

Der österreichische Selbstmedikationsmarkt

Marktperformance und Deregulierungsspielräume

Michael Böheim/Eva Pichler

Dr. Michael Böheim, Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung
ao.Prof. Dr. Eva Pichler, Institut für Volkswirtschaftspolitik und Industrieökonomie, Wirtschaftsuniversität Wien

Der österreichische Markt für nicht rezeptpflichtige Arzneimittel unterliegt einer strikten Regulierung, die dem Wettbewerb wenig zuträglich ist. Die strengste Apothekenpflicht der Welt, Gebietsschutz der Apotheken, die nicht zufällige schwache Information der Konsumenten über Preise und Konkurrenzprodukte sowie eine durchgehende Regulierung von Preisen und Spannen entlang der Wertschöpfungskette ließen eine ineffiziente Marktform entstehen, die durch das in der EU nicht übliche Verbot des Internetversandes zementiert wird. Die Marktmacht der Anbieter ist mangels funktionsfähiger Konkurrenz substantiell. Dies belegten nicht zuletzt Preiserhöhungen im Gefolge der Mehrwertsteuersenkung 2009, welche die Steuersenkung für die Konsumenten de facto neutralisierten. Da die Selbstmedikation in Österreich mittel- bis langfristig an Bedeutung gewinnen wird, sind von einem Aufbrechen dieser Marktstrukturen hohe Wohlfahrtsgewinne für die Konsumenten über substantielle Preissenkungen zu erwarten. Qualitätsverschlechterungen aufgrund der Deregulierung erscheinen demgegenüber unwahrscheinlich.

1. Einleitung

In Österreich werden zahlreiche Märkte durch Verordnungen und Gesetze reguliert, der Markt für nicht rezeptpflichtige Arzneimittel („Over The Counter“ bzw OTC-Markt) ist nur einer von vielen. Die Begründungen für Regulierungen liegen oft auf der Hand (zB Schutz der Konsumenteninteressen im Gesundheitsmarkt). Häufig vermisst man jedoch eine Abwägung von Vorteilen und Nachteilen (zB die Kosten der Regulierung in Form höhere Preise für Konsumenten). Wir argumentieren für den konkreten Fall des OTC-Marktes, dass die politischen Ziele auch bei schwächerer Regulierung erreichbar sind, dabei jedoch die Marktperformance verbessert werden könnte. Mitunter verstecken sich hinter der Begründung der Regulierung Partikularinteressen, welche aus ökonomischer Perspektive als wenig schützenswürdig erscheinen. Effizientere Regulierungsfor-

men bzw. Deregulierungsansätze könnten hier in Wohlfahrtsgewinnen resultieren.

Hierzulande ist die Abgabe von Arzneimitteln nur über Apotheken zulässig. Diese Vertriebsrestriktion gilt sowohl für rezeptpflichtige als auch rezeptfreie Arzneimittel. Zumindest für rezeptfreie Arzneimittel ist dieser gesetzliche Eingriff in die Wahlfreiheit des Konsumenten bezüglich der Bezugsquelle nicht konsistent. Indem der Konsument als mündig genug eingeschätzt wird selbst (dh ohne Konsultation eines Arztes) darüber zu entscheiden, welches rezeptfreie Arzneimittel erworben wird, müsste der Konsument umso mehr in der Lage sein, zu beurteilen, wo dieses Arzneimittel sicher beschafft werden kann (*Argumentum a maiori ad minus*). Genau diese Mündigkeit hinsichtlich des Vertriebsweges richtig zu entscheiden, verneint der Gesetzgeber aber, indem er den Konsumenten „zwingt“, rezeptfreie Arzneimittel ausschließlich in der Apotheke zu erwerben.

Der Markt für Selbstmedikation in Österreich ist relativ eng und aufgrund der Nähe zum Erstattungsmarkt einer Reihe von Regulierungen unterworfen. Regulierungen gibt es in den meisten Ländern, jene in Österreich sind jedoch besonders restriktiv, eine Meinung, die auch von der Europäischen Kommission geteilt wird (siehe EU, 2004, 2005): Die strengste Rezeptpflicht der Welt, Gebietschutz für Apotheken, der (infolge fehlender Anreize) geringe Informationsgrad der Konsumenten sowie nicht zuletzt die durchgehende Regulierung von Preisen und Spannen entlang der Wertschöpfungskette resultieren in einem Markt mit geringer Wettbewerbsintensität, die Marktperformance aus der Sicht der Konsumenten ist entsprechend schwach.

Die öffentliche Bereitschaft, diesen Markt aufzubrechen, ist begrenzt, da auf der einen Seite Politiker die Mündigkeit der (stets als „Patienten“ tituliert) Konsumenten zumeist skeptisch beurteilen. Auf der anderen Seite wirkt die Standsvertretung der Ärzteschaft, welche die Konsumenten lieber in den Ordinationen sieht, einer Öffnung entgegen. Die Apothekerkammer verteidigt Apothekenpflicht und Gebietschutz, Versandhandel durch Internetapotheken werden marginalisiert, indem er trotz eines liberalen EuGH-Urteils im Inland verboten bleibt und aus dem Ausland hohe Transportkosten sowie lange Lieferzeiten in Kauf zu nehmen sind, um legale Umgehungsstrukturen realisieren zu können. Als Resultat der Einschränkung des legalen Versandhandels findet sich unter den auf dem Postweg (über das Internet) bezogenen Medikamenten ein hoher Anteil von Fälschungen, welcher von den einschlägigen Interessenvertretungen als weiterer Beleg für den Nachteil des Versandhandels herangezogen wird. Die zuständigen öffentlichen Behörden schließlich haben beim Großhandel sowie den Apotheken explizit höhere Spannen für den nicht öffentlich refundierten Bereich ausgehandelt, um im Erstattungsbereich bessere Konditionen zu erhalten, was einen Vertrag zulasten Dritter entspricht.

Die Selbstmedikation wird in Österreich nichtsdestotrotz mittel- bis langfristig an Bedeutung gewinnen. Die Bevölkerung altert, das Gesundheitsbewusstsein steigt. An die Definition des Zustandes „gesund“ werden immer höhere Anforderungen gestellt, neue Krankheiten werden „entdeckt“, darüber hinaus gibt es fließende Übergänge zum boomenden Wellness-Markt. Ferner werden Gesundheitsreformen, die mit Einschränkungen bei Leistungen für „Bagateller-

krankungen“ einhergehen, diese Tendenz verstärken. Von einem Aufbrechen dieser Marktstrukturen sind daher für die Privaten substantielle Wohlfahrtsgewinne, für die öffentlichen Krankenkassen Entlastungen zu erwarten. Qualitätsverschlechterungen aufgrund der Deregulierung erscheinen demgegenüber unwahrscheinlich, wenn bestimmte Rahmenbedingungen eingehalten werden.

Das vorliegende Papier beschreibt in *Abschnitt 2* das Netzwerk der Regulierung. Der folgende Abschnitt gibt einen Überblick über Größe, Struktur und die wichtigsten Teilnehmer des Marktes. *Abschnitt 4* befasst sich mit der mangelhaften Konsumenteninformation. In *Abschnitt 5* wird die Reaktion der Unternehmen auf die Mehrwertsteuersenkung 2009 empirisch dargestellt, *Abschnitt 6* gibt dazu eine ökonomische Interpretation. Das nächste Kapitel *7* zeigt punktuell die Regulierung in anderen Staaten. Der letzte *Abschnitt 8* gibt eine zusammenfassende Beurteilung der Marktperformance und präsentiert wirtschaftspolitische Implikationen.

2. Regulierung des OTC-Marktes in Österreich

Als Selbstmedikationsmarkt wird im Bereich der pharmazeutischen Produkte das Marktsegment der nicht-rezeptpflichtigen Arzneimittel bezeichnet. Nahrungsergänzungsmittel und Kosmetika mit „gesundheitsfördernden Aussagen“ fallen nicht in den OTC-Bereich, sie dürften legal auch außerhalb der Apotheken vertrieben werden¹.

