

Diskussionsbeitrag aus dem
Fachbereich Wirtschaftswissenschaften
Universität Duisburg-Essen
Campus Essen

Nr. 167

August 2008

**Die Aufhebung des Fremd- und Mehrbesitzverbotes im deutschen
Apothekenwesen vor dem Hintergrund internationaler
Erfahrungen im Vereinigten Königreich und in Norwegen**

Kristin Grabein, Stefan Greß, Lena Klaucke, Jürgen Wasem

August 2008

*Die Aufhebung des Fremd- und Mehrbesitzverbotes im
deutschen Apothekenwesen vor dem Hintergrund
internationaler Erfahrungen im Vereinigten Königreich
und in Norwegen*

Autoren:

Kristin Grabein¹

Prof. Dr. Stefan Greß²

Lena Klaucke¹

Prof. Dr. Jürgen Wasem¹

¹ Alfried Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftungslehrstuhl für
Medizinmanagement, Universität Duisburg-Essen

² Professur für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie, Hochschule
Fulda

Inhalt

0	Executive Summary	5
1	Einleitung	7
2	Länderauswahl und gesetzliche Rahmenbedingungen.....	9
3	Eigentümerstruktur.....	11
4	Versorgungsdichte.....	13
5	Beratungsqualität und Kundenzufriedenheit.....	16
6	Verbraucherschutz und Arzneimittelsicherheit.....	18
7	Auswirkungen auf das Preisniveau	20
8	Fazit.....	25
9	Literatur	26

Tabellen

Tabelle 1: Eigentümerstruktur von Apotheken in Großbritannien 2008.....	11
Tabelle 2: Eigentümerstruktur von Apotheken in Norwegen 2001 bis 2008.....	12
Tabelle 3: Wegezeiten zur nächsten Apotheke in England 2006.....	13
Tabelle 4: Entwicklung der Versorgungsdichte in Norwegen 2000 bis 2008.....	14
Tabelle 5: Beschaffbarkeit von Arzneimitteln in Norwegen nach der Liberalisierung aus Konsumentensicht 2004	15
Tabelle 6: Gründe für die Apothekenwahl in Großbritannien 2003	16
Tabelle 7: Service, Beratungsqualität, Diskretion und Wartezeiten in den norwegischen Apotheken nach der Liberalisierung (2004) aus Konsumentensicht	17
Tabelle 8: Public-Health Aktivitäten im Vereinigten Königreich nach Eigentumsform der Apotheke (2007).....	18
Tabelle 9: Fehlerhafte Bedienung nach der Liberalisierung in Norwegen aus Apothekersicht (2004)	19
Tabelle 10: Gewinnteilungsverfahren in Norwegen (Rechenbeispiel)	21
Tabelle 11: Gewinnteilungsverfahren in Norwegen bei vertikaler Integration (Rechenbeispiel)	22
Tabelle 12: Indizes für Apothekenverkaufspreise und Handelsmargen im internationalen Vergleich (2007)	23

0 Executive Summary

Der Europäische Gerichtshof wird in absehbarer Zeit darüber urteilen, ob das im deutschen Apothekengesetz festgeschriebene Fremdbesitzverbot einen Eingriff in die Niederlassungsfreiheit darstellt bzw. die Freiheit des Kapitalverkehrs beeinträchtigt. Nach europäischem Recht genießen Kapitalgesellschaften Niederlassungsfreiheit in der gesamten Europäischen Union. Für die Einschränkung dieser Freiheit bedarf es nach Ansicht des Europäischen Gerichtshofs zwingender Gründe des Allgemeininteresses. In der Rechtfertigung steht dabei das ebenso in Deutschland geltende Mehrbesitzverbot in engem Zusammenhang mit dem Fremdbesitzverbot. Die Kernaussage dieses Beitrags ist, dass sich das Mehr- und Fremdbesitzverbot in Deutschland aufgrund solcher zwingender Gründe des Allgemeininteresses vor dem Hintergrund internationaler Erfahrungen nicht rechtfertigen lässt.

Im Vereinigten Königreich ist ein Fremd- und Mehrbesitzverbot auf dem Apothekenmarkt unbekannt. In Norwegen wurden Mehr- und Fremdbesitzverbot im Jahr 2001 aufgehoben. In beiden Ländern ist sowohl vertikale Integration zwischen Groß- und Einzelhandel als auch horizontale Integration (Kettenbildung) möglich. Negative Effekte dieser Liberalisierung müssten in beiden Ländern gut beobachtbar sein.

In beiden Ländern unterscheidet sich die Eigentümerstruktur des Arzneimitteleinzelhandels deutlich von Deutschland. In beiden Ländern haben Apothekenketten mit mehr als zehn Apotheken einen Marktanteil von deutlich über 50 Prozent. Ein Einfluss der Eigentümerstruktur auf das angebotene Arzneimittelportfolio ist jedoch nicht feststellbar.

Im Vereinigten Königreich bewegt sich die Versorgungsdichte mit Apotheken etwa auf einem Niveau mit Deutschland. Von Versorgungsdefiziten kann auch in ländlichen und sozial schwachen Regionen nicht die Rede sein, die Erreichbarkeit von Apotheken ist gut. In Norwegen hat sich die Versorgungsdichte und die Beschaffbarkeit von Arzneimitteln nach der Aufhebung des Fremd- und Mehrbesitzverbotes sogar deutlich verbessert – auch in ländlichen Regionen.

Weder im Vereinigten Königreich noch in Norwegen gibt es Anzeichen dafür, dass die Abwesenheit bzw. die Aufhebung des Fremd- und Mehrbesitzverbotes zu einer Beeinträchtigung von Beratungsqualität und Kundenzufriedenheit geführt hat. Im Vereinigten Königreich sind die Konsumenten insgesamt mit dem Service in Apotheken sehr zufrieden – komparative Vorteile der unabhängigen Apotheker beim Service sind nicht zu erkennen. In

Norwegen haben die Konsumenten als Folge der Liberalisierung ebenfalls eher Vorteile als Nachteile bei Service und Beratungsqualität wahrgenommen.

Weder im Vereinigten Königreich noch in Norwegen lassen sich Anhaltspunkte dafür finden, dass die Abwesenheit bzw. die Aufhebung des Fremd- und Mehrbesitzverbotes zu Problemen bei der Arzneimittelsicherheit geführt hat. Im Vereinigten Königreich zeigt sich sogar, dass große Ketten mehr Public-Health Aktivitäten anbieten als kleine Ketten und unabhängige Apotheken.

