

von der Schulenburg, Johann-Matthias; Hodek, Jan-Marc

Working Paper

Nutzen und Kosten der derzeitigen Regulierung des Apothekenmarktes in Deutschland: benefits and costs of current regulations in the German pharmacy sector

Diskussionsbeitrag, No. 390

Provided in Cooperation with:

School of Economics and Management, University of Hannover

Suggested Citation: von der Schulenburg, Johann-Matthias; Hodek, Jan-Marc (2008) : Nutzen und Kosten der derzeitigen Regulierung des Apothekenmarktes in Deutschland: benefits and costs of current regulations in the German pharmacy sector, Diskussionsbeitrag, No. 390, Leibniz Universität Hannover, Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät, Hannover

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/27200>

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.

Nutzen und Kosten der derzeitigen Regulierung des Apothekenmarktes in Deutschland

Benefits and costs of current regulations in the German
pharmacy sector

Prof. Dr. J.-Matthias Graf v. d. Schulenburg^{*}
und
Jan-Marc Hodek^{**}

Februar 2008

Diskussionspapier Nr. 390

ISSN: 0949-9962

JEL Klassifikation: I11, I18, D43

^{*} Leibniz Universität Hannover, Institut für Versicherungsbetriebslehre – Forschungsstelle
Gesundheitsökonomie, Königsworther Platz 1, D-30167 Hannover

^{**} Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, AG5 – Gesundheitsökonomie und
Gesundheitsmanagement, Universitätsstrasse 25, D-33615 Bielefeld

ZUSAMMENFASSUNG

Der Apothekenmarkt unterliegt in vielen europäischen Ländern nach wie vor einer starken staatlichen Regulierung. Sie besteht – je nach Land – in der Eigentümerregulierung, der Regulierung des Geschäftsbetriebes, der Öffnungszeiten, der Personalausstattung, der Preisbildung, dem Verbot bestimmter Vertriebsformen (z. B. des Versandhandels) und der Bestimmungen zum vorzuhaltenden Angebotssortiment. Ein besonders ausgeprägtes Konglomerat an Regulierungen besteht jedoch in Deutschland.

Spezifische staatliche Markteingriffe, d. h. Eingriffe, die über die generelle Gesetzgebung zur ordnungspolitischen Ausgestaltung von Märkten hinausgehen, werden oftmals mit Marktbesonderheiten gerechtfertigt, die tatsächlich oder angeblich verhindern, dass der Marktmechanismus zu einem optimalen Ergebnis führt. Die spezifischen Markteingriffe sollen negative Wirkungen eines freien Wettbewerbs verhindern. Dem dadurch bewirkten Nutzen stehen aber stets auch Regulierungskosten gegenüber. Dies sind einerseits die direkten Belastungen durch die Regulierung selbst, da sie Handlungsfreiheiten von Anbietern und/oder Nachfragern einschränkt. Andererseits erfolgen indirekte Wohlfahrtswirkungen, die mit dem Fachausdruck des 'excess burden' umschrieben werden. Am Beispiel der Steuererhebung kann man dies verdeutlichen: Steuern dienen der Finanzierung von staatlichen Aufgaben. Auf der anderen Seite haben sie einen direkten belastenden Effekt für die Steuerzahler. Darüber hinaus führen sie zu Anpassungen der Steuerzahler, z. B. durch verminderte Arbeitsbereitschaft, was volkswirtschaftliche Kosten nach sich zieht, den 'excess burden'. In dem vorliegenden Paper werden diese Nutzen und Kosten der Regulierung des deutschen Apothekenmarktes analysiert. Es wird sodann erläutert, welche Deregulierungsmaßnahmen erforderlich sind, um regulierungsbedingte volkswirtschaftliche Verluste zu vermeiden.

Hauptergebnis ist, dass eine partielle Deregulierung in der Lage ist, die Effizienz und Qualität der Distribution von Arzneimitteln zu steigern. Dem Grundsatz „Value for money“ folgend, wird bei gegebenem Aufwand für die Arzneimitteldistribution die Qualität erhöht. Damit könnte Deutschland im Gegensatz zum gegenwärtigen Zeitpunkt eine Vorreiterrolle für eine Apothekenmarktordnung einnehmen, bei der das Konsumenten- und Patienteninteresse – und nicht nur ein berufsspezifisches Partikularinteresse – im Mittelpunkt stehen. Auf Basis von transaktions- und produktionstheoretischen Überlegungen zu Verbund- und Skaleneffekten sowie der wohlfahrtstheoretischen Analyse zu Oligopolmodellen ergibt die ökonomische Analyse, dass insbesondere die Besitz- und Betreiberregulierungen des deutschen Apothekenmarktes nicht nur unzeitgemäß, sondern für die Gesellschaft mit hohen Kosten verbunden sind. Zusammen mit partiellen Lockerungen im Bereich der Regulierung des Geschäftsbetriebs und des Sortiments – hier könnten weniger regulatorische Eingriffe und damit die Kraft eines freieren Wettbewerbs mindestens genauso gute Ergebnisse erzielen, ohne eine Gefährdung der Kunden auszulösen – können positive ökonomische Effekte folgen. Ein größeres Maß an Freiraum in den Bereichen des Versandhandels und der Preissetzung kann diese Wirkungen noch zusätzlich verstärken.

Die Analyse zeigt zudem aber auch, dass nicht alle Regulierungsmaßnahmen auf dem Apothekenmarkt abzulehnen sind. Hierzu gehören die Verschreibungs- und Apothekenpflicht, die Pflicht zur Führung einer Offizin durch einen Apotheker (was unbedingt vom Besitz derselben zu trennen ist) sowie Teile der Betriebsordnung oder Mindestöffnungszeiten. Die Potenziale in diesem Bereich können gehoben werden, wenn mehr Marktwettbewerb auf dem Apothekenmarkt zugelassen wird. Je weiter die vorgeschlagenen Deregulierungen umgesetzt werden können, desto größer sind mögliche positive Effekte. Langfristige Folge der Versuchs- und Entdeckungsprozesse verschiedener Konzepte vertikaler und horizontaler Kooperation könnte ein wohlfahrtssteigerndes Nebeneinander von inhabergeführten Apotheken und solchen im Eigentum von Kapitalgesellschaften sein, wobei insgesamt eine verbesserte Erfüllung der gesellschaftlichen Präferenzen erwartet werden kann.

ABSTRACT

The pharmacy sector in many European countries continues to be subject to strict governmental regulations. This consists – depending on the country – of regulations on ownership, business operations, opening hours, personnel, pricing, prohibiting certain sales methods (e.g. mail order), and specifying product ranges. Indeed, Germany has a particularly strong conglomeration of regulations.

Specific governmental interventions on the marketplace, i.e. interventions additionally to general legislation governing the organisation of markets in terms of regulatory policy, are frequently justified as being peculiarities of the market, which actually or allegedly prevent the market mechanism from achieving optimal results. The aim of specific interventions is to eliminate the negative consequences of free competition. However, the resulting benefits always have to be offset by the costs of regulation. These costs consist first of direct costs due to the regulation itself, since they restrict the freedom of potential suppliers and/or customers. Secondly, they have indirect welfare effects, referred to by the term “excess burden”. This can be illustrated by the example of taxation: taxes are used to fund the affairs of the country. However, they place a direct burden on the taxpayers, but they also cause taxpayers to adapt, e.g. by being less willing to work, thereby costing the national economy the “excess burden”. This study analyses these benefits and costs of regulation in the German pharmacy sector. It then describes the deregulation measures needed to avoid regulation-costs to the national economy.

The main outcome lies in the conclusion that partial deregulation is capable of improving efficiency and quality in drug distribution. Based on the principle of “value for money”, quality improves with a given investment in drug distribution. In contrast to the present situation, Germany could be a pioneer with regard to the regulation of the pharmacy sector, focusing on the interests of consumers and patients – and not just on particular interests specific to the profession. On basis of economic theory of production and transaction-cost regarding economies of scale and economics of scope as well as on basis of welfare economics regarding oligopoly models, this analysis is coming to the result that particularly ownership and management regulations of German pharmacy sector are not only obsolete, but impose high costs on society. Together with a partial relaxation in the field of business operations and product ranges – in this part less regulatory interventions and thus the power of free competition can cause at least the same results as the present strong regulation. And this without raising a danger for customers – a wide deregulation can develop positive economic effects. Additional or even stronger effects will be possible, if price regulations and mail-order-regulations are deregulated, too.

However, the analysis also shows that not every regulatory measure in the pharmacy sector should be discarded. This includes pharmacy-only and prescription-only rules, the duty that a pharmacy must be managed by a pharmacist (which must be distinguished from the ownership of a dispensary) and some of the business regulations as well as minimum opening hours.

Economic potential can be realised by allowing more competition in the pharmacy sector. The more of mentioned deregulation can be realised, the larger positive economic effects can be attained. Long-term consequence of initiated trial and discovery procedures with different concepts of vertical or horizontal cooperation could be a coexistence of owner-operated pharmacies and those owned by larger joint-stock companies, which increases national welfare by meeting society's preferences.

KEYWORDS: Apothekenregulierung, Gesundheitsökonomie, pharmacy sector regulation, health economics

INHALTSVERZEICHNIS

ZUSAMMENFASSUNG/ ABSTRACT	II
1 EINLEITUNG	1
2 DIE REGULIERUNG DES DEUTSCHEN APOTHEKENWESENS UND IHRE BEGRÜNDUNG .	3
2.1 MAßNAHMEN ZUR BEGRENZUNG DES WETTBEWERBS.....	4
2.2 REGULIERUNG DES GESCHÄFTSBETRIEBS	9
2.3 PREISREGULIERUNG	13
2.4 EFFIZIENZÜBERLEGUNGEN ZUR BETRIEBSGRÖßE – PRODUKTIONS- UND TRANSAKTIONSKOSTENANSATZ	15
2.5 ZUSAMMENFASSUNG	19
3 WIRTSCHAFTSTHEORETISCHE ANALYSE DES ARZNEIMITTELMARKTES	21
3.1 WO IST MEHR WETTBEWERB, IM POLYPOL ODER OLIGOPOL?	21
3.2 HOMOGENES VERSUS HETEROGENES OLIGOPOL.....	23
3.3 OLIGOPOLMODELLE: KURZ- UND LANGFRISTIGE AUSWIRKUNGEN DER DEREGULIERUNG.....	24
3.4 WAS WISSEN WIR ÜBER DIE ZUKUNFT EINES DEREGULIERTEN APOTHEKENMARKTES?	30
4 FOLGEN EINER DEREGULIERUNG DES APOTHEKENMARKTES	31
4.1 DEREGULIERUNG DER ARZNEIMITTELDISTRIBUTION BEI VOLLVERSICHERUNG UND FESTPREISEN	31
4.1.1 <i>Wirkung einer Abschaffung der Vorschriften zum Mehrbesitz von Apotheken</i>	32
4.1.2 <i>Lockerung der Bestimmungen zum Fremdbesitz von Apotheken</i>	35
4.2 WIRKUNG EINER PREISOBERGRENZE FÜR VERSCHREIBUNGSPFLICHTIGE MEDIKAMENTE BEI GLEICHZEITIGER REDUKTION DER VERSICHERUNGSDECKUNG	36
4.3 ZUSAMMENFASSUNG	38
5 AUSBLICK UND ZUSAMMENFASSUNG	40
LITERATURVERZEICHNIS	42

1 Einleitung

Alle Märkte unterliegen in unserer sozialen Marktwirtschaft einer generellen Regulierung. Dazu gehören die Regeln des Zivil- und Handelsrechts genauso wie die des Arbeits- und Wettbewerbsrechts. Die Begründungen für diese generellen Marktregulierungen sind vielfältig und zum Teil nicht unumstritten. Allerdings kann man sie in zwei Argumenten zusammenfassen: Um zu funktionieren braucht die Marktwirtschaft erstens Vertragstreue und ausreichend intensiven Wettbewerb zwischen den Anbietern sowie zweitens Verbraucherschutz und Arbeitnehmerrechte, welche in einer sozialen Marktwirtschaft hohe Priorität genießen.

Dazu treten für ganz bestimmte Märkte zusätzliche z.T. sehr umfangreiche staatliche Regulierungsrahmen. Zu nennen ist die Sozialversicherung, das Banken- und Versicherungswesen mit der hierfür zuständigen Staatsaufsicht, der Energiesektor, das Telekommunikationswesen oder die Energiewirtschaft. Zu diesen, ebenfalls nicht unumstrittenen spezifischen Marktregulierungen werden Begründungen geliefert, die in drei Gruppen zusammengefasst werden können: Soziale Fürsorge, Internalisierung externer Effekte und besondere Erfordernisse zur Sicherstellung des Verbraucherschutzes.

Es gibt jedoch nur wenige Märkte, auf denen der Regulierungsrahmen so weitreichend ist wie auf dem Apothekenmarkt, da hier neben die Preis- und Geschäftsregulierungen eine Besitzregulierung tritt. Der Gesetzgeber legt fest, wer eine Apotheke besitzen und betreiben darf.

Die vorliegende Untersuchung betrachtet die Regulierung des Apothekenwesens aus ökonomischer Sicht und versucht zu bewerten, welche ökonomischen Effekte von verschiedenen Deregulierungsmaßnahmen ausgelöst würden. Neben einer regulierungstheoretischen Analyse der Arzneimitteldistribution wird aufgezeigt, welche Nutzen und Kosten von den einzelnen Maßnahmen ausgehen. Dies führt zu der Frage, ob die Gesellschaft insgesamt Lasten zu tragen hat, denen nur geringe (oder nur bei einem eingegrenzten Personenkreis anfallende) Nutzen gegenüberstehen, die die Lasten nicht rechtfertigen.

Dabei ist zu beachten, dass weder die Feststellung, die derzeitige Arzneimittelversorgung der Bevölkerung in Deutschland sei zufriedenstellend, eine Begründung für die Marktregulierungen ist, noch dass bei jedem (tatsächlichen oder vermeintlichen) Missstand in unserem Lande der Staat aufgerufen ist, regulierend einzugreifen. Regulierung stellt immer eine Einschränkung von Handlungsfreiheit der Konsumenten und/oder Anbieter dar. Deshalb muss jede Regulierung und die mit ihr verbundene Einschränkung der Freiheit sorgsam begründet sein. Zu dem Zeitpunkt, wo die geeignete Begründung entfällt, ist auch die Regulierung aufzuheben.