Sämtliche Produktionsstufen, die ein OTC-Produkt von der Entstehung bis zum Konsumenten durchläuft, sind von Regulierungen betroffen. Österreich ist in diesem Zusammenhang nicht das einzige Land: Markteintrittsbeschränkungen für Apotheken, Regulierung der Aufschläge entlang der Wertschöpfungskette nicht nur für rezeptpflichtige, sondern auch OTC-Produkte sind international keine Ausnahme. *Danzon/Chao* (2000) weisen darauf hin, dass die Regulierung zum Teil den Wettbewerb unterminiert, und zwar sowohl im refundierten als auch im OTC-Markt. Unterschiedliche nationale Regulierungsregimes wie zB die Implementierung von Generikasubstitution („aut idem“, siehe unten) sowie die Erlaubnis für den Apotheker, Großpackungen zu zerteilen, führen zu signifikanten Differenzen der Marktperformance der Länder (ebenda)². Dieser Beitrag argumentiert, dass die Regulierungen des OTC-Bereichs in Österreich dem Wettbewerb besonders abträglich ist und Chancen, ein besseres Marktergebnis zu erzielen, derzeit ungenutzt bleiben.

Zur Zulassung eines neuen OTC-Präparats sind pharmakologische und medizinisch-therapeutische Studien Voraussetzung, sie ermöglichen die Aufnahme ins Arzneimittelverzeichnis. In die OTC-Kategorie kommen Produkte, wenn die Substanz von der Rezeptpflichtkommission als geeignet für Selbstmedikation

1 Vielfach wählen aber die Hersteller selbst Apotheken als exklusiven Vertriebsweg aus, um eine „Hochpreisstrategie“ für ihre Produkte leichter umsetzen zu können.

2 Strenggenommen ist die Verwendung des Ausdrucks „Generikum“ im OTC Bereich nicht korrekt, da hier in der Regel keine patentgeschützten Medikamente gehandelt werden; gemeint sind Konkurrenzprodukte, welche den gleichen Inhaltsstoff in der gleichen Darreichungsform wie jenes Medikament anbieten, welches zuerst auf den Markt kam.

empfunden wird. Österreich gilt hierbei als Land mit der strengsten Rezeptpflicht der Welt (*Auskunft BMG*, 2009). Während in anderen Ländern (Großbritannien, Frankreich, Deutschland) die OTC-Palette durch laufende Entlassungen aus der Rezeptpflicht verbreitert wird, was sowohl die Wahlmöglichkeiten der Konsumenten vergrößert als auch die Kassen entlastet, wurden in Österreich in den letzten Jahren den Drogerien sogar Produkte und dem OTC-Markt zugeordnet (*Auskunft Österreichischer Drogistenverband*, 2010).

Neben der strengen Zulassung zum rezeptfreien Bereich besteht eine Preisregulierung, obgleich der definitive Schwerpunkt der öffentlichen Hand bezüglich Preiskontrolle im Erstattungsbereich liegt. Das produzierende Unternehmen hat den Preis bei der amtlichen Preiskommission im Gesundheitsministerium zu melden. Außerhalb des Erstattungsbereiches gibt es hier keine expliziten Vorschriften über zB eine Anbindung an den EU-Durchschnittspreis. Allerdings besteht die Möglichkeit, dass ein gemeldeter Preis aus Sicht der österreichischen Wirtschaft als zu hoch eingeschätzt wird. In einem solchen Fall kann das Ministerium einen Preisfixierungsprozess einleiten (siehe *ÖBIG*, 2008, 32). In den letzten Jahren war dies jedoch nie der Fall, was darauf schließen lässt, dass es Allgemeinwissen in der Branche ist, um welche Spanne der EU-Durchschnittspreis überschritten werden darf, ohne Aktionen der Preiskommission zu veranlassen. Die Produzenten können gegebenenfalls mit entsprechender Begründung auch Preissteigerungen ihrer Produkte anmelden.

Neben einer strengen Apothekenpflicht sind auch die Spannen entlang der Wertschöpfungskette lückenlos reguliert. Bis 2004 galten für alle Bereiche einheitliche Spannen, die vom Fabriksabgabepreis (FAP) in degressiver Form abhingen (siehe *Österreichischer Apothekerverband, Apotheke in Zahlen* 2009). Seither fallen die regulierten Spannen im refundierten und „privaten“ Bereich auseinander: Der Großhandel erhöht die im Ersatzmarkt geltenden Spannen um zwei Prozentpunkte (*ÖBIG*, 2008, 40, ebenso [*Bundesministerium für Gesundheit*, 2004]), mit der Apothekerkammer einigte man sich darauf, dass auf den gesamten öffentlichen „Nettopreis“ nochmals maximal 15% Aufschlag gewährt werden (*ÖBIG*, 2008, 41, [*Bundesministerium für Gesundheit*, 2004]), was einen Vertrag zu Lasten dritter darstellt. Dies resultiert in den folgenden Aufschlägen:

Apothekenaufschlägen von 57,6% für Produkte bis zu einem FAP von ca € 10 bzw 53,3% bis zu einem FAP von € 20,- (siehe *Tabelle 1*). Dieses Preisintervall erfasst die große Mehrzahl der OTC Produkte: Der Brutto-Durchschnittspreis einer OTC-Packung betrug im Jahr 2002 in Österreich € 6,20 (*IGEPHA*, 2007, 21), wobei damals noch eine 20%-ige Umsatzsteuer aufgeschlagen wurde (diese wurde für Arzneimittel 2009 auf 10% gesenkt).

Diese Spannen mögen relativ zu den Spannen in anderen Bereichen niedrig erscheinen, gemessen an der hohen Umschlagshäufigkeit sind sie hoch: Apotheken werden mehrmals täglich beliefert (in Wien bis zu fünf Mal), die Nachbestellung von Produkten mit geringen Restbeständen erfolgt automatisiert. Die Lagerkosten sind in diesem Bereich zum Großteil an den Großhandel ausgelagert.

Unter diesen Umständen entstehen optimale Bedingungen für Unternehmen, zu kolludieren: Apotheken kennen die Einkaufspreise ihrer Konkurrenten, die Produkte sind homogen, und die durch die Regulierung festgesetzten Aufschläge dienen als „Fokuspunkt“, an die man sich nur zu halten braucht, um den

Tabelle 1: Regulierte Aufschläge der Apotheken im OTC-Bereich

AEP, in €* 0,1 bis 10	Aufschlag auf AEP
20	57,6%
30	55,3%
60	51,8%
100	47,2%
120	41,5%
150	35,7%
200	31,1%
350	26,5%
500	21,9%
	19,5%

*) Die erste Spalte gibt jeweils die obere Grenze des relevanten Intervalls an; Einschleifregelungen für Intervallgrenzen sind hierbei vernachlässigt

Quelle: Bundesgesetzblatt; Arzneitaxe, 31. 12. 2003; eigene Berechnungen

gleichen Preis wie die Konkurrent festzusetzen. Bei einer Unterbietung des Preises ist die Nachfrage nur wenig elastisch, da die Konsumenten (siehe unten) mangelhafte Informationen haben.

Schließlich sollte noch danach gefragt werden, ob die Festsetzung höherer Spannen im Privatbereich in einem Regulierungsregime gerechtfertigt ist.

Selbstverständlich ist Preisdiskriminierung zweiten Grades, dh geringere Preise für Großabnehmer, zulässig. Im vorliegenden Fall setzt jedoch nicht der Großhandel bzw die Apotheke unterschiedliche Spannen für unterschiedliche Kunden fest, sondern verhandelt mit einem einzigen Partner über Spannen in sämtlichen Bereichen. Die öffentliche Hand (vertreten durch das Gesundheitsministerium) übernimmt die Aufgabe, im Interesse aller Konsumenten Konditionen auszuhandeln. Ob es hierbei gerechtfertigt ist, den öffentlich refundierten Bereich gegenüber dem anderen bevorzugt zu behandeln, erscheint aus ökonomischer Sicht nicht unzweifelhaft. Eine mögliche Rechtfertigung läge in der Festsetzung von Ramsey Preisen, sofern nachgewiesen werden könnte, dass die Nachfrageelastizität im nicht rezeptpflichtigen Markt geringer wäre. Da hier typischerweise „Befindlichkeitsstörungen“ behandelt werden, kann eher das Gegenteil angenommen werden, wenn auch Differenzen zwischen den verschiedenen Indikationsgruppen bestehen dürften. Dementsprechend wurde auf eine analoge Ramsey-Preisbildung im Erstattungssektor ebenso verzichtet.