Die Erfahrungen im Vereinigten Königreich und in Norwegen deuten daraufhin, dass die Aufhebung bzw. die Abwesenheit des Mehr- und Fremdbesitzverbots zu einer Erhöhung der Marktmacht des Groß- und Einzelhandels gegenüber den Herstellern führt. Ob diese verstärkte Nachfragemacht lediglich zu einer verbesserten Profitabilität der Anteilseigner oder auch zu einer Entlastung der Steuer- bzw. Beitragszahler führt, hängt in erster Linie von den ökonomischen Anreizen ab. Im Vereinigten Königreich profitiert auch der Steuerzahler von der verbesserten Nachfragemacht – in Norwegen sind es aufgrund der spezifischen Ausgestaltung des Gewinnteilungsverfahrens in erster Linie die Anteilseigner der vertikal integrierten Konzerne. Die Erfahrungen in beiden Ländern deuten weiterhin daraufhin, dass der Preiswettbewerb für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel in erster Linie durch Supermärkte forciert wird.

1 Einleitung

Der Apothekenmarkt in Deutschland steht vor einschneidenden Veränderungen. Der Europäische Gerichtshof wird in absehbarer Zeit darüber urteilen, ob das im Apothekengesetz festgeschriebene Fremdbesitzverbot einen Eingriff in die Niederlassungsfreiheit (Art. 43 des EG-Vertrags) darstellt bzw. die Freiheit des Kapitalverkehrs (Art. 54 des EG-Vertrags) beeinträchtigt.¹ Hintergrund dieses Verfahrens ist der so genannte Fall DocMorris. Die Versandapotheke mit Sitz in den Niederlanden wollte im Saarland eine eigene Niederlassung eröffnen, obwohl das deutsche Fremdbesitzverbot dies für Kapitalgesellschaften nicht zulässt. Das zuständige Ministerium hatte dennoch die Betriebserlaubnis erteilt, wogegen drei selbständige Apotheker vor dem Verwaltungsgericht des Saarlandes Klage eingelegt hatten. Nach europäischem Recht genießen Kapitalgesellschaften jedoch Niederlassungsfreiheit in der gesamten Europäischen Union. Für die Einschränkung dieser Freiheit bedarf es nach Ansicht des Europäischen Gerichtshofs zwingender Gründe des Allgemeininteresses (zum rechtlichen Hintergrund vgl. ausführlicher Herdegen et al. 2008).

Dieser Beitrag beschäftigt sich mit der Frage, ob das Mehr- und Fremdbesitzverbot in Deutschland vor dem Hintergrund internationaler Erfahrungen gerechtfertigt werden kann.² Mit anderen Worten soll festgestellt werden, ob in anderen Ländern die Abwesenheit des in Deutschland üblichen Mehr- und Fremdbesitzverbotes zu einer Gefährdung des Allgemeininteresses führt. Exemplarisch untersuchen wir dies am Beispiel Norwegens und des Vereinigten Königreichs. In Abschnitt 2 begründen wir diese Länderauswahl, beschreiben die gesetzlichen Rahmenbedingungen in den ausgewählten Ländern und legen unsere methodische Vorgehensweise dar. Abschnitt 3 analysiert die Eigentümerstruktur des Apothekenmarkts in Norwegen und dem Vereinigten Königreich. In den folgenden Abschnitten untersuchen wir die Auswirkungen der Aufhebung (Norwegen) bzw. der Abwesenheit (Vereinigtes Königreich) des Mehr- und Fremdbesitzverbots auf die Versorgungsdichte (Abschnitt 4), Beratungsqualität und Kundenzufriedenheit (Abschnitt 5),

¹ Es ist zu erwarten, dass bei einem Wegfall des Fremdbesitzverbotes auch das Mehrbesitzverbot in Deutschland aufgehoben werden würde.

² Die diesem Beitrag zugrunde liegenden Forschungsarbeiten wurden im Rahmen eines Drittmittelforschungsvorhabens durchgeführt und durch die Doc Morris N. V. finanziell gefördert. Die Verantwortung für den Inhalt dieses Beitrags liegt ausschließlich bei den Autorinnen und Autoren.

Verbraucherschutz und Arzneimittelsicherheit (Abschnitt 6) und abschließend auf das Preisniveau von Arzneimitteln (Abschnitt 7).

2 Länderauswahl und gesetzliche Rahmenbedingungen

Für den internationalen Vergleich wurden mit dem Vereinigten Königreich und Norwegen zwei Länder ausgewählt, die vor dem Hintergrund der Diskussion um die Aufhebung des Fremd- und Mehrbesitzverbotes in Deutschland aus unterschiedlichen Gründen interessante Erkenntnisse liefern.³ Im Vereinigten Königreich ist das in Deutschland praktizierte Fremd- und Mehrbesitzverbot unbekannt. Sowohl vertikale Integration zwischen Groß- und Einzelhandel als auch horizontale Integration im Arzneimitteleinzelhandel (Kettenbildung) sind hier traditionell gängige Praxis. Wären die Befürchtungen von Gegnern einer Aufhebung des Mehr- und Fremdbesitzverbotes in Deutschland berechtigt (exemplarisch vgl. Seitz 2007), müssten die erwarteten negativen Effekte (geringe Versorgungsdichte, schlechte Beratungsqualität, mangelhafte Arzneimittelsicherheit) im Vereinigten Königreich gut beobachtbar sein.

Differenziert stellt sich die Situation in Norwegen dar. Mit Wirkung vom 1. März 2001 hat der Gesetzgeber ein neues Apothekengesetz eingeführt.⁴ Gegenstand dieser gesetzlichen Maßnahme war die uneingeschränkte Aufhebung des Mehrbesitzverbots und die weitgehende Aufhebung des Fremdbesitzverbots. Jedoch dürfen Arzneimittelhersteller und verschreibende Ärzte keine Apotheken besitzen und auf Inhaber-Gesellschaften keinen signifikanten Einfluss ausüben. Die Gesetzesänderung ermöglichte wie im Vereinigten Königreich auch sowohl vertikale als auch horizontale Integration. Wären die Befürchtungen von Gegnern einer Liberalisierung in Deutschland berechtigt, müssten die oben genannten erwarteten negativen Auswirkungen nach der Änderung des Apothekengesetzes in Norwegen inzwischen eingetreten und zu beobachten sein.