Ebenso kein Argument für die Einschränkung der Freiheit von Anbietern und Nachfragern ist, dass einige Marktteilnehmer Gewinne anstreben und ihrem Eigennutzstreben folgen. Genau dieses Verhalten der Teilnehmer führt bei funktionierenden Märkten nämlich zu einer Wohlfahrtsverbesserung für die Gesellschaft, ohne dass Regulierungen vonnöten wären. Dies wurde bereits von Adam Smith im Jahre 1776 erkannt: „He intends only his own gain, and he is in this as in many other cases, led by an invisible hand to promote an end which was no part of his intention [...] By pursuing only his own interest he frequently promotes that of society more effectually than when he really intends to promote it“.¹

Die vorliegende Untersuchung soll folgenden Fragestellungen nachgehen:

1. Welche Ziele werden durch die Regulierung der Arzneimitteldistribution verfolgt?
2. Sind die historisch gewachsenen Regulierungsmaßnahmen für die Zielerreichung adäquat (oder liegt ein Fall von Fehlregulierung vor)?
3. Würden dramatische Änderungen eintreten, wenn einzelne Maßnahmen (z.B. Mehrbesitz- und Fremdbesitzverbot) aufgehoben würden? Sind erzielbare Wohlfahrtsgewinne der Deregulierung größer als eventuelle Wohlfahrtsverluste?
4. Welche Effekte haben einzelne Deregulierungsmaßnahmen auf bestimmte Typen von Apotheken sowie gesamtgesellschaftlich?

¹ Smith, A. (1776), S. 477.

Im folgenden zweiten Kapitel sollen zunächst die bestehenden Regulierungen auf dem deutschen Apothekenmarkt vorgestellt und bewertet werden. Im anschließenden dritten Abschnitt werden dann verschiedene ökonomische Theorien auf den betrachteten Fall angewandt, um in einem vierten Kapitel die Wirkungen möglicher Deregulierungsmaßnahmen einschätzen zu können.

2 Die Regulierung des deutschen Apothekenwesens und ihre Begründung

Derzeit existieren in Deutschland 21.551 Apotheken, wovon 1.796 als Filialapotheken geführt werden. Mit einem Verhältnis von 3.825 Einwohnern je Apotheke ist die Apothekendichte in Deutschland relativ hoch.²

Die Regulierung auf dem Apothekenmarkt soll folgendes sicherstellen:

- Eine ausreichende Zahl der Abgabestellen,
- eine ordnungsgemäße Abgabe der Arzneimittel,
- eine hochqualitative Beratung,
- Zugang zu Arzneimitteln zu jeder Tages- und Nachtzeit,
- ein angemessenes Arzneimittelpreisniveau,
- Vermeidung von missbräuchlichem und unsachgemäßem Konsum von Arzneimitteln sowie
- Verhinderung einer marktbeherrschenden Stellung von Anbietern, bzw. deren Ausnutzung (dies ist allerdings keine Besonderheit der Apothekenregulierung, sondern Gegenstand allgemeiner wettbewerbsrechtlicher Vorgaben).

Zusätzlich werden als Begründung auch die Mittelstandsförderung und der Erhalt des Apothekerberufes als freier Beruf genannt.³

² Vgl. ABDA (2007), S. 36.

³ Vgl. Schöffski, O. (1995), S. 25ff. Das Bundesverfassungsgericht hat das Mehrbesitzverbot mit den Eigenarten von Arzneimitteln (Gefährlichkeit) und denjenigen des Apothekerberufs (freier Beruf) begründet. Durch eine Zulassung von Fremd- und Mehrbesitz wäre der Charakter des Apothekers als freier Beruf gefährdet. Vgl. Schöffski, O. (1995), S. 111.

Letztere Ziele entziehen sich einer ökonomischen Fundierung, da sie eher einer generellen, nur historisch erklärbaren, gesellschaftspolitischen Wertvorstellung folgen. Macht man sich diese zueigen, so gilt sie nicht nur für den Apothekerberuf und den Arzneimittelmarkt, sondern generell für eine Vielzahl von Berufsgruppen und Märkten. Zudem lässt der Begriff 'Mittelstand' vielfältige Deutungen zu. Man muss auch nicht Freiberufler oder Selbstständiger sein, um eine Tätigkeit, die die Gesundheit anderer Menschen berühren kann, verantwortungsvoll auszuüben. Eine große Zahl solcher Tätigkeiten wird von angestellten Fachleuten ausgeübt. Die Tatsache, dass eine Tätigkeit besonders wichtig ist, bedeutet nicht, dass der Ausführende auch Besitzer des Betriebes sein muss.

Die Regulierungsmaßnahmen des Apothekerwesens sind im Wesentlichen im *Gesetz über das Apothekerwesen* in Verbindung mit der *Verordnung über den Betrieb von Apotheken* und der *Bundes-Apothekenordnung* normiert.

2.1 Maßnahmen zur Begrenzung des Wettbewerbs

Der Betrieb einer Apotheke ist an eine Erlaubnis geknüpft. Die Erlaubnis wird erteilt, wenn der Antragsteller eine Approbation (Zulassungsregelung⁴) vorweisen kann. Nicht-Apothekern ist die Beteiligung an einer Apotheke verwehrt, auch die erlaubten Rechtsformen sind vorgegeben (Fremdbesitzverbot⁵). Beschränkt ist ebenfalls die Zahl der Apotheken, die ein Apotheker besitzen darf (Mehrbesitzbeschränkung⁶). Infolge von Fremdbesitzverbot und Mehrbesitzregelung sind Apotheker vor Konkurrenz durch Nicht-Apotheker bzw. sonstiger Kapitalgesellschaften bewahrt. Ein direkter Wettbewerb droht nur von anderen approbierten Apothekern, die maximal vier Apotheken besitzen dürfen. Diese Zahl ist allerdings in der Regel zu klein, um Skalenerträge realisieren können. Einiges deutet darauf hin, dass die Umsatzrendite mit der Zahl der Apotheken in einer Hand zunächst sinkt und sich erst ab einer sehr viel höheren Zahl stabilisiert oder sogar steigt.⁷

⁴ Siehe Bundes-Apothekenordnung, §4 Abs. 1; Approbationsordnung für Apotheker.

⁵ Siehe Gesetz über das Apothekenwesen, § 1, Abs. 2, §§ 2, 7, 8.

⁶ Siehe Gesetz über das Apothekenwesen, § 1, Abs. 2, 3, § 2 Abs. 1, 4, 5 §§ 7, 8, 9.

⁷ Siehe hierzu ausführlicher in Abschnitt 2.4. zu Effizienzüberlegungen für den Apothekenmarkt.

Für eine Bewertung ist es notwendig, die beiden Teile der Vorschrift, nämlich dass eine Apotheke von einem Apotheker geleitet werden muss, und dass eine Apotheke sich im Besitz eines Apothekers befindet, zu trennen. Der erste Teil der Vorschrift lässt sich mit Blick auf die potenzielle Gefährlichkeit von Arzneimitteln bei unsachgemäßer Anwendung medizinisch und ökonomisch rechtfertigen. Die fehlerhafte Verwendung von Arzneimitteln schadet dem Konsumenten und erzeugt somit „externe Effekte“, da die Gesellschaft die Folgekosten zu tragen hat (beispielsweise in Form noch höherer Versorgungskosten oder auch durch schwindendes Vertrauen in eine sichere und geordnete Arzneimittelversorgung). Deshalb ist durchaus begründbar, dass in einer Apotheke ein Apotheker die Abgabe von Arzneimitteln überwacht.

Auch verlangt das Ziel der Gewährleistung einer hochqualitativen Beratung, dass die Apotheke mit entsprechendem Fachpersonal ausgestattet ist. Angesichts der existierenden Substitutionsmöglichkeiten – auch im Rahmen der durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz geschaffenen Rabattverträge – gibt es für die Apotheke bei der Abgabe von Arzneimitteln einen (zwar engen aber) diskretionären Entscheidungsspielraum. Zudem werden in Apotheken auch nicht verschreibungspflichtige Medikamente abgegeben, die der Beratung durch einen Fachkundigen bedürfen.

Aus diesem Grunde verlangt der Verbraucherschutz, dass Arzneimittel nur durch Fachkundige abgegeben werden. Zwar gibt es internationale Beispiele (wie die USA oder Norwegen) für eine Abgabe von nicht-verschreibungspflichtigen Mitteln auch außerhalb von Apotheken, da diese als weniger gefährlich und damit weniger beratungsintensiv gelten. Andererseits kann gerade bei Arzneimitteln, die nicht von einem Arzt explizit verschrieben worden sind, die Beratungsnotwendigkeit und Aufklärung des Patienten über Dosierung und Nebenwirkungen besonders hoch sein, so dass auch diese Arzneimittel nur in Apotheken abgegeben werden sollten.

Der zweite Teil der Vorschrift, nämlich dass eine Apotheke im Besitz eines ausgebildeten Apothekers zu sein hat, lässt sich hingegen weder mit den angeführten Zielen noch mit Hilfe der ökonomischen Theorie oder Empirie begründen. Keines der oben genannten Ziele lässt sich hierdurch besser erreichen. Auch sind auf absehbare Zeit keine Konzentrationstendenzen zu erwarten, die zu marktbeherrschenden Stellungen führen würden. Die Kostenfunktion bei Apotheken ist ähnlich

der von Einzelhandelsunternehmen. Es liegt auch ausdrücklich *nicht* der Fall des natürlichen Monopols vor, dem stets die Gefahr von Kartellierungen innewohnt.⁸ Vielmehr ist nach Deregulierung die Entwicklung einer Marktstruktur zu erwarten, in der eine große Zahl an Anbietern in einem intensiven Wettbewerb gegen überstehen. Neben den weiter traditionell geführten Apotheken werden sich große Verbünde von Apotheken bilden, die entweder im Franchisesystem oder durch Kapitalgesellschaften direkt betrieben werden. Dies würde jedoch weder die traditionell durch einen Apotheker betriebene Apotheke komplett verdrängen, noch den Wettbewerb unter Apotheken vermindern. Wie das Beispiel des Optikermarktes zeigt, bleiben selbstständige Einzelhändler nicht auf der Strecke: Obwohl es bundesweit tätige Ketten gibt, zeichnen sich Einzelgeschäfte häufig durch eine besondere Kundenbeziehung aus, die vor allem auf Vertrauen basiert. Das Geschäft der inhabergeführten Apotheken wird sich also grundlegend ändern, zwangsläufig ist ihr Ausscheiden jedoch keinesfalls.⁹

Auch bezüglich der Gefahr mangelnden Wettbewerbs ist das Gegenteil der Befürchtungen der Fall: Wie der Nobelpreisträger *Joseph Stiglitz* gezeigt hat, ist der oligopolistische Wettbewerb unter bestimmten Voraussetzungen viel stärker als derjenige unter vielen Anbietern. Genau dieser oligopolistische Wettbewerb würde zu einem besseren Preis-Leistungs-Verhältnis aus der Sicht des Kunden führen, indem die Preise sinken und/oder die Qualität – einschließlich der Beratungsqualität – steigt.¹⁰ Langfristig entsteht hieraus ein Wettbewerb um die bestmögliche Präferenz-erfüllung der verschiedenen Kundensegmente. Ein insgesamt wohlfahrtssteigerndes Nebeneinander verschiedener Distributionskonzepte darf erwartet werden.

Das Fremdbesitzverbot wird oftmals auch damit begründet, dass ein Eigentümer-Apotheker für fehlerhafte Abgaben haftet und aus Eigeninteresse dafür sorgt, dass

⁸ Anders als der deutsche Strommarkt, in welchem enorme Skaleneffekte ('economies of scale') aufgrund der vorhandenen Leistungsnetze existieren. Nach Deregulierung entstand hier aus diesem natürlichen Monopol ein starres Oligopol ohne echten Wettbewerb. Auf dem Apothekenmarkt ist das genaue Gegenteil der Fall: Der Markt kommt von einem Polypol und entwickelt sich erst hin zu einer stärkeren Konzentration.

⁹ Vgl. ZEIT-Online (2006), 33/2006.

¹⁰ Dies zeigten schon Bertrand und Hotelling in ihren Oligopolmodellen, welche im dritten Abschnitt dieses Textes erläutert werden sollen. Vgl. Bertrand, J. (1883), Hotelling, H. (1929).

keine Haftungsfälle entstehen.¹¹ Hierbei wird jedoch übersehen, dass ein angestellter Apotheker ebenfalls haftet. Dies gilt auch für die Urlaubsvertretung. Zudem kann auch eine Haftung für den Eigentümer der Apotheke entstehen. Auch der Hinweis auf den hohen Wert der Marke bzw. des Markennamens (in Verbindung mit einer Markenqualität) für Apothekengroßbetriebe ist an dieser Stelle sinnvoll: Sollte es in einer Filiale einmal Probleme geben, so strahlt diese negative Wirkung sogleich auf andere Mitglieder des Verbundes ab. Allein zum Schutz der Reputation werden große Kapitalgesellschaften alles tun, um diese Risiken zu vermeiden und damit Haftungsfälle gar nicht erst auftreten zu lassen. Im Falle einer Kapitalgesellschaft ist der Gläubigerschutz deshalb häufig besser gewahrt, da diese in der Regel über ein erheblich höheres Haftungskapital verfügt als der einzelne Apotheker.

Auch ist nicht zu erwarten, dass bei Aufhebung des Fremd- und Mehrbesitzverbotes die Zahl der Arzneimittelabgabestellen stärker sinkt, als dies aufgrund der ohnehin zu erwartenden Marktbereinigung sinnvoll wäre. Derzeit wird die Arzneimitteldistribution zu überhöhten volkswirtschaftlichen Kosten betrieben: Ökonomisch eigentlich zu kleine Betriebe können aktuell bestehen, da sie durch effizientere Betriebe nicht genügend unter Druck gesetzt werden können. Gegebenenfalls erfolgt dieser Anpassungsprozess bei Deregulierung nur schneller. Viele derzeitige Apotheken sind aus betriebswirtschaftlichen Gründen nicht mehr sinnvoll zu betreiben und werden deshalb von den Betreibern mittelfristig aufgegeben werden.¹² Kapitalgesellschaften, die eine Vielzahl von Apotheken betreiben, können hingegen Skaleneffekte ('economies of scale') in allen betrieblichen Funktionen realisieren und sind daher bei gegebenen Preisen eher in der Lage, Überschüsse zu erzielen und Apotheken auch in nicht bevorzugten Lagen zu betreiben. Letztlich würde es zu einer Koexistenz beider Formen kommen: Der im Fremdbesitz befindlichen und der im Eigenbesitz stehenden Apotheken.

Die Wirkungen von Regulierungs- und Deregulierungsmaßnahmen sollten nicht isoliert betrachtet werden: So führt ein Aufheben der Fremd- und Mehrbesitzregelung bei gleichzeitigem Fortbestand der Preisregulierung zu anderen Effekten als bei

¹¹ Vgl. Glaeske, G./ Klauber, J./ Lankers, C.H.R./ Selke, G.W. (2003), S. 123ff.