Tatsächlich dürfte hier eine andere Überlegung zum Tragen gekommen sein. In einer offiziellen Publikation der Österreichischen Apothekerkammer findet sich die Aussage: „Diese Unterschiede in den Spannen sind auf eine politisch gewünschte Subventionierung des Kassenumsatzes durch den Privatumsatz zurückzuführen (*Österreichischer Apothekerverband*, 2010, 47)“, darüber hinaus wird auch mit Mengenrabatten an die öffentlichen Großabnehmer argumentiert. Offensichtlich wurde im Jahr 2004 bei Verhandlungen über Distributionsspan-

nen der OTC-Markt in die Geiselhaft des Hauptverbandes genommen, um finanzielle Erleichterungen im Erstattungsbereich zu generieren bzw weitere Spannungsenkungen durchzusetzen.

3. Marktüberblick

3.1 OTC-Markt: Abgrenzung und Größe

Der Markt umfasst definitionsgemäß nicht rezeptpflichtige, aber apothekenpflichtige Arzneimittel (mit oder ohne Registrierung). Homoöpathische Produkte sind Teil dieses Marktes, Nahrungsergänzungsmittel sowie Kosmetika mit gesundheitsfördernden Aussagen fallen nicht unter diese Marktdefinition.

Tabelle 2: Selbstmedikationsmarkt in Österreich

Apothekenverkaufspreis (AVP) in Mio. Euro	2009	Veränderung 08/09	% Marktanteil
Apothekenmarkt (Gesamt)	4.103,6	-3,7%	100,0%
OTC Markt	525,7	2,7%	12,8%
Selbstmedikationsmarkt	498,2	3,8%	11,9%

Quelle: IGEPHA, Jahresbericht 2009, Wien

Die Größe des OTC-Marktes beträgt vor Mehrwertsteuer eine knappe halbe Milliarde Euro. Der Anteil der auf Selbstmedikation gekauften Produkte beträgt ca 92%, nur ein geringes Segment bilden vom Arzt verordnete OTC-Produkte.

Die bedeutendsten Marktsegmente in der Selbstmedikation sind Husten- und Erkältungsmittel, Vitamine und Mineralstoffe sowie Schmerz- und Rheumamittel. Diese drei Produktgruppen machen zusammen knapp über die Hälfte des OTC-Bereichs aus (Tabelle 3).

Im Internationale Vergleich wird in Österreich vergleichsweise wenig für Selbstmedikation ausgegeben (Tabelle 4).

Österreich liegt mit einem Anteil von 7,5% im letzten Drittel, nur Griechenland, Slowenien, Frankreich und Spanien weisen einen noch geringeren Anteil für Selbstmedikation auf. Vor allem im Vergleich mit Deutschland oder der Schweiz scheinen die österreichischen Konsumenten in geringem Umfang zur Selbstmedikation zu greifen, obgleich Gesundheit eine Einkommenselastizität von über eins hat und Österreich ein überdurchschnittliches Pro-Kopf-Einkommen aufweist. Der EU-Durchschnittswert liegt um mehr als die Hälfte über dem österreichischen Werten. Zieht man alternativ als Vergleichsmaßstab die absolute Höhe der Ausgaben für OTC heran, ändert sich an diesen Resultaten wenig.

Auch die Dynamik des Marktes bleibt hinter jener des gesamten Apothekenmarktes zurück: Im Zeitraum 2000–08 wurde im gesamten OTC-Markt eine nominelle Wachstumsrate von 2,2% verzeichnet, was beinahe einer realen Stagnation gleichkommt (vgl IGEPHA, 2008, eigene Berechnungen). „Ein Ausreißer“ findet sich im Jahr 2009 und wird in Abschnitt 4 behandelt.

Tabelle 3: Märkte der Selbstmedikation 2009

Apothekenverkaufspreis (AVP) in Mio. Euro	2009	Veränderung 08/09	Marktanteil
Selbstmedikationsmarkt gesamt	498,2	3,8%	100,0%
Husten- und Erkältungsmittel	117,4	4,9%	24,0%
Vitamine/Mineralstoffe	75,3	1,6%	15,4%
Schmerz- und Rheumamittel	56,9	1,1%	11,6%
Haut- und Schleimmittel	50,1	10,8%	10,2%
Magen- und Verdauungsmittel	45,1	3,6%	9,2%
Tonika/Geriatrie/Meliss/Imm.	31,5	10,7%	6,4%
Herz- u. Kreislaufmittel	26,3	10,0%	5,4%
Bittel Blase - Fortpflanzungsorgane	23,9	-2,6%	4,9%
Augenpräparate	18,8	7,60%	3,8%
Beruhigung/Schlafmittel	16,6	1,2%	3,2%

Quelle: IGEPHA, Jahresbericht 2009, Wien

Verschieden davon stellt sich die Entwicklung im Erstattungsmarkt da (vgl *Pharmig*, 2009), welcher trotz der starken Verhandlungsposition des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger aufgrund der angebotsinduzierten Mengenentwicklung dynamischer wächst. Sieht man vom Ausnahmejahr 2009 ab, nahmen die Gesamtausgaben für in öffentlichen Apotheken abgegebene refundierte Rezepte um ein gutes Viertel zu, der OTC-Bereich wuchs nur um ein Fünftel (Heilmittelstatistik, Statistisches Handbuch 2009, Hauptverband der Sozialversicherungsträger). Der Kassenbereich wird allerdings in dieser Studie nicht behandelt.

3.2 Marktteilnehmer

Obgleich die meisten Pharmaunternehmen sowohl im OTC- als auch im refundierten Bereich tätig sind, wurde aufgrund der unterschiedlichen Interessenschwerpunkte für den Selbstmedikationsbereich eine eigene Interessenvertretung gegründet. Die Vereinigung der österreichischen Selbstmedikationsindustrie (IGEPHA) umfasst 59 ordentliche Mitglieder, die am österreichischen OTC-Markt tätig sind. Beispielhaft seien an dieser Stelle (in alphabetischer Reihenfolge) die bekanntesten Unternehmen Bayer, Böhringer Ingelheim, Croma Pharma, Drapal, Herba Chemosan, Johnson & Johnson, Kwizda Pharma, M.C.M. Klosterfrau, Novartis, Procter & Gamble, Ratiopharm, Sandoz, Sanofi Aventis, Sanova genannt. Zum größten österreichischen OTC-Anbieter avancierte im Jahr 2006 nach dem Erwerb der Metochem Pharma GmbH die Kwizda GmbH, die bei einem gesamten Konzernumsatz von ca € 700 Mio, einen Inlandsumsatz (Erstattungsmarkt und OTC-Markt) von ca € 50 Mio erzielen konnte. Darüber hinaus entfaltet die Kwizda-Unternehmensgruppe auch ein starkes geschäftliches En-

Tabelle 4: Europ. Selbstmedikationsmarkt 2005-07

Fabrikabgabepreis (FAP), in Mio. EUR	Mio. EUR			Anteil am gesamten Pharmamarkt
	2005	2006	2007	2007
Österreich	290	285	300	7.5%
Belgien	595	619	634	15.1%
Kroatien	143	153	165	10.9%
Tschechien	376	375	485	25.8%
Dänemark	212	222	241	8.9%
Finnland	275	242	273	10.9%
Frankreich	1.697	1.846	1.926	6.2%
Deutschland	4.749	4.530	4.497	12.3%
Griechenland	350	364	435	7.4%
Ungarn	284	301	287	13.9%
Irland	248	274	315	15.2%
Italien	1.639	1.523	1.588	8.3%
Niederlande	568	597	628	11.2%
Norwegen	205	239	253	12.0%
Polen	1.309	1.427	1.663	26.4%
Portugal	238	284	267	7.5%
Rumänien	166	364	458	23.2%
Russischland	2.130	2.690	3.050	24.5%
Slowakei	124	147	168	13.7%
Slowenien	31	32	33	6.7%
Spanien	600	595	618	4.4%
Schweden	326	348	367	9.2%
Schweiz	594	584	566	16.3%
U. K.	3.033	3.191	3.385	12.7%
EU-25	17.111	17.565	18.567	10.7%
Europa	20.183	21.230	22.601	11.6%

Quelle: AESGP, European Self-Medication Industry, AESGP figures & facts, Bruxelles, 2008

agement im Großhandel mit Arzneimitteln und hat sich darüber hinaus in der jüngsten Vergangenheit in größerem Ausmaß an Apotheken beteiligt, sodass sie

nun in der gesamten Arzneimittel-Wertschöpfungskette (Produktion - Großhandel - Einzelhandel) eine bedeutende Marktposition einnimmt.