Zur Vorbereitung unserer Recherchen haben wir zunächst ein Analyseraster entwickelt, in dem operationalisiert wird, in welchen Bereichen eine Liberalisierung zu negativen Auswirkungen führen könnte. Dieses Analyseraster findet sich in den Abschnitten 4 bis 8 dieses Beitrags wieder. Zur Analyse der Entwicklungen in unseren Vergleichsländern wurde im Mai und Juni des Jahres 2008 eine systematische Literaturrecherche in den einschlägigen

³ Die Gesamtdarstellung – vor allem im Hinblick auf die gesetzlichen Rahmenbedingungen – bezieht sich auf das Vereinigte Königreich (England, Schottland, Wales und Nordirland). Das verfügbare Datenmaterial bezieht sich allerdings teilweise nur auf Großbritannien (England, Schottland und Wales) oder auch nur auf England. Dies ist im Text entsprechend gekennzeichnet.

⁴ Gesetz zur Apotheke (apotekloven), 2. Juni 2000, Nr. 39.

wirtschaftswissenschaftlichen und medizinischen Datenbanken durchgeführt. Die identifizierten Fundstellen wurden auf ihre Relevanz überprüft und in das Analyseraster integriert. Im Falle Norwegens wurden Quellen auch in norwegischer Sprache eingeschlossen.

3 Eigentümerstruktur

Die Eigentümerstruktur der Apotheken im Vereinigten Königreich hat sich über viele Jahrzehnte herauskristallisiert und ist von Vielfalt geprägt. Tabelle 1 zeigt, dass Apothekenketten und Supermärkte mit mehr als zehn Apotheken insgesamt einen Marktanteil von 58 Prozent haben. Die drei größten Ketten kommen zusammen auf einen Marktanteil von 34 Prozent (Royal Pharmaceutical Society of Great Britain 2008a). Die großen Ketten sind auch vertikal integriert (Office of Fair Trading 2007a). Knapp 1000 Apotheken gehören nach dem Register der Royal Pharmaceutical Society of Great Britain eingetragenen selbständigen Apothekern (Royal Pharmaceutical Society of Great Britain 2008b).

Tabelle 1: Eigentümerstruktur von Apotheken in Großbritannien 2008

Eigentümer	Eigentümer hat...							
	... weniger als 5 Apotheken		... 5 bis 10 Apotheken		... mehr als 10 Apotheken		<i>Summe</i>	
	Anzahl	Prozent	Anzahl		Anzahl	Prozent	<i>Anzahl</i>	<i>Prozent</i>
Kapital-Gesellschaft ⁵	3283	25,4	658	5,1	7463	57,8	11404	88,3
Im Register eingetragene Apotheker	990	7,7	7	0,1	0	0	997	7,7
Andere	475	3,7	20	0,2	13	0,1	508	3,9
<i>Summe</i>	<i>4748</i>	<i>36,8</i>	<i>685</i>	<i>5,3</i>	<i>7476</i>	<i>57,9</i>	<i>12909</i>	<i>100</i>

Quelle: (Royal Pharmaceutical Society of Great Britain 2008b)

In Norwegen ist der Markt im Vergleich zum Vereinigten Königreich deutlich stärker konzentriert. Die Eigentümerstruktur hat sich nach der weitgehenden Aufhebung des Fremd- und Mehrbesitzverbotes im Jahr 2001 in nur wenigen Jahren dramatisch verändert. Die drei führenden Apothekenketten haben inzwischen bezogen auf die Gesamtzahl der Apotheken einen Marktanteil von 80 Prozent.⁶ Der Umsatzanteil beträgt sogar 90 Prozent. Gleichzeitig ist die Anzahl der Apotheken von 2001 bis 2008 um mehr als 50 Prozent deutlich angestiegen (vgl. Tabelle 2). Zu dieser horizontalen Integration kommt die vertikale Integration: Die

⁵ Sowohl Aktiengesellschaft als auch Gesellschaft mit beschränkter Haftung.

⁶ Die drei Ketten haben jeweils deutlich mehr als 100 Apotheken.

Eigentümer der drei Ketten halten auch Beteiligungen an Großhändlern (Dalen/Strøm 2006; Vogler et al. 2006).

Tabelle 2: Eigentümerstruktur von Apotheken in Norwegen 2001 bis 2008

Jahr	Anzahl Apotheken				Marktanteil Apothekenketten in Prozent
	Apothekenketten	Krankenhaus-Apotheken	Selbstständige Apotheken	Summe	
2001	-	28	369	397	-
2002	234	28	199	461	51
2003	319	30	153	502	64
2004	370	30	120	520	71
2005	395	30	110	535	74
2006	420	31	103	554	76
2007	444	31	98	578	77
2008	488	33	92	613	80

Quelle: (Apotekforeningen 2008)

Das verfügbare Material liefert keine belastbaren Indizien dafür, dass in den Vergleichsländern – wie von Gegnern der Liberalisierung in Deutschland befürchtet – die Eigentümerstruktur wegen spezieller Gesellschafterinteressen Auswirkungen auf das Arzneimittelportfolio und die Abgabe bestimmter Arzneimittel hat. Dieser Befund trifft sowohl für Norwegen als auch für das Vereinigte Königreich zu.

Zwischenfazit: Sowohl im Vereinigten Königreich als auch in Norwegen unterscheidet sich die Eigentümerstruktur des Arzneimitteleinzelhandels deutlich von Deutschland. In beiden Ländern haben Apothekenketten mit mehr als zehn Apotheken einen Marktanteil von deutlich über 50 Prozent. Ein Einfluss der Eigentümerstruktur auf das angebotene Arzneimittelportfolio ist nicht feststellbar.

4 Versorgungsdichte

Gegner der Aufhebung des Fremd- und Mehrbesitzverbots in Deutschland heben die hohe Versorgungsdichte mit Apotheken hervor (Seitz 2007). Eine Liberalisierung würde – so die Befürchtung – dazu führen, dass die Versorgungsdichte abnehmen würde und die Versorgung mit Arzneimitteln gefährdet wäre. Im Vereinigten Königreich kommen etwa 4.800 Einwohner auf eine Apotheke – in Deutschland sind es etwa 3.800 Einwohner pro Apotheke (Anderson 2007). Die regionale Verteilung zeigt eine allerdings nur leichte Häufung von Apotheken in urbanen Regionen – zum Beispiel in London (The Information Centre/General Pharmaceutical Services 2007). Knapp 85 Prozent der Bevölkerung kann jedoch nach einem Bericht des britischen Gesundheitsministeriums innerhalb von zehn Minuten zu Fuß oder mit öffentlichen Verkehrsmitteln eine Apotheke erreichen. Sogar 99 Prozent der Bevölkerung kann innerhalb von 20 Minuten zu Fuß oder mit öffentlichen Verkehrsmitteln eine Apotheke erreichen bzw. innerhalb von 10 Minuten mit dem Auto. Selbst in sozial schwachen Regionen sind diese Zahlen nur teilweise und unwesentlich schlechter (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3: Wegezeiten zur nächsten Apotheke in England 2006