¹² Vgl. Monopolkommission (2006), S. 416, Ziffern 1151ff.

einem gleichzeitigen Aufheben der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) in ihrer jetzigen Form. Im ersteren Fall wird der Anpassungsprozeß langsamer erfolgen und der Wettbewerb vor allem den Charakter eines Qualitätswettbewerbs haben.¹³ Im zweiten Fall treten sowohl ein Preis- als auch ein Qualitätswettbewerb ein, wobei sich Anbieter durch regionale Preisdifferenzierung auch regionalen Kostenunterschieden anpassen können.¹⁴ Im Ergebnis wird sich hierdurch eine gleichmäßigere regionale Verteilung der Apotheken ergeben, da Apotheker in bislang weniger gut versorgten und damit konkurrenzarmen Gebieten die Freiheit hätten, die Preise an die relative Knappheit von Apothekenkapazitäten anzupassen. Hiervon würden Anreize für Apotheker ausgehen, sich in unterversorgten Gebieten anzusiedeln.

Auch der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen¹⁵, der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung¹⁶ sowie die Monopolkommission¹⁷ empfehlen eine weitgehende Liberalisierung der Vertriebsstrukturen zur wettbewerblichen Ausschöpfung von Effizienzreserven im Arzneimittelsektor. Die zunftähnlichen und anachronistischen Strukturen werden als „ordnungspolitisch problematische Besonderheiten“¹⁸ bezeichnet. Ein Wettbewerb hätte nicht nur sinkende Preise zur Folge, sondern könnte auch auf die vorgelagerten Handelsstufen zurückwirken und dort Wettbewerbsprozesse auslösen.

Die Kommissionen bezeichnen die Entstehung von Apothekenketten – und damit einer von einigen vermeintlichen Experten befürchteten oligopolistisch geprägten Anbieterstruktur – sogar als wünschenswertes Ziel. Hohe Wettbewerbsintensität, sinkende Verbraucherpreise und mehr Effizienz sind dabei die Zielvorstellungen.¹⁹ Konzentrationsprozesse in Form horizontaler oder vertikaler Zusammenschlüsse können Transaktionskosten senken und Größenvorteile realisieren. Durch die Kapitalbeteiligung von Nicht-Apothekern und die Bildung von Apothekeneinheiten

¹³ Siehe hierzu Kapitel 3 zum Sweezy-Oligopol. Vgl. Sweezy, P.M. (1939).

¹⁴ Siehe hierzu Kapitel 3 zum Hotelling-Oligopol. Vgl. Hotelling, H. (1929).

¹⁵ Vgl. SVR-Gesundheit (2002), S. 68ff.

¹⁶ Vgl. SVR (2002), S. 237, Ziffer 413.

¹⁷ Vgl. Monopolkommission (2006), S. 412ff., Ziffer 1128ff.

¹⁸ SVR-Gesundheit (2002), S. 69.

¹⁹ Vgl. SVR-Gesundheit (2002), S. 71.

nicht beschränkter Größe erwarten die Experten eine Wettbewerbsbelebung und sich hieraus ergebende Effizienzsteigerungen. Managementkompetenz und wettbewerbliches Innovationspotenzial würden auf diese Weise im Apothekensektor Einzug halten. Auch die Monopolkommission geht davon aus, dass sich die wohlfahrts-theoretisch optimale Wettbewerbsintensität nicht unbedingt in einer möglichst kleinteiligen Marktstruktur entwickelt wird, sondern vor allem bei einer gewissen Unternehmenskonzentration – wie in anderen Bereichen des Einzelhandels – starker Wettbewerb möglich ist.²⁰

2.2 Regulierung des Geschäftsbetriebs

Neben den beschriebenen Maßnahmen zur Beschränkung des Wettbewerbs existiert eine Reihe von Einzelregelungen für den Geschäftsbetrieb und zum Sortiment einer Apotheke:²¹

Führung der Apotheke: Die persönliche Führung der Apotheke und die Einhaltung gesetzlicher Vorschriften obliegt dem Apotheker beziehungsweise seinem Vertreter. Auch für die Vertretung sind Anforderungen zu erfüllen.²²

Größe und Einrichtung der Apothekenräume: Die Betriebsräume von Apotheken unterliegen detaillierten Mindestbestimmungen, die eine einwandfreie Herstellung, Lagerung, Prüfung, Verpackung und Abgabe von Arzneimitteln sicherstellen sollen. Die Abgeschlossenheit der Räume gegenüber anderen freiberuflichen oder gewerblichen Verwendungen muss gegeben sein. Die Apotheke muss auch außerhalb der gewerblichen Ladenöffnungszeiten im Rahmen der regional abgestimmten Notdienstregelung erreichbar sein.²³

²⁰ Vgl. Monopolkommission (2006), S. 419f., Ziffer 1174ff.

²¹ Werbeverbot und Auseinandersetzungsregelungen werden im Rahmen dieses Beitrages nicht behandelt.

²² Siehe Verordnung über den Betrieb von Apotheken, § 2 Abs. 1, 2, 5, 6.

²³ Siehe Verordnung über den Betrieb von Apotheken, §§ 4, 5.

Anforderungen an das Personal: Neben den bereits dargestellten Anforderungen an den Apotheker schreibt der Gesetzgeber auch die Qualifikationen des sonstigen Apothekenpersonals vor. Zudem wird auch das Vorhandensein von ausreichend pharmazeutischem Personal verlangt.²⁴

Verbot von Kooperationsverträgen: Im Gegensatz zu anderen Einzelhändlern darf ein Apotheker keine Abkommen zur bevorzugten Präsentation von Gütern schließen. Eine bevorzugte Lieferung oder Abgabe von Arzneimitteln an bestimmte Gruppen ist ebenfalls untersagt.²⁵

Dauernde Dienstbereitschaft: Für Apotheken gelten besondere Regelungen hinsichtlich der Ladenöffnungszeiten. Die Apotheke hat dienstbereit zu sein, solange sie nicht im Einklang mit der bestehenden Regelung geschlossen sein darf. Während der Dienstbereitschaft ist die Arzneimittelabgabe durch Apotheker beziehungsweise Vertreter sicherzustellen. Für die Versorgung der Patienten außerhalb der gewöhnlichen Öffnungszeiten wird der Apotheker mit einem kleinen Zuschlag auf die abgegebenen Arzneimittel entschädigt.²⁶

In-den-Verkehr-bringen von Arzneimitteln und „apothekenüblichen“ Waren: Im Gegensatz zu anderen Formen des Einzelhandels ist es Apotheken nicht erlaubt, verschreibungspflichtige und bestimmte apothekenpflichtige Arzneimittel, die ein Missbrauchspotenzial aufweisen (z.B. Schmerzmittel oder Schlafmittel), im Selbstbedienungsbetrieb abzugeben. Verschreibungen sind von der Apotheke unverzüglich auszuführen. Apotheker haben missbräuchlichem Konsum von Arzneimitteln entgegenzuwirken.²⁷

Informations- und Beratungspflicht: Es existiert diese Pflicht zur Information und Beratung des Kunden aus Gründen der Arzneimittelsicherheit, soweit dies erforderlich ist. Die sachgerechte Anwendung der Präparate soll so sichergestellt werden.²⁸

²⁴ Siehe Verordnung über den Betrieb von Apotheken, §§ 2, 3.

²⁵ Siehe Gesetz über das Apothekenwesen, §§ 10, 11.

²⁶ Siehe Verordnung über den Betrieb von Apotheken, § 23.

²⁷ Siehe Verordnung über den Betrieb von Apotheken, § 17.

²⁸ Siehe Verordnung über den Betrieb von Apotheken, § 20, Abs. 1.

Neben diesen Regulierungen des Geschäftsbetriebs existieren weitere Bestimmungen zum Sortiment einer Apotheke.²⁹

Apothekenpflicht: Arzneimittel unterliegen bis auf festgelegte Ausnahmen der Apothekenpflicht. Die Apothekenpflicht gibt dem Apotheker ein Monopol für einen großen Teil seiner Einnahmen. Konkurrenz droht dem Apotheker dank dieser Vorschrift nur von anderen Apotheken, nicht aber aus dem regulären Einzelhandel.

Verschreibungspflicht: Infolge der Verschreibungspflicht ist es nur Human-, Zahn- und Tierärzten möglich, Medikamente zu verschreiben.

Beschränkung auf „apothekenübliche“ Waren: Neben Arzneimitteln dürfen Apotheken „apothekenübliche“ Waren verkaufen, wobei der Auftrag der Arzneimittelversorgung nicht gefährdet werden darf.

Vorratshaltung: Im Gegensatz zu anderen Einzelhändlern ist dem Apotheker Sortiment- und Lagerhaltung vorgeschrieben. Auf Grund der Zahl der auf dem Markt befindlichen Arzneimittel, kann jedoch keine Apotheke ein volles Sortiment anbieten, so dass sich das unmittelbar verfügbare Sortiment von Apotheke zu Apotheke unterscheiden wird. Die Forderung nach einer möglichst unverzüglichen Ausführung der Verordnung setzt daher auch eine gut funktionierende Bestell- und Lieferbeziehung zwischen Apotheke und pharmazeutischem Großhandel voraus.

Es ist festzustellen, dass alle Regelungen begründbar sind, auch wenn sie teilweise aus einer Zeit stammen, in der die Bevölkerungsdichte viel kleiner, die Lieferzeiten des Großhandels viel länger und die Apothekendichte viel geringer waren. Viele Regelungen sind heutzutage nicht mehr erforderlich, da die in ihnen formulierten Anforderungen ohnehin von den Anbietern aufgrund des Wettbewerbs erfüllt würden. Dazu gehören die *Dienstbereitschaft*, die *Qualifikation des Personals* und die *Vorratshaltung*.

²⁹ Siehe Verordnung über den Betrieb von Apotheken, § 2 Abs. 4, §§ 15, 16, 25.

Das Gebot der Missbrauchsverhinderung beim Konsum von Arzneimitteln soll die Anforderungen an die *Führung der Apotheke* sowie die Regelungen zum „*In-den-Verkehr-bringen*“ von *Arzneimitteln und apothekenüblichen Waren*, die *Apothekenpflicht* und die *Verschreibungspflicht* rechtfertigen. Allerdings sei angemerkt, dass der Arzneimittelmisbrauch in der Regel und auch in Zukunft nicht durch die Regulierung des Geschäftsbetriebes von Apotheken wirksam verhindert wird. Er hat vielfach seinen Grund in Arzneimittel-Abhängigkeiten, deren wirksame Behandlung ein medizinisches (und weitgehend ungelöstes) Problem darstellt.

Für die Forderung nach räumlicher Abgeschlossenheit der Apotheke spricht, dass so die ordnungsgemäße Abgabe von Arzneimitteln sichergestellt werden kann. Auch die Beschränkung auf den Verkauf „apothekenüblicher“ Waren ist eine konsistente Auflage im Rahmen der derzeitigen Regulierung.

Angeichts der Tatsache, dass Apotheken heute zum größten Teil industriell gefertigte Arzneimittel abgeben, müssen die Anforderungen an die *Größe der Apothekenräume* aktualisiert werden. Auf jeden Fall sind Hygiene- und Sicherheitsvorschriften für die Abgabe von Arzneimitteln notwendig. Außerdem kann eine Apotheke, die den Anspruch hat, eine umfassende Versorgung der Patienten mit Arzneimitteln sicher zu stellen, eine bestimmte Größe nicht unterschreiten. Die Sonderstellung des Apothekers lässt sich im Kern durch den Beratungsauftrag rechtfertigen, den die Apotheken bisher in unterschiedlichem Maße erfüllen. Die Annahme, dass eine patientengerechte und qualitätsgesicherte Beratung von Kapitalgesellschaften mit einer Vielzahl von Apotheken weniger zu erwarten ist, als von Einzelapotheken, ist unbegründet und erweist sich vor dem Hintergrund liberalisierter Länder – wie Norwegen – als falsch. Das beste Mittel zur Erreichung einer hohen Beratungsqualität innerhalb eines Wirtschaftszweiges ist ohnehin eine Intensivierung des Wettbewerbs, was wiederum durch eine Deregulierung erreicht wird.

Die vom Gesetzgeber verlangte Ausstattung mit Apparaturen, die heute in der Praxis zum Teil nur sehr selten eingesetzt werden, ist in der Regel verzichtbar oder durch eine gemeinsame Nutzung von Geräten durch mehrere Apotheken zu organisieren. Größere Einheiten, beispielsweise in Form von Kapitalgesellschaften, werden diese Möglichkeiten der Nutzung von Wirtschaftlichkeitspotentialen eher nutzen als Einzel-

apotheker. Verschwendung volkswirtschaftlicher Ressourcen würde durch eine Deregulierung vermieden.³⁰

Die dauernde Dienstbereitschaft hingegen ermöglicht den Zugang zu Arzneimitteln rund um die Uhr. Die Regulierung ist zwar zielkonform, jedoch in Ballungsgebieten verzichtbar. Aus ökonomischer Perspektive stellt sich auch hier die Frage, ob die Versorgung mit Arzneimitteln außerhalb der Ladenöffnungszeiten kostengünstiger erreicht werden kann. Beispielsweise könnte die Anlieferung von telefonisch bestellten Medikamenten durch einen Bereitschaftsdienst von Apothekern, der innerhalb weniger Minuten beim Kunden eintrifft, organisiert werden. Die ökonomischen Vorteile für die Kunden, die durch einen Zusammenschluss von Apotheken erreicht werden können, liegen auf der Hand.³¹

2.3 Preisregulierung

Auf dem deutschen Arzneimittelmarkt wird der Preismechanismus zur Koordination von Angebot und Nachfrage nur in Ansätzen genutzt. Stattdessen sind die Preise für verschreibungspflichtige Medikamente durch die Arzneimittelpreisverordnung weitgehend festgelegt.

Unter Berücksichtigung der MwSt. von derzeit 19 % ergibt sich der Apothekenverkaufspreis in der Regel wie folgt:

$$\text{Apothekenverkaufspreis} = ((\text{Herstellerabgabepreis} + \text{Großhandelshöchstzuschlag}) \times 1,03 + \text{€ } 8,10) \times (1 + 0,19)$$

Wie der Formel zu entnehmen ist, wird ein Zuschlag von 3 % auf die Summe von Herstellerabgabepreis und Großhandelshöchstzuschlag gewährt. Der Krankenversicherung eines Patienten der Gesetzlichen Krankenversicherung muss ein Abschlag

³⁰ Hierzu noch mehr im gesonderten Kapitel 2.4. mit transaktions- und produktionskostentheoretischen Überlegungen.

