

Executive Summary

Gesundheitsökonomische Analyse des Apothekensystems

Mit Fokus auf den Vertrieb von nicht-
verschreibungspflichtigen Arzneimitteln

**Thomas Czypionka
Markus Kraus
Markus Pock
Miriam Reiss**

unter Mitarbeit von:
Bettina Gehrler

Studie im Auftrag des Österreichischen Apothekerverbandes

Dezember 2017

**Institut für Höhere Studien (IHS), Wien
Institute for Advanced Studies, Vienna**

Kontakt:

Dr. Thomas Czypionka

☎: +43/1/599 91-127

email: thomas.czypionka@ihs.ac.at

Executive Summary

Das Ziel der vorliegenden Studie besteht darin, gesundheitsökonomische Aspekte des Apothekensystems sowie des Arzneimittelvertriebsmarktes zu beleuchten und mögliche Auswirkungen einer Vertriebsderegulierung von nicht-verschreibungspflichtigen Arzneimitteln (NVA) herauszuarbeiten. Zu diesem Zweck werden sowohl theoretische Literatur als auch bereits existierende empirische Evidenz aufgearbeitet. Die empirische Evidenz zu solchen Auswirkungen konzentriert sich dabei in erster Linie auf sechs ausgewählte Länder, die in den letzten Jahren Deregulierungsmaßnahmen gesetzt haben (Dänemark, Niederlande, Norwegen, Schweden) bzw. deren Vertriebssysteme grundsätzlich einem geringen Maß an Regulierung im NVA-Bereich unterliegen (England, USA).¹

Theoretische Aspekte

- **Unsicherheit und gesundheitliches Restrisiko hinsichtlich Wirkung, Wechsel- und Nebenwirkung sind spezielle Eigenschaften von Arzneimitteln, die sie zu besonderen Gütern machen.**

Aus Sicht der ökonomischen Theorie besitzen sowohl verschreibungs- als auch nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel (so wie viele andere Gesundheitsgüter auch) besondere Gütereigenschaften. Arzneimittel greifen unmittelbar und gezielt in Körperfunktionen ein, wobei die nicht vollständig erforschte, komplexe menschliche Physiologie sowie genetische Variabilität ein gewisses Maß an **Unsicherheit** beim Konsum von Arzneimitteln bedingen. Trotz rigoroser vorklinischer und klinischer Prüfungen bleibt somit ein Restrisiko unerwünschter Wirkungen für die EndverbraucherInnen, das ordnungspolitisch durch einen qualifizierten Vertriebsweg minimiert werden soll. Im Zusammenhang mit NVA kommen dabei folgende Unsicherheitsfaktoren zum Tragen:

- Unerwünschte Wirkungen bei korrekter Einnahme
- Allergien und Unverträglichkeiten
- Potenziell inadäquate Medikamente
- Einnahmefehler, die zu unerwünschten Wirkungen oder Wirkungsverlust führen
- Dosierungsfehler, die zu unerwünschten Wirkungen führen
- Arzneimittelinteraktionen
- Selbstbehandlung von Symptomen und dadurch Verzögerung wirksamer Behandlung und Arzneimittelmisbrauch

¹ Als Ergänzung zur bestehenden Literatur erhielten wir bzgl. der Auswirkungen der Deregulierungsmaßnahmen schriftliche Auskunft des dänischen Apothekenverbands, der dänischen Arzneimittelbehörde, des niederländischen Apothekenverbands, des niederländischen Gesundheitsministeriums, des norwegischen Apothekenverbandes sowie der norwegischen Arzneimittelbehörde.

Dass Arzneimittel nicht der ärztlichen Verschreibungspflicht unterliegen, bedeutet nicht notwendigerweise, dass NVA keine dieser gesundheitlichen Risiken aufweisen. Daher ist es ordnungspolitisch nachvollziehbar, dass der Apothekenvorbehalt für NVA in Österreich implementiert wurde, um im Rahmen einer qualifizierten Arzneimittelabgabe das Restrisiko zu minimieren.

