländlichen Räumen kaum über die hierfür notwendige Verhandlungsmacht verfügen.

¹⁷ Die Ausführungen zur Preisbildung auf dem deutschen Apothekenmarkt folgen Haucap et. al (2012), S.36.

Damit besteht in ländlichen Teilmärkten mit geringerem Kundenpotential nicht, wie im sonstigen Einzelhandel, die Möglichkeit, den Standortnachteil durch höhere Endkundenpreise zu kompensieren, um die Verkaufsdienstleistung weiterhin lokal anbieten zu können. Begründet wird die verbindliche Preisbindung mit der Notlage des auf Arzneimittel angewiesenen, erkrankten Patienten. In einem System freier Preisbildung ließe sich nur schwer verhindern, dass diese Notlage von Anbietern ausgenutzt und der Patient so übervorteilt würde.¹⁸

Für die weitere Analyse in diesem Diskussionspapier wird der Status Quo der Preisbindung auf dem deutschen Apothekenmarkt als gegeben angenommen.¹⁹ Daher wird im Folgenden untersucht, in welchem Umfang die gegenwärtigen Regulierungsanforderungen die Kosten beim Betrieb einer Apotheke beeinflussen. Dahinter steht die Überlegung, dass eine Senkung der Kosten durch die Regulierungsaufgaben zu einem geringeren erforderlichen Grundumsatz führt, ab dem das Apothekengeschäft kostendeckend betrieben werden kann. Dadurch könnte das Angebot auch in Teilmärkten ausgedehnt werden, die gegenwärtig oder in absehbarer Zukunft aufgrund der zu geringen Bevölkerungsdichte andernfalls nicht rentabel sind.

Die den Apotheken auferlegten Pflichten sind in der Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) festgehalten. Im Rahmen der Novellierung der ApBetrO im Jahr 2012 wurde bereits die Frage diskutiert, ob zumindest bei Filialapotheken die Anforderungen gesenkt werden können, wenn diese durch die Hauptapotheke garantiert werden. Letztlich entschied sich der Gesetzgeber zunächst aber gegen umfangreiche Erleichterungen. Eine Lockerung der im Folgenden beschriebenen Regulierungsaufgaben könnte geeignet sein, um die Betriebskosten für Apotheken zu senken:

Verpflichtende Rezepturherstellung in jeder Apotheke

Gegenwärtig ist jede öffentliche Apotheke verpflichtet, eine Rezeptur vor Ort selber herstellen zu können (§ 7 ApBetrO). Die Herstellung einer Rezeptur erfolgt in der Regel auf Anweisung eines Arztes und dient der Anfertigung von kundenspezifischen Salben, Pulvern, Lösungen, Kapseln, Zäpfchen oder auch Drogenmischungen. Vor der Herstellung muss eine Plausibilitätsprüfung der Rezeptur erfolgen, zum Beispiel in Hinsicht auf Dosierung, Applikationsart, Haltbarkeit sowie Art, Menge und Kompatibilität der Ausgangsstoffe. Darüber hinaus ist die ordnungsgemäße Qualität der verwendeten Ausgangsstoffe im Vorfeld durch die Apotheke zu prüfen (§ 11 i.V.m. § 6 ApBetrO). Der Anschaffungspreis der zur Anfertigung und Überprüfung notwendigen Gerätschaften liegt zwischen 10.000 EUR und 20.000

¹⁸ Vgl. Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, Glossar zur Notwendigkeit der Preisbindung (2014) www.abda.de/preisbindung_rx.html, 2014.

¹⁹ Verwiesen sei an dieser Stelle auf vorliegende Reformkonzepte zur Überwindung der starren Preisbindung. Haucap et. al (2012) schlagen beispielsweise eine sogenannte Apothekentaxe vor, die den Apotheken einer Abweichung zu Lasten des Konsumenten in einem vorgeschriebenen Korridor ermöglichen würde, vgl. Haucap et. al (2012), S. 60ff.

EUR.²⁰ Hinzu kommen fortlaufende Wartungs- und Erneuerungsinvestitionen für die Geräte und die Einrichtung und der Unterhalt eines eigenen, abgetrennten Arbeitsplatzes zur Herstellung der Rezepturen. Die Dokumentationspflichten verlangen zudem die Anfertigung individueller Herstellungsanweisungen und Herstellungsprotokolle.