³¹ Vgl. auch Monopolkommission (2006), S. 416ff., Ziffer 1157ff.; S. 420, Ziffer 1178f, wobei nicht alle Einschätzungen der Kommission – z.B. zu dem Betrieb von Apotheken in Drogerien – geteilt werden.

von € 2,30 für verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel gewährt werden. Theoretisch kann der Herstellerabgabepreis vom Hersteller frei gewählt werden. In der Praxis ist diese Freiheit jedoch durch Festbetragsregelungen, Höchststattungspreise und Rabattverträge begrenzt. Der Großhandelshöchstzuschlag unterliegt ebenfalls einer Regulierung und ist in Form von Preisobergrenzen definiert.³²

Wie ausgeführt wurde, verlangen die gesundheitspolitischen Ziele, dass eine Marktordnung des Apothekenwesens

- eine ausreichenden Anzahl von Arzneimittelabgabestellen und
- den Schutz des Verbrauchers vor überhöhten Preisen

sicherstellen muss.

Zunächst ist festzustellen, dass beide Ziele durch die gegenwärtige Regulierung erreicht werden. Schließlich sind die Preise nach oben begrenzt und auch die Apothekendichte mit 3.825 Einwohnern pro Apotheke (über-) erfüllt die Anforderungen an eine ausreichende Anzahl von Abgabestellen.³³

Auf der anderen Seite ist allerdings auch jede Form der Preisregulierung sorgsam zu begründen und stets zu prüfen, ob nicht weniger regulatorische Eingriffe ebenfalls geeignet wären, das angestrebte Ziel zu erreichen. Bezüglich der Preisregulierung ist zu bemerken, dass in der Regel die Allokation der Ressourcen durch eine Preisregulierung nicht verbessert, sondern verschlechtert wird und die häufig postulierten distributiven Ziele ebenfalls nicht erreicht werden: Sind die durch die Preisregulierung festgelegten Preise zu gering, kommt es zu Versorgungsengpässen, Warteschlangen und offener bzw. versteckter Rationierung. Sind sie zu hoch, dann sind überhöhte Gewinne, Verschwendung und Überversorgung die Folge.

Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes, welches zum 1. April 2007 in Kraft getreten ist, sieht an dieser Stelle einerseits eine Lockerung der Preisregulierung auf Apothekenebene vor (vgl. § 129 SGB V sowie Arzneimittelpreisverordnung). Andererseits wird die Preisregulierung, z.B. durch Einführung von Höchststattungs-

³² Siehe Arzneimittelpreisverordnung, § 3; SGB V, § 130 Abs. 1.

³³ Vgl. ABDA (2007), S. 36f.

betragen für innovative Arzneimittel (neuer § 31 Abs. 2a SGB V), verschärft. Es entsteht eine ökonomisch nicht begründbare Preisasymmetrie: Die Apothekenpreise werden nach oben festgeschrieben, eine Abweichung nach unten soll jedoch zulässig sein. Eine Freigabe der Preise würde hingegen den Wettbewerb fördern, müsste aber in beide Richtungen erfolgen, wenn die Preisregulierung nicht nur als Rationierungs- und Kostendämpfungsinstrument gesehen werden soll. Ein völlig anderer Aspekt ist, dass Höchstpreise für innovative Arzneimittel die Arzneimittelforschung unattraktiver macht und Deutschland als Standort für eine innovative Arzneimittelindustrie weiter schwächt.

Im nun folgenden Abschnitt sollen einige bereits tangierte Überlegungen zu Verbund- und Skaleneffekten im Rahmen der betriebswirtschaftlichen Transaktions- und Produktionskostentheorie eingeordnet und auf den Apothekenmarkt angewandt werden.

2.4 Effizienzüberlegungen zur Betriebsgröße – Produktions- und Transaktionskostenansatz

Im Rahmen der Produktionstheorie wird der Betrieb als ein Prozess angesehen, in dem Inputgrößen zu Outputgrößen transformiert werden. Die Aufgabe der Produktion, dem Kernbereich jedes Transformationsprozesses, ist die Kombination der Produktionsfaktoren und deren Umwandlung in Dienstleistungen oder materielle Güter.³⁴ Diese Sichtweise lässt sich auch auf das Apothekenwesen übertragen.

Es soll untersucht werden, ob die derzeitigen Regulierungen zu einer wohlfahrtstheoretisch optimalen Betriebsgröße im Apothekensektor führen oder den Aufbau effizienterer Strukturen im Apothekenmarkt eher verhindern.

Die Existenz von Transaktionskosten ist dabei das wesentliche Merkmal der ‚Neuen Institutionenökonomik‘. Kostenverursachende Transaktionen können einerseits über den Markt erfolgen oder andererseits in Unternehmen stattfinden. Demzufolge werden Kosten sowohl durch die Marktbenutzung als auch durch hierarchische

³⁴ Vgl. Steven, M. (1998), S. 1ff.

Strukturen in einem Unternehmen verursacht.³⁵

Nach Coase ist die Gründung eines Unternehmens insbesondere deshalb profitabel, weil die Inanspruchnahme des marktlichen Preismechanismus Kosten verursacht, z.B. durch die Aushandlung und den Abschluss eines Vertrages. Indem die Zahl der notwendigen Verträge in einem großen Unternehmen reduziert wird, können Markttransaktionskosten eingespart werden. Die Tatsache, dass trotzdem Märkte existieren, ist dagegen auf steigende Kosten zusätzlicher, intern abgewickelter Transaktionen zurückzuführen, die bei einem wachsenden Unternehmen entstehen.³⁶ Betriebe stehen also vor dem Problem, in welchem Maße sie einen Verbrauch externer Transaktionsressourcen durch einen entsprechenden Verbrauch interner Ressourcen substituieren können.

Die Existenz von Apotheken lässt sich mit Hilfe der Transaktionskostentheorie also dadurch begründen, dass durch ihre Existenz höhere Markttransaktionskosten durch geringere unternehmensinterne Transaktionskosten substituiert werden.

Die Marktmacht größerer Unternehmen auf den Input-Märkten ist dabei ein wichtiger Faktor. Mit zunehmender Nachfragemacht können die Einkaufspreise bzw. die -konditionen auf den relevanten Faktormärkten verbessert werden. Der maßgebliche Faktor bei den Verhandlungen ist der Umsatz, den eine Apotheke dem Lieferanten anbieten kann.³⁷ Größere wirtschaftliche Einheiten können z.B. ihre Verhandlungsstärke gegenüber den Pharmagroßhändlern und -herstellern deutlich erhöhen. Für einzelne Apotheken ist es aus logistischen Gründen hingegen häufig schwieriger, Marktmacht auszuüben.³⁸ Handelsunternehmen besitzen in der Regel zudem eine größere Umstellungsflexibilität als die industriellen Anbieter. Auch werden den Herstellern durch Konzentrationen auf der Handelsebene Wahlmöglichkeiten genommen und aufgrund der großen Abnahmemenge der entstehenden Großapotheke können diese eine Verringerung des Distributionsangebotes erfolgreich androhen.³⁹

³⁵ Vgl. Göbel, E. (2002), S. 132.

³⁶ Vgl. Coase, R.H. (1937), S. 20ff.

³⁷ Vgl. Kierndorfer, A. (2007), S. 31.

³⁸ Vgl. Blohorn, H. (2006), S. 11.

³⁹ Vgl. Niestraht, U. (1983), S. 147f.

Hinzu kommen Spezialisierungsvorteile bzw. Vorteile der Arbeitsteilung: Je größer die produzierte Ausbringungsmenge eines Unternehmens ist, desto effizienter lassen sich spezialisierte Leistungsfaktoren durch eine Aufspaltung des Arbeitsprozesses in einzelne Teilaktivitäten aufschlüsseln. Die Folge ist eine Produktivitätssteigerung aufgrund der Herausbildung von Spezialisten für bestimmte Aufgaben.⁴⁰

In einem kleinen Apothekenbetrieb wird dies kaum effizient zu leisten sein. Erst in einem Apothekenbetrieb entsprechender Größe wird es sinnvoll, den Teil des Leistungserstellungsprozesses bei dem nur wenig direkter Kontakt zum Kunden besteht weiter aufzuspalten und die entsprechenden Teilprozesse mit Spezialisten zu besetzen.

Auch die technischen Vorteile, Fixkostendegressionen und die besseren Möglichkeiten zur Risikostreuung größerer Einheiten sind zu beachten. Bei größeren Produktionsmengen können Produktionstechnologien oder -methoden eingesetzt werden, die einen verbesserten Ressourceneinsatz ermöglichen. Außerdem können Risiken bei der Leistungserstellung und des Absatzes besser kalkuliert werden.⁴¹ Konstante Fixkosten unteilbarer Ressourcen können so auf eine größere Stückzahl von Erzeugnissen verteilt werden.⁴² Degressionseffekte entstehen dabei hauptsächlich aufgrund der Zentralisierung von Rechnungswesen und Controlling, Personalmanagement, Marketing oder auch durch einen gemeinsam betriebenen 24-h-Service bzw. -Lieferbereitschaft.

Es sei an dieser Stelle abermals auf die transaktionskostentheoretischen Betriebsgrößenvorteile verwiesen. Eine Kapitalgesellschaft, die eine Vielzahl von Apotheken betreibt, kann betriebliche Funktionen in einer Zentrale bündeln und steuern. Eine Filialapotheke kann gegenüber einer inhabergeführten Apotheke, die sich von mehreren Lieferanten beliefern lässt, Transaktionskosten einsparen, indem sie die Waren von der Systemzentrale bezieht. Ein Apothekensystem wird umso

⁴⁰ Vgl. Lindstädt, H./Hauser, R. (2004), S. 12.

⁴¹ Vgl. Bühler, J. (2002), S. 19f.

⁴² Vgl. Lindstädt, H./Hauser, R. (2004), S. 12.

effizienter sein, je mehr Kontakte es zu bestehenden und potentiellen Transaktionspartnern einsparen kann und je größer die Skalenerträge durch Bündelung von Transaktionen sind. Damit sinken nicht nur auf der Abnehmerseite die Transaktionskosten, sondern auch auf der Lieferantenseite (z.B. da auch diese lediglich einen zentralen Ansprechpartner haben).

Mikroökonomisch betrachtet, handelt es sich bei all diesen Vorteilen um so genannte positive Skaleneffekte (‘economies of scale’) oder Verbundeffekte (‘economies of scope’). Sie beschreiben die Vorteile, die eine Produktion oder Bereitstellung von Diensten in größerem Umfang bieten kann. Einerseits werden horizontale Integrationen – also Zusammenschlüsse von Apotheken – diese Effekte in der Arzneimitteldistribution auslösen. Andererseits aber auch vertikale Integrationen, also beispielsweise ein Zusammenschluss von Großhandelsunternehmen mit Apothekenbetriebsunternehmen. Verbundvorteile, beispielsweise von „Shop-im-Shop“-Konzepten, entstehen durch die gemeinsame Nutzung einer hohen Kundenfrequenz, der Ladenflächen oder des Personals.

Gegen eine Aufhebung der Vorschriften zur Beschränkung der Apothekenbetriebsgröße könnte nun eingewandt werden, dass sich entsprechende Größenvorteile auch durch inhabergeführte Kleinapotheken mittels einer Einbindung in Kooperationsysteme erzielen ließen. Dies stimmt und wird auch als Reaktion auf von Kapitalgesellschaften betriebene Apotheken ggf. so kommen. Unter den aktuell gegebenen gesetzlichen Vorschriften wäre dabei allerdings lediglich ein System mit eher geringer Bindungsintensität die Folge. Eine verstärkt bindungsintensive hierarchische Koordinationsform (bestehend aus einer Systemzentrale und diversen Mitgliedsapotheken) besitzt jedoch entscheidende Vorteile beim Ausschöpfen der Skalen- und Verbundeffekte: In der Zentrale vorhandene Managementkapazitäten und Größenvorteile können umfassender genutzt und Kostensenkungspotentiale noch besser ausgeschöpft werden. Eigeninitiativen der Mitglieder können in einem solchen System besser koordiniert bzw. unterbunden werden: Durchsetzungs- und Kontrollaufwand sind deutlich geringer. Insbesondere in der Beziehung zu Lieferanten ist dies eine der wichtigsten Stellen, an der Transaktionskosten eingespart werden können.

Eine Beschränkung der Apothekenbetriebsgröße kann vor diesem Hintergrund ökonomisch nicht gerechtfertigt werden. Die Überlegenheit eines Apothekengroßbetriebs gegenüber relativ bindungsschwachen Kooperationen kann angenommen werden. Neben der optimalen Größe eines Apothekensystems sollte auch die optimale Koordinationsform desselbigen durch Wettbewerb in einem Versuchs- und Entdeckungsverfahren bestimmt werden. Der Ausschluss bestimmter Koordinationsformen (wie bindungsintensiver Filialsysteme) vom marktinhärenten Findungsprozess, ist unter ökonomischen Gesichtspunkten nicht zu legitimieren.

Im Ergebnis stellt die derzeit in Deutschland gültige Obergrenze von maximal vier Niederlassungen je Apotheker, die sich zusätzlich in einem bestimmten räumlichen Gebiet befinden müssen, aus produktions- und transaktionskostentheoretischer Perspektive nicht die optimale Größe dar. Aufgrund der erforderlichen Kapitalmenge bzw. -reserven dürften apothekereigene Betriebe zudem schnell an ihre natürlichen Grenzen hinsichtlich der Anzahl an Filialen stoßen.⁴³ Die vorhandenen Regulierungen beschränken den Wettbewerb somit maßgeblich.

2.5 Zusammenfassung

Unter Verwendung der Effizienzkriterien der Produktions- und Transaktionskostentheorie ergibt sich, dass die Begrenzung der Betriebsgröße auf vier Apotheken der Bildung einer kostenoptimalen Betriebsgröße entgegensteht. Zu nennen sind mögliche Zentralisierungen im organisatorischen Bereich und damit Produktivitätssteigerungen sowie Prozessoptimierungen durch Arbeitsteilung und Spezialisierung administrativer Aufgaben. Auch die bessere Planbarkeit, größere Flexibilität, sinkende Fixkostenanteile sowie Lerneffekte bei der Produktion größerer Gesamtmengen sowie die immens wichtige Senkung der Transaktionskosten sind bedeutende Argumente. Es ist offensichtlich, dass sich diese Potentiale erst ab einer bestimmten Betriebsgröße einstellen werden.⁴⁴ Beim Apothekenmarkt handelt es sich um einen überregulierten Sektor:

⁴³ Vgl. Hollstein, P. (2006), S. 35.

⁴⁴ Vgl. Hollstein, P. (2006), S. 35.