- **Der Arzneimittelmarkt ist durch zahlreiche Marktfehlfunktionen charakterisiert. Zur Sicherstellung stabiler Rahmenbedingungen für die Arzneimitteldistribution scheinen daher staatliche Regulierungsmaßnahmen notwendig.**

Die klassische ökonomische Theorie der Märkte besagt, dass ein vollkommener Markt ohne Eingriffe seitens des Staates ein optimales gesellschaftliches Ergebnis der Güter- und Ressourcenverteilung hervorbringt. Der Arzneimittelmarkt erfüllt jedoch viele der Bedingungen für einen solchen vollkommenen Markt nicht oder nur unzureichend. Aus diesem Grund neigt der rein marktwirtschaftliche Mechanismus im Fall der Arzneimitteldistribution zu Marktfehlfunktion bis hin zu Marktversagen.

In untenstehender Tabelle sind die Formen der Marktfehlfunktion, die entsprechenden Maßnahmen (Markteingriffe) und ihre jeweilige ordnungspolitische Begründung angeführt. Darüber hinaus beinhaltet die Tabelle Bewertungen der Relevanz des jeweiligen Markteingriffs für NVA sowie Einschätzungen zu den Auswirkungen einer Aufhebung des Markteingriffs.

- **Laut ökonomischer Theorie würde eine Deregulierung im Bereich von NVA zu niedrigeren Preisen, erleichtertem Zugang und daraus resultierend zu einer höheren Nachfrage führen. Letzteres könnte zu einer Zunahme an unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) führen.**

Da eine Vertriebsderegulierung im Bereich von NVA ein erhöhtes Maß an Konkurrenz zwischen den Anbietern von Arzneimitteln mit sich bringen würde, sind laut ökonomischer Theorie Preissenkungen zu erwarten. Weiters würde sich aufgrund der Möglichkeit der Selbstbedienung sowie erweiterter Öffnungszeiten (ausgenommen an Sonn- und Feiertagen sowie in den Nachtstunden) die Produktverfügbarkeit erhöhen. Niedrigere Preise, erleichtertem Zugang und eine Intensivierung von verkaufsfördernden Maßnahmen hätten eine höhere Nachfrage und somit einen höheren Konsum von NVA zur Folge. Durch den höheren Konsum kommen jedoch die mit NVA verbundenen Unsicherheitsfaktoren stärker zum Tragen und es besteht die Möglichkeit negativer Auswirkungen auf die Gesundheit der KonsumentInnen durch UAW. Dieser Umstand könnte dadurch verstärkt werden, dass der erhöhte Wettbewerbsdruck zu einer Abnahme der Beratungsqualität führen könnte.

Marktfehlfunktionen am Arzneimittelmarkt, Markteingriffe und Bewertung der Auswirkungen einer Deregulierung im Bereich von NVA