Fraglich ist, ob zur Versorgung der Patienten mit Rezepturen die direkte Anfertigung in den Räumlichkeiten vor Ort zwingend erforderlich ist. Die Bündelung der Rezepturanfertigung in einer bestimmten Apothekenbetriebsstätte oder bei einem spezialisierten Anbieter bietet Einsparungsmöglichkeiten, weil die Fixkosten der Rezepturerstellung (Geräteausstattung, Herstellung von Grundrezepturen) so auf eine größere Outputmenge verteilt werden. Darüber hinaus bietet eine Bündelung der Rezepturerstellung und entsprechender Dokumentation die Möglichkeit, Erfahrungs- und Lerneffekte aufgrund der Spezialisierung eines oder mehrerer Mitarbeiter auszuschöpfen. Zu lange Wartezeiten auf die fertige Rezeptur seitens des Patienten können über eine Regelung zur Maximallaufzeit (beispielsweise binnen eines Tages) ausgeschlossen werden. Im Rahmen dieser Vorgabe könnte jede Apotheke den individuell optimalen Produktionsprozess für ihre Rezepturen wählen.²¹

Verpflichtende Arzneimittelprüfung in jeder Apotheke

Alle Fertigarzneimittel, die nicht in der Apotheke hergestellt worden sind, müssen stichprobenweise in jeder Apotheke überprüft werden (§ 12 ApBetrO). Dabei darf von einer über die Sinnesprüfung hinausgehenden Prüfung abgesehen werden, wenn sich keine Anhaltspunkte für einen Zweifel an der ordnungsgemäßen Qualität des Arzneimittels ergeben. Die Qualitätsprüfung beinhaltet darüber hinaus Dokumentationspflichten zu jeder überprüften Stichprobe. Neben den laufenden Kosten erfordert die Qualitätskontrolle die Anschaffung und Instandhaltung einer Laborausstattung. Der Anschaffungspreis der dazu notwendigen Geräte beläuft sich auf ungefähr 30.000 EUR bis 40.000 EUR.^{22, 23}

Die Frage ist, wie treffsicher und vollständig eine stichprobenartige Qualitätsprüfung der Fertigarzneimittel auf Ebene der Apotheken ist. Einen Anhaltspunkt über Anzahl und Umfang der hinsichtlich Beschaffenheit und Vollständigkeit (Beipackzettel) zu überprüfenden Arzneimittel liefert das deutsche

²⁰ Haucap et. al (2012), S. 28

²¹ Abzuwägen sind die Vorteile einer zentralen Anfertigung gegen den möglichen Nachteil höherer Logistikkosten.

²² Haucap et. al (2012), S. 28

²³ Sofern im Rahmen der eingeschränkten Mehrbesitzerlaubnis ein Verbund aus einer Haupt- und bis zu drei Filialapotheken besteht, darf die Laborüberprüfung bei bestehendem Anfangsverdacht in entsprechend einzurichtenden Räumlichkeiten in der Hauptapotheken durchgeführt werden.

Arzneimittelverzeichnis. Demnach müsste in jeder Apotheke fortlaufend die Qualität von 22.674 Medikamenten von 447 Pharmaherstellern überwacht werden.²⁴ Eine systematische Qualitätssicherung nach gleichbleibenden Industriestandards durch die Apotheken erscheint daher kaum erreichbar.

Durch eine Übertragung der Qualitätssicherungspflichten auf einen vorgelagerten Zeitpunkt im Produktions- oder Distributionsprozess, also auf Hersteller- oder Großhandelsebene, erscheint angeraten. Diese Bündelung der Qualitätskontrolle könnte zum einen wiederum mit Kostenersparnissen aufgrund von Skaleneffekten verbunden sein und zum anderen kann die einheitliche und lückenlose Qualitätskontrolle eher garantiert werden.

Eingeschränkte Mehrbesitzerlaubnis

Eine Erlaubnis zum Besitz mehrerer Apotheken könnte die Versorgungssituation in dünn besiedelten Teilmärkten verbessern, sofern unterschiedliche Mindestanforderungen an das Hauptgeschäft und die zugehörigen Filialgeschäfte gestellt werden. In diesem Fall bestünde die Möglichkeit, einen Teil der verpflichtenden Anforderungen und Aufgaben im Hauptgeschäft zu bündeln. Eine solche Bündelung kann den Filialstandort entlasten und den notwendigen Grundumsatz zum kostendeckenden Betrieb der Niederlassung senken.