- Das Mehrbesitzverbot von Apotheken bzw. seine Beschränkung auf vier Apotheken ist ökonomisch nicht zu rechtfertigen, verhindert Kostenersparnisse aufgrund von ´economies of scale´ und behindert die Entwicklung innovativer Ansätze der Vertriebs- und Beratungstätigkeit von Apotheken. Dazu vermindert es die Wettbewerbsintensität. Intensiver Wettbewerb ist aber ein wirkungsvolles Mittel zur Sicherung einer hohen und nachhaltigen Versorgungsqualität.
- Eine Beseitigung des Fremdbesitzverbotes würde dazu führen, dass die Apotheken im Durchschnitt über ein höheres Haftungskapital verfügen und auch im Management von Apotheken moderne betriebswirtschaftliche Methoden zur Anwendung kommen. Die Kapitalallokation würde im Bereich der Arzneimittel-distribution verbessert.
- Die Abgeschlossenheit von Apotheken erscheint dann nicht zwingend erforderlich, wenn entsprechende Konzepte entwickelt werden könnten, die die Versorgung, Beratung und Missbrauchsverhinderung dennoch sicherstellen. Derzeit liegen jedoch derartige Konzepte nicht vor.
- Eine Rückführung der Preisregulierung würde das Erreichen der gesundheitspolitischen Ziele nicht unmittelbar gefährden und den Wettbewerb stärken. Angesichts der Dominanz des Kostendämpfungszieles in der Gesundheitspolitik ist hier jedoch keine Bewegung zu erwarten.

Die Dienstbereitschaft ist schon jetzt weitgehend geregelt und einer der wenigen Bereiche, wo die kollegiale Absprache in einer Versorgungsregion relativ gut funktioniert. Innovative Ansätze, wie ein mobiler Notdienst (der telefonisch gerufen werden kann) sollten genutzt werden. Die Deregulierungsnotwendigkeiten sind in der nachfolgenden Tabelle 1 zusammengefasst.

Tabelle 1: Deregulierungsnotwendigkeiten des Apothekenwesens

	Bestehende Regulierung	Alternative Regulierung
Anzahl der Marktteilnehmer		
Fremdbesitz inkl. freier Rechtsformwahl	Nicht zulässig	Nicht notwendig
Mehrbesitz	Begrenzt	Nicht notwendig
Ausbildung	Vorgeschrieben	Keine Veränderung
Geschäftsbetrieb		
Größe und Einrichtung der Räume	u. a. Abgeschlossenheit	Partielle Deregulierung möglich
Anforderungen an das Personal	Vorgeschrieben	Keine Veränderung
Dienstbereitschaft	Vorgeschrieben	Alternative Modelle denkbar
Produkte		
Vorratshaltung	Vorgeschrieben	Alternative Modelle denkbar
Apothekenpflicht	Vorgeschrieben	Keine Veränderung
Verschreibungspflicht	Vorgeschrieben	Keine Veränderung
Preise		
Preisbildung <i>und</i>	Preishöchstgrenzen <i>und</i>	Deregulierung muss symmetrisch sein
Preisspannen	Regulierte Preisspannen	

3 Wirtschaftstheoretische Analyse des Arzneimittelmarktes

Wir wenden uns nun der wohlfahrtsökonomischen, markttheoretischen Analyse einer Beseitigung des Fremd- und Mehrbesitzverbotes zu.

3.1 *Wo ist mehr Wettbewerb, im Polypol oder Oligopol?*

Bei Betrachtung der Situation des deutschen Apothekenmarktes ist festzuhalten, dass man derzeitig wohl einen besonderen Fall eines Polypols beobachten kann – eine Vielzahl von unabhängigen Anbietern trifft auf eine Vielzahl von Nachfragern. Durch den geringen Marktanteil jedes einzelnen Anbieters lässt sich die Marktstruktur als atomistisch beschreiben. Der Marktanteil jedes einzelnen Anbieters ist so klein, dass Veränderungen von Preis (in zulässigen Nischen) oder der Menge (bzw. der Qualität der erbrachten Dienstleistung des einzelnen Apothekers) von einzelnen Apotheken keinen merklichen Einfluss auf die Marktsituation der übrigen

Konkurrenten hat. Man kann im Rahmen statischer Modelle zeigen, dass solche polypolistischen Konkurrenz- oder Wettbewerbsmärkte zu einer optimalen Allokation im Sinne von Pareto und damit zu einer größtmöglichen gesellschaftlichen Wohlfahrt führen.⁴⁵ Dies ist allerdings nur dann der Fall, wenn vollkommene Transparenz und keine die Entscheidungsfreiheit des Einzelnen beschränkenden Regulierungen bestehen. Der deutsche Apothekenmarkt ist aber durch eine Vielzahl gesetzlicher Eingriffe gekennzeichnet. Insbesondere fordert das Modell der polypolistischen Konkurrenz den freien und unbeschränkten Marktzutritt, der in Deutschland jedoch nicht gegeben ist. Zudem leidet die dynamische Effizienz in polypolistischen Märkten üblicherweise: Der Anreiz zu Innovation, Ausdifferenzierung und Anpassung an neue Herausforderung ist gering.

Durch die vereinzelt in Deutschland angedachten Deregulierungsmaßnahmen wäre hingegen ein Trend zu einer – je nach Region – mehr oder minder oligopolistisch ausgestalteten Marktstruktur zu erwarten. Gerade Anbieter die bereits in oligopolistisch geprägten Märkten tätig sind (z.B. Pharmagroßhändler und Drogerieketten) könnten ihre Erfahrungen im Sinne einer Marktintegration nutzen, um in das Apothekengeschäft vorzustoßen.⁴⁶

Oligopolen ist dabei stets zueigen, dass es einige wenige Anbieter gibt, von denen jeder eine gewisse Marktmacht hat und damit das Marktgeschehen durch seine Preis- oder Mengenentscheidung beeinflussen kann. Das optimale Verhalten (und damit auch Angebot und Preissetzung von Gütern) hängt in recht starkem Maße von den Verhaltensweisen der Konkurrenten ab – es existiert eine „strategische Interdependenz“ zwischen den verschiedenen Anbietern.⁴⁷

⁴⁵ Vgl. Wied-Nebbeling (1997), S. 9.

⁴⁶ Dies ließ sich in der Realität auch im Anschluss an die umfassende Deregulierung des Apothekenmarktes in Norwegen beobachten.

⁴⁷ Vgl. Wied-Nebbeling, S./ Schott, H. (2005), S. 242f.

3.2 *Homogenes versus heterogenes Oligopol*

Bei Abschaffung von Mehrbesitz- und Fremdbesitzverbot dürfte man relativ kurzfristig den Fall eines homogenen Oligopols erwarten: Die angebotenen Güter sind aus Sicht der Kunden nahezu perfekte Substitute, es bestehen demzufolge keinerlei Präferenzen für Güter unterschiedlicher Anbieter, da jeder dasselbe und niemand „eigene“ oder exklusive Produkte anbietet. Oftmals entsteht gerade aus solchen homogenen Oligopolen starker Preiswettbewerb (siehe unten: Bertrand-Oligopol).

Bleibt jedoch die weitgehend starre Preisregulierung bestehen, wird sich der Wettbewerb auf dem Apothekenmarkt (nur) in Richtung Qualitätswettbewerb orientieren. Dieser umfasst die Beratungsqualität, zusätzliche Serviceleistungen (wie z.B. Expressbelieferung und Frei-Haus-Lieferungen) oder Gesundheits-Checks bis hin zum z. B. Diabetes-Monitoring im Rahmen von krankheitsspezifischen Programmen. Auch wäre ein stärkerer Preiswettbewerb im Teilsegment der nicht-verschreibungspflichtigen Präparate zu erwarten. Die Abschaffung der Preisregulierung inklusive einer Minderung der Vollversicherung auch im verschreibungspflichtigen Segment würde die Wettbewerbsdynamik zusätzlich deutlich verstärken, da in diesem Fall Preis- und Qualitätswettbewerb zugleich wirken könnten.

Auf längere Sicht könnte auch auf dem Apothekenmarkt ein heterogeneres Oligopol entstehen. Zwar bleiben die eigentlichen Produkte homogen, jedoch entwickeln sich nach und nach bestimmte Differenzierungen zwischen den unterschiedlichen Anbietern hinsichtlich dem Image, beim Preisniveau (zumindest in dem Bereich, in dem hierfür gesetzlicher Spielraum eingeräumt wird), der Service- und Beratungsqualität, der geographischen Lage und dem Einsatz eines absatzpolitischen Instrumentariums.

Diese Entwicklung könnte von weiteren Deregulierungsmaßnahmen sogar noch beschleunigt werden: Das Zulassen individueller Belieferungs- oder gar Rabattverträge zwischen Krankenkassen und großen Apothekenunternehmen, welche eventuell sogar Exklusiv-Vertriebsrechte beinhalten, wäre ein weiterer Reformschritt. Auch das Entstehen von Pharma-Handelsmarken vertikal integrierter Konzerne wäre

eine denkbare Option, zumal gerade Markennamen auf Oligopolmärkten eine große Rolle spielen.

Das Risiko der „Reaktionsverbundenheit“ zwischen der Preis- oder Mengensetzung der verschiedenen Anbieter besteht in Oligopolen. Deshalb muss natürlich auch der Apothekenmarkt voll dem Wettbewerbsrecht unterworfen werden, um marktbeherrschende Stellungen zu kontrollieren und Kartellierungen zu verhindern. Aufgabe des Kartellamtes ist es, kartellgeprägte Marktstrukturen aufzubrechen. Je weitgehender jedoch die Deregulierung ist (Fremd- und Mehrbesitzverbot sowie Preisregulierung, begleitet von spürbaren Selbstbeteiligungen für die Versicherten), umso unwahrscheinlicher ist der Fall abgestimmten Verhaltens der Anbieter.

Vielmehr könnte in diesem Fall gerade ein Oligopol zu einem äußerst intensiven Wettbewerb führen und damit wohlfahrtssteigernd wirken: Auf Preissenkungen und/oder Qualitätssteigerungen eines Anbieters folgen entsprechende Reaktionen der Oligopol-Konkurrenten, da diese fürchten, in diesem starken Wettbewerbsumfeld eigene Kunden zu verlieren. Die jedoch sicherlich nicht zu vernachlässigenden Gefahren sollten mittels einer stringenten Kartellamts-Überwachung minimiert werden.

3.3 Oligopolmodelle: Kurz- und langfristige Auswirkungen der Deregulierung

Um einen vertieften Einblick zu geben, welche Vorhersagen die ökonomische Forschung für die Konsequenzen einer Deregulierung gibt, sollen im Folgenden theoretische Oligopolmodelle zur Analyse des Apothekenmarktes herangezogen werden.

In der wirtschaftswissenschaftlichen Theorie existieren verschiedene Ansätze, um die Wirkweisen und Konsequenzen des oligopolistischen Wettbewerbs zu beschreiben. Diese Oligopolmodelle und deren Wirkungen unterscheiden sich vornehmlich darin, welche Größe sie als den langfristig strategisch ausschlaggebenden Aktionsparameter annehmen (Preis, Angebotsmenge, Produktdifferenzierung etc.) und ob von Homogenität oder Heterogenität des Angebotes ausgegangen

wird. Oligopol-Märkte sind zu vielem fähig: Von friedlicher und gemeinsamer Koexistenz der Marktteilnehmer bis hin zum erbitterten Preiskrieg.⁴⁸

Das Cournot-Modell

Im Cournot-Modell⁴⁹ (Mengenwettbewerb) wird unterstellt, dass die Anbieter vorab simultan über die Angebotsmengen entscheiden und anschließend wie in einer Auktion über denjenigen Preis entschieden wird, welches Angebot und Nachfrage ausgleicht.⁵⁰ Güter sind in diesem Modell per Annahme homogen, es gibt keine spezielle Vorliebe der Nachfrager für einzelne Anbieter. In diesem Mengenwettbewerb passen sich die Preise den angebotenen Mengen schnell an. Im Ergebnis konvergiert das Marktergebnis bei einer großen Zahl der Anbieter gegen jenes eines Polypols. Ist hingegen die Zahl der Anbieter gering oder gar nur ein Einziger (Fall des Monopols), ergeben sich Preise und Gewinne der Oligopolisten, die volkswirtschaftlich zu hoch sind.⁵¹ Der Cournot-Fall ist für den Apothekenmarkt wenig wahrscheinlich, da die Apothekenunternehmer nicht a priori ihre Mengen festlegen werden, sondern die Preise eher als strategische Variable wählen.

Das Bertrand-Modell

Genau dieser Fall ist die Annahme im Bertrand-Modell⁵². Es unterstellt, dass die Angebotsmengen flexibel sind – was in der Regel auf dem Apothekenmarkt der Fall sein dürfte – und die Nachfrage immer zu den geforderten Preisen bedient werden kann. Wenn die Produkte perfekte Substitute sind (homogenes Oligopol), ist das Unterbieten eines bestehenden Preises für den einzelnen Oligopolisten lohnend und der Marktpreis in der Folge entsprechend niedrig. Ergebnis ist eine Preissetzung auf Höhe der Grenzkosten, so dass die Gewinne der Oligopolanbieter auf (konkurrenz-) marktübliche Werte sinken. An diesem Punkt hat keiner der Anbieter Anreize, den gewählten Preis zu verändern, da eine Erhöhung mit dem Verlust der evtl. gesamten Nachfrage einherginge und eine Preissenkung eigene Verluste je verkaufter Einheit zur Folge hätte. Dieses für die Kunden optimale Ergebnis (pareto-optimales

⁴⁸ Vgl. Wied-Nebbeling (1997), S. 140f.

⁴⁹ Cournot, A. (1839).

⁵⁰ Beispiele für diesen Mengenwettbewerb sind der Rohölmarkt oder der Markt für landwirtschaftliche Erzeugnisse.

⁵¹ Vgl. Varian, H. (2004), S. 494ff.

⁵² Bertrand, J. (1883).

Gleichgewicht) kann schon bei nur zwei Marktteilnehmern erreicht werden. Voraussetzung ist eine große Preisreagibilität der Nachfrager (Preiselastizität).⁵³

Das beschriebene Bertrand-Oligopolmodell verdeutlicht, dass nicht allein die Angebotsmenge und die Zahl der Marktteilnehmer über Ergebnis und Stärke des Wettbewerbs entscheiden.

Für den Apothekenmarkt kann man – bei entsprechend weiter Deregulierung auch der Preissetzung – durchaus davon ausgehen, dass sich die Oligopolisten zunächst in Richtung eines Bertrand'schen Preiswettbewerbs bewegen. Besonders ein relativ homogener Markt, welcher in der ersten Zeit nach Deregulierung zu erwarten wäre, ist für solche Preiskämpfe empfänglich.