Marktfehlfunktion durch...	...bedingt gesetzlichen Markteingriff...	...mit der ordnungspolitischen Begründung...	Relevanz für NVA	Auswirkung einer Aufhebung des Markteingriffs (NVA-Deregulierung) bei unvollkommenem Markt
Oligopolbildung durch steigende Skalenerträge (s. Kap. 2.1.5)	Fremd- und Mehrbesitzverbot	Verhinderung einer Marktkonzentration (Oligopol, Monopol)	++	Ausbildung eines dynamischeren Marktes mit Eigenschaften einerseits von hoher Marktkonzentration bei den Anbietern von NVA (Oligopol) und andererseits Produktdifferenzierung (monopolistische Konkurrenz); Vertikale Marktkonzentration (Eigenmarken) wahrscheinlich; Erhöhte Preisvariabilität mit Niedrigpreisstrategien zur Marktpenetration als auch Hochpreise nach Markenaufbau (teilweise über den dzt. Arzneimittelpreisobergrenzen)
Oligopol, Marktmacht bzgl. Preise (s. Kap. 2.1.5)	Preisobergrenzen	Monopolistische Preissetzung der Verkäufer wird verhindert, Preiswettbewerb wird ermöglicht (i.U.z. Fixpreisen)	+	
Oligopol, Marktmacht bzgl. Menge (s. Kap. 2.1.5)	Betriebspflicht	Monopolistische Mengensetzung der Verkäufer wird verhindert (Öffnungszeiten, nicht marktfähige Dienstleistungen), Sicherstellung der Arzneimittelversorgung auch zu Zeiten geringer Nachfrage (Mindestöffnungszeiten, Nachtdienste, Verbot Betriebsurlaub)	+	Verbesserung der Verfügbarkeit durch Erweiterung der Tagesöffnungszeiten; Verschlechterung der Verfügbarkeit von aus der Apotheke abgewanderten NVA in den Nachtstunden; Zunahme der Kostenunterdeckung von verpflichtenden Nachtdiensten der Apotheken
Informationsmängel: moral hazard (s. Kap. 2.1.4)	Kapitalgesellschaftsverbot	persönliche Unternehmerhaftung als wirkungsvolle Prophylaxe gegen Fahrlässigkeit und Risikoverhalten der Verkäufer	+	Vertriebsketten sind großteils als Kapitalgesellschaften organisiert
Informationsmängel: Arzneimittel als Vertrauensgüter (s. Kap. 2.1.4)	Qualifikationspflicht, keine Selbstbedienung	Standardisierung der Berufsausbildung und Berufsethik	++	Reduktion der qualifizierten Beratung wahrscheinlich
Informationsmängel: Angebotsinduzierte Nachfrage (s. Kap. 2.1.4)	Reglementierung von verkaufsfördernden Maßnahmen, Gebietsschutz, Preisobergrenzen	Reduktion von Nachfrageinduktion durch Verkäufer mittels Werbeverböten, gesichertes Einkommen (Gebietsschutz) und Preisobergrenzen	++	Nachfrageinduzierendes Verhalten der neuen NVA-Vertriebsstellen durch Werbung, Preisdiskriminierung, Produktdifferenzierung (Eigenmarken), etc. wahrscheinlich

Marktfehlfunktion durch...	...bedingt gesetzlichen Markteingriff...	...mit der ordnungspolitischen Begründung...	Relevanz für NVA	Auswirkung einer Aufhebung des Markteingriffs (NVA-Deregulierung) bei unvollkommenem Markt
Informationsmängel: Außenkontrolle (s. Kap. 2.1.4)	Gesetzliche Institutionen, Pflichtmitgliedschaft	Qualitätskontrolle und Selbstverwaltung durch interne und spezialisierte gesetzliche Institutionen (ApoKammer, BASG)	-	Keine Auswirkungen zu erwarten; BASG würde die Kontrolle der neuen NVA-Vertriebsstellen übernehmen; die Kontrollkosten haben die Kontrollierten zu tragen
Ausschließbarkeit (s. Kap. 2.1.2)	Kontrahierungszwang, Diskriminierungsverbot	Unrentable Markttransaktionen müssen durchgeführt werden (Betreuung von SubstitutionspatientInnen, kostenlose Arzneimittelberatung, etc.)	-	Keine Auswirkungen zu erwarten, da die unrentablen Markttransaktionen (ausgenommen kostenlose Beratung) nicht in das NVA-Segment fallen
Beratung als Quasikollektivgut, Trittbrettfahrer (s. Kap. 2.1.2)	Apothekenvorbehalt	Beratungsleistung nicht marktfähig	++	Trittbrettfahrer-Problematik bei der kostenlosen Beratung zu erwarten; Risiko von Interaktionen tritt auch bei NVA auf; Unklar, ob alternative NVA-Vertriebswege in zukünftige zentralisierte Interaktionschecks (ELGA) eingebunden werden (können)
Unsicherheit bei Wirkung, Neben- & Wechselwirkungen (s. Kap. 2.1.1)	Keine Selbstbedienung, Apothekenvorbehalt	Sicherung der individuellen Beratung nach dem Stand der Wissenschaft, auch bei NVA	+	
Negative externe Effekte durch Neben- & Wechselwirkungen (s. Kap. 2.1.3)	Keine Selbstbedienung, Apothekenvorbehalt	Vermeidung bzw. Reduktion von Interaktionen und Arzneimittelüberkonsum, auch bei NVA	+	

Empirische Evidenz

- **Im internationalen Vergleich setzten in den vergangenen Jahren einige Länder auf deutliche Deregulierungsschritte im Vertriebsweg von NVA.**