Reisezeit in Minuten	Anreise mit dem Pkw		Anreise mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder zu Fuß	
	Alle	Sozial schwache Regionen	Alle	Sozial schwache Regionen
< 10 Min.	99,0	99,4	84,3	77,1
< 20 Min.	99,4	99,5	99,1	98,9
< 30 Min.	99,5	99,5	99,6	99,5

Quelle: (Department of Health 2007)

Als Folge der Liberalisierung hat sich die Versorgungsdichte insgesamt in Norwegen deutlich verbessert. Vor der Aufhebung des Fremd- und Mehrbesitzverbotes kamen im Januar 2000 etwa 11.500 Einwohner auf eine Apotheke. Diese Versorgungsdichte lag damit deutlich unter dem europäischen Durchschnitt. Zu Beginn des Jahres 2008 kamen etwa 7.600 Einwohner auf eine Apotheke – eine Folge des oben beschriebenen Anstiegs der Anzahl von Apotheken (Apotekforeningen 2008). Diese Verbesserung der Versorgungsdichte konzentriert sich nicht nur auf Regionen mit hoher Bevölkerungsdichte. In der extrem ländlichen Region Finmark (ein Einwohner pro Quadratkilometer) hat sich die Versorgungsdichte von 10.600 Einwohnern pro Apotheke auf 6.600 Einwohner pro Apotheke verbessert. In Oslo (1.280 Einwohner pro Quadratkilometer) hat sich die Versorgungsdichte von 10.900 Einwohnern pro Apotheke auf 7.100 Einwohner pro Apotheke verbessert. Tabelle 4 zeigt, dass im Zeitraum

zwischen 2000 und 2008 in sämtlichen Regierungsbezirken die Anzahl der Apotheken angestiegen und damit die Anzahl der Einwohner pro Apotheke gesunken ist.

Zwei der drei vertikal integrierten Apothekenketten haben sogar die Versorgung der ländlichen Regionen Norwegens garantiert, um die Regierung zu einem Verzicht auf ein zunächst geplantes Niederlassungsmoratorium in Zentralnorwegen zu bewegen (Dalen/Strøm 2006; Rudholm 2008).

Tabelle 4: Entwicklung der Versorgungsdichte in Norwegen 2000 bis 2008

Regierungsbezirk	Anzahl Apotheken		Anzahl Einwohner pro Apotheke	
	01.01.2000	01.01.2008	01.01.2000	01.01.2008
Nord-Trøndelag	12	22	10566	5867
Aust-Agder	9	17	11276	6162
Østfold	24	42	10251	6251
Hedmark	21	29	8872	6507
Oppland	24	28	7593	6537
Finnmark	7	11	10580	6606
Buskerud	23	35	10218	7076
Sogn og Fjordane	13	15	8281	7080
Oslo	46	77	10932	7125
Nordland	22	32	14396	7357
Møre og Romsdal	25	33	9702	7436
Vest-Agder	13	22	11846	7441
Sør-Trøndelag	22	37	11857	7536
Telemark	15	21	10968	7913
Vestfold	17	28	12395	7993
Åkershus	31	61	14857	8347
Troms	11	18	13655	8563
Rogaland	27	41	13669	9867
Hordaland	30	44	14396	10380
Summe	392	613	11540	7636

Quelle: (Apotekforeningen 2008)

Diese Erkenntnisse werden durch die Aussagen von Konsumenten selbst bestätigt. Nach einer Befragung aus dem Jahr 2003 sagen je nach Region zwischen 20 und 26 Prozent der Befragten, dass es ihnen nach der Reform leichter fällt, Arzneimittel zu beschaffen. Tabelle 5 zeigt, dass dieser Effekt in dicht besiedelten Gebieten nur geringfügig stärker ist als in

weniger dicht besiedelten Gebieten. Nur zwischen vier und acht Prozent der Befragten sagen aus, dass es ihnen nach der Reform schwerer fällt, Arzneimittel zu beschaffen.

Tabelle 5: Beschaffbarkeit von Arzneimitteln in Norwegen nach der Liberalisierung aus Konsumentensicht 2004

	Keine Änderung	Leichter	Schwerer	Weiß nicht
Dicht besiedelt	60	26	8	7
Weniger besiedelt	69	22	4	5
Vereinzelt besiedelt	66	20	5	9

Quelle: (ECON 2004). Anzahl der befragten Personen: 1000

Zwischenfazit: Im Vereinigten Königreich bewegt sich die Versorgungsdichte mit Apotheken etwa auf einem Niveau mit Deutschland. Von Versorgungsdefiziten kann auch in ländlichen und sozial schwachen Regionen nicht die Rede sein, die Erreichbarkeit von Apotheken ist gut. In Norwegen hat sich die Versorgungsdichte und die Beschaffbarkeit von Arzneimitteln nach der Aufhebung des Fremd- und Mehrbesitzverbotes sogar deutlich verbessert – auch in ländlichen Regionen.

5 Beratungsqualität und Kundenzufriedenheit

Ein zentrales Argument von Gegnern der Aufhebung des Fremd- und Mehrbesitzverbotes in Deutschland ist, dass nur in der inhabergeführten Apotheke eine adäquate Beratungsqualität gesichert werden kann (Seitz 2007). Im Vereinigten Königreich – genauer gesagt in England – sagen jedoch 81 Prozent der Bevölkerung, dass die Apotheken einen guten Service bieten. Diese Zahl liegt deutlich über anderen Institutionen im National Health Service (Opinion Leader Research 2006). In einer anderen Befragung sagten 90 Prozent, dass sie mit der Beratung in den Apotheken sehr zufrieden oder zufrieden sind (Proprietary Association of Great Britain/Reader's Digest Association Ltd 2005). Nach Aussagen von Patientenorganisationen nutzen 80 Prozent aller Konsumenten immer die gleiche Apotheke. Diese Werte werden danach auch in Apothekenketten erreicht, der Bekanntheitsgrad der dort arbeitenden Apotheker sei hoch (Galbraith 2007; Office of Fair Trading 2003).