Das Sweezy-Modell

Aus wohlfahrtstheoretischer Perspektive würde in diesem Fall kein Anlass mehr bestehen, den Markt weiter zu regulieren. Lediglich kartellrechtliche Aufsicht wäre vonnöten. Eine Gefahr bestünde lediglich darin, dass es unter den Oligopolisten zu gar keinem Wettbewerb kommt, da die Marktteilnehmer eine eventuell zwischenzeitlich erreichte Gleichgewichtsposition nicht verlassen. Genau dieses Phänomen versucht das so genannte „Sweezy-Oligopolmodell“ zu beschreiben.⁵⁴ Es befasst sich mit einem Oligopolmarkt, auf dem der Preis als Wettbewerbsoption der Teilnehmer entfällt, da dieser quasi starr bleibt und somit nur Größen wie Werbung und Serviceleistungen entscheiden.

Geht man zunächst davon aus, dass lediglich Fremd- und Mehrbesitzverbot fallen, ohne die bestehende Preisregulierung und Vollversicherung anzutasten, so könnte dieses Modell die sich ergebende Situation auf dem Apothekenmarkt beschreiben. Ein intensiver Qualitätswettbewerb bei weiterhin regulierten Preisen wäre die Folge. Apotheken werden beispielsweise versuchen, sich über die Servicequalität auszudifferenzieren. Hierbei muss jedoch angemerkt werden, dass in der ursprünglichen Definition der fixe Preis eine Folge des Oligopols darstellt und nicht – wie im

⁵³ Vgl. Pfähler, W./ Wiese, H. (2005), S. 126f.; Varian, H. (2004), S. 500f.

⁵⁴ Sweezy, P.M. (1939); vgl. Schumann, J./ Meyer, U./ Ströbele, W. (2007), S. 361ff.

vorliegenden Fall – aus rechtlichen Restriktionen des Gesetzgebers erwächst und damit unanhängig vom Oligopol besteht.

Die Folge wäre dennoch ein mäßig intensivierter Wettbewerb. Es ist offensichtlich, dass dieser Fall nicht zu einer pareto-optimalen (wenn im Vergleich zum Status Quo aber pareto-erhöhenden) Marktsituation führen wird. Umso deutlicher kann an dieser Theorie erkannt werden, wie wichtig die gleichzeitige Aufhebung von Preisregulierungen, Vollversicherungsmentalität und Beseitigung aller nicht für die Sicherheit erforderlichen Regulierungen ist. Auch Wettbewerbsanreize, welche den Abschluss von Einzelverträgen zwischen Apotheken(-ketten) und Krankenversicherern genehmigen, können in der Lage sein, ein Sweezy-Oligopol zu vermeiden und so eine hohe Wettbewerbsintensität zu fördern.

Das Hotelling-Modell

Langfristig steht zu erwarten, dass der zunächst relativ homogene Markt zumindest ein Stück weit heterogener werden wird. Das so genannte „Straßenmodell“ nach Hotelling⁵⁵ stellt dabei einen geeigneten Ansatz zur Analyse und Prognose der langfristigen Folgen einer Deregulierung des Apothekenmarktes dar.

Bildlich kann man das Hotelling-Modell als eine Straße darstellen, auf der ein einheitliches Produkt verkauft wird. Da sich die Nachfrager nicht alle an genau derselben Stelle der Straße befinden, entstehen ihnen Transportkosten. Aus diesem Grund hegen die einzelnen Kunden räumliche Präferenzen für den Anbieter, zu dem sie den kürzest möglichen Weg zum ansonsten identischen Produkt zurücklegen müssen. Zwar konzentrierte sich Hotelling in seinem Ursprungsmodell auf diese Differenzierung hinsichtlich der geographischen Lage, die Theorie ist jedoch geeignet auch Erkenntnisse über die Entwicklung von Märkten abzuleiten, auf denen andere Unterschiede zwischen den Anbietern bestehen.

Insbesondere spielen auf oligopolistischen Märkten spezifische Nachfragerpräferenzen bezüglich einzelner Marken, Angebots-, Vertriebs- und Servicekonzepte eine

⁵⁵ Hotelling, H. (1929).

wichtige Rolle.⁵⁶ Hierbei lässt sich die Hotelling-Straße als eine Art „Geschmacksstrecke“ vorstellen, auf der Produkte angeboten werden. Die fiktive Entfernung eines Kunden zum angebotenen Produkt gibt dabei an, wie weit dieses von der gewünschten Ausprägung entfernt ist. Kunden, deren Präferenzen nicht exakt getroffen werden, entstehen „Transportkosten“ im Sinne eines Missnutzens. Der Konsument wird bei gleichen Marktpreisen denjenigen Anbieter wählen, der ihm am meisten gefällt, d.h. zu dessen „Laden“ er die kürzeste präferenzmäßige Distanz zurückzulegen hat. Bei differierenden Preisen spielen dagegen sowohl Preisunterschied als auch Transportkosten eine Rolle.⁵⁷

Preisunterschiede aufgrund dieser räumlichen Entfernung oder Produktdifferenzierung stehen im Mittelpunkt der Analysen. Dieses Oligopolmodell nach Hotelling stellt eine Modifikation des Bertrand-Modells dar (Erweiterung um Präferenzen und Differenzierung). Das so erweiterte Modell ist in der Lage zu zeigen, wie der Preiswettbewerb durch den Grad der Produktdifferenzierung beeinflusst wird. Je größer die Nachfragerpräferenzen sind, umso stärker haben einzelne Anbieter einen Gestaltungsspielraum. Kunden, die eine Präferenz für bestimmte Marken oder Produkte haben, werden nicht wegen eines lediglich marginalen Preisvorteils den Anbieter wechseln. Hierdurch ist die Theorie besonders gut geeignet, realistische Folgen für den Fall eines nicht vollkommen homogenen Oligopols abzuschätzen.

Laut Hotellings Theorie existieren jedoch gegenläufige Effekte, die bei der Wahl der Positionierung eine Rolle spielen: Einerseits existiert ein „strategischer Effekt“, wonach eine starke Produktdifferenzierung den Preiswettbewerb reduziert. Dieser Effekt gibt den Anreiz, sich vom Konkurrenten möglichst weit zu entfernen. Andererseits reduziert dies jedoch die eigene Nachfrage, da man sich auf diese Weise in eine Extremposition bewegt. Dieser „Nachfrageeffekt“ setzt den gegenläufigen Anreiz, sich auf den Konkurrenten hinzu zu bewegen und eine minimale Differenzierung zu suchen.⁵⁸

⁵⁶ Vgl. Schulenburg, J.-M. Graf von der (1987/ 1993), der das Hotelling-Modell zur Analyse von Märkten mit Nachfragerpräferenzunterschieden verwendet.

⁵⁷ Vgl. Wied-Nebbeling (1997), S. 206.

⁵⁸ Vgl. Wied-Nebbeling (1997), S. 206ff.

Das Modell passt besonders gut für die Erklärung der Marktstruktur und Marktdynamik auf dem Apothekenmarkt nach einer Deregulierung. Sowohl traditionelle Apotheken als auch „Marken“-Apotheken, die von Kapitalgesellschaften betrieben werden, wie auch Apotheken mit neuen Vertriebs- und Servicekonzepten werden sich ausdifferenzieren, sodass der Differenzierungsgrad ansteigen wird. Je mehr dies stattfindet, um so mehr werden verschiedene Formen der Arzneimitteldistribution in Koexistenz bestehen können. Präferenzen verschiedener Kundengruppen werden auf diese Weise bedient.

Für die wohlfahrtstheoretische Bewertung dieses Modells muss zunächst berücksichtigt werden, dass hier – anders als in der Bertrand-Theorie – heterogene Güter für die ebenfalls heterogenen Präferenzen der Kunden Beachtung finden. Der Nutzen des Einzelnen hängt also von der Erfüllung seiner Präferenzen ab. Eine den tatsächlichen Präferenzen entsprechende Ausgestaltung bzw. Verteilung der Produktdifferenzierung würde demnach wohlfahrtssteigernd sein, da „Transportkosten“ der Menschen auf diese Weise minimiert werden. In der Regel ist zu erwarten, dass weder völlige Homogenität (Mitte der fiktiven Straße), noch völlige Heterogenität (die beiden äußersten Punkte der Straße) die Präferenzen der Kunden erfüllen.

Der sich tatsächlich ergebende Differenzierungsgrad ist abhängig von einer Vielzahl von Faktoren, z.B. der Präferenzen der Kunden, der Preiselastizität der Nachfrage oder der Ausgestaltung der „Transportkostenfunktion“. Es werden im Übrigen so lange Anbieter mit weiteren Formen des Angebotes in den Markt eintreten, bis die zusätzlichen Produktionsfixkosten nicht mehr durch eine zusätzlich generierte Zahlungsbereitschaft gedeckt werden.⁵⁹ Der Markt führt so zu einem Gleichgewicht.

⁵⁹ Vgl. Woeckener, B. (2006), S. 149ff., S. 160ff.

3.4 Was wissen wir über die Zukunft eines deregulierten Apothekenmarktes?

Zusammenfassend ist zu erwarten, dass die umfassenden Deregulierungsmaßnahmen auf dem relativ homogenen Apothekenmarkt zur Einleitung Bertrand'scher Preiswettbewerbstendenzen führen werden. Sinkende Preise und eine gesteigerte gesellschaftliche Wohlfahrt sind die Folge. Je größer der Deregulierungsumfang (insbesondere der Preisregulierung), umso mehr dieser Wohlfahrtssteigerungen sind zu erwarten.

Nach gewisser Zeit wird sich das Wettbewerbsumfeld aufgrund unterschiedlicher strategischer Stoßrichtungen der einzelnen Oligopolisten heterogener entwickeln. Unter Berücksichtigung der von Hotelling in seinem Straßenmodell vorhergesagten Effekte, kommt es hierdurch zu einem langfristigen Gleichgewicht, welches ein höheres Wohlfahrtsniveau für die Apothekenkunden ermöglicht als die derzeitige Situation.

Verschiedene Anbieter mit verschiedenen Konzepten (Qualitätsführerschaft, Preisführerschaft, geografische Nische, Anbieten von eigenen Handelsmarken z.B. im OTC-Bereich etc.) erlauben eine wohlfahrtssteigernde Produktvielfalt bei gleichzeitig hohem Wettbewerbsdruck in vielen der – in sich wiederum homogenen – Marktnischen.

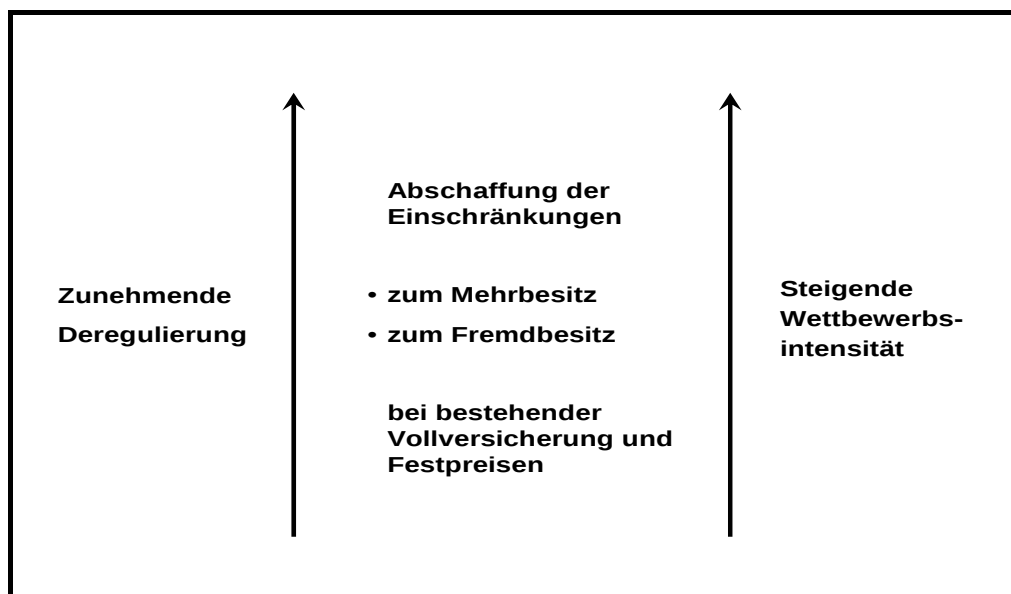
4 Folgen einer Deregulierung des Apothekenmarktes

Nachdem im zweiten Kapitel die Zielkongruenz einzelner Regulierungsmaßnahmen diskutiert und im dritten Kapitel Vorhersagen der theoretischen Markt- und Wohlfahrtstheorie einer Deregulierung abgeleitet wurden, soll nun die eingangs gestellte Frage nach den Auswirkungen einzelner Deregulierungsschritte auf das Apothekenwesen analysiert werden. Dabei betrachten wir zwei Szenarien: Eine Deregulierung der bestehenden Mehr- und Fremdbesitzregelungen *ohne* Beseitigung der Vollversicherung und Festpreise (Abschnitt 4.1) gegenüber einer Deregulierung inklusive dieser beiden Reformschritte (Abschnitt 4.2).

4.1 Deregulierung der Arzneimitteldistribution bei Vollversicherung und Festpreisen

Wir nehmen zunächst an, dass die Preisregulierung und der Vollversicherungsschutz als Regulierung bestehen bleiben und nur das Fremd- und/oder Mehrbesitzverbot aufgehoben werden. Die nachfolgende Abbildung zeigt die Abfolge der Maßnahmen zur Deregulierung auf:

Abbildung 1: Grad der Deregulierung im Apothekenwesen bei Vollversicherung und Festpreisen



4.1.1 Wirkung einer Abschaffung der Vorschriften zum Mehrbesitz von Apotheken

Alleinige Änderung der Mehrbesitzregelung:

Eine Abschaffung der Mehrbesitzregelung gäbe Apothekern mit einer Hauptapotheke und drei Filialen die Möglichkeit zur Ausweitung des Geschäfts. Die Frage ist, ob viele Apotheken mit Filialen diese Möglichkeit nutzen würden.

Dies ist nicht zu erwarten. Der Anteil der Apotheker, der bislang von der Mehrbesitzregelung Gebrauch gemacht hat, ist gering. Schaut man sich die Apothekenslandschaft in Deutschland an, so ergibt sich folgendes Bild: Ende des Jahres 2006 gab es 21.551 Apotheken, wobei die Zahl über die Jahre recht konstant ist. Die Apothekendichte lag damit bei einem Wert von 3.825 Einwohnern je Apotheke. Aufgrund des seit 2004 bestehenden rechtlichen Rahmens ist es zulässig, neben der eigenen Hauptapotheke noch drei Filialen zu gründen bzw. bestehende Apotheken zu übernehmen. Allerdings gab es Ende 2006 nur 1.796 Filialbetriebe. Das entspricht nur einer minimalen Ausschöpfung der Möglichkeiten. Nur rund 1.530 Apothekenleiter nutzten die Chance der Filialgründung. 1.301 Apotheker haben eine Filiale, 192 zwei Filialen und lediglich 37 drei Filialen.⁶⁰ Meldungen, dass über Franchise-Modelle in kurzer Zeit hunderte von neuen Lizenzen vergeben werden, scheinen so lange übertrieben, wie das Fremdbesitzverbot Aufrecht erhalten bleibt.