Die empirische Evidenz belegt, dass - ebenso wie am Erstattungsmarkt - trotz der vergleichsweise großen Zahl der Anbieter am Selbstmedikationsmarkt in den einzelnen therapeutischen Klassen eine hohe Marktkonzentration besteht, da sich die Unternehmen auf bestimmte Marktsegmente spezialisieren. Innerhalb der einzelnen Produktgruppen steht nur eine relativ kleine Anzahl an Substituten zur Verfügung, Generika dürften eine schwache Stellung haben: So halten Originalpräparate wie bspw Aspirin, Supradyn, Tomaphyrin oder Leaton trotz substantieller Preisunterschiede zu wirkstoffäquivalenten Generika ihre Position als Marktführer. Derzeit haben hier viele österreichische Unternehmen eine starke Marktpräsenz, daneben sind auch die großen Pharmaunternehmen am OTC-Markt tätig. So erreicht beispielsweise die „kleine“ Meda Pharma Österreich am Magnesiummarkt einen Marktanteil von 60%, am Kalziummarkt ist sie immerhin die Nummer zwei (siehe www.welldone.at, Ausgabe 30. 12 2006). Längerfristig ist davon auszugehen, dass es zu einer weiteren Markkonzentration durch Fusionen kommen wird: Lokale Anbieter ohne internationale Präsenz mit multinationalen Konzernen werden verschmelzen und als unabhängige Anbieter vom Markt verschwinden (Santermans, 2004).

4. Information der Konsumenten

Ein zentraler Grund für das Fehlen von Wettbewerb am OTC-Markt ist die schwache Information der Konsumenten über Produktvielfalt und Preise, die nicht zufällig besteht, sondern Resultat der oben beschriebenen Regulierungsmechanismen ist. Diese systematische Desinformation unterminiert Preis- und Produktwettbewerb und stärkt die Position der Marktführer.

Die räumliche Ausstattung der meisten Apotheken entspricht dem alten Modell, wonach Arzneien auf Rezept an „Patienten“ abgegeben werden bzw im OTC-Bereich der Konsument auf Rat des Pharmazeuten kauft. Diese Rahmenbedingungen kommen dem Informationsbedürfnis der Konsumenten als Grundlage einer wohlüberlegten Kaufentscheidung wenig entgegen. So erhält der Konsument nicht einfach Information über die Produktvielfalt wirkstoffgleicher Nachahmerpräparate, Preisvergleiche (insb pro Wirkstoffmenge) sind nicht wie im Super- oder Drogeriemarkt möglich. Nach Alternativprodukten muss explizit im Verkaufsgespräch nachgefragt werden, was aufgrund der häufig vorkommenden Warteschlangen, die Zeitdruck erzeugen, schwierig ist. Auch der Verkäufer in der Apotheke hat keinen Anreiz, das Produkt mit dem billigsten Preis zuerst bzw ohne explizites Nachfragen zu präsentieren, da er - auch bei degressiven Spannen - an den teuersten Produkten am meisten verdient und hierzu in der Regel auch am wenigsten Erklärungsbedarf gegeben ist. Zumeist wird das Produkt des Marktführers angeboten und gekauft. Rational seitens des Apothekers ist es, diese Information außer auf ausdrücklichen Wunsch der Konsumenten zurückzuhalten bzw wirkstoffgleiche Nachahmerprodukte nur beschränkt im Sortiment aufzunehmen.

Auch herrscht in Österreich ein Verbot der „aut idem“ Substitution von Originalpräparaten durch Generika³.

Originalpräparate haben daher wenig Konkurrenz durch Generika zu befürchten, die Preise werden entsprechend hoch festgesetzt. Sofern mehrere Produkte am Markt bekannt sind, weichen sie durch Differenzierung der Packungsgröße und/oder Wirkstoffmenge einem Preiskampf aus (siehe unten). Anbieter von wirkstoffgleichen Konkurrenzprodukten müssen den Preis deutlich unterhalb des Originalpräparats ansetzen, können aber nichtsdestoweniger nicht mit einer elastischen Nachfrage rechnen, da die Information über die Existenz des Produktes schwach ist und Werbung bei den geringeren Margen der Generika nicht lohnt.

All dies zeugt weniger für intensiven Wettbewerb als vielmehr für dessen Versagen. Dies steht im krassen Gegensatz zum Erstattungsmarkt, wo Generika und Originalpräparate zu einem Preiskampf gezwungen werden, und wo beim jedem Neueintritt eines Generikums der Preis des Originalpräparates gesenkt werden muss und somit die Streuung der Preise abnimmt⁴.

Demgegenüber scheint sich das Nebeneinander im OTC-Markt für die Incumbents erheblich ruhiger zu gestalten, denn die Existenz von Konkurrenzprodukten scheint kaum ein Anlass zum Senken von Preisen der marktführenden Präparate zu sein. Spannenunterschiede von 200% und mehr (siehe unten) sind möglich. Dies reduziert naturgemäß auch den Anreiz der Konkurrenz, bei hohen bürokratischen Einstiegskosten diesen Markt überhaupt zu betreten. Auch Werbung ist aus Kosten- und Profitabilitätsgründen den Marktführern vorbehalten. Viele Anbieter von wirkstoffgleichen Alternativprodukten setzten die Preise mangels Preiswettbewerb auch knapp unterhalb des Preises des Marktführers fest.

Zusammenfassend entsteht der Eindruck, dass einerseits auf der Stufe der Produzenten bei der Preissetzung ein hoher Grad an Marktmacht besteht, andererseits aber auch bei der Distribution in den Apotheken hohe Spannen ubiquitär sind, denn diese wurden für den OTC-Bereich großzügig reguliert. Insofern zeigt sich am OTC-Markt eine Preisbildung, die in zwei zentralen Stufen des Vertriebes hohe Aufschläge garantiert.

Da angesichts fehlender Daten ein systematischer empirischer Befund nicht möglich ist, geben wir ein Beispiel. Dazu dient der Wirkstoff Salisylsäure (bzw Acetylsalicylsäure), welches unter dem Produktnamen Aspirin® große Bekanntheit hat. Über die Umsatzbedeutung war Information nur für das Jahr 2002 verfügbar. Damals war Aspirin® (Bayer) im OTC-Bereich der zweitstärkste Umsatzproduzent, und zwar nach der Brausetablette Aspirin C® des gleichen Herstellers. An neunter Stelle folgte der Konkurrent Aspro® (Klosterfrau Healthcare). Gemessen in Packungen nahm Aspirin® den 6. Platz ein.

3 Tatsächlich ist in vielen Europäischen Ländern wie Frankreich oder Italien Generikasubstitution verboten, während sie in anderen Ländern – zB Großbritannien, Deutschland, den USA und Kanada zulässig ist bzw explizit als Mittel der Kostenkontrolle im Pharmabereich eingesetzt wird; siehe *Danzon/Chao* (2000).

4 Im Durchschnitt bleibt im refundierten Bereich ein Preisunterschied von ca. 30% zwischen Originalpräparaten und Generika bestehen, siehe *Österreichischer Generikaverband* (2009).

Die folgende *Tabelle 5* zeigt für die Darreichungsform der einfachen Tablette einen Vergleich zwischen ausgewählten Konkurrenzprodukten (Preise 2008):

Tabelle 5: Preise ausgewählter wirkstoffgleicher Konkurrenzprodukte (2008)⁵

Medikament	Wirkstoffmenge (mg)	Stück	Preis (AVP) in EUR	EUR/Stk.	EUR/Wirkstoffeinheit
Aspirin	500	20	4,20	0,21	0,42
Aspirin	500	50	7,80	0,16	0,31
Ass Ratiopharm Tab	500	20	1,60	0,08	0,16
Ass Ratiopharm Tab	500	50	3,45	0,07	0,14
Aspro	320	60	6,30	0,11	0,33
Ass Gen Tab.	500	20	1,15	0,06	0,12

Der einzig in der Öffentlichkeit gut bekannte Konkurrent von Aspirin®, Aspro®, differenziert sich durch eine andere Wirkstoffintensität und eine andere Packungsgröße. Bezogen auf den Preis pro Wirkstoffeinheit verbleibt ein Preisaufschlag von Aspirin von 28%. Ohne Werbung und bei hohem Bekanntheitsgrad des Originalpräparats können Generikaanbieter auf diesen Markt nur bei starker Preisunterbietung bestehen: Der Preis von Aspirin liegt bei der Packungsgröße von 20 Stk um mehr als 160% über jenem von Ass Ratiopharm und um mehr als 260% über jenem von Ass Gen. Nichtsdestoweniger bleiben die Marktanteile der Generikahersteller weit hinter jenem der Marktführer zurück.