Inhaber einer Apotheke darf gegenwärtig nur ein approbierter Apotheker sein. Neben einem Hauptgeschäft darf der Inhaber seit dem Jahr 2004 bis zu drei weitere öffentliche Filialapotheken in demselben oder einem direkt angrenzenden Kreis betreiben (§1 ApoG). Abgesehen vom Laborraum ist eine Filialapotheke gegenwärtig in sachlicher wie auch in personeller Hinsicht genauso auszustatten wie eine Vollapotheke. Beispielsweise stellt die Apothekenordnung Anforderungen an die Mindestgröße der Apothekenräume, die 110 m² nicht unterschreiten dürfen (§ 4 ApBetrO). Im Fall der Pflichten zur Vorratshaltung wird ebenfalls nicht zwischen Haupt- und Filialgeschäften unterschieden. Jede öffentliche Apotheke muss mindestens den durchschnittlichen Wochenbedarf an Medikamenten vorrätig halten (§ 15 ApBetrO). Begründet wird dieses mit der Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung der Bevölkerung.²⁵ Der Einkaufspreis dieses Mindestbedarfs und damit die Höhe des im Lager gebundenen Kapitals beträgt dabei mindestens 100.000 EUR.²⁶ Hinzu kommen die Kosten für die Einrichtung und den Unterhalt entsprechend großer klimatisierter Lagerräume.

Fraglich ist, ob zur *ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung der Bevölkerung* tatsächlich in jeder Filiale ein Wochenvorrat an Medikamenten zwingend erforderlich ist. In einem Verbund aus einer Hauptapotheke und nachgelagerten Filialen könnte ein größeres Vorratslager am Hauptstandort unterhalten

²⁴ Vgl. Arzneimittelverzeichnis „Rote Liste“ für Deutschland 2013.

²⁵ Vgl. § 15 ApBetrO.

²⁶ Vgl. Engelke (2009), S. 168.

werden, während in den einzelnen Filialen Medikamente in einem Umfang vorrätig zu halten wären, der den Bedarf eines Handelstages oder einer Nachtschicht sicher abdeckt. Selten nachgefragte und nicht zur Notfallmedikamentierung gehörende Arzneimittel könnten am jeweiligen Hauptstandort vorrätig gehalten werden. Anforderungen an die Höchstlaufzeit könnten auch hier die zeitnahe Versorgung der Bevölkerung mit diesen seltener nachgefragten Arzneimitteln an jedem Filialstandort beispielsweise binnen Tagesfrist sicherstellen.

Die Beschränkung der Anzahl und der räumlichen Ausdehnung (nur in benachbarten Kreisen) der zu einem Verbund gehörenden Filialgeschäfte erscheint aus Perspektive der Versorgungssicherheit willkürlich gegriffen. Ein relevantes Kriterium für die räumliche Ausdehnung eines Versorgungsverbund müsste sich an der Frage orientieren, ob die nachgefragten Arzneimittel innerhalb der vorgegebenen Frist an jedem Filialstandort verfügbar sind.

Ausblick und weiterer Forschungsbedarf

Zum kostendeckenden Betrieb muss eine Apotheke an ihrem Standort einen Mindestumsatz erzielen. Über 80 Prozent der durchschnittlichen Apothekenumsätze entfallen auf die Ausgabe verschreibungspflichtiger Medikamente. Da die Kosten für diese Arzneimittel im Regelfall von den Krankenkassen übernommen werden, wird das Umsatzpotential an einem Standort systematisch von der dortigen Bevölkerungsanzahl bedingt. Sofern die Bevölkerung und damit das Kundenpotential in einem Teilmarkt zu gering ist, kann der erforderliche Mindestumsatz nicht erzielt werden. In diesem Fall können Markteintritte unterbleiben oder bestehende Geschäfte den Markt verlassen. Sofern in einem ländlichen Teilmarkt die Anforderungen an die Mindestbevölkerung gegenwärtig oder künftig nicht erfüllt sind, resultiert daraus eine schlechte Erreichbarkeit der nächsten Apotheke.