Aus Tabelle 6 wird deutlich, dass die Wahl der Konsumenten für eine bestimmte Apotheke vor allem vom Standort abhängig ist. Unabhängige Apotheker haben weder beim Service noch beim eingesetzten Personal nennenswerte komparative Vorteile zu Apothekenketten bzw. Apotheken in Supermärkten.

Tabelle 6: Gründe für die Apothekenwahl in Großbritannien 2003

	Boots	Lloyds	Apotheke in Supermarkt	Unabhängige Apotheker
Standort	42%	60%	54%	61%
Bequemlichkeit	36%	12%	51%	26%
Personal	3%	7%	6%	8%
Service	9%	4%	5%	4%

Aufgeführt in der Tabelle sind nur die vier am häufigsten genannten Gründe. Mehrfachnennungen waren möglich. Quelle: (Office of Fair Trading 2003).

Im Rahmen einer umfassenden Evaluation des neuen Apothekengesetzes in Norwegen wurden auch die Parameter Beratungsqualität und Kundenzufriedenheit überprüft. Dazu wurden sowohl Konsumenten als auch Apotheker (die wiederum sowohl in Apothekenketten als auch in selbständigen Apotheken tätig waren) befragt. Eine Differenzierung der Antworten in Erfahrungen bei Apothekenketten und Erfahrungen mit selbständigen Apotheken wurde nicht vorgenommen. Es wurde jedoch bei der Auswahl der Apotheken darauf geachtet, dass unter den Befragten sowohl Ketten als auch selbständige Apotheken waren. 35 Prozent der Befragten gaben an, dass sich der Service in den Apotheken insgesamt verbessert hat. Drei Prozent der Befragten sagen aus, dass sich der Service verschlechtert hat. 54 Prozent haben

keine Veränderung wahrgenommen, der verbleibende Rest ist sich nicht sicher. Ähnliche Ergebnisse ergeben sich hinsichtlich der Beratungsqualität, der Diskretion und der Wartezeiten in den Apotheken (vgl. Tabelle 7). Hinsichtlich der Wartezeiten in den Apotheken zeigt sich, dass die Bewohner in den dichter besiedelten Gebieten mehr positive Veränderungen wahrgenommen haben als die Bewohner in weniger dicht besiedelten Gebieten. Diese Ergebnisse korrespondieren mit den Erkenntnissen aus Abschnitt 4.

Tabelle 7: Service, Beratungsqualität, Diskretion und Wartezeiten in den norwegischen Apotheken nach der Liberalisierung (2004) aus Konsumentensicht

Serviceparameter	Siedlungsdichte	Keine Änderung	Besser	Schlechter	Weiß nicht
Service	Alle	54%	35%	3%	8%
Beratungsqualität	Alle	64%	22%	2%	13%
Diskretion	Alle	67%	14%	3%	16%
Wartezeiten	Dicht	36%	48%	10%	6%
	Gering	37%	43%	13%	7%
	Vereinzelt	51%	29%	9%	11%

Quelle: (ECON 2004). Anzahl der befragten Personen: 1000

Weniger eindeutig stellt sich die Situation aus der Perspektive der Apotheker dar. 21 Prozent der Befragten geben an, dass sich seit der Änderung des Apothekengesetzes die Möglichkeiten für eine fachlich notwendige Beratung verbessert haben – gleichzeitig sagen 32 Prozent der befragten Apotheker, dass sich die Möglichkeiten für eine fachlich notwendige Beratung verschlechtert haben.

Zwischenfazit: Weder im Vereinigten Königreich noch in Norwegen gibt es Anzeichen dafür, dass die Abwesenheit bzw. die Aufhebung des Fremd- und Mehrbesitzverbotes zu einer Beeinträchtigung von Beratungsqualität und Kundenzufriedenheit geführt hat. Im Vereinigten Königreich sind die Konsumenten insgesamt mit dem Service in Apotheken sehr zufrieden – komparative Vorteile der unabhängigen Apotheker beim Service sind nicht zu erkennen. In Norwegen haben die Konsumenten als Folge der Liberalisierung ebenfalls eher Vorteile als Nachteile bei Service und Beratungsqualität wahrgenommen.

6 Verbraucherschutz und Arzneimittelsicherheit

Ein weiteres zentrales Argument von Gegnern der Liberalisierung besteht darin, dass die Aufhebung des Fremd- und Mehrbesitzverbotes in Deutschland zu einer Gefährdung von Verbraucherschutz und Arzneimittelsicherheit führen würde (Seitz 2007). In der Literatur lässt sich jedoch keine Evidenz dafür identifizieren, dass Verbraucherschutz und Arzneimittelsicherheit im Vereinigten Königreich gefährdet sind. Im Gegenteil – aus den in Tabelle 8 dargestellten Ergebnissen einer Erhebung wird deutlich, dass Apotheken mit Kettenzugehörigkeit mindestens im gleichen Umfang in Arzneimittelsicherheit und Public-Health Aktivitäten investieren wie unabhängige Apotheken. In einigen Bereichen zeigt sich, dass große Ketten hier mehr Aktivitäten entfalten als kleine Ketten und unabhängige Apotheken.

Tabelle 8: Public-Health Aktivitäten im Vereinigten Königreich nach Eigentumsform der Apotheke (2007)

	Supermarkt	Große Ketten (mehr als 200 Filialen)	Mittelgroße Ketten (zwischen mehr als 20 und 200 Filialen)	Kleine Kette (zwischen mehr als 5 und 20 Filialen)	Selbstständig (bis zu 5 Filialen)
Medikamenteneinnahme unter Aufsicht	54%	78%	76%	77%	61%
Review des Medikamentenkonsums	75%	78%	68%	50%	55%
Blutdrucküberwachung	64%	44%	39%	26%	43%
Blutzuckerüberwachung	23%	31%	20%	14%	20%
Überwachung Cholesterin	4%	37%	14%	15%	16%
Nikotinentwöhnung	60%	66%	65%	65%	75%
Hausbesuche	6%	19%	20%	33%	37%
Test auf Geschlechtskrankheiten	2%	11%	1%	6%	3%
Nadelaustausch	6%	30%	33%	39%	32%

Die Prozentzahlen beziehen sich jeweils auf den Anteil mit der jeweiligen Eigentumsform, in der die jeweiligen Aktivitäten durchgeführt werden. Quelle: (Bush et al. 2007)

Auch in Norwegen gibt es keine Anzeichen dafür, dass die Liberalisierung zu einer Gefährdung der Arzneimittelsicherheit geführt hat. In der weiter oben schon angesprochenen Befragung von Apothekern wurde auch gefragt, wie sich der Umfang fehlerhafter Bedienung seit Aufhebung des Fremd- und Mehrbesitzverbotes entwickelt hat. Die Ergebnisse sind in Tabelle 9 dargestellt. Die Resultate lassen sich so interpretieren, dass die Liberalisierung aus

Apothekersicht keinerlei Auswirkungen auf die Arzneimittelsicherheit gehabt hat – weder in die eine noch in die andere Richtung.