Die Autoren versuchten, für das vom Umsatz her drittstärkste Medikament, Thomapyrin®, eine ähnliche Rechnung aufzustellen. Eine Internetrecherche ergab (auf deutschen Internetseiten) die Existenz einiger Generika (ratioPyrin Schmerztabletten, Neuranidal, Dolopyrin, Titalgan), deren Marktauftritt in Österreich - trotz gleichnamigen Originalprodukts - zumindest nicht nachgewiesen werden konnte. Ein Markteintritt dürfte sich in Österreich hier - trotz der hohen Umsatzbedeutung von Thomapyrin® - nicht gelohnt haben.

Es bleibt die Frage, ob dieses Zurückbleiben auf die Präferenz der Konsumenten für Markenprodukte zurückzuführen ist oder aber auf den Umstand, dass sie die preisgünstigen Alternativen überhaupt nicht kennen. Eine Analogie zu Medikamenten aus dem refundierten Bereich spricht hier eine deutliche Sprache.

Breite Evidenz belegt, dass bei Referenzpreisbildung (die Krankenkassa refundiert nur das kostengünstigste Präparat innerhalb einer Gruppe von Medikamenten, die als medizinisch gleichwertig eingestuft werden; Generika gehören stets zur gleichen Gruppe wie Originalpräparate) die Hersteller der Originalpräparate den Preis unverzüglich auf den Preis des voll refundierten Präparates senken, da die Nachfrageelastizität hoch ist, mit anderen Worten nur die wenigsten Konsumenten bereit sind, einen Aufpreis für Originalpräparate zu bezahlen (Sie-

5 Quelle: www.apotheke-nussdorf.at

he zB *Danzon et al* (2004) für empirische Evidenz für Deutschland, Holland und Neuseeland. Hier zeigt sich, dass in Deutschland eine Aufzahlungsbereitschaft für neuere, innovative Medikamente gegenüber älteren Medikamenten besteht, nicht aber für ältere Medikamente gegenüber Generika). Da verschreibungspflichtige Medikamente für Konsumenten zumindest ebenso wichtig sein sollten wie OTC-Produkte - aller Plausibilität nach wichtiger - ist davon auszugehen, dass auch im Bereich der nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel die Nachfrageelastizität über den Preis des billigsten Generikums hinaus - bei entsprechender Information des Konsumenten - hoch sein müsste. Es bleibt der Schluss, dass die geringen Marktanteile der Generika in Österreich in erster Linie der schwachen Information der Konsumenten zuzuschreiben sind und weniger der hohen Zahlungsbereitschaft für Originalpräparate.

Die industrieökonomische Literatur (vgl *Carlton-Perloff*, 2005; *Diamond*, 1971) bietet ein Modell an, welches die Preisbildung der eingessenen Anbieter („Incumbents“) von OTC-Präparaten realitätsnah abbildet. Gemäß diesem Modell haben die „Incumbents“ die Konkurrenz der Generikaanbieter aufgrund von Informationsdefiziten kaum zu fürchten, da bereits ein geringer Grad unvollständiger Information der Konsumenten in einem monopolistischen Wettbewerbsmarkt zum Monopolpreis führt. Der Monopolpreis im OTC-Markt wird dabei durch die Höhe des Selbstbehalts gesteuert, da refundierte Arzneimittel ein Substitut zu nicht rezeptpflichtigen Arzneimitteln sind (siehe *Abschnitt 6*).

Dieser Umstand dürfte - neben den beschriebenen vertikalen Strukturen des Marktes - erheblich dazu beitragen, dass der Konkurrenzdruck weiter abgeschwächt wird, die Unternehmen ihre dominante Marktposition ausspielen können und der Marktzutritt von wirkstoffgleichen Konkurrenzprodukten im OTC-Bereich wenig attraktiv ist. Da die Nachfrage der Konsumenten in diesem Bereich typischerweise unelastisch ist (für einen Überblick siehe *Breyer/Zweifel/Kiffmann*, 2003, ebenso *Santerre/Neuen*, 2006, Kap 3), trägt die mangelnde Information entscheidend zur hohen Preisbildung bei.

Eine einfache und effektive Methode, den Wettbewerb mit minimalem Aufwand und sogar unter Beibehaltung der gegebenen Strukturen zu beleben, bestünde in einer umfassenden Preis- und Produktauszeichnungspflicht für Apotheken. Dabei müssten ähnliche Präparate bzw Präparate mit gleichem Wirkstoff übersichtlich gelistet werden, Preise sollten wie in Drogeriemärkten in Relation zum Inhalt bzw der Wirkstoffmenge ausgezeichnet sein. Auch einfache medizinische Informationen (zB über einen für Konsumenten zugänglichen Touchscreen in der Apotheke) könnten abrufbar sein. Diese Maßnahme würde den Anreiz für Generika, den Markt zu betreten, verstärken, darüber hinaus würde der Anreiz gesetzt, Wettbewerb durch Preisunterbietung zu forcieren bzw. das von allen Anbietern gewählte Hochpreisniveau zu verlassen.

5. Senkung des Mehrwertsteuersatzes 2009

Um die Kostenbelastung der öffentlichen Krankenkassen zu reduzieren, wurde ab 1. 1. 2009 der Mehrwertsteuersatz von Medikamenten von 20% halbiert. Von dieser Neuregelung waren auch die im OTC-Bereich verkauften Medi-

kamente betroffen. Die Reaktion des Marktes auf diese Mehrwertsteuersenkung lässt Rückschlüsse auf die Machtposition der Unternehmen zu.

Im Folgenden betrachten wir nicht die Preise einzelner Produkte, sondern fokussieren auf den gesamten OTC-Markt bzw dessen Marktsegmente. Zwar können bei dieser Betrachtung Preis- und Mengeneffekte nicht getrennt werden, doch zeigt sich nichtsdestoweniger ein unzweideutiges Bild, welches ein Urteil über das Ausmaß Weitergabe der Mehrwertsteuersenkung an die Konsumenten gestattet.

Aus den Jahresberichten 2005–2009 der IGEPHA lässt sich zunächst die Entwicklung des Bruttomarktes nachvollziehen.

Tabelle 6: Entwicklung des OTC-Marktes im Zeitraum 2004–2009 (Apothekenverkaufspreis (AVP) in Mio. EUR brutto, inkl Mehrwertsteuer)

Jahr	OTC Markt	Veränderung gegenüber dem Vorjahr	Ust-Satz
2004	424,28	n.V.	
2005	443,80	+4,60%	20%
2006	455,77	+2,70%	20%
2007	482,20	+5,80%	20%
2008	510,10	+5,70%	20%
2009	525,70	+2,80%	10%

Quelle: Igepha, Jahresberichte 2005, 2007, 2008, 2009, eigene Berechnungen

Per 1. 1. 2009 wurde der Mehrwertsteuersatz von 20% halbiert, weshalb der Vergleich der Bruttoumsätze ab 2008 hinfällig wird.

Tabelle 7 listet die Nettoumsätze der Branche auf (Spalte 2) und ermittelt aus diesen deren Wachstumsraten (Spalte 3).

Tabelle 7: Entwicklung des OTC-Marktes im Zeitraum 2004–2009 real sowie in Relation zum BIP (Apothekenverkaufspreis (AVP) in Mio. EUR netto, exkl Mehrwertsteuer)

Jahr	OTC Markt nomiell	nomielle Veränderung gegenüber dem Vorjahr	OTC Markt, real*	Reale Veränderung gegenüber dem Vorjahr	Wachstumsdifferenz OTC zum BIP
2004	353,57	n.V.	361,89	n.V.	
2005	369,83	+4,60%	369,83	+2,19%	-0,31%
2006	379,80	+2,70%	374,19	+1,18%	-2,42%
2007	401,83	+5,80%	387,50	+3,56%	-0,14%
2008	425,08	+5,79%	397,27	+2,52%	+0,32%
2009	477,91	+12,43%	444,57	+11,90%	+15,80%

*) Deflationierung mittels VPI 2005, siehe Statistik Austria

Es fällt auf, dass im Jahr der Mehrwertsteuersenkung das Marktwachstum einen deutlichen Sprung nach oben macht, und zwar übersteigt die Wachstumsrate der nominellen Nettoumsätze jenen des durchschnittlichen Wachstums der vergangenen vier Jahre zuvor um einen Faktor von mehr als 2,5.