Während die Arzneimittelmärkte in den USA oder in England seit jeher von einem geringen Maß an Regulierung gekennzeichnet sind, wurden in Kontinentaleuropa in den vergangenen zwei Jahrzehnten in mehreren Ländern Reformmaßnahmen zur Vertriebsderegulierung von NVA gesetzt. Folgende Maßnahmen sind in diesem Zusammenhang beispielsweise zu nennen:

- 1991: Im Vereinigten Königreich öffnet die erste Apotheke in einem Supermarkt.
- 1999: In Deutschland werden einige pflanzliche Präparate und Nahrungsergänzungsmittel zum Verkauf in Drogerien, Supermärkten und Diskontern freigegeben.
- 2000: In Polen wird eine begrenzte Auswahl an NVA zum Verkauf außerhalb von Apotheken freigegeben.
- 2003: In Dänemark werden Nikotinersatzpräparate sowie einige Analgetika, schleimhautabschwellende Nasensprays und Magensäureregulatoren zum Verkauf außerhalb von Apotheken freigegeben.
- 2003: In Norwegen werden 33 Wirkstoffe – darunter einige Nikotinersatzpräparate, Analgetika und Nasensprays – zum Verkauf außerhalb von Apotheken freigegeben. Im Jahr 2009 wird diese Liste erweitert.
- 2005: In Portugal werden alle NVA zum Verkauf außerhalb von Apotheken freigegeben.
- 2006: In Italien werden NVA zum Verkauf in speziellen Verkaufsstellen außerhalb von Apotheken (*parafarmacia*) freigegeben. Zudem werden ausgewählte NVA zum Verkauf in eigens dafür vorgesehenen Bereichen in Supermärkten und unter Aufsicht eines/einer PharmazeutIn freigegeben.
- 2007: In Ungarn werden zahlreiche NVA zum Verkauf außerhalb von Apotheken freigegeben.
- 2009: In Schweden werden ausgewählte NVA zum Verkauf außerhalb von Apotheken freigegeben.
- 2010: In Frankreich werden ausgewählte NVA im Selbstbedienungsbereich von Apotheken angeboten.
- 2011: In Dänemark werden Arzneimittel, für welche die Verschreibungspflicht wegfällt, automatisch für zwei Jahre zum Verkauf außerhalb von Apotheken freigegeben.

In den sechs Ländern, die im Kontext der Auswirkungen von Deregulierung eingehender betrachtet werden, gelten für den Vertrieb von NVA folgende Bestimmungen:

In Dänemark dürfen gewisse NVA neben Apotheken auch in speziellen von Apotheken betriebenen Verkaufsstellen sowie in autorisierten Verkaufsstellen außerhalb des Apothekensektors vertrieben werden. In den Niederlanden dürfen gewisse NVA unter Überwachung eines/einer Drogistin in Drogerien bzw. Drogerieabteilungen in Supermärkten verkauft werden. Eine stärker eingeschränkte Auswahl an NVA ist außerdem in Supermärkten und Tankstellen erhältlich. Ähnlich wie in Dänemark gibt es auch in Norwegen von Apotheken betriebene NVA-Verkaufsstellen sowie Verkaufsstellen außerhalb des Apothekensektors. In Letzteren darf nur ein begrenztes Sortiment an NVA verkauft werden. In Schweden dürfen ausgewählte NVA ohne behördliche Bewilligung, allerdings unter gewissen Auflagen (z.B. Altersgrenze 18 Jahre), in Supermärkten und Tankstellen vertrieben werden. Auch in England dürfen NVA aus einer Liste von frei verkäuflichen Arzneimitteln bspw. in Supermärkten und Tankstellen verkauft werden. In den USA unterliegt der Verkauf von NVA beinahe keinen Einschränkungen.