Die ökonomische Theorie liefert den Grund für diesen empirischen Befund: Die Grenzkosten steigen offensichtlich mit jeder weiteren Apothekenfiliale, wenn sie von einem Apotheker und nicht einer professionellen Betreibergesellschaft betrieben wird. Die zunehmenden Kosten für den Apotheker, eine weitere Apotheke zu betreiben, werden nicht durch Einsparungen von Fixkosten des gemeinsamen Betriebs einer größeren Anzahl von Apotheken überkompensiert. Die steigenden Grenzkosten können mit den Schwierigkeiten eines Apothekers begründet werden, mehrere Apotheken gleichzeitig zu führen, und mit den hohen Kosten, die ein angestellter Apotheker im Vergleich zur „Selbstaussbeutung“ des selbstständig tätigen

⁶⁰ Vgl. ABDA (2007), S. 36.

Apothekers verursacht.

Die Folgerung basiert auf zwei Überlegungen:

- Zum einen existieren derzeit nur wenige Apotheken mit zwei oder mehr Filialen, da offenbar die ´economies of scale´ (Kostendegression aufgrund der Größe eines Filialsystems) geringer sind als die Kostensteigerungen des Betreibens von Filialen.
- Zum anderen bliebe bei einer reinen Erweiterung der Mehrbesitzregelung auf mehr als drei Filialen, Einzelhändlern und Unternehmen mit großer Erfahrung in Logistik und der Führung eines Filialsystems sowie einer ausreichenden Kapitalausstattung der Weg in den Apothekenmarkt versperrt.

Lockerung der Anforderungen zur Abgeschlossenheit bei gleichzeitigem Fortbestand der Fremdbesitzregelungen:

Eine Lockerung der Anforderungen an die Abgeschlossenheit von Apotheken hätte zur Folge, dass es Apothekern möglich wäre, ihre Apotheken z.B. zu „Fachabteilungen“ in Kaufhäusern umzufunktionieren, wie dies in den USA der Fall ist. In Abhängigkeit der Quersubventionierung zwischen den Bereichen Nicht-Apotheken- bzw. Apothekengütern wäre es Apothekern möglich, die zusätzlichen Kosten einer Filiale, die sich insbesondere aus der Abgeschlossenheit der Geschäftsräume ergeben, zu reduzieren. Außerdem könnte die Lage in einem Kaufhaus zu einem erhöhten Absatz führen. Insgesamt werden diese Kostenvorteile aber eher gering sein und eine derartige Deregulierung erscheint in den nächsten Jahren aus Verbraucherschutzgründen weder wünschenswert noch wahrscheinlich.

Einfachere Zulassung von Versandapotheken:

Wenn der Gesetzgeber einer vereinfachten Zulassung von Versandapotheken zustimmt, ohne zugleich die Kostenerstattungsregelungen zu verändern, ist keine signifikante Änderung für die bestehende Apothekenlandschaft zu erwarten. Selbst wenn Versandapotheken einen komparativen Kostenvorteil bei der Distribution von Arzneimitteln (z.B. aufgrund von einer durchschnittlich günstigeren Logistik oder aufgrund von Mehrwertsteuersatzdifferenzen) realisieren würden, können sie diesen Vorteil nicht an die Kunden weitergeben. Der Wettbewerbsvorteil von Versandapo-

theke bliebe auf die von manchen Kundengruppen bevorzugte Bestellung über das Internet und die Distribution von Arzneimitteln auf dem postalischen Weg beschränkt.

Angesichts der hohen Bevölkerungs- und Apothekendichte in Deutschland ist dieser Vorteil von geringer Bedeutung. In Flächenländern wie den Vereinigten Staaten oder Schweden, die eine geringere räumliche Apothekendichte aufweisen (siehe nachfolgende Tabelle), wäre mit einem größeren Potential für Versandapotheken aufgrund des bequemer Bezugs der Arzneimittel zu rechnen. So scheinen die Erwartungen des Bundesverbandes Deutscher Versandapotheken, dass der Marktanteil der Internet- und Telefonapotheken von derzeit 1 % auf 8 % bis 2010 steigen wird⁶¹, wohl nicht realistisch. Selbst in den USA, wo es große ländliche Gebiete gibt, die Preissensibilität der Nachfrager wegen des geringeren Versicherungsschutzes deutlich ausgeprägter ist, die Preise für innovative Arzneimittel wesentlich höher sind und eine Preisregulierung weitgehend fehlt, haben Versandapotheken bestenfalls einen Marktanteil von 15 % erreichen können.⁶² Auf jeden Fall muss die Regulierung dafür Rechnung tragen, dass nicht die Beratungsaufgabe von den öffentlichen lokalen Apotheken zu übernehmen ist, während die Versandapotheken „Rosinen picken“ dürfen.

Tabelle 2: Räumliche Apothekendichte in Deutschland, USA und Schweden

	Bei einer gleichmäßigen Verteilung der Apotheken würde jede Apotheke ein Quadrat versorgen. Dieses hätte eine Seitenlänge von...
Deutschland	4,1 km
USA	12,7 km
Schweden	21,8 km

Quelle: Eigene Recherchen und ABDA (2006)⁶³

⁶¹ Vgl. Ziegenbein, R. (2007), S. 4.

⁶² Vgl. BVDVA (2007), S. 1.

⁶³ Vgl. ABDA (2006).

4.1.2 Lockerung der Bestimmungen zum Fremdbesitz von Apotheken

Weitaus größere Folgen als eine Aufweichung der Mehrbesitzregelungen hat eine Lockerung der Bestimmungen zum Fremdbesitz von Apotheken. Eine solche Deregulierung würde es Einzelhändlern, die bereits Erfahrung mit dem Betrieb eines Filialsystems haben, ermöglichen, in den Markt für Arzneimitteldistribution einzusteigen.⁶⁴ Die neuen Marktteilnehmer könnten neben der Managementenerfahrung auch auf erheblich mehr Kapital zurückgreifen, um eine Vielzahl neuer Filialen zu eröffnen oder bestehende Apotheken zu übernehmen. Allerdings wird dies auch für Einzel- und Großhandelskonzerne nur dann interessant sein, wenn sie die Apotheken in ihre bestehenden Filialnetze integrieren können oder Vorteile aus einer vertikalen Integration erzielen können.⁶⁵

Der Einstieg in den Apothekenmarkt ist für neue Akteure mit erheblichen Kosten zur Markterkundung verbunden. Der Erwerb bestehender Strukturen könnte hierzu eine attraktive Alternative sein. Bei der Diskussion zur Zulassung des Apothekenfremdbesitzes sollte daher nicht vergessen werden, dass die Verkaufspreise für etablierte Apotheken aufgrund der vergrößerten Zahl potenzieller Erwerber steigen würden. Dies könnte ein Vorteil für Apotheker sein, die heutzutage unrentable Apotheken betreiben, welche dann durch den neuen Eigentümer aufgrund seines Know-hows wieder profitabel gemacht werden. Beispiele aus dem Krankenhaussektor zeigen dies, wo große private Krankenhausunternehmen defizitäre Krankenhäuser übernommen und diese wieder profitabel gemacht haben.

Lockerung der Abgeschlossenheit:

Ginge der Gesetzgeber bei der Deregulierung des Apothekenwesens noch einen Schritt weiter und würde eine Lockerung der Abgeschlossenheitsanforderungen verfügen, so wäre mit einer *sehr erheblichen* Wettbewerbsverschärfung zu rechnen. Schließlich könnten in diesem Falle die neuen Apotheken auf bestehende (Einzelhandels-)Strukturen zurückgreifen und auf diese Weise Verbundeffekte realisieren.

⁶⁴ Diese Meinung vertritt ebenso die Europäische Kommission: Sie geht von einer negativen Korrelation von Regulierungsgrad und Produktivität sowie Allokationseffizienz des Sektors aus. Siehe hierzu den Bericht im Auftrag der Europäischen Kommission von ECORYS (2007).

⁶⁵ Vgl. hierzu Kapitel 2.4. zu Skalen- und Verbundeffekten.

Der dann entstehende Mangel an Apothekern und die sich daraus ergebende Gehaltsspirale würden in diesem Fall dämpfend auf eine starke Zunahme der Apothekenanzahl wirken.

4.2 Wirkung einer Preisobergrenze für verschreibungspflichtige Medikamente bei gleichzeitiger Reduktion der Versicherungsdeckung

Bei einer Abschaffung der Vollversicherung für Arzneimittelkosten bei gleichzeitiger Definition der Arzneimittelpreise zu (durch die Apotheke) „unterbietbaren“ Preisobergrenzen wäre längerfristig von einem Margenverfall der Arzneimitteldistribution auszugehen. Große Unternehmen dürften mittels ihrer Marktmacht den letztendlich für den Verbraucher wahrnehmbaren Preis drücken, die Verbraucher sollten dies zudem selber spüren, d.h. zahlen müssen.

In der Literatur existiert hier eine Vielzahl von geeigneten Vorschlägen den gewünschten Preiswettbewerb gesetzlich auszugestalten (z.B. durch eine stetige und nicht begrenzte prozentuale Zuzahlung oder einen von der Apotheke frei wählbaren Vertriebszuschlag).⁶⁶ Eine Aufhebung der generellen Preisvorgaben (in Kombination mit einer Umstellung der Zuzahlungen auf einen prozentualen Anteil vom Abgabepreis) wird auch von Sachverständigenrat und Monopolkommission gefordert. Die Experten gehen von möglichen Preissenkungen im Bereich von etwa 15% aus.⁶⁷

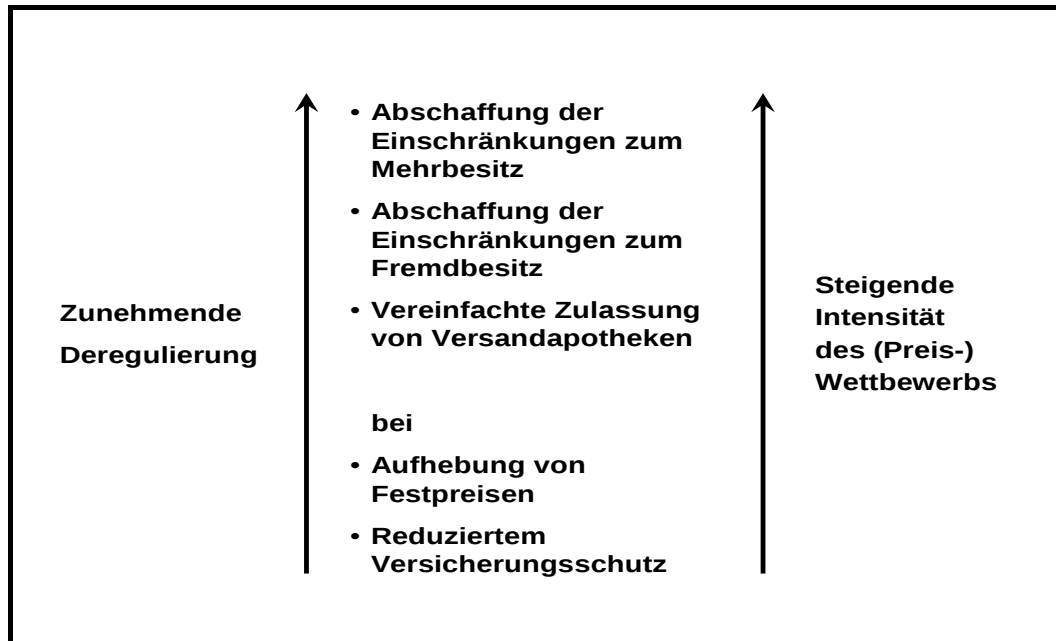
Die Zahl der Marktteilnehmer würde in der Folge sinken. Der beschriebene Margenverfall wäre dabei für Apotheken, die bereits unter den heutigen Gegebenheiten nur geringe Gewinne erzielen, kritisch. Große Auswirkungen hätte der Wettbewerb für Apotheken in dichter besiedelten Regionen mit einer hohen Apothekendichte, wo es den Patienten leicht möglich wäre, Preise zu vergleichen und zum günstigsten Anbieter zu wechseln. In Abhängigkeit der Zuzahlungen würde zudem ein Preiswettbewerb um besonders profitable Patienten entstehen. Nachfolgende Abbildung

⁶⁶ Vgl. hierzu beispielsweise SVR-Gesundheit (2002), S. 70f.; Monopolkommission (2006), S. 418f., Ziffer 1166ff. oder Glaeske, G./Klauber, J./Lankers, C.H.R./Selke, G.W. (2003), S. 45ff.

⁶⁷ Vgl. SVR (2002), S. 279, Ziffer 503.

zeigt den Grad der Deregulierung auf:

Abbildung 2: Folgen der Deregulierung bei Aufhebung von Festpreisen und reduziertem Versicherungsschutz



Aufhebung des Mehrbesitzverbots:

Wie beschrieben, käme es in diesem Szenario nur langsam zu einer Veränderung der bestehenden Marktstruktur für Apotheken. Bedingt durch den höheren Wettbewerbsdruck könnten jedoch Apotheker eher gezwungen sein, ihre Apotheken an andere Marktteilnehmer zu verkaufen.

Aufhebung der Beschränkungen zum Fremdbesitz:

Weitaus größere Auswirkungen hätte die zusätzliche Deregulierung des Fremdbesitzverbotes. Neue Marktteilnehmer könnten nicht nur Filialen eröffnen, sondern hätten durch den Preiswettbewerb ein Mittel, um Kunden wirksam anzulocken. Käme es zu einem „echten“ Wettbewerb bei der Arzneimitteldistribution, wäre zunächst eine Steigerung der Apothekenanzahl zu erwarten. Im Zeitverlauf würde die Apothekendichte jedoch sinken. Betroffen von der Wettbewerbsverschärfung wären in diesem Fall neben den gut gehenden Apotheken in dicht besiedelten Regionen auch solche in weniger dicht besiedelten Regionen, die besonders ‚profitable‘ Patienten versorgen. In Abhängigkeit der Zuzahlungsregelungen wäre zu erwarten,

dass es einigen Marktteilnehmern gelingt, besonders profitable Patienten auch über größere Entfernungen anzulocken.

Vereinfachte Zulassung von Versandapotheken:

Erst durch die liberalisierte Preisbildung erhalten Versandapotheken ein wirksames Mittel, um Kunden anzuziehen. Da sie in diesem Szenario Kostenvorteile an die Kunden weitergeben können, ist von einem Markterfolg dieser Anbieter auszugehen. Insbesondere wären Versandapotheken für Patienten mit besonders teuren Medikamenten interessant. Gleiches gilt für eine Liberalisierung der Kooperationsmöglichkeiten zwischen Krankenkassen und Apotheken. Schließlich würden diese Modelle insbesondere auf die Versorgung von Patienten mit sehr teuren Arzneimitteln abzielen.