Um die reale Marktentwicklung darzustellen, wurden die nominellen Umsätze mit dem Verbraucherpreisindex (VPI 2005) deflationiert, Spalte 4 der *Tabelle 7* zeigt die entsprechenden Werte, in Spalte 5 sind anschließend die Wachstumsraten des realen Marktgeschehens abgebildet. Diese bilden die entscheidende Grundlage zu beurteilen, wie die Unternehmen auf diesem Markt angesichts der Mehrwertsteuersenkung reagierten.

Man erkennt, dass nach Jahren der langsamen realen Expansion (das durchschnittliche reale Wachstum lag in den vier Jahren davor bei 2,4%) die reale Wachstumsrate auf 11,9% sprang bzw mehr als den fünffachen Wert erzielte.

Offensichtlich gelang es der Branche, die Mehrwertsteuersenkung zu nutzen, um höhere Preise zu realisieren, anstatt die Steuersenkung auf die Konsumenten weiterzugeben. Es erfolgte bloß eine Umverteilung von ca € 50 Mio vom Staat hin zu den Produzenten der Medikamente bzw anteilmäßig zu den Apotheken, die ebenfalls an den teurer gewordenen Produkten partizipierten.

Es könnte eingewandt werden, dass das Jahr 2009 aus besonderen anderen Umständen ein überaus erfreuliches für die OTC-Branche gewesen wäre und deshalb der Effekt der Preiserhöhung bei der obigen Berechnung überschätzt wurde, da die Mengenkomponekte stärker gewachsen wäre.

Als Anhaltspunkt zur Überprüfung dieser Möglichkeit ziehen wird das reale BIP-Wachstum heran. Die letzte Spalte 7 in *Tabelle 6* zeigt die Differenz der realen Wachstumsraten des OTC-Marktes und des BIP: Während der Markt in den Jahren 2008-08 zumeist langsamer als das BIP expandierte, machte er ausgerechnet im Rezessionjahr 2009 einen Sprung von fast 16% nach oben.

Die vorliegenden Daten liefern selbst unter der Einschränkung, dass die Marktentwicklung nicht auf der Ebene von Preis- und Mengenschwankungen einzelner Güter nachgezeichnet werden kann, überzeugende und belastbare Indizien dafür, dass die Mehrwertsteuersenkung im Medikamentenbereich zum Anlass einer entsprechend hohen Preissteigerung genommen wurde.

6. Ökonomische Interpretation der Preissteigerung

Offen ist noch, wie eine solche Preissteigerung angesichts der Mehrwertsteuersenkung ökonomisch zu interpretieren ist.

Um die Preisreaktion der Unternehmen nachvollziehen zu können, benötigt man Annahmen über den Verlauf der Grenzkostenfunktion. Wir unterstellen, dass die Grenzkosten im relevanten Bereich konstant sind. Gegeben die typischen Produktionsprozesse im Pharmabereich ist dies - zumindest für geringe Mengenänderungen - die mit Abstand plausibelste Annahme.

Wettbewerbsmarkt

Im OTC-Bereich ist vollständiger Wettbewerbsmarkt nicht möglich, denn die hohe F&E Kosten sind mit einem perfekten Konkurrenzmarkt nicht kompatibel. Trotzdem wird dieser Markt als Ausgangspunkt als Benchmark herangezogen.

Würden Unternehmen auf einem funktionierenden Wettbewerbsmarkt bei konstanten Grenzkosten einen Mehrwertsteuersenkung erfahren, würde diese in vollem Ausmaß an die Konsumenten weitergegeben. Die Gewinnmaximierungsbedingung lautet (p steht für den Bruttopreis, c für die Grenzkosten und t für den Mehrwertsteuersatz):

$$p = c \cdot (1 + t)$$

woraus durch einfaches Differenzieren folgt:

$$dp = c \cdot dt$$

Dies entspricht offensichtlich nicht den Beobachtungen des Preisverhaltens am OTC-Markt im Jahr 2009.

Monopol

Die Reaktion eines Monopolisten auf eine Mehrwertsteuersenkung hängt bei gegebenen Grenzkosten vom Verlauf der Nachfragefunktion ab.

Ist die Nachfragefunktion linear, würde der Monopolist die Hälfte dieser Preissenkung an die Konsumenten weitergeben. Dieses Resultat gilt unabhängig von der Steigung der Nachfragefunktion (siehe zB *Pindyck/Rubinfeld*, 2005, Kap 10).

Im Falle einer isoelastischen Nachfrage mit (dem Betrag der) Nachfrageelastizität η gilt⁶:

$$dp = c \cdot \left(\frac{\eta}{\eta - 1} \right) dt$$

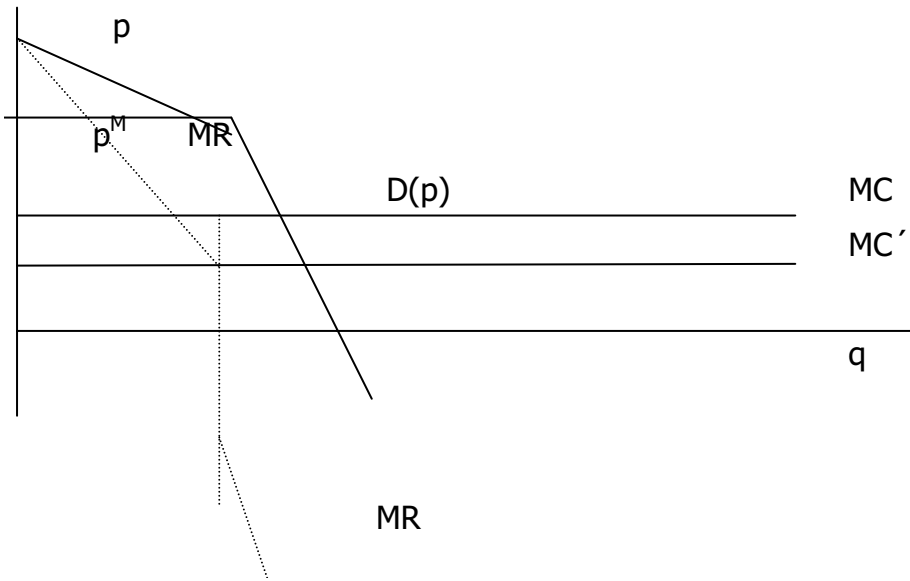
Für die Preiselastizität im OTC-Bereich unterstellen wir, dass diese nicht signifikant von jener in anderen Segmenten des Pharmamarktes abweicht. Typischerweise ist die Nachfrage sehr starr, Werte zwischen 1,1 und 1,2 werden häufig geschätzt (siehe zB *Breyer/Zweifel/Kiffmann*, 2005).

Im Folgenden verwenden wir die elastischere Grenze $\eta = 1,2$, welche im Sinne der Berechnungen die konservativere Variante darstellt. Für diesen Wert müsste bei einer Mehrwertsteuersenkung der Preis um das Sechsfache der Reaktion am Konkurrenzmarkt sinken! Der Grund liegt einfach in den hohen Aufschlägen des Monopolisten. Offensichtlich ist das beobachtete Preisverhalten mit keinem dieser Modelle kompatibel.

Ein Modell, welches prognostiziert, dass Steuersenkungen zu adäquaten Preiserhöhungen führten, ist jenes der geknickten Nachfragefunktion.

⁶ Preisbildung eines Monopolisten beinhaltet bekanntlich die Bedingung der Gleichheit von Grenzkosten und Grenzerlös, welche umgeformt werden kann zu:

Preisbildung bei geknickter Nachfragefunktion



Bei diesem Verlauf der Nachfragefunktion (D) ist die Grenzerlösfunktion (MR) unstetig, eine Verschiebung der Grenzkostenfunktion (MC) innerhalb bestimmter Bereiche ändert nichts am Monopolpreis.