Tabelle 9: Fehlerhafte Bedienung nach der Liberalisierung in Norwegen aus Apothekersicht (2004)

Umfang fehlerhafter Bedienung ist...	...wesentlich größer	...unverändert	...wesentlich kleiner	Nicht sicher
Angaben in Prozent	7	77	8	8

Quelle: (ECON 2004). Anzahl der Befragten: 208

Es konnten keine Daten identifiziert werden zu der Frage, inwieweit in Apothekenketten stärker Arzneimittel bestimmter, ökonomisch verbundener, pharmazeutischer Hersteller abgegeben werden. Die Zahl der abgegebenen Packungen nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel ist seit 2001 um rd. 2,7 % pro Jahr gestiegen (Legemiddelindustriforeningen 2008). Es konnten keine Daten zu der Frage identifiziert werden, inwieweit es bei bestimmten Arzneimitteln zu einem Anstieg unerwünschter Nebenwirkungen, etwa Vergiftungen, gekommen ist.⁷

Zwischenfazit: Weder im Vereinigten Königreich noch in Norwegen lassen sich Anhaltspunkte dafür finden, dass die Abwesenheit bzw. die Aufhebung des Fremd- und Mehrbesitzverbotes zu Problemen bei der Arzneimittelsicherheit geführt hat. Im Vereinigten Königreich zeigt sich sogar, dass große Ketten mehr Public-Health Aktivitäten anbieten als kleine Ketten und unabhängige Apotheken.

⁷ Der EuGH hat mit Schreiben vom 17.07.2008 die Beteiligten u.a. um vorliegende Erkenntnisse zu diesen Fragen ersucht.

7 Auswirkungen auf das Preisniveau

Wie bereits gezeigt, ist durch die Aufhebung bzw. die Abwesenheit des Mehr- und Fremdbesitzverbotes die Marktkonzentration in der Arzneimitteldistribution sowohl im Vereinigten Königreich als auch in Norwegen deutlich höher als in Deutschland. Das gilt sowohl für die horizontale Integration (Anteil von Apothekenketten im Einzelhandel) als auch für die vertikale Integration (Verflechtung von Groß- und Einzelhandel). Aus einer Systemperspektive stellt sich die Frage, welche Auswirkungen diese doppelte Integration auf das Preisniveau von Arzneimitteln hat. Es gibt – mit Verweis etwa auf den Energiesektor - Befürchtungen, dass die Oligopolbildung in der Arzneimitteldistribution lediglich zu einer Verbesserung der Profitabilität der Anteilseigner zu Lasten der Beitragszahler führt (Seitz 2007). Gleichzeitig gibt es aber auch Stimmen aus der Gesundheitsökonomie, die für eine Oligopolbildung in der Arzneimitteldistribution plädieren – insbesondere um die Verhandlungsmacht der Distributionsebene gegenüber den Produzenten zu stärken und damit das Preisniveau von Arzneimitteln zum Vorteil auch der Krankenkassen und der Patienten zu senken (Fetzer et al. 2008; Graf von der Schulenburg/Hode 2008). In diesem Abschnitt wird die vorliegende Evidenz zu den Effekten der Oligopolbildung im Vereinigten Königreich und Norwegen dargestellt. Dabei wird nach verschreibungspflichtigen und nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln unterschieden.

Wie in anderen Ländern auch ist die Preisbildung für verschreibungspflichtige Arzneimittel im Vereinigten Königreich sehr stark reguliert (vgl. ausführlich Niebuhr et al. 2008). Im Hinblick auf die Arzneimitteldistribution ist zwischen Originalpräparaten und Generika zu unterscheiden. Die Apotheken erhalten vom National Health Service (NHS) den vom Hersteller festgelegten Preis abzüglich eines Rabatts, der vom Umsatz der Apotheke abhängig ist. Je höher der Umsatz einer Apotheke ist, desto niedriger ist die Erstattung (Office of Fair Trading 2007b). Der NHS geht davon aus, dass mit steigender Marktmacht die Apotheken erhöhte Rabatte mit Großhändlern bzw. Herstellern aushandeln können. Etwas anders stellt sich die Lage bei Generika dar. Hier passt der NHS regelmäßig den Erstattungsbetrag an die marktüblichen Durchschnittspreise an (Office of Fair Trading 2007b). Damit haben die Apotheken hohe Anreize, durch die Verhandlungen mit Großhändlern bzw. Herstellern Einkaufspreise unterhalb der Durchschnittspreise zu realisieren. Informationen über die Einkaufspreise nach Eigentümerstruktur liegen sowohl für Originalpräparate als auch Generika nicht vor. Allerdings ist durch die Preisregulierung sichergestellt, dass Preisvorteile durch den Aufbau von Nachfragemacht nicht ausschließlich den Anteilseignern der Apotheken zu Gute kommen.

Die Preise für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind nach der Aufhebung der Preisbindung im Vereinigten Königreich im Jahr 2001 insbesondere durch die aggressive Preispolitik der Supermärkte unter Druck geraten. Die Preise für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel sind heute im Durchschnitt in Supermärkten etwa 10 Prozent preiswerter als bei Apothekenketten und unabhängigen Apotheken (Department of Health 2007).

In Norwegen wird der maximale Apothekeneinkaufspreis für verschreibungspflichtige Arzneimittel durch eine staatliche Arzneimittelagentur festgelegt. Die Apotheken erhalten auf diesen Preis einen Aufschlag, der ähnlich wie in Deutschland aus einer festen Komponente pro Packung und aus einer prozentualen Komponente in Abhängigkeit vom Einkaufspreis besteht. Durch ein Gewinnteilungssystem sollen die Apotheken dazu motiviert werden, mit dem Großhandel über Apothekeneinkaufspreise zu verhandeln. Realisieren die Apotheken einen Preis unterhalb des maximalen Einkaufspreises, profitiert die Apotheke zu 50 Prozent von der Differenz.