- **Empirische Studien deuten darauf hin, dass bei speziellen NVA ein nicht zu vernachlässigendes Ausmaß an Fehleinnahme bzw. Missbrauch zu verzeichnen ist, wodurch es zu teils schweren negativen Auswirkungen auf die Gesundheit der KonsumentInnen kommen kann. Befragungsdaten zeigen zudem, dass das Wissen zu den Gesundheitsrisiken von NVA bei einer erheblichen Zahl von KonsumentInnen mangelhaft ist.**

Es existieren kaum klinische Untersuchungen zu Fehleinnahmen und Missbrauch von NVA. Der Großteil der Studien beruht auf Befragungen. Bspw. ergaben Befragungen unter ApothekerInnen und KonsumentInnen aus mehreren Ländern, dass NVA von einem Teil der KonsumentInnen falsch eingenommen (z.B. inadäquates Präparat, falsche Dosierung) bzw. bewusst missbraucht werden. Besonders davon betroffen sind u.a. Analgetika, Husten- und Erkältungsmittel, Präparate zur Nikotinersatztherapie und Laxantien. Unerwünschte Arzneimittelwirkungen, die im Extremfall auch zu Spitalsaufnahmen führen können, werden zwar in der überwiegenden Mehrheit der Fälle von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln (RxA) verursacht, sind aber laut diesbezüglichen Untersuchungen gelegentlich durch die Einnahme von NVA (mit-)bedingt (z.B. durch Interaktionen zwischen RxA und NVA). Ob Deregulierungsmaßnahmen des NVA-Vertriebs einen kausalen Effekt auf gesundheitliche Risiken der KonsumentInnen ausüben, wurde in der gesundheitsökonomischen Literatur bislang nicht untersucht.

Bei NVA – vor allem, wenn sie ohne entsprechende Beratung erworben werden – sind KonsumentInnen in erhöhtem Maße auf ihre eigene Arzneimittelkompetenz angewiesen. Auf Befragungen basierende Studien deuten jedoch darauf hin, dass ein Teil der KonsumentInnen sich der mit NVA verbundenen Risiken nicht vollständig bewusst ist bzw.

sich nicht ausreichend informiert. Dies betrifft bspw. das Wissen über Nebenwirkungen und potenzielle Interaktionen sowie das Lesen des Beipackzettels.

Tendenziell schätzen KonsumentInnen Apotheken als vergleichsweise sichere Bezugsquelle von NVA ein. In welchem Ausmaß die Beratung in Apotheken zur Vermeidung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen bei NVA beiträgt, wurde bisher noch nicht empirisch untersucht. In diesem Zusammenhang dürfte jedoch die Qualität der Beratung ausschlaggebend sein.

- **In Bezug auf die pharmazeutische Versorgungslandschaft bewirkten Deregulierungsmaßnahmen tendenziell eine Zunahme der Anzahl an Verkaufsstellen, zumindest im urbanen Raum. Teilweise kam es auch zu verlängerten Öffnungszeiten, während die Randzeitenversorgung weder eine Verbesserung noch eine Verschlechterung erfuhr.**

Reformmaßnahmen zur Deregulierung des Arzneimittelmarktes haben in mehreren Ländern zu einer erhöhten Dichte an Verkaufsstellen für Arzneimittel geführt. Die Anzahl der Apotheken blieb in den betrachteten Ländern zumindest gleich (nahm aber bspw. in Norwegen und Schweden stark zu), während die Schaffung neuer Verkaufsstellen für NVA zu einem insgesamt erhöhten Zugang führte. Diese Entwicklungen sind im Einklang mit den Implikationen der ökonomischen Theorie. Bei näherer Betrachtung wird jedoch deutlich, dass der erhöhte Zugang sich in erster Linie auf den urbanen Raum beschränkte, während die Verfügbarkeit im ländlichen Raum kaum bzw. nicht zunahm.

In einigen Ländern, die Deregulierungsmaßnahmen setzten, kam es zu einer Verlängerung der Öffnungszeiten von Apotheken (z.B. Norwegen). Da die Randzeitenversorgung bzw. ihre Finanzierung in den betrachteten Ländern großteils über eigene gesetzliche Vorgaben bzw. über öffentliche Finanzierung geregelt ist und somit nicht von der Quersubventionierung durch NVA-Verkäufe abhängig ist, hatten die Reformen in diesem Bereich keinen Einfluss.