Während sich der prognostizierte Bevölkerungsrückgang in Deutschland weitestgehend der politischen Einflussnahme entzieht, verantwortet der Gesetzgeber die Regulierungsanforderungen an die Apotheken. Der kurze Überblick über ausgewählte Anforderungen hat gezeigt, dass diese Auflagen die jährlichen Kosten einer Apotheke teilweise erheblich erhöhen können. Je stärker die Kosten der Regulierung allerdings den Apothekenbetrieb belasten, desto höher muss die Mindestbevölkerung im jeweiligen Teilmarkt zum kostendeckenden Betrieb der Apotheke sein. Sofern der Gesetzgeber von den Apotheken die Erbringung von umfangreichen Mindestleistungen vor Ort und in Echtzeit einfordert, schneidet er zeitgleich abgelegene Teilmärkte komplett von der lokalen Versorgung mit Medikamenten ab. Fraglich ist daher, ob die Bevölkerung in bevölkerungsarmen Teilmärkten nicht durch eine gut

erreichbare Apotheke, die einen leicht reduzierten Mindestanforderungskatalog erfüllen muss, nicht besser gestellt werden kann.²⁷

Um das Potential einer Veränderung der Regulierungsanforderungen auf den Apothekenbestand besser abschätzen zu können, bedarf es möglichst detaillierter Kenntnisse über die Markteintritts- und Marktaustrittsentscheidungen auf dem deutschen Apothekenmarkt. Im Rahmen von Modellsimulationen wird diese nach wie vor bestehende Forschungslücke in einer Forschungs Kooperation, an der das Europäische Zentrum für freie Berufe der Universität Köln (EuZFB) und das Institut für Wirtschaftspolitik (iwp) sowie eine Juniorprofessorin des Energiewissenschaftlichen Instituts (ewi) beteiligt sind, gegenwärtig weiter geschlossen.²⁸ Der gewählte Ansatz untergliedert Deutschland in lokale Teilmärkte auf Postleitzahlen- und auf Gemeindeebene.²⁹ Der zur Durchführung dieses Forschungsvorhabens erstellte Datensatz umfasst neben der Anzahl der Apotheken in jedem Teilmarkt unter anderem Informationen zur Bevölkerungsstruktur, zur Kaufkraft, zur Ärztestruktur, zum durchschnittlichen Gesundheitsniveau und zum Mietniveau in den jeweiligen Teilmärkten. Diese feingliederige Datengrundlage ermöglicht, die Relevanz der genannten potentiellen Einflussfaktoren auf die Markteintritts- und Marktaustrittsentscheidungen auf dem deutschen Apothekenmarkt fundiert abschätzen zu können.

²⁷ Der Verzicht auf nicht zwingend erforderliche Regulierungsaufgaben bietet aufgrund der zu erwartenden Kosteneinsparungen selbstverständlich auch das Potential, die Bevölkerung in dichter besiedelten Teilmärkten besser zu stellen.

²⁸ Erste Arbeiten nähern sich der Fragestellung der Markteintrittsentscheidungen auf Basis räumlicher Wettbewerbs- und Regressionsmodelle, vgl. Horvath 2010.

²⁹ Die Untergliederung in Postleitzahlenbezirke ist vor allem in städtischen Gebieten relevant, um hier praxisnahe Teilmärkte abgrenzen zu können. Das Stadtgebiet von Köln gehört beispielsweise zu einer Gemeinde, die Unterteilung in Postleitzahlenbezirke erlaubt hingegen die Betrachtung von 45 Teilmärkten auf dem Stadtgebiet.

Literatur

Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (2014): Zahlen, Daten, Fakten 2013, Berlin.

Engelke (2009): Regulierung der Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung, Bayreuth.

Haucap, Coenen, Herr, Kuchinke (2012), Der deutsche Apothekenmarkt, Reformoptionen für eine effiziente und nachhaltige Versorgung, Baden-Baden.

Horvarth (2010): Die regulierte Apothekenversorgung in Deutschland: Eine Analyse der Regulierungsursachen und des Versorgungsgrades auf Basis räumlicher Wettbewerbsmodelle, Essen.

Hüsgen, Rösgen-Feier (2012), Die Landapotheke: Die Situation von Apotheken in Orten unter 5000 Einwohnern, in: Deutsche Apotheker Zeitung, 152. Jahrgang, Nr. 28, Stuttgart, S. 60-64.

Kaapke, Preißner, Heckmann (2008): Die öffentliche Apotheke - ihre Funktion, ihre Bedeutung, Stuttgart.

Kaiser, Schmid (2014): Does physician dispensing increase drug expenditures? Empirical evidence from Switzerland, in: Health Economics, Online Version of Record published before inclusion in an issue, Online Erstveröffentlichung November 2014, Bern.

Neumeier (2013): Modellierung der Erreichbarkeit öffentlicher Apotheken : Untersuchung zum regionalen Versorgungsgrad mit Dienstleistungen der Grundversorgung, Thünen Working Paper 14, Braunschweig.