Tabelle 10: Gewinnteilungsverfahren in Norwegen (Rechenbeispiel)

	Maximaler Einkaufspreis	Verhandlungspreis
Apothekeneinkaufspreis	300,00	280,00
Fester Zuschlag pro Packung	21,50	21,50
Prozentualer Zuschlag (8% für die ersten 200 NOK)	16,00	16,00
Prozentualer Zuschlag (5% für den Betrag über 200 NOK)	5,00	4,00
<i>Zwischensumme Apothekengewinn</i>	<i>42,50</i>	<i>41,50</i>
Hälftiger Anteil aus Gewinnverteilungsverfahren	-	10,00
Summe Apothekengewinn	42,50	51,50

Quelle: Eigene Berechnung. Alle Preise in norwegischen Kronen (NOK).

Das Gewinnteilungsverfahren funktioniert, solange Apotheken und Großhändler unabhängig voneinander sind. Sind Apotheken und Großhändler vertikal integriert – was wie gesehen in Norwegen bei 80 Prozent der Apotheken der Fall ist – sinkt der Anreiz für die Apotheken zur Senkung des Einkaufspreises zu Lasten der Marge des Großhandels (vgl. Rechenbeispiel Verhandlungspreis 1 in Tabelle 11). Die integrierten Groß- und Einzelhändler haben darüber hinaus keine Anreize, zu Lasten der Hersteller erzielte Preisvorteile weiterzugeben (vgl. Rechenbeispiel Verhandlungspreis 2 und Verhandlungspreis 3 in Tabelle 11).

**Tabelle 11: Gewinnteilungsverfahren in Norwegen bei vertikaler Integration
(Rechenbeispiel)**

		Maximaler Einkaufspreis	Verhandlungs- Preis 1	Verhandlungs- Preis 2	Verhandlungs- Preis 3
(1)	Großhandelseinkaufspreis	273,00	273,00	200,00	200,00
(2)	Apothekeneinkaufspreis	300,00	280,00	250,00	300,00
(3)	Fester Zuschlag pro Packung	21,50	21,50	21,50	21,50
(4)	Prozentualer Zuschlag (8% für die ersten 200 NOK)	16,00	16,00	16,00	16,00
(5)	Prozentualer Zuschlag (5% für den Betrag über 200 NOK)	5,00	4,00	2,50	5,00
(6)	Zwischensumme Gewinn Einzelhandel (3)+(4)+(5)	42,50	41,50	40,00	42,50
(7)	Hälftiger Anteil aus Gewinnverteilungsverfahren	-	10,00	25,00	-
(8)	Gewinn Einzelhandel (6)+(7)	42,50	51,50	65,00	42,50
(9)	Gewinn Großhandel (2)-(1)	27,00	7,00	50,00	100
	Gesamtgewinn (8)+(9)	67,50	58,50	115,00	142,50

Verhandlungspreis 1: Einzelhändler erzielt Rabatt zu Lasten des Großhändlers

Verhandlungspreis 2: Großhändler erzielt Rabatt zu Lasten des Herstellers und gibt 50 Prozent des Rabatts an den Einzelhandel weiter

Verhandlungspreis 3: Großhändler erzielt Rabatt zu Lasten des Herstellers und gibt den Rabatt nicht an den Einzelhandel weiter

Quelle: Eigene Berechnung. Alle Preise in norwegischen Kronen (NOK).

Vor diesem Hintergrund überrascht es nicht, dass sich die Apothekenverkaufspreise für verschreibungspflichtige Arzneimittel in Ketten und unabhängigen Apotheken in Norwegen nicht signifikant voneinander unterscheiden (ECON 2004). Den unabhängigen Apotheken fehlt die Verhandlungsmacht gegenüber den Herstellern, und in den vertikal integrierten Apothekenketten haben die Großhändler kein ökonomisches Interesse, Preisnachlässe durch die Hersteller an die Apotheken und damit an den Steuerzahler weiterzugeben.⁸ Auch auf dem Markt für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind die Preisunterschiede allenfalls gering (ECON 2004).

⁸ Es gibt keine veröffentlichten Daten darüber, ob solche Preisnachlässe tatsächlich erzielt werden konnten.

Eine kürzlich im Auftrag des norwegischen Gesundheitsministeriums vorgelegte Studie kommt zu dem Ergebnis, dass sowohl die Arzneimittelpreise als auch die Handelsspannen im Groß- und Einzelhandel im internationalen Vergleich in Norwegen sehr niedrig sind.

Tabelle 12: Indizes für Apothekenverkaufspreise und Handelsmargen im internationalen Vergleich (2007)

	Apothekenverkaufspreis	Handelsmargen (Einzel- und Großhandel)
<i>Norwegen</i>	100	100
Schweden	112,3	97,8
Dänemark	118,7	Kein Unterschied messbar
Finnland	126,3	109,3
Niederlande	119,0	104,7
Österreich	127,9	104,8
Vereinigtes Königreich	105,4	104,4
Belgien	158,3	Kein Unterschied messbar
Deutschland	136,0	107,9
Irland	237,7	125,4

Anmerkung: Es handelt sich jeweils um bilaterale Indizes mit Norwegen als Referenzland. Ein Quervergleich zwischen den anderen Ländern ist nicht zulässig.

Quelle: (Brekke et al. 2008)

Es lässt sich trotz der oben diskutierten ökonomischen Anreize auf der Basis des vorliegenden Zahlenmaterials nicht zeigen, dass die Arzneimittelpreise für verschreibungspflichtige Arzneimittel als Folge der Liberalisierung gestiegen sind. Zwischen 2000 und 2007 sind die Preise für Arzneimittel durchschnittlich um 2,3 Prozent pro Jahr gesunken (während gleichzeitig der Konsumerpreisindex um 1,9 % pro Jahr gestiegen ist) (Legemiddelindustriforeningen 2008).

Zwischenfazit: Die Erfahrungen im Vereinigten Königreich und in Norwegen deuten daraufhin, dass die Aufhebung bzw. die Abwesenheit des Mehr- und Fremdbesitzverbots zu einer Erhöhung der Marktmacht von Groß- und Einzelhandel gegenüber den Herstellern führt. Ob diese verstärkte Nachfragemacht lediglich zu einer verbesserten Profitabilität der Anteilseigner oder auch zu einer Entlastung der Steuer- bzw. Beitragszahler führt, hängt in erster Linie von den ökonomischen Anreizen ab. Im Vereinigten Königreich profitiert auch der Steuerzahler von der verbesserten Nachfragemacht – in Norwegen sind es aufgrund der spezifischen Ausgestaltung des Gewinnteilungsverfahrens in erster Linie die Anteilseigner der vertikal integrierten Konzerne. Die Erfahrungen in beiden Ländern deuten weiterhin

daraufhin, dass der Preiswettbewerb für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel in erster Linie durch Supermärkte forciert wird.