In Dänemark und den Niederlanden hatten die Deregulierungsmaßnahmen laut den jeweiligen Apothekenverbänden keinen Einfluss auf die ökonomische Situation der Apotheken. Aus Norwegen erhielten wir widersprüchliche Auskünfte bzgl. Kosten und Umsatz der Apotheken nach den Reformen. Weiters dürfte die Qualität der Versorgung in den betrachteten Ländern in den Apotheken unverändert geblieben sein, während sie in den Verkaufsstellen außerhalb des Apothekensektors von den Regelungen zur Beratung sowie den Qualifikationsanforderungen an das Personal abhängt.

- **Wider Erwarten deutet die existierende empirische Evidenz nicht auf Preissenkungen in Folge von Deregulierungsmaßnahmen am NVA-Markt hin.**

Obwohl die ökonomische Theorie ein Sinken der Preise von NVA aufgrund des erhöhten Wettbewerbs vorhersagt, konnte eine solche Entwicklung in den betrachteten Ländern nicht beobachtet werden. Vielmehr konnte bspw. in Dänemark ein Preisanstieg bei NVA festgestellt werden, wobei die Preise der von der Deregulierung betroffenen NVA in den Verkaufsstellen außerhalb des Apothekensektors im Schnitt niedriger liegen als in den Apotheken.

- **Umfassende Deregulierungsmaßnahmen führten in einigen Ländern zu einer erhöhten Marktkonzentration.**

In Norwegen und Schweden betrafen die durchgeführten Reformen neben dem Vertrieb von NVA auch Besitzregelungen für Apotheken. In Norwegen führte dies zu einem hohen Maß an vertikaler und horizontaler Integration – über 80% der Apotheken sind als Konsequenz im Besitz einer der drei größten Großhandelsfirmen. Statt erhöhten Wettbewerbs kam es dort zu Marktstrukturen mit heterogenen Oligopolen. In Schweden kam es in Folge der Auflösung des staatlichen Apothekenmonopols ebenfalls zur Bildung von wenigen großen Apothekenketten. Dies macht eine permanente Kontrolle der Wettbewerbsbehörden aufgrund potenzieller Preisabsprachen unumgänglich.

Zum Vergleich: in Österreich lässt sich das derzeitige Apothekensystem ebenfalls als Oligopol beschreiben. Aufgrund der marktregulierenden Maßnahmen des Fremd- und Mehrbesitzverbots sowie der Bedarfsplanung liegt hingegen ein homogenes Oligopol vor, in Ballungszentren sogar Polypole. D.h. die Bildung von wenigen, kapitalgesellschaftlich organisierten Vertriebsketten mit marktbeherrschender Position ist in Österreich derzeit gesetzlich unterbunden.

- **Bezüglich der Auswirkungen von Deregulierungsmaßnahmen auf den Konsum von NVA bzw. das Ausmaß von Fehleinname und Missbrauch können auf Basis der existierenden Evidenz keine eindeutigen Aussagen getroffen werden.**

In Dänemark konnten mit Ausnahme des Wirkstoffes Glucosamin, bei dem die Deregulierung zu einem sprunghaften Anstieg im Verkauf führte, keine eindeutige Auswirkung der Reform auf den Verkauf der betroffenen NVA festgestellt werden. In den Niederlanden gibt es diesbezüglich konträre Ansichten – der Apothekenverband sieht den beobachteten Anstieg des Konsums von NVA nicht zwingend als Folge der Deregulierung des Marktes an, da bereits vor der Reform ein Anstieg zu verzeichnen war, während das Gesundheitsministerium sehr wohl von einem Zusammenhang ausgeht. In Norwegen war der NVA-Konsum sogar leicht rückläufig, aus Schweden erhielten wir keine Informationen. Somit konnte in keinem der betrachteten Länder ein Anstieg im Konsum von NVA festgestellt

werden, der eindeutig auf die entsprechenden Deregulierungsmaßnahmen zurückzuführen wäre.

Dementsprechend gab es auch keine Hinweise auf eine Zunahme von Fehleinnahme bzw. Missbrauch, wobei diesbezüglich in den meisten Ländern jedoch keine verlässlichen Informationen vorliegen. In Dänemark deuten zwar Befragungsdaten darauf hin, dass es bei den freigegebenen Präparaten generell zu Einnahmefehlern kommt; jedoch können aus diesen Daten keine Rückschlüsse bzgl. Veränderungen durch die Reform gezogen werden.