Eine solche Nachfragefunktion ist für den OTC-Bereich durchaus plausibel: Die Nachfrage ist unterhalb eines bestimmten Preises relativ starr, wie dies auch in vielen Studien für den Pharmamarkt belegt wurde. Oberhalb eines bestimmten Schwellenwertes allerdings entscheiden sich immer mehr Konsumenten dafür, sich eine Verschreibung vom Arzt zu holen, da refundierte Medikamente Substitute für OTC-Präparate darstellen. Die Kosten dafür setzen sich aus den Opportunitätskosten der Zeit sowie den Selbstbehalten pro Medikament zusammen.

Der Monopolpreis in diesem Markt entspricht jenem, bei welchem ein verstärktes Ausweichen auf den refundierten Bereich erfolgt, die OTC-Preise werden in diesem Sinn durch die Höhe des Selbstbehalts beeinflusst. Eine Senkung der Mehrwertsteuer von Medikamenten, welche die Konsumenten im refundierten Bereich nicht zu spüren bekommen, ändert somit auch nichts an den Opportunitätskosten refundierter Medikamente bzw. der Zahlungsbereitschaft für Medikamente im OTC-Markt. Aus diesem Grund ist es für Anbieter nicht rezeptpflichtiger Medikamente rational, angesichts einer Mehrwertsteuersenkung die Nettopreise anzuheben.

7. Regulierung des OTC-Marktes im internationalen Vergleich

Zahlreiche europäische Länder haben den OTC-Bereich liberalisiert, wobei auch die Rezeptpflicht weniger streng gehandhabt wird. In Italien, Ungarn, Kroatien oder Großbritannien wurden nicht rezeptpflichtige Arzneimittel für den Verkauf außerhalb von Apotheken freigegeben. Auch in Deutschland startet man Versuche, die hohen Spannen – selbst im Erstattungsmarkt – zu vermeiden. Am „Pharma Punkt“ gibt der Konsument sein Rezept im Drogeriemarkt, dieses wird zu einer (in Holland niedergelassenen) Apotheke weitergeleitet und vom Konsumenten dort abgeholt oder per Post zugestellt, die Bezahlung erfolgt per Erlagschein/Überweisung. Auch OTC-Produkte können auf diesem Weg billiger bezogen werden.

Zwei Urteile des EuGH haben auf diesem Markt eingegriffen: Zum einen wurde Werbung für OTC-Produkte freigegeben. Zum anderen wurde ermöglicht, dass Internetapotheken grenzüberschreitend ins EU-Ausland liefern können (siehe unten). In einigen Segmenten dürfte der Internethandel bereits Fuß gefasst haben (siehe *AK Wien*, 2007). In Österreich entstand so die absurd anmutende Situation, dass inländische Apotheken keinen Internethandel betreiben dürfen, allerdings ihre Konkurrenten aus dem gemeinsamen Markt in wachsendem Umfang nach Österreich liefern können. Inzwischen wurde auch ein inländischer Drogeriemarkt mit vielen Niederlassungen im Internet mittels eines ausländischen Lieferanten am österreichischen Markt aktiv.

Die wichtigste Entscheidung – die generelle Liberalisierung des OTC-Marktes – wurde von der Europäischen Kommission noch nicht in Angriff genommen. Komplexe Interessengegensätze, vor allem bedingt durch die Nähe zum öffentlichen Gesundheitssystem sprechen dafür, dass hier noch länger mit keinem koordinierten Vorgehen zu rechnen ist.

Erfahrungen aus den Niederlanden zeigen, dass eine durch eine entsprechende Regulierung und Aufsicht begleitete Liberalisierung des Arzneimittelvertriebs für die Konsumenten ausschließlich Vorteile gebracht hat. Die gebetsmühlenartig vorgebrachten „Gegenargumente“ der österreichischen Interessenvertretung, die ohne empirische Belege pauschal von einer Qualitätsverschlechterung durch die Liberalisierung für die Konsumenten ausgeht⁷, entpuppen sich vor dem Hintergrund dieser empirischen Fakten als reine Schutzbehauptungen.

In den Niederlanden fand die Liberalisierung schon 1999 statt. Auch dort fürchteten die eingesessenen Apotheken die Konkurrenz der Ketten. Konzerne wie OPG, aber auch deutsche Großhändler wie *Celesio* und *Phoenix* traten mit dem Ziel an, die Hälfte des Marktes zu erobern. Doch bisher verlief die Expansion eher zäh. Von den knapp 1.900 Apotheken in Holland ist zehn Jahre nach der Liberalisierung gerade einmal ein Drittel in der Hand von Ketten.

7 Eine aktuelle Untersuchung des VKI (2008) hat gezeigt, dass auch das abgeschottete österreichische System nicht automatisch höchste Beratungsqualität zu gewährleisten imstande ist. Bei den stichprobenartig getesteten Tiroler Apotheken wurden zum Teil erheblich Mängel festgestellt. Die Beratung wird zwar als freundlich, aber oft wenig kompetent charakterisiert. Mitunter wurde auch ein leichtsinniger Umgang mit der Rezeptpflicht festgestellt.

Der Grund: Die alteingesessenen Apotheken begannen ihre Patienten plötzlich intensiv zu umwerben und ihre Servicequalität zu verbessern. In der Zwischenzeit ist es eine Selbstverständlichkeit, dass niederländische Apotheken ihre Kunden ohne Zusatzkosten mit Arzneimitteln beliefern. Auch die Beratungsqualität ist gestiegen. Der Umstand, dass die meisten Holländer ihrer Hausapotheke auch nach der Liberalisierung die Treue gehalten haben, demonstriert, dass entsprechende Innovation und Kundenorientierung vorausgesetzt, auch die Apotheken in auf liberalisierten Märkten eine Existenzgrundlage finden. Die vormaligen Monopolrenten wurden großteils abgeschöpft: Während vor der Liberalisierung eine Apotheke durchschnittlich einen Jahresgewinn zwischen € 200.000,- bis € 250.000,- erwirtschaften konnte, ist dieser nunmehr auf € 100.000 gesunken (Hoffritz, 2008). Die abgeschöpften „Apothekerrenten“ sind über niedrigere Preise bei zumindest gleichbleibender Qualität den Konsumenten zu gute gekommen. Aufgrund der vergleichbaren Ausgangssituation ist davon auszugehen, dass die Liberalisierung in Österreich Einsparungen für das öffentliche Gesundheitssystem und die Konsumenten in ähnlich substantieller Größenordnung bringen könnte.

8. Internetapotheken

Ein zumindest ansatzweises Aufbrechen der Strukturen wird durch den beginnenden Internethandel mit Arzneimitteln verursacht. Doch auch hier wurde in Österreich unter Vorhaltung von Qualität dem Wettbewerb ein Riegel vorgeschoben.

Ein Urteil des Europäischen Gerichtshofs 2003 entschied, dass in einem Mitgliedstaat zugelassene, nicht rezeptpflichtige Arzneimittel über den Internetversandhandel verteilt werden dürfen. Rezeptpflichtige Medikamente sind davon ausgenommen, ebenso Arzneimittel, die nicht mit dem im Inland zugelassenen Präparat ident sind, selbst wenn sie den gleichen Wirkstoff in der gleichen Darreichungsform und Quantität beinhalten.

Da die im Internet angebotenen Arzneien billiger als jene in den Apotheken sind, besteht hier das Potential der Preisunterbietung. In Relation zum Warenwert üblicherweise hohe Transportkosten gemeinsam mit mehrtägigen Lieferfristen aus dem Ausland stellen jedoch einen beträchtlichen Schutz für die ortsfesten Apotheken dar. In Österreich selbst wären die Transportkosten signifikant geringer und die Lieferzeit verkürzt. Der Versand von Arzneimitteln wurde – nicht zuletzt auf Intervention der Apothekerkammer – vom Gesetzgeber jedoch stark eingeschränkt. Das Verbot wurde nicht allein in der Berufsordnung der Apotheker festgeschrieben, es steht auch in der Gewerbeordnung sowie im Arzneimittelgesetz.

Für österreichische Apotheken besitzt weiterhin ein Versandhandelsverbot (welches vom Europäischen Gerichtshof explizit bestätigt wurde). Als Begründung muss der „Patient“ herhalten: Er wäre beim „Umgang mit der heiklen Ware zu schützen“ (siehe Krüger, 2009). Versandhandel (definiert als organisiertes Angebot, Waren zum Endverbraucher zu verschicken, wobei Kataloge und Werbemittel eingesetzt werden) ist nach wie vor untersagt.