8 Fazit

In diesem Beitrag sind wir der Frage nachgegangen, ob das Mehr- und Fremdbesitzverbot in Deutschland vor dem Hintergrund internationaler Erfahrungen gerechtfertigt werden kann. Aus unseren Untersuchungen geht klar hervor, dass die Abwesenheit des in Deutschland üblichen Mehr- und Fremdbesitzverbotes in Norwegen und im Vereinigten Königreich nicht zu einer Gefährdung des Allgemeininteresses führt. In beiden Ländern lassen sich für Versorgungsdichte, Beratungsqualität und Kundenzufriedenheit, Verbraucherschutz und Arzneimittelsicherheit sowie schließlich für das Preisniveau keine Wirkungszusammenhänge belegen, die ein Verbot von Fremd- und Mehrfachbesitz als geeignete und erforderliche Maßnahme im Interesse des Gesundheitsschutzes notwendig macht (Herdegen et al. 2008). Im Gegenteil hat die Aufhebung des Mehr- und Fremdbesitzverbotes in Norwegen sogar zu einer erhöhten Versorgungsdichte, einer besseren Erreichbarkeit und Serviceverbesserungen geführt. Auch in Großbritannien haben große Ketten Servicevorteile gegenüber kleinen Ketten oder unabhängigen Apothekern. Das Beispiel Norwegens macht aber auch deutlich, dass die Aufhebung des Fremd- und Mehrbesitzverbotes von adäquaten Maßnahmen bei der Preisregulierung begleitet sein muss, damit von der erhöhten Verhandlungsmacht des Groß- und Einzelhandels gegenüber den Herstellern auch die Steuer- bzw. Beitragszahler profitieren.

9 Literatur

- Anderson, S. (2007). "How British pharmacy practice is likely to be affected by changes in Europe." Pham J **279**: 242-44.
- Apotekforeningen (2008). Apotek og Legemidler - Bransjestatistikk om apotekenes virksomhet og rammevilkår. Oslo, Apotekforeningen.
- Brekke, K. R./T. H. Holmås/O. R. Straume (2008). Are pharmaceuticals inexpensive in Norway? A comparison of prices of prescription pharmaceuticals between Norway and nine west European countries, SNF-rapport nr. 05/08.
- Bush, J./C. Langley/J. Jesson/K. Wilson (2007). "Variations in public health provision: the mixed market of pharmacy ownership." The International Journal of Pharmacy Practice **15** (Supplement 2): B 53-54.
- Dalen, D. M./S. Strøm (2006). The pharmaceutical market in Norway. Competition and Welfare: The Norwegian Experience. L. Sjørgard. Bergen, Konkurransetilsynet - Norwegian Competition Authority: 51-70.
- Department of Health (2007). Review of Progress on Reforms to the "Control of Entry" system for NHS pharmaceutical contractors - Report. London, Department of Health.
- ECON, A. A. (2004). Evaluering av apotekloven og indeksprissystemet, Utarbeidet for Helsedepartementet.
- Fetzer, S./V. Liessem/R. Busse/S. Felder/H.-D. Steinmeyer/J. Wasem (2008). Wegfall des Mehr- und Fremdbesitzverbotes: Eine Chance für mehr Wettbewerb im Apothekenmarkt. Essen, Wissenschaftlicher Beirat der Betrieblichen Krankenversicherung.
- Galbraith, A. (2007). Review of NHS pharmaceutical contractual arrangements. Report by Anne Galbraith. Annexe F. Synopses of evidence sessions held in February/March 2007. London, Department of Health.
- Graf von der Schulenburg, J.-M./J.-M. Hode (2008). Nutzen und Kosten der derzeitigen Regulierung des Apothekenmarktes in Deutschland. Hannover/Bielefeld, Diskussionspapier Nr. 390.
- Herdegen, M./S. Greß/J. Wasem (2008). "Das Verbot des Fremd- und Mehrfachbesitzes an Apotheken: wissenschaftliche Rechtfertigungsstandards und ökonomische Analyse liberalisierter Rechtsordnungen." GesundheitsRecht **7(8)**: Im Erscheinen.
- Niebuhr, D./F. Hessel/S. Greß (2008). Preisfestsetzung für verschreibungspflichtige Arzneimittel - Erfahrungen in ausgewählten europäischen Ländern und Optionen für die gesetzliche Krankenversicherung. pg-papers 1/2008 - Diskussionspapiere aus dem Fachbereich Pflege und Gesundheit, Fulda, Hochschule Fulda.
- Legemiddelindustriforeningen (2008). Tall og fakta 2008. Oslo.

- Office of Fair Trading (2003). The Control of Entry Regulations and Retail Pharmacy Services in the UK. A report of an OFT market investigation. Annexe D. Consumers use of prescription pharmacies in the UK: 83-149. London, Office of Fair Trading.
- (2007a). Medicines Distribution. An OFT market study. Annexe C. Distribution of Medicines in the UK. London, Office of Fair Trading.
- (2007b). The Pharmaceutical Price Regulation Scheme. An OFT market study. London, Office of Fair Trading.
- Opinion Leader Research (2006). Your health, your care, your say - Research report. London, Department of Health.
- Proprietary Association of Great Britain/Reader's Digest Association Ltd (2005). "A Picture of Health. A Survey of the Nation's Approach to Everyday Health and Wellbeing." London, Proprietary Association of Great Britain.
- Royal Pharmaceutical Society of Great Britain (2008a). Pharmacy Premises by Major Chains.
- (2008b). Pharmacy Premises Register as at 01 May 2008. London, Royal Pharmaceutical Society of Great Britain.
- Rudholm, N. (2008). "Entry of new pharmacies in the deregulated Norwegian pharmaceuticals market—Consequences for costs and availability." Health Policy **87**: 258-63.
- Seitz, H.-J. (2007). Apotheke: Gesundheit in besten Händen, Bericht für den Deutschen Apothekentag 2007 in Düsseldorf.
- The Information Centre/General Pharmaceutical Services (2007). General Pharmaceutical Services in England and Wales 1997-98 to 2006-07. Leeds, The Information Centre.
- Vogler, S./D. Arts/C. Habl (2006). Community Pharmacy in Europe - Lessons from deregulation – case studies. Wien, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, ÖBIG.