Das Ausmaß der Verlagerung des Vertriebs von den Apotheken zu anderen Verkaufsstellen ist in den betrachteten Ländern unterschiedlich. In Dänemark werden nach wie vor zwei Drittel der NVA in Apotheken verkauft, in Norwegen etwa die Hälfte. In Schweden gaben in einer Befragung gar drei Viertel der TeilnehmerInnen an, NVA weiterhin über die Apotheke zu beziehen. In den Niederlanden hingegen werden nur mehr 13% der NVA in Apotheken vertrieben.

Fazit

Aufgrund ihrer speziellen Gütereigenschaften können NVA nicht als herkömmliche Güter betrachtet werden. So kommt es im Zusammenhang mit NVA u.a. aufgrund von Marktmacht, Informationsasymmetrie, Nichtausschließbarkeit vom Konsum sowie Externalitäten zu Marktfehlfunktionen, die staatliche Eingriffe in den Arzneimittelmarkt rechtfertigen. Von besonderer Bedeutung ist dabei auch die Unsicherheit bzgl. Wirkung und Nebenwirkungen von NVA, welche die zentrale Begründung für einen Apothekenvorbehalt darstellt. Die empirische Literatur deutet in diesem Zusammenhang darauf hin, dass Fehleinnahme und Missbrauch auch bei NVA in nicht zu vernachlässigendem Ausmaß vorliegen sowie dass ein Teil der KonsumentInnen über mangelndes Wissen zu den Risiken von NVA aufweist. Beratungsleistungen in Apotheken erscheinen daher auch in Bezug auf NVA von Bedeutung. Weiters kann der Apothekenvorbehalt auch insofern für Relevanz für die Arzneimittelversorgung sein, als die aus dem Verkauf von NVA generierten Umsätze als Querfinanzierung von Nachtdiensten bzw. Randzeitenversorgung dienen. Bezüglich der Auswirkungen von Deregulierungsmaßnahmen im Bereich des NVA-Vertriebs ist auf Basis der klassischen ökonomischen Theorie davon auszugehen, dass es aufgrund des erhöhten Wettbewerbsdrucks zu sinkenden Preisen kommt, die zusammen mit der erhöhten Produktverfügbarkeit einen Anstieg im Konsum von NVA nach sich ziehen.

Empirische Literatur zu solchen Auswirkungen ist nur in geringem Ausmaß vorhanden. Aufgrund der vorliegenden Informationen konnten keine anhaltenden Preissenkungen in Folge von Deregulierungsmaßnahmen beobachtet werden. Die Dichte an NVA-Verkaufsstellen erhöhte sich tendenziell nur in urbanen Gebieten. Ein Anstieg des NVA-Konsums, der eindeutig auf die Deregulierung zurückzuführen wäre, konnte zudem nicht festgestellt werden. Bezüglich der Auswirkungen der Deregulierung auf Fehleinnahme und

Missbrauch von NVA (u.a. aufgrund der teilweise entfallenden Beratungsleistungen) gibt es bisher keine empirische Evidenz. Die Randzeitenversorgung blieb in den betrachteten Ländern von den Deregulierungsmaßnahmen unberührt, da sie dort größtenteils gesetzlich geregelt bzw. öffentlich finanziert wird.

Die theoretische und empirische Analyse deutet somit darauf hin, dass ein deregulierter Markt der NVA-Distribution nicht notwendigerweise zu einer Besserstellung der KonsumentInnen führt. Wie stark sich entsprechende Maßnahmen auf die Arzneimittelsicherheit und damit auf die Gesundheit der KonsumentInnen auswirken, kann auf Basis der existierenden Evidenz nicht eingeschätzt werden. Als Schlussfolgerung kann jedoch festgehalten werden, dass ein Verkauf von Arzneimitteln außerhalb von Apotheken – sollte dies vom Gesetzgeber angedacht werden – restriktiv gehandhabt werden sollte.

Jedoch gibt es auch im Status quo des Vertriebs von NVA in Apotheken in Österreich Verbesserungspotenzial. So könnten Beratungsleistungen bspw. verstärkter Kontrolle unterworfen und Maßnahmen zur Verbesserung der Preistransparenz getroffen werden.