In Einzelfällen darf jedoch eine Apotheke Arzneimittel an einen Kunden senden, etwa um die Versorgung am Urlaubsort zu sichern oder den Gang zur Apotheke zu ersparen. Die Bereitstellung dieser Dienstleistung darf nicht beworben werden. Darüber hinaus muss aber immer ein persönlicher Kontakt mit einem Apotheker – also nicht telefonisch oder mit E-Mail! – zur unmittelbaren persönlichen Beratungsmöglichkeit vorhanden sein.

Während der Vertrieb über „Pick-up“-Stellen in Österreich verboten ist, erlaubt das Apothekengesetz einen apothekeneigenen Zustelldienst als alternative Distributionsvariante, der durch die regional zuständige Landesgeschäftsstelle der Apothekerkammer genehmigt wird. Die diesbezüglich wichtigste Einschränkung besteht darin, dass die Zustelladresse nicht mehr als vier Kilometer von der Apotheke entfernt sein darf (!). Wieder muss eine unmittelbare persönliche Beratung durch den Apotheker möglich sein. Auf welche Weise die beim Zustelldienst gewährt wird, bleibt offen.

Hier handelt es sich unter dem Vorwand der Beratungsqualität um eine Neuaufgabe des Gebietsschutzes: Explizite regionale Beschränkungen gemeinsam mit Werbeverboten sorgen dafür, dass Versandapotheken in Österreich eine Randerscheinung bleiben.

Nichtsdestotrotz hat sich inzwischen in Wien eine ausländische Versandapotheke, und zwar offensichtlich ohne angeschlossene Apotheke, niedergelassen, welche in Österreich zugelassene, nicht rezeptpflichtige Arzneien mit Katalogen präsentiert, umwirbt und zu den günstigen österreichischen Posttarifen versendet. Wie oben erwähnt findet derzeit darüber hinaus der großangelegte Markteinstieg einer Drogeriemarktkette statt, welche den Buchstaben des Gesetzes ebenfalls über kostspielige Umgehungsstrukturen erfüllt.

9. Marktperformance – zusammenfassende Beurteilung

Zusammenfassend sprechen viele Faktoren dafür, dass der österreichische OTC-Markt wenig konkurrenzfähig ist und ein entsprechend schwaches Marktergebnis erzielt wird:

- Hohe Konzentration der Anbieter in den einzelnen Therapiegruppen;
- EU-Durchschnittspreis gilt nur bei der erstmaligen Preisfestsetzung als Orientierungsgröße;
- systematisch geringe Information der überwiegenden Anzahl von Konsumenten über Preise und Produktvielfalt, da die Apotheken wenig Anreiz haben, diese zu vermitteln. Dies behindert einen funktionsfähigen Wettbewerb am Markt bzw. stärkt die Position der Marktführer. Nach Markteinführung eines Produkts fehlt auch der Konkurrenzdruck, damit der Preis – wie im Erstattungsmarkt – über den Produktzyklus beim Auftreten neuer Konkurrenzprodukte sinkt;
- Regulierung der Vertriebsspannen: Hier fällt insb. die hohe Apotheken-spannen auf, die trotz des raschen Lagerumschlages im OTC-Markt infolge der mehrmaligen untertäglichen Belieferung durch den Großhandel bei über 55% liegen dürfte;

- die von Österreich gewählte Strategie der Halbierung der Mehrwertsteuer ist unter den herrschenden Rahmenbedingungen suboptimal, da sie im OTC-Bereich bei geknickter Nachfragefunktion nur zu adäquaten Preiserhöhungen, mithin einer Umverteilung vom Staat zu den Produzenten, führte;
- von einer konsequenten und durchgehenden Deregulierung könnte ein Vielfaches des derzeitigen Entlastungspotentials für die Konsumenten gewonnen werden, ohne allerdings dem Fiskus einen Einkommensausfall in Höhe von geschätzten € 50 Mio pro Jahr zu verursachen (vgl auch *Böheim*, 2008, Wettbewerbskommission 2008).

Literaturverzeichnis

AK Wien, Medikamente aus dem Netz, Wien (2007)

Association of the European Self-Medication Industry (AESGP), Smart Regulation 2015, The future regulation of self-care, AESGP, Bruxelles (2008)

Bundesministerium für Gesundheit, Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen über Höchstaufschläge im Arzeimittelgroßhandel 2004, Wien (2004)

Böheim, M., Zur Rolle der Wettbewerbspolitik in der Inflationsbekämpfung, WIFO-Monatsberichte 9/2008, 693–706 (2008)

Breyer, F./Zweifel, P./Kiffman, P., Gesundheitsökonomie, Springer, Berlin (2003)

Carlton, D. W./Perloff, J. M., Modern Industrial Organization, 4th Ed., Pearson, Boston (2005)

Comanor, W. S., The political economy of the pharmaceutical industry, Journal of Economic Literature Vol 24/3, 1178–1217 (1986)

Danzon, P., Chao Does regulation drive out competition in pharmaceutical markets? Journal of Law and Economics, Vol XLIII, 311–58 (2000)

Diamond, P., A model of price adjustment, Journal of Economic Theory 3: 881–94. (1971)

Europäische Union, Mitteilung der Kommission, Bericht über den Wettbewerb bei freiberuflichen Dienstleistungen, Brüssel (2004)

Europäische Kommission, Mitteilung der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen: Freiberufliche Dienstleistungen – Raum für weitere Reformen, SEK (2005), No 1064 (2005)

Europäische Kommission, Richtlinie 2004/24/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 31. 3. 2004 zur Änderung der Richtlinie 2001/83/EG zur Schaffung eines Gemeinschaftskodexes für Humanarzneimittel hinsichtlich traditioneller pflanzlicher Arzneimittel (2004a)

Hoffritz, J., Die große Verkettung, *Die Zeit*, 11. 12. 2008, Nr 51 (2008)

IGEPHA, Jahresbericht Austrian Self-Medication Industry, Wien (2008)

Nielson, How to drive growth in self care, Multi-country study for AESGP (2008)

OECD, OECD Health Data, Paris (2008)

Österreichische Apothekerkammer, Apotheke in Zahlen 2009, Wien (2010)

Österreichisches Bundesinstitut im Gesundheitswesen (ÖBIG), Pharma-Profil Österreich September 2008, Wien (2008)

ORF [http://tirol.orf.at/stories/316564/\(2008\)](http://tirol.orf.at/stories/316564/(2008))

Pindyck, R. S./Rubinfeld, D. L., Microeconomics, 6th ed., Pearson Prentice Hall, New Jersey (2005)

Pharmig, Daten und Fakten 2008, Wien (2008)

www.pharmig.at/upload/Publikationen/Daten%20und%20Fakten%20kompakt%202008_Endversion.pdf?&SESS=26fcf946872a5e09845f7bd3bd283552

Santermans, F., Herausforderungen für die Europäische OTC-Industrie: Chancen und Risiken, DUV-Verlag (2004)

Santerre, R. E./Neun, St. P., Health Economics: Theories, insights, and industry studies, Irwin, Chicago (1996)

Staudacher, A., Liberalisierung wäre Supergau. Interview mit dem Präsidenten der österreichischen Apothekerkammer, *Kurier* 26. 1. 2009 (2009)

VKI, Beratung in Tiroler Apotheken: Grassierender Beratungsnotstand, *Konsument* 11/2008 (2008)

Wettbewerbskommission, Gutachten der Wettbewerbskommission vom 14. 7. 2008 gemäß § 16 Abs. 1 Wettbewerbsgesetz an den Bundesminister für Wirtschaft und Arbeit, Wien (2008)

Abstract **JEL-No: L40, L41, L42, L43, L44, L50, L51, L65, L81**

The Market for Self-Medication in Austria
Market Performance and the Scope for Deregulation

The Austrian market for over-the-counter (OTC) drugs is organised by way of a chain of monopolies. One of the world's strictest regulatory

regimes to ensure that medicinal drugs are sold in pharmacies only, little in the way of competition between pharmacies, information asymmetries and full-scale regulation of prices and margins along the value chain have combined to create an inefficient market. With self-medication expected to gain ever more ground in Austria in the medium to long term, breaking up these market structures should produce high welfare gains for consumers through substantial price cuts. Negative effects of deregulation in terms of lower quality or less supply security, on the other hand, appear to be unlikely.