4.3 Zusammenfassung

Zusammenfassend kommt einer Liberalisierung der Preise und vor allem der Fremdbesitzregelung eine ganz besonders wichtige Bedeutung zu. Von den Effekten wären insbesondere Apotheken in dicht besiedelten Regionen betroffen. Ohne dass jedoch der Fremdbesitz von Apotheken zugelassen wird und es bei Festpreisen bleibt, ist zu erwarten, dass sich die Struktur der Arzneimitteldistribution nur langsam ändert.

Die nachfolgende Tabelle fasst diese Überlegungen zusammen:

Tabelle 3: Zusammenfassung der Folgen einzelner Deregulierungsmaßnahmen

Kombination einzelner Maßnahmen der Regulierung									
Preise	Fest	Fest	Fest	Fest	Dereg	Dereg	Dereg	Dereg	Dereg
Vollversicherung	ja	ja	ja	ja	nein	nein	nein	nein	nein
Mehrbesitz	keine Ä	Dereg	Dereg	Dereg	keine Ä	Dereg	Dereg	Dereg	Dereg
Fremdbesitz	keine Ä	keine Ä	Dereg	Dereg	keine Ä	Keine Ä	Dereg	Dereg	Dereg
Abgeschlossenheit/EHA	keine Ä	keine Ä	keine Ä	Dereg	keine Ä	Keine Ä	keine Ä	Dereg	Dereg
Versand	keine Ä	keine Ä	keine Ä	keine Ä	keine Ä	Keine Ä	keine Ä	keine Ä	Dereg
Folgen:									
Allgemeine Einschätzung	Status quo	Apotheker eröffnen sehr langsam neue Filialen	Neue Spieler eröffnen neue Apotheken	Neue Spieler nutzen bestehende Läden, um in den Markt einzutreten	langsamer Preiswettbewerb der bestehenden Einheiten	Ausdehnung von Apotheker-Ketten, Preiswettbewerb	Ausdehnung von "neuen" Ketten, mehr Preiswettbewerb	Ausdehnung von Ketten in bestehenden Geschäften, noch mehr Preiswettbewerb	Ausdehnung von Ketten in bestehenden Geschäften, noch mehr Preiswettbewerb, noch mehr Wettbewerb durch den Versand
Dynamik		gering	groß	sehr groß	mittel	mittel	groß	sehr groß	sehr groß
Veränderung der Anzahl der Marktteilnehmer		+	++	+++	-	zunächst + danach -	zunächst ++, danach --	zunächst ++, danach --	zunächst +++ danach ---
Apotheken in dicht besiedelten Regionen		kaum betroffen	betroffen	besonders betroffen	betroffen	betroffen	sehr betroffen	sehr betroffen	sehr betroffen
Apotheken in weniger dicht besiedelten Regionen		nein	nein	betroffen	weniger betroffen	weniger betroffen	betroffen	betroffen	betroffen
Apotheken mit besonders profitablen Patienten		nein	nein	nein	in dichter besiedelten Regionen	weniger betroffen	betroffen	betroffen	sehr betroffen
Nutzung der Effizienzreserven		Mehr Apotheken	Mehr Apotheken	Mehr Apotheken	Mehr Apotheken und Kostensenkung	Mehr Apotheken und Kostensenkung	Mehr Apotheken und Kostensenkung	Drogerie-Apotheken und Kostensenkung	Drogerie-Apotheken und Kostensenkung
keine Ä: Keine Änderung ; Dereg: Deregulierung ; + Zunahme ; - Abnahme									

5 Ausblick und Zusammenfassung

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurde die Regulierung des Apothekenwesens in Deutschland aus ökonomischer Sicht untersucht. Zum einen hat sich gezeigt, dass eine Reihe von Regulierungen durchaus ihre Begründung haben. Zum anderen verursachen andere Teile des Regulierungsbündels erhebliche volkswirtschaftliche Kosten. Die staatlichen (Zulassungs-)Regulierungen können immer nur die Inputqualität, nicht jedoch die Prozess- oder Ergebnisqualität beeinflussen. Letztere lassen sich nur durch einen dynamischen Wettbewerb erreichen und optimieren, d.h. durch Wettbewerbsfreiheit – unter Wahrung überwachter Minimalstandards.

Eine besondere Aufmerksamkeit widmet diese Untersuchung den Fremd- und Mehrbesitzregelungen, den Regelungen des Geschäftsbetriebs und der Preisregulierung. Dabei wird deutlich, dass die Wirkungen einzelner Deregulierungen eher gering einzuschätzen sind, während mehrere Deregulierungsmaßnahmen gleichzeitig zu erheblichen Veränderungen führen können. So wird von einer alleinigen Aufhebung der Mehrbesitzregelung nur ein geringer Effekt auf die Marktstruktur, die Effizienz und die Qualität der Arzneimitteldistribution und damit auf die Situation der bestehenden Apotheken erwartet. Die Lockerung der Fremdbesitzbestimmungen hat hingegen eine größere Wirkung und würde die Effizienz der Arzneimitteldistribution sowie die durchschnittliche Beratungs- und Servicequalität erhöhen.

Fällt hingegen gleichzeitig, d.h. mit der Aufhebung des Fremdbesitzverbotes, die Preisregulierung und sinkt der Umfang des GKV-Versicherungsschutzes beispielsweise durch erhöhte Selbstbeteiligungen der Patienten, so werden die traditionellen Apotheken unter einen erheblichen Wettbewerbsdruck geraten.

Es kann festgehalten werden, dass die bisherigen Beschränkungen der Bildung einer optimalen Apothekenbetriebsgröße entgegenstehen und deshalb mit dem Ziel einer gesteigerten Effizienz in der Arzneimittelversorgung aufgehoben werden sollten. Die Sicherstellung der ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung wäre auch bei weniger regulatorischen Eingriffen in den Apothekenmarkt gewährleistet. Die Aufhebung der Beschränkungen sollte dabei in ein umfassendes Konzept integriert werden, in das

die restlichen Regulierungsbereiche des Arzneimittelmarktes einbezogen werden, um ein bestmögliches Ergebnis zu erzielen.

Als Marktergebnis im Falle einer Deregulierung wäre zu erwarten, dass Apothekengroßbetriebe einen signifikanten Marktanteil erreichen und ineffiziente Apotheken größtenteils aus dem Markt gedrängt oder an Apothekengroßbetreiber verkauft werden, wodurch die Apothekenzahl (nach kurzzeitigem Anstieg) langfristig absinken könnte. Ob und mit welcher Geschwindigkeit sich die Zahl der Apotheken von derzeit etwa 21.500 verringern wird, kann schwer vorhergesagt werden. Aber selbst wenn die Zahl sich um ein Viertel reduzieren würde, wäre eine Unterversorgung ländlicher Gebiete noch nicht zu befürchten. Gerade in diesen Bereichen geringeren Wettbewerbs gäbe es – bei entsprechender Deregulierung und damit Spielräumen für den „Unternehmer Apotheker“ – einen Anreiz sich niederzulassen. Es ist zu erwarten, dass die verbleibenden inhabergeführten und damit marktfähigen Anbietern auf der einen Seite und solche, die in Ketten organisiert sind auf der anderen Seite, um die Gunst des Kunden konkurrieren werden.

Literaturverzeichnis

Approbationsordnung für Apotheker: Vom 19. Juli 1989 (BGBl. I S. 1489), zuletzt geändert durch Art. 3 Abs. 5 des Gesetzes vom 19. Februar 2007 (BGBl. I S. 122).

Arzneimittelpreisverordnung: Vom 14. November 1980 (BGBl. I S. 2147), zuletzt geändert durch Artikel 32 und 33 des Gesetzes vom 26. März (BGBl. I S. 378).

Bertrand, J. (1883): Review of Walras' Théorie Mathématique de la Richesse Sociale and of Cournot's Recherches sur les Principes Mathématiques de la Théorie des Richesses, Journal des Savants, S. 499-508.

Blohorn, H. (2006): Apothekenmarketing, in: OTC-Tools, 9. Jg., Heft 4, S. 10-11.

Bühler, J. (2002): Einführung in die Industrieökonomik, Heidelberg.

Bundes-Apothekenordnung: In der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Juli 1989 (BGBl. I S. 1478, 1842), zuletzt geändert durch Artikel 33 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407).

Bundesverband deutscher Versandapotheken, BVDVA (2007): Arznei-Versandhandel: Status Quo, Stand 1. Oktober 2007, URL: http://www.bvdva.de/fileadmin/content/pdf/Daten_und_Fakten_-_zum_Versandhandel_okt_07.pdf [Stand 19.12.2007].

Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, ABDA (2006): Jahresbericht 2005/2006, URL: http://www.abda.de/fileadmin/downloads/ABDA_Bericht_2005_06.pdf [Stand 18.12.2007].

Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, ABDA (2007): Jahresbericht 2006/2007, URL: http://www.abda.de/fileadmin/downloads/PDFs/2007_DAT/071018_ABDA_Bericht_03.pdf [Stand 18.12.2007].

Coase, R.H. (1937): The nature of the firm, in: Williamson, O.E./Winter, S.G. (Hrsg.) (1991), The Nature of the Firm: Origins, Evolution, and Development, New York, S. 18-33.

Cournot, A. (1838): Recherches sur les Principes Mathématiques de la Théorie des Richesses, Paris.

ECORYS (2007): Study of regulatory restrictions in the field of pharmacies – Client: European Commission, Internal Market and Services DG, URL: http://ec.europa.eu/internal_market/services/docs/pharmacy/report_en.pdf [Stand 19.02.2008].

Gesetz über das Apothekenwesen: In der Fassung der Bekanntmachung vom 15. Oktober 1980 (BGBl. I S. 1993), zuletzt geändert durch Artikel 36 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378 Änderung durch Art. 3 G v. 02.12.2007 I 2686 (Nr. 60) textlich nachgewiesen, dokumentarisch noch nicht bearbeitet).

Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung: Vom 26. März 2007 in der Fassung der Bekanntmachung vom 30. März 2007 (BGBl. I S. 378).

Glaeske, G./Klauber, J./Lankers, C.H.R./ Selke, G.W. (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, URL: http://www.gesundheitspolitik.net/01_gesundheitssystem/reformkonzepte/arzneimittelversorgung/-Gutachten-BMGS_20030416.pdf [Stand 18.12.2007].

Göbel, E. (2002): Neue Institutionenökonomik: Konzeption und betriebswirtschaftliche Anwendungen, Stuttgart.

Hollstein, P. (2006): Kettenkonzerne drängen in den Apothekenmarkt, in: Pharmazeutische Zeitung, 151. Jg., Heft 26, S. 34-42.

Hotelling, H. (1929): Stability in Competition, Economic Journal, Vol. 39, S. 41-57.

Kierndorfer, A. (2007): Der Gewinn liegt im Einkauf, in: Apotheke + Marketing, 16. Jg., S. 31-37.

Lindstädt, H./Hauser, R. (2004): Strategische Wirkungsbereiche des Unternehmens: Spielräume und Integrationsgrenzen erkennen und gestalten, Wiesbaden.

Monopolkommission (2006): Mehr Wettbewerb auch im Dienstleistungssektor, Sechzehntes Hauptgutachten der Monopolkommission 2004/05, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden.

Niestraht, U. (1983): Nachfragemacht des Handelns: Begriff, Theorie und Operationalisierung, in: Europäische Hochschulzeitschriften, Reihe 5, Volks- und Betriebswirtschaft, Bd. 437, Frankfurt.

Pfähler, W./ Wiese, H. (2005): Unternehmensstrategien im Wettbewerb – Eine spieltheoretische Analyse, Springer, 2. Auflage.

Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen, SVR Gesundheit (2002): Zur Steigerung von Effizienz und Effektivität der Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), Addendum zum Gutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden.

Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen, SVR Gesundheit (2005): Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, Gutachten 2005.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, SVR (2002): Zwanzig Punkte für Beschäftigung und Wachstum, Jahresgutachten 2002/03, Metzler-Poeschel, Stuttgart.

Schulenburg, J.-M. Graf von der (1987): Marktgeschehen bei unvollständigen Nachfragerinformationen – die Auswirkungen von Anbieterwechselkosten und Informationskosten in dynamischen Marktprozessen, in: Zeitschrift für Betriebswirtschaft, Bd. 57, S. 89-109.

Schulenburg, J.-M. Graf von der (1993): Marktprozess und Marktstruktur bei unvollständigen Informationen, in: Zeitschrift für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Vol. 113, S. 509-555.

Schumann, J./ Meyer, U./ Ströbele, W. (2007): Grundzüge der mikroökonomischen Theorie, 8. Auflage, Springer.

Schöffski, O. (1995): Die Regulierung des deutschen Apothekenwesens – Eine ökonomische Analyse, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden.

Smith, A. (1776): An Inquiry into the Nature and Causes of the Wealth of Nations, Chicago University Press 1976, Chicago.

Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V): Vom 20 Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert durch Artikel 6 Abs. 3 des Gesetzes vom 20. Juli 2007 (BGBl. I S. 1574).

Steven, M (1998): Produktionstheorie, in: Albach, H. (Hrsg.), Die Wirtschaftswissenschaften, Wiesbaden.

Sweezy, P.M. (1939): Demand under Conditions of Oligopoly, Journal of Political Economy, Vol. 47, S. 563-573.

Varian, H. (2004): Grundzüge der Mikroökonomik, Oldenbourg, 6. Auflage.

Verordnung über den Betrieb von Apotheken: In der Fassung der Bekanntmachung vom 26. September 1995 (BGBl. I S. 1195), zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 20. Juli 2007 (BGBl. I S. 1574).

Wied-Nebbeling, S. (1997): Markt- und Preistheorie, Springer, 3. Auflage.

Wied-Nebbeling, S./ Schott, H. (2005): Grundlagen der Mikroökonomik, Springer, 3. Auflage.

Williamson, O.E./Winter, S.G. (Hrsg.) (1991): The Nature of the Firm: Origins, Evolution, and Development, New York.

Woeckener, B. (2006): Einführung in die Mikroökonomik, Springer.

ZEIT-Online (2006): Billige Pillen dank EU, 33/2006 vom 10.08.2006, URL: <http://www.zeit.de/online/2006/33/presseschau-apotheken-docmorris> [Stand 19.12.2007].

Ziegenbein, R. (2007): Der Apotheker als Kaufmann – Das überfachliche Kompetenzprofil des erfolgreichen Pharmazeuten, International School of Management gGmbH, URL: http://www.bvdva.de/fileadmin/content/pdf/aktuelles/umfragen/Studie_Qualifizierungsbedarf_V01-1.pdf [Stand 19.12